



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA  
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA  
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE – SUVISA  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E SAÚDE AMBIENTAL – DIVISA  
COORDENAÇÃO DE SUPORTE ESTRATÉGICO – CSE  
NÚCLEO ESTADUAL DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – NECIH

**Instrumento de Autoavaliação da Qualidade da Assistência Hospitalar com Foco na  
Prevenção e Controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde  
Portaria n.º 1.083, de 15 de maio de 2001  
3ª Edição  
Anexos revisados e ampliados**

**BAHIA  
2015**

**Esta versão substitui integralmente os anexos da Portaria Estadual nº 1.083/2001**

# EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL PELA 3ª EDIÇÃO

– revisada e ampliada

## Núcleo Estadual de Controle de Infecção Hospitalar – NECIH

Fátima Maria Nery Fernandes  
Eliana Auxiliadora Magalhães Costa  
Ezinete de Oliveira Dórea  
Gracimara de Jesus Santos  
Hígia Maria Villasboas Alves Schettini  
Lorena Pastor Ramos  
Márcia Angélica Bonifácio Alves  
Marilene da Silva Belmonte  
Valdiva Maria Jesus Ferreira Santana

## COLABORADORES

1. Alba Lourena M. Froes Hospital Geral do Estado
2. Alessandro Farias Hospital Português
3. Aline Farias de Almeida Hospital Geral Roberto Santos
4. Alvacy Rita leite Instituto Cardio Pulmonar
5. Ana Cristina Canavarro Maternidade de Referência PJMMN
6. Ana Lúcia Prisco Paraíso Hospital Menandro de Farias
7. Ana M<sup>a</sup> dos Santos Forte Itaipara Memorial Day Hospital
8. Ana Paula Amorim Queiroz Hospital Espanhol
9. Ana Paula G. Alcântara Hospital Santo Amaro
10. Ana Verena Almeida Mendes Hospital São Rafael
11. Andrea Straatmann Hospital Agenor Paiva
12. Antônio Carlos Bandeira Hospital Aliança
13. Caline Lima Hospital São Rafael
14. Cândida Maria C. Cerqueira Hospital Octávio Mangabeira
15. Carlos Vladimir Neco Hospital Geral Roberto Santos
16. Carla Fuezi Hospital Português
17. Cláudia Verbena Sales Mello CEDAP/SESAB
18. Cleonice Ferreira Braga Obras Sociais Irmã Dulce – OSID
19. Dinalva Bastos Instituto Cardio Pulmonar
20. Elenaide de Paula Lyra COVISAN/DIVISA
21. Elisabeth Lilian Marinho IPERBA
22. Everaldo Benedito da Silva Hospital Couto Maia
23. Fábio Amorim Maternidade de Referência PJMMN
24. Giovana Orrico Hospital Santa Izabel
25. Gustavo Tanajura Mustafá Hospital Santo Antônio
26. Ieda Nery Hospital Aliança
27. Ivete Teixeira Silva Ferretti COVISAN/DIVISA
28. Jacira Hora Hospital Aliança
29. Joalice B. Xavier COVISAN/DIVISA
30. João Lycio Conceição Silva Universidade Federal da Bahia – UFBA
31. Joceres O. Carvalho HUPES

|  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| 32. Joice Andrade                        | SAMUR – Vitória da Conquista        |
| 33. Judith Andrade Melo                  | Hospital Estadual da Criança        |
| 34. Katarine Barreiro                    | Hospital Aliança                    |
| 35. Kátia Lane da Silva Durães           | Hospital Geral Ernesto Simões Filho |
| 36. Kátia Maria Costa da Silva           | Hospital Agenor Paiva               |
| 37. Karine Reinaldo Queiroz              | SMS – Município de Salvador         |
| 38. Ledívia Espinheira Nogueira          | SESAB                               |
| 39. Leila Santos Souza                   | Hospital do Subúrbio                |
| 40. Liane Maria Campos de Souza          | Hospital Naval                      |
| 41. Lícia Lígia Moreira da Silva         | HUPES                               |
| 42. Lindinalva Alves                     | Maternidade Climério de Oliveira    |
| 43. Lúcia M <sup>a</sup> Barbosa Santos  | Maternidade Albert Sabin            |
| 44. Márcia Aparecida F. Gomes            | Obras Sociais Irmã Dulce – OSID     |
| 45. Márcia Silveira                      | Fundação Baiana de Cardiologia      |
| 46. Margarete Barreto                    | Hospital Santa Izabel               |
| 47. Maria Angélica C. de Freitas         | Hospital Geral Roberto Santos       |
| 48. Maria Carolina M. Koch               | Hospital Geral do Estado            |
| 49. Maria Conceição Peixoto Oliveira     | Hospital Colônia Lopes Rodrigues    |
| 50. Maria Nita Ferraz                    | NAA/CSE/DIVISA                      |
| 51. Maria das Graças Gonçalves           | Hospital Santa Izabel               |
| 52. Maria do Rosário Simões              | COVISAN/DIVISA                      |
| 53. Maria Luísa Morais Guimarães         | COVISAN/DIVISA                      |
| 54. Mariana de Azevedo Santos            | Hospital da Sagrada Família         |
| 55. Marina Costa                         | Hospital Espanhol                   |
| 56. Marise Caldas da Silva Nery          | SAMUR – Vitória da Conquista        |
| 57. Milena Torres                        | Hospital Português                  |
| 58. Miralba Freire                       | Hospital da Cidade                  |
| 59. Miriam Angélica Barreto              | Itaigara Memorial Day Hospital      |
| 60. Neusa Maria Neves Silva              | Hospital Santa Izabel               |
| 61. Olívia Hilarião                      | Hospital Jorge Valente              |
| 62. Priscila Pimentel                    | Hospital Santo Amaro                |
| 63. Rita Gramacho Calfa                  | Maternidade Tyssila Balbino         |
| 64. Renata Bitencourt                    | Hospital Estadual da Criança        |
| 65. Rosana Pellegrini                    | Maternidade Climério de Oliveira    |
| 66. Sandra Margarete de Oliveira Mattos  | Hospital Clériston Andrade          |
| 67. Sandra Renata Amaral Marques         | Obras Sociais Irmã Dulce – OSID     |
| 68. Sarah Goes Mamed                     | SESAB                               |
| 69. Silvia Freire                        | Hospital Aliança                    |
| 70. Silvia Olinda                        | Hospital Santa Izabel               |
| 71. Silviana Ultchak                     | Hospital São Rafael                 |
| 72. Simone Maria Pimenta Oliveira        | HUPES                               |
| 73. Simone Porto                         | Maternidade Climério de Oliveira    |
| 74. Stela Deane Castro                   | SMS SSA                             |
| 75. Tânia Chagas                         | Itaigara Memorial Day Hospital      |
| 76. Tânia Maria Santiago Mattos          | IPERBA                              |
| 77. Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho | Maternidade Albert Sabin            |
| 78. Vanessa Terezinha da Cunha           | Hospital Salvador                   |
| 79. Virgínia S. Santana                  | COVISAN/DIVISA                      |
| 80. Zenilda Guimarães Amaral             | SESAB                               |

# EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL PELA 1ª EDIÇÃO

## Coordenação de Gestão da Qualidade e Avaliação Tecnológica – COGESTEC/SESAB

Joane Maria de Queiroz Felix  
Maria das Graças G. de Oliveira  
Márcia Angélica Martins Bonifácio Alves

## Associação Baiana de Controle de Infecção Hospitalar – ABACIH

Judite Andrade Melo

## COLABORADORES

1. Adirah Queiroz – Gerente Empresarial
  2. Ana Cristina Costa Santana – Enfermeira
  3. Áurea Angélica Paste – Médico
  4. Carlos Francisco – Engenheiro Químico
  5. Cleuber Fontes – Microbiologista
  6. Eliana Auxiliadora M. Costa – Enfermeira
  7. Ester Bergsten – Engenheira de Segurança
  8. Fátima Maria N. Fernandes – Enfermeira
  9. Iramaia Oliveira – Nutricionista
  10. Handerson Leite – Engenheiro
  11. João Lício Conceição Silva – Médico
  12. José Ricardo Madureira – Médico
  13. Juarez Pereira Dias – Sanitarista
  14. Kátia Maria Silva – Enfermeiro
  15. Katiacy Araújo – Médica
  16. Lindemberg Araújo Costa – Farmacêutico
  17. Lúcia Araújo Noblat – Farmacêutica
  18. Luciana Sacramento – Enfermeira
  19. Mara Clécia Dantas Souza – Engenheira
  20. Maria Aurorara de Almeida – Enfermeira
  21. Maria Carolina K. de Oliveira – Enfermeira
  22. Maria das Graças Braga – Enfermeiro
  23. Maria de Fátima Pereira Santos – Bióloga
  24. Marly Albuquerque – Farmacêutica
  25. Paulo André Jesuíno – Médico
  26. Ricardo Marinho – Engenheiro Químico
  27. Rosita M. R. F. Assis – Enfermeira
  28. Suely Ribeiro – Médica
- CLAIR Higienização  
Real Sociedade Portuguesa de Beneficência  
Santa Casa de Misericórdia – Hospital Santa Izabel  
Fatos e Dados Consultoria e Treinamento  
Fundação José Silveira – Hospital Santo Amaro  
Hospital Ana Nery  
Fundação José Silveira – Hospital Santo Amaro  
Hospital Geral Ernesto Simões Filho  
Coordenadora Serv. de Nutrição. – Fundação José Silveira  
Chefe de Depto. de Relações Empresárias – CEFET  
Sociedade Brasileira de Microbiologia  
Santa Casa de Misericórdia – Hospital Santa Izabel  
Diretoria de Vigilância Epidemiológica – SESAB  
Hospital Geral do Estado  
Coordenadora da UTI Neo – Hospital Aliança  
Professor da Universidade Federal de Farmácia  
Coordenadora Serv. de Farmácia – H. Edgar Santos  
CLAIR Higienização  
Professora do CEFET  
Auditoria da SESAB  
Hospital Geral do Estado – SESAB  
Hospital Universitário Professor Edgard Santos  
Hospital Geral João Batista Caribé  
Vigilância Sanitária  
Colégio Brasileiro de Cirurgiões  
Fatos e Dados Consultoria e Treinamento  
Fundação HEMOBA  
Fundação José Silveira – Hospital Santo Amaro

## **APRESENTAÇÃO**

Esta é uma versão preliminar dos Anexos I, II, III, IV, revisados e ampliados, da Portaria Estadual n.º 1.083, de 14 de maio de 2001, que define os Padrões de Qualidade da Assistência para a Autoavaliação Hospitalar com Foco na Qualidade e na Prevenção das Infecções Hospitalares e implanta a Vigilância Epidemiológica da Qualidade dos Serviços, que torna obrigatória a sua implantação em todos os hospitais do Estado da Bahia, independente do seu porte e da entidade mantenedora, e com o envio semestral dos resultados alcançados pela aplicação deste instrumento (Anexo IV) ao Núcleo Estadual de Controle de Infecção Hospitalar.

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| PORTARIA ESTADUAL Nº 1.083/2001 .....   | 07 |
| ANEXO I – DEFINIÇÕES .....  | 09 |
| ANEXO II – MÉTODO DE AUTO-AVALIAÇÃO .....   | 13 |
| ANEXO III – INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA FICHA DE VIGILÂNCIA DA<br>QUALIDADE – AUTOAVALIAÇÃO HOSPITALAR ..... | 21 |
| ANEXO IV – PADRÕES DE QUALIDADE ASSISTENCIAL PARA AUTOAVALIAÇÃO .....   | 23 |
| 1. DIREÇÃO HOSPITALAR .....   | 23 |
| 2. PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – PCIH .....   | 25 |
| 3. SEGURANÇA DO PACIENTE .....  | 32 |
| 4. PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS .....  | 33 |
| 5. BIOSSEGURANÇA .....  | 41 |
| 6. PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO .....   | 44 |
| 7. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS .....  | 46 |
| 8. FARMÁCIA .....   | 47 |
| 9. NUTRIÇÃO E DIETÉTICA .....   | 53 |
| 10. LAVANDERIA .....  | 57 |
| 11. HIGIENIZAÇÃO AMBIENTAL .....  | 59 |
| 12. CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO .....   | 61 |
| 13. QUALIDADE DA ÁGUA .....   | 65 |
| 14. HEMOTRANSFUSÃO .....  | 65 |
| 15. QUIMIOTERAPIA .....   | 66 |
| 16. TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA .....  | 67 |
| 17. UNIDADE NEONATAL .....  | 69 |
| 18. UNIDADE OBSTÉTRICA .....  | 73 |
| 19. ENGENHARIA CLÍNICA .....  | 75 |
| 20. MICROBIOLOGIA .....   | 77 |
| 21. PROGRAMA DE QUALIDADE .....   | 79 |
| 22. SERVIÇO SOCIAL .....  | 81 |

## **Portaria n.º 1.083, de 14 de maio de 2001**

### **Define Padrões de Qualidade da Assistência para a Autoavaliação Hospitalar com Foco na Qualidade e na Prevenção das Infecções Hospitalares e implanta a Vigilância Epidemiológica da Qualidade dos Serviços.**

O **SECRETÁRIO** DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA, no uso de suas atribuições legais e:

Considerando o princípio da descentralização política administrativa previsto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde;

Considerando as disposições aprovadas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que constitui o Sistema Único de Saúde;

Considerando os propósitos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia na formulação e execução das políticas e diretrizes para a saúde no Estado da Bahia;

Considerando que o Capítulo 1º, Art. 5º, Inciso III, da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece como objetivo e atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS) “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”;

Considerando o papel da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia de exercer a Regulação do Sistema Estadual de Saúde através da definição, acompanhamento e avaliação de normas, padrões e critérios de excelência para gestão e funcionamento dos serviços de saúde, voltados para a qualidade da atenção e satisfação do usuário;

Considerando a competência regimental da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, através da Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção de Saúde, de desenvolver o processo de Acreditação de Serviços de Saúde;

Considerando as determinações da Lei n.º 9.431, de 6 de janeiro de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção, pelos hospitais do País, de programa de controle de infecções hospitalares;

Considerando o disposto na Portaria n.º 2.616, de 12 de maio de 1998, sobre diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares;

Considerando que as infecções hospitalares constituem risco significativo à saúde dos usuários dos hospitais, e sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação da assistência hospitalar e outras no âmbito do Estado, do município e de cada hospital, atinentes ao seu funcionamento;

Considerando os avanços técnico-científicos, os resultados do Estudo Brasileiro da Magnitude das Infecções Hospitalares, Avaliação da Qualidade das Ações de Controle de Infecção Hospitalar, o reconhecimento mundial dessas ações como as que implementam a melhoria da qualidade da assistência à saúde, reduzem esforços, problemas, complicações e recursos;

Considerando a necessidade da definição de padrões assistenciais que contribuam para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados pelas unidades hospitalares;

Considerando a necessidade do monitoramento contínuo das práticas hospitalares relacionadas à qualidade e ao controle das infecções hospitalares;

Resolve:

Art. 1º – Ficam definidos os padrões de qualidade da assistência hospitalar com foco na qualidade e prevenção das infecções hospitalares, na forma dos Anexos I, II, III, IV.

Art. 2º – A implantação da Vigilância Epidemiológica da Qualidade dos Serviços torna-se obrigatória em todos os hospitais do Estado da Bahia, independente do seu porte e da entidade mantenedora.

Art. 3º – Os hospitais ficam obrigados a enviar semestralmente à Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, devidamente preenchidas, as fichas cujos modelos constam do Anexo III.

Art. 4º – A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, através da Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção da Saúde, prestará cooperação técnica às Secretarias Municipais de Saúde e Diretorias Regionais de Saúde e hospitais, a fim de orientá-los sobre o exato cumprimento e interpretação desta Portaria.

Art. 5º – A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, através da Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção da Saúde, manterá as avaliações da qualidade assistencial como instrumento de acompanhamento e avaliação dos dados recebidos das unidades hospitalares.

Art. 6º – A inobservância ou o descumprimento desta Portaria sujeitará o infrator às penalidades previstas na Lei n.º 6.437, de 20 de agosto de 1977, e suas atualizações, como também às impostas pelos órgãos de defesa do consumidor em decorrência da legislação pertinente.

Art. 7º – A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, através da Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção de Saúde, procederá à revisão desta Portaria sempre que necessário adequá-la ao desenvolvimento científico e tecnológico do País.

Art. 8º – Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

José Maria de Magalhães Netto  
Secretário da Saúde

## ANEXO I

### DEFINIÇÕES

**Ação Corretiva** - Tem o objetivo de corrigir uma não conformidade de forma a prevenir a sua recorrência. Ação sobre a causa da não conformidade.

**Ação Preventiva** - Ação sobre não conformidades potenciais de modo a prevenir a sua ocorrência.

**Autoavaliação** - Método utilizado para o monitoramento da assistência prestada; baseia-se na definição de padrões explícitos e aceitáveis de desempenho que, quando comparados com o serviço oferecido, indicam o nível da qualidade desses serviços. Essa atividade é operacionalizada através da epidemiologia hospitalar.

**Autoridade Sanitária** - É o servidor que tem a função de aplicar as medidas sanitárias apropriadas, de acordo com as leis e regulamentos vigentes, na sua demarcação territorial, com livre acesso a todos os locais sujeitos à legislação sanitária, observados os preceitos constitucionais.

**Avaliação** - Processo através do qual se visa aferir, de modo contínuo, a eficácia, a adequação, a eficiência e os efeitos secundários para o alcance dos objetivos e metas estabelecidas bem como permitir os registros necessários.

**Boas Práticas de Funcionamento do Serviço de Saúde** - Componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

**Cabine de Segurança Biológica (CSB)** - Equipamento de proteção coletiva, com insuflamento e exaustão completa de ar para proteção do produto, das pessoas e do ambiente.

**Clima Emocional da Organização** - Relações interpessoais em que vigoram os valores humanos, tais como: respeito, harmonia, bem-estar, equilíbrio, solidariedade e espírito de cooperação.

**Centro de Material e Esterilização (CME) Classe I** - É aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não críticos, semicríticos e críticos de conformação não complexa, passíveis de processamento.

**CME Classe II** - É aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não críticos, semicríticos e críticos de conformação complexa e não complexa passíveis de processamento.

**Critérios** - Instrumentos básicos e essenciais para a avaliação, que permitem definir, com propriedade, as bases da orientação e do julgamento adotados na tomada de decisões. Os critérios são normas com as quais se comparam ações; medem e avaliam qualidade, quantidade, extensão, peso e valor.

**Comitê de Processamento de Produtos para Saúde** - Define os produtos para saúde a serem processados no CME ou que devem ser encaminhados a serviços terceirizados contratados.

**Cultura da Segurança** - Conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

**Dano** - Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doença, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

**Descontaminação** - Processo de eliminação total ou parcial da carga microbiana de artigos e superfícies, tornando-os aptos para o manuseio seguro. Aplica-se com a limpeza, desinfecção ou esterilização. Artigos descontaminados devem seguir o processamento adequado.

**Descrição dos Procedimentos** - Detalhamento das técnicas, visando a execução de determinada atividade.

**Desinfecção** - Processo físico ou químico que destrói todos os microorganismos, exceto os esporulados.

**Desinfecção Alto Nível** - Se dá quando os desinfetantes são eficazes contra todas as formas vegetativas e destroem uma parte dos esporos quando utilizados entre 10 e 30 minutos.

**Desinfecção Baixo Nível** - Se dá quando os desinfetantes têm atividade contra bactérias vegetativas, mas não destroem esporos.

**Desinfecção de Nível Médio** - Se dá quando os desinfetantes não destroem os esporos, têm ação sobre o bacilo da tuberculose, ampla ação sobre vírus e fungos, mas não destroem obrigatoriamente todos eles.

**EPI** - Equipamento de proteção individual.

**Especificação** - Ato ou efeito de descrever rigorosa e minuciosamente as características que um material, uma obra ou um serviço deverão apresentar.

**Esterilização** - Processo físico ou químico que destrói todos os tipos de microorganismos, inclusive os esporulados.

**Evento Adverso** - Incidente que resulta em dano à saúde.

**Garantia da Qualidade** - Todas as ações planejadas e sistematizadas, necessárias para assegurar que um bom produto ou serviço atenda aos requisitos definidos da qualidade.

**Higienização das mãos** - Medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a ocorrência das IRAS. O termo engloba a higienização simples, a higienização anti-séptica, a fricção anti-séptica e a anti-sepsia cirúrgica das mãos.

**IPCS** - Infecções Primárias de Corrente Sanguínea.

**IPCSC** - Infecções Primárias de Corrente Sanguínea Clínica.

**IPCSL** - Infecções Primárias de Corrente Sanguínea Confirmadas Laboratorialmente.

**IAV** - Infecções Relacionadas ao Acesso Vascular.

**ISC** - Infecção de Sítio Cirúrgico.

**ITU** - Infecção do Trato Urinário.

**IRAS** - Infecção Relacionada à Assistência à Saúde - são infecções adquiridas durante o processo de cuidado em um hospital ou outra unidade prestadora de assistência à saúde, as quais não estavam presentes ou em incubação na admissão/procedimento do paciente.

**Legislação em vigor** - Normas e instruções aplicáveis ao assunto proposto, como complemento à descrição dos procedimentos/passos, que estejam vigentes no momento da avaliação.

**Limpeza** - Remoção de sujidades orgânicas e inorgânicas, redução da carga microbiana presente nos produtos para saúde, utilizando água, detergentes, produtos e acessórios de limpeza, por meio de ação mecânica (manual ou automatizada), atuando em superfícies internas (lúmen) e externas, de forma a tornar o produto seguro para manuseio e preparado para desinfecção ou esterilização.

**Monitoramento** - Supervisão periódica da execução de uma atividade, buscando estabelecer o grau em que os objetivos e metas são cumpridos.

**Monitorização** - Nesta Portaria, é tratada como o controle da rotina operacional, através dos indicadores de eficiência do processo, para certificação de que as especificações validadas para o processo estão sendo mantidas dentro do padrão estabelecido.

**Não Conformidade** - Não atendimento a requisitos especificados.

**Normas Referentes à Organização** - Dispositivos legais que regulam o funcionamento e o serviço interno da organização.

**Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)** - Instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente;

**Padrão** - Aquilo que serve de base ou norma para a avaliação de qualidade ou quantidade. Nível, qualidade ou gabarito.

**Padronização** - Uniformização do comportamento dos indivíduos, segundo modelos aceitos por um grupo ou impostos pela criação de novos hábitos.

**Partograma** - Consiste na representação gráfica do trabalho de parto e pode ser considerado um excelente recurso visual para analisar a dilatação cervical e a descida da apresentação, em relação ao tempo. Nele devem estar registrados também os batimentos cardíacos fetais, a dinâmica uterina, os fármacos usados e outros.

**PAV** - Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica.

**PCMSO** - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

**Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSPSS)** - Documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.

**Pré-limpeza** - Remoção da sujidade visível presente nos produtos para saúde.

**Procedimento Operacional Padronizado (POP)** - Procedimento escrito de forma objetiva que estabelece instruções sequenciais para a realização de operações rotineiras específicas na produção, armazenamento e transporte de alimentos.

**Produto de Uso Único** - Produto que, após o uso, perde suas características originais ou que, em função de outros riscos reais ou potenciais à saúde do usuário, não deve ser reutilizado.

**Produto para Saúde** - Instrumentos de naturezas diversas: utensílios (talheres, louças, comadres, papagaios etc.), acessórios de equipamentos e outros.

**Programa de Controle de Infecção Hospitalar** - Conjunto de ações desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

**Qualidade** - Totalidade de atributos e características de um produto ou serviço que demonstra sua capacidade de satisfazer as necessidades estabelecidas ou implícitas.

**Quarto PPP** - Ambiente com capacidade para um leito e banheiro anexo, destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (primeira hora após a dequitação).

**Rastreabilidade** - Capacidade de traçar o histórico, a aplicação ou a localização de um item por meio de informações previamente registradas.

**Responsável Técnico (RT)** - Profissional de nível superior legalmente habilitado que assume perante a vigilância sanitária a responsabilidade técnica pelo serviço de saúde.

**Segurança do Paciente** - Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

**Serviço de Saúde** - Estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis.

**Sistema** - Conjunto de elementos ou partes coordenadas entre si que funcionam como estrutura organizada integradamente para um determinado propósito.

**Tecnologias em Saúde** - Conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

**UTI** - Unidade de Terapia Intensiva.

**UTIN** - Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

**UCIN Co** - Unidade de Cuidados Intermediários Convencional.

**UCIN Ca** - Unidade de Cuidados Intermediários Método Canguru.

**Validação** - Documentação de evidências que dão razoável garantia, segundo o nível atual da ciência, de que um processo realiza ou pode realizar aquilo para o qual foi proposto. A validação é mais abrangente que o monitoramento.

## ANEXO II

### MÉTODO DE AUTOAVALIAÇÃO

#### POPULAÇÃO

Aplica-se a todos os hospitais de pequeno, médio e grande porte das redes pública e privada do Estado da Bahia, incluindo hospital-dia.

#### PROCEDIMENTOS

##### Fase Preparatória

A fase preparatória para a autoavaliação deve ser deflagrada pela diretoria de cada hospital e coordenada pelo Programa de Controle de Infecção Hospitalar, através dos membros executores da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH.

De forma geral, essa fase poderá ser operacionalizada através dos seguintes passos:

| Responsável                        | Ação   |
|------------------------------------|--|
| CCIH                               | Realizar reunião extraordinária com membros executores e consultores, tendo como tema central de discussão a autoavaliação.  |
|                                    | Realizar reunião com representantes dos diversos serviços, tendo como tema central de discussão o processo de autoavaliação e a identificação dos facilitadores internos.  |
|                                    | Identificar um membro facilitador do procedimento em cada serviço, a fim de compor o comitê facilitador; nas unidades onde haja o Comitê de Qualidade, seus membros podem ser os facilitadores.                    |
|                                    | Elaborar um programa de ações educativas para o comitê facilitador, com enfoque nos conceitos, critérios, padrões, levantamento de dados e estratégias operacionais.   |
| Membro facilitador de cada serviço | Realizar reunião com seus liderados, com vistas a informá-los sobre a implementação do processo de autoavaliação, estratégias para a realização do diagnóstico assistencial e implementação de medidas corretivas. |

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, que tem como função assessorar a direção e os demais líderes e profissionais, deve ser constituída de profissionais com perfil adequado, capazes de desempenhar essas ações.

A autoavaliação deverá ser realizada semestralmente e os resultados enviados para o Núcleo Estadual de Controle de Infecção Hospitalar – NECIH na Diretoria de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental – DIVISA.

Compete à CCIH:

- ➔ Estabelecer uma relação estreita com as lideranças e profissionais do hospital, para realizar a autoavaliação;
- ➔ Verificar, com os profissionais dos respectivos serviços, os métodos e instrumentos a serem utilizados, de modo a garantir o cumprimento das normas e dos padrões pré-definidos;
- ➔ Articular-se com os profissionais dos diversos serviços, buscando estratégias que possam motivá-los para o trabalho;
- ➔ Integrar todas as ações em um conjunto coerente, tendo por base o planejamento, a educação e a comunicação;
- ➔ Exercer ação catalizadora que possibilite a autoavaliação, tornando possíveis as combinações de esforços, minimizando as oposições ou antagonismos e conscientizando a todos para a importância da qualidade;
- ➔ Assumir a função de coordenação, visando a concretização da autoavaliação.

O grupo de facilitadores e/ou o Comitê de Qualidade, juntamente com a CCIH, deverá executar o cronograma para a realização semestral da autoavaliação.

O procedimento, após a fase preparatória, deverá ser incorporado à rotina da CCIH, responsável, a partir daí, pela operacionalização da autoavaliação.

## **Fase Operacional**

Nessa fase, os membros executores da CCIH deverão coordenar a realização da autoavaliação do hospital, inclusive dos serviços terceirizados, segundo o cronograma pré-estabelecido. No instrumento de avaliação, a unidade temática, o “Programa de Controle de Infecção Hospitalar” deve ser avaliado, preferencialmente, pelo grupo de facilitadores ou pelo comitê de qualidade do hospital.

Após o levantamento dos dados no Instrumento Padrão de Qualidade de Assistência para a Autoavaliação com Enfoque na Prevenção de Infecção Hospitalar (Anexo IV), os membros executores da CCIH, deverão preencher a planilha ou ficha de Vigilância de Qualidade – Autoavaliação Hospitalar –, Níveis I, II, III, a fim de verificar o nível e o padrão de desempenho alcançados pelo hospital.

A cada item de verificação segue:

- que significa **Sim** ou resposta positiva;
- que significa **Não** ou resposta negativa;
- (NSA) que significa **Não se Aplica**, ou seja, que a unidade hospitalar não oferece o referido serviço ou procedimento, por ele não fazer parte do seu perfil assistencial.

Notas:

- Nos **Hospitais-dia** aplicar o instrumento, apenas, nas unidades temáticas existentes.
- As unidades temáticas que forem **terceirizadas** pelo hospital, também deverão ser submetidas à autoavaliação.
- Pontuar como **NÃO** as unidades essenciais e obrigatórias, que porventura não existam no hospital, a exemplo: lactário (hospital com pediatria e neonatologia), microbiologia, e outros.

Cada item de verificação constante do Instrumento Padrão de Qualidade de Assistência para a Autoavaliação com Enfoque na Prevenção de Infecção Hospitalar (Anexo IV), aponta as fontes em que os avaliadores poderão procurar as evidências, que o hospital pode apresentar para indicar que cumpre um determinado padrão de qualidade assistencial. Essas fontes podem ser:

### **Documentos**

A informação necessária deve ser verificada através de dados ou normas, que podem ser encontradas em prontuários, serviços de arquivo médico e estatística, relatórios etc. As fontes físicas ou eletrônicas, só deverão ser aceitas, quando for **constatada a disponibilidade** da informação das mesmas para os profissionais do serviço avaliado.

### **Entrevistas**

Devem ser realizadas com a chefia de serviços, colaboradores, clientes e familiares, quando os dados a serem levantados necessitem de comprovação do colaborador ou de outros profissionais. Um exemplo típico é a verificação de normas técnicas. Nesses casos, as entrevistas não devem ser restritas a um único serviço nem a um único colaborador. É interessante, se possível, entrevistar aleatoriamente pelo menos 10% de cada categoria envolvida no procedimento.

### **Observação**

Pode ser efetuada quando forem verificados os procedimentos técnicos ou outros que exijam comprovação prática.

Dessa forma, caberá à CCIH:

- Manter-se atenta e buscar sempre a conformidade gradativa com os padrões de qualidade;
- Ser um verificador que assegure e confirme que os resultados estão compatíveis com o grau de qualidade alcançada;
- Ser um promotor que estimula a correção definitiva das falhas e consiga manter o interesse pelos processos e técnicas que possibilitem a melhoria da qualidade;
- Buscar o conhecimento técnico necessário sobre cada item a ser verificado, tornando-se uma fonte de consulta para a comunidade hospitalar.

### ***Instrumento***

O documento original que serviu de base para a elaboração da primeira versão do instrumento de autoavaliação foi preparado em parceria com o Ministério da Saúde, outras secretarias de estados da Federação e profissionais considerados de referência na área, passando por uma adequação à necessidade técnica do Estado, através da Coordenação de Gestão da Qualidade e Avaliação Tecnológica.

O primeiro documento foi composto por 33 unidades temáticas, com 340 perguntas que avaliam a estrutura (14,2%), o processo (69,7%) e o resultado (16,1%) das ações focadas na qualidade e na prevenção de infecção hospitalar.

A nova versão foi revisada e ampliada pelos membros do Núcleo Estadual de Controle de Infecção Hospitalar – NECIH e em consenso com profissionais de CCIHs e especialistas das áreas afins, durante uma oficina realizada para esse fim e coordenada pelo referido núcleo.

O segundo documento de autoavaliação é composto por 37 unidades temáticas, divididas em 22 tópicos, com 502 questões, distribuídas no Nível I (324), Nível II (99) e Nível III (79), que avaliam as ações de qualidade, prevenção e controle de IRAS (infecção hospitalar).

As perguntas são acompanhadas por item de verificação, para auxiliar os avaliadores no preenchimento do instrumento, além de contribuir para a identificação de não conformidades e implementação de medidas para a melhoria da qualidade da assistência.

Nenhum item poderá ficar sem resposta; logo, os campos deverão ser assinalados por S, N ou NSA.

Na planilha eletrônica a ser enviada ao NECIH, os campos deverão ser preenchidos com os pesos correspondentes a cada questão.

## CRITÉRIOS

Os critérios utilizados para a autoavaliação hospitalar foram baseados na literatura científica especializada e na legislação vigente.

Como cada unidade temática tem um impacto diferente na prevenção e controle das IRAS, os itens de cada unidade ou subunidades temáticas recebem pesos que variam de 1 a 5.

Os itens com ponderação 4 e 5 constituem fatores determinantes da prevenção das infecções hospitalares; aqueles com ponderação 3 são de apoio ao controle de infecção hospitalar e os com ponderação 1 e 2 influenciam no controle da disseminação de agentes de fontes conhecidas nos hospitais.

As unidades temáticas serão avaliadas em três níveis:

### ***Nível I***

Ações consideradas indispensáveis para a qualidade e a prevenção das infecções hospitalares.

### ***Nível II***

Ações mais elaboradas, eficazes para prevenção das infecções hospitalares, o que significa uma abrangência maior do Programa de Controle de Infecção Hospitalar para melhoria contínua da qualidade.

### ***Nível III***

Ações de epidemiologia hospitalar, fluindo e refluindo na unidade hospitalar como instrumento de qualidade. Nesse nível, considerado de excelência, o hospital atinge o padrão ideal para um efetivo programa de controle de infecção.

A pontuação de cada nível em percentual é resultante do somatório dos pontos obtidos nos itens ou grupos de itens de cada unidade temática, multiplicados pelo respectivo peso e multiplicado por 100, cujo resultado é dividido pela pontuação máxima de cada nível. Assim, a pontuação máxima de um nível é de 100% de desempenho das ações de qualidade com enfoque na prevenção de infecção hospitalar.

A pontuação global de cada hospital, em percentual, é resultante do somatório da pontuação obtida nos três níveis multiplicado por 100, cujo resultado é dividido pela pontuação máxima dos três níveis.

O percentual de desempenho a ser alcançado em cada nível de autoavaliação pode ser considerado:

|               |                           |
|---------------|---------------------------|
| Insuficiente, | se menor que 50%          |
| Regular,      | se na faixa de 50 a 69%   |
| Bom,          | se na faixa de 70 a 89%   |
| Excelente,    | se igual ou maior que 90% |

**Quadro 1 - Distribuição das unidades e subunidades temáticas segundo a pontuação atribuída para a autoavaliação e níveis de desempenho**

| Unidades Temáticas   | Ítems          |          |            |                 |           |                 |           |                 |
|--|----------------|----------|------------|-----------------|-----------|-----------------|-----------|-----------------|
|  | Nº de questões | Peso     | Nível 1    |                 | Nível 2   |                 | Nível 3   |                 |
|  |                |          | Nº         | Total de pontos | Nº        | Total de pontos | Nº        | Total de pontos |
| <b>1. DIREÇÃO HOSPITALAR</b>                                 | 15             | 03       | 05         | 15              | 05        | 15              | 05        | 15              |
| <b>2. PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – PCIH</b> |                |          |            |                 |           |                 |           |                 |
| 2.1 Estruturação do PCIH                                     | 17             | 05       | 14         | 70              | 01        | 05              | 02        | 10              |
| 2.2 Educação Normalização                                    | 19             | 05       | 07         | 35              | 07        | 35              | 05        | 25              |
| 2.3 Vigilância Epidemiológica                                | 35             | 04       | 16         | 64              | 07        | 28              | 12        | 48              |
| <b>3. SEGURANÇA DO PACIENTE</b>                              | 09             | 05       | 09         | 45              | -         | -               | -         | -               |
| <b>4. PROCEDIMENTOS INVASIVOS</b>                            |                |          |            |                 |           |                 |           |                 |
| 4.1 Procedimentos Cirúrgicos                                 | 17             | 05       | 14         | 70              | 02        | 10              | 01        | 05              |
| 4.2 Procedimentos no Trato Urinário                          | 08             | 05       | 06         | 30              | -         | -               | 02        | 10              |
| 4.3 Procedimentos no Trato Respiratório                      | 14             | 05       | 12         | 60              | -         | -               | 02        | 10              |
| 4.4 Procedimentos no Trato Circulatório                      | 14             | 05       | 11         | 55              | 01        | 05              | 02        | 10              |
| 4.5 Endoscopia Digestiva                                     | 21             | 05       | 13         | 65              | 07        | 35              | 01        | 05              |
| <b>5. BIOSSEGURANÇA</b>                                      | 25             | 02       | 15         | 30              | 07        | 14              | 03        | 06              |
| <b>6. PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO</b>                           | 12             | 04       | 10         | 40              | 02        | 08              | -         | -               |
| <b>7. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS</b>                              | 08             | 05       | 07         | 35              | 01        | 05              | -         | -               |
| <b>8. FARMÁCIA</b>   |                |          |            |                 |           |                 |           |                 |
| 8.1 Soluções Germicidas                                      | 07             | 03       | 05         | 15              | 01        | 03              | 01        | 03              |
| 8.2 Estrutura  | 09             | 03       | 07         | 21              | 02        | 06              | -         | -               |
| 8.3 Educação   | 04             | 03       | 01         | 03              | 02        | 06              | 01        | 03              |
| 8.4 Comissão de Farmácia e Terapêutica                       | 13             | 03       | -          | -               | 07        | 21              | 06        | 18              |
| 8.5 Dispensação de Medicamentos                              | 06             | 03       | -          | -               | 06        | 18              | -         | -               |
| 8.6 Produtos para Saúde                                      | 05             | 03       | -          | -               | 02        | 06              | 03        | 09              |
| 8.7 Nutrição Parenteral                                      | 04             | 03       | -          | -               | 04        | 12              | -         | -               |
| 8.8 Avaliação  | 01             | 03       | -          | -               | -         | -               | 01        | 03              |
| <b>9. NUTRIÇÃO E DIETÉTICA</b>                               |                |          |            |                 |           |                 |           |                 |
| 9.1 Nutrição   | 30             | 03       | 23         | 69              | 03        | 09              | 04        | 12              |
| 9.2 Lactário   | 13             | 03       | 10         | 30              | 02        | 06              | 01        | 03              |
| <b>10. LAVANDERIA</b>  | 18             | 01       | 15         | 15              | 02        | 02              | 01        | 01              |
| <b>11. HIGIENIZAÇÃO AMBIENTAL</b>                            | 15             | 02       | 13         | 26              | 01        | 02              | 01        | 02              |
| <b>12. CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO</b>               | 31             | 04       | 20         | 80              | 06        | 24              | 05        | 20              |
| <b>13. QUALIDADE DA ÁGUA</b>                                 | 02             | 02       | 02         | 04              | -         | -               | -         | -               |
| <b>14. HEMOTRANSFUSÃO</b>                                    | 06             | 05       | 04         | 20              | 02        | 10              | -         | -               |
| <b>15. QUIMIOTERAPIA</b>                                     | 11             | 05       | 11         | 55              | -         | -               | -         | -               |
| <b>16. TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA</b>                        | 09             | 05       | 09         | 45              | -         | -               | -         | -               |
| <b>17. UNIDADE NEONATAL</b>                                  | 34             | 05       | 29         | 145             | 02        | 10              | 03        | 15              |
| <b>18. UNIDADE OBSTÉTRICA</b>                                | 18             | 05       | 16         | 80              | 01        | 05              | 01        | 05              |
| <b>19. ENGENHARIA CLÍNICA</b>                                | 12             | 02       | 05         | 10              | 05        | 10              | 02        | 04              |
| <b>20. MICROBIOLOGIA</b>                                     | 23             | 03       | 15         | 45              | 05        | 15              | 03        | 09              |
| <b>21. PROGRAMA DE QUALIDADE</b>                             | 12             | 02       | -          | -               | 04        | 08              | 08        | 16              |
| <b>22. SERVIÇO SOCIAL</b>                                    | 05             | 01       | -          | -               | 02        | 02              | 03        | 03              |
| <b>TOTAL</b>   | <b>502</b>     | <b>-</b> | <b>324</b> | <b>1277</b>     | <b>99</b> | <b>335</b>      | <b>79</b> | <b>270</b>      |

Nota: o quadro se encontra preenchido com a pontuação máxima que pode ser obtida em cada nível. **TOTAL GLOBAL = 1.882**

## Coleta de Dados

Os dados devem ser coletados pelo avaliador, através de entrevistas, observações diretas, constatação documental, que deve verificar se as práticas sob avaliação fazem parte da rotina assistencial do hospital.

## Perfil dos Avaliadores

Para que o processo de autoavaliação seja bem sucedido, o perfil dos avaliadores deve ser considerado na sua seleção: conhecimentos técnicos, interesse e competência para realizar a atividade de avaliação de forma competente. Despertando também, em quem está sendo avaliado, uma sensação de confiança. O processo de autoavaliação não pode se desenvolver como uma auditoria fiscal e nem ter caráter punitivo; o avaliador deve conduzir os trabalhos em clima de harmonia.

Com relação aos atributos técnicos, espera-se que sejam profissionais com qualificação suficiente naquilo que está sendo avaliado, para que possam utilizar o instrumento (Anexo IV) adequadamente. Segundo a literatura, os principais traços de personalidade necessários para um avaliador ser bem sucedido incluem a capacidade de:

- manter a calma durante todas as fases da avaliação;
- manter um diálogo livre com intercâmbio de ideias, experiências e conhecimentos;
- demonstrar segurança, porém não excessiva nem com arrogância;
- ser honesto e objetivo ao relatar as constatações;
- trabalhar de maneira planejada e sistemática, sem ser autoritário;
- procurar entender amplamente os termos dos documentos e o texto do Anexo IV;
- ser um observador atento aos detalhes dos serviços e das atividades avaliadas.

É importante, no levantamento dos dados, buscar a comunicação eficiente e eficaz. As mensagens devem ser claras, objetivas, racionais, as mais completas possíveis e ter objetivos bem definidos.

Também auxiliará o avaliador em seu trabalho de coleta de dados durante a avaliação, utilizar as chamadas “perguntas abertas”, pois conduzem o avaliado a fornecer respostas mais abrangentes, sem responder apenas **sim** ou **não**, como acontece quando se utilizam as perguntas fechadas. As perguntas abertas geralmente são iniciadas por:

|           |                        |
|-----------|------------------------|
| Como?     | (de que modo)          |
| O que?    | (o fato)               |
| Quando?   | (o tempo)              |
| Onde?     | (o lugar)              |
| Quem?     | (a(s) pessoa(s))       |
| Por quê?  | (o(s) motivo(s))       |
| Mostre-me | (a evidência objetiva) |

## **CONTROLE DE QUALIDADE DA AUTOAVALIAÇÃO**

Os hospitais, após cada processo de autoavaliação, deverão encaminhar, semestralmente, para a SESAB/DIVISA/NECIH, a planilha eletrônica de autoavaliação hospitalar devidamente preenchida.

Os hospitais que apresentarem uma pontuação global acima de 90% ou abaixo de 50%, em relação ao total de itens avaliados, poderão ser reavaliados por técnicos do NECIH, fora do cronograma anual de avaliação, para que o resultado da avaliação seja validado.

## ANEXO III

### INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO DE AUTOAVALIAÇÃO HOSPITALAR

O instrumento de avaliação é dividido em três níveis:

Na coluna **PONT.**, em cada nível, deve ser registrado:

- para cada resposta **S**, multiplicar o valor do item pelo peso atribuído da unidade ou subunidade temática correspondente, constante no Quadro “Distribuição das Unidades e Subunidades Temáticas Segundo a Pontuação Atribuída para a Autoavaliação e Níveis de Desempenho” (Anexo II);
- para cada resposta **N**, atribuir o peso zero;
- para cada resposta **NSA** colocar um asterisco (\*); desta forma, o item não é considerado e, conseqüentemente, o número de pontos que deveria ser a ele atribuído, será subtraído da pontuação máxima do nível. Por exemplo, se no Nível I houver 3 itens assinalados **NSA**, com os respectivos pesos 3, 5, 5, o total de pontos = 13 deverá ser subtraído de 1.277, ficando a pontuação máxima do nível em 1.264, que deve ser considerada para os cálculos. A pontuação total de cada nível e a dos três níveis devem ser registradas no local indicado.

#### Avaliação por Nível

Para verificar o desempenho da unidade hospitalar por nível alcançado na autoavaliação, somam-se os pontos obtidos no nível e faz-se a seguinte operação:

**Nível I:**

$$\frac{100\% = 1.277 \text{ (pontuação máxima do nível)}}{\frac{X \text{ (total de pontos obtidos)} \times 100}{1.277}} = \% \text{ do desempenho}$$

**Nível II:**

$$\frac{100\% = 335 \text{ (pontuação máxima do nível)}}{\frac{X \text{ (total de pontos obtidos)} \times 100}{335}} = \% \text{ do desempenho}$$

**Nível III:**

$$\frac{100\% = 270 \text{ (pontuação máxima do nível)}}{\frac{X \text{ (total de pontos obtidos)} \times 100}{270}} = \% \text{ do desempenho}$$

Nota: a faixa de desempenho que o hospital alcançou será registrada na planilha.

## **Avaliação Global**

Para verificar o desempenho global da unidade hospitalar alcançado na autoavaliação, soma-se o total de pontos obtidos em cada nível e faz-se a seguinte operação:

$$\frac{100\% = 1.882 \text{ (pontuação máxima dos três níveis)}}{1.882} \times X \text{ (total de pontos obtidos nos três níveis)} \times 100 = \% \text{ do desempenho}$$

## ANEXO IV

### INSTRUMENTO DE AUTOAVALIAÇÃO HOSPITALAR COM FOCO NA QUALIDADE E NA PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

#### 1. DIREÇÃO HOSPITALAR

##### NÍVEL I

Nº 1. O funcionamento do estabelecimento está sob direção técnica de profissional habilitado para o exercício da atividade oferecida no serviço? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar a existência do responsável técnico médico pelo estabelecimento.

Nº 2. O hospital possui alvará sanitário atualizado? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se o alvará está dentro do prazo de validade de acordo com a legislação vigente.

Nº 3. A CCIH participa das decisões sobre reformas no hospital, no que tange às necessidades técnicas das áreas ou serviços e às medidas de controle a serem adotadas durante as obras? 3 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe algum documento elaborado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), opinando sobre reformas no hospital e indicando as medidas que devem ser implementadas durante as mesmas. Se o hospital nunca fez nenhuma reforma, responder NSA.

Nº 4. A direção do hospital indica membros executores do PCIH para participar de comissões formuladoras de políticas da instituição? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, algum registro sobre a presença de membros do PCIH em comissões, a exemplo da Comissão de Farmácia e Terapêutica, CIPA ...

Nº 5. A direção do hospital informa ao órgão oficial seus indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar registro do encaminhamento dos indicadores acima citados para a Coordenação Estadual de Controle de Infecção, com cópia para a Dires e para o município, quando houver uma CMCIH. Responder como NÃO se o atraso desse encaminhamento for superior a três meses consecutivos.

##### NÍVEL II

Nº 1. Existe no hospital um serviço destinado a educação permanente que promova ações de prevenção e controle das infecções hospitalares? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe um serviço designado para educação permanente no hospital, com profissionais exclusivos para este fim.

Nº 2. Existe um Programa de Educação Permanente para os profissionais do hospital? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, um programa de educação permanente para todos trabalhadores de saúde, contemplando as ações de prevenção e controle das infecções hospitalares, destinado a todos os serviços assistenciais do hospital.

Nº 3. A elaboração do orçamento do hospital prevê recursos financeiros para ações destinadas ao PCIH? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se no programa de atividades/metabolismos do hospital estão previstos recursos para implementação e manutenção das atividades do PCIH. Se previstos, verificar se constam no orçamento do hospital.

Nº 4. A direção hospitalar participa da avaliação dos resultados alcançados pelo PCIH? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe registro (ata, relatório), evidenciando a participação da direção hospitalar na avaliação dos resultados alcançados pelo PCIH e do acompanhamento das ações desencadeadas a partir dessa avaliação.

Nº 5. A direção do hospital constituiu formalmente o Núcleo de Segurança do Paciente – NSP? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se há registro formal da constituição do NSP através de portaria interna, ato normativo, ata, memorando ou outros.

### **NÍVEL III**

Nº 1. O hospital possui um plano de trabalho destinado à melhoria da qualidade da assistência com definição de resultados a serem alcançados para o ano? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar a existência desse plano e se o mesmo apresenta os resultados a serem alcançados na qualidade do serviço.

Nº 2. O hospital avalia periódica e sistematicamente a produção e gastos planejados? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe avaliação periódica e sistemática do hospital acerca da produção e gastos, a exemplo do planejado X executado, disponibilização de planilhas de metas e resultados e outros.

Nº 3. Existe um trabalho sistemático com vistas à motivação dos colaboradores? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe um serviço específico ou contrato regular com profissionais de formação em Psicologia, Assistência Social ou áreas afins, visando a motivação dos trabalhadores. Verificar a existência através de registros, que comprovem a realização das ações.

Nº 4. A organização pesquisa sistematicamente como os colaboradores sentem-se em relação ao clima emocional no ambiente de trabalho? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe registro sistemático das informações prestadas pelos colaboradores.

Nº 5. A organização implementa ações para a melhoria do clima emocional/organização? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se há registro de ações implementadas a partir da análise das informações sobre o clima emocional.

## 2. PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – PCIH

### 2.1. ESTRUTURAÇÃO DO PCIH

#### *NÍVEL I*

Nº 6. Existe Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) formalmente constituída pela direção do hospital? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe algum documento atualizado da direção do hospital constituindo a CCIH e nomeando seus representantes.

Nº 7. Existe uma sala específica para o funcionamento (membros executores) da CCIH? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar a existência de um espaço físico exclusivo para o funcionamento da CCIH que tenha, no mínimo, mesa de reunião, cadeiras, arquivo, computador e telefone.

Nº 8. Existe um Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) no hospital? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe por escrito e disponível um PCIH que descreva as ações que deverão ser desenvolvidas sistematicamente pela CCIH, conforme a legislação vigente.

Nº 9. A CCIH é constituída por profissionais de nível superior:

Nº 9.1. Representante do serviço de enfermagem? 5 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 9.2. Representante da área médica? 5 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 9.3. Representante do serviço de farmácia? 5 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 9.4. Representante da administração do hospital? 5 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 9.5. Representante da microbiologia? 5 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 9.6. Enfermeiro executivo do serviço? 5 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 9.7. Médico executivo do serviço? 5 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 9.8. Outros profissionais? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

Nº 10. O PCIH possui um plano de ação/trabalho com definição de metas e prazos a serem alcançados no ano em curso? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Considerar a existência de um planejamento escrito e disponível em que estejam definidos os resultados a serem alcançados no ano em curso.

Nº 11. A CCIH avalia os resultados alcançados, no mínimo anualmente, segundo o planejamento estabelecido (plano de ação)? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existem, por escrito e disponíveis, avaliações dos resultados alcançados pelo PCIH, segundo o planejamento pré-definido.

Nº 12. A CCIH atua baseada em conhecimento científico atualizado, normas nacionais, estaduais ou internacionais? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se as ações técnicas indicadas pelo PCIH estão baseadas em fontes da literatura estadual, nacional e/ou internacional.

## **NÍVEL II**

Nº 6. A CCIH desenvolve ações em todas as áreas assistenciais (direta e indireta) do hospital? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, algum registro que comprove a atuação da CCIH nos serviços do hospital, que prestam assistência direta e indireta ao paciente.

## **NÍVEL III**

Nº 6. O PCIH estabelece o foco das suas ações na prevenção e controle de IRAS? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se o PCIH tem no seu plano de ação, como resultados a serem alcançados, a prevenção e controle das IRAS com redução de taxas de infecção, definindo o percentual de redução almejado (por exemplo: taxa de infecção de pneumonia relacionada à ventilação mecânica).

Nº 7. O PCIH atingiu a meta ou percentual de redução de taxa infecção almejada no plano de ação? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se consta na avaliação do plano (por exemplo, ata da reunião da CCIH, relatório mensal etc.) se as metas foram alcançadas.

## **2.2. EDUCAÇÃO / NORMALIZAÇÃO**

### **NÍVEL I**

Nº 13. A CCIH elabora programa de educação com enfoque na prevenção e controle de infecções? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, um programa de educação para os profissionais da assistência hospitalar direta e indireta.

Nº 14. A CCIH realiza o programa de educação para os profissionais da assistência hospitalar direta e indireta? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, algum registro que comprove a operacionalização do programa de educação realizado pela CCIH, a exemplo da lista de frequência do treinamento.

Nº 15. A CCIH realiza o programa de educação acima mencionado para áreas assistenciais? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, um plano e conteúdo de aulas, específicos a cada área de assistência, com algum registro que comprove a realização das ações educativas realizadas pela CCIH para áreas assistenciais, a exemplo de unidade de terapia intensiva, unidade neonatal, dentre outras.

Nº 16. A CCIH divulga as normas para prevenção e controle das IHS? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existem, por escrito e disponíveis (impresso ou eletrônico, se os profissionais demonstrarem ter acesso), em todos os serviços assistenciais do hospital (direta e indiretamente), orientações referentes à prevenção e controle das IHS.

Nº 17. O PCIH possui um cronograma de visita técnica aos serviços? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, um cronograma, no mínimo semestral, de visita técnica a todos os serviços da assistência direta e indireta.

Nº 18. A CCIH realiza as visitas técnicas conforme programado? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe registro que comprove a realização dessas visitas técnicas.

Nº 19. A CCIH realiza autoavaliação da qualidade da assistência com foco no controle de infecção, conforme Portaria N.º 1.083 ou outra que a substitua? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se a CCIH aplica o instrumento de avaliação semestralmente, conforme a Portaria, e encaminhar ao órgão competente.

## **NÍVEL II**

Nº 7. Em relação às ações educativas, o PCIH:

Nº 7.1. Envolve lideranças do hospital que prestam assistência direta e indireta? (Se faltar o registro de participação da liderança de um dos serviços, a resposta é NÃO). 5 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 7.2. Divulga para lideranças dos serviços, através de relatórios ou outros, a participação percentual dos seus funcionários nas ações educativas da CCIH? 5 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 7.3. Participa de ações educativas promovidas por outros serviços do hospital? (Verificar registro dessa participação) 5 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 7.4. Participa de ações educativas promovidas por entidades externas à Instituição? (Verificar registro dessa participação) 5 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 8. A CCIH define em parceria com a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e com as equipes médicas das unidades assistenciais, protocolos de prevenção de infecção, a exemplo do protocolo de uso de antimicrobianos? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar o preenchimento da ficha de uso de antimicrobianos de reserva terapêutica que comprove a existência dos protocolos acima referidos, elaborados com a participação da CCIH.

Nº 9. A CCIH discute, com líderes dos serviços e outros profissionais, a implementação de normas técnicas? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe algum registro (agenda, ata de reunião, súmula) sobre a implementação de alguma rotina ou procedimento técnico.

Nº 10. A CCIH desenvolve ações de comunicação e marketing no hospital, visando envolver os profissionais nas medidas preventivas de infecção? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existem registros de campanhas educativas realizadas sobre higienização das mãos e/ou outras medidas para o controle das infecções.

### **NÍVEL III**

Nº 8. A CCIH discute sistematicamente com lideranças e profissionais os resultados das visitas técnicas? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe registro de discussões com lideranças de serviços sobre os resultados das visitas técnicas, com enfoque na prevenção de IHS e/ou plano de melhoria.

Nº 9. A CCIH define, em parceria com o CME, os protocolos de uso e reuso de produtos médicos? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe registro de protocolos de uso/reuso de produtos médicos, definidos em conjunto com a liderança do CME.

Nº 10. A CCIH define, em parceria com a microbiologia e área assistencial, protocolos para controle da resistência microbiana? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe registro de participação na elaboração dos protocolos acima descritos em conjunto com a microbiologia e área assistencial.

Nº 11. A CCIH define, em parceria com a microbiologia, protocolos de controle de patógenos considerados emergentes, a exemplo das microbactérias de crescimento rápido H1N1 e DCJ? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe registro de participação na elaboração dos protocolos acima descritos em conjunto com a microbiologia.

Nº 12. A CCIH define, em parceria com o Programa de Saúde e Higiene Ocupacional, protocolos de acidente biológico? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe registro de participação na elaboração dos protocolos acima descritos em conjunto com o Programa de Saúde e Higiene Ocupacional.

## 2.3. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

### NÍVEL I

Nº 20. A CCIH realiza rotineiramente a vigilância epidemiológica das IRAS/IHs por objetivos ou dirigida? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Quando por objetivos, a vigilância epidemiológica focaliza tipos de infecção a serem prevenidas; quando dirigida, a vigilância epidemiológica direciona suas ações para áreas consideradas críticas ou problemáticas na instituição.

Nº 21. A CCIH utiliza critérios para diagnóstico das IRAS/IHs? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existem, por escrito e disponíveis, os critérios para diagnóstico das IRAS/IHs.

Nº 22. Qual o método rotineiro de vigilância adotado pela CCIH?

Nº 22.1. Prospectivo? (O paciente é avaliado da admissão até a alta hospitalar) 4 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 22.2. De prevalência? (Avaliação pontual dos casos de IRAS/IHs no hospital ou unidade específica) 4 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

Nº 22.3. De incidência? (Avaliação dos casos novos de IRAS/IHs no hospital ou unidade específica) 4 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 23. A CCIH utiliza como fonte de coleta de dados:

Nº 23.1. Resultados de exames microbiológicos? (Verificar a existência desses laudos na CCIH) 4 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 23.2. Informações da evolução do paciente colhidas do prontuário ou de outros registros escritos? 4 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 23.3. Laudos de exames radiológicos, endoscópicos, anátomo-patológicos, tomográficos e outros? 4 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 23.4. Informações do serviço médico estatístico ou outro serviço estatístico? 4 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 24. A CCIH registra dados durante a vigilância epidemiológica em formulário específico? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe um instrumento padronizado pela CCIH para o levantamento dos dados epidemiológicos de IRAS.

Nº 25. Qual o denominador utilizado pela CCIH para cálculo dos indicadores epidemiológicos de IRAS?

Nº 25.1. Total de pacientes saídos por unidade e/ou do hospital. 4 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 25.2. Total de procedimentos/dia em UTI. 4 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

Nº 25.3. Paciente/dia. 4 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 26. A CCIH elabora relatórios sobre os dados coletados? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, relatório sobre os indicadores epidemiológicos das IRAS.

Nº 27. A CCIH notifica os indicadores epidemiológicos de IRAS dos hospitais com leitos de UTI (independente do número de leitos) através do FormSUS (ou outro que o substitua), segundo orientação da ANVISA? 4 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar o registro do envio para a ANVISA dos indicadores epidemiológicos de IRAS dos hospitais com leitos de UTI, através do FormSUS ou outro que o substitua.

Nº 28. A CCIH notifica os indicadores epidemiológicos de IRAS para a Coordenação Estadual de Controle de Infecção Hospitalar mensalmente? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar o registro do envio dos indicadores epidemiológicos de IRAS através da planilha eletrônica padronizada pela Coordenação Estadual de Controle de Infecção Hospitalar – CECIH.

## **NÍVEL II**

Nº 11. No relatório elaborado pela CCIH consta:

Nº 11.1. Interpretação dos dados? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe a explicação dos indicadores de IRAS.

Nº 11.2. Análise dos dados? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe análise relacionando os dados atuais com nível endêmico ou média esperada, os dados atuais com a literatura, e o resultado das medidas implantadas. Considerar SIM se dois dos itens referidos estiverem presentes.

Nº 12. A CCIH notifica para as autoridades sanitárias os casos de surtos:

Nº 12.1. De resistência microbiana. 4 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

Nº 12.2. De micro-organismos emergentes a exemplo da New Delhi metallo-beta-lactamase, príon na Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ), Influenza A H1N1 e outros. 4 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe registro de notificações enviadas.

Nº 13. Ao elaborar o relatório com os indicadores epidemiológicos das IRAS, a CCIH:

Nº 13.1. Divulga o relatório para a direção do hospital. 4 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 13.2. Divulga o relatório para os líderes dos serviços. 4 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 13.3. Discute os dados do relatório com a direção e líderes? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe registro da divulgação, assim como da discussão dos resultados, visando estabelecer medidas de prevenção e controle.

## **NÍVEL III**

Nº 13. Os indicadores epidemiológicos das IRAS são divulgados/publicizados em página da web ou similar? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existem evidências de que os dados são publicizados.

Nº 14. A CCIH inclui e relaciona, na análise dos dados epidemiológicos das infecções, informações sobre outros indicadores hospitalares, a exemplo da taxa de permanência e/ou ocupação?

4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se consta nos relatórios da CCIH a correlação dos dados de IRAS com os dados das taxas acima referidas.

Nº 15. A CCIH possui o nível endêmico das IRAS do hospital?

4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se a CCIH possui o nível endêmico das IRAS do hospital, que se refere à taxa de IRAS, esperada ou considerada “normal” para o período. Seu cálculo requer, no mínimo, seis meses de dados levantados.

Nº 16. O PCIH comunica a outros hospitais a admissão de pacientes com infecções deles provenientes?

4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existem registros de notificações de pacientes provenientes de outros hospitais.

Nº 17. Existe discussão de casos de IRAS com a equipe médica, pelo menos das áreas críticas, a exemplo de UTI, unidade neonatal, hemodiálise e outras?

4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe registro de discussão de casos de IH com a equipe médica de áreas críticas.

Nº 18. A CCIH tem registro de investigação epidemiológica de surto de infecções?

4 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar registro (relatório, parecer) de investigação epidemiológica de algum surto de IH monitorado pela CCIH. Registrar como NSA na ausência de qualquer surto de IH ocorrido na instituição.

Nº 19. No registro acima descrito, a CCIH inclui:

Nº 19.1. O levantamento do surto de infecção delimitado no tempo, período e pessoal envolvido?

4 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

Nº 19.2. Revisão clínica dos pacientes afetados?

4 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

Nº 19.3. Definição do caso-índice?

4 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

Nº 19.4. Avaliação das informações?

4 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

Nº 19.5. Instituição de medidas de controle?

4 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

Nº 20. A CCIH discute casos de infecção com a equipe da assistência direta e indireta?

4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe algum registro de reunião técnica sobre casos de IH com a equipe assistencial.

### 3. SEGURANÇA DO PACIENTE

#### NÍVEL I

Nº 29. O Núcleo de Segurança do Paciente – NSP possui um profissional de nível superior responsável pelo NSP com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar a existência de pelo menos um profissional que trabalhe, exclusivamente, no NSP.

Nº 30. O Núcleo de Segurança do Paciente elabora, implementa e acompanha as ações definidas no Programa de Segurança do Paciente – PSP? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se o NSP elabora, implanta, divulga, acompanha e mantém atualizado um PSP, e se suas ações são desenvolvidas sistematicamente, conforme a Portaria MS nº 529/2013 e RDC nº 36/2013 ou as que venham a substituí-las.

Nº 31. O NSP elabora Programa de Educação – PE com enfoque na SP? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar a existência de um PE, escrito e disponível, e se a instituição desenvolve, implementa e acompanha programas de educação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde.

Nº 32. O NSP implementou os protocolos definidos pelo Ministério da Saúde – MS? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe documento, escrito e disponível, que comprove a implantação dos protocolos estabelecidos pelo MS. Considerar SIM somente se, no mínimo, todos os protocolos recomendados pelo MS estiverem implementados.

Nº 33. O hospital realiza identificação do paciente, conforme protocolo do MS? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se os pacientes são identificados na admissão através de pulseira branca e se a cada procedimento é checada sua identificação.

Nº 34. O hospital notifica Eventos Adversos – EA sistematicamente, através de formulário/sistema, conforme órgão competente? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, evidência da notificação do EA, conforme prazo definido pelo órgão competente.

Nº 35. O NSP elabora relatórios sobre os indicadores de EA? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, relatório sobre os indicadores epidemiológicos dos EA.

Nº 36. A notificação e a investigação dos óbitos relacionados aos EA são realizadas pelo NSP, conforme legislação vigente? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe registro da notificação e investigação dos óbitos ocorridos em até 72h depois da sua ocorrência.

Nº 37. O hospital realiza ações que estimulem e encorajem o paciente e familiares a participarem da assistência prestada? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar a existência de alguma estratégia que estimule e encoraje o paciente e familiares a participarem da assistência prestada, contribuindo para prevenção dos EA. Consultar o manual “Assistência Segura”.

## 4. PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS

### 4.1. PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

#### NÍVEL I

Nº 38. Existem protocolos de prevenção da Infecção do Sítio Cirúrgico – ISC dos pacientes internados? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existem rotinas de prevenção da ISC, escritas, disponíveis e atualizadas. A revisão é no mínimo bianual.

Nº 39. Os ambientes do centro cirúrgico do hospital estão de acordo com a legislação vigente? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se o ambiente cirúrgico é constituído pelas seguintes áreas:

- 1) Área de recepção de pacientes; 2) Sala de guarda de material e equipamentos e de preparo anestésico; 3) Área de indução anestésica; 4) Área de degermação (até duas salas cirúrgicas: duas torneiras por cada sala; se mais de duas salas cirúrgicas: duas torneiras a cada par de salas ou fração); 5) Sala de pequena cirurgia (para cada 50 leitos não especializados ou 15 leitos cirúrgicos, deve haver uma sala; 6) Sala média de cirurgia geral; 7) Sala grande de cirurgia; 8) Área para prescrição médica; 9) Posto de enfermagem e serviços; 10) Sala de recuperação pós-anestésica (número de leitos/macass = número de salas + 1); 11) Sala de estar de equipe; 12) Sala de utilidades; 13) Vestiários: masculino e feminino; 14) DML; 15) Copa.

Nº 40. Assinale as condições de estrutura operacional do centro cirúrgico:

Nº 40.1. Existe um circulante exclusivo para cada sala cirúrgica em todos os períodos. 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

Nº 40.2. Existe um anestesista exclusivo para cada procedimento. 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

Nº 40.3. Sistema de ventilação central com pressão positiva no interior das salas cirúrgicas. 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar laudo do sistema de ventilação do centro cirúrgico.

Nº 40.4. Torneiras acionadas sem contato com as mãos. 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

Nº 40.5. Disposição e dispensa adequada de produto para antissepsia cirúrgica das mãos da equipe. 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se a dispensa de antissépticos se dá em recipientes de uso único ou passíveis de descontaminação.

Nº 40.6. Dispensação adequada de solução alcoólica para higienização das mãos.

5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar a disponibilização de dispensadores de álcool gel nos locais de atendimento ao paciente.

Nº 40.7. Rotina de limpeza e desinfecção da unidade.

5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar o cronograma de limpeza e desinfecção do ambiente do centro cirúrgico.

Nº 40.8. Mecanismo de manutenção das portas fechadas.

5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se as portas são mantidas fechadas durante as cirurgias.

Nº 41. Existe normalização sobre a realização de tricotomia?

5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe alguma orientação escrita e disponível do hospital que define as situações em que a tricotomia deve ser realizada, conforme recomendações da literatura.

Nº 42. Os pacientes recebem banho pré-operatório?

5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ O banho deve ser realizado próximo ao horário da cirurgia (máximo de 2 horas antes), no chuveiro ou no leito. Verificar este registro em prontuários de pacientes já submetidos a cirurgia.

Nº 43. A cobertura estéril que protege a ferida cirúrgica limpa e sem dreno é retirada 24-48 horas após a cirurgia ou de acordo com a recomendação do tipo de curativo? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se a cobertura da incisão cirúrgica limpa e sem dreno é retirada dentro de 24 a 48 horas após cirurgia.

Nº 44. A antisepsia cirúrgica das mãos, pela equipe cirúrgica, é realizada de forma adequada?

5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Considerar como procedimento adequado aquele que é definido pelos órgãos oficiais estaduais ou federais (escovas de degermação macias e descartáveis, impregnadas com solução degermante antisséptica e de uso exclusivo, ou outro método recomendado).

## **NÍVEL II**

Nº 14. O hospital possui protocolo atualizado de uso de antibiótico profilático?

5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe protocolo, escrito e disponível, de uso de antibiótico profilático, validado pela CCIH. A revisão é no mínimo bianual.

Nº 15. O antibiótico profilático é prescrito de acordo com o protocolo estabelecido?

5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Entrevistar farmacêutico sobre a dispensação de antibiótico profilático para o centro cirúrgico.

### **NÍVEL III**

Nº 21. O hospital adota o programa “Cirurgia Segura Salva Vidas” proposto pela Organização Mundial de Saúde e ANVISA? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se o hospital adota o programa acima referido, que inclui a implantação de um check list a ser preenchido na sala cirúrgica para cada paciente a ser operado. Responder SIM, se existir o check list preenchido em todas as cirurgias.

## **4.2. PROCEDIMENTOS NO TRATO URINÁRIO**

### **NÍVEL I**

Nº 45. Existem protocolos de manuseio do trato urinário dos pacientes? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existem rotinas escritas e disponíveis nas unidades de assistência direta sobre inserção, manutenção e troca ou retirada dos dispositivos do trato urinário. Neste protocolo também devem estar explicitadas as indicações, critérios de inserção e remoção dos dispositivos.

Nº 46. O cateter vesical, com exceção dos neonatos, é mantido com drenagem fechada, estéril e com válvula antirrefluxo? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se o cateter vesical é mantido com drenagem fechada e se tem válvula antirrefluxo.

Nº 47. Em relação à inserção do cateter vesical de demora:

Nº 47.1. A introdução do cateter urinário é realizada por profissional treinado, com técnica asséptica e materiais estéreis luva estéril, campo estéril, geléia lubrificante estéril, cateter de calibre apropriado? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

Nº 47.2. A fixação do cateter é adequada na região hipogástrica para o sexo masculino e na face interior da raiz da coxa para o sexo feminino? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

Nº 47.3. A bolsa coletora é esvaziada em intervalos pré-estabelecidos ou quando do enchimento de 2/3 da capacidade da bolsa? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

Nº 48. A irrigação/instilação vesical é realizada com técnica asséptica (luva e campo estéril)? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existem rotinas escritas e disponíveis dos procedimentos de irrigação/instilação (sonda de 3 vias).

### **NÍVEL III**

Nº 22. A unidade estabelece metas para reduzir taxas de infecção relacionadas a dispositivo urinário? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe registro desta meta no plano de ação.

Nº 23. A unidade verifica e monitora as metas estabelecidas de redução das taxas de infecção relacionadas a dispositivo urinário? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe registro desta verificação no relatório.

### 4.3. PROCEDIMENTO NO TRATO RESPIRATÓRIO

#### NÍVEL I

Nº 49. Existem protocolos de manuseio do trato respiratório dos pacientes? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existem rotinas escritas, disponíveis e atualizadas da inserção, manutenção e troca ou retirada dos dispositivos do trato respiratório, incluindo a rotina de prevenção de embolia pulmonar e de úlcera de estresse nos pacientes em ventilação mecânica. A revisão deve ser bianual.

Nº 50. Existe avaliação diária do paciente para interrupção da sedação com vista à extubação? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe registro de avaliação diária do paciente entubado para interrupção da sedação com vista à extubação.

Nº 51. Os pacientes entubados são mantidos com elevação da cabeceira em 30 a 45º, salvo na existência de contraindicação? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se os pacientes entubados são mantidos com elevação da cabeceira em 30 a 45º.

Nº 52. Existe rotina de higiene oral realizada com clorexidina, veículo oral (0,12% ou 0,20%), nos pacientes em ventilação mecânica? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe rotina escrita e disponível de higiene oral sistemática em pacientes entubados.

Nº 53. Os produtos para saúde utilizados no trato respiratório são esterilizados (produtos críticos) ou desinfetados a alto nível (produtos semicríticos)? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ São considerados como críticos: sonda nasotraqueal e dreno de tórax. São semicríticos: circuitos de respiradores e de anestesia, cânula de Guedel, nebulizadores, lâminas de laringoscópio e umidificadores (devem ser processados com desinfetantes de alto nível preconizados pela ANVISA. Produtos de assistência ventilatória e inaloterapia não poderão ser submetidos à desinfecção por métodos de imersão química líquida com aldeídos).

Nº 54. Os circuitos respiratórios e umidificadores são trocados quando visivelmente sujos ou com mau funcionamento mecânico ou de acordo com a rotina de troca definida pela CCIH. 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar a rotina de troca dos circuitos respiratórios e umidificadores.

Nº 55. O condensado do circuito respiratório é periodicamente drenado e descartado. 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar a rotina do descarte do condensado do circuito do respirador.

Nº 56. É utilizada solução estéril nos umidificadores e nebulizadores. 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se a solução dos umidificadores e nebulizadores é estéril.

Nº 57. As medicações aerossolizadas são utilizadas em frascos de dose única e em caso de uso de medicações de múltiplas doses, as instruções do fabricante são seguidas.

5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar a rotina de medicações aerossolizadas.

Nº 58. O procedimento de traqueostomia é realizado com técnica asséptica.

5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se a traqueostomia é realizada com técnica asséptica e em ambiente cirúrgico.

Nº 59. A aspiração de secreções é realizada com técnica asséptica de acordo com a necessidade de cada paciente?

5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se a aspiração é realizada com técnica asséptica utilizando sonda estéril e de uso único.

Nº 60. Utiliza-se fluido estéril para remover secreções do cateter de aspiração.

5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se o fluído que auxilia a remoção da secreção do cateter é estéril.

### **NÍVEL III**

Nº 24. A unidade estabelece metas para reduzir taxas de Infecção do Trato Respiratório – ITR?

5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe registro desta meta no plano de ação.

Nº 25. A unidade verifica e monitora as metas estabelecidas de redução das taxas de infecção respiratória relacionada à ventilação mecânica?

5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe registro desta verificação no relatório.

## **4.4. PROCEDIMENTOS NO TRATO CIRCULATÓRIO**

### **NÍVEL I**

Nº 61. Existem protocolos de manuseio do trato circulatório dos pacientes internados?

5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existem rotinas escritas e disponíveis da inserção, manutenção e troca ou retirada dos dispositivos do trato circulatório.

Nº 62. Em relação às medidas de prevenção da infecção do trato circulatório adotadas no hospital:

Nº 62.1. Existe treinamento sistematizado para os profissionais de saúde sobre cuidados de inserção e manutenção do cateter vascular? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar lista de frequência desse treinamento.

Nº 62.2. O Cateter Venoso Central – CVC é inserido com técnica asséptica (máscara, touca, luva estéril, avental estéril, campo estéril, antissepsia da pele com clorexidina alcoólica 0,5%, ou PVPI alcoólico a 10% ou álcool 70%)? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se esta descrição de procedimento consta no protocolo de manuseio do trato circulatório.

Nº 62.3. Os profissionais higienizam as mãos antes da manipulação do cateter venoso? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se esta orientação consta no protocolo de manuseio do trato circulatório.

Nº 62.4. Os profissionais utilizam luva de procedimento na inserção de cateter venoso periférico? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se esta orientação consta no protocolo de manuseio do trato circulatório.

Nº 62.5. Os profissionais utilizam gaze estéril ou de curativo semipermeável de poliuretano no curativo? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se esta orientação consta no protocolo de manuseio do trato circulatório.

Nº 62.6. Os profissionais realizam a troca do cateter venoso periférico em adulto a cada 96 horas (cateter com material de poliuretano) ou a cada 72 horas (cateter com material de teflon) ou de acordo com rotina definida pela CCIH da instituição? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se esta orientação consta no protocolo de manuseio do trato circulatório.

Nº 62.7. A troca de equipos é realizada, conforme recomendações dos órgãos competentes? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar o cumprimento das recomendações vigentes. Infusão contínua: troca a cada 72-96 horas; infusões intermitentes: troca a cada 24 horas; nutrição parenteral: troca a cada 24 horas; emulsões lipídicas: troca a cada 24 horas; administração de sangue e hemocomponentes: troca a cada bolsa. O sistema de infusão deve ser trocado na suspeita ou confirmação de IPCS.

Nº 62.8. Em pacientes neonatos e pediátricos o cateter não é trocado de rotina e sim quando indicado clinicamente? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se esta orientação consta no protocolo de manuseio do trato circulatório. Em pacientes neonatais e pediátricos não devem ser trocados rotineiramente e devem permanecer até completar a terapia intravenosa, a menos que indicado clinicamente (flebite ou infiltração).

Nº 62.9. O curativo do cateter venoso central, quando coberto com gaze, é trocado no máximo a cada 48 horas e a cada 7 dias, quando a cobertura é transparente, semipermeável, ou de acordo com o tipo de curativo recomendado pela CCIH? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se esta orientação consta no protocolo de manuseio do trato circulatório.

Nº 62.10. Quando do uso de bioconectores, sua troca acompanha a dos equipos (72 a 96 horas) ou de acordo com a rotina definida pela CCIH? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se esta orientação consta no protocolo de manuseio do trato circulatório.

## **NÍVEL II**

Nº 16. Existe alguma metodologia estabelecida para monitorar a instalação e a manutenção dos cateteres venosos centrais? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe algum monitoramento para manutenção do CVC no protocolo de manuseio do trato circulatório.

## **NÍVEL III**

Nº 26. A Unidade estabelece metas para reduzir taxas de infecção relacionadas ao CVC? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe registro desta meta no plano de ação.

Nº 27. A unidade verifica e monitora as metas estabelecidas de redução das taxas de infecção relacionadas ao CVC? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe registro desta verificação no relatório.

## **4.5. ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

### **NÍVEL I**

Nº 63. O hospital possui unidade de endoscopia digestiva alta e baixa com estrutura física adequada para a realização dos procedimentos? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se o serviço de endoscopia é classificado em Tipo I, II ou III, segundo RDC ANVISA Nº. 6/2013 ou outra que a substitua. O serviço de endoscopia deve possuir, no mínimo, os seguintes ambientes: 1) sala de recepção de pacientes; 2) sala de consulta/procedimento; 3) sala de recuperação, exceto para serviços Tipo I e IV); 4) sala para processamento de equipamentos, acessórios e outros produtos para a saúde, exceto para serviços Tipo I.

Nº 64. A unidade de endoscopia:

Nº 64.1. Tipo II possui: termômetro; esfigmomanômetro/estetoscópio; oxímetro de pulso c/ alarme; oxigênio a 100%; aspirador; suporte para fluido endovenoso; carro/maleta para atendimento de emergência cardiorrespiratória com ressuscitador, cânulas nasofaríngeas, tubos endotraqueais, sonda de aspiração, materiais/medicamentos emergenciais, desfibrilador? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

Nº 64.2. Existência de pias distintas para a higienização das mãos dos profissionais e pias para limpeza dos equipamentos? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

Nº 64.3. Sala de limpeza e desinfecção dotada de sistema de ventilação adequada: vazão mínima de ar total de 18,00m<sup>3</sup>/h/m<sup>2</sup>; pressão negativa entre ambientes; exaustão forçada do ar da sala para o exterior? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar laudo do sistema de ventilação.

Nº 64.4. Bancadas de lavagem dos endoscópios contendo cuba com profundidade compatível com o equipamento. 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

Nº 64.5. Torneiras com dispositivo de jatos de água para limpeza de materiais com lúmens. 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

Nº 64.6. Ponto de água com padrões de potabilidade. 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar laudo do padrão semestral de potabilidade de água.

Nº 64.7. Artefatos para limpeza de materiais (esponja, escovas etc.). 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar a existência e condições de uso dos artefatos de limpeza.

Nº 64.8. Lavadora ultrassônica. 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

Nº 64.9. Dispositivos de ar comprimido medicinal ou oxigênio. 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

Nº 64.10. Caixas plásticas com tampas e identificadas para soluções químicas? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

Nº 65. É realizado teste de vedação antes da realização do processo de desinfecção do endoscópio? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe registro que garanta a realização do teste.

Nº 66. Existem rotinas e procedimentos escritos, atualizados e disponíveis na unidade de endoscopia e na CCIH sobre o reprocessamento dos endoscópios e assistência do serviço? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existem normas e rotinas escritas, atualizadas (no mínimo a cada 2 anos) e disponíveis na unidade de endoscopia e CCIH.

## **NÍVEL II**

Nº 17. Os endoscópios são reprocessados segundo a classificação de risco dos mesmos? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se os endoscópios considerados críticos (artroscópios, laparoscópios, fórceps de biópsia, esfínterótomos, papilótomos) são submetidos à esterilização. Se os endoscópios semicríticos (laringoscópios, broncoscópios, gastroscópios, colonoscópios) são submetidos à desinfecção de alto nível. Se os artigos não críticos (fonte de luz, câmeras), são submetidos à desinfecção de baixo nível entre usos.

Nº 18. A desinfecção de alto nível dos endoscópios considerados semicríticos segue as recomendações da literatura? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Considerar o seguinte fluxo de reprocessamento como adequado: limpeza com escovação; enxague e secagem; imersão em germicida por tempo recomendado, seguido de enxague com água potável e corrente; rinsagem dos canais internos com álcool a 70%; secagem com ar comprimido medicinal.

Nº 19. A solução germicida utilizada na unidade de endoscopia para a desinfecção de alto nível dos endoscópios é adequada? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Considerar como desinfetante de alto nível as seguintes soluções germicidas: glutaraldeído a 2%; peróxido de hidrogênio a 7,5%; ácido peracético a 1%; ortoftaldeído a 0,55% e outras que as substituam.

Nº 20. A solução germicida é monitorada, no mínimo diariamente, antes do início das atividades, para comprovação da atividade biocida da solução. 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar registro diário deste teste.

Nº 21. Quanto à estocagem dos endoscópios:

Nº 21.1. Os endoscópios são acondicionados verticalmente, em armários com revestimento impermeável e ambiente climatizado. 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

Nº 21.2. As válvulas e tampas de vidro são estocadas separadas do equipamento, para facilitar a drenagem. 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

Nº 21.3. O armário/local de estocagem é descontaminado no mínimo semanalmente. 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

### **NIVEL III**

Nº 28. Existe metodologia que garanta a rastreabilidade do processo de desinfecção do endoscópio? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe registro que garanta a rastreabilidade do processo.

## **5. BIOSSEGURANÇA**

### **NÍVEL I**

Nº 67. Existe um Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, um PCMSO que contemple exames pré-admissionais, periódicos, demissionais, avaliação dos riscos biológicos segundo a localização das áreas de risco, vigilância médica dos trabalhadores potencialmente expostos e programa de imunização para profissionais de saúde.

Nº 68. Existe um médico coordenador ou responsável pelo PCMSO no hospital? 2(SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, uma portaria interna do hospital nomeando o profissional acima descrito.

Nº 69. Existe um programa de educação sobre biossegurança para os profissionais de saúde? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, algum plano de educação sobre biossegurança para os trabalhadores da saúde, inclusive estudantes e estagiários.

Nº 70. Existem rotinas escritas e disponíveis dos procedimentos de biossegurança? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, rotinas de biossegurança em todos os serviços do hospital e na CCIH.

Nº 71. Existe acompanhamento dos acidentes biológicos ocorridos com os colaboradores?  
2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe algum tipo de instrumento que registre o acompanhamento dos acidentes biológicos ocorridos com os profissionais da assistência direta e indireta.

Nº 72. Na vigência de acidente biológico o serviço emite a Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT?  
2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se o Serviço de Saúde Ocupacional emite a CAT com ou sem afastamento do trabalhador.

Nº 73. Existe uma padronização de Equipamento de Proteção Individual – EPI no hospital?  
2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, a definição do tipo de EPI a ser utilizado, considerando o serviço, procedimento e a legislação vigente.

Nº 74. Existe uma padronização de Equipamento de Proteção Coletivo – EPC no hospital?  
2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, a definição do tipo de EPC a ser utilizado, conforme o serviço e/ou procedimento.

Nº 75. Os profissionais de saúde utilizam os EPIs segundo a padronização recomendada e a legislação vigente?  
2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar o uso indicado dos EPIs pelos profissionais de saúde durante a assistência prestada.

Nº 76. Os perfurocortantes são acondicionados em caixas coletoras específicas apropriadas?  
2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se as caixas coletoras de perfurocortantes são rígidas, resistentes a vazamentos, puncturas e rupturas. Se estão em cada enfermaria ou apartamento e em cada posto de enfermagem. Responder SIM, se a resposta for completa. Em hospitais psiquiátricos, a obrigatoriedade restringe-se ao posto de enfermagem.

Nº 77. Existem rotinas para descarte das caixas coletoras de perfurocortantes?  
2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existem rotinas por escrito e disponíveis para descarte das caixas coletoras segundo sua capacidade de enchimento (3/4 da capacidade).

Nº 78. A instituição utiliza materiais perfurocortantes com dispositivos de segurança?  
2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar a utilização desses materiais.

Nº 79. A instituição possui Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA?

2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se a CIPA é formalmente constituída (obrigatória quando há 20 empregados ou mais, segundo NR Nº 5, Portaria Federal nº 3214/78 do MT). Verificar registro de ação da CIPA. Se não existir registro de ação da CIPA, a resposta é NÃO.

Nº 80. Existe um Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA no hospital?

2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, em todos os serviços, um mapa de riscos biológicos, físicos, químicos e mecânicos, reavaliado no mínimo anualmente, conforme NR 32/2005 ou outra que a substitua.

Nº 81. O hospital possui Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT?

2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe formalmente designado este serviço.

## **NÍVEL II**

Nº 22. Existe protocolo de imunização gratuito fornecido pelo hospital para os profissionais de saúde?

2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, protocolo de imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B e outros, estabelecidos pelo PCMSO para os profissionais da assistência.

Nº 23. Existe protocolo de profilaxia após acidente biológico?

2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, algum protocolo de profilaxia dos acidentes biológicos ocorridos com os profissionais da assistência direta e indireta. Entrevistar, no mínimo, um profissional para saber se ele conhece o fluxo de assistência do protocolo.

Nº 24. A CIPA possui um plano de trabalho visando a prevenção de acidentes? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, um plano de trabalho que contemple ações preventivas voltadas para segurança e saúde do trabalhador.

Nº 25. Existe registro do controle hematológico para funcionários que atuam em quimioterapia, radioterapia e central de diluição? 2 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe registro escrito dos controles acima referidos, segundo NR 32/2005 ou outra que a substitua.

Nº 26. As amostras são encaminhadas ao laboratório com segurança biológica para o colaborador?

2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Observar se as amostras laboratoriais são acondicionadas em sacos plásticos e colocadas em caixas rígidas à prova de vazamento e rupturas e se são manuseadas com luvas.

Nº 27. Os funcionários que atuam na radiologia utilizam dosímetro durante a realização dos procedimentos radiológicos? 2 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se os funcionários que atuam na radiologia utilizam dosímetro durante a realização dos procedimentos radiológicos.

Nº 28. Existe um registro de treinamento em biossegurança destinado aos colaboradores, realizado previamente à admissão, quando da mudança de exposição e de tecnologias? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, nas condições de frequência acima citadas, algum tipo de registro que comprove a realização do plano de educação acima referido.

### **NÍVEL III**

Nº 29. Existe registro de indicadores das ações educativas relacionadas com a biossegurança? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, algum tipo de registro que comprove a realização do plano de educação acima referido.

Nº 30. Existe um monitoramento da cobertura vacinal dos profissionais de saúde? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, registro do número de profissionais imunizados versus doença que se pretenda prevenir.

Nº 31. Existe levantamento de indicadores dos acidentes biológicos por tipo e exposição? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe algum tipo de indicador elaborado pelo acompanhamento de acidentes biológicos ocorridos com os profissionais de saúde por tipo de acidente e exposição.

## **6. PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO**

### **NÍVEL I**

Nº 82. Existem protocolos das precauções de transmissão por gotículas, aérea e de contato? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, e se é cumprido, o protocolo acima referido (observação direta ou entrevista, no mínimo com dois profissionais).

Nº 83. Existem, em TODAS as unidades de internação, quartos individuais para o isolamento de pacientes? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar a existência de quartos destinados ao isolamento de pacientes em TODAS as unidades de internação e se possuem banheiro privativo (com lavatório, chuveiro e vaso sanitário).

Nº 84. No quarto de isolamento:

Nº 84.1. Existe quarto com banheiro privativo (com lavatório, chuveiro e vaso sanitário), exceto para unidades de tratamento intensivo? 4 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 84.2. Existência de antecâmara ou área de acesso ao quarto de isolamento. 4 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 84.3. Existência de quarto de isolamento com pressão negativa monitorada em relação às áreas adjacentes, com 6 a 12 trocas de ar/hora. 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar laudo do sistema de ventilação.

Nº 84.4. Existência de sistema de ventilação com filtros de ar de alta eficiência (HEPA). 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar laudo do sistema de ventilação.

Nº 85. Existe um programa de educação sobre precauções de isolamento para os profissionais de saúde? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, o programa de educação acima referido.

Nº 86. Existe um registro de treinamento sobre precauções de isolamento para os profissionais de saúde? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, algum tipo de registro que comprove a realização do plano de educação sobre precauções de isolamento.

Nº 87. Existem orientações sobre precauções de isolamento para os visitantes, acompanhantes e familiares? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existem, por escrito e disponíveis, as orientações educativas acima referidas.

Nº 88. É estimulada a etiqueta da tosse para as pessoas com sinais de doença respiratória? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar a utilização de lenço descartável para cobrir a boca e nariz ao tossir ou uso de máscara cirúrgica. Entrevistar, aleatoriamente, no mínimo um profissional da equipe ou paciente.

## **NÍVEL II**

Nº 29. Existe quarto de isolamento com ambiente protetor para pacientes de alto risco, a exemplo dos pacientes com transplante de medula óssea ou outros? 4 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar a existência de quarto destinado a isolamento de pacientes de alto risco e se possuem banheiro privativo (com lavatório, chuveiro e vaso sanitário).

Nº 30. Existem protocolos de condutas para pacientes com caso suspeito/confirmado de microrganismos multirresistentes? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, protocolo para germes multirresistentes, que deve incluir culturas de vigilância, condutas de precauções com paciente e suspensão da precaução, e se o protocolo acima referido é cumprido (verificar na prática ou entrevistar, no mínimo, dois profissionais).

## 7. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

### NÍVEL I

Nº 89. Nas unidades existem pias para higienização das mãos, com sabão e papel toalha disponíveis? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar a existência de pias com torneiras que dispensem o contato das mãos, com sabão e papel toalha em todas as unidades assistenciais do hospital.

Nº 90. O hospital disponibiliza dispensadores de solução alcoólica para fricção antisséptica das mãos:

Nº 90.1. Nos pontos de assistência, à beira do leito do paciente, de forma que os profissionais de saúde não necessitem deixar o local de assistência e tratamento para higienizar as mãos.

5 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 90.2. Nos locais em que são realizados procedimentos invasivos.

5 (SIM) 0 (NÃO)

Obs.: em UTI deverá ser disponibilizado em cada box/leito.

Nº 91. A higienização das mãos é realizada quando indicada? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar os 5 momentos da higienização das mãos: antes do contato com o paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após risco de exposição a fluidos corporais, após contato com o paciente e após contato com as áreas próximas ao paciente.

Nº 92. A técnica de higienização das mãos com água e sabão é realizada corretamente?

5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se a higienização das mãos é realizada corretamente conforme manual da ANVISA ou substituto.

Nº 93. A higienização das mãos com solução alcoólica é realizada corretamente? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se a higienização das mãos é realizada com solução alcoólica a 70% com 1 a 3% de glicerina, durante 20 a 30 segundos. O volume a ser aplicado deve ser suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos.

Nº 94. A aquisição de produtos utilizados para higienização das mãos é avaliada pela CCIH e/ou Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se os produtos utilizados na higienização das mãos são adquiridos após a avaliação dessas comissões, de acordo com a legislação vigente.

### NÍVEL II

Nº 31. O hospital utiliza estratégias para incentivar a adesão à higiene das mãos? 5 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar a existência de recursos estratégicos que estimulem os profissionais a higienizarem as mãos durante suas atividades laborais, a exemplo de cartazes, folders, soluções em formato de bolso, campanhas, eleição de multiplicadores etc.

# SERVIÇOS

## 8. FARMÁCIA

### 8.1. SOLUÇÕES GERMICIDAS

#### NÍVEL I

Nº 95. Existe padronização, com indicação escrita, do uso de desinfetante?

3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, a padronização acima.

Nº 96. Existem critérios estabelecidos para aquisição de desinfetantes e antissépticos?

3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se os critérios são baseados na legislação sanitária vigente, no princípio ativo indicado e nas orientações relacionadas à aquisição, segundo Norma de Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde da ANVISA ou que a substitua.

Nº 97. A padronização de desinfetante é respeitada?

3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se nos serviços que utilizam desinfetantes, a exemplo do serviço de higienização e CME, esta padronização é seguida.

Nº 98. Existe padronização, com indicação escrita, de uso de antisséptico?

3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, a padronização acima.

Nº 99. A padronização de antisséptico é respeitada?

3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se nas unidades de internação e em outras unidades que utilizam antissépticos, esta padronização é seguida.

#### NÍVEL II

Nº 32. Existe padronização de condutas e critérios para aquisição de soluções germicidas?

3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se o serviço possui, por escrito e disponível, critérios para aquisição das soluções germicidas, baseados na legislação vigente.

#### NÍVEL III

Nº 32. Existe uma conduta definida em casos de não conformidades, sobre a qualidade das soluções germicidas?

3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se o serviço possui, por escrito e disponível, as ações a serem deflagradas em casos onde se identifica algum problema que comprometa a qualidade da solução germicida.

## 8.2. ESTRUTURA

### NÍVEL I

Nº 100. A farmácia possui estrutura física adequada para a conservação dos medicamentos, conforme a legislação vigente, com dimensionamento das áreas compatíveis com as atividades desenvolvidas? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se a farmácia possui, no mínimo, as seguintes áreas: área de recepção de medicamentos; área separada para armazenamento de soluções de grande e pequeno volume; caixas obedecendo o empilhamento segundo recomendação do fabricante; área para armazenamento de medicamentos termolábeis, dotada de geladeira específica.

Nº 101. As normas de boas práticas de empilhamento das caixas obedecem às recomendações do fabricante? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se o empilhamento das caixas obedece a recomendação do fabricante.

Nº 102. Existe, nas unidades assistenciais, área adequada para conservação e armazenamento dos medicamentos e soluções germicidas? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se as unidades assistenciais possuem local específico para o armazenamento das medicações dos pacientes e soluções germicidas. Se as drogas termolábeis são colocadas em geladeiras exclusivas para este fim.

Nº 103. A farmácia possui sistemas de segurança adequados e acesso restrito? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Considerar como sistemas de segurança: a existência de extintores de incêndio na área física da farmácia, específicos para o tipo de droga armazenada; a presença de portas e fechaduras adequadas; sala ou armário com fechadura específica para medicação controlada. Verificar se o acesso é controlado.

Nº 104. A central de abastecimento farmacêutico (almoxarifado específico para medicamentos) possui controle de temperatura em toda a sua área e nos refrigeradores? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Considerar como controle de temperatura a leitura diária e registro escrito – mínimo de dois registros –, dos termômetros situados na área e nos refrigeradores.

Nº 105. Existe sala específica e adequada para o preparo de nutrição parenteral? 3 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Considerar área adequada para preparo de NPT: área de manipulação; área de limpeza e higienização dos produtos farmacêuticos e correlatos; vestiário; área de armazenamento e dispensação, segundo legislação vigente. Caso o serviço seja terceirizado, avaliar este serviço.

Nº 106. Existe controle de temperatura para a guarda da nutrição parenteral? 3 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se a NPT é acondicionada em geladeira exclusiva, com temperatura entre 2 a 8°, conforme legislação vigente. Verificar o controle de temperatura no hospital e no serviço terceirizado.

## **NÍVEL II**

Nº 33. Existe área adequada para dispensação de medicamentos, separada da área de armazenamento e conservação? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Considerar área adequada de dispensação aquela que permite a individualização das doses dos medicamentos, seja pelo sistema de distribuição em doses unitárias ou doses individualizadas.

Nº 34. Existe área específica, segundo a legislação vigente, para o preparo, manipulação e fracionamento de líquidos orais e parenterais (misturas intravenosas, nutrição parenteral e soluções antineoplásicas)? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Considerar área de preparo e manipulação de medicamentos aquela que atende aos requisitos básicos dispostos na legislação vigente, sobre manipulação e preparo de medicamentos.

## **8.3. EDUCAÇÃO**

### **NÍVEL I**

Nº 107. Existe um programa de educação para os colaboradores sobre os procedimentos da farmácia? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, algum programa de educação sobre o serviço dos profissionais da assistência.

### **NÍVEL II**

Nº 35. O programa educativo é realizado? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, algum tipo de registro que comprove a realização do programa de educação.

Nº 36. Existem rotinas escritas e disponíveis dos procedimentos realizados pelo serviço de farmácia? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existem, por escrito e disponíveis, rotinas da farmácia.

### **NÍVEL III**

Nº 33. Existe avaliação da ação educativa? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, algum tipo de registro que demonstre a avaliação da ação educativa na farmácia.

## 8.4. COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

### NÍVEL II

Nº 37. O hospital possui Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT responsável pelo processo de seleção de medicamentos? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Considerar a CFT como um grupo assessor da direção do hospital, responsável pela seleção e estabelecimento da política de medicamentos do hospital.

Nº 38. O processo de seleção de medicamentos é realizado pela CFT? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar registro de que a seleção de medicamentos é realizada pela CFT.

Nº 39. Existe formulário terapêutico ou uma lista com o nome dos medicamentos selecionados pela CFT? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Considerar o formulário terapêutico como uma guia que registra todos os medicamentos selecionados pela CFT, especificando as doses usuais, apresentação, via de utilização e indicações.

Nº 40. Existem ações de farmacovigilância? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe registro de ações de vigilância pós-comercialização implementadas com vistas à segurança do paciente.

Nº 41. O farmacêutico participa ativamente da CFT? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se o farmacêutico participa ativamente da CFT através de registro específico.

Nº 42. Os membros executores da CCIH participam da CFT? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se, na composição da CFT, existe a representação de pelo menos um membro executor da CCIH.

Nº 43. Existem normas para dispensação de antimicrobianos? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar na farmácia se há normas escritas para dispensação de antimicrobianos.

### NÍVEL III

Nº 34. As atribuições e objetivos da CFT estão descritas em norma interna do hospital? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existem, por escrito e disponíveis, normas da CFT.

Nº 35. Existem protocolos terapêuticos estabelecidos pela CFT e pela CCIH para o uso de antimicrobianos? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se há, por escrito e disponíveis, os protocolos acima referidos.

Nº 36. Existem normas que estabelecem a aquisição de medicamentos fora do formulário terapêutico? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se há normas escritas para aquisição de medicamentos que não constem no formulário terapêutico.

Nº 37. Existem controles nos processos de seleção, dispensação, armazenamento/conservação e preparo dos medicamentos? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se há registros de controle nos processos de seleção, dispensação e armazenamento nos medicamentos, em especial antimicrobianos e soluções germicidas.

Nº 38. O farmacêutico acompanha os pacientes em uso de antimicrobianos? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe registro que comprove que o farmacêutico realiza monitorização terapêutica, quanto à eficácia e toxicidade do tratamento.

Nº 39. O formulário terapêutico ou lista de medicamentos selecionados pela CFT é seguida adequadamente pelos clínicos? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se há pedidos de medicamentos extra, feitos via formulário terapêutico, sem justificativa clínica, durante um período mínimo de seis meses.

## 8.5. DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

### NÍVEL II

Nº 44. O farmacêutico tem acesso à prescrição médica antes de dispensar antimicrobiano ou qualquer medicamento? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se antes da dispensação de antimicrobianos, o farmacêutico acessa a prescrição (ver rubrica ou outra ação que comprove o acesso).

Nº 45. Os medicamentos são dispensados individualmente aos pacientes para um período máximo de 24 horas? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar no box de medicação de cada paciente, se a medicação é dispensada apenas para as 24 horas.

Nº 46. A farmácia fica aberta 24 horas para a dispensação de medicamentos? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se a farmácia fica aberta 24 horas. Ver escala noturna.

Nº 47. Existe farmacêutico durante as 24 horas de funcionamento da farmácia? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe registro da presença do farmacêutico durante as 24 horas.

Nº 48. A farmácia possui sistema de distribuição de medicamentos individualizados ou em doses unitárias? 3(SIM) 0 (NÃO)

→ O sistema individualizado é aquele em que os medicamentos são dispensados para, no máximo, 24 horas, de forma individualizada para os pacientes. O sistema de doses unitárias é aquele em que os medicamentos são dispensados pela farmácia para pronto uso, sem necessidade de manipulação prévia antes da sua administração.

Nº 49. Existe preparação de medicamento em doses unitárias pelo farmacêutico? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se as soluções “orais”, sólidos orais e as soluções parenterais (NPT e quimioterapia) são preparadas pelo farmacêutico.

## 8.6. PRODUTOS PARA A SAÚDE

### NÍVEL II

Nº 50. Existe padronização de conduta e critérios para aquisição de produto para a saúde? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existem, por escrito e disponíveis, critérios para aquisição de produtos médicos.

Nº 51. Os produtos para saúde se encontram sob a responsabilidade do serviço de farmácia? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se a seleção, armazenamento e dispensação dos produtos estão sob a responsabilidade da farmácia.

### NÍVEL III

Nº 40. Existe avaliação do uso dos produtos para a saúde? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe algum registro que comprove a avaliação acima.

Nº 41. Existe uma conduta definida em casos de não conformidades sobre a qualidade dos produtos? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existem procedimentos a serem adotados quando da identificação de não conformidades relacionadas com a qualidade dos produtos (tecnovigilância).

Nº 42. Os membros executores da CCIH participam da avaliação de qualidade para aquisição de produtos para a saúde? 3 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe registro da participação de pelo menos um membro executor da CCIH na avaliação acima citada.

## 8.7. NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL (NPT)

### NÍVEL II

Nº 52. Existe controle de qualidade da NPT após aditivação? 3 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, o controle por lote de cada NPT, com análise microbiológica.

Nº 53. Existem rotinas escritas dos procedimentos relativos à NPT? 3 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se há normas escritas e disponíveis sobre o preparo e a manipulação das soluções NPT.

Nº 54. A solução NPT é preparada por farmacêutico? 3 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se o preparo da NPT é da competência do farmacêutico.

Nº 55. A solução NPT é preparada em capela de fluxo laminar e sob condições assépticas?  
3 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ A NPT deve ser preparada usando material estéril: luva, avental e campo. Descontaminação dos frascos. Manipulação sob fluxo laminar horizontal, segundo legislação vigente.

## 8.8. AVALIAÇÃO

### NÍVEL III

Nº 43. Existe algum registro que avalia sistematicamente a qualidade do serviço da farmácia?  
3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe algum registro que avalie a qualidade do serviço.

## 9. NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

### 9.1. NUTRIÇÃO

#### NÍVEL I

Nº 108. Quanto às condições de estrutura física do Serviço de Nutrição e Dietética – SND:

Nº 108.1. O SND possui no mínimo as seguintes áreas: área de abastecimento/recepção; despensa de alimentos e utensílios; área para guarda de utensílios; área de distribuição de alimentos e utensílios; área de pré-preparo; área de cozimento; área de distribuição (copa de pacientes e refeitório para os servidores); e área de higienização, conforme legislação vigente? 3 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 108.2. A área externa é livre de focos de insalubridade, de objetos em desuso ou estranhos ao ambiente, de vetores ou outros animais, de focos de poeira, de acúmulo de lixo nas imediações, de água estagnada, dentre outros? 3 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 108.3. Na área de inspeção/recepção/armazenamento mantêm-se o acondicionamento dos alimentos semiperecíveis (alimentos secos) à temperatura ambiente e os perecíveis (carnes, leite e derivados, ovos, vegetais e frutas) sob refrigeração? 3 (SIM) 0 (NÃO)

- Nº 108.4. A recepção das matérias-primas dos ingredientes e das embalagens é realizada em área protegida e limpa? São adotadas medidas para evitar que insumos contaminem o alimento? 3 (SIM) 0 (NÃO)
- Nº 108.5. Matérias-primas, ingredientes e embalagens são armazenados em local limpo e organizado, separados por tipo ou grupo, sobre estrados/paletes/prateleiras distantes do piso, bem conservados e limpos, ou sobre outro sistema aprovado, afastados das paredes e distantes do teto de forma que permita apropriada higienização, iluminação e circulação do ar? 3 (SIM) 0 (NÃO)
- Nº 108.6. As vias de acesso interno são limpas e possuem superfície dura ou pavimentada, adequada ao trânsito sobre rodas e com escoamento adequado? 3 (SIM) 0 (NÃO)
- Nº 108.7. O piso é de material que permita fácil e apropriada higienização (liso, resistente, drenados com declive, impermeável e outros)? 3 (SIM) 0 (NÃO)
- Nº 108.8. O sistema de drenagem é dimensionado adequadamente, sem acúmulo de resíduos; os drenos, ralos sifonados e grelhas são colocados em locais adequados de forma a facilitar o escoamento e proteger contra a entrada de baratas, roedores etc.? 3 (SIM) 0 (NÃO)
- Nº 108.9. Os tetos possuem acabamento liso, cor clara, impermeável, de fácil limpeza e desinfecção? 3 (SIM) 0 (NÃO)
- Nº 108.10. As portas, paredes e divisórias, são de cor clara, acabamento liso, impermeável, de fácil limpeza e desinfecção? 3 (SIM) 0 (NÃO)
- Nº 108.11. As janelas e outras aberturas apresentam superfície lisa, de fácil higienização, existência de proteção contra insetos e roedores (telas milimétricas ou similar)? 3 (SIM) 0 (NÃO)
- Nº 108.12. Existe barreira física entre áreas de trabalho e refeitório? 3 (SIM) 0 (NÃO)
- Nº 108.13. A iluminação natural ou artificial é adequada às atividades desenvolvidas com caixa de proteção? 3 (SIM) 0 (NÃO)
- Nº 108.14. A ventilação artificial ocorre por meio de equipamentos higienizados e com manutenção adequada ao tipo de equipamento? (Não considerar ventilador) 3 (SIM) 0 (NÃO)
- Nº 109. Quanto às condições de recursos materiais do serviço de nutrição:
- Nº 109.1. Os equipamentos de conservação dos alimentos (refrigeradores, congeladores, câmaras frigoríficas e outros), bem como os destinados ao processamento térmico, possuem medidor de temperatura localizado em local apropriado e em adequado funcionamento e registro da temperatura? 3 (SIM) 0 (NÃO)
- Nº 109.2. A unidade possui um sistema de água filtrada/purificada? 3 (SIM) 0 (NÃO)
- Nº 109.3. Existe pia com água, sabão e papel toalha, instalada no refeitório, para higienização das mãos dos usuários? 3 (SIM) 0 (NÃO)
- Nº 109.4. Existem lavatórios exclusivos para a higiene das mãos na área de manipulação em posições estratégicas em relação ao fluxo de preparo dos alimentos e em número suficiente de modo a atender toda a área de preparação? 3 (SIM) 0 (NÃO)
- Nº 109.5. Os móveis (mesas, bancadas, vitrines, estantes) são em número compatível com a capacidade do serviço, de material apropriado, resistentes a limpeza, impermeáveis, em adequado estado de conservação, com superfícies íntegras? 3 (SIM) 0 (NÃO)
- Nº 109.6. É rotina o uso de touca para trabalhadores do serviço? 3 (SIM) 0 (NÃO)
- Nº 109.7. Os alimentos a serem consumidos crus são submetidos a processo de higienização, utilizando produtos regularizados no órgão competente do Ministério da Saúde? 3 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 110. Existe um programa de educação permanente, relacionado à higiene pessoal e à manipulação dos alimentos para os colaboradores, e o mesmo é realizado? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível um programa de educação para os profissionais da área sobre aquisição, manuseio, distribuição, acondicionamento de alimentos, bem como higiene pessoal e registro que comprove a realização do programa acima.

Nº 111. O SND retira diariamente, no almoço e jantar, amostras de todos os itens das refeições e acondiciona adequadamente para análise, na ocorrência de casos de surto de doença de transmissão alimentar (DTA) ou outros agravos? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existem amostras identificadas com o nome da preparação, data e nome do responsável pela coleta. O acondicionamento deve ser em sacos plásticos apropriados para coleta e a conservação em geladeira, preferencialmente exclusiva para isso, por 48 a 72 horas.

## **NÍVEL II**

Nº 56. O SND possui manual de Boas Práticas – BP de procedimentos? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, o manual de normas e procedimentos do SND.

Nº 57. O SND possui rotinas escritas de desinfecção, com frequência estabelecida para câmaras frigoríficas, geladeiras, máquinas de carne/frios, coifa/exaustor? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar a existência de rotinas escritas e disponíveis da escala de limpeza e o aspecto de sujeira/limpeza desses equipamentos.

Nº 58. Existe padronização de condutas e critérios para a aquisição de produtos? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Considerar a existência de padronização de condutas quando o serviço possuir, por escrito, orientações e critérios para aquisição dos produtos, baseados na legislação, normas técnicas e padronização.

## **NÍVEL III**

Nº 44. É realizada avaliação da ação educativa? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, algum tipo de registro que comprove a avaliação das ações educativas no serviço.

Nº 45. O SND avalia a eficácia do tratamento térmico através da verificação da temperatura e do tempo utilizados e, quando aplicável, pelas mudanças na textura e cor na parte central dos alimentos, e institui medidas para garantir que não haja contaminação dos mesmos? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existem, por escrito e disponíveis, evidências de que a avaliação é realizada.

Nº 46. Independente de surtos relacionado a alimentos, o SND realiza controle de amostras de alimentos sistematicamente a cada três meses? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe controle sistemático das amostras de alimentos independente de casos de surtos veiculados por alimentos. Em caso positivo, verificar se o SND implementa ações de controle como incentivo de higiene das mãos dos manipuladores, avaliação do controle periódico dos funcionários, revisão das rotinas de higienização de frutas e verduras, entre outros.

Nº 47. Existe algum registro de avaliação da qualidade do serviço? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe algum registro sistemático de avaliação da satisfação da qualidade do serviço pelo hospital ou pelo cliente externo.

## 9.2. LACTÁRIO

### NÍVEL I

Nº 112. Quanto às condições de estrutura física do lactário:

Nº 112.1. O lactário possui no mínimo duas salas: sala composta de área para recepção, lavagem de mamadeiras e outros utensílios; área para desinfecção de mamadeiras; sala composta de área para preparo e envase de fórmulas lácteas e não lácteas; área para estocagem e distribuição de fórmulas lácteas e não lácteas; área para esterilização terminal de fórmulas lácteas?

3 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

Nº 112.2. O lactário é afastado de áreas contaminadas e de movimentação de pacientes e visitantes?

3 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

Nº 112.3. O lactário dispõe de água filtrada/purificada?

3 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

Nº 112.4. O lactário possui iluminação natural ou artificial adequada às atividades desenvolvidas?

3 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

Nº 112.5. O lactário possui ventilação artificial por meio de equipamentos higienizados e com manutenção adequada ao tipo de equipamento?

3 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

Nº 113. O lactário possui manual de BP de procedimentos?

3 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, manual de normas e procedimentos no lactário.

Nº 114. Existe um programa de educação para os colaboradores do lactário?

3 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, algum plano de educação para os profissionais do lactário sobre higienização e desinfecção de materiais usados no setor, fórmulas lácteas, bem como higiene pessoal.

Nº 115. O programa educativo é realizado?

3 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, algum tipo de registro que comprove a realização do programa acima.

Nº 116. O lactário possui rotinas escritas de desinfecção de frascos, bicos de mamadeiras e materiais afins? 3 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar a existência das rotinas escritas e disponíveis que inclua o tipo de solução germicida, concentração e tempo de exposição.

Nº 117. O lactário possui conduta asséptica na sala considerada “limpa”? 3 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se os profissionais utilizam luvas, máscara e gorro na hora do preparo das fórmulas lácteas; se é realizada a limpeza e desinfecção prévia das bancadas de preparo das fórmulas.

## **NÍVEL II**

Nº 59. Existe avaliação das ações educativas? 3 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, algum tipo de registro que comprove a avaliação das ações educativas no serviço.

Nº 60. Existe padronização de condutas e critérios para aquisição de produtos? 3 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Considerar a existência de padronização de condutas quando o lactário possuir, por escrito, orientações e critérios para a aquisição dos produtos e soluções utilizadas no serviço.

## **NÍVEL III**

Nº 48. Existe algum registro de avaliação da qualidade do serviço? 3 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe algum registro sistemático de avaliação da satisfação da qualidade do serviço pelo hospital ou cliente externo.

## **10. LAVANDERIA**

### **NÍVEL I**

Nº 118. Quanto às áreas e recursos existentes na lavanderia do hospital:

Nº 118.1. A lavanderia possui no mínimo duas salas: sala de recebimento e lavagem de roupa suja composta de área para recebimento, pesagem, classificação da roupa suja, dispondo ainda de pia para higienização das mãos, depósito de material de limpeza (uso exclusivo para área suja) e banheiro; sala de processamento de roupa limpa composta de áreas para: centrifugação, secagem, separação e dobragem de roupa limpa e de armazenagem e distribuição? 1 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 118.2. Existe pia com água, sabão e papel toalha ou dispensador com preparação alcoólica para higienização das mãos dos funcionários na sala limpa? 1 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 118.3. As máquinas lavadoras possuem termostato de temperatura e tempo? 1 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 118.4. A calandra possui dispositivo de proteção que impede a inserção de segmentos corporais dos trabalhadores nos cilindros ou partes móveis? 1 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 119. Existe barreira operacional para separar a área de manuseio e entrada de roupa suja, da área destinada a roupa limpa? 1 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar a existência de barreiras na lavanderia, que separem a área de manuseio de roupa suja da área de roupa lavada e descontaminada; pode ser feita pelo uso de máquinas com duas aberturas (tipo com barreira).

Nº 120. O sistema de climatização da lavanderia é independente para as áreas suja e limpa? 1 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se o sistema de climatização da área suja é independente da área limpa. Na área suja, deve haver um sistema de exaustão mecânica do ar, que é exaurido para o ambiente exterior, sem circular nas outras áreas.

Nº 121. Existe um responsável técnico – RT da lavanderia? 1 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe um RT na lavanderia que responda perante à Vigilância Sanitária, com formação mínima de nível médio e capacitação em segurança e saúde ocupacional.

Nº 122. Existe um programa educativo para os profissionais da lavanderia? 1 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, um programa educativo.

Nº 123. O programa educativo é realizado? 1 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, algum tipo de registro que comprove a realização das ações educativas.

Nº 124. No processo de lavagem ocorre desinfecção da roupa? 1 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se no processo de lavagem há combinação do uso de água com temperatura entre 22 e 50°C com adição de desinfetante, a exemplo do hipoclorito de sódio, perborato de sódio, peróxido de hidrogênio ou outros que venham a substituí-los.

Nº 125. Os profissionais da lavanderia utilizam Equipamento de Proteção Individual – EPI, durante suas atividades laborais? 1 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se os profissionais utilizam luva de borracha cano longo, avental impermeável e de manga longa, bota, proteção ocular e máscara cirúrgica, na área suja. Roupa privativa e touca na área limpa.

Nº 126. A distribuição da roupa limpa é efetuada com segurança? 1 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se a distribuição da roupa limpa é realizada em carros fechados ou se a roupa é embalada.

Nº 127. Existem normas e rotinas escritas e disponíveis de todos os procedimentos executados? 1 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se o serviço dispõe de normas e rotinas padronizadas e atualizadas de todas as atividades desenvolvidas, as quais devem estar acessíveis aos profissionais.

Nº 128. Existe um uniforme padronizado para os trabalhadores da lavanderia? 1 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 129. Os carros de transporte de roupas, são distintos para roupas limpas e sujas, identificados e higienizados ao final do dia? 1 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se o transporte de roupa é separado segundo condição da roupa. Ver cronograma e registro de higienização dos carros.

## **NÍVEL II**

Nº 61. Existe padronização dos produtos usados na lavanderia? 1 (SIM) 0 (NÃO)

→ Considerar a existência de padronização, por escrito, de critérios para aquisição de produtos usados na lavanderia a exemplo de detergentes, umectantes, acidulantes, amaciantes, desinfetantes e outros baseados na legislação e normas técnicas.

Nº 62. Existe avaliação da ação educativa? 1 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, algum tipo de registro que comprove a avaliação das ações educativas.

## **NÍVEL III**

Nº 49. Existe algum tipo de avaliação da qualidade do serviço da lavanderia? 1 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe algum registro sistemático que comprove a avaliação de satisfação da qualidade do serviço pelo hospital e/ou pelo cliente externo.

## **11. HIGIENE AMBIENTAL**

### **NÍVEL I**

Nº 130. Existem protocolos de limpeza e desinfecção de ambientes e superfícies fixas? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existem rotinas escritas e disponíveis de limpeza e desinfecção de ambientes e superfícies fixas no serviço de higienização.

Nº 131. As soluções desinfetantes são padronizadas e utilizadas na concentração e tempo recomendados pelo fabricante e pela CCIH? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar quais as soluções desinfetantes utilizadas pelo serviço de higienização, a concentração usada e se obedecem as orientações do fabricante e da CCIH.

Nº 132. O produto utilizado para limpeza do piso das áreas críticas, semicríticas e não críticas do hospital é água e sabão? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se o hospital utiliza para a limpeza rotineira do piso de todas as áreas, água e sabão. Entrevistar aleatoriamente, no mínimo, um funcionário do serviço.

Nº 133. Utiliza-se a técnica da desinfecção localizada quando há presença de matéria orgânica no piso ou em superfícies fixas? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe rotina escrita e disponível de desinfecção localizada quando há ocorrência de derrame de matéria orgânica no piso. Entrevistar aleatoriamente, no mínimo, um funcionário do serviço.

Nº 134. A diluição dos desinfetantes é realizada por pessoa treinada e supervisionada por profissional capacitado? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existem normas referentes ao preparo e diluição dos produtos e desinfetantes, e registros que comprovem a capacitação do profissional responsável. Considerar SIM quando hospital adquirir solução “concentração pronto uso”.

Nº 135. Existe um programa de educação para os profissionais de higiene do hospital? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, o referido programa.

Nº 136. O programa educativo é realizado? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, algum registro que comprove a realização de ações educativas no serviço de higiene.

Nº 137. O aspecto do hospital é limpo e conservado? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Considerar como limpo e conservado o hospital sem mofos, goteiras, paredes descascadas, pintura em estado precário, insetos e roedores, escombros ou lixo acumulado fora dos lugares destinados a esse fim.

Nº 138. Existe uniforme padronizado para os funcionários da higiene? 2 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 139. Existe padronização dos equipamentos e ferramentas de trabalho utilizados pelo serviço de higiene? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe especificação da utilização dos equipamentos e ferramentas pelo serviço, a exemplo de carro utilitário, mop pó, mop úmido, mop parede, rodo, máquinas lavadoras e extratoras, kit para limpeza de vidros, aspiradores de pó e líquido, vassoura, pano descartável, pano de chão, sacos de resíduos e outros.

Nº 140. Existe um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS em conformidade com a legislação vigente? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, um PGRSS elaborado pelo hospital com as etapas do manejo dos RSS: segregação, identificação, acondicionamento, classificação, tratamento, transporte e destino final.

Nº 141. O PGRSS é executado conforme o plano elaborado? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se o manejo dos resíduos é realizado conforme o PGRSS, desde a coleta até a disposição final.

Nº 142. A estrutura física do abrigo externo de resíduos está em conformidade com a legislação vigente? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se o abrigo externo está dimensionado de acordo com o volume de resíduos gerados pelo hospital. Se é de uso exclusivo, se possui, no mínimo, um ambiente separado para armazenar resíduos do grupo A e E, e um ambiente para resíduos do grupo D. O abrigo externo deve possuir portas, aberturas teladas, ponto de água, ralo escamoteado, iluminação e ventilação, pisos e paredes passíveis de higienização e local para lavagem dos carrinhos e contenedores.

## **NÍVEL II**

Nº 63. Existe avaliação das ações educativas? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, algum tipo de registro que documente a avaliação das ações educativas no serviço de higiene.

## **NÍVEL III**

Nº 50. Existe algum registro de avaliação da qualidade do serviço de higiene? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe algum registro sistemático de avaliação da qualidade do serviço de higiene pelas unidades hospitalares e/ou pelo cliente externo.

## **12. CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO**

### **NÍVEL I**

Nº 143. O CME Tipo I possui os ambientes segundo legislação vigente? 4 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se o CME Tipo I possui, minimamente, os seguintes ambientes: área de recepção e limpeza (setor sujo); área de preparo e esterilização (setor limpo); sala de desinfecção química, quando aplicável (setor limpo); área de monitoramento do processo de esterilização (setor limpo) e área de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (setor limpo).

Nº 144. O CME Tipo II possui os ambientes segundo legislação vigente? 4 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se o CME Tipo II possui, minimamente, os seguintes ambientes: sala de recepção e limpeza (setor sujo); sala de preparo e esterilização (setor limpo); sala de desinfecção química, quando aplicável (setor limpo); área de monitoramento do processo de esterilização (setor limpo) e sala de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (setor limpo).

Nº 145. O processamento de produtos segue um fluxo direcionado sempre da área suja para a área limpa? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se o fluxo de trabalho, independente do tipo do CME, é unidirecional, não havendo cruzamentos entre as atividades consideradas “limpas” e “sujas”.

Nº 146. O sistema de iluminação e climatização da sala de limpeza do CME Tipo II atende à legislação vigente? 4 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se o sistema de iluminação artificial ou natural atende a realização das atividades e se a climatização possui: temperatura ambiente entre 18 e 22°C; vazão mínima de ar total de 18,00 m<sup>3</sup>; pressão negativa; exaustão forçada da sala com descarga para o exterior. Verificar laudo do sistema de climatização.

Nº 147. O sistema de iluminação e climatização da sala de preparo e esterilização do CME Tipo II atende à legislação vigente? 4 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se o sistema de iluminação artificial ou natural atende à realização das atividades e se a climatização possui: temperatura ambiente entre 20 e 24°C; vazão mínima de ar total de 18,00 m<sup>3</sup>; pressão positiva. Verificar laudo do sistema de climatização.

Nº 148. O sistema de climatização da sala de desinfecção química atende à legislação vigente? 4 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se o sistema de climatização possui: temperatura ambiente entre 18 e 22°C; vazão mínima de ar total de 18,00 m<sup>3</sup>; pressão negativa; exaustão forçada da sala com descarga para o exterior. Verificar laudo do sistema de climatização. Somente considerar NSA, quando o hospital não realizar desinfecção química.

Nº 149. A sala de preparo e esterilização do CME Tipo II dispõe de equipamentos recomendados pela legislação vigente? 4 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se esta sala dispõe de: equipamentos para transporte em quantitativo segundo a demanda de trabalho; secadora de produtos e pistolas de ar comprimido medicinal, gás inerte ou ar filtrado, seco e isento de óleo; seladoras de embalagens; estações de trabalho e cadeiras ou bancos ergonômicos com altura regulável e outros segundo a necessidade do serviço.

Nº 150. A sala de desinfecção química dispõe de equipamentos recomendados pela legislação vigente? 4 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se esta sala dispõe de: bancada com uma cuba para limpeza e uma cuba para enxague com profundidade e dimensionamento que permitam a imersão completa do produto ou equipamento; cubas com tampa para imersão na solução e outros segundo a necessidade do serviço. Somente considerar NSA, quando o hospital não realizar desinfecção química.

Nº 151. A sala de armazenamento e distribuição de produtos já processados dispõe de equipamentos recomendados pela legislação vigente? 4 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se esta sala dispõe de: equipamento de transporte com rodízio; escadas, se necessário; prateleiras ou cestos aramados e outros, segundo a necessidade do serviço.

Nº 152. No CME Tipo II a limpeza de produtos com conformação complexa é precedida de limpeza manual e complementada por limpeza automatizada em lavadora ultrassônica? 4 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se os produtos com lúmen inferior a 5 mm ou com fundo cego, ou que possuem espaços internos, reentrâncias e válvulas, são submetidos a limpeza manual e limpeza automatizada em lavadora ultrassônica com conector para canulados e que utilize tecnologia de fluxo intermitente (verificar especificações da máquina ultrassônica).

Nº 153. O enxague dos produtos para saúde é realizado com água potável? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se a água utilizada no enxague dos produtos após limpeza atende aos padrões de potabilidade definidos em legislação vigente. Verificar último laudo físico-químico e microbiológico da água que deve ser realizado, no mínimo, semestralmente.

Nº 154. O enxague dos produtos usados em oftalmologia, cirurgia vascular, implante de neurologia e ortopedia é realizado com água purificada? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se a água utilizada no último enxague desses produtos é purificada (aquela submetida a, no mínimo, dois tipos de tratamento: destilação; deionização, osmose reversa ou filtrada < 0,2 micra)

Nº 155. No CME, existe normatização atualizada, disponível e implementada, acerca dos processos de limpeza, desinfecção, esterilização e seus controles? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Considerar SIM se existirem manuais com todas as etapas acima referidas.

Nº 156. Existe um programa de educação em serviço sobre procedimentos do CME, destinado aos colaboradores? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, algum programa de educação sobre CME para profissionais do serviço.

Nº 157. O programa educativo é realizado? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, algum tipo de registro que comprove a realização do programa de educação sobre CME.

Nº 158. Os produtos para saúde classificados como críticos são submetidos ao processo de esterilização após limpeza e demais etapas do processo? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, padronização do método de esterilização para produtos críticos.

Nº 159. Os produtos para saúde classificados como semicríticos são submetidos, no mínimo, ao processo de desinfecção de alto nível após limpeza? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, padronização do método de desinfecção de alto nível para produtos semicríticos.

Nº 160. O CME disponibiliza EPIs para trabalhadores, segundo suas atividades? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existem na sala de recepção e limpeza e se são utilizados: luvas de borracha cano longo, óculos de proteção ou protetor facial, protetor auricular, máscara compatível com risco, avental impermeável, calçado fechado. Na sala de preparo e esterilização: touca.

Nº 161. As embalagens utilizadas para a esterilização de produtos estão regularizadas junto à ANVISA para uso específico em esterilização? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se as embalagens usadas para esterilização são destinadas para este fim, a exemplo do tecido, não tecido, papel grau cirúrgico, papel crepado, container e outras recomendadas.

Nº 162. A identificação dos produtos reprocessados é feita por meio de rótulo, legível e afixado nas embalagens? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se as informações do rótulo contêm: nome do produto, número do lote, data da esterilização, data limite de uso, método da esterilização e responsável pelo preparo.

## **NÍVEL II**

Nº 64. Quais das atividades de monitoramento do processo de esterilização de produtos médicos listadas abaixo são adotadas no CME:

Nº 64.1. Monitoramento do processo de esterilização através dos controles dos parâmetros físicos (temperatura, pressão, tempo de exposição, concentração do agente esterilizante) a cada ciclo. 4 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 64.2. Monitoramento do processo de esterilização através dos controles dos indicadores químicos do Tipo 5 ou 6 em cada pacote ou caixa cirúrgica. 4 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 64.3. Monitoramento do processo de esterilização através dos controles dos indicadores biológicos, a serem realizados diariamente, após cada manutenção corretiva do equipamento esterilizador e em todos os ciclos de processamento de produtos implantáveis. 4 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 64.4. Monitoramento do processo de esterilização através dos controles dos testes de Bowie & Dick em autoclaves a pré-vácuo, diariamente, antes do primeiro ciclo de esterilização do dia e após manutenção corretiva do equipamento esterilizador. 4 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 65. O CME realiza o teste da concentração dos desinfetantes utilizados, no mínimo, uma vez ao dia? 4 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar a existência de registro desses testes. Somente considerar NSA, quando a unidade não realizar desinfecção química.

Nº 66. Os produtos esterilizados são armazenados em local limpo e seco, sob proteção da luz solar direta e manipulação mínima, com temperatura entre 18 e 22°C? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se as condições do armazenamento de produtos esterilizados favorecem a manutenção da esterilidade dos produtos já reprocessados.

## **NÍVEL III**

Nº 51. Existe plano de manutenção preventiva dos equipamentos do CME com armazenamento de informações? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar a existência deste plano e se as informações contêm: data da intervenção; identificação do equipamento; descrição do problema detectado; descrição do serviço realizado; nome do profissional que realizou o serviço; e nome do profissional do CME que acompanhou o serviço.

Nº 52. Existe no hospital um comitê/grupo responsável pelo gerenciamento do reprocessamento de produtos médicos (PM)? 4 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar naqueles serviços que realizam mais de 500 cirurgias/mês, excluindo partos, a constituição de Comitê/Grupo de Processamento de Produtos para Saúde, composto minimamente de membros da diretoria, do CME, da enfermagem, médicos e da CCIH.

Nº 53. Existem registros que comprovem a rastreabilidade dos PM processados, incluindo os implantáveis? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se há registros que possam garantir a rastreabilidade de cada lote de produto reprocessado.

Nº 54. Existem registros que comprovem a qualificação de desempenho dos equipamentos utilizados na limpeza automatizada dos produtos? 4 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se há registros que comprovem a qualificação de desempenho dos equipamentos utilizados no processo de limpeza do CME, com periodicidade mínima anual.

Nº 55. Existem registros que comprovem a qualificação de desempenho dos equipamentos utilizados no processo de esterilização dos produtos? 4 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se há registros que comprovem a qualificação de desempenho dos equipamentos utilizados no processo de esterilização do CME (máquina esterilizadora, leitoras de indicadores biológicos e seladoras), com periodicidade mínima anual.

### 13. QUALIDADE DA ÁGUA

#### NÍVEL I

Nº 163. A água utilizada no hospital é potável? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se há resultados de laudos microbiológicos e físico-químicos indicando a potabilidade da água, conforme legislação vigente.

Nº 164. O reservatório de água do hospital é limpo e desinfetado no mínimo semestralmente? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se há registro da limpeza e desinfecção do reservatório de água.

### 14. HEMOTRANSFUSÃO

#### NÍVEL I

Nº 165. A unidade de hemoterapia é gerenciada por médico hemoterapeuta, hematologista ou outro médico capacitado por órgão competente? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar o nome e registro profissional do responsável técnico pelo serviço de hemoterapia, sua especialização e/ou capacitação.

Nº 166. Os hemoderivados e hemocomponentes atendem aos requisitos de rastreabilidade e segurança (validade, identificação e estocagem) desde a aquisição até a administração ao paciente? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar o registro dos procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue e seus componentes.

Nº 167. Os profissionais que atuam em hemoterapia são habilitados e capacitados? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar o nome, registro profissional e a capacitação técnica dos profissionais do serviço de hemoterapia.

Nº 168. Existem ações de educação permanentes para os profissionais que atuam em hemoterapia, hemocomponentes e hemoderivados? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe um plano de educação permanente, cronograma das realizações e registro de frequência dos participantes.

## **NÍVEL II**

Nº 67. O serviço realiza ações de hemovigilância? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se o hospital possui registro das ações de hemovigilância, diretrizes ou normas que facilitem o controle das solicitações, resultados, e se adota medidas que reduzem os erros dos processos de trabalho e de avaliação da qualidade do sangue e hemoderivados.

Nº 68. Existe comitê transfusional? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se o hospital possui comitê ou comissão transfusional, se define as diretrizes e normas que favorecem a padronização das solicitações e resultados. Observar também outras formas de organização: reuniões periódicas, grupos de discussão e outros.

## **15. QUIMIOTERAPIA**

### **NÍVEL I**

Nº 169. O Serviço de Terapia Antineoplásica – STA possui atendimento de emergência médica no próprio local e em plenas condições de funcionamento? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Considerar como SIM se possuir área reservada e de fácil acesso, materiais de ressuscitação a exemplo de carro de emergência, monitor cardíaco, desfibrilador e drogas afins.

Nº 170. A unidade possui médico durante o período de funcionamento do STA para atendimento das intercorrências clínicas? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar escala dos profissionais médicos.

Nº 171. Os pacientes têm sua terapia antineoplásica prescrita por respectivo médico especialista (oncologista clínico, oncologista pediátrico ou hematologista), com titulação reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina – CFM? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se as drogas antineoplásicas são prescritas pelos médicos acima referidos.

Nº 172. A administração dos medicamentos antineoplásicos é realizada por enfermeiro qualificado? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se a quimioterapia é administrada por enfermeiro.

Nº 173. Na rotulagem dos medicamentos antineoplásicos manipulados constam: nome completo do paciente; composição qualitativa e quantitativa dos componentes; volume total; data e hora da preparação; prazo de validade; e identificação do responsável pelo preparo?

5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se o rótulo dos medicamentos manipulados contém as informações acima citadas.

Nº 174. A unidade dispõe de kit de derramamento?

5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe kit de derramamento na farmácia, na área de manipulação, na sala de administração e em carros de transportes. O kit de derramamento deve conter, no mínimo: luvas de procedimentos, avental de baixa permeabilidade, compressas absorventes, proteção respiratória, proteção ocular, sabão, descrição do procedimento, formulário para o registro do acidente, recipiente identificado para recolhimento dos resíduos.

Nº 175. A manipulação dos cateteres totalmente implantáveis é realizada por enfermeiros?

5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar registro da realização do curativo e punção dos cateteres.

Nº 176. A unidade conta com equipe multiprofissional integrada para o atendimento dos pacientes e familiares?

5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe uma equipe multiprofissional atuando de forma integrada. Comprovar através de atas de reuniões periódicas entre equipes, de discussão de casos e outros.

Nº 177. A unidade possui protocolos e normas acerca dos procedimentos realizados no serviço?

5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existem, por escrito e disponíveis, os protocolos acima referidos.

Nº 178. Existe um programa de educação para os profissionais do serviço? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, um programa de educação e se o mesmo é executado (frequência).

Nº 179. A unidade monitora os eventos adversos (EA) decorrentes da terapia antineoplásica?

5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, o registro do monitoramento dos EA.

## 16. TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA – TRS

### NÍVEL I

Nº 180. A unidade dispõe de médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem em número que favoreça a qualidade da assistência durante todo o período de funcionamento do serviço?

5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar a proporção paciente/profissional conforme recomendado na legislação vigente.

Nº 181. A unidade controla a qualidade da água utilizada na diálise através da análise físico-química, microbiológica e endotoxina? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar laudos comprobatórios da realização de exames da água utilizada na diálise, com periodicidade mensal, conforme legislação vigente ou que a substitua.

Nº 182. A unidade adota medidas de prevenção para evitar infecção cruzada de hepatite (B e C) e HIV durante o tratamento dialítico? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existem rotinas escritas implementadas quanto aos pacientes portadores de hepatites (B e C) e HIV durante tratamento e se são seguidas. Observar aleatoriamente um profissional da equipe durante suas atividades com os pacientes.

Nº 183. A unidade realiza implante de cateter venoso central e/ou confecção de fístula artério-venosa (FAV) em ambiente adequado? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se a instalação do cateter ocorre em ambiente adequado para a realização dos procedimentos. Considerar o local higienizado, reservado, climatizado, com carro de emergência equipado para atender parada cardiorrespiratória e médico devidamente paramentado. Em caso de FAV considerar SIM quando for realizada em ambiente cirúrgico.

Nº 184. Existe técnico capacitado para manejo e manutenção do sistema de tratamento de água para hemodiálise? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar certificado de capacitação. Este técnico pode ser do serviço ou terceirizado.

Nº 185. Os dialisadores e linhas arterial e venosa, exceto em pacientes com HIV e assistidos em UTI, são submetidos a desinfecção de alto nível após cada uso no mesmo paciente? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar existência de registro escrito e disponível, do reuso dos dialisadores e linhas arterial e venosa no mesmo paciente, e do descarte quando se tratar de pacientes com HIV e assistidos em UTI.

Nº 186. A unidade possui protocolos e normas acerca dos procedimentos realizados no serviço? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existem, por escrito e disponíveis, os protocolos acima referidos.

Nº 187. Existe um programa de educação para os profissionais do serviço? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, e se o mesmo é realizado.

Nº 188. A unidade monitora os eventos adversos (EA) decorrentes da TRS? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, o monitoramento dos EA.

## 17. UNIDADES NEONATAIS

### NÍVEL I

Nº 189. Existem normas na unidade neonatal relativas à assistência neonatal?

5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existem normas/rotinas escritas atualizadas e disponíveis sobre os procedimentos assistenciais neonatais.

Nº 190. Existe um programa de educação permanente sobre os procedimentos neonatais, destinado aos profissionais do serviço?

5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, o referido programa.

Nº 191. O programa educativo é realizado?

5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe algum registro escrito que comprove a realização do programa de educação na unidade neonatal.

Nº 192. Existe alguma orientação aos profissionais e visitantes sobre a higienização das mãos ao ingressar na unidade?

5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se há algum tipo de sinalização ou aviso que indique às pessoas a obrigatoriedade de higienizar as mãos ao ingressar na unidade.

Nº 193. Existe lavatório e insumos para a higienização das mãos na entrada da unidade, no posto de enfermagem e em locais estratégicos da assistência definidos pela CCIH?

5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar a existência de lavatório para higiene das mãos nos pontos acima citados, com sabão e papel toalha, conforme legislação vigente.

Nº 194. Os profissionais e visitantes higienizam as mãos ao ingressar na unidade?

5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Observar o ingresso na unidade de, pelo menos, um profissional e um visitante. Se algum deles deixar de higienizar as mãos, considerar NÃO.

Nº 195. Existe na unidade neonatal disponibilidade de preparações alcoólicas na entrada e entre os leitos?

5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Observar na entrada da unidade e entre leitos a disponibilidade de preparação alcoólica. (Verificar se o dispositivo tem a solução e se o mesmo funciona)

Nº 196. Existe protocolo de uso de colírio de nitrato de prata 1%, iodopovidona a 2,5% ou substituto?

5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe por escrito e disponível na unidade algum tipo de orientação sobre uso do colírio acima citado.

Nº 197. Existe normatização da técnica para a proteção dos olhos do neonato no momento da aspiração de vias aéreas? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe por escrito a rotina acima e entrevistar no mínimo um profissional da assistência.

Nº 198. Existe rotina da técnica de banho do neonato a termo e prematuro? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe rotina escrita e disponível acerca do banho.

Nº 199. Existe rotina de higienização de banheiras/cubas após banho do neonato? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe por escrito a rotina acima e entrevistar no mínimo um profissional de enfermagem.

Nº 200. Existe protocolo dos cuidados com o coto umbilical? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, o protocolo acima citado.

Nº 201. O protocolo de cuidados com o coto umbilical é seguido? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar nas anotações do prontuário se os cuidados com o coto umbilical estão de acordo com o preconizado.

Nº 202. Existe protocolo contemplando critérios para inserção, manutenção e retirada dos cateteres de inserção central? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, protocolo escrito sobre a rotina acima.

Nº 203. Existe protocolo de prevenção de infecção respiratória nos neonatos em uso de ventilação mecânica (VM)? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe por escrito e disponível protocolo de manipulação respiratória para neonatos em uso de VM.

Nº 204. Os artigos de uso rotineiro, como estetoscópio, fita métrica, termômetro e fitas adesivas, são individualizadas ou desinfetados? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existem estetoscópio, fita métrica, termômetro e fitas adesivas individualizadas ou desinfetados para cada cúpula de berço ou incubadora.

Nº 205. Existe, na sala de parto, material mínimo necessário para reanimação neonatal, disponível para cada nascimento? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existem em cada sala de parto os seguintes materiais/equipamentos: estetoscópio, aspirador e fonte de oxigênio, relógio com ponteiro de segundos, balão autoinflável ou bolsa anestésica, máscaras para RNT e RNPT; laringoscópio com lâmina retas 0 e 1; aspirador de mecônio, oxímetro, blender, entre outros.

Nº 206. Existe na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN número suficiente de médicos para atender à demanda da assistência neonatal? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Observar se há um médico plantonista para cada 10 leitos ou fração, em cada turno, e um médico diarista para cada 10 leitos para o turno da manhã e da tarde, segundo legislação específica vigente ou que a substitua.

Nº 207. Existe na UTIN número necessário de enfermeiros para atender a demanda do cuidado neonatal? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Observar se há um enfermeiro para cada 8 leitos ou fração em cada turno, segundo legislação específica vigente ou que a substitua.

Nº 208. Existe na UTIN número suficiente de técnicos de enfermagem para atender à demanda do cuidado neonatal? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Observar se há um técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração em cada turno, segundo legislação específica vigente ou que a substitua.

Nº 209. Existe na UTIN um funcionário de limpeza exclusivo para cada turno? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Observar se há um funcionário da limpeza exclusivo e em cada turno, segundo legislação específica vigente ou que a substitua.

Nº 210. Existe na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal – UCIN: (Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional – UCINCo; e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru – UCINCa) número suficiente de médicos plantonistas e diaristas? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe na unidade um médico plantonista para cada 15 leitos ou fração por turno, e um médico diarista para cada 15 leitos ou fração pela manhã. O atendimento na UCINCa será feito pela(s) equipe(s) responsável(eis) pela UCINCo. Para fins de formação da equipe mínima da UCINCo, serão somados os leitos de UCINCo e de UCINCa disponíveis na mesma unidade hospitalar, conforme legislação vigente.

Nº 211. Existe na UCIN um número suficiente de enfermeiros? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe nesta unidade um enfermeiro para cada 15 leitos ou fração por turno.

Nº 212. Existe na UCIN um número suficiente de técnicos de enfermagem? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe na unidade um técnico de enfermagem para 5 leitos ou fração por turno.

Nº 213. Existe na UCIN um funcionário exclusivo para limpeza? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Observar se há um funcionário da limpeza exclusivo e em cada turno.

Nº 214. Há, na área de UCIN, espaço mínimo e adequado para cuidados com o neonato? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Considerar espaço mínimo de 6,5 m<sup>2</sup> por berço com distância entre paredes e berço de 1,0 m (exceto cabeceira) e distância entre berços de 2,0 m.

Nº 215. Há, na área de UCIN, espaço mínimo e adequado para cuidados com o neonato? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Considerar espaço mínimo de 4,5 m<sup>2</sup> por berço mantendo uma distância mínima de 1,0 m entre berços e paredes, exceto entre cabeceira do berço e parede.

Nº 216. Existe orientação destinada à parturiente, com os dados antropomórficos do neonato, cuidados básicos de higiene, aleitamento materno e vacinação (caderneta da criança)? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existem, por escrito e disponíveis, orientações sobre assuntos destinados à mãe ou familiares.

Nº 217. Há, no alojamento conjunto, profissional para orientar cuidados com as mamas, a amamentação, cuidados com o coto umbilical e o banho do neonato? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe profissional que realiza e/ou orienta acerca do banho do neonato e os cuidados acima descritos. Entrevistar, aleatoriamente, pelo menos três puérperas.

## **NÍVEL II**

Nº 69. Existe avaliação das ações educativas? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, algum tipo de registro que documente a avaliação das ações educativas.

Nº 70. O responsável técnico da unidade neonatal, o coordenador de enfermagem e de fisioterapia, estimulam as práticas de higiene das mãos pelos profissionais, acompanhantes e visitantes? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Entrevistar os profissionais, visitantes e acompanhantes, e verificar se há conhecimento das estratégias básicas de programas de estímulo à higiene das mãos.

## **NÍVEL III**

Nº 56. Existem indicadores de avaliação da unidade neonatal? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe registro de avaliação a exemplo de: taxa de mortalidade perinatal, neonatal precoce e tardia; taxa de mortalidade por peso no nascimento, entre outros.

Nº 57. Os resultados oriundos da avaliação da qualidade do serviço geram decisões quanto a investimentos na melhoria da assistência? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe algum planejamento para investimentos na melhoria da qualidade, tendo em vista os resultados obtidos.

Nº 58. Existe monitoramento das práticas de inserção e manutenção do Cateter Venoso Central – CVC? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe registro escrito de monitorização do uso do CVC através de mapas de controle ou outro registro escrito.

## 18. UNIDADE OBSTÉTRICA

### NÍVEL I

Nº 218. O hospital utiliza o partograma para acompanhamento da evolução dos trabalhos de parto? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se o hospital adota o partograma, que constitui-se em um instrumento de acompanhamento do trabalho de parto e objetiva avaliar a vitalidade fetal. Verificar nos prontuários a existência do partograma preenchido para acompanhamento da evolução do trabalho de parto.

Nº 219. Existem normas e rotinas da unidade obstétrica relativas à assistência materna? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existem, por escrito e disponíveis, normas e rotinas da assistência materna.

Nº 220. Existe protocolo específico de antibioticoprofilaxia para os casos de ruptura de membranas amnióticas e parto prematuro? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, o referido protocolo.

Nº 221. Existe um programa de educação permanente sobre os procedimentos obstétricos destinado aos profissionais do serviço? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, algum plano de educação sobre a assistência obstétrica para os profissionais do serviço.

Nº 222. O programa educativo é realizado? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe algum registro escrito que comprove a realização do programa de educação na unidade obstétrica.

Nº 223. Existe, no alojamento conjunto, um número suficiente de médicos para atender à demanda do serviço? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe na unidade um obstetra para cada 20 mães e um pediatra para cada 20 neonatos por turno.

Nº 224. Existe, no alojamento conjunto, número suficiente de enfermeiros para atender à demanda do serviço? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe na unidade um enfermeiro para cada 30 binômios por turno.

Nº 225. Existe, no alojamento conjunto, um número suficiente de técnicos de enfermagem por turno?  
5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe na unidade um técnico de enfermagem para cada 8 binômios por turno.

Nº 226. Os partos são realizados em local com infraestrutura, equipamentos, medicamentos e pessoal destinados à atenção da parturiente e do neonato?  
5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se os partos são realizados em locais adequados e reservados, relativamente isolado do meio externo (sala fechada), com equipamentos, materiais e medicamentos que possam atender às necessidades habituais e eventuais urgências que possam ocorrer.

Nº 227. Existe no centro obstétrico estrutura adequada para antissepsia cirúrgica das mãos?  
5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe área para antissepsia cirúrgica das mãos e antebraços: prever instalação de duas torneiras por sala de parto cirúrgico. Caso existam mais de duas salas cirúrgicas, prever duas torneiras a cada novo par de salas ou fração, segundo legislação vigente.

Nº 228. As salas de pré-parto são individualizadas, garantindo a privacidade da parturiente e de seu acompanhante?  
5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existem quartos individuais ou divisórias entre leitos, havendo assim somente um leito por divisória ou sala.

Nº 229. A unidade adota regime de internamento de alojamento conjunto e estimula o aleitamento materno?  
5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se o neonato permanece com a mãe em período integral, sem a necessidade de berçário. Verificar em prontuário os registros de acomodação do neonato em alojamento conjunto.

Nº 230. A puérpera recebe orientações sobre como cuidar do neonato (proibição de amamentação cruzada e da manipulação de outros neonatos, curativo, banho e outros), durante a internação?  
5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se há registro em prontuário, relatando orientações dadas ao paciente. Entrevistar no mínimo uma puérpera para comprovação.

Nº 231. Existe na área do alojamento conjunto, espaço físico suficiente para os cuidados assistenciais do binômio?  
5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe, conforme legislação vigente, quarto/enfermaria de alojamento conjunto com áreas mínimas para: quarto de um leito, 10,50 m<sup>2</sup>; quarto de dois leitos, 14,00 m<sup>2</sup>; e enfermaria de três a seis leitos, com 6,00 m<sup>2</sup> por leito. Todos os quartos/enfermarias devem ter, ainda, área de 4,00 m<sup>2</sup> para cuidados de higienização do recém-nascido. O berço deve ficar ao lado do leito da mãe e afastado 0,6 m de outro berço.

Nº 232. Existe no serviço de atenção obstétrica, quarto pré-parto, parto e pós-parto (PPP)?  
5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Quarto PPP é um ambiente com capacidade para um leito e banheiro anexo, destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (primeira hora após a dequitação), em conformidade com a legislação vigente.

Nº 233. Existe, no alojamento conjunto, número de pias ou lavatórios e dispositivos de preparação alcoólica em número para atender à demanda do serviço? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe, segundo legislação vigente: uma pia/lavatório para a equipe de assistência em área anterior a cada dois quartos ou duas enfermarias, ou mesmo uma pia/lavatório no interior de cada um desses. Um lavatório/pia externo ao quarto ou enfermaria pode servir a, no máximo, quatro quartos ou duas enfermarias (enfermarias de até seis leitos). Verificar se existe a disponibilização de preparação alcoólica para higienização das mãos na entrada da unidade, entre os leitos e em outros locais estratégicos, definidos pelo programa de controle de infecção do serviço de saúde.

## **NÍVEL II**

Nº 71. Realiza avaliação das ações educativas? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, algum tipo de registro que documente a avaliação dessas ações.

## **NÍVEL III**

Nº 59. Existem indicadores de avaliação da qualidade da assistência obstétrica e os resultados geram decisões quanto a investimentos na melhoria da assistência? 5 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existe algum planejamento para investimentos na melhoria da qualidade, tendo em vista os resultados obtidos, a exemplo de taxa de cesárea, episiotomia e infecção puerperal pós-parto natural e cesárea.

## **19. ENGENHARIA CLÍNICA**

### **NÍVEL I**

Nº 234. Existe algum setor ou serviço responsável pela gestão de infraestrutura predial, instalações e equipamentos gerais? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar a existência do setor acima referido, próprio ou terceirizado, com profissionais responsáveis pela gestão dos equipamentos, instalações elétricas e hidráulicas, ar condicionado, incêndio e afins.

Nº 235. O hospital possui gerador próprio de energia, para garantir a continuidade do seu funcionamento em caso de interrupção de energia elétrica pela rede pública? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar a existência de equipamentos de acionamento automático (nobreak, gerador de energia e outros) de energia elétrica conforme legislação vigente.

Nº 236. O hospital garante condições de segurança contra incêndio? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar as condições de segurança em caso de incêndio: extintores e sua validade, sinalização, vias de escape, escada de incêndio, porta resistente a fogo e outros.

Nº 237. O hospital apresenta sinalizações visíveis e de fácil entendimento dos ambientes? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar a existência de placas de sinalização, orientações, sirenes, luzes indicadoras e outros que facilitem o trânsito dentro do hospital.

Nº 238. O hospital possui estrutura e instalações de sistemas de ventilação adequadas ao tipo de assistência a ser realizada, considerando as áreas que devem ter a qualidade do ar necessária? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar a existência de sistemas de controle de ventilação em áreas do tipo: salas operatórias e sala de tratamento intensivo (sistema centralizado, com pressão positiva e com trocas de ar); quartos de isolamento (pressão negativa), sala suja (de limpeza) da central de material e esterilização (temperatura ambiente entre 18 e 22°C e pressão negativa) e sala limpa da central de material e esterilização (temperatura entre 20 e 24°C e pressão positiva); sala de desinfecção química (exaustão forçada de todo ar da sala e pressão negativa), conforme legislação vigente.

## **NÍVEL II**

Nº 72. Existe manutenção preventiva dos equipamentos do CME? 2 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 73. Existe manutenção preventiva dos equipamentos da lavanderia? 2 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 74. Existe manutenção preventiva dos equipamentos do lactário? 2 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se o hospital possui uma política de manutenção preventiva que é feita sem que o equipamento esteja quebrado ou trabalhando fora dos limites operacionais, com o intuito de prolongar a sua vida útil e de evitar que uma peça desgastada provoque um acidente. O registro de realização de manutenção preventiva de cada serviço, assim como o seu cronograma, devem estar disponíveis respectivamente: no CME, na lavanderia e no lactário.

Nº 75. Existe manutenção preventiva e limpeza dos sistemas de ventilação/aeração? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se o hospital possui um programa de manutenção preventiva para os setores acima discriminados, com registro por escrito das manutenções realizadas. Responder NÃO se não possuir registro.

Nº 76. Existe padronização de condutas e critérios para a aquisição de equipamentos? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Considerar a existência de padronização de condutas quando o serviço possuir por escrito orientações e critérios para a aquisição de equipamentos.

### **NÍVEL III**

Nº 60. Existe um plano de gerenciamento das tecnologias de saúde no hospital? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se o hospital possui um plano de gerenciamento com controle por escrito para as seguintes tecnologias: produtos médicos, equipamentos de saúde, produtos de higiene e cosméticos, medicamentos e saneantes, conforme legislação vigente.

Nº 61. O responsável pela manutenção dos equipamentos é um engenheiro clínico OU outro profissional de nível superior com competência para este fim? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se há um engenheiro clínico ou profissional de nível superior com competência na área de equipamentos.

## **20. MICROBIOLOGIA**

### **NÍVEL I**

Nº 239. Existe o laboratório de microbiologia? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Caso não exista laboratório de microbiologia registrar NÃO. Caso seja terceirizado, a avaliação deverá ocorrer no laboratório terceirizado.

Nº 240. Quanto às condições de estrutura operacional do laboratório de microbiologia, existe:

Nº 240.1. Sistema de ventilação unidirecional, por pressão negativa. 3 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 240.2. Cabines de segurança. 3 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 240.3. Equipamentos de proteção individual para trabalhadores. 3 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 240.4. Pia para higienização das mãos. 3 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 240.5. Disponibilidade de lava-olhos. 3 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 240.6. Móveis e bancadas passíveis de limpeza e desinfecção. 3 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 240.7. Portas com dispositivo de controle de acesso. 3 (SIM) 0 (NÃO)

Nº 241. Existem rotinas escritas e disponíveis dos procedimentos operacionais do laboratório, incluindo métodos de coleta, conservação e transporte de espécimes? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existem, por escrito e disponíveis, procedimentos operacionais do laboratório.

Nº 242. Existe um programa educativo para os profissionais do laboratório? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, algum plano de educação sobre os procedimentos do laboratório, incluindo coleta e cuidados com amostras clínicas, específico para o pessoal do laboratório.

Nº 243. O programa educativo é posto em prática? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe por escrito algum registro que comprove a realização do programa de educação citado na questão anterior.

Nº 244. Existem rotinas de descontaminação diária das bancadas de trabalho e superfícies fixas do laboratório? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, rotina sobre descontaminação de bancadas antes e após qualquer procedimento, e rotinas de superfícies fixas do laboratório pelo menos uma vez ao dia, e sempre depois de derrames de material viável. Entrevistar, aleatoriamente, um profissional do laboratório e um profissional da higienização.

Nº 245. Existem rotinas de descontaminação por método físico de culturas, colônias e outros materiais biológicos utilizados no laboratório de microbiologia, antes do descarte? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, rotina sobre descontaminação, por meio de método físico, preferentemente por autoclavação, do material biológico utilizado na microbiologia, antes do descarte.

Nº 246. O laboratório fornece laudos dos exames microbiológicos às unidades solicitantes e à CCIH? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se o laboratório de microbiologia fornece laudos dos exames microbiológicos às unidades solicitantes e à CCIH.

Nº 247. As informações sobre coleta, conservação e transporte de material são divulgadas para todas as áreas assistenciais do hospital? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe protocolo escrito e disponível sobre as rotinas acima citadas em todas as áreas assistenciais.

## **NÍVEL II**

Nº 77. O laboratório fornece à unidade solicitante e à CCIH relatório de coeficiente de sensibilidade dos micro-organismos identificados? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se o laboratório elabora e envia sistematicamente relatórios com perfil de sensibilidade microbiana às unidades assistenciais e à CCIH.

Nº 78. O laboratório faz controle de qualidade dos equipamentos e instrumentos que utiliza? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe no laboratório, por escrito e disponível, registro do controle da performance e funcionamento dos equipamentos e instrumentos utilizados e do programa de manutenção preventiva e corretiva (ações e prazos).

Nº 79. O laboratório faz controle de qualidade dos meios de cultura, reagentes, suplementos e kits comerciais que utiliza? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe no laboratório, por escrito e disponível, o controle de qualidade dos meios de cultura reagentes, suplementos e kits comerciais utilizados.

Nº 80. O laboratório faz controle de qualidade, interno e externo, dos testes de sensibilidade e resistência microbiana? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe no laboratório, por escrito e disponível, o controle de qualidade dos testes de sensibilidade e resistência microbiana realizado interna e externamente por órgão credenciado.

Nº 81. O laboratório faz monitoramento biológico do processo de esterilização? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe no laboratório o registro disponível do controle biológico do processo de esterilização. O controle pode ser realizado por outro laboratório, desde que haja comprovação do mesmo. O CME deverá receber o resultado desse monitoramento.

### **NÍVEL III**

Nº 62. Existe algum registro que avalia sistematicamente a qualidade do serviço? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe algum registro sistemático de avaliação da qualidade do serviço pelo hospital.

Nº 63. Existe avaliação das ações educativas realizadas com os profissionais do laboratório? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, algum tipo de registro que comprove a avaliação da ação educativa realizada.

Nº 64. A microbiologia investiga rotineiramente o aparecimento de novos agentes infecciosos emergentes e/ou multirresistentes? 3 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se a microbiologia possui um plano que contemple a investigação sistemática de novos agentes infecciosos emergentes e/ou multirresistentes.

## **21. PROGRAMA DE QUALIDADE**

### **NÍVEL II**

Nº 82. Existe um programa de qualidade implantado no hospital? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe um serviço ou profissional responsável pelo programa no hospital.

Nº 83. Existem rotinas escritas descrevendo o padrão de referência/conformidades técnicas relacionadas com a assistência? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existem, por escrito e disponíveis, rotinas de conformidade técnica acima descritas, pelo menos para prevenção e controle de infecção.

Nº 84. Existem rotinas escritas descrevendo a identificação e o registro de não conformidades técnicas relacionadas ao controle das infecções hospitalares? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, algum registro sistemático que comprove a avaliação do cumprimento das rotinas acima.

Nº 85. Os resultados da autoavaliação da qualidade – Portaria nº 1.083/2001 – são utilizados para elaboração dos planos de melhoria? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar a existência de planos de melhoria com base nas não conformidades identificadas na aplicação do instrumento da Portaria nº 1.083/2001 ou a que venha substituí-la.

### **NÍVEL III**

Nº 65. Existe algum sistema de gestão de qualidade no hospital? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se o hospital possui algum tipo de gestão de qualidade e um plano de ação, que abranja toda a instituição, cujo objetivo seja de garantir a qualidade dos processos.

Nº 66. Existe registro de controle interno e externo do programa de qualidade? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe registro de controle interno (relatórios de indicadores, de seguimento, de avaliação de resultados e outros) e externo (ISO, ACREDITAÇÃO, PNQ e outros).

Nº 67. Existem rotinas escritas de avaliação sistemática do cumprimento dos padrões estabelecidos? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, algum registro sistemático que comprove a avaliação do cumprimento desses padrões.

Nº 68. É realizada avaliação dos processos assistenciais e dos resultados, utilizando indicadores de desempenho? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, algum registro sistemático que comprove a utilização de indicadores de desempenho para a avaliação dos processos assistenciais a exemplo de taxa de mortalidade, de permanência, ocupação, dentre outros.

Nº 69. Existe um sistema de avaliação da satisfação da assistência ao cliente? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe registro sistemático que possibilite a avaliação da satisfação da assistência prestada, pelo cliente ou seu acompanhante.

Nº 70. Os resultados oriundos do sistema de avaliação da satisfação do cliente/acompanhante são expressos em relatórios? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se há algum registro que comprove a elaboração de relatórios, oriundos da opinião do cliente ou acompanhante.

Nº 71. Os relatórios da satisfação dos clientes/acompanhantes são discutidos com o pessoal dos serviços responsáveis pela assistência? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se há algum registro de reuniões de profissionais dos serviços responsáveis pela assistência para discutir os indicadores de satisfação do cliente.

Nº 72. Existe um serviço de atendimento ao cliente? 2 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se o hospital tem um serviço destinado a ouvir sugestões, críticas, elogios, ou seja, um serviço de ouvidoria voltado exclusivamente para o atendimento ao cliente.

## 22. SERVIÇO SOCIAL

### NÍVEL II

Nº 86. O serviço social participa da divulgação das medidas preventivas de infecção hospitalar, atuando sobre os acompanhantes e visitantes? 1 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, em parceria com a equipe assistencial, algum tipo de orientação escrita ou registro de reuniões com visitantes sobre medidas gerais de prevenção de infecção, a exemplo da higienização das mãos, dentre outras, definidas pela CCIH.

Nº 87. O serviço social integra-se à equipe multiprofissional para ações de educação social em saúde destinadas aos pacientes usuários? 1 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe algum registro ou informação sobre ações sociais integradas.

### NÍVEL III

Nº 73. O serviço social é responsável pelo levantamento de informações referentes à satisfação do cliente? 1 (SIM) 0 (NÃO) (NSA)

→ Verificar se existem indicadores referentes à satisfação do cliente gerados regularmente pelo serviço social. Considerar NSA, quando esses indicadores forem da responsabilidade de outro serviço no hospital.

Nº 74. Existe um programa de educação social que inclua a prevenção de infecção hospitalar, destinado aos pacientes, visitantes, acompanhantes e familiares? 1 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar se existe, por escrito e disponível, o programa acima citado, e algum registro que comprove a realização do mesmo.

Nº 75. O serviço social avalia a qualidade do serviço através de indicadores de desempenho? 1 (SIM) 0 (NÃO)

→ Verificar a existência de indicadores de desempenho disponíveis.