

Roteiro Objetivo de Inspeção: UTI Adulto

Unidade de Saúde:

Identificação:

Data:

Contato:

Avaliador:

 Documento: 1
 Versão: 1.2
 Data: Set/2020

Nº	Indicador	Critica	Aval	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
1	Responsável Técnico (RT)	NC		Ausência de RT.	Possui RT médico, mas sem título de especialista.	Possui RT médico, mas não está formalmente designado pela Direção da Instituição e/ou não dispõe de substituto.	UTI possui responsável técnico médico com título de especialista conforme estabelecido pelo respectivo conselho de classe e substituto, todos formalmente designados.	RT e substitutos com títulos de especialista em Terapia Intensiva ou outra relacionada ao atendimento ao paciente grave de acordo com o perfil da Unidade.	RT atua exclusivamente em um único estabelecimento.	Art. 13 da RDC 07/2010; Art 1º da RDC 137/2017
2	Coordenadores	NC		Ausência de Coordenadores de Enfermagem e Fisioterapia no setor.	Possui coordenador de enfermagem e/ou fisioterapia, mas sem título de especialista.	Possui coordenadores de enfermagem e de fisioterapia, com título de especialista, mas não estão formalmente designados pela Direção da Instituição e/ou não dispõem de substitutos.	Possui coordenadores de enfermagem e de fisioterapia com título de especialista, conforme estabelecidos pelos respectivos conselhos de classe e substitutos, todos formalmente designados.	Coordenadores e substitutos com título de especialista em Terapia Intensiva ou outro relacionado ao atendimento ao paciente grave, de acordo com o perfil da Unidade.	Coordenadores atuam exclusivamente em um único estabelecimento.	Art. 13 da RDC 07/2010; Art. 01 da RDC 137/2017

Nº	Indicador	Critica	Aval	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
3	Dimensionamento da Equipe	C		Não há médico ou enfermeiro ou técnico de enfermagem em algum dos turnos.	Há no mínimo um médico, um enfermeiro e um técnico de enfermagem em todos os turnos, porém a equipe multiprofissional do setor está subdimensionada, não dispondo de um ou mais dos profissionais ou não perfazendo o horário estabelecido em legislação.	Não dispõe de médicos diarista e plantonista ao mesmo tempo na UTI, porém os demais profissionais que constituem a equipe multiprofissional da UTI estão devidamente dimensionados.	Equipe multiprofissional da UTI conta com: médico diarista/especialista (1/10 leitos M/T), médico plantonista, especialista (1/10 leitos/turno), enfermeiro assistencial (1/10 leitos/turno), fisioterapeuta (1/10 leitos/18h de atuação), técnico de enfermagem (1/2 leitos/turno), técnico adm. para serviço apoio (1/turno), aux. administrativo exclusivo da unidade; aux. de higiene exclusivo para o setor.	Existe plano de contingência para substituição de pessoal em situações de necessidade do serviço.	Equipe com mais profissionais que o mínimo exigido na legislação.	Art. 14 da RDC 07/2010, Art. 1º da RDC 26/2012 e Art. 17 da RDC 63/2011
4	Capacitação Profissional	NC		Não há registro de capacitação.	Existem apenas alguns registros e/ou não realizam capacitações permanentes para todos os profissionais.	Existe registro das capacitações realizadas de forma permanente, porém com dados incompletos e/ou não são abordados todos os temas.	Existe registro das capacitações realizadas de forma permanente contendo data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nomes, formação do instrutor e dos profissionais envolvidos. Contemplando no mínimo normas e rotinas técnicas desenvolvidas na unidade; incorporação de novas tecnologias; gerenciamento dos riscos inerentes às atividades desenvolvidas na unidade e segurança de pacientes e profissionais; prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde.	Existe planejamento das capacitações e há registro de avaliação com percentual de treinados.	A capacitação inclui incentivo (financeiro ou não) da organização para participação em eventos científicos da área.	Artigos 32 da RDC 63/2011 e Art. 17 da RDC 07/2010

Nº	Indicador	Critica	Aval	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
5	Acesso aos recursos assistenciais	C		O hospital em que a UTI está instalada não dispõe de centro cirúrgico, serviço radiológico convencional ou ecodopplercardiografia em sua própria estrutura ou não possui serviços à beira do leito.	O hospital em que a UTI está instalada utiliza serviços diagnósticos e terapêuticos terceirizados, porém não há formalização.	As assistências farmacêutica, psicológica, fonoaudiológica, social, odontológica e nutricional não estão integradas às demais atividades assistenciais, não sendo discutidas conjuntamente com a equipe multiprofissional.	O hospital em que a UTI está instalada dispõe em sua própria estrutura de centro cirúrgico, serviço radiológico convencional e ecodopplercardiografia além de garantir o acesso, por meios próprios ou terceirizados, aos serviços à beira de leito bem como serviços diagnósticos e terapêuticos conforme os artigos 18 e 20 da RDC 07/2010. As assistências farmacêutica, psicológica, fonoaudiológica, social, odontológica e nutricional estão integradas às demais atividades assistenciais, sendo discutidas conjuntamente com a equipe multiprofissional.	Todos os serviços assistenciais estabelecidos na legislação estão disponíveis na estrutura do próprio hospital.	Os serviços assistenciais estabelecidos na legislação estão disponibilizados em estrutura exclusiva para a UTI.	Artigos 18, 19, 20 e 23 da RDC 07/2010
6	Padronização de Normas e Rotinas dos Procedimentos Assistenciais	C		Não dispõe de normas, procedimentos e rotinas técnicas.	Faltam algumas normas, procedimentos e rotinas técnicas ou estão em elaboração ou diferem da prática realizada ou não estão disponíveis para a equipe.	Dispõe de normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas de todos os processos de trabalho, em local de fácil acesso a toda equipe, porém não atualizadas e/ou sem aprovação.	Dispõe de normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas de todos os processos de trabalho, elaboradas em conjunto com os setores envolvidos na assistência ao paciente grave e no que for pertinente, em conjunto com a CCIH, aprovadas e assinadas pelo RT e pelos coordenadores de enfermagem e de fisioterapia, revisadas anualmente ou sempre que houver a incorporação de novas tecnologias e disponíveis em local de fácil acesso a toda equipe.	Normas, procedimentos e rotinas técnicas são revisados sistematicamente com registro da divulgação e treinamento dos profissionais.	Existe auditoria interna para verificação do cumprimento das normas, procedimentos e rotinas técnicas. Medidas corretivas são adotadas e registradas.	Artigos 8º e 9º da RDC 07/2010, Artigos 7º Inciso II alínea "d", 23 Inciso XVIII e 51 da RDC 63/2011

Nº	Indicador	Critica	Aval	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
7	Equipamentos de Proteção Individual (EPI)	C		Não possui ou não utiliza EPI.	EPI's não compatíveis com as atividades desenvolvidas ou em quantidade insuficiente e/ou impróprios para o uso e/ou profissionais deixam o local de trabalho com os EPI's.	Possui EPI's em número suficiente e compatível com as atividades desenvolvidas, mas não utilizam conforme estabelecido em POP e/ou instrução do fabricante.	Possui EPI's em número suficiente e EPC compatíveis com as atividades desenvolvidas. São disponibilizadas instruções de uso, guarda e conservação. Profissionais não deixam o local de trabalho usando os EPI's.	Existe Plano de Gerenciamento e substituição dos EPI's.	Aquisição de EPI's é feita levando em consideração as características individuais dos trabalhadores (tamanho, peso, altura, alergias, etc) envolvidos na assistência e/ou possui auditoria interna para uso correto.	Art. 9º Inciso II da RDC 07/2010, Artigos 33 Inciso IV, 47, 50 inciso II da RDC 63/2011
8	Higienização das Mãos (HM)	C		O protocolo de prática de higiene das mãos (HM) não está implantado na unidade e não existem insumos, produtos, equipamentos e instalações (ex.pia) necessárias para as práticas de higienização das mãos ou uso de produtos para HM não regularizados junto à Anvisa.	Há protocolo de prática de HM mas está desatualizado ou não está disponível na unidade. A quantidade de lavatórios/pias ou a distribuição de dispensadores contendo preparação alcoólica para as mãos não atende aos regulamentos; Pias/lavatorios e dispensadores de preparação alcoólica com defeito ou com falta de produtos ou insumos para HM.	Existem insumos, produtos, equipamentos e instalações necessárias para as práticas de higienização de mãos de profissionais de saúde e visitantes, mas a quantidade disponibilizada não é compatível com a demanda e/ou não há recomendações escritas acerca da adequada higienização das mãos.	Protocolo de prática de higiene das mãos implantado na unidade, inclui os "cinco momentos" para HM. Há registro e documentação de capacitação de todos os profissionais de saúde da unidade sobre o protocolo. Existem cartazes afixados próximos a lavatórios/pias e dispensadores de preparação alcoólica mostrando as técnicas de HM. Dispensadores de preparação alcoólica nos pontos de assistência. Os produtos para HM são regularizados na ANVISA.	Os indicadores de "Adesão à higiene das mãos" são monitorados na unidade de forma indireta pelo consumo da preparação alcoólica, é realizada notificação mensal (10 a 12 meses) à Anvisa e ao estado/DF; e participa da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente.	A unidade possui registro de monitoramento direto da "Adesão à higiene das mãos"; implanta, avalia e faz a devolutiva dos resultados da Estratégia Multimodal para a melhoria da HM e existem registros de avaliação sistemática da estratégia além de registro das medidas corretivas. Disponibiliza orientação sobre HM aos pacientes e familiares.	Art. 46 da RDC 07/2010, Artigos 5º e 6º da RDC 42/2010, Art. 59 da RDC 63/2011, Art. 1º e Anexo 1 da Portaria Federal 1.377/13 e Anexo IV da Portaria 2616/1998, RDC 36/2013

Nº	Indicador	Critica	Aval	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
9	Orientação para Visitantes e Acompanhantes	NC		Equipe não realiza orientações aos acompanhantes e visitantes.	Equipe realiza orientações aos acompanhantes e visitantes quanto ao estado de saúde e a assistência prestada, mas não orienta quanto às ações de prevenção e o controle de infecções ou outros eventos adversos.	Equipe realiza orientações aos acompanhantes e visitantes quanto ao estado de saúde e a assistência prestada, e quanto as ações de prevenção e o controle de infecções, porém não em linguagem clara.	Equipe realiza orientações aos acompanhantes e visitantes, em linguagem clara, quanto ao estado de saúde e a assistência prestada e às ações de prevenção e controle de infecções, baseadas nas recomendações da CCIH.	Higienização das mãos dos visitantes e acompanhantes é supervisionada por profissional do setor.	Visitantes e acompanhantes recebem uma orientação escrita estimulando a adesão às práticas e normas de prevenção das IRAS.	Artigos 24, inciso II e 44 da RDC 07/2010
10	Prontuário do Paciente	C		Ausência de prontuário de pacientes na unidade ou sem preenchimento.	Prontuário de pacientes tem conteúdo ilegível e/ou não contém registros de todos os profissionais de saúde.	Prontuário de pacientes não contém todos os dados da evolução clínica e/ou cuidados prestados.	Constam nos prontuários registros contendo todas as informações da evolução clínica e assistência prestada por todos os profissionais com assinatura, nº do Conselho, data, de forma legível.	Prontuário é eletrônico e está disponível para todos os profissionais da unidade.	Prontuários são auditados sistematicamente e medidas corretivas são adotadas e registradas.	Artigos 22 e 23 da RDC 07/2010 e Artigos 24, 25, 26 e 27 da RDC 63/2011
11	Estrutura Física	NC		Em área não exclusiva e não apresenta todos os ambientes estabelecidos em legislação.	Possui área exclusiva, porém não apresenta todos os ambientes estabelecidas em legislação.	Em área exclusiva, porém o acesso não é restrito.	UTI em área exclusiva com ambientes devidamente identificados. Estrutura composta por: posto de enfermagem; quartos ou área coletiva; isolamento (1/10 leitos); sala de higienização e preparo de equip. e material ou CME; sala de utilidades; quarto de plantão; rouparia; depósito de equipamentos e materiais; banheiro p/ quarto de plantão; sanitários c/ vestiários p/ funcionários (mas. e fem.); sanitário p/ pacientes (geral); sala de espera p/ acompanhantes e visitantes (anexo à unidade ou não); sala administrativa; DML e copa.	Possui sala destinada a guarda de equipamentos para reserva técnica, área de prescrição, sala de entrevistas e/ou outras áreas.	Possui controle de acesso automático ao ambiente.	Art. 11 da RDC 07/2010, Unidade Funcional 3, pág. 47 da RDC 50/2002 e Art 7º Inciso II alínea "C"

Nº	Indicador	Critica	Aval	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
12	Manutenção da Estrutura Física	NC		Estrutura física apresenta-se degradada e/ou não há registro de manutenção.	Estrutura física apresenta-se degradada em algumas áreas. Apresentaram registro de manutenções corretivas.	Estrutura física conservada, mas não há registro de manutenções preventivas, apenas das manutenções corretivas.	Realizam ações de manutenção preventiva e corretiva das instalações prediais, de forma própria ou terceirizada e existem registros disponíveis.	Existe um checklist para avaliar sistematicamente as condições da estrutura física.	Possui plano de manutenção predial preventiva e corretiva, atualizado periodicamente.	Artigos 23 Inciso VII e 42 da RDC 63/2011
13	Iluminação	NC		Ausência de iluminação nos ambientes de assistência.	Ambiente com iluminação precária que dificulta a realização das atividades.	Iluminação adequada em algumas áreas.	Iluminação compatível com o desenvolvimento das atividades em todas as áreas da unidade.	Iluminação compatível com o desenvolvimento das atividades, com controle de intensidade.	Existe um programa de gerenciamento das condições de iluminação do setor e medidas corretivas são adotadas e registradas.	Art. 38 da RDC 63/2011
14	Sistema Elétrico de Emergência	C		Não dispõe de sistema de energia elétrica de emergência ou não está em funcionamento.	Dispõe de sistema de energia elétrica de emergência, mas está em manutenção, não atendendo a UTI de forma eficaz e/ou suficiente para sua capacidade.	Dispõe de sistema de energia elétrica de emergência, porém não realiza testes para confirmação de funcionamento do gerador.	Garante a continuidade do fornecimento de energia elétrica em situações de interrupção do fornecimento pela concessionária, por meio de sistema de energia elétrica de emergência.	Sistema de energia elétrica de emergência atende todo o hospital e há registros dos testes de funcionamento.	Sistema de energia elétrica de emergência atende todo o hospital e há registros dos testes de funcionamento diário.	Art. 41 da RDC 63/2011

Nº	Indicador	Critica	Aval	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
15	Climatização	C		Não existe sistema de climatização artificial.	Existe sistema de climatização artificial, porém visivelmente em más condições de limpeza, manutenção, operação e controle, e/ou sistema inadequado (ar condicionado de parede.)	Sistema de climatização em condições adequadas de limpeza, manutenção, operação e controle, porém sem os devidos registros, e/ou não existe controle da qualidade do ar seguindo normas regulamentadoras e/ou sem um responsável técnico habilitado (quando capacidade acima de 60.000 BTU) e Plano de Manutenção, Operação e Controle (PMOC).	Sistema de climatização em condições adequadas de limpeza, manutenção, operação e controle com registro. Existe controle da qualidade do ar interno seguindo normas regulamentadoras e Plano de Manutenção, Operação e Controle (PMOC). Para sistemas com capacidade acima de 5 TR (15.000 kcal/h = 60.000 BTU/H), dispõe de responsável técnico habilitado. Existe relatório técnico comprovando: quarto ou área coletiva com temp. 21 a 24°C, umidade relativa de 40 a 60%, vazão mínima de ar 18m ³ /h/m ² , pressão positiva e filtragem mínima G3+F7.	Mantém PMOC atualizado e cumprem as atividades estipuladas dentro da periodicidade estabelecida bem como as recomendações a serem adotadas em situações de falha do equipamento e de emergência com os devidos registros.	Existe um programa de gerenciamento das condições de climatização do setor, com relatórios de análise técnica com registro de análise de problemas e ações de melhorias adotadas.	Art. 35 da RDC 63/2011, Itens 7.5 e 7.5.1 da Parte III da RDC 50/2002, Artigos 5º, 6º e Anexo da Portaria 3523/1998 e ABNT/NBR-7256:2005, Art. 1º da Lei 13.589/2018
16	Equipamentos e Materiais *lista anexa ao roteiro	C		Não dispõe de equipamentos e materiais mínimos, estabelecidos na legislação, para atendimento à demanda do setor.	Equipamentos e materiais existentes não são exclusivos do setor e/ou existe equipamento ou material não regularizado junto a ANVISA.	Possui materiais e equipamentos de uso exclusivo da unidade, mas não há reserva operacional.	Possui materiais e equipamentos de uso exclusivo da unidade, de acordo com a faixa etária, biotipo do paciente, demanda e complexidade do serviço, com reserva operacional. Os materiais e equipamentos utilizados, nacionais ou importados, estão regularizados junto à ANVISA.	Equipamentos e materiais da UTI constam da lista de inventário da unidade e são avaliados sistematicamente.	Existe um sistema de gerenciamento e substituição dos equipamentos e materiais.	Artigos 50, 51, 56, 58, 59 e 60 da RDC 07/2010 e Art. 53 da RDC 63/2011

Nº	Indicador	Critica	Aval	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
17	Equipamentos e Materiais por Leito	C		Não dispõe de equipamentos e materiais necessários para cada leito do setor.	Não possui todos os equipamentos e materiais necessários para todos os leitos e/ou realiza rodízio de equipamentos e materiais para suprir a falta.	Cada leito possui os equipamentos e materiais necessários, mas não existe reserva operacional.	Cada leito possui: cama hospitalar c/ ajuste de posição, grades laterais e rodízios; equipamento p/ ressuscitação manual do tipo balão auto-inflável, com reservatório e máscara facial (1/leito, com reserva operacional de 1/2 leitos); estetoscópios (1/leito); conjunto p/ nebulização; equipamentos p/ infusão contínua e controlada de fluidos (4/leito, com reserva operacional de 1/3 leitos): fita métrica; equipamentos e materiais p/ monitorização contínua de: frequência respiratória, oximetria de pulso, frequência cardíaca, cardioscopia, temperatura e pressão arterial não-invasiva.	Equipamentos e materiais e reserva operacional constam na lista de inventário da unidade e são avaliados sistematicamente quanto ao funcionamento e integridade.	Existe um sistema de gerenciamento e substituição dos equipamentos e materiais.	Art. 57 da RDC 07/2010
18	Manutenção de Equipamentos	NC		Não realiza manutenção.	Manutenções não são realizadas em todos os equipamentos e/ou realiza apenas manutenções corretivas e não há calendário para preventivas.	Realiza manutenções preventivas e corretivas, há registros, mas não segue a periodicidade estabelecida pelo fabricante ou pela Engenharia Clínica do Hospital.	Realiza manutenções preventivas e corretivas nos equipamentos em uso e em reserva operacional, de acordo com periodicidade estabelecida pelo fabricante ou pela Engenharia Clínica do Hospital. Calendário de manutenção e registros estão disponíveis na unidade.	Planejamento com calendário de manutenção e registros informatizados e/ou participam de Comissão de Tecnovigilância.	Existe um sistema de gerenciamento dos equipamentos do setor coordenado por profissional legalmente habilitado.	Art. 55 da RDC 07/2010 e Art. 23 Inciso IX da RDC 63/2011

Nº	Indicador	Critica	Aval	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
19	Kits para Cuidado Emergencial/ Carrinho de Emergência	C		Não há kit para atendimento emergencial.	Kits não contém todos os materiais mínimos para o cuidado emergencial e/ou estão com a data de validade expirada.	Kit está completo, porém não atende a fração de 1 carrinho para cada 5 leitos e/ou não realiza teste diário do desfibrilador.	Existem kits de materiais e medicamentos, na proporção de 1/5 leitos ou fração, contendo: ressuscitador manual com reservatório, cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel, fio guia estéril e equipamento desfibrilador e cardioversor (realiza teste diário de funcionamento). Há lista padronizada.	Possui mais de 1 kit para cada 5 leitos.	Existe plano de contingência para substituição dos Kits.	Art. 58 Incisos XXV e XXVI e Art. 60 da RDC 07/2010 e Art. 58 da RDC 63/2011
20	Medicamentos e Produtos	NC		Medicamentos e produtos estão desorganizados e/ou fora do prazo de validade e/ou os medicamentos sujeitos a controle especial não estão guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança.	Medicamentos e produtos estão organizados e dentro da validade. Não procede o uso racional de antimicrobianos.	Medicamentos e produtos estão organizados e dentro da validade, mas há estoque de medicamentos. O uso racional de antimicrobianos não está bem definido e padronizado.	Medicamentos e produtos estão organizados e dentro da validade. Procede o uso racional de antimicrobianos. Os medicamentos sujeitos a controle especial são guardados sob chave e/ou dispositivo de segurança, em local exclusivo sob a guarda do profissional Farmacêutico. Desenvolve orientação para administração segura de medicamentos.	Recebimento dos medicamentos e produtos é por turno.	A unidade implementou programa de gerenciamento de uso dos antimicrobianos.	Artigos 8º Inciso V e 53 da RDC 63/2011, Art. 45 da RDC 07/2010 e Artigos 64, 65 e 67 da Portaria 344/1998

Nº	Indicador	Critica	Aval	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
21	Limpeza e Desinfecção das superfícies	NC		Ambiente sujo e desorganizado, incompatível com as atividades desenvolvidas ou uso de produtos saneantes não regularizados junto à ANVISA.	Não existem normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas sobre processo de Limpeza e Desinfecção das superfícies ou estão desatualizadas; ou não há registro de limpeza e desinfecção das superfícies.	Não há registro/documentação de capacitação dos profissionais de limpeza e desinfecção da unidade sobre os procedimentos. ou apresenta registros incompletos de limpeza e desinfecção das superfícies.	Existem procedimentos atualizados, em local de fácil acesso sobre o processo de Limpeza e Desinfecção das superfícies na unidade, incluindo, recomendações para limpeza diária e terminal para prevenção da disseminação de microrganismos multirresistentes. Ambientes em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade, conforme POPs. Há registro de capacitação de todos os profissionais de limpeza e desinfecção. Os saneantes utilizados são regularizados na ANVISA.	Existem registros de supervisão da limpeza e desinfecção de superfícies, com Roteiro de Observação Diária ou Semanal sobre condições de Limpeza e Desinfecção (ou documento semelhante) preenchidos. Medidas corretivas são adotadas e registradas.	Existem registros de processo de monitoramento para validação dos procedimentos de limpeza e desinfecção de superfícies, de acordo com orientação da CCIH.	Art. 14 Inciso VII da RDC 07/2010, Artigos 36, 50 e 52 da RDC 63/2011 e Item 13.1 do Roteiro B do Anexo da RDC 48/2000

Nº	Indicador	Critica	Aval	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
22	Armazenamento de Materiais Esterilizados e Interface com Centro de Material e Esterilização (CME)	C		<p>Materiais estão armazenados em em más condições de empacotamento, identificação e rastreabilidade e/ou existem produtos não registrados como produtos para saúde e/ou reutilizam produtos com reproprocessamento proibido ou parte do processamento é feita no setor.</p>	<p>Não existem registros que garantem a rastreabilidade e/ou local de armazenamento não é exclusivo e de acesso restrito.</p>	<p>Materiais estão em boas condições de empacotamento, identificação e rastreabilidade. Existem registros que garantem a rastreabilidade, porém na abertura dos pacotes são evidenciadas não conformidades, falhas nas boas práticas de reproprocessamento. Local de armazenamento exclusivo e de acesso restrito, porém as prateleiras são de material poroso ou não são resistentes à limpeza úmida e ao uso dos saneantes.</p>	<p>Materiais estão em boas condições de empacotamento, identificação e rastreabilidade. Existem registros que garantem a rastreabilidade. Contam com quantitativo de material de acordo com a complexidade do serviço e necessários ao atendimento da demanda. Local de armazenamento exclusivo e de acesso restrito com prateleiras de material não poroso, resistente à limpeza úmida e ao uso de produtos saneantes (quando armazenados no setor).</p>	<p>Etiquetas dos pacotes e os integradores (se existentes nos pacotes) são anexados ao prontuário do paciente de forma a garantir a rastreabilidade.</p>	<p>Existe auditoria interna para verificação das condições de armazenamento e integridade dos pacotes, bem como dos registros realizados para rastreabilidade e cumprimento das normas estabelecidas e medidas corretivas são adotadas e registradas.</p>	<p>Artigos 17, 53 e 55 da RDC 63/2011, Artigos 21, 25, 60 e 61 da RDC 15/2012, Art. 8º da RDC 156/2002/ANVISA, RE 2605/2006/ANVISA.</p>

Nº	Indicador	Critica	Aval	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
23	Gerenciamento de Riscos		NC	Não gerencia riscos, não notifica eventos adversos e queixas técnicas, nem define ou monitora indicadores.	Não gerencia risco e notifica parcialmente as queixas técnicas e eventos adversos inerentes às atividades realizadas e aos produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária.	Gerencia risco e notifica as queixas técnicas e eventos adversos, mas não define e monitora indicadores.	Gerencia riscos inerentes às atividades realizadas na unidade e aos produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária. Busca reduzir e minimizar a ocorrência dos eventos adversos relacionados a: procedimentos de prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação do paciente; medicamentos e insumos farmacêuticos; produtos p/ saúde, incluindo equipamentos; uso de sangue e hemocomponentes; e saneantes. Define e monitora indicadores de avaliação da prevenção ou redução dos eventos adversos; coleta, analisa, estabelece ações corretivas e notifica eventos adversos e queixas técnicas.	Gerenciamento dos riscos que envolvem os eventos adversos reflete na melhoria dos indicadores monitorados.	UTI é submetida a auditorias periódicas quanto ao gerenciamento de riscos.	Artigos 33, 34, 35 e 36 da RDC 07/2010 e Art. 7º da RDC 36/2013

Nº	Indicador	Critica	Aval	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
24	Controle de Infecções Relacionadas à Assistência (IRAS)	NC		Ausência de protocolos e POPs para prevenção e controle das IRAS.	Existem protocolos para prevenção e controle de IRAS, mas não há dados de vigilância ou protocolos estão desatualizados.	Existem protocolos para prevenção e controle de IRAS mas não há comprovação de capacitação da equipe assistencial.	Medidas de controle das IRAS, definidas em conjunto com a CCIH, são cumpridas, e os profissionais implementam os protocolos de prevenção. Realiza busca ativa das infecções relacionadas a dispositivos invasivos, dos microrganismos multirresistentes e outros de importância clínico-epidemiológica e identifica surtos. Existem normas acerca de precauções de isolamento, especialmente p/ pacientes suspeitos/confirmados com microrganismos multirresistentes.	Implementa medidas para controle em situações de surto, colabora com ações de investigação de surto. Discute dados de IRAS com equipe assistencial e revisa as medidas de prevenção com base nesses dados.	Medidas de controle das IRAS são submetidas a auditorias periódicas por parte da CCIH. Realiza prescrição de antimicrobianos baseado no perfil microbiológico local.	Artigos 08, 17, 37, 38, 39, 40, 42 e 43 da RDC 07/2010 e Anexo III da Portaria 2616/1998
25	Vigilância e notificação de eventos adversos	NC		Não é realizada vigilância dos eventos adversos ocorridos na unidade.	É realizada vigilância dos eventos adversos ocorridos na unidade, mas não há notificação dos dados ao SNVS ou não é realizada vigilância de todos os tipos de eventos adversos preconizados na regulamentação vigente.	Realiza a vigilância dos eventos adversos, mas não notifica mensalmente os dados ao SNVS.	É realizada vigilância dos eventos adversos relacionados à assistência à saúde, ao uso de medicamentos, produtos para saúde, sangue/hemocomponentes, produtos saneantes e outros produtos sujeitos e há notificação mensal dos eventos adversos ao SNVS.	É realizada investigação de eventos adversos graves ocorridos na unidade, eventos sentinelas, eventos catastróficos e dos óbitos decorrentes de eventos adversos.	Os resultados obtidos com a análise dos indicadores e das investigações de eventos adversos ocorridos na unidade são utilizados para implementação de ações de melhoria e prevenção da recorrência de eventos.	Seção VII da RDC 07/2010; artigos 19 e 20 da RDC 02/2010; Art 8º, Art 9º e Art 10 da RDC 36/2013; Art 8º, Art 23, Art 62 da RDC nº 63/2011; RDC 34/2014; IN 01/2015; Portaria de Consolidação 04/2017

Nº	Indicador	Critica	Aval	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
26	Avaliação Global da UTI- Indicadores	NC		Não é realizado monitoramento dos indicadores.	Monitoramento dos indicadores é realizado, mas não mensalmente ou não monitora todos.	Os dados monitorados não estão de fácil acesso ou os indicadores densidade de incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), taxa de utilização de ventilação mecânica (VM), densidade de incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central, taxa de utilização de cateter venoso central (CVC), densidade de incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical não são de acordo com os Critérios Nacionais estabelecidos pela ANVISA.	Existem registros do monitoramento mensal dos indicadores p/ UTI, de acordo com o perfil de demanda. Indicadores: taxa de mortalidade absoluta e estimada; tempo de permanência na UTI; taxa de reinternação em 24h; densidade de incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV); taxa de utilização de ventilação mecânica (VM); densidade de incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central; taxa de utilização de cateter venoso central (CVC); densidade de incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical. Os dados monitorados estão em local de fácil acesso.	Unidade elabora relatórios periódicos acerca dos seus indicadores para instâncias superiores, além da divulgação dos dados para toda a equipe multiprofissional; ou além dos indicadores obrigatórios, realiza monitoramento de outros indicadores para avaliação global do funcionamento da unidade.	Utiliza o resultado dos indicadores para promover ações de melhoria na assistência	Art. 48 § 3º e 4º da RDC 07/2010 e Art. 1º da Instrução Normativa 4/2010/ ANVISA A
27	Avaliação Global da UTI- Índice de Gravidade dos Pacientes	NC		Ausência do cálculo do Índice de Gravidade dos pacientes internados.	Índice é calculado de modo inadequado.	Índice não é calculado para todos os pacientes e/ou o RT não correlaciona mortalidade geral da UTI com a mortalidade geral esperada.	UTI calcula o Índice de Gravidade/Índice Prognóstico dos pacientes internados por meio de um Sistema de Classificação de Severidade de Doença, recomendado por literatura especializada. O RT correlaciona mortalidade geral da UTI com a mortalidade geral esperada, de acordo com o Índice de Gravidade utilizado.	Índice de gravidade dos pacientes é sistematicamente avaliado pela equipe multiprofissional e a assistência é definida com base na avaliação.	Ações tomadas com base no índice de gravidade dos pacientes refletem em melhorias na qualidade da assistência prestada.	Art. 48 § 1º e § 2º da RDC 07/2010

Nº	Indicador	Critica	Aval	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
28	Protocolo de Identificação do Paciente	NC		Não há protocolo de Identificação do paciente implantado na unidade	Há protocolo de identificação do paciente implantado, mas está desatualizado ou não está disponível na unidade; ou foram observados pacientes sem pulseira ou sem identificação beira-leito.	Há protocolo de identificação do paciente implantado, atualizado e disponível na unidade, mas os identificadores (pulseira ou identificação beira-leito) estão incompletos, ilegíveis ou incorretos ou não realiza o monitoramento dos indicadores mínimos previstos no protocolo de identificação.	Todos os pacientes utilizam pulseiras de identificação conforme protocolo definido e há no mínimo dois identificadores na pulseira (nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente, data do nascimento do paciente e número do prontuário do paciente). Os dados da pulseira coincidem com a identificação beira-leito e a pulseira de fácil leitura e legível. Há registro de educação permanente na temática. São realizados monitoramento/auditorias para verificar o cumprimento do protocolo e são monitorados os seguintes indicadores: a) Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente; b) Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos na unidade.	Os dados das auditorias periódicas para verificação do cumprimento do protocolo de identificação do paciente na unidade são divulgados para toda a equipe multiprofissional que atua no setor; ou além dos obrigatórios, realiza monitoramento de outros indicadores relacionados à adesão ao protocolo de identificação do paciente na unidade.	Os resultados obtidos com a análise dos indicadores e das auditorias de implementação do protocolo são utilizados para implementação de ações de melhoria na unidade e para prevenção da ocorrência de eventos adversos relacionados à não adesão ao protocolo.	Art. 7º Inciso VIII da RDC 36/2013 e Itens 4.1, 5.1, 5.2 e Apêndice do Anexo 02 da Portaria 2095/2013

Nº	Indicador	Critica	Aval	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
29	Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão		NC	Não há protocolo de prevenção de lesão por pressão implantado na unidade.	Há protocolo de prevenção de lesão por pressão implantado na unidade, mas está desatualizado ou não está disponível na unidade.	Há protocolo de prevenção de lesão por pressão atualizado e disponível na unidade, mas não há registro/documentação de capacitação de todos os profissionais de saúde da unidade sobre o protocolo ou não monitora o cumprimento do protocolo por meio de indicadores.	Possui protocolo de prevenção de lesão por pressão atualizado e disponível na unidade com registro/documentação de capacitação de todos os profissionais de saúde da unidade para sua implementação. E monitora o cumprimento do protocolo por meio de indicadores: a) Percentual (%) de pacientes submetidos a avaliação de risco para Lesão por pressão (LPP) na admissão; b) Percentual (%) de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para LPP; c) Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LPP e d) Incidência de LPP.	Os dados de monitoramento dos indicadores relacionados ao protocolo são divulgados para toda a equipe multiprofissional da unidade; ou além dos indicadores citados, realiza monitoramento de outros indicadores relacionados à adesão ao protocolo de prevenção de LPP; ou a unidade conta com Comissão de Feridas Multidisciplinar com registro em prontuário ou atas de reuniões das ações realizadas.	Os resultados obtidos com a análise dos indicadores e de auditorias de implementação do protocolo são utilizados para implementação de ações de melhoria na unidade e para prevenção da ocorrência de eventos adversos relacionados à não adesão ao protocolo.	Art. 7º Inciso VIII da RDC 36/2013 e Itens 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5 e 5.6 do Anexo 02 da Portaria 1377/2013

Nº	Indicador	Critica	Aval	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
30	Protocolo de Prevenção de Quedas	NC		O Protocolo de Prevenção de Quedas não está implantado na unidade.	Há Protocolo de Prevenção de Quedas, mas está desatualizado ou não está disponível na unidade.	Há Protocolo de Prevenção de Quedas, atualizado e disponível na unidade, mas não há registro/documentação de capacitação de todos os profissionais de saúde da unidade sobre o protocolo. E não há registro de avaliação de risco realizada.	Protocolo de Prevenção de Quedas atualizado, disponível e implantado na unidade, incluindo medidas de prevenção de queda do paciente, conforme avaliação de risco realizada. Há registro de capacitação de todos os profissionais de saúde da unidade sobre o protocolo e há registro de avaliação de risco realizada na admissão do paciente. Os eventos adversos relacionados às quedas de pacientes são notificados ao SNVS.	Os indicadores do Protocolo de Prevenção de Quedas são monitorados na unidade e a avaliação de risco é realizada e registrada no prontuário do paciente. Existe auditoria periódica para verificação do cumprimento do Protocolo e participa da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente.	Possui registro da avaliação de risco de queda de pacientes realizada na admissão e durante a internação e há registro de quedas nos prontuários. A notificação é feita ao NSP, com posterior notificação ao SNVS, e há investigação das quedas ocorridas, sendo as medidas preventivas e corretivas registradas. Disponibiliza orientação sobre prevenção de quedas aos pacientes e familiares.	Art. 7º Inciso VIII da RDC 36/2013 e Itens 5.2.1, 5.2.2 e 5.3 do Anexo 01 da Portaria 2095/2013 e Art. 8º da RDC 36/2013 e Art. 8º, Art. 9º e Art. 10 da RDC 63/2011

Nº	Indicador	Critica	Aval	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
31	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos-Evidências	NC		O Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos não está implantado na unidade.	Há Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, mas está desatualizado ou não está disponível na unidade.	Há Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, atualizado e disponível na unidade, mas não há registro de capacitação de todos os profissionais de saúde da unidade sobre o protocolo.	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos atualizado, disponível e implantado na unidade, incluindo itens de verificação para prescrição, dispensação e administração segura de medicamentos. Há registro de capacitação de todos os profissionais de saúde da unidade sobre o protocolo. Os eventos adversos relacionados aos erros de medicação são notificados ao SNVS	Os indicadores do Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos são monitorados na unidade e existe auditoria periódica para verificação do cumprimento do Protocolo. Participa da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente.	Há registro de eventos adversos relacionados aos erros de medicação nos prontuários, há notificação de eventos adversos relacionados aos erros de medicação ao NSP, com notificação ao SNVS. Realiza investigação dos eventos adversos relacionados aos erros de medicação e registra as ações corretivas e preventivas, além de disponibilizar orientação sobre prevenção de erros de medicação aos pacientes e familiares.	Art. 7º Inciso VIII da RDC 36/2013 e Itens 5.1, 5.2, 6.1, 6.2, 7.1 e 7.2 do Anexo 03 da Portaria 2095/2013 e Art. 8º da RDC 36/2013 e Art. 8º, Art. 9º e Art. 10 da RDC 63/2011