



AVALIAÇÃO NACIONAL DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE – ANPSP 2026

Brasília, 18 de junho de 2026.

PRÁTICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Tipo de processo ou estrutura cuja aplicação reduz a probabilidade de ocorrência de eventos adversos resultantes da exposição ao sistema de saúde em uma variedade de doenças e procedimentos¹.



1. Shekelle et al. Rockville, MD: AHRQ; 2013.

HOSPITAIS COM UTI

2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026



2016 -2026



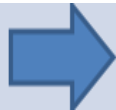
SERVIÇOS DE DIÁLISE (PACIENTES CRÔNICOS)

2022 2023 2024 2025 2026

AVALIAÇÃO ANUAL VOLUNTÁRIA -2025

- 1622 HOSPITAIS COM UTI, CENTROS CIRÚRGICOS/ CENTROS OBSTÉTRICOS
- 663 SERVIÇOS DE DIÁLISE (PACIENTES CRÔNICOS)

AVALIAÇÃO



INTERVENÇÃO

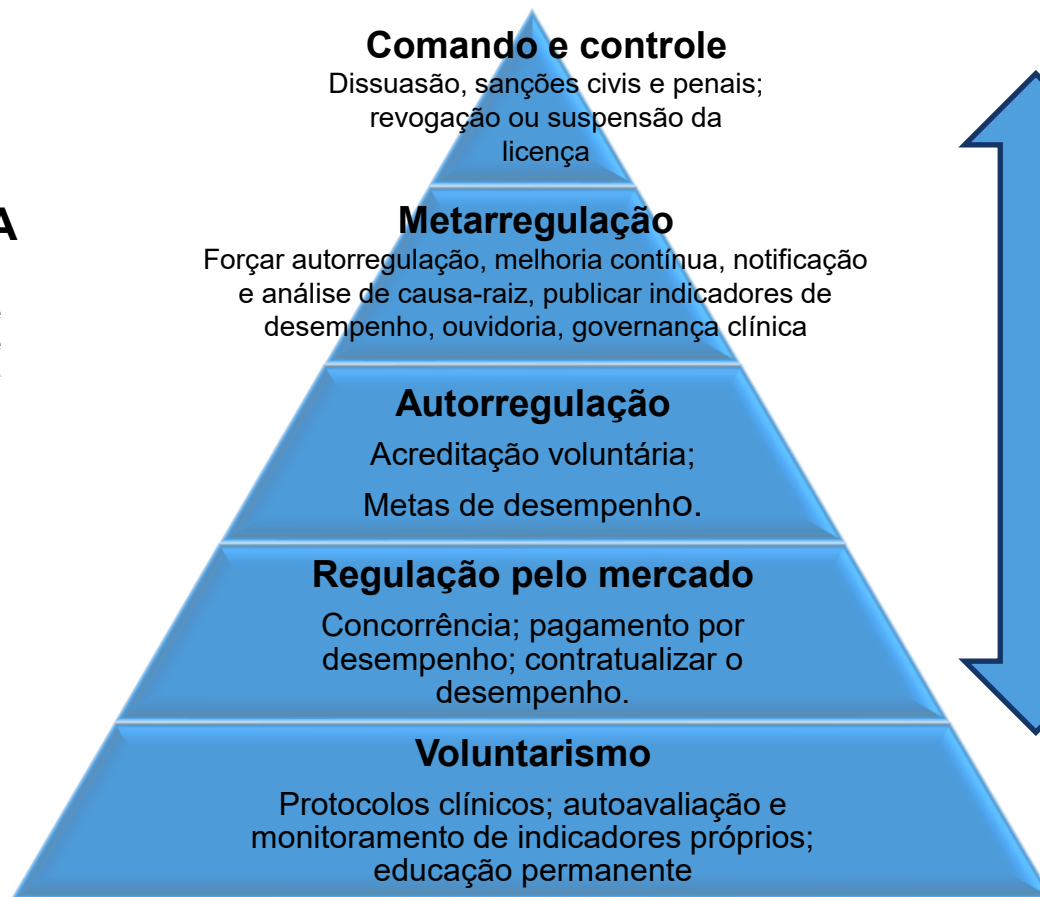


REAValiação

REGULAÇÃO RESPONSIVA

PIRÂMIDE REGULATÓRIA

Pirâmide regulatória e exemplos em serviços de saúde (Healy & Braithwaite et al, 2006)



**SANÇÕES
SANITÁRIAS**

PERSUASÃO



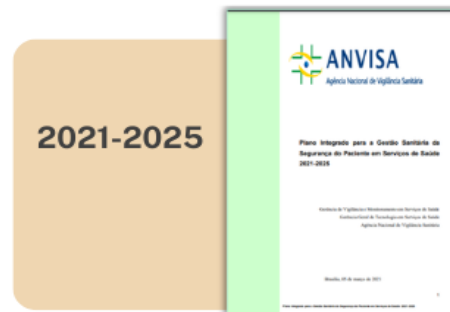
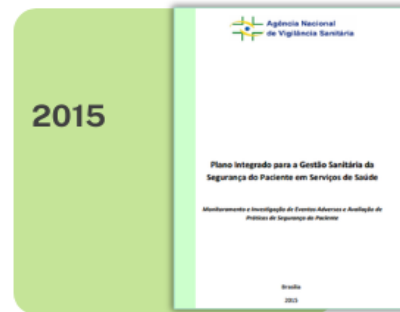
ANVISA

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

PLANO INTEGRADO PARA A GESTÃO SANITÁRIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE 2026-2030

OBJETIVO:

Integrar, no âmbito das competências do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), ações voltadas à segurança do paciente e à promoção da qualidade assistencial, visando o fortalecimento da gestão de riscos e a melhoria dos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.





AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
ANVISA

PLANO INTEGRADO PARA A GESTÃO SANITÁRIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE 2026 - 2030

GERÊNCIA GERAL DE TECNOLOGIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE (GGTES)
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE (GVIMS)

JANEIRO
2026



Objetivo Geral

Integrar, no âmbito das competências do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), ações voltadas à segurança do paciente e à promoção da qualidade assistencial, visando o fortalecimento da gestão de riscos e a melhoria dos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.

Objetivos Específicos

Objetivo Específico 1: Promover o fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) para promover a implementação das ações de melhoria da segurança do paciente e da qualidade assistencial em serviços de saúde.

Objetivo Específico 2: Promover a vigilância, a notificação e a investigação dos incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde ocorridos em serviços de saúde, abrangendo todos os níveis de assistência.

Objetivo Específico 3: Promover a adesão às práticas e à cultura de segurança do paciente em serviços de saúde.



AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
ANVISA

PLANO INTEGRADO PARA A GESTÃO SANITÁRIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE 2026 - 2030

GERÊNCIA GERAL DE TECNOLOGIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE (GGTES)
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE (GVIMS)

JANEIRO
2026



ESCOPO

Integração das atividades do SNVS para a gestão de riscos, vigilância, monitoramento e investigação de EA ocorridos em serviços de saúde, conforme previsto na RDC nº 36/2013, bem como o desenvolvimento de ações, dentro das competências da vigilância sanitária, para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, para a implementação e sustentação da cultura de segurança, das boas práticas de funcionamento e das práticas de segurança do paciente em serviços de saúde.

Serviços de saúde prioritários: hospitais, serviços de diálise que prestam assistência a pacientes com doença renal crônica, Unidades de Pronto-atendimento (UPAs) 24h e serviços de Atenção Primária à Saúde – APS (Centro de saúde/Unidade Básica de saúde, Posto de Saúde e Unidade Mista).

Avaliações previstas observarão periodicidade definida e caráter cíclico.

Anos Pares: - Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente em hospitais e serviços de diálise e do Programa de Gerenciamento de Antimicrobianos (PGA).

Anos ímpares: - Avaliação nacional da Cultura de Segurança do Paciente em hospitais.

Periodicidade trienal, nos anos de 2027 e 2030: - Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente e de Prevenção e Controle de Infecções para os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS).

Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2026-2030

Objetivo Específico 1: Promover o fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) para promover a implementação das ações de melhoria da segurança do paciente e da qualidade assistencial em serviços de saúde.

Objetivo Específico 2: Promover a vigilância, a notificação e a investigação dos incidentes / eventos adversos relacionados à assistência ocorridos nos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência e monitorar a execução das ações de melhoria propostas.

Objetivo Específico 3: Promover a adesão às práticas e à cultura de segurança do paciente em serviços de saúde.

Objetivo Específico 1: Promover o fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) para promover a implementação das ações de melhoria da segurança do paciente e da qualidade assistencial em serviços de saúde.

Meta 1 - Até 2030, todos os estados/Distrito Federal e 80% dos 26 municípios - capitais com Núcleos de Segurança do Paciente da Vigilância Sanitária (NSP VISA) com pelo menos 70% de conformidade na Avaliação Nacional dos NSP VISA.

Meta 2 - Até 2030, 23 estados/Distrito Federal com Índice de Regularidade Sanitária (IRS)* acima de 85% para hospitais e serviços de diálise.

Meta 3 - Até 2030, 23 estados/Distrito Federal com 85% dos hospitais e dos serviços de diálise classificados com Índice Agregado de Risco Potencial (IARP)* aceitável ou tolerável.

Objetivo Específico 2: Promover a vigilância, a notificação e a investigação dos incidentes / eventos adversos relacionados à assistência ocorridos nos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência e monitorar a execução das ações de melhoria propostas.

Meta 4 – Até 2030, 80% dos hospitais que notificaram óbitos ao SNVS com Relatório de Investigação completo anexado no Sistema Notivisa (módulo assistência à saúde).

Meta 5 - Até 2030, 90% das notificações de óbitos e *never events* avaliadas e concluídas pelo SNVS no sistema de informação disponibilizado pela Anvisa para notificação de incidentes/eventos adversos relacionados à assistência à saúde.

Meta 6 – Até 2030, 90% dos hospitais e dos serviços de diálise que prestam assistência a pacientes crônicos com Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) cadastrados na Anvisa.

Meta 7 – Até 2030, 50% das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) com Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) cadastrados na Anvisa.

Meta 8 - Até 2030, 40% dos serviços de Atenção Primária à Saúde – APS (Centro de saúde/Unidade Básica de saúde, Posto de Saúde e Unidade Mista) com Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) cadastrados na Anvisa.

Meta 9 - Até 2030, 80% dos hospitais com UTI e dos serviços de diálise que prestam assistência a pacientes crônicos notificando regularmente (12 meses do ano) os incidentes/eventos adversos relacionados à assistência à saúde ao SNVS.

Meta 10 – Até 2030, 30% dos hospitais sem leitos de UTI notificando regularmente (10 a 12 meses do ano) os incidentes/eventos adversos relacionados à assistência à saúde ao SNVS.

Objetivo Específico 3: Promover a adesão às práticas e à cultura de segurança do paciente em serviços de saúde.

Meta 11 - Até 2030, 90% dos hospitais com UTI e dos serviços de diálise que prestam assistência a pacientes crônicos participando da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente.

Meta 12 - Até 2030, 30% dos hospitais sem UTI participando da Autoavaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente.

Meta 13 - Até 2030, 25% dos serviços de atenção primária à saúde – APS (Centro de saúde/Unidade Básica de saúde, Posto de Saúde e Unidade Mista) dos municípios-capitais participando da Autoavaliação Nacional das práticas de segurança do paciente e de prevenção e controle de infecção - APS.

Meta 14 - Até 2030, 60% dos hospitais com UTI e 40% dos serviços de diálise que prestam assistência a pacientes crônicos classificados como Alta Conformidade às práticas de segurança do paciente, na Avaliação nacional das práticas de segurança do paciente.

Meta 15 - Até 2030, 60% dos hospitais com UTI e 20% dos hospitais sem UTI participando da Avaliação da Cultura de segurança do paciente em serviços de saúde.

AVALIAÇÃO NACIONAL DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE – ANPSP 2026

1 HOSPITAIS COM UTI



2 SERVIÇOS DE DIÁLISE PARA PACIENTES CRÔNICOS



3 HOSPITAIS SEM LEITO DE UTI



1- SISTEMA DE INFORMAÇÕES – 3 MÓDULOS: NSP, NSP-VISA E ANVISA

2- SISTEMA DE INFORMAÇÕES VINCULADO AO CADASTRO DA ANVISA



Meta 11 - Até 2030, 60% dos hospitais com UTI e dos serviços de diálise que prestam assistência a pacientes crônicos estarão classificados como Alta Conformidade às práticas de segurança do paciente, na Avaliação nacional das práticas de segurança do paciente.



Hospitais com UTI:

ANO	META
2026	20%
2028	40%
2030	60%



Serviços de Diálise:

ANO	META
2026	20%
2028	30%
2030	40%

META 14 – ATÉ 2030

60% dos hospitais com UTI e 40% dos serviços de diálise que prestam assistência a pacientes crônicos estarão classificados como Alta Conformidade às práticas de segurança do paciente, na Avaliação nacional das práticas de segurança do paciente.



HOSPITAIS COM UTI

ANO	META
2026	20%
2028	40%
2030	60%



SERVIÇOS DE DIÁLISE

ANO	META
2026	20%
2028	30%
2030	40%

MODALIDADE AUTOAVALIAÇÃO

Meta 12 - Até 2030, 30% dos hospitais sem UTI participando da Autoavaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente.

ANO	META
2026	10%
2028	20%
2030	30%



Segurança do paciente: informação, avaliação e ação para uma assistência mais segura e de qualidade.



Figura 2. Modelo teórico da gestão do risco sanitário baseado no monitoramento da implantação de Práticas de Segurança.

Identificação do risco pelo serviço de saúde	Avaliação do risco		Gerenciamento do risco		
	Análise pela vigilância sanitária	Avaliação pela vigilância sanitária	Ação da vigilância sanitária	Monitoramento pela vigilância sanitária	Comunicação pela vigilância sanitária
Envio da autoavaliação anual de práticas de segurança	* Confirmar o nível de adesão da autoavaliação dos serviços de saúde (adesão alta: 67% -100% dos indicadores de práticas de segurança)	ALTA ADESÃO		* Monitorar anualmente conformidade dos indicadores de práticas de segurança	* Publicar anualmente lista dos serviços de saúde classificados como "Alta adesão"
	* Confirmar o nível de adesão da autoavaliação dos serviços de saúde (adesão média: 34% -66% dos indicadores de práticas de segurança)	MÉDIA ADESÃO	* Solicitar adequação às práticas de segurança com prazo definido	* Monitorar cumprimento das metas no prazo estabelecido	
	* Confirmar o nível de adesão da autoavaliação dos serviços de saúde (adesão baixa: 0% -33% dos indicadores de práticas de segurança)	BAIXA ADESÃO	*Determinar adequação às práticas de segurança com prazo definido	* Monitorar anualmente conformidade dos indicadores de práticas de segurança	
NÃO envio da auto avaliação anual de práticas de segurança			* Determinar envio da autoavaliação com prazo definido		



Indicadores do Plano Integrado no município, estado/distrito e nacional:

- ↑ Estrutura: % de serviços de saúde conformes quanto à presença de Núcleos, Planos e Protocolos Básicos de Segurança do Paciente
- ↑ Processo: % de serviços de saúde conformes quanto à adesão aos Protocolos básicos
- ↑ Práticas de Segurança em geral: % de serviços de saúde classificados como alta adesão



Melhoria da Segurança do Paciente pela presença de barreiras sistêmicas baseadas em evidência => diminuição dos incidentes de segurança

AVALIAÇÃO NACIONAL DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE – ANPSP 2026



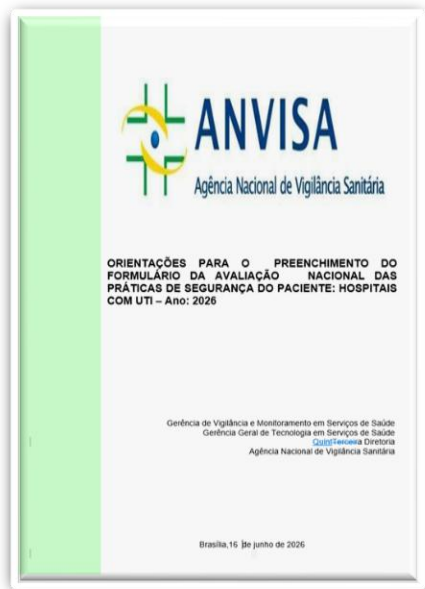
HOSPITAIS COM UTI



SERVIÇOS DE DIÁLISE



ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DA AVALIAÇÃO NACIONAL DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE - ANPSP 2026



ORIENTAÇÕES SOBRE O NOVO CADASTRO ANVISA

SERVIÇOS DE SAÚDE- PASSO-A-PASSO DA INSERÇÃO/ATUALIZAÇÃO DOS DADOS NO NOVO CADASTRO DA ANVISA

- 

1. Cadastro do responsável legal (RL) no gov.br.
Em caso de serviços públicos, o RL é o gestor da secretaria de saúde local.
- 

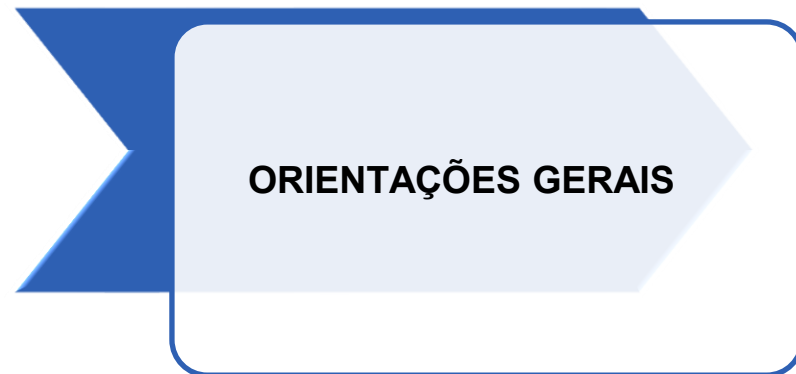
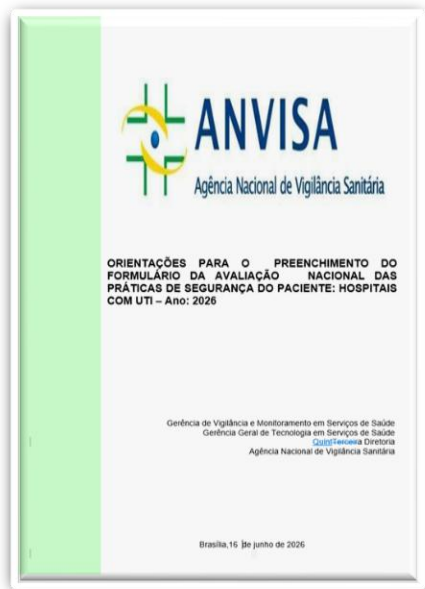
2. Vinculação do RL à organização via e- CNPJ.
Os serviços públicos podem estar vinculados ao CNPJ das secretarias de saúde locais (mantenedoras). Ressalta-se que esse passo, assim como o anterior, é realizado no portal gov.br e não são geridos pela Anvisa;
- 

3. Acesso do RL ao Cadastro Anvisa e inserção /atualização dos dados.
Nesta etapa, deve ser realizado o cadastro da(s) instituição(ões) vinculadas ao CNPJ com a informação do seu CNES.
- 

4. Habilitação do gestor de cadastro e demais colaboradores vinculados ao CNES.
Ao colaborador do NSP deve ser atribuído o sistema "Preenchimento da Avaliação NSP" e o perfil "NSP".
- 

5. Atribuição de Perfil de Acesso ao sistema ANPSP.
Ao colaborador do NSP deve ser atribuído o sistema "Preenchimento da Avaliação NSP" e o perfil "NSP".

ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DA AVALIAÇÃO NACIONAL DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE – ANPSP 2026.



1.QUAIS SERVIÇOS DE SAÚDE SÃO ELEGÍVEIS A PARTICIPAR DA AVALIAÇÃO NACIONAL DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE?

A Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente é destinada aos serviços de saúde com leitos de UTI (adulto, pediátrica e neonatal) e serviços de diálise que prestam atendimento a pacientes crônicos e que funcionaram em 2025 por no mínimo 10 meses.

2. OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE, SEM UTI, PODEM PREENCHER O FORMULÁRIO?

Em 2026, a Anvisa disponibiliza o formulário específico da Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente- Hospitais sem UTI, disponível em <https://pesquisa.anvisa.gov.br/index.php/183962?lang=pt-BR>. Dessa forma, os hospitais sem UTI estão contemplados na Autoavaliação Nacional das Práticas de Segurança da Anvisa - 2026, a ser publicado pela Agência.

3.SERVIÇOS DE SAÚDE COM UTI EM FUNCIONAMENTO POR PERÍODO INFERIOR A 10 MESES PODEM PREENCHER O FORMULÁRIO?

Alguns indicadores desta avaliação dizem respeito à regularidade de notificação ou de monitoramento por pelo menos 10 meses ao longo de 2025. Caso o tempo de funcionamento do serviço de saúde ou da sua UTI não atinja minimamente 10 meses em 2025, ele será classificado como baixa conformidade às práticas de segurança. O serviço com UTI com menos de 10 meses de funcionamento em 2025 poderá responder o formulário para fins de autoavaliação.

4. QUAL PROFISSIONAL DEVE PREENCHER O FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE?

Recomenda-se que o preenchimento seja feita pelo responsável pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do serviço de saúde, em articulação com o coordenador do serviço ou comissão de controle e prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). Na ausência destes, algum outro profissional indicado pelo Responsável Técnico do serviço.

5. QUAL A IMPORTÂNCIA DA ATUALIZAÇÃO DOS DADOS DO SERVIÇO DE SAÚDE NO CNES?

O serviço de saúde atualizou os dados referente ao CNES? *

SIM, o serviço de saúde está com os dados atualizados junto ao CNES

NÃO, o serviço de saúde não atualizou os dados junto ao CNES

Anexo (até 4 arquivos) *



Avaliação Nacional da Segurança do Paciente

ETA

1



1. DEFINIÇÃO DO

Definição e características do formulário de avaliação.

Quem: Anvisa, hospitais e serviços de saúde.

2



2. ELABORAÇÃO DE DOCUMENTOS

Elaboração e disponibilização do documento contendo as orientações.

Quem: Anvisa, hospitais e serviços de saúde.

3



3. SENSIBILIZAÇÃO

Divulgação da ANSP por meio de e-mail, comunicação presencial e outros meios.

Quem: Anvisa, hospitais e serviços de saúde.

4



4. PREENCHIMENTO

Quem: Hospitais e serviços de saúde crônicos participantes.

5



5. ANÁLISE DOS FORMULÁRIOS E DA DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA

Os formulários preenchidos e as documentações comprobatórias anexadas serão analisados pelos NSP-VISA e CECIRAS/CDCIRAS em módulo específico do sistema ANPSP. A comunicação com os serviços sobre as pendências nas informações será realizada por meio do sistema ANPSP.

Quem: NSP VISA e CECIRAS/CDCIRAS

6



6. ATENDIMENTO ÀS PENDÊNCIAS

O atendimento às pendências identificadas nas informações enviadas pelos serviços passa a ser informatizado.

Quem: Hospitais com UTI e serviços de diálise de pacientes crônicos participantes da ANPSP 2026.

7



7. ANÁLISE IN LOCO

Sorteio de alguns serviços avaliados pelo NSP VISA para validação in loco das informações e documentos apresentados na fase de preenchimento do formulário. Na ANPSP 2026, a análise in loco é informatizada.

Quem: NSP VISA e CECIRAS/CDCIRAS

8



8. DEVOLUTIVA (“FEEDBACK”) DO RESULTADO AOS SERVIÇOS PARTICIPANTES

Após a conclusão da análise dos dados, os resultados são enviados automaticamente ao e-mail dos serviços participantes da avaliação.

Quem: NSP VISA e CECIRAS/CDCIRAS

9

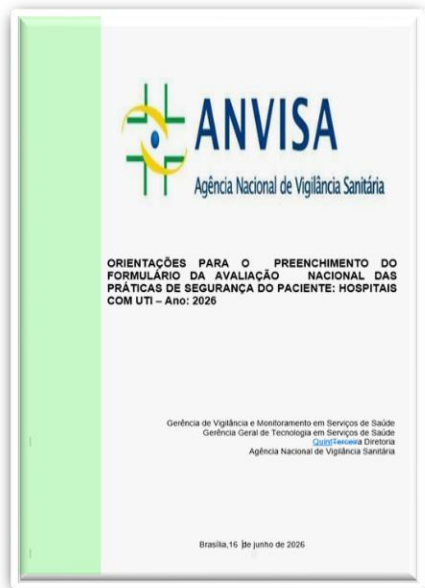


9. CONSOLIDAÇÃO DOS RESULTADOS E PUBLICAÇÃO DE RELATÓRIO NACIONAL

Consolidação dos resultados, a partir de planilha gerada pelo sistema ANPSP, elaboração e publicação do relatório nacional.

Quem: Anvisa

ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DA AVALIAÇÃO NACIONAL DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE - ANPSP 2026



HOSPITAIS COM UTI

TIPO DE INDICADOR	INDICADORES DA AVALIAÇÃO NACIONAL DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE: HOSPITAIS COM UTI	
ESTRUTURA	C.1. Núcleo de Segurança do Paciente instituído.	
	C.2. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH)/Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)/Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) instituído.	
	C.3. Plano de segurança do paciente (PSP) implantado.	
	C.4. Protocolo de prática de higiene das mãos implantado.	
	C.5. Protocolo de identificação do paciente implantado.	
	C.6. Protocolo de cirurgia segura implantado.	
	C.7. Protocolo Implantado de Parto Seguro.	
	C.8. Protocolo de prevenção de lesão por pressão implantado.	
	C.9. Protocolo para prevenção de quedas implantado.	
	C.10. Protocolo para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos implantado.	
	C.11. Protocolo para a prevenção de infecção primária de corrente sanguínea (PCS) associada ao uso de cateter central implantado.	
	C.12. Protocolo para a prevenção de infecção do trato urinário relacionado ao uso de cateter vesical de demora implantado.	
	C.13. Protocolo para a prevenção de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica (PAV) implantado.	
	C.14. Protocolo para a prevenção de infecção do sítio cirúrgico (ISC) implantado.	
	C.15. Protocolo de precauções e isolamento implantado.	
PROCESSO	C.16. Conformidade da avaliação do risco de lesão por pressão.	
	C.17. Conformidade da avaliação do risco de queda.	
	C.18. Conformidade da aplicação da lista de verificação da segurança cirúrgica (LVSC).	
	C.19. Regularidade do monitoramento do consumo de preparação alcoólica para higiene das mãos.	
	C.20. Regularidade da notificação mensal de incidentes relacionados à assistência à saúde.	
	C.21. Regularidade do monitoramento mensal de indicadores de infecções relacionadas à assistência à saúde (usando os critérios diagnósticos nacionais da Anvisa).	
	C.22. Regularidade do monitoramento mensal de consumo de antimicrobianos em UTI-Adulto - cálculo DDD (dose diária definida).	
	C.23. Participação na Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente.	
	ESTRUTURA	C.24. Monitoramento mensal de indicadores de conformidade aos protocolos de segurança do paciente

ANPSP 2026

SERVIÇOS DE DIÁLISE (PACIENTES CRÔNICOS)

Tipo de indicador	Indicadores da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente: Serviços de Diálise
ESTRUTURA	1. Núcleo de Segurança do Paciente instituído*
	2. Plano de Segurança do Paciente implantado.
	3. Protocolo implantado de prática de higiene das mãos.
	4. Protocolo implantado de identificação do paciente.
	5. Protocolo implantado de prevenção de quedas.
	6. Protocolo implantado para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.
	7. Protocolo implantado de prevenção de eventos adversos relacionados ao acesso vascular de pacientes em hemodiálise.
	8. Protocolo implantado para prevenção de infecção e outros eventos adversos em diálise peritoneal.
	9. Protocolo implantado de prevenção de coagulação do sistema durante o procedimento hemodialítico.
	10. Protocolo implantado de prevenção e controle da transmissão de microrganismos multirresistentes nos serviços de diálise.
	11. Protocolo implantado de prevenção da transmissão do HIV, das hepatites B e C e de tratamento da hepatite C nos serviços de diálise.
	12. Protocolo implantado de prevenção de eventos adversos relacionados ao reuso dos dialisadores e linhas.
	13. Protocolo implantado de monitoramento da qualidade da água de hemodiálise.
	14. Plano implantado de gerenciamento de tecnologias (equipamentos de hemodiálise e diálise peritoneal).
	15. Lista de verificação de segurança aplicada à hemodiálise (checklist).
PROCESSO E GESTÃO DO RISCO	16. Conformidade da avaliação do risco de quedas.
	17. Regularidade da notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde no ano de 2025.
	18. Regularidade da notificação mensal de indicadores de infecções relacionadas à assistência à saúde em diálise no ano de 2025.*

*Indicadores considerados requisitos mínimos.

24 Indicadores

15 indicadores de estrutura

e

9 indicadores de processo



HOSPITAIS COM UTI





CARACTERÍSTICAS DOS HOSPITAIS COM UTI E N° DE INDICADORES APLICÁVEIS



N° de INDICADORES APLICÁVEIS

N°	PERFIL DO SERVIÇO	UTI ADULTO 	CENTRO CIRÚRGICO 	REALIZAÇÃO DE PARTO 		N° DE INDICADORES APLICÁVEIS
1	Hospitais com UTI adulto com centro cirúrgico e com realização de parto	✓	✓	✓		24
2	Hospitais com UTI adulto com centro cirúrgico e sem realização de parto	✓	✓	✗		23
3	Hospitais com UTI adulto sem centro cirúrgico e com realização de parto	✓	✗	✓		21
4	Hospitais com UTI adulto sem centro cirúrgico e sem realização de parto	✓	✗	✗		20
5	Hospitais sem UTI adulto, com centro cirúrgico e com realização de parto.	✗	✓	✓		23
6	Hospitais sem UTI adulto, com centro cirúrgico e sem realização de parto	✗	✓	✗		22
7	Hospitais sem UTI adulto, sem centro cirúrgico e com realização de parto	✗	✗	✓		20
8	Hospitais sem UTI adulto, sem centro cirúrgico e sem realização de parto	✗	✗	✗		19

INDICADORES OBRIGATÓRIOS



IMPORTANTE!

O serviço deve identificar corretamente suas características para aplicar os indicadores correspondentes na avaliação das práticas de segurança do paciente.



C.22.Regularidade do monitoramento mensal de consumo de antimicrobianos em UTI adulto - cálculo de DDD (dose diária definida)

SIM - o serviço de saúde monitora o consumo de antimicrobianos em UTI adulto E enviou os dados de 10 a 12 meses para a Anvisa ou para o Estado em 2025.

NÃO - o serviço de saúde monitora o consumo de antimicrobianos em UTI adulto, MAS NÃO enviou os dados de 10 a 12 meses (para a Anvisa ou para o estado) em 2025.

NÃO - o serviço de saúde não monitora o consumo de antimicrobianos em UTI adulto.

NÃO SE APLICA, pois o serviço de saúde não possui UTI adulto. Esta resposta não prejudica a pontuação final do nível de adesão às práticas de segurança do paciente.



ATENÇÃO!



HOSPITAIS COM UTI SERÃO CLASSIFICADOS COMO

BAIXA CONFORMIDADE

ÀS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE



O serviço de saúde será classificado como **BAIXA CONFORMIDADE** se atender a pelo menos **UM** dos critérios abaixo.

1 NÃO ENVIO DO FORMULÁRIO

Não enviem o Formulário de Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente 2026 dentro do prazo estabelecido.



2 AUSÊNCIA DE NSP

Que não tiverem Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) instituído (indicador 1 da Avaliação).



3 AUSÊNCIA DE SCIH/CCIH/CCIRAS

Que não tiverem Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH)/Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)/ Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) instituído (indicador 2 da Avaliação).



4 IRREGULARIDADE NA NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES/EA

Que não tiverem regularidade na notificação de incidentes/eventos adversos no sistema **NOTIVISA** – módulo Assistência à Saúde, ou seja, que não tiverem notificado incidentes/EA por pelo menos **10 meses** no período de janeiro de 2025 a dezembro de 2025 (indicador 20).



SEGURANÇA DO PACIENTE É COMPROMISSO DE TODOS!



BASTA O ENQUADRAMENTO EM **UM** DOS CRITÉRIOS PARA QUE O HOSPITAL SEJA CLASSIFICADO COMO

BAIXA CONFORMIDADE.



HOSPITAIS COM UTI –
BAIXA CONFORMIDADE ÀS
PRÁTICAS DE SEGURANÇA
DO PACIENTE



ANVISA

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

18 Indicadores

15 indicadores de estrutura

e

3 indicadores de processo



**SERVIÇOS DE
DIÁLISE**



INDICADORES OBRIGATÓRIOS



IMPORTANTE!

O serviço deve identificar corretamente suas características para aplicar os indicadores correspondentes na avaliação das práticas de segurança do paciente.



Indicador 8 - PROTOCOLO IMPLANTADO PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO E OUTROS EVENTOS ADVERSOS EM DIÁLISE PERITONEAL

A implantação de um protocolo para a prevenção de IRAS e outros eventos adversos em diálise indica a presença de uma estrutura organizacional básica para a prevenção desses eventos no serviço de diálise. Como base para elaborar e adaptar esse protocolo, sugere-se buscar na literatura científica sobre o tema. O Protocolo para a prevenção de infecção e outros eventos adversos em diálise peritoneal deve conter orientações para: a. Avaliação dos riscos relacionados a diálise peritoneal, seja no serviço de diálise ou no domicílio do paciente b. Prevenção de peritonite e infecção no orifício de saída do cateter, incluindo orientação para paciente/familiares/ cuidadores sobre os cuidados com o orifício de saída do cateter, incluindo a higiene das mãos antes após o manuseio do cateter, curativo, etc; c. Prevenção de eventos adversos relacionados ao procedimento dialítico, incluindo orientações para paciente/familiares/ cuidadores como por exemplo (como vazamento subcutâneo no local de inserção do cateter, sangramento pericateter, dor durante a infusão e a drenagem, saída do cateter, falha da drenagem e migração da ponta do cateter). d. Realização de vigilância de casos de infecção e de outros eventos adversos. e. Treinamento do paciente e/ou cuidadores. f. Orientações e estratégias de engajamento dos pacientes/familiares/cuidadores sobre as principais medidas de prevenção no serviço e no domicílio Escolha uma das seguintes respostas: *

Selecione

SIM, o serviço de diálise implantou um protocolo para a prevenção de infecção e outros eventos adversos em diálise peritoneal E realizou capacitação sobre o protocolo em 2025

NÃO, o serviço de diálise não implantou um protocolo para a prevenção de infecção e outros eventos adversos em diálise peritoneal OU não realizou capacitação sobre o protocolo em 2025

NÃO SE APLICA, pois o serviço de saúde realiza apenas hemodiálise

Nº de INDICADORES APLICÁVEIS

Características dos serviços de diálise e Nº de indicadores aplicáveis



Características do serviço			Nº de indicadores aplicáveis
 Realiza hemodiálise	 Faz reuso de dialisadores e/ou linhas de hemodiálise	 Realiza diálise peritoneal	
 NÃO	 NÃO	 SIM	 13 (exceto os indicadores 7, 9, 12, 13 e 15)
 SIM	 NÃO	 NÃO	 16 (exceto os indicadores 8 e 12)
 SIM	 NÃO	 SIM	 17 (exceto o indicador 12)
 SIM	 SIM	 SIM	 18



IMPORTANTE!

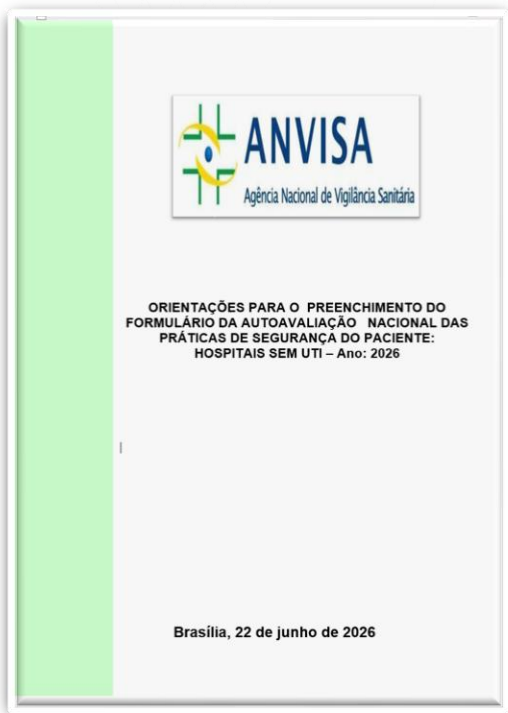
O serviço deve identificar corretamente suas características para aplicar os indicadores correspondentes na avaliação das práticas de segurança do paciente.



**Autoavaliação Nacional das
Práticas de Segurança
do Paciente –
Hospitais sem UTI-
2026**



ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DA AUTOAVALIAÇÃO NACIONAL DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE – HOSPITAIS SEM UTI- 2026.



ORIENTAÇÕES GERAIS

1.QUAIS SERVIÇOS DE SAÚDE SÃO ELEGÍVEIS A PARTICIPAR DA AUTOAVALIAÇÃO NACIONAL DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE?

Em 2026, a Autoavaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente é destinada aos hospitais sem UTI (adulto, pediátrica ou neonatal) que funcionaram em 2025 por no mínimo 10 meses;

2. OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE, SEM UTI, PODEM PREENCHER O FORMULÁRIO?

Não, pois os indicadores avaliados contemplam dados que podem não estar adequados à realidade de serviços extra-hospitalares.

3.SERVIÇOS DE SAÚDE COM UTI EM FUNCIONAMENTO POR PERÍODO INFERIOR A 10 MESES PODEM PREENCHER O FORMULÁRIO?

Alguns indicadores desta avaliação dizem respeito à regularidade de notificação ou de monitoramento por pelo menos 10 meses ao longo de 2025. Caso o tempo de funcionamento do hospital sem UTI não atinja minimamente 10 meses em 2025, ele será classificado como baixa conformidade às práticas de segurança. O serviço sem UTI com menos de 10 meses de funcionamento em 2025 poderá responder o formulário para fins de autoavaliação.

4. QUAL PROFISSIONAL DEVE PREENCHER O FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE?

Recomenda-se que o preenchimento seja feita pelo responsável pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do serviço de saúde, em articulação com o coordenador do serviço ou comissão de controle e prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). Na ausência destes, algum outro profissional indicado pelo Responsável Técnico do serviço.

5. QUAL A IMPORTÂNCIA DA ATUALIZAÇÃO DOS DADOS DO SERVIÇO DE SAÚDE NO CNES?

O serviço de saúde atualizou os dados referente ao CNES? *

SIM, o serviço de saúde está com os dados atualizados junto ao CNES

NÃO, o serviço de saúde não atualizou os dados junto ao CNES

Anexo (até 4 arquivos) *



23 Indicadores

15 indicadores de estrutura

e

8 indicadores de processo



23 Indicadores

15 indicadores de estrutura

e

8 indicadores de processo
















TIPO DE INDICADOR	CONTEÚDO DO INDICADOR
ESTRUTURA	C.1. Núcleo de Segurança do Paciente instituído.
	C.2. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH)/Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)/Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) instituído.
	C.3. Plano de segurança do paciente (PSP) implantado.
	C.4. Protocolo de prática de higiene das mãos implantado.
	C.5. Protocolo de identificação do paciente implantado.
	C.6. Protocolo de cirurgia segura implantado.
	C.7. Protocolo Implantado de Parto Seguro.
	C.8. Protocolo de prevenção de lesão por pressão implantado.
	C.9. Protocolo para prevenção de quedas implantado.
	C.10. Protocolo para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos implantado.
	C.11. Protocolo para a prevenção de infecção primária de corrente sanguínea (PCS) associada ao uso de cateter central implantado.
	C.12. Protocolo para a prevenção de infecção do trato urinário relacionado ao uso de cateter vesical de demora implantado.
	C.13. Protocolo para a prevenção de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica (PAV) implantado.
	C.14. Protocolo para a prevenção de infecção do sítio cirúrgico (ISC) implantado.
	C.15. Protocolo de precauções e isolamento implantado.
PROCESSO	C.16. Conformidade da avaliação do risco de lesão por pressão.
	C.17. Conformidade da avaliação do risco de queda.
	C.18. Conformidade da aplicação da lista de verificação da segurança cirúrgica (LVSC).
	C.19. Regularidade do monitoramento do consumo de preparação alcoólica para higiene das mãos.
	C.20. Regularidade da notificação mensal de incidentes relacionados à assistência à saúde.
	C.21. Regularidade do monitoramento mensal de indicadores de infecções relacionadas à assistência à saúde (usando os critérios diagnósticos nacionais da Anvisa).
	C.22. Participação na Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente.
ESTRUTURA	C.23. Monitoramento mensal de indicadores de conformidade aos protocolos de segurança do paciente.

Nº de INDICADORES APLICÁVEIS



CARACTERÍSTICAS DOS HOSPITAIS SEM UTI E Nº DE INDICADORES APLICÁVEIS



Nº	PERFIL DO HOSPITAL	CENTRO CIRÚRGICO/CENTRO OBSTÉTRICO 	REALIZAÇÃO DE PARTO 	Nº DE INDICADORES APLICÁVEIS 
1	HOSPITAIS SEM UTI COM CENTRO CIRÚRGICO/ CENTRO OBSTÉTRICO E COM REALIZAÇÃO DE PARTO		 	23
2	HOSPITAIS SEM UTI COM CENTRO CIRÚRGICO/ CENTRO OBSTÉTRICO E SEM REALIZAÇÃO DE PARTO		 	22
3	SERVIÇO DE SAÚDE SEM UTI SEM CENTRO CIRÚRGICO/ CENTRO OBSTÉTRICO E COM REALIZAÇÃO DE PARTO		 	20
4	HOSPITAIS SEM UTI SEM CENTRO CIRÚRGICO/ CENTRO OBSTÉTRICO E SEM REALIZAÇÃO DE PARTO		 	19



POSSUI



NÃO POSSUI



CENTRO CIRÚRGICO/
CENTRO OBSTÉTRICO



REALIZAÇÃO
DE PARTO

INDICADORES ESPECÍFICOS - HOSPITAIS SEM UTI COM CENTRO CIRÚRGICO / CENTRO OBSTÉTRICO



Há 3 indicadores (dois de estrutura e um de processo) que se referem a procedimentos cirúrgicos:

- Indicador 6 - Protocolo de cirurgia segura implantado;
- Indicador 14 - Protocolo para a prevenção de infecção do sítio cirúrgico;
- Indicador 18 - Conformidade da Aplicação da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica (LVSC).

*O SERVIÇO DE SAÚDE POSSUI CENTRO CIRÚRGICO?

Se o serviço de saúde possui centro cirúrgico, assinalar SIM.

Escolha uma das seguintes respostas:

- SIM
- NÃO

*O SERVIÇO DE SAÚDE POSSUI CENTRO OBSTÉTRICO?

Se o serviço de saúde possui centro obstétrico, assinalar SIM.

Escolha uma das seguintes respostas:

- SIM
- NÃO

INDICADORES ESPECÍFICOS - HOSPITAIS SEM UTI QUE REALIZAM PARTO



O indicador **7 - Protocolo implantado de Parto Seguro** é aplicável apenas aos serviços de saúde que realizam parto.

* O SERVIÇO DE SAÚDE REALIZA PARTO?

Se o serviço de saúde realiza parto, assinalar SIM.

Escolha uma das seguintes respostas:

SIM

NÃO

ETAPAS DA AUTOVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE - HOSPITAIS SEM UTI - 2026

ETAPAS DA AUTOVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE



Hospitais sem UTI - 2026

1



Link do formulário eletrônico



Orientações para preenchimento do formulário



Planilha de Conformidade de Indicadores de Processo (indicadores 16, 17 e 18)



Planilha utilizada no Indicador 23. Monitoramento Mensal de Indicadores de Conformidade aos Protocolos de Segurança do Paciente.

2



CLASSIFICAÇÃO PRELIMINAR DOS SERVIÇOS PARTICIPANTES



ALTA CONFORMIDADE



MÉDIA CONFORMIDADE



BAIXA CONFORMIDADE

3



NSP VISA
ESTADOS/DF

CÁLCULOS PERCENTUAL DE CONFORMIDADE ÀS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE



CONFORMIDADE
ALTA

67 a 100%

de conformidade aos indicadores.



CONFORMIDADE
MÉDIA

34 a 66%

de conformidade aos indicadores.



CONFORMIDADE
BAIXA

0 a 33% de conformidade aos indicadores, **ou** não conformidade a um dos indicadores considerados requisitos mínimos (indicadores **1, 2 e 20**), **ou** não preencheu formulário de Autoavaliação das Nacional das Práticas de Segurança do Paciente - Hospitais Sem UTI - 2026.

O serviço de saúde pode analisar as informações incluídas no **Formulário Nacional de Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente - Hospitais sem UTI - 2026** da seguinte forma:

- **Indicadores de estrutura:** questões 1 a 15: SIM (1 ponto para cada questão)
- **Indicadores de processo e de gestão de riscos:** questões 16 a 18: resposta ≥ 12 (1 ponto para cada questão); e questões 19 a 23: SIM (1 ponto para cada questão).

Intepretação Fórmula

Nível de conformidade = número de indicadores conformes x 100 / número de indicadores aplicáveis ao tipo de serviço de saúde

O nº de indicadores aplicáveis varia de acordo com as características de cada serviço de saúde.

CÁLCULOS PERCENTUAL DE CONFORMIDADE ÀS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE



**CONFORMIDADE
ALTA**

67 a 100%

de conformidade aos indicadores.



**CONFORMIDADE
MÉDIA**

34 a 66%

de conformidade aos indicadores.



**CONFORMIDADE
BAIXA**

0 a 33% de conformidade aos indicadores, **ou** não conformidade a um dos indicadores considerados requisitos mínimos (indicadores **1, 2 e 20**), **ou** não preencheu formulário de Autoavaliação das Nacional das Práticas de Segurança do Paciente - Hospitais Sem UTI - 2026.

Exemplo 1: Se o hospital sem UTI que possui centro cirúrgico/centro obstétrico e que realiza parto observou que em 11 questões do formulário ele estava em conformidade com as práticas de segurança do paciente, o resultado da sua avaliação corresponde a: $11 \times 100/23 = 47,8\%$.

Dessa forma, considerando a escala de classificação acima apresentada, o referido serviço pode ser classificado como de **conformidade média** (34-66% de conformidade dos indicadores de estrutura e processo).

CÁLCULOS PERCENTUAL DE CONFORMIDADE ÀS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE



**CONFORMIDADE
ALTA**

67 a 100%

de conformidade aos indicadores.



**CONFORMIDADE
MÉDIA**

34 a 66%

de conformidade aos indicadores.



**CONFORMIDADE
BAIXA**

0 a 33% de conformidade aos indicadores, **ou** não conformidade a um dos indicadores considerados requisitos mínimos (indicadores **1, 2 e 20**), **ou** não preencheu formulário de Autoavaliação das Nacional das Práticas de Segurança do Paciente - Hospitais Sem UTI - 2026.

Exemplo 2: Se o hospital sem UTI que NÃO possui centro cirúrgico/centro obstétrico e NÃO realiza parto observou que em 14 questões do formulário ele estava em conformidade com as práticas de segurança do paciente, o resultado da sua avaliação corresponde a: **$14 \times 100/19 = 73,7\%$** .

Dessa forma, considerando a escala de classificação acima apresentada, o referido serviço pode ser classificado como de **conformidade alta** (67-100% de conformidade dos indicadores de estrutura e processo).

AUTOAVALIAÇÃO NACIONAL DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PA

PREENCHIMENTO DOS FORMULÁRIOS DE AVALIAÇÃO AUTOAVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE – 2026

AVALIAÇÃO NACIONAL DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS COM UTI

Abrir



Dados de Cadastro do Serviço de Saúde

Cadastro nacional de estabelecimento de saúde - CNES

Cadastro nacional de pessoa jurídica - CNPJ

vazio

Nome fantasia

vazio

Razão social

vazio

E-mail do núcleo de segurança do paciente

vazio

Natureza / Regime do serviço

vazio

Endereço

vazio

Página

Dados de Cadastro do Serviço de Saúde

Informações do Serviço de UTI

Indicadores de estrutura - UTI

Indicadores de processo - UTI

Cancelar

Enviar solicitação

HOSPITAIS COM UTI SERVIÇOS DE DIÁLISE HOSPITAIS SEM UTI

PREENCHIMENTO DOS FORMULÁRIOS DE AVALIAÇÃO E DE AUTOAVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE – 2026

ORIENTAÇÕES GERAIS



ORIENTAÇÕES GERAIS

Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente Hospitais sem UTI – 2026



Acesse o formulário:

<https://pesquisa.anvisa.gov.br/index.php/183962?lang=pt-BR>



Antes de iniciar, leia atentamente todas as orientações e reúna toda a documentação necessária.



Objetivo:
Realizar o preenchimento do Formulário.

a



ATENÇÃO

ATENÇÃO: Após o envio da ficha preenchida, não é possível alterar as informações prestadas.

Em caso de alterações das informações, deverá ser preenchida uma nova ficha de participação na autoavaliação.

- Faça o levantamento de toda a documentação necessária, antes de começar o preenchimento, a fim de evitar atrasos ou erros de conexão.
- Por ser um processo dependente de conexão com internet, recomenda-se fazer o preenchimento do formulário com toda a atenção, sem interrupções por outras atividades, de modo a evitar que a conexão do usuário seja descontinuada e se perca o trabalho já realizado.
- O preenchimento do formulário deve ser realizado de **UMA VEZ**, preenchendo todos os campos obrigatórios (*), anexando os documentos necessários e clicando em **ENVIAR**.



b



Após o preenchimento de todas as informações, o respondente deve enviar o formulário preenchido à Anvisa, clicando no botão **ENVIAR** na página final. Apenas os formulários completamente preenchidos serão recebidos e analisados.

c



Só será possível **ENVIAR** o formulário preenchido após o preenchimento de todos os campos obrigatórios. Caso isso não aconteça, aparecerá na tela a seguinte mensagem:



Existem campos obrigatórios não preenchidos.

Por favor, verifique as informações e tente novamente.



Alguns indicadores necessitam de envio de documentos. Os arquivos a serem anexados devem ter até **10MB** e as seguintes extensões: png, gif, doc, odt, jpg, pdf, jpeg, xlsx, xls, docx, zip, rar e 7z.

d



Recomenda-se utilizar o navegador CHROME para acessar o formulário.

e



Recomenda-se imprimir ou salvar as respostas fornecidas em formato PDF ou XML PDF, como comprovante de participação na Autoavaliação.



ou



Todos os itens são de preenchimento obrigatório, portanto, o serviço só terá participação registrada após clicar no botão ENVIAR, dentro do prazo estabelecido para preenchimento (até 22/09/2026).

INDICADORES DE ESTRUTURA

* 1- NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE INSTITUÍDO

Instituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) no serviço de saúde é uma prática de segurança do paciente indispensável. De acordo com o Art. 4º da RDC nº 36/2013, que dispõe sobre a segurança do paciente em serviços de saúde, o NSP instituído é todo aquele que teve sua composição formalizada pela direção do serviço de saúde.

O serviço de saúde deve informar se instituiu formalmente (SIM) ou (NÃO), o Núcleo de Segurança do Paciente.

💡 O documento de formalização do NSP deve ser atualizado sempre que houver mudanças na composição da equipe que o constitui.

📎 Para comprovar a instituição do NSP, é necessário anexar a este formulário, dois documentos comprobatórios:

- 1) Portaria, Ato e outras documentações formais e atualizadas, referentes à instituição do NSP do serviço de saúde;
- 2) Atas ou registros de 2 reuniões do NSP realizadas em 2025.

ESTE INDICADOR É CONSIDERADO UM REQUISITO MÍNIMO PARA AS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE. CASO O SERVIÇO DE SAÚDE NÃO COMPROVE ADEQUADAMENTE A CONFORMIDADE AO INDICADOR, SERÁ CLASSIFICADO COMO BAIXA CONFORMIDADE ÀS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

📍 Escolha uma das seguintes respostas:

- SIM, o serviço de saúde tem NSP instituído E realizou reuniões em 2025
- NÃO, o serviço de saúde não tem NSP instituído OU não realizou reuniões em 2025

EM CASO DE NSP INSTITUÍDO, ANEXAR DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

📎 Para comprovar a instituição do NSP, é necessário anexar dois documentos comprobatórios:

1. Portaria, Ato e outras documentações formais atualizadas referentes à instituição do NSP do serviço de saúde.
2. Atas ou registros de 2 reuniões do NSP realizadas em 2025.

📎 Por favor, envie entre 2 e 4 arquivos

📎 Enviar arquivos

INDICADORES DE PROCESSO



ORIENTAÇÕES APLICADAS AOS INDICADORES 16 A 18

(Conformidade da avaliação do risco de lesão por pressão, conformidade da avaliação do risco de quedas e conformidade da aplicação da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica - LVSC)



PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS – SELEÇÃO

1

Se o serviço de saúde possuir centro cirúrgico e/ou centro obstétrico, deve selecionar uma amostra aleatoriamente (sorteio) com **17 prontuários** para verificar a conformidade dos indicadores 16, 17 e 18.

2

Devem ser selecionados prontuários de pacientes que realizaram procedimentos cirúrgicos no período de **01/01/2025 a 31/12/2025**, e que ficaram internados em qualquer unidade do serviço de saúde pelo menos 2 dias- calendário (D1 e D2).



Se o serviço de saúde **NÃO** possuir centro cirúrgico ou centro obstétrico, marcar a opção **“NÃO SE APLICA”**. Esta resposta não prejudica a pontuação final do nível de conformidade às práticas de segurança do paciente.

INDICADORES DE PROCESSO



AMOSTRA ALEATÓRIA

Exemplo: A partir de uma lista numerada de 500 prontuários de pacientes que realizaram procedimentos cirúrgicos no período de **01/01/2025 a 31/12/2025**, uma amostra de **17 prontuários** pode ser obtida realizando um dos procedimentos a seguir:



- **Amostra aleatória simples:**

Se a lista tiver 500 prontuários, sorteie 17 números entre 1 e 500 e avalie os prontuários que foram sorteados seguindo a ordem da lista. Para tal, pode ser usado um gerador de números aleatórios, disponível em programas informatizados e aplicativos para celular.



- **Amostra aleatória sistemática:**

Se a lista tiver 500 prontuários, divida o total da lista (500) pelo total da amostra desejada (17) para obter a constante de amostragem ($500/17 = 29$).

Como a constante foi 29, sorteie um número de 01 a 29, para selecionar o primeiro prontuário da amostra. Assim, supondo que o número sorteado fosse **3**, este será o 1º prontuário da amostra, o segundo é o **32º** prontuário ($3 + 29 = 32$), o terceiro é o **61º** prontuário ($32 + 29 = 61$), e assim sucessivamente:

90º prontuário, **119º** prontuário, **148º** prontuário, ... até completar a amostra de 17 prontuários.

INDICADORES DE PROCESSO

Conformidade da avaliação de risco de lesões por pressão;
 Conformidade da avaliação de risco de queda e Conformidade da aplicação da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica (LVSC).

PLANILHA DE CONFORMIDADE DE INDICADORES DE PROCESSO - PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE						
1	Ano da Avaliação:		2026			
2	Nome do Hospital:					
3	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES):					
4						
5						
6	NÚMERO DE PRONTUÁRIOS AVALIADOS	NÚMERO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE	DATA DE SAÍDA (alta, óbito ou transferência)	QUESTÃO 14 : LESÕES POR PRESSÃO Obs.: O item será considerado conforme se o número de SIM for maior ou igual a 12.	QUESTÃO 15: QUEDA Obs.: O item será considerado conforme se o número de SIM for maior ou igual a 12.	QUESTÃO 16: LISTA DE VERIFICAÇÃO DA SEGURANÇA CIRÚRGICA Obs.: O item será considerado conforme se o número de SIM for maior ou igual a 12.
7	1					
8	2					
9	3					
10	4					
11	5					
12	6					
13	7					
14	8					
15	9					
16	10					
17	11					
18	12					
19	13					
20	14					
21	15					
22	16					
23	17					
24			TOTAL	0	0	0

INDICADORES DE PROCESSO

Metodologia da *Lot Quality Assessment Sample* - LQAS (Amostragem de Garantia de Qualidade por Lote), que propõe viabilizar o monitoramento mediante amostragens pequenas de lotes aleatórios e verificação do alcance do padrão estabelecido (no caso, padrão de qualidade de 85% e limiar de aceitação de 55%).

QUESTÃO 16 : LESÕES POR PRESSÃO Obs.: O item será considerado conforme se o número de SIM for maior ou igual a 12.	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
NÃO	
NÃO	
NÃO	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
NÃO	
13	

QUESTÃO 17: QUEDA Obs.: O item será considerado conforme se o número de SIM for maior ou igual a 12.	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
NÃO	
NÃO	
15	

QUESTÃO 18: LISTA DE VERIFICAÇÃO DA SEGURANÇA CIRÚRGICA Obs.: O item será considerado conforme se o número de SIM for maior ou igual a 12.	
NÃO	
NÃO	
NÃO	
NÃO	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
SIM	
NÃO	
NÃO	
SIM	
SIM	
11	

INDICADORES DE PROCESSO

Conformidade da avaliação de risco de lesões por pressão;
Conformidade da avaliação de risco de queda e Conformidade da aplicação da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica (LVSC).

❗ A sua resposta deve ser entre 0 e 17

❗ Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

1	PLANILHA DE CONFORMIDADE DE INDICADORES DE PROCESSO - PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE					
2	Ano da Avaliação:	2026				
3	Nome do Hospital:					
4	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES):					
5						
6	NÚMERO DE PRONTUÁRIOS AVALIADOS	NÚMERO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE	DATA DE SAÍDA (alta, óbito ou transferência)	QUESTÃO 14 : LESÕES POR PRESSÃO Obs.: O item será considerado conforme se o número de SIM for maior ou igual a 12.	QUESTÃO 15: QUEDA Obs.: O item será considerado conforme se o número de SIM for maior ou igual a 12.	QUESTÃO 16: LISTA DE VERIFICAÇÃO DA SEGURANÇA CIRÚRGICA Obs.: O item será considerado conforme se o número de SIM for maior ou igual a 12.
7	1					
8	2					
9	3					
10	4					
11	5					
12	6					
13	7					
14	8					
15	9					
16	10					
17	11					
18	12					
19	13					
20	14					
21	15					
22	16					
23	17					
24			TOTAL	0	0	0

INDICADORES DE PROCESSO

Indicador 23 - PARTICIPAÇÃO NA AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

23 -Conforme RDC nº 36/2013, a Cultura de Segurança do Paciente (CSP) é "o 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". A participação da instituição de saúde em uma Avaliação de CSP demonstra o interesse do serviço na busca do fortalecimento da CSP. As metas previstas de participação de hospitais brasileiros na Avaliação da CSP estão contidas no Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2026-2030(<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/PlanoIntegrado20262030.pdf>). O serviço de saúde deve informar se participou (SIM) ou (NÃO), nos últimos 24 meses, de uma Avaliação da CSP e, caso tenha participado, anexar documento de comprovação da participação do hospital na Avaliação. *

Sim, participou da avaliação da Cultura de Segurança do Paciente nos últimos 24 meses



ANEXO(S) *



INDICADORES DE PROCESSO

MONITORAMENTO MENSAL DE INDICADORES DE CONFORMIDADE AOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Indicador 24 - MONITORAMENTO MENSAL DE INDICADORES DE CONFORMIDADE AOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

24- Monitorar mensalmente indicadores de adesão aos protocolos de segurança do paciente permite identificar oportunidades de melhoria com o objetivo de realizar intervenções diretas ou ciclos de avaliação para melhoria da qualidade do cuidado. A implementação de protocolos de segurança do paciente envolve elaborar protocolos válidos, capacitar os profissionais, bem como monitorar a utilização e efetividade desses protocolos. Desta forma, os protocolos nacionais publicados pela Portaria GM nº 1.377, de 9 de julho de 2013 (https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html) e Portaria GM nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html), incluem uma lista de indicadores que devem ser monitorados. Este item do formulário tem o objetivo de identificar se o serviço de saúde monitora mensalmente pelo menos três indicadores de processo ou de adesão aos protocolos: 1) percentual de pacientes com avaliação de risco de lesão por pressão; 2) percentual de pacientes com avaliação de risco de quedas; 3) percentual de pacientes com lista de verificação de segurança cirúrgica (LVSC) completamente preenchida (exceto se o serviço de saúde não possuir centro cirúrgico). Escolha uma das seguintes respostas: ?

SIM, o serviço de saúde monitorou os três indicadores de conformidade aos protocolos de segurança do paciente (ou dois indicadore... x v

ANEXO(S) ?



INDICADORES DE PROCESSO

MONITORAMENTO MENSAL DE INDICADORES DE CONFORMIDADE AOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Instruções:

Esta planilha auxilia o serviço de saúde com a coleta de dados e monitoramento mensal dos indicadores de práticas de segurança do paciente. Seu preenchimento correto comprova a conformidade com o indicador nº 21 da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente. Para isso, siga os passos a seguir:

Selecione aleatoriamente 17 prontuários do mês a ser monitorado. Se o serviço desejar, o tamanho da amostra pode ser maior (20, 30 ou mais casos), porém recomendamos não monitorar com mais de 30 casos para não prejudicar a viabilidade do monitoramento mensal. No mínimo, deve monitorar com amostras de 17 casos para testar a aceitação de lotes mensais.

Preencha a planilha abaixo, inserindo o número de prontuário dos casos incluídos e indicando a conformidade em relação a cada um dos indicadores (Sim; Não).

Após preencher os dados, verifique os dados agregados na seguinte planilha, para construir o gráfico de monitoramento.

Nome do hospital:	<input type="text"/>	Município:	<input type="text"/>
Nº do CNES:	<input type="text"/>	Unidade da Federação:	<input type="text"/>
Possui centro cirúrgico:	<input type="text"/>	Possui leitos de UTI:	<input type="text"/>

Caso	Mês	Nº do Prontuário	Data de Alta	Indicador 1. Percentual de pacientes com avaliação de risco de lesão por pressão.	Indicador 2. Percentual de pacientes com avaliação de risco de quedas realizado na admissão.	Indicador 3. Percentual de pacientes com lista de verificação de segurança cirúrgica completamente preenchida
	1 Janeiro			Sim	Não	Sim
	2 Janeiro			Não	Não	Sim
	3 Janeiro			Sim	Sim	Sim
	4 Janeiro			Sim	Não	Sim
	5 Janeiro			Sim	Não	Sim
	6 Janeiro			Sim	Não	Sim
	7 Janeiro			Sim	Não	Sim
	8 Janeiro			Sim	Não	Sim
	9 Janeiro			Sim	Sim	Não
	10 Janeiro			Sim	Sim	Não
	11 Janeiro			Sim	Sim	Não
	12 Janeiro			Sim	Sim	Não
	13 Janeiro			Não	Sim	Não
	14 Janeiro			Não	Não	Não
	15 Janeiro			Não	Não	Sim

INDICADORES DE PROCESSO

MONITORAMENTO MENSAL DE INDICADORES DE CONFORMIDADE AOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Instruções:

Esta planilha importa os dados preenchidos na planilha de coleta de dados, agrega os dados brutos e fornece os gráficos de monitoramento dos indicadores das práticas de segurança do paciente. A seguir, são apresentados os dados agregados na Tabela e nos Gráficos de série temporal.

Tabela de consolidação dos dados

Mês/Ano	Indicador 1. Percentual de pacientes com avaliação de risco de	Indicador 2. Percentual de pacientes com avaliação de risco de quedas realizado na admissão.	Indicador 3. Percentual de pacientes com lista de verificação de segurança cirúrgica completamente preenchida
Jan-25	65%	35%	59%
Feb-25	59%	18%	100%
Mar-25	100%	35%	100%
Apr-25	65%	41%	59%
May-25	100%	100%	100%
Jun-25	100%	100%	100%
Jul-25	47%	100%	24%
Aug-25	100%	100%	100%
Sep-25	53%	0%	41%
Oct-25	41%	88%	24%
Nov-25	100%	100%	100%
Dec-25	100%	12%	18%

Gráficos de série temporal

Importante: Após inserir os dados na planilha anterior, **clique em cima dos gráficos com o botão direito e na opção "atualizar dados"**.

Indicador 1. Percentual de pacientes com avaliação do risco de lesão por pressão.

Dados brutos

Dados agregados

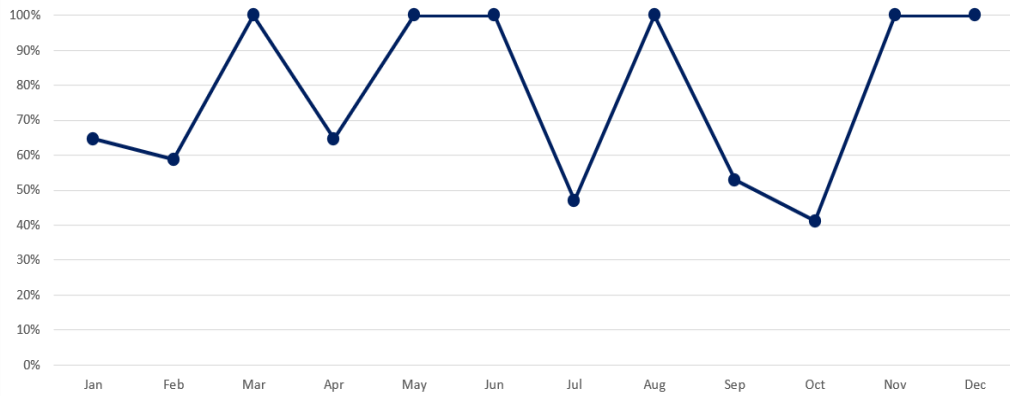
+



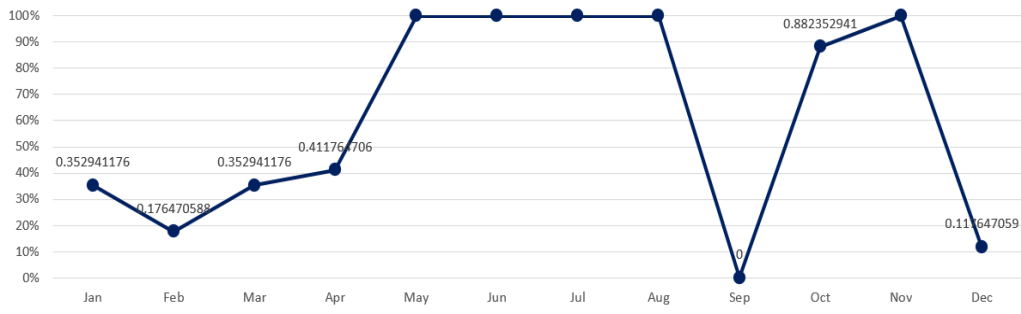
INDICADORES DE PROCESSO

MONITORAMENTO MENSAL DE INDICADORES DE CONFORMIDADE AOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Indicador 1. Percentual de pacientes com avaliação do risco de lesão por pressão.



Indicador 2. Percentual de pacientes com avaliação de risco de quedas realizado na admissão.



ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DA AVALIAÇÃO NACIONAL DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE – ANPSP 2026

CRONOGRAMA ANPSP 2026

ETAPA	PRAZO
Disponibilização do Formulário da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança em Serviços de Diálise 2026	22/06/2026
Encerramento do prazo para preenchimento do Formulário da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança em Serviços de Diálise 2026, incluindo documentação comprobatória	22/09/2026
Encerramento do prazo de análise das avaliações por parte dos NSPVISA Estaduais/Distrital em articulação com CECIH, pelos NSP VISA e CECIH	23/12/2026
Publicação do Relatório da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança em Serviços de Diálise 2026 pela GVIMS/GGTES/Anvisa	22/02/2027

ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DA AUTOAVALIAÇÃO NACIONAL DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE – HOSPITAIS SEM UTI - 2026

6. CRONOGRAMA DA AUTOAVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE – ANO: 2026



CRONOGRAMA

ETAPA	PRAZO
Disponibilização do Formulário Nacional de Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente - Hospitais sem UTI – 2026, pela GVIMS/GGTES/Anvisa.	22/06/2026
SERVIÇOS DE SAÚDE: Encerramento do prazo para preenchimento do Formulário Nacional de Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente - Hospitais sem UTI – 2026, incluindo documentação comprobatória, pelos serviços de saúde.	22/09/2026
ANVISA: Publicação do Relatório da Autoavaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente- Hospitais sem UTI – 2026 pela GVIMS/GGTES/Dire5/Anvisa.	22/02/2027



SERVIÇOS DE SAÚDE:

- ✓ **Orientações e formulários da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente** estão disponíveis em [Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente — Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa](#).
- ✓ **Dúvidas** quanto à ANPSP 2026 - Núcleos de Segurança do Paciente (NSP VISA) estadual/distrital e Coordenações de controle de infecções dos estados/DF (CECIRAS). Caso necessário, o NSP VISA ou a CECIRAS entrará em contato com a GVIMS/GGTES/Dire5/Anvisa. Os respectivos contatos destas instâncias estão disponíveis em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaZDIxNjY3ZmItN2E1My00YTBkLTg3NzctMmZIN2ZmZDZlZDM1liwidCI6ImI2N2FmMjNmLWZjMmNGQzNS04MGM3LWI3MDg1ZjVIZGQ4MSJ9> e <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaTBhNDYzMzctM2Q4My00NTc4LTNmNjktNjAzZDAyOWYxNTdlIiwidCI6ImI2N2FmMjNmLWZjMmNGQzNS04MGM3LWI3MDg1ZjVIZGQ4MSJ9>.
- ✓ **Dúvidas específicas do Cadastro** devem ser encaminhadas para o [email cadastro.sistemas@anvisa.gov.br](mailto:cadastro.sistemas@anvisa.gov.br), com o título Cadastro Novo - Serviços de Saúde ou aos [Canais de Atendimento — Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa](#),
- ✓ **Outras demandas relacionadas à Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente-ANPSP2026** devem ser encaminhadas aos [Canais de Atendimento — Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa](#).
- ✓ **Relatos sobre Problemas/falhas de funcionamento do formulário** eletrônico podem ser enviados diretamente à GVIMS/GGTES/Anvisa, para [o canal de atendimento Fale Conosco da Anvisa: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/canais_atendimento/formulario-eletronico](#).



ANVISA

Agência Nacional de Vigilância Sanitária