



**ORIENTAÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NA
AUTOAVALIAÇÃO NACIONAL DAS PRÁTICAS
DE SEGURANÇA DO PACIENTE: HOSPITAIS
SEM UTI – Ano: 2026**

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde
Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
Quinta Diretoria
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Brasília, 19 de junho de 2026

Diretor Presidente

Leandro Safatle

Quinta Diretoria

Thiago Lopes Cardoso Campos

Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTES

Edmilson Silva Diniz Filho

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde – GVIMS/GGTES

Magda Machado de Miranda Costa

Equipe Técnica Equipe GVIMS/GGTES/DIRE5/Anvisa

Ana Clara Ribeiro Bello dos Santos

André Anderson Carvalho

Daniela Pina Marques Tomazini

Heiko Thereza Santana

Humberto Luiz Couto Amaral de Moura

Lilian de Souza Barros

Luciana Silva da Cruz de Oliveira

Mara Rúbia Santos Gonçalves

Maria Dolores Santos da Purificação Nogueira

Uiara Cavalcante Silva

Estagiárias

Adrielly da Costa Bonifácio

Anna Beatriz RochaOliveira

Laura Sousa Campos

Elaboração

Equipe GVIMS/GGTES/DIRE5/Anvisa

Revisão

Núcleos de Segurança do Paciente da Vigilância Sanitária (NSP VISA) dos estados/DF
Coordenações Estaduais/Distrital de Controle de Infecções (CECIRAS/CDCIRAS)

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA

É permitida a reprodução parcial ou total deste documento, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta Nota Técnica é da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. ORIENTAÇÕES SOBRE A AUTOAVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE - HOSPITAIS SEM UTI	6
3. QUAIS SERVIÇOS DE SAÚDE SÃO ELEGÍVEIS A PARTICIPAR DA AUTOAVALIAÇÃO DA AVALIAÇÃO NACIONAL DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	6
4. OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE, SEM UTI, PODEM PREENCHER O FORMULÁRIO?.....	6
5. HOSPITAIS SEM UTI EM FUNCIONAMENTO POR PERÍODO INFERIOR A 10 MESES PODEM PREENCHER O FORMULÁRIO?.....	6
6. QUAL PROFISSIONAL DEVE PREENCHER O FORMULÁRIO DE AUTOAVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE?.....	7
7. QUAL A RELAÇÃO DA GESTÃO DO RISCO COM A AUTOAVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE?.....	7
8. QUAIS SÃO AS ETAPAS DA AUTOAVALIAÇÃO NACIONAL DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE?.....	9
9. COMO ACESSAR E PREENCHER A AUTOAVALIAÇÃO NACIONAL DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE – HOSPITAIS SEM UTI – 2026?.....	13
10. ATUALIZAÇÃO DOS DADOS DO SERVIÇO DE SAÚDE.....	15
11. QUAIS INDICADORES COMPÕEM A AUTOAVALIAÇÃO NACIONAL DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE-HOSPITAIS SEM UTI -2026?.....	16
12. DETALHAMENTO DOS INDICADORES.....	23
12.1. INDICADORES DE ESTRUTURA.....	23
Indicador 1 - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE INSTITUÍDO.....	23
Indicador 2 - PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PSP) IMPLANTADO.....	24
13.2 PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	26
Indicador 3 - PROTOCOLO IMPLANTADO DE PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS.....	28
Indicador 4 - PROTOCOLO IMPLANTADO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE.....	29
Indicador 5 - PROTOCOLO IMPLANTADO DE CIRURGIA SEGURA.....	31
Indicador 6 - PROTOCOLO IMPLANTADO PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO.....	33
Indicador 7 - PROTOCOLO IMPLANTADO PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS.....	35
Indicador 8 - PROTOCOLO IMPLANTADO PARA SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	36
Indicador 9 - PROTOCOLO IMPLANTADO PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGÜÍNEA ASSOCIADA AO USO DE CATETER CENTRAL.....	39
Indicador 10 - PROTOCOLO IMPLANTADO PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO RELACIONADO AO USO DE CATETER VESICAL DE	

DEMORA.....	41
Indicador 11 - PROTOCOLO IMPLANTADO PARA A PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA(PAV).....	43
Indicador 12 - PROTOCOLO IMPLANTADO PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO.....	45
Indicador 13 - PROTOCOLO IMPLANTADO DE PRECAUÇÃO E ISOLAMENTO.....	47
13.3 INDICADORES DE PROCESSO.....	48
13.3.1 Procedimentos de coleta de dados - Seleção.....	48
13.3.2 Preenchimento e envio dos dados da planilha de conformidade de indicadores de processo (Indicadores 14 a 16).....	49
Indicador 14 - CONFORMIDADE DA AVALIAÇÃO DE RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO.....	52
Indicador 15 - CONFORMIDADE DA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA.....	54
Indicador 16 - CONFORMIDADE DA APLICAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DA SEGURANÇA CIRÚRGICA (LVSC).....	56
Indicador 17 - REGULARIDADE DO MONITORAMENTO MENSAL DO CONSUMO DE PREPARAÇÃO ALCOÓLICA PARA HIGIENE DAS MÃOS.....	58
Indicador 18 - REGULARIDADE DA NOTIFICAÇÃO MENSAL DE INCIDENTES RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	59
Indicador 19 - REGULARIDADE DO MONITORAMENTO MENSAL DE INDICADORES DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (USANDO OS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS NACIONAIS DA ANVISA).....	61
Indicador 21 - MONITORAMENTO MENSAL DE INDICADORES DE CONFORMIDADE AOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	64
13. ANÁLISE DOS DADOS DE CONFORMIDADE DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	69
14. CRONOGRAMA DA AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE 2026. PACIENTE.....	71
15. OUTRAS INFORMAÇÕES.....	72
REFERÊNCIAS.....	73

1. INTRODUÇÃO

A Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente (ANPSP) é uma importante estratégia coordenada pela Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em colaboração com os Núcleos de Segurança do Paciente da Vigilância Sanitária (NSP VISA) dos estados, Distrito Federal e municípios e as Coordenações de Controle de Infecções dos estados/DF/municípios.

Além disso, tem por objetivo principal institucionalizar nos serviços de saúde do país a cultura da segurança, o gerenciamento de riscos, a aplicação das boas práticas com foco no aprimoramento da qualidade para uma assistência mais segura e eficiente. Ademais, a iniciativa está balizada na RDC nº 63/2011 e na RDC nº 36/2013, cumprindo as metas e objetivos específicos do [Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança dos Paciente em Serviços de Saúde 2026-2030](#), publicado pela Anvisa por meio da PORTARIA MS/Anvisa nº 80, DE 28 DE JANEIRO DE 2026 – que aprova o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2026-2030 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e em consonância com a PORTARIA GM/MS Nº 11.527, DE 9 DE JUNHO DE 2026, que institui a Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-11.527-de-9-de-junho-de-2026-711400715> .

Cumpre informar que, em 2026, a Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente (ANPSP), conforme previsto no [Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança dos Paciente em Serviços de Saúde 2026- 2030](#), contará com o primeiro ano de participação dos hospitais públicos, privados, filantrópicos, de ensino e pesquisa, civis e militares SEM Unidade de Terapia Intensiva (UTI), na modalidade de autoavaliação, por meio de ferramenta eletrônica nacional específica.

Desta forma, o presente documento objetiva disponibilizar as orientações aos hospitais sem Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para o preenchimento do formulário eletrônico da Autoavaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente - Hospitais sem UTI – ano 2026.

ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE A AUTOVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE - HOSPITAIS SEM UTI

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



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

2. OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE, QUE NÃO SÃO HOSPITAIS SEM UTI, PODEM PREENCHER O FORMULÁRIO?



Recomenda-se que outros serviços de saúde, que não são hospitais sem UTI, não participem da Autoavaliação em 2026 pois os indicadores avaliados contemplam dados que podem não estar adequados à realidade de serviços extra-hospitalares.

3. O HOSPITAL SEM UTI EM FUNCIONAMENTO POR PERÍODO INFERIOR A 10 MESES EM 2025 PODE 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. Assim, caso o tempo de funcionamento do serviço de saúde não atinja minimamente 10 meses em 2025, ele será classificado como baixa conformidade às práticas de segurança e deverá assinalar no formulário a opção correspondente ao tempo de funcionamento do serviço de saúde em 2025.

* O SERVIÇO DE SAÚDE TEVE PELO MENOS 10 MESES DE FUNCIONAMENTO EM 2025

Informe se o serviço de hospital SEM UTI esteve operacional por pelo menos 10 meses em 2025.

ATENÇÃO: Se o serviço de saúde não funcionou por pelo menos 10 meses em 2025, não será contabilizado para a avaliação nacional.

Escolha uma das seguintes respostas:

☐ SIM

☐ NÃO

4. QUAL PROFISSIONAL DEVE PREENCHER O FORMULÁRIO DA AUTOAVALIAÇÃO NACIONAL DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE?



Recomenda-se que o preenchimento seja feito 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 hospital.

5. QUAL A RELAÇÃO DA GESTÃO DO RISCO COM A AUTOAVALIAÇÃO NACIONAL DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE?

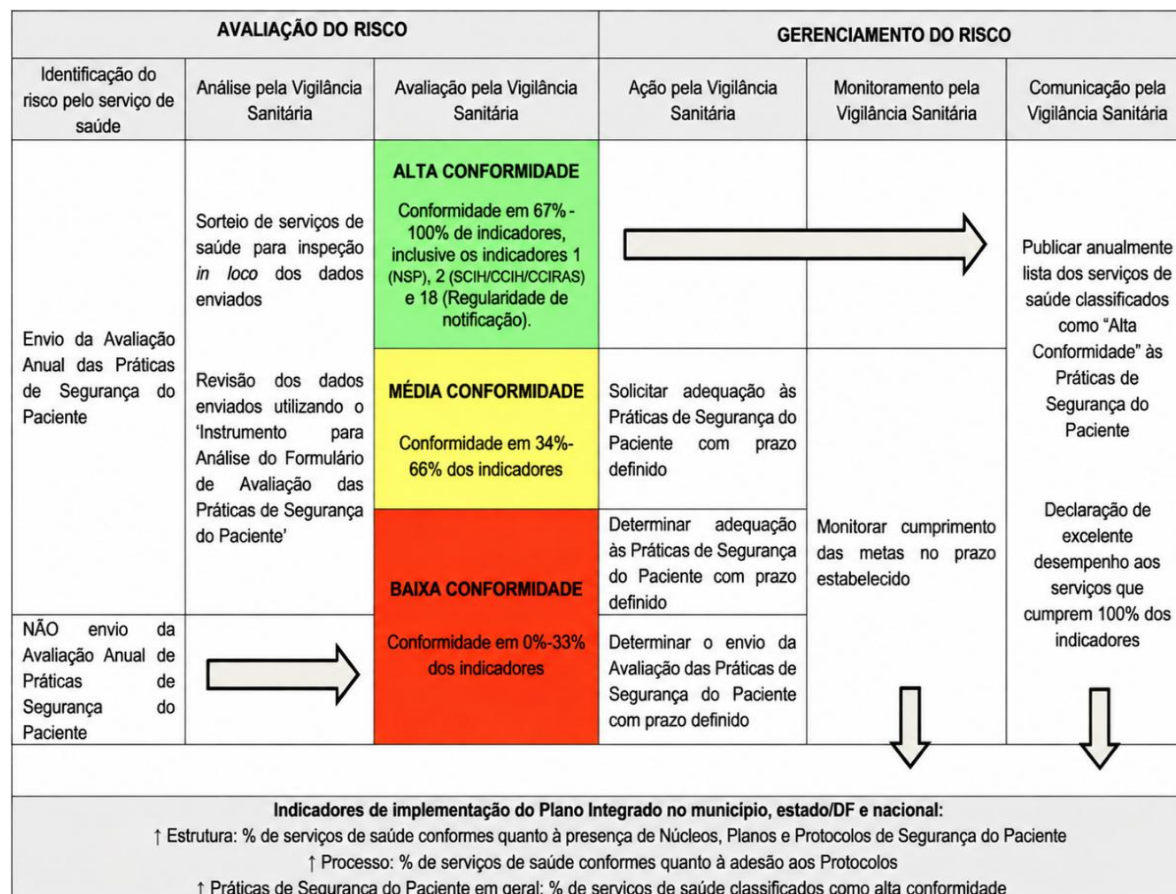


O processo de Autoavaliação Nacional de Práticas de Segurança do Paciente permite um diagnóstico das práticas de segurança do paciente na instituição de saúde e, a partir das informações coletadas, estas podem guiar ações para prevenir a ocorrência de eventos adversos nos níveis local, regional e nacional.

Com base no resultado atingido na Avaliação devido à conformidade aos indicadores relacionados, os serviços de saúde podem ser classificados em 3 categorias: baixa, média e alta conformidade às práticas de segurança do paciente.

Da mesma forma, as etapas da gestão do risco previstas na Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente **são também aplicáveis à modalidade de Autoavaliação da Adesão às Práticas de Segurança do Paciente**, disponível em 2026 aos hospitais SEM UTI e que estão resumidas na Figura 1.

Figura 1: Modelo teórico da gestão do risco sanitário baseado no monitoramento da implantação de Práticas de Segurança do Paciente.



Fonte: Anvisa, 2021.

Para os serviços classificados em **baixa e média conformidade** às práticas de segurança do paciente, recomenda-se que as ações de vigilância sanitária (VISA) local podem incluir, dependendo do caso, a solicitação de complementação de documentações enviadas, análise crítica do conteúdo básico do Plano de Segurança do Paciente (PSP) ou ainda a adoção de outras medidas de controle oportunas, utilizando diferentes mecanismos, tais como:

- Direcional: fiscalizar o serviço e cobrar adequação com prazo estabelecido.
- Relacional: sensibilizar e educar quanto ao Programa Nacional de

Segurança do Paciente (PNSP) e práticas específicas.

- Organizacional: solicitar melhorias organizacionais no serviço para o controle interno das práticas de segurança.
- Informacional: produzir e publicar informação com setor regulado, mídia, grupos de pacientes, etc, com foco nas práticas de segurança do paciente com menor conformidade no estado/DF/município.
- Lateral: estimular interação entre serviços de saúde para aprender com as experiências(*benchmarking*).
- Sistêmica: envolver gestão do sistema de saúde e outros interessados para melhorar as práticas no sistema de saúde.

Caso seja estabelecido um prazo para adequação, a VISA local fará o monitoramento desse risco. O não cumprimento do prazo pode resultar em outras exigências ou medidas sanitárias cabíveis.

O último processo chave é a comunicação do risco aos interessados internos (NSP e demais líderes/gestores dos serviços de saúde) e externos (VISA, gestão do sistema de saúde e população). Este processo tem relevância estratégica por sensibilizar todo o contexto do serviço de saúde para a melhoria contínua dos processos de gestão de riscos. Espera-se que o processo de gestão de riscos baseado na implantação de práticas de segurança do paciente induza o aumento gradual da conformidade dos serviços de saúde em relação às exigências de estrutura e processo da RDC nº 36/2013.

Por fim, a Anvisa divulga em seu portal eletrônico os Relatórios finais das Avaliações realizadas <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/avaliacao-nacional-das-praticas-de-seguranca-do-paciente>, contendo a lista dos serviços de saúde classificados como de alta conformidade aos indicadores avaliados.

6. QUAIS SÃO AS ETAPAS DA AUTOAVALIAÇÃO NACIONAL DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE?



O anexo 2 do Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2026-2030 apresenta o Fluxograma do processo organizativo do monitoramento das práticas de segurança do paciente. Para a Autoavaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente, temos a apresentação a seguir do passo a passo detalhado deste processo:

1- Divulgação: Anvisa, NSP VISA e Comissão estadual/distrital de controle de infecção (CECIRAS) divulgam aos serviços de saúde (HOSPITAIS SEM UTI) as datas do início e término do ciclo de Autoavaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente; o link do formulário eletrônico para Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente 2026 (<https://pesquisa.anvisa.gov.br/index.php/183962?lang=pt-BR>) e as Orientações para preenchimento do formulário no portal eletrônico da Anvisa, a Planilha de Conformidade de Indicadores de Processo (indicadores 16, 17 e 18) e a Planilha utilizada no Indicador 23. Monitoramento Mensal de Indicadores de Conformidade aos Protocolos de Segurança do Paciente.

2- Preenchimento do formulário eletrônico da Autoavaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente 2026: Hospitais SEM UTI pelos serviços participantes, com envio da documentação comprobatória. De acordo com a autoavaliação realizada, os serviços de saúde participantes são preliminarmente classificados em três grupos. Informações detalhadas estão descritas no item 5. *Análise dos Dados de Conformidade das Práticas de Segurança do Paciente.*



3- Consolidação dos Dados pela Anvisa e Divulgação do Relatório

Final: A Anvisa publicará em seu portal eletrônico (<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/avaliacao-nacional-das-praticas-de-seguranca-do-paciente>) o Relatório final com a análise agregada dos resultados (sem identificação dos hospitais participantes) e enviará a lista dos hospitais participantes e a classificação final para os NSP VISA dos estados/DF.

6. COMO ACESSAR E PREENCHER A AUTOVALIAÇÃO NACIONAL DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS SEM UTI 2026?



Para participar da Autoavaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em Hospitais sem UTI 2026, basta o responsável pelo serviço de saúde OU Coordenador do NSP acessar o link <https://pesquisa.anvisa.gov.br/index.php/183962?lang=pt-BR> e realizar o preenchimento do Formulário.

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.

- a. 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.
- b. 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:

Uma ou mais perguntas obrigatórias não foram respondidas. Não será possível avançar até que estejam completas.

Fechar

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.

- c. Recomenda-se utilizar o navegador CHROME para acessar o formulário.
- d. Recomenda-se imprimir ou salvar as respostas fornecidas em formato PDF ou XML PDF, como comprovante de participação na Autoavaliação.

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)**.

Após o envio da ficha preenchida, o respondente visualizará a seguinte mensagem de confirmação:



Agradecemos sua participação na **AUTOAVALIAÇÃO NACIONAL DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE - HOSPITAIS SEM UTI - 2026** 🍏

Qualquer dúvida, entre e entre em contato pelo canal de atendimento **FALE CONOSCO**

Atenciosamente

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde - GVIMS

Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde - GGTES

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa

[Imprimir suas respostas.](#)

➤ No caso de dúvidas sobre o Formulário, favor entrar em contato pelo **Fale Conosco** https://www.gov.br/anvisa/pt-br/canais_atendimento/formulario-eletronico

7. ATUALIZAÇÃO DOS DADOS DO SERVIÇO DE SAÚDE

O CNES, instituído pela Portaria SAS/MS nº 376 de 03 de outubro de 2000, é o sistema de informação oficial de cadastramento das informações de todos os estabelecimentos de saúde do país. Trata-se do cadastro oficial do Ministério da Saúde (MS) no tocante à realidade da capacidade instalada e mão-de-obra assistencial de saúde no Brasil em estabelecimentos de saúde públicos ou privados, com convênio SUS ou não. Conforme a RDC nº 63/2011, todo serviço de saúde deve estar inscrito e manter seus dados atualizados no CNES. Portanto, o serviço de saúde deverá informar sua situação junto ao banco do CNES, inclusive a instituição do Núcleo de Segurança do Paciente. No caso do serviço de saúde estar em dia com as informações no banco de dados do CNES, será necessário comprovar a atualização por meio de documento comprobatório, que deverá ser anexado ao formulário.

* O SERVIÇO DE SAÚDE ATUALIZOU OS DADOS REFERENTE AO CNES



O CNES foi instituído pela Portaria nº 376/SAS/MS, de 03 de outubro de 2000, é o sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, independentemente de sua natureza jurídica ou de integrarem o Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se do cadastro oficial do Ministério da Saúde (MS) no tocante à realidade da capacidade instalada e mão-de-obra assistencial de saúde no Brasil em estabelecimentos de saúde públicos ou privados, com convênio SUS ou não.

Conforme a RDC 63/2011, todo serviço de saúde deve estar inscrito e manter seus dados atualizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

O serviço de saúde deverá informar se está com seus dados atualizados no banco do CNES, inclusive a instituição do Núcleo de Segurança do Paciente.

Escolha uma das seguintes respostas:

- ☒ 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

EM CASO DE O SERVIÇO ESTAR COM O CNES ATUALIZADO, ENVIAR COMPROVANTE

Deverá ser anexado o comprovante (FCE) da última atualização do CNES junto ao gestor estadual ou municipal

Por favor, envie apenas um arquivo

Enviar arquivo

8. **QUAIS INDICADORES COMPÕEM A AUTOAVALIAÇÃO NACIONAL DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE- HOSPITAIS SEM UTI - 2026?**

O formulário eletrônico é composto por **23 indicadores** de estrutura e de processo referentes às práticas de segurança, além de algumas questões gerais para caracterização do serviço de saúde. As informações relativas aos *indicadores de estrutura* referem-se às condições de estrutura organizacional para o cuidado seguro e os dados sobre os *indicadores de processo* são referentes às práticas com os pacientes. Parte desses indicadores são referentes à existência de alguma estrutura organizacional no momento da resposta ao formulário e outros indicadores são baseados no que ocorreu durante o ano de 2025 (01/01/2025 a 31/12/2025).

O quadro 1 apresenta a estrutura geral dos critérios da Autoavaliação e das respostas no formulário. Detalhamento do conteúdo da documentação exigida é esclarecida no item 11 deste documento e no próprio formulário eletrônico.

Quadro 1. Tipo de indicador, critérios e respostas possíveis para preenchimento do formulário de Autoavaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente - Hospitais SEM UTI - 2026.

Tipo de indicador	Critério	Indicadores / Respostas no formulário
Estrutura	C.1. Núcleo de Segurança do Paciente instituído	() 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
	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.	() SIM, o serviço de saúde tem SCIH/SCIH/CCIRAS instituído E realizou reuniões em 2025.
		() NÃO, o serviço de saúde não tem SCIH/SCIH/CCIRAS instituído OU não realizou reuniões em 2025.
Estrutura	C.3. Plano de Segurança do Paciente(PSP) implantado	() SIM, o serviço de saúde tem PSP implantado E foi anexado a este formulário o documento do PSP com todos os conteúdos básicos.
		() NÃO, o serviço de saúde não tem PSP implantado OU o PSP não contém todos os conteúdos básicos.
Estrutura	C.4. Protocolo implantado de prática de higiene das mãos	() SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo de higiene das mãos E realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.
		() NÃO, o serviço de saúde não implantou um protocolo de higiene das mãos OU não realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.
Estrutura	C.5. Protocolo implantado de identificação do paciente	() SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo de identificação do paciente E realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.
		() NÃO, o serviço de saúde não implantou um protocolo de identificação do paciente OU não realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.
Estrutura	C.6. Protocolo implantado de cirurgia segura	() SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo de cirurgia segura E realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.
		() NÃO, o serviço de saúde não implantou um protocolo de cirurgia segura OU não realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.
		() NÃO SE APLICA, pois o serviço de saúde não possui centro cirúrgico ou centro obstétrico (esta resposta não prejudica a pontuação final do nível de adesão às práticas de segurança do paciente).

Estrutura	C.7. Protocolo implantado de parto seguro	() SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo de parto seguro E realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.
		() NÃO, o serviço de saúde não implantou um protocolo de parto seguro OU não realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.
		() NÃO SE APLICA, pois o serviço de saúde não realiza parto (esta resposta não prejudica a pontuação final do nível de adesão às práticas de segurança do paciente).
Estrutura	C.8. Protocolo implantado para prevenção de lesão por pressão	() SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo para prevenção de lesão por pressão E realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.
		() NÃO, o serviço de saúde não implantou um protocolo para prevenção de lesão por pressão OU realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.
Estrutura	C.9. Protocolo implantado para prevenção de quedas	() SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo para prevenção de quedas E realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.
		() NÃO, o serviço de saúde não implantou um protocolo para prevenção de quedas OU não realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.
Estrutura	C.10. Protocolo implantado para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos	() SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos E realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.
		() NÃO, o serviço de saúde não implantou um protocolo para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos OU não realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.
Estrutura	C.11. Protocolo implantado para a prevenção de Infecção primária de corrente sanguínea associada ao uso de cateter central	() SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo para prevenção de infecção primária de corrente sanguínea associada ao uso de cateter central E realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.
		() NÃO, o serviço de saúde não implantou um protocolo para prevenção de infecção primária de corrente sanguínea associada ao uso de cateter central OU não realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.
		() NÃO SE APLICA, pois o serviço de saúde não utiliza cateter central (esta resposta não prejudica a pontuação final do nível de adesão às práticas de segurança do paciente).
Estrutura	C.12. Protocolo implantado para a prevenção de infecção do trato urinário relacionado ao uso de cateter vesical de demora	() SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo para prevenção de infecção do trato urinário relacionado ao uso de cateter vesical de demora E realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.
		() NÃO, o serviço de saúde não implantou um protocolo para prevenção de infecção do trato urinário relacionado ao uso de cateter vesical de demora OU não realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.
Estrutura	C.13. Protocolo implantado para a prevenção de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica (PAV)	() SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo para prevenção de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica E realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.
		() NÃO, o serviço de saúde não implantou um protocolo para prevenção de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica OU não realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.
		() NÃO SE APLICA, pois o serviço de saúde não possui ventilador mecânico (esta resposta não prejudica a pontuação final do nível de adesão às práticas de segurança do paciente).

Estrutura	C.14. Protocolo implantado para a prevenção de infecção do sítio cirúrgico (ISC)	() SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo para prevenção de infecção do sítio cirúrgico E realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.
		() NÃO, o serviço de saúde não implantou um protocolo para prevenção de infecção do sítio cirúrgico OU não realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.
		() NÃO SE APLICA, pois o serviço de saúde não possui centro cirúrgico nem dispõe de leitos cirúrgicos (esta resposta não prejudica a pontuação final do nível de adesão às práticas de segurança do paciente).
Estrutura	C.15. Protocolo implantado de precauções e isolamento	() SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo de precauções e isolamento E realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.
		() NÃO, o serviço de saúde não implantou um protocolo de precauções e isolamento OU não realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.
Processo	C.16. Conformidade da avaliação do risco de lesão por pressão	() Indicar o total (número absoluto) de prontuários com registro adequado da avaliação de risco de lesão por pressão na amostra aleatória selecionada. A resposta deve ser entre 0 e 17.
Processo	C.17. Conformidade da avaliação do risco de queda	() Indicar o total (número absoluto de prontuários com registro adequado da avaliação de risco de quedas na amostra aleatória selecionada. A resposta deve ser entre 0 e 17.
Processo	C.18. Conformidade da aplicação da lista de verificação da segurança cirúrgica (LVSC)	() Informar o número de LVSC preenchidas entre os 17 prontuários selecionados aleatoriamente. A resposta deve ser entre 0 e 17.
Gestão de Risco	C.19. Regularidade do monitoramento mensal do consumo de preparação alcoólica para higiene das mãos	() SIM, o serviço de saúde monitora o consumo de preparação alcoólica para higiene das mãos.
		() NÃO - o serviço de saúde não monitora o consumo de preparação alcoólica para higiene das mãos.
Gestão de Risco	C.20. Regularidade da notificação mensal de incidentes/eventos adversos relacionados à assistência à saúde	() SIM - o serviço de saúde monitora e notificou incidentes/eventos adversos no sistema Notivisa - módulo de Assistência à Saúde de 10 a 12 meses em 2025.
		() NÃO - o serviço de saúde monitora MAS NÃO notificou incidentes/eventos adversos no Sistema NOTIVISA - módulo Assistência à Saúde - de 10 a 12 meses em 2025.
		() NÃO - o serviço de saúde não monitora os incidentes/eventos adversos relacionados à assistência à saúde.
Gestão de Risco	C.21. Regularidade do monitoramento mensal de indicadores de infecções relacionadas à assistência à saúde (usando os critérios diagnósticos nacionais da Anvisa).	() SIM - o serviço de saúde monitora os indicadores de IRAS E enviou os dados de 10 a 12 meses para a Anvisa ou para o Estado em 2025.
		() NÃO - o serviço de saúde monitora os indicadores de IRAS, mas não enviou os dados (para a Anvisa ou o estado) de 10 a 12 meses em 2025.

		() NÃO - o serviço de saúde não monitora os indicadores de IRAS de notificação nacional obrigatória.
Processo	C22. Participação na Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente.	() SIM, participou da avaliação da Cultura de Segurança do Paciente nos últimos 24 meses.
		() NÃO, não participou da avaliação da Cultura de Segurança do Paciente nos últimos 24 meses.
Estrutura	C.23. Monitoramento mensal de indicadores de conformidade aos protocolos de segurança do paciente.	() SIM, o serviço de saúde monitorou os três indicadores de conformidade aos protocolos de segurança do paciente (ou dois indicadores, no caso de serviços de saúde sem centro cirúrgico ou centro obstétrico) de 10 a 12 meses em 2025 E anexou as planilhas de monitoramento neste formulário.
		() NÃO, o serviço de saúde não monitorou os indicadores de conformidade aos protocolos de segurança do paciente durante 10 a 12 meses de 2025.

Fonte: Formulário Nacional de Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente- Hospitais SEM UTI 2026. Anvisa, 2026.

9. QUAIS INDICADORES SÃO APLICÁVEIS APENAS AOS HOSPITAIS SEM UTI QUE POSSUEM 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).

Caso o serviço de saúde **NÃO** possua Centro Cirúrgico nem Centro Obstétrico, ele deverá marcar a opção NÃO nas perguntas sobre esses indicadores.

*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

Dessa forma, não será necessário responder às questões relativas aos indicadores de procedimentos cirúrgicos (6, 14 e 18).

Os indicadores **6 - Protocolo de cirurgia segura implantado**, **14 - Protocolo para a prevenção de infecção do sítio cirúrgico** e **18 - Conformidade da Aplicação da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica** só serão habilitados caso o respondente marque SIM nas questões “O SERVIÇO DE SAÚDE POSSUI CENTRO CIRÚRGICO?” ou na questão “O SERVIÇO DE

SAÚDE POSSUI CENTRO OBSTÉTRICO?”.

Não haverá prejuízo na pontuação final dos serviços de saúde que não possuem centro cirúrgico nem centro obstétrico, pois a pontuação será dividida apenas pelo número de indicadores aplicáveis para cada tipo de serviço.

10. QUAIS INDICADORES SÃO APLICÁVEIS APENAS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE QUE REALIZAM PARTO ?



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

Caso o serviço de saúde **NÃO** realize parto, ele deverá marcar a opção NÃO nas perguntas sobre esse indicador:

Dessa forma, não será necessário responder às questões relativas ao indicador de parto seguro (7).

Os indicador 7 - **Protocolo implantado de Parto Seguro** só será habilitado caso o respondente marque SIM na questão “O SERVIÇO DE SAÚDE REALIZA PARTO?”.

Não haverá prejuízo na pontuação final dos serviços de saúde que não possuem centro cirúrgico nem centro obstétrico, pois a pontuação será dividida apenas pelo número de indicadores aplicáveis para cada tipo de serviço.

11.



DETALHAMENTO DOS INDICADORES

11.1 INDICADORES DE ESTRUTURA

Avaliam a presença de alguma estrutura organizacional para a segurança do paciente.

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

ATENÇÃO!

Este indicador é 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.



O serviço de saúde deve informar se instituiu formalmente (SIM ou NÃO), o NSP:

() 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

- Para comprovar a instituição do NSP, é necessário anexar ao Formulário **dois documentos comprobatórios**:

1.1 Portaria, Ato e outras documentações formais referentes à instituição do NSP do serviço de saúde.

1.2 Atas ou registros de pelo menos 2 reuniões do NSP, realizadas em 2025.

A aba para anexar os documentos comprobatórios surgirá se o respondente marcar a opção “**SIM, o serviço de saúde tem NSP instituído E realizou reuniões em 2026.**”

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

Indicador 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.

Instituir o SCIH/CCIH/CCIRAS é uma prática de segurança do paciente indispensável, considerando que as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) representam um grave problema para a saúde pública mundial. De acordo com Portaria GM/MS nº 2616, de 12 de maio de 1998, para a adequada execução do Programa de Controle de Infecção, os hospitais do país deverão constituir Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de prevenção e controle de infecção, visando reduzir a incidência e gravidade das infecções. Conforme o Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) 2026 - 2030, todos os serviços que prestam assistência à saúde no país devem desenvolver ações de prevenção e controle das IRAS, de acordo com o tipo de assistência prestada. Para o desenvolvimento de tais ações, os hospitais,

além de possuir PCIRAS devem possuir Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIRAS) oficialmente constituída e atuante.

- O documento de formalização do SCIH/CCIH/CCIRAS deve ser atualizado sempre que houver mudanças na composição da equipe que o constitui.

ATENÇÃO!

Este indicador é 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.



O serviço de saúde deve informar se instituiu formalmente (SIM ou NÃO), o SCIH/CCIH/CCIRAS:

() SIM, o serviço de saúde tem SCIH/CCIH/CCIRAS instituído E realizou reuniões em 2025.

() NÃO, o serviço de saúde não tem SCIH/CCIH/CCIRAS instituído OU não realizou reuniões em 2025.

- Para comprovar a instituição do SCIH/CCIH/CCIRAS, é necessário anexar ao Formulário, **dois documentos comprobatórios**:

1.3.Portaria, Ato e outras documentações formais e atualizadas referentes à instituição do SCIH/CCIH/CCIRAS do serviço de saúde.

1.3 Atas ou registros de 2 reuniões do SCIH/CCIH/CCIRAS, realizadas em 2025.

A aba para anexar o documento comprobatório surgirá se o respondente marcar a opção **“SIM, o serviço de saúde tem SCIH/CCIH/CCIRAS instituído E realizou reuniões em 2025:**

EM CASO DE SCIH/CCIH/CCIRAS INSTITUÍDO, ANEXAR DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS.

● Para comprovar a instituição do SCIH/CCIH/CCIRAS, é necessário anexar a este formulário, dois documentos comprobatórios:

- 1) Apresentou Portaria, Ato ou outras documentações formais e atualizadas referentes à instituição do SCIH/CCIH/CCIRAS do serviço de saúde.
- 2) Apresentou atas ou registros de 2 (duas) reuniões do SCIH/CCIH/CCIRAS realizadas em 2025.

● Por favor, envie entre 2 e 4 arquivos

Enviar arquivos

Indicador 3 - PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PSP) IMPLANTADO

Planejar as ações para a segurança do paciente é uma boa prática para a segurança do paciente. Segundo o Inciso IX, do Art. 3º, da [RDC nº 36, de 25 de julho de 2013](#), o Plano de Segurança do Paciente (PSP) é definido como o documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e à mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde. Segundo inciso IV do Art. 7º da RDC nº 36/2013, compete ao NSP elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o PSP em serviços de saúde. Assim, deve ser ajustado sempre que necessário, em especial quando houver atualização no conteúdo e/ou nos procedimentos dos serviços de saúde.

Conforme a RDC, o PSP deve estabelecer as principais estratégias, conforme as atividades de segurança do paciente desenvolvidas pelo serviço de saúde, minimamente para: identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática; implementação de protocolos de segurança do paciente estabelecidos pelo Ministério da Saúde; identificação do paciente; higiene das mãos; segurança cirúrgica; segurança na prescrição, uso e administração de medicamento; manutenção de registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado; prevenção de quedas dos pacientes; prevenção de úlceras (lesões) por pressão; prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde (infecção do trato respiratório relacionado ao uso de ventilação mecânica; infecção de corrente sanguínea; infecção cirúrgica; infecção de trato urinário; infecção de sítio cirúrgico em parto cesáreo), medidas de prevenção da resistência microbiana, controle do uso de antimicrobianos e segurança nas terapias enteral e parenteral.



O serviço de saúde deve informar se, no momento do preenchimento do Formulário, o Plano de Segurança do Paciente (PSP) está implantado em sua instituição (SIM ou NÃO):

() SIM, o serviço de saúde tem PSP implantado **E** foi anexado a este formulário o documento do PSP com todos os conteúdos básicos.

() NÃO, o serviço de saúde não tem PSP implantado **OU** o PSP não contém todos os conteúdos básicos.

➤ Este documento deve conter a data de sua publicação ou disponibilização no sistema informatizado, assinatura (à mão ou eletrônica) do diretor do serviço de saúde e estar disponível (impresso ou digitalizado) para consulta pelos profissionais de saúde do serviço de saúde.

➤ Além disso, de acordo com a publicação da Anvisa “[Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde](#)”, o PSP deve conter os seguintes conteúdos básicos: Análise da situação (diagnóstico do contexto e dos perigos potenciais), Objetivos, Estratégias, Ações, Metas, Indicadores de acompanhamento e Cronograma (definição de prazos).

➤ Para comprovar a implantação do PSP, é necessário anexar ao Formulário (ou apresentar ao NSP VISA por outra via), **o PSP implantado na instituição**, contendo todos os conteúdos básicos e a data de publicação.



O PSP deve conter a assinatura (à mão ou eletrônica) do diretor do serviço de saúde e ter data de publicação até dezembro de 2025. Só serão considerados para fins desta autoavaliação, documentos publicados em 2026 caso tenham ocorrido alterações nos documentos já vigentes.

 **O PSP deve ser atualizado sempre que houver mudanças na estrutura e nas atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde ou a cada 5 anos.**

A aba para anexar o documento comprobatório surgirá se o respondente marcar a opção **“SIM, o serviço de saúde tem PSP implantado E foi anexado a este formulário o documento do PSP com todos os conteúdos básicos”** :

:

EM CASO DE PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE IMPLANTADO, ANEXAR PSP DA INSTITUIÇÃO

-  Anexar o documento do PSP com todos os conteúdos básicos (Análise de situação ou diagnóstico do contexto e dos perigos potenciais; Objetivos; Estratégias; Ações; Metas; Indicadores de acompanhamento e Cronograma).
-  O PSP deve ser atualizado sempre que houver mudanças na estrutura e nas atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde ou a cada 5 anos.
-  O PSP deve conter a data de sua publicação ou disponibilização no sistema informatizado, assinatura (à mão ou eletrônica) do diretor do serviço de saúde até dezembro de 2025. **Só serão considerados para fins desta avaliação, documentos publicados em 2026 caso tenham ocorrido alterações nos documentos já vigentes.**

 Por favor, envie entre 1 e 4 arquivos

 Enviar arquivos

4.2.PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Os indicadores 4 a 15 referem-se à implantação de protocolos de segurança do paciente. Os Protocolos de segurança do paciente são documentos próprios da instituição de saúde que estabelecem critérios para a identificação e redução de riscos relacionados ao cuidado de saúde.

- Os documentos devem ser atualizados periodicamente, de acordo com as evidências científicas e o contexto do serviço de saúde, sendo aceitos nesta autoavaliação apenas aqueles protocolos com no máximo 3 anos a partir da data de publicação ou revisão.***
- Somente serão aceitos, para fins desta autoavaliação, protocolos com data de 2026 apenas nos casos em que tenham ocorrido alterações nos documentos já vigentes e o documento de 2025 não esteja mais disponível.***

Um critério mínimo para a implantação adequada de protocolos é capacitar os profissionais de saúde que o utilizarão. Assim, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) deve desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente, treinando, periodicamente, profissionais que atuam nos serviços de saúde para os protocolos que definem práticas de segurança do paciente. O Serviço/ Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) tem a mesma responsabilidade em relação aos protocolos específicos de prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

O conteúdo dos protocolos deve ser baseado minimamente, porém não exclusivamente, em documentos fornecidos por órgãos governamentais. Os protocolos básicos de segurança do paciente foram publicados pelo Ministério da Saúde por meio da [Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013](#) e da [Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013](#). As medidas de prevenção de IRAS específicas para a prevenção de infecção do trato respiratório relacionado ao uso de ventilação mecânica, infecção de corrente sanguínea, infecção cirúrgica e infecção de trato urinário foram publicadas no manual da Anvisa intitulado [Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde](#).

Nos indicadores seguintes, para comprovar a implantação do protocolo, o serviço de saúde deve apresentar um documento atualizado com todos os conteúdos básicos e um comprovante de capacitação dos profissionais de saúde no conteúdo do protocolo.

- **A capacitação deve ocorrer de forma presencial ou online**, necessitando constar a comprovação em documento (físico ou digital) **com data, carga horária, conteúdo programático, nome e formação do instrutor/instituição promotora e nome dos profissionais capacitados.**

Indicador 4 - PROTOCOLO IMPLANTADO DE PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS

A implantação de um protocolo para a higiene das mãos no serviço de saúde indica a presença de uma estrutura organizacional básica para promover esta prática de segurança do paciente e prevenir Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). Como base para elaborar e adaptar esse protocolo, foi publicado o [Protocolo Nacional para Prática de Higiene das Mãos em Serviços de](#)

Saúde.

O Protocolo de Prática de Higiene das Mãos em serviços de saúde deve conter recomendações para:

3.9.1. *Descrição das técnicas de higiene das mãos (com sabonete líquido e com preparação alcoólica para as mãos) ;*

3.9.1.1. *Os “cinco momentos” para higiene das mãos;*

3.9.2. *Indicadores para monitoramento da adesão às práticas de higiene das mãos (por exemplo, consumo de preparação alcoólica para higiene das mãos).*

3.9.3. *Orientações e estratégias de engajamento dos pacientes / familiares / cuidadores na prática de higiene das mãos (item obrigatório em 2025).*



O serviço de saúde deve informar se, no momento do preenchimento do Formulário, o **Protocolo de Prática de Higiene das Mãos** está implantado em sua instituição (SIM ou NÃO):

() SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo de higiene das mãos E realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.

() NÃO, o serviço de saúde não implantou um protocolo de higiene das mãos OU não realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.

Para comprovar a implantação do Protocolo de prática de higiene das mãos, é necessário anexar ao formulário dois documentos comprobatórios:

1. Documento do protocolo de prática de higiene das mãos com todos os conteúdos básicos;
2. Pelo menos um documento comprobatório de capacitação dos profissionais de saúde sobre esse protocolo em 2025.

 A aba para anexar os documentos comprobatórios surgirá se o respondente marcar a opção **“SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo de higiene das mãos E realizou capacitação sobre o protocolo em 2025”**:

EM CASO DE PROTOCOLO IMPLANTADO DE PRÁTICA DE HIGIENE DE MÃOS, ANEXAR DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

 Para comprovar a implantação do protocolo de prática de higiene das mãos, é necessário anexar dois documentos comprobatórios:

- 1) Documento do protocolo de prática de higiene das mãos com todos os conteúdos básicos;
- 2) Documento comprobatório de capacitação aos profissionais de saúde sobre esse protocolo em 2025.

 A comprovação da capacitação deve ser em documento (físico ou digital) contendo data, carga horária, conteúdo ministrado e nome do instrutor/instituição promotora e dos profissionais capacitados.

 O Protocolo deve ser atualizado periodicamente, de acordo com as evidências científicas e o contexto do serviço de saúde, sendo aceitos documentos com no máximo 3 anos a partir da data de publicação ou última revisão.

 Por favor, envie entre 2 e 4 arquivos

 Enviar arquivos

Indicador 5 – PROTOCOLO IMPLANTADO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

A implantação de um protocolo para identificação dos pacientes indica a presença de uma estrutura organizacional básica para promover esta prática de segurança do paciente. Como base para elaborar e adaptar esse protocolo, foi publicado o **Protocolo Nacional para Identificação do Paciente**, disponível em <https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-identificacao-do-paciente>.

O protocolo de identificação do paciente deve conter minimamente:

- a. Uma forma de identificação a todos os pacientes (internados, em regime de hospital dia, ou atendidos no serviço de emergência ou no ambulatório).
- b. Orientação para utilização de no mínimo dois identificadores como: Nome completo do paciente; Nome completo da mãe do paciente; Data de nascimento do paciente; Número de prontuário do paciente. Para a identificação do recém-

nascido, a pulseira de identificação deve conter a informação do nome da mãe e o número do prontuário do recém-nascido.

c. O protocolo recomenda procedimentos de identificação segura (por exemplo, antes da administração de medicamentos; administração do sangue; administração de hemoderivados; coleta de material para exame; entrega da dieta e realização de procedimentos invasivos.

d. Orientações e estratégias de engajamento dos pacientes / familiares / cuidadores na prevenção de eventos adversos relacionados à identificação do paciente. (Item obrigatório em 2025).



O serviço de saúde deve informar se, no momento do preenchimento do Formulário, o **Protocolo para Identificação dos Pacientes** está implantado em sua instituição (SIM ou NÃO):

() SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo de identificação do paciente **E**

realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.

() NÃO, o serviço de saúde não implantou um protocolo de identificação do paciente

OU não realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.

- Para comprovar a implantação do protocolo de identificação dos pacientes, é necessário anexar ao formulário dois documentos comprobatórios:

1. Documento do protocolo com todos os conteúdos básicos.
2. Pelo menos um documento comprobatório de capacitação dos profissionais de saúde sobre esse protocolo em 2025.



A aba para anexar os documentos comprobatórios surgirá se o respondente marcar a opção **“SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo de identificação do paciente E realizou capacitação sobre o protocolo em 2025:**

EM CASO DE PROTOCOLO IMPLANTADO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE, ANEXAR DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

📌 Para comprovar a implantação do **Protocolo de Identificação do Paciente**, é necessário anexar a este formulário, dois documentos comprobatórios:

1. Documento do protocolo com todos os conteúdos básicos.
2. Documento comprobatório de ação de capacitação aos profissionais de saúde sobre esse protocolo em 2025.



O Protocolo deve ser atualizado periodicamente, de acordo com as evidências científicas e o contexto do serviço de saúde, sendo aceitos documentos com no máximo 3 anos a partir da data de publicação ou última revisão.



A comprovação da capacitação deve ser em documento (físico ou digital) contendo data, carga horária, conteúdo ministrado e nome do instrutor/instituição promotora e dos profissionais capacitados.

📌 Por favor, envie entre 2 e 4 arquivos

📎 Enviar arquivos

Indicador 6 - PROTOCOLO IMPLANTADO DE CIRURGIA SEGURA

A implantação de um protocolo de cirurgia segura indica a presença de uma estrutura organizacional básica para aumentar a adesão às práticas de segurança em cirurgias e prevenir eventos adversos cirúrgicos. Como base para elaborar e adaptar esse protocolo, foi publicado o [Protocolo Nacional para Cirurgia Segura](#).

O **Protocolo de Cirurgia Segura** deve conter, minimamente: Orientação para aplicação da *Listade Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC)* da Organização Mundial da Saúde (OMS) em três etapas, pela equipe cirúrgica (cirurgião, anestesista e equipe de enfermagem): antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente deixar a sala de cirurgia.



No caso de serviços de saúde que realizam **partos cirúrgicos**, recomenda-se também apresentar o protocolo de parto seguro, com as orientações para aplicação da **Lista de Verificação da OMS para Parto Seguro** (*WHO Safe Childbirth Checklist*), adaptada pelo serviço. A lista da OMS está disponível em <https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/cartazes/checklist-oms-parto-seguro.pdf/view>.

O serviço de saúde deve informar se, no momento do preenchimento do Formulário, o **Protocolo de Cirurgia Segura** está implantado em sua instituição (SIM ou NÃO):

() SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo de cirurgia segura E realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.

() NÃO, o serviço de saúde não implantou um protocolo de cirurgia segura OU não realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.

() NÃO SE APLICA, pois o serviço de saúde não possui centro cirúrgico nem centro obstétrico, Esta resposta não prejudica a pontuação final do nível de adesão às práticas de segurança do paciente.

➤ Para comprovar a implantação do protocolo de cirurgia segura, é necessário anexar a este formulário, dois documentos comprobatórios:

1. Documento do protocolo de cirurgia segura com todos os conteúdos básicos;
2. Pelo menos um documento comprobatório de capacitação dos profissionais de saúde sobre esse protocolo em 2025.



Essa questão somente ficará visível no formulário, se o serviço de saúde assinalar:

“**SIM**” na questão “O SERVIÇO DE SAÚDE POSSUI CENTRO CIRÚRGICO?” ou “O SERVIÇO DE SAÚDE POSSUI CENTRO OBSTÉTRICO?”



A aba para anexar os documentos comprobatórios surgirá se o respondente marcar a opção de resposta:

SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo de cirurgia segura E realizou capacitação sobre o protocolo em 2025:

EM CASO DE PROTOCOLO IMPLANTADO DE CIRURGIA SEGURA, ANEXAR DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

Para comprovar a implantação do Protocolo de Cirurgia Segura, é necessário anexar dois documentos comprobatórios:

1. Documento do protocolo com todos os conteúdos básicos.
2. Documento comprobatório de ação de capacitação aos profissionais de saúde sobre esse protocolo em 2025.

O Protocolo deve ser atualizado periodicamente, de acordo com as evidências científicas e o contexto do serviço de saúde, sendo aceitos documentos com no máximo 3 anos a partir da data de publicação ou última revisão.

A comprovação da capacitação deve ser em documento (físico ou digital) contendo data, carga horária, conteúdo ministrado e nome do instrutor/instituição promotora e dos profissionais capacitados.

Por favor, envie entre 2 e 4 arquivos

Enviar arquivos

Indicador 7 - PROTOCOLO IMPLANTADO DE PARTO SEGURO

A implantação de um protocolo de parto seguro indica a presença de uma estrutura organizacional básica para aumentar a adesão às práticas de segurança em partos e prevenir eventos adversos cirúrgicos relacionados ao parto (vaginal ou cesárea), reduzindo a mortalidade materna e neonatal.

O Protocolo implantado de Parto Seguro deve conter, minimamente: Orientação para aplicação da Lista de Verificação para Parto Seguro (LVPS) da Organização Mundial da Saúde (OMS) (<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/cartazes/checklist-oms-parto-seguro.pdf/view>) em quatro momentos, pelos profissionais de saúde (médico obstetra, enfermeiro obstetra/obstetriz, anestesista e demais membros da equipe de enfermagem):

1) ADMISSÃO – Antes do parto;

2) ANTES DO PARTO (vaginal ou cesárea);

3) LOGO APÓS O PARTO – Na primeira hora e 4) ANTES DA ALTA.

O serviço de saúde deve informar se, no momento do preenchimento do Formulário, o **Protocolo de Cirurgia Segura** está implantado em sua instituição (SIM ou NÃO):

() SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo de parto seguro E realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.

() NÃO, o serviço de saúde não implantou um protocolo de parto seguro OU não realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.

() NÃO SE APLICA, pois o serviço de saúde não realiza parto. Esta resposta não prejudica a pontuação final do nível de adesão às práticas de segurança do paciente.

➤ Para comprovar a implantação do protocolo de parto seguro, é necessário anexar a este formulário, dois documentos comprobatórios:

3. Documento do protocolo de parto seguro com todos os conteúdos básicos;

4. Pelo menos um documento comprobatório de capacitação dos profissionais de saúde sobre esse protocolo em 2025.



Essa questão somente ficará visível no formulário, se o serviço de saúde assinalar:

“SIM” na questão “O SERVIÇO DE SAÚDE REALIZA PARTO?”



A aba para anexar os documentos comprobatórios surgirá se o respondente marcar a opção de resposta:

SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo de parto seguro E realizou capacitação sobre o protocolo em 2025:

EM CASO DE PROTOCOLO IMPLANTADO DE PARTO SEGURO, ANEXAR DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

Para comprovar a implantação do Protocolo de Parto Seguro, é necessário anexar dois documentos comprobatórios:

1. Documento do protocolo com todos os conteúdos básicos.
2. Documento comprobatório de ação de capacitação aos profissionais de saúde sobre esse protocolo em 2025.

O Protocolo deve ser atualizado periodicamente, de acordo com as evidências científicas e o contexto do serviço de saúde, sendo aceitos documentos com no máximo 3 anos a partir da data de publicação ou última revisão.

A comprovação da capacitação deve ser em documento (físico ou digital) contendo data, carga horária, conteúdo ministrado e nome do instrutor/instituição promotora e dos profissionais capacitados.

Por favor, envie entre 2 e 4 arquivos

Enviar arquivos

Indicador 8 - PROTOCOLO IMPLANTADO PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

A implantação de um protocolo para prevenção de lesão por pressão indica a presença de uma estrutura organizacional básica para aumentar a adesão a esta prática de segurança do paciente. Como base para elaborar e adaptar esse protocolo, foi publicado o **Protocolo Nacional para Prevenção de Lesão por Pressão**, disponível em:

<https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-ulcera-por-pressao>

O Protocolo para Prevenção de Lesão por Pressão deve conter, minimamente:

- a) Determinação e instruções para realização da avaliação de risco de lesão por pressão em todos os pacientes admitidos e durante a internação;
- b) Descrição das medidas de prevenção de lesão por pressão, com base na avaliação de risco realizada.
- c) Orientações e estratégias de engajamento dos pacientes / familiares / cuidadores na prevenção de lesões por pressão.



O serviço de saúde deve informar se, no momento do preenchimento do Formulário, o **Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão** está implantado em sua instituição (SIM ou NÃO):

() SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo para prevenção de lesão por pressão **E** realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.

() NÃO, o serviço de saúde não implantou um protocolo para prevenção de lesão por pressão **OU** não realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.

➤ Para comprovar a implantação do protocolo, é necessário anexar a este formulário dois documentos comprobatórios:

1. Documento do protocolo com todos os conteúdos básicos.
2. Pelo menos um documento comprobatório de capacitação dos profissionais de saúde sobre esse protocolo em 2025.

 A aba para anexar os documentos comprobatórios surgirá se o respondente marcar a opção “**SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo para prevenção de lesão por pressão E realizou capacitação sobre o protocolo em 2025**”:

EM CASO DE PROTOCOLO IMPLANTADO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO, ANEXAR DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

📌 Para comprovar a implantação do Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão, é necessário anexar dois documentos comprobatórios:

1. Documento do protocolo com todos os conteúdos básicos.
2. Documento comprobatório de ação de capacitação aos profissionais de saúde sobre esse protocolo em 2025.

💡 Os Protocolos devem ser atualizados periodicamente, de acordo com as evidências científicas e o contexto do serviço de saúde, sendo aceitos protocolos com no máximo 3 anos a partir da data de publicação ou revisão.

💡 A comprovação da capacitação deve ser em documento (físico ou digital) contendo data, carga horária, conteúdo ministrado e nome do instrutor/instituição promotora e dos profissionais capacitados

🚫 Por favor, envie entre 2 e 4 arquivos

 Enviar arquivos

Indicador 9 - PROTOCOLO IMPLANTADO PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS

*A implantação de um protocolo para prevenção de quedas indica a presença de uma estrutura organizacional básica para aumentar a adesão a esta prática de segurança do paciente. Como base para elaborar e adaptar esse protocolo, foi publicado o **Protocolo Nacional para Prevenção de Quedas em Serviços de***

<https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/s/protocolo-de-prevencao-de-quedas>.

O Protocolo para Prevenção de Quedas deve conter, minimamente:

- a. *Determinação e instruções da avaliação de risco de queda em todos os pacientes admitidos e durante a internação;*
- b. *Descrição das medidas de prevenção de queda do paciente, com base na avaliação de risco realizada.*
- c. *Orientações para registro de quedas nos prontuários dos pacientes.*
- d. *Orientações e estratégias de engajamento dos pacientes / familiares / cuidadores na prevenção de quedas. (item obrigatório em 2025)*



O serviço de saúde deve informar se, no momento do preenchimento do Formulário, o **Protocolo para Prevenção de Quedas** está implantado em sua instituição (SIM ou NÃO):

() SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo para prevenção de quedas E realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.

() NÃO, o serviço de saúde não implantou um protocolo para prevenção de quedas OU não realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.

➤ Para comprovar a implantação do protocolo, é necessário anexar a este formulário, dois documentos comprobatórios:

1. Documento do protocolo com todos os conteúdos básicos.
2. Pelo menos um documento comprobatório de capacitação dos profissionais de saúde sobre esse protocolo em 2025.



A aba para anexar os documentos comprobatórios surgirá se o respondente marcar a opção **“SIM, o serviço de saúde implantou o protocolo para prevenção de quedas E realizou capacitação sobre o protocolo em 2025”**:

EM CASO DE PROTOCOLO IMPLANTADO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS, ANEXAR DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

📌 Para comprovar a implantação do Protocolo de Prevenção de Quedas, é necessário anexar dois documentos comprobatórios:

1. Documento do protocolo com todos os conteúdos básicos.
2. Documento comprobatório de ação de capacitação aos profissionais de saúde sobre esse protocolo em 2025.

💡 Os Protocolos devem ser atualizados periodicamente, de acordo com as evidências científicas e o contexto do serviço de saúde, sendo aceitos protocolos com no máximo 3 anos a partir da data de publicação ou revisão.

💡 A comprovação da capacitação deve ser em documento (físico ou digital) contendo data, carga horária, conteúdo ministrado e nome do instrutor/instituição promotora e dos profissionais capacitados.

🚫 Por favor, envie entre 2 e 4 arquivos

📎 Enviar arquivos

Indicador 10 - **PROTOCOLO IMPLANTADO PARA SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

A implantação de um Protocolo para Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos no hospital indica a presença de uma estrutura organizacional básica para a prevenção de erros de medicação. Como base para elaborar e adaptar esse protocolo, foi publicado o **Protocolo Nacional para Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos**, disponível em:

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>

O Protocolo para Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos deve conter, minimamente:

a. Itens de verificação para a prescrição segura de medicamentos (prescrição com identificação do paciente, do prescritor, da instituição e da data de prescrição; legibilidade; padronização de lista de abreviaturas, símbolos e expressões de dose que **NÃO** devem ser utilizadas);

b. *Itens de verificação para a dispensação segura de medicamentos (análise das prescrições e conferência de todos os medicamentos dispensados, em especial aqueles considerados potencialmente perigosos ou de alta vigilância);*

c. *Itens de verificação para a administração segura de medicamentos (verificação dos nove certos – paciente certo; medicamento certo; via certa; hora certa; dose certa; registro certo; orientação correta; forma certa; e resposta certa).*

d. Orientações de engajamento dos pacientes / familiares / cuidados na prevenção de eventos adversos relacionados ao erro de medicação. (item obrigatório em 2025).



O serviço de saúde deve informar se, no momento do preenchimento do Formulário, o **Protocolo Para Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos** está implantado em sua instituição (SIM ou NÃO):

() SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos E realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.

() NÃO, o serviço de saúde não implantou um protocolo para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos OU não realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.

➤ Para comprovar a implantação do protocolo, é necessário anexar a este formulário, dois documentos comprobatórios:

1. Documento do protocolo com todos os conteúdos básicos.
2. Pelo menos um documento comprobatório de capacitação dos profissionais de saúde sobre esse protocolo em 2025.



A aba para anexar os documentos comprobatórios surgirá se o respondente marcar a opção **“SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos E realizou capacitação sobre o protocolo em 2025”**:

EM CASO DE PROTOCOLO IMPLANTADO PARA A SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS, ANEXAR OS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

❗ Para comprovar a implantação do Protocolo para a Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, é necessário anexar dois documentos comprobatórios:

1. Documento do protocolo com todos os conteúdos básicos.
2. Documento comprobatório de ação de capacitação aos profissionais de saúde sobre esse protocolo em 2025.

💡 Os Protocolos devem ser atualizados periodicamente, de acordo com as evidências científicas e o contexto do serviço de saúde, sendo aceitos protocolos com no máximo 3 anos a partir da data de publicação ou revisão.

💡 A comprovação da capacitação deve ser em documento (físico ou digital) contendo data, carga horária, conteúdo ministrado e nome do instrutor/instituição promotora e dos profissionais capacitados.

❗ Por favor, envie entre 2 e 4 arquivos

📎 Enviar arquivos

Indicador 11 - PROTOCOLO IMPLANTADO PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA AO USO DE CATETER CENTRAL

A implantação de um protocolo para a prevenção de infecção primária de corrente sanguínea associada ao uso de cateter central indica a presença de uma estrutura organizacional básica para a prevenção desse tipo de IRAS. Como base para elaborar e adaptar esse protocolo, foram publicadas **Medidas para a prevenção da infecção da corrente sanguínea**, disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/publicacoes/caderno-4-medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude.pdf/view>.

O Protocolo para Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Associada ao Uso de Cateter Central deve conter orientações para:

- a. Cuidados antes da inserção do cateter (por exemplo: uso de barreira máxima com uso do gorro, máscara, avental, luvas estéreis e campos estéreis grandes que cubram toda área a ser puncionada; preparo da pele com gluconato de clorexidina na concentração $\geq 0,5\%$ e utilização da veia subclávia como sítio preferencial para cateter central não tunelizado;
- b. Cuidados na manutenção do cateter (por exemplo: fixação correta do cateter, desinfecção de conectores antes de serem acessados, cuidados com o curativo e inspeção diária do sítio de inserção do cateter);
- c. Cuidados na retirada do cateter (por exemplo: remoção de cateteres desnecessários; orientação para que os cateteres inseridos em situação de emergência ou sem utilização de barreira máxima devam ser trocados para outro sítio assim que possível, não ultrapassando 48h;

d. orientação para não realizar troca pré-programada dos cateteres centrais).

e. Orientações estratégias de engajamento dos pacientes / familiares / cuidadores na prevenção de infecção primária de corrente sanguínea associada ao uso de cateter central (item obrigatório em 2025).



O serviço de saúde deve informar se, no momento do preenchimento do Formulário, o Protocolo para Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Associada ao Uso de Cateter Central está implantado em sua instituição (SIM ou NÃO):

() SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo para prevenção de infecção primária de corrente sanguínea associada ao uso de cateter central **E** realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.

() NÃO, o serviço de saúde não implantou um protocolo para prevenção de infecção primária de corrente sanguínea associada ao uso de cateter central **OU** não realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.

() NÃO SE APLICA, pois o serviço de saúde não utiliza cateter central (esta resposta não prejudica a pontuação final do nível de adesão às práticas de segurança do paciente).

➤ Para comprovar a implantação do protocolo, é necessário anexar a este formulário, dois documentos comprobatórios:

1. Documento do protocolo com todos os conteúdos básicos.
2. Pelo menos um documento comprobatório de capacitação dos profissionais de saúde sobre esse protocolo em 2025.



A aba para anexar os documentos comprobatórios surgirá se o respondente marcar a opção “**SIM**, o serviço de saúde implantou um protocolo para prevenção de infecção primária de correntesanguínea associada ao uso de cateter central **E** realizou capacitação sobre o protocolo em 2025:

EM CASO DE PROTOCOLO IMPLANTADO PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGÜÍNEA ASSOCIADA AO USO DE CATETER CENTRAL, ANEXAR DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

❗ Para comprovar a implantação do Protocolo para prevenção de infecção primária de corrente sanguínea associada ao uso de cateter central, é necessário anexar dois documentos comprobatórios:

1. Documento do protocolo com todos os conteúdos básicos.
2. Documento comprobatório de ação de capacitação aos profissionais de saúde sobre esse protocolo em 2025.

💡 Os Protocolos devem ser atualizados periodicamente, de acordo com as evidências científicas e o contexto do serviço de saúde, sendo aceitos protocolos com no máximo 3 anos a partir da data de publicação ou revisão.

💡 A comprovação da capacitação deve ser em documento (físico ou digital) contendo data, carga horária, conteúdo ministrado e nome do instrutor/instituição promotora e dos profissionais capacitados.

❗ Por favor, envie entre 2 e 4 arquivos

📎 Enviar arquivos

Indicador 12 - PROTOCOLO PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO RELACIONADO AO USO DE CATETER VESICAL DE DEMORA IMPLANTADO

A implantação de um **Protocolo para a prevenção de infecção do trato urinário** relacionado ao uso de cateter vesical de demora indica a presença de uma estrutura organizacional básica para a prevenção desse tipo de IRAS. Como base para elaborar e adaptar esse protocolo, foram publicadas **Medidas de prevenção de infecção do trato urinário**, disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/publicacoes/caderno-4-medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-saude.pdf/view>.

O Protocolo para a Prevenção de Infecção do Trato Urinário Relacionado ao Uso de Cateter Vesical de Demora deve conter orientações para:

- a. Cuidados antes da inserção do cateter urinário (por exemplo: inserção de cateter apenas nas indicações apropriadas; inserção com técnica asséptica e realizada apenas por profissionais capacitados);
- b. Cuidados na manutenção do cateter urinário (por exemplo: manter o sistema de drenagem fechado e estéril; trocar todo o sistema quando ocorrer desconexão, quebra da técnica asséptica ou vazamento; manter fluxo de urina desobstruído; esvaziar bolsa coletora regularmente; manter bolsa coletora abaixo do nível da bexiga; não realizar irrigação do cateter com antimicrobianos nem usar antissépticos tópicos aplicados ao cateter, uretra ou meato uretral);
- c. Cuidados na retirada do cateter urinário (por exemplo: implantar visita diária com médico e enfermeiro para revisar a necessidade de manutenção do

cateter; disponibilizar lembretes-padrão para a remoção do cateter no prontuário escrito ou eletrônico).

d. Orientações e estratégias de engajamento dos pacientes/familiares/cuidadores na prevenção de eventos adversos relacionados a infecção de trato urinário relacionada ao uso de cateter vesical de demora (Item obrigatório em 2025).



O serviço de saúde deve informar se, no momento do preenchimento do Formulário, o Protocolo para Prevenção de Infecção do Trato Urinário Relacionado ao Uso de Cateter Vesical de Demora está implantado em sua instituição (SIM ou NÃO):

() SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo para prevenção de infecção do trato urinário relacionado ao uso de cateter vesical de demora **E** realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.

() NÃO, o serviço de saúde não implantou um protocolo para prevenção de infecção do trato urinário relacionado ao uso de cateter vesical de demora **OU** não realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.

➤ Para comprovar a implantação do protocolo, é necessário anexar a este formulário, dois documentos comprobatórios:

1. Documento do protocolo com todos os conteúdos básicos.
2. Pelo menos um documento comprobatório de ação de capacitação aos profissionais de saúde sobre esse protocolo em 2025.



A aba para anexar os documentos comprobatórios surgirá se o respondente marcar a opção “**SIM**, o serviço de saúde implantou um protocolo para prevenção de infecção do trato urinário relacionado ao uso de cateter vesical de demora **E** realizou capacitação sobre o protocolo em 2025”:

EM CASO DE PROTOCOLO IMPLANTADO PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO RELACIONADO AO USO DE CATETER VESICAL DE DEMORA

❗ Para comprovar a implantação do Protocolo de infecção do trato urinário relacionada ao uso de cateter vesical de demora, é necessário anexar dois documentos comprobatórios:

1. Documento do protocolo com todos os conteúdos básicos.
2. Documento comprobatório de ação de capacitação aos profissionais de saúde sobre esse protocolo em 2025.

💡 Os Protocolos devem ser atualizados periodicamente, de acordo com as evidências científicas e o contexto do serviço de saúde, sendo aceitos protocolos com no máximo 3 anos a partir da data de publicação ou revisão.

💡 A comprovação da capacitação deve ser em documento (físico ou digital) contendo data, carga horária, conteúdo ministrado e nome do instrutor/instituição promotora e dos profissionais capacitados.

❗ Por favor, envie entre 2 e 4 arquivos

📎 Enviar arquivos

Indicador 13 - PROTOCOLO PARA A PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV) IMPLANTADO

*A implantação de um Protocolo para a prevenção de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica (PAV) implantado indica a presença de uma estrutura organizacional básica para a prevenção desse tipo de IRAS. Como base para elaborar e adaptar esse protocolo, foram publicadas **Medidas para a prevenção de pneumonia associada à assistência à saúde**, disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/publicacoes/caderno-4-medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude.pdf/view>.*

O Protocolo para a prevenção de PAV deve conter no mínimo orientações para:

- a. Manter os pacientes com a cabeceira elevada entre 30° e 45°;*
- b. Adequar diariamente o nível de sedação e realizar o teste de respiração espontânea;*
- c. Realizar a higiene oral com antissépticos;*
- d. Aspirar a secreção subglótica rotineiramente e atentar para os períodos de troca do circuito do ventilador;*
- e. Observar a indicação e cuidados com umidificadores e sistemas de aspiração.*
- f. Orientações e estratégias de engajamento dos pacientes/familiares/cuidadores na prevenção de eventos adversos relacionados a pneumonia associada à ventilação mecânica (Item obrigatório em 2025).*



O serviço de saúde deve informar se, no momento do preenchimento do Formulário, o *Protocolo para a prevenção de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica* está implantado em sua instituição (SIM ou NÃO):

() SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo para prevenção de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica **E** realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.

() NÃO, o serviço de saúde não implantou um protocolo para prevenção de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica **OU** não realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.

() NÃO SE APLICA, pois o serviço de saúde não possui ventilador mecânico (esta resposta não prejudica a pontuação final do nível de adesão às práticas de segurança do paciente).

➤ Para comprovar a implantação do protocolo, é necessário anexar a este formulário, dois documentos comprobatórios:

1. Documento do protocolo com todos os conteúdos básicos.
2. Pelo menos um documento comprobatório de capacitação dos profissionais de saúde sobre esse protocolo em 2025.



A aba para anexar os documentos comprobatórios surgirá se o respondente marcar a opção: “**SIM**, o serviço de saúde implantou um protocolo para prevenção de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica **E** anexou os 2 (dois) documentos comprobatórios.”

EM CASO DE PROTOCOLO IMPLANTADO PARA A PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA AO USO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA, ANEXAR DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

Para comprovar a implantação do **Protocolo para a Prevenção de Pneumonia associada ao uso de Ventilação Mecânica**, é necessário anexar dois documentos comprobatórios:

1. Documento do protocolo com todos os conteúdos básicos.
2. Documento comprobatório de ação de capacitação aos profissionais de saúde sobre esse protocolo em 2025

Os Protocolos devem ser atualizados periodicamente, de acordo com as evidências científicas e o contexto do serviço de saúde, sendo aceitos protocolos com no máximo 3 anos a partir da data de publicação ou revisão.

A comprovação da capacitação deve ser em documento (físico ou digital) contendo data, carga horária, conteúdo ministrado e nome do instrutor/instituição promotora e dos profissionais capacitados.

Por favor, envie entre 2 e 4 arquivos

Enviar arquivos

Indicador 14 - PROTOCOLO PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO IMPLANTADO

A implantação de um protocolo para a prevenção de infecção do sítio cirúrgico indica a presença de uma estrutura organizacional básica para a prevenção desse tipo de IRAS. Como base para elaborar e adaptar esse protocolo, foram publicadas **Medidas de prevenção de infecção cirúrgica**, disponível em:

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/publicacoes/caderno-4-medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude.pdf/view>.

O **Protocolo para a Prevenção de Infecção do Sítio Cirúrgico** deve conter orientações para:

a.Cuidados no pré-operatório (por exemplo: controle da glicemia, antibioticoprofilaxia com indicação apropriada e administração da dose efetiva em até 60 minutos antes da incisão cirúrgica; realização de tricotomia somente quando necessário, sem utilização de lâminas; uso de antissépticos que contenham álcool - associados a clorexidina ou iodo no preparo da pele do paciente).

b.Cuidados no intraoperatório (por exemplo: manutenção da normotermia e normovolemia do paciente);

c.Cuidados do pós-operatório (por exemplo: realização de vigilância de casos de infecção por busca ativa; orientação a pacientes e familiares sobre as principais medidas de prevenção de ISC; cuidados

com curativos e drenos, etc.);

d. Orientações e estratégias de engajamento dos pacientes / familiares / cuidadores na prevenção de infecção de sítio cirúrgico.



O serviço de saúde deve informar se, no momento do preenchimento do Formulário, o *Protocolo para a Prevenção de Infecção do Sítio Cirúrgico* está implantado em sua instituição (SIM ou NÃO):

() SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo para prevenção de infecção do sítio cirúrgico **E** realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.

() NÃO, o serviço de saúde não implantou um protocolo para prevenção de infecção do sítio cirúrgico **OU** não realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.

() NÃO SE APLICA, pois o serviço de saúde não possui centro cirúrgico nem dispõe de leitos cirúrgicos (esta resposta não prejudica a pontuação final do nível de adesão às práticas de segurança do paciente).

➤ Para comprovar a implantação do protocolo, é necessário anexar a este formulário, dois documentos comprobatórios:

1. Documento do protocolo com todos os conteúdos básicos.
2. Pelo menos um documento comprobatório de capacitação aos profissionais de saúde sobre esse protocolo em 2025.



A aba para anexar os documentos comprobatórios surgirá se o respondente marcar a opção: “**SIM**, o serviço de saúde implantou um protocolo para prevenção de infecção do sítio cirúrgico **E** realizou capacitação sobre o protocolo em 2025”:

EM CASO DE PROTOCOLO IMPLANTADO PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO, ANEXAR DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

📌 Para comprovar a implantação do **Protocolo para a Prevenção de Infecção do Sítio Cirúrgico**, é necessário anexar dois documentos comprobatórios:

1. Documento do protocolo com todos os conteúdos básicos.
2. Documento comprobatório de ação de capacitação aos profissionais de saúde sobre esse protocolo em 2025.

💡 O Protocolo deve ser atualizado periodicamente, de acordo com as evidências científicas e o contexto do serviço de saúde, sendo aceitos documentos com no máximo 3 anos a partir da data de publicação ou última revisão.

💡 A comprovação da capacitação deve ser em documento (físico ou digital) contendo data, carga horária, conteúdo ministrado e nome do instrutor/instituição promotora e dos profissionais capacitados.

📌 Por favor, envie entre 2 e 4 arquivos

📁 Enviar arquivos

Indicador 15 - PROTOCOLO DE PRECAUÇÃO E ISOLAMENTO IMPLANTADO

A implantação de um protocolo de precauções e isolamento indica a presença de uma estrutura organizacional básica para a prevenção de IRAS e controle da transmissão de microrganismos multirresistentes.

O Protocolo de Precaução e Isolamento, baseado no mecanismo de transmissão deve conter minimamente:

***a. Tipos de precauções** (padrão, contato, gotículas e aerossóis) e medidas para isolamento. Orientações específicas por tipo de precaução, considerando a limpeza do ambiente, a indicação do uso de equipamentos de proteção individual (EPI - máscara, luvas, avental, óculos de proteção e protetor facial) e equipamento de proteção respiratória;*

***b. Orientações para o isolamento de pacientes** (por exemplo, vigilância e monitoramento de microrganismos multirresistentes, com pronta identificação de novos mecanismos de resistência microbiana aos antimicrobianos).*

***c. Orientações e estratégias de engajamento dos pacientes/familiares/cuidadores na prevenção de eventos adversos em pacientes em precaução de contato e isolamento** (Item obrigatório em 2025).*



O serviço de saúde deve informar se, no momento do preenchimento do Formulário, o **Protocolo de Prevenção e Isolamento** está implantado em sua instituição (SIM ou NÃO):

() SIM, o serviço de saúde implantou um protocolo de precauções e isolamento **E** realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.

() NÃO, o serviço de saúde não implantou um protocolo de precauções e isolamento **OU** não realizou capacitação sobre o protocolo em 2025.

➤ Para comprovar a implantação do protocolo, é necessário anexar a este formulário, dois documentos comprobatórios:

1. Documento do protocolo com todos os conteúdos básicos.
2. Pelo menos um documento comprobatório de capacitação aos profissionais de saúde sobre esse protocolo em 2025.



A aba para anexar os documentos comprobatórios surgirá se o respondente marcar opção “**SIM**, o serviço de saúde implantou um protocolo de precauções e isolamento **E** realizou capacitação sobre o protocolo em 2025”:

EM CASO DE PROTOCOLO IMPLANTADO DE PRECAUÇÃO E ISOLAMENTO IMPLANTADO, ANEXAR DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

📌 Para comprovar a implantação do protocolo, é necessário anexar a este formulário, dois documentos comprobatórios:

1. Documento do **Protocolo de Prevenção e Isolamento** com todos os conteúdos básicos.
2. Documento comprobatório de ação de capacitação aos profissionais de saúde sobre esse protocolo em 2025.

💡 O Protocolo deve ser atualizado periodicamente, de acordo com as evidências científicas e o contexto do serviço de saúde, sendo aceitos documentos com no máximo 3 anos a partir da data de publicação ou última revisão.

💡 A comprovação da capacitação deve ser em documento (físico ou digital) contendo data, carga horária, conteúdo ministrado e nome do instrutor/instituição promotora e dos profissionais capacitados.

❗ Por favor, envie entre 2 e 4 arquivos

📎 Enviar arquivos

4.3 INDICADORES DE PROCESSO

Os indicadores de processo (16 a 23) mensuram a adesão aos protocolos de segurança do paciente no serviço de saúde. As práticas avaliadas nesses indicadores envolvem processos-chave que demonstram se os protocolos

estão sendo utilizados, que é um requisito fundamental para que eles cumpram o objetivo de reduzir os riscos assistenciais e eventos adversos conhecidos nos serviços de saúde.

A seguir, estão descritas 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).

4.3.1. Procedimentos de coleta de dados - Seleção

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**.

13.3.1.1 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.

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**.

4.3.2 Preenchimento e envio dos dados da planilha de conformidade de indicadores de processo (Indicadores 16 a 18)

Para auxiliar o preenchimento dos indicadores de processo, a GVIMS/GGTES/Anvisa disponibiliza a **Planilha de conformidade de indicadores de processo**, disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/arquivos>



Esta Planilha deve ser preenchida após a seleção da amostra e anexada ao Formulário eletrônico de **Autoavaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente - Hospitais sem UTI - 2026**.

O serviço de saúde deve preencher os campos: Nome do serviço de saúde e código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

A partir da amostra selecionada, deve-se proceder à análise retrospectiva dos prontuários, na busca dos dados:

4.3.2.1 Número do Prontuário (Registro);

4.3.2.2 Data de Saída (alta, óbito ou transferência);

4.3.2.3 Conformidade às Práticas de Segurança (SIM/NÃO):
Conformidade para avaliação de risco de lesões por pressão;
Conformidade para avaliação de risco de queda e Conformidade para adesão à Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica (LVSC).

- Todas as avaliações de Risco (lesão por pressão e quedas) e a LVSC devem estar **anexadas** ao Prontuário do paciente para que os itens sejam considerados SIM na **Planilha de Conformidade de Indicadores de Processo**.

De posse dessas informações, deve-se proceder ao preenchimento da **Planilha de conformidade de indicadores de processo – Práticas para a Segurança do Paciente**, conforme descrito a seguir.

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

4.3.2.4 Nesta Planilha, o total de SIM será automaticamente calculado no campo Total (última linha).

4.3.2.5 Os indicadores 16 a 18 deste formulário mensuram a conformidade das avaliações de risco realizadas pelo serviço para cada prontuário (SIM OU NÃO).

Para alcançar o nível de conformidade ACEITÁVEL e pontuar nestas 3 questões, **pelo menos 12 dos 17** prontuários selecionados aleatoriamente devem apresentar conformidade (resposta SIM) ao indicador avaliado.

Ressalta-se que o padrão de qualidade dos indicadores de processo é baseado na 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%).



Os resultados obtidos na **Planilha de conformidade de indicadores de processo** para cada Indicador (campo Total) devem ser informados nos campos referentes aos Indicadores 16 a 18 do *Formulário Nacional de Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente*, **indicando o total (número absoluto) de respostas afirmativas** para os indicadores de processo.



A **Planilha de conformidade de indicadores de processo com os dados dos indicadores 16, 17 e 18** deve ser preenchida e anexada ao **indicador 18** no formulário de *Autoavaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente- Hospitais sem UTI - 2026*.

Se o serviço de saúde NÃO realizar avaliação de conformidade dos 3 indicadores de processo (risco de quedas, lesão por pressão e aplicação da LVSC), deverá preencher 0 (zero) no campo onde deve ser registrado o total (número absoluto) de prontuários avaliados e NÃO é necessário o envio da planilha.

Indicador 16 - CONFORMIDADE DA AVALIAÇÃO DE RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO

*O registro da avaliação de risco de lesão por pressão nos pacientes internados é uma prática de segurança do paciente que indica a adesão dos profissionais de saúde ao protocolo para prevenção de lesão por pressão. O **Protocolo para Prevenção de Úlcera (Lesão) por Pressão** está disponível em:*
<https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-ulcera-por-pressao>



No campo aberto do Formulário, deve ser registrado o total (número absoluto) de prontuários com registro adequado da avaliação de risco de lesão por pressão na amostra aleatória selecionada:

Indicador 16 - CONFORMIDADE DA AVALIAÇÃO DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO

16- O registro da avaliação de risco de lesão por pressão nos pacientes internados é uma prática de segurança do paciente que indica a adesão dos profissionais de saúde ao protocolo para prevenção de lesão por pressão. Como base para elaborar e adaptar esse protocolo, foi publicado o Protocolo para Prevenção de Úlcera (Lesão) por Pressão. Indicar o total (número absoluto) de pacientes que tinham o registro adequado da avaliação de risco de lesão por pressão na amostra aleatória selecionada. *

- Este número (0 a 17) é resultante do total (número absoluto) de respostas afirmativas (“SIM”) para a avaliação de risco para lesão por pressão inseridos na **Planilha de conformidade de indicadores de processo** (<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/arquivos>)
- Exemplo: 13 prontuários com respostas afirmativas (SIM) para avaliação de risco para lesão por pressão:

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	

- Se o serviço de saúde NÃO realizou avaliação do risco de lesão por pressão no ano de 2025, inserir o número ZERO no campo do formulário referente ao número de registros / prontuários conformes.

Neste caso, não preencher as células da planilha de conformidade da avaliação do risco de lesão por pressão.

Indicador 17 - CONFORMIDADE DA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

O registro da avaliação de risco de quedas nos pacientes internados é uma prática de segurança do paciente que indica a adesão dos profissionais de saúde ao protocolo para prevenção de quedas. O **Protocolo para Prevenção de Quedas** está disponível em <https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-prevencao-de-quedas>



No campo aberto do Formulário, deve ser registrado o total (número absoluto) de prontuários com registro adequado da avaliação de risco de queda na amostra aleatória selecionada:

*** 17- CONFORMIDADE DA AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA**

O registro da avaliação de risco de quedas nos pacientes internados é uma prática de segurança do paciente que indica a adesão dos profissionais de saúde ao Protocolo para Prevenção de Quedas.

Indicar o total (número absoluto) de pacientes que tinham o registro adequado da avaliação de risco de quedas na amostra aleatória selecionada.

➊ Seguir as instruções para seleção de prontuários e preenchimento da **Planilha de conformidade de indicadores de processo** descritas no documento intitulado **ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DA AUTOAVALIAÇÃO NACIONAL DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE: HOSPITAIS SEM UTI – Ano: 2026**

A planilha de conformidade de indicadores de processo está disponível em <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/arquivos>

➋ A sua resposta deve ser entre 0 e 17
➌ Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.



- Este número é resultante do total (número absoluto) de respostas afirmativas (“SIM”) para a avaliação de risco de queda inseridos na **Planilha de conformidade de indicadores de processo** (<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/arquivos>).
- Exemplo: 15 prontuários com respostas afirmativas (SIM) para avaliação de risco de queda:

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
SIM
SIM
SIM
NÃO
NÃO

15

- Se o serviço de saúde NÃO realizou avaliação do risco de queda no ano de 2025, inserir o número ZERO no campo do formulário referente ao número de registros / prontuários conformes. Neste caso, não preencher as células da planilha de conformidade da avaliação do risco de queda.

Indicador 18 - CONFORMIDADE DA APLICAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DA SEGURANÇA CIRÚRGICA (LVSC)

O preenchimento da LVSC é uma prática de segurança do paciente que indica a adesão dos profissionais de saúde ao protocolo de cirurgia segura.

O **Protocolo para Cirurgia Segura** está disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-cirurgia-segura>

Caso o serviço de saúde **não possua Centro Cirúrgico nem Centro Obstétrico**, ele deve preencher 0 (zero) no campo referente ao número de prontuários avaliados. Neste caso, não preencher as células da planilha de conformidade da avaliação do risco de queda. Não haverá prejuízo na avaliação.



No campo aberto do Formulário, deve ser registrado o total (número absoluto) de LVSC preenchidas entre os 17 prontuários selecionados aleatoriamente.

- Este número é resultante do total (número absoluto) de respostas afirmativas (“SIM”) para LVSC preenchidas e inseridas na **Planilha de conformidade de indicadores de processo**

(<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/arquivos>)

- Exemplo: 11 prontuários com respostas afirmativas (SIM) para LVSC preenchidas.

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	
NÃO	
NÃO	
SIM	
SIM	
11	



A **Planilha de conformidade de indicadores de processo - Práticas de segurança do paciente** devidamente preenchida deve ser anexada ao Formulário.

18- CONFORMIDADE DA APLICAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DA SEGURANÇA CIRÚRGICA (LVSC)

O preenchimento da LVSC é uma prática de segurança do paciente que indica a adesão dos profissionais de saúde ao protocolo de cirurgia segura.

Informar o número de LVSC preenchidas entre os 17 prontuários selecionados aleatoriamente.

➊ Seguir as instruções para seleção de prontuários e preenchimento da **Planilha de conformidade de indicadores de processo**, descritas no documento intitulado **ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DA AUTOAVALIAÇÃO NACIONAL DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE: HOSPITAIS SEM UTI – Ano: 2026**.

A planilha de conformidade de indicadores de processo, que está disponível em <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/arquivos>, deve ser devidamente preenchida e anexada ao formulário.

➋ A sua resposta deve ser entre 0 e 17

➌ Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

- Se o serviço de saúde NÃO aplicou a LVSC no ano de 2025, inserir o número ZERO no campo do formulário referente ao número de registros / prontuários conformes. Neste caso, não preencher as células da planilha de conformidade de aplicação da LVSC.
- Se o serviço de saúde não possui centro cirúrgico nem centro obstétrico, não é necessário preencher na planilha, a coluna referente à aplicação da LVSC. Não haverá prejuízo para o serviço na pontuação final da avaliação.

Os indicadores 19 a 23 estão relacionados com práticas essenciais para a promoção de uma cultura de segurança do paciente, adesão às práticas de segurança do paciente e redução de eventos adversos nos serviços de saúde.

Indicador 19 - REGULARIDADE DO MONITORAMENTO MENSAL DO CONSUMO DE PREPARAÇÃO ALCOÓLICA PARA HIGIENE DAS MÃOS

O consumo de preparação alcoólica para higiene das mãos indica de forma indireta o nível de adesão ao protocolo de higiene das mãos no serviço de saúde. Este indicador revela se o serviço de saúde está realizando o monitoramento indireto da adesão à higiene das mãos e se o consumo de preparação alcoólica é adequado, alcançando o padrão mínimo estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 20ml/paciente-dia.

O Protocolo Nacional para a prática de Higiene das Mãos está disponível em:

<https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-higiene-das-maos>



O serviço de saúde deve escolher uma das seguintes opções de resposta a esse indicador:

() SIM, o serviço de saúde monitora o consumo de preparação alcoólica para higiene das mãos.

() NÃO - o serviço de saúde não monitora o consumo de preparação alcoólica para higiene das mãos.

O indicador do Consumo de preparação alcoólica para higiene das mãos deve ser notificado mensalmente à GVIMS/GGTES/ANVISA, por meio do Formulário eletrônico (*LimeSurvey*) AVALIAÇÃO DO CONSUMO DE PREPARAÇÃO ALCÓOLICA PARA HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE - 2025 (<https://pesquisa.anvisa.gov.br/index.php/875761?lang=pt-BR>).

Ressalta-se que, para o preenchimento dos campos do numerador e denominador referentes a este indicador, devem ser notificados números absolutos e inteiros.

➤ Outra possibilidade é enviar o resultado do consumo de preparação alcoólica para higiene das mãos ao estado/DF. A Anvisa ou o estado irão comprovar o envio dos últimos 10 a 12 meses referente ao ano avaliado (01/01/2025 a 31/12/2025).

Indicador 20 - REGULARIDADE DA NOTIFICAÇÃO MENSAL DE INCIDENTES RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Notificar mensalmente incidentes de segurança regularmente ao sistema de notificações da Anvisa é uma prática regulada nacionalmente para a promoção da cultura de segurança do paciente, identificação de riscos no sistema de

saúde e aprendizagem para a redução de riscos.

Todos os incidentes relacionados à assistência à saúde, incluindo os eventos adversos ocorridos em serviços de saúde devem ser notificados ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), pelos NSP, de acordo com a RDC/Anvisa nº 36/2013. Conforme o artigo 10 da referida RDC, cabe ao serviço de saúde notificar casos de óbitos relacionados aos eventos adversos em até 72 horas após a ocorrência do evento.

No caso de ocorrência de óbitos e never events (eventos que nunca devem ocorrer em serviços de saúde), de acordo com a **Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa Nº 09/2025 - Orientações gerais para a notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde** (<https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/nota-tecnica-09-2025-notificacoes-ea-2025-25-07-2025-002.pdf/view>), o serviço de saúde deve completar o preenchimento das 10 etapas da notificação no módulo de notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde do [NOTIVISA - módulo Assistência à Saúde](#), no prazo de 60 dias corridos a partir da data da notificação (que correspondem à investigação por meio de análise de causa raiz).

Os *never events* passíveis de notificação no módulo *Assistência à Saúde do NOTIVISA* estão indicados na referida Nota Técnica.

Mais informações estão disponíveis em [Como notificar incidentes/eventos adversos relacionados à assistência à saúde — Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa](#)

ATENÇÃO

Este indicador é considerado um requisito mínimo para as práticas de segurança do paciente.

Se o serviço de saúde não comprovar a conformidade deste indicador será diretamente classificado como **baixa conformidade** às práticas de segurança do paciente.

O serviço de saúde deve escolher uma das seguintes opções de resposta a esse indicador:

() SIM - o serviço de saúde notificou os incidentes relacionados à



assistência à saúde de 10 a 12 meses para a Anvisa em 2025.

() NÃO - o serviço de saúde não notificou os incidentes relacionados à assistência à saúde de 10 a 12 meses para a Anvisa em 2025.

➤ A Anvisa ou o Estado / DF irão comprovar o envio dos últimos 10 a 12 meses referente ao ano avaliado (01/01/2025 a 31/12/2025).

ATENÇÃO

➤ Para fins de pontuação nesse indicador, serão consideradas as notificações de incidentes e eventos adversos feitas ao SNVS, exclusivamente via Notivisa – módulo Assistência à Saúde.

Indicador 21 - REGULARIDADE DO MONITORAMENTO MENSAL DE INDICADORES DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (USANDO OS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS NACIONAIS DA ANVISA)

A notificação dos indicadores das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) dever ser realizada mensalmente, até o 15º dia útil após o mês de vigiância.

Esta notificação pode ser feita pelos formulários eletrônicos nacionais, disponibilizados pela Anvisa (https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/copy_of_notificacao-de-iras-e-rm) ou diretamente para o estado, conforme preconizado pelo Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (2026-2030), disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/pnpciras-e-pan-servicos-de-saude/PNPCIRAS_2026_2030____VERSAO_FINAL____jan_2026.pdf.



O serviço de saúde deve escolher uma das seguintes opções de resposta a esse indicador:

() SIM - o serviço de saúde notificou os indicadores de IRAS de 10 a 12 meses para a Anvisa ou para o Estado em 2025.

() NÃO - o serviço de saúde não notificou os indicadores de IRAS de 10 a 12 meses para a Anvisa ou para o Estado em 2025.

() NÃO - o serviço de saúde não monitora os indicadores de IRAS de notificação nacional obrigatória.

➤ A Anvisa ou o estado irão comprovar o envio dos últimos 10 a 12 meses referente ao ano avaliado (01/01/2025 a 31/12/2025).

Indicador 22 - PARTICIPAÇÃO NA AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

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.



O serviço de saúde deve escolher uma das seguintes opções de resposta a esse indicador:

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

() Não participou da avaliação da Cultura de Segurança do Paciente nos últimos 24 meses.

Para comprovar a participação do hospital na avaliação da Cultura de Segurança do Paciente, o serviço deve anexar pelo menos 1 (um) comprovante de participação na Avaliação de CSP, nos últimos 24 meses, emitido pela instituição que aplicou a avaliação, por meio de: declaração ou certificado; e-mail de confirmação; registro automático gerado pela plataforma; relatórios de atividades na plataforma; lista de avaliações concluídas no perfil do hospital e prints de tela mostrando "Avaliação enviada com sucesso".

EM CASO DE PARTICIPAÇÃO NA AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NOS ÚLTIMOS 24 MESES, ANEXAR DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

● Para comprovar a participação do hospital na avaliação da Cultura de Segurança do Paciente, o serviço deve anexar pelo menos 1 (um) comprovante de participação na Avaliação de CSP, nos últimos 24 meses, emitido pela instituição que aplicou a avaliação, por meio de: declaração ou certificado; e-mail de confirmação; registro automático gerado pela plataforma; relatórios de atividades na plataforma; lista de avaliações concluídas no perfil do hospital e prints de tela mostrando "Avaliação enviada com sucesso".

⚠ Por favor, envie entre 2 e 4 arquivos

 Enviar arquivos

Indicador 23 - MONITORAMENTO MENSAL DE INDICADORES DE CONFORMIDADE AOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

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](#)) e [Portaria GM nº 2.095, de 24 de setembro de 2013](#), 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).



O serviço de saúde deve escolher uma das seguintes opções de resposta a esse indicador:

SIM, o serviço de saúde monitorou os três indicadores de conformidade aos protocolos de segurança do paciente (ou dois indicadores, no caso de serviços de saúde sem centro cirúrgico) em 10-12 meses do ano de 2025 E anexou as planilhas de monitoramento neste formulário.

() NÃO, o serviço de saúde não monitorou os indicadores de conformidade aos protocolos de segurança do paciente durante 10-12 meses de 2025.



Para comprovar a conformidade deste indicador, é necessário anexar a planilha de monitoramento, referente ao ano de 2025 (01/01/2025 a 31/12/2025), dos três indicadores básicos de conformidade aos protocolos de segurança do paciente:

1. percentual de pacientes com avaliação de risco de lesão por pressão;
2. percentual de pacientes com avaliação de risco de quedas; e
3. percentual de pacientes com lista de verificação de segurança cirúrgica – LVSC preenchida.

- **Sugere-se** utilizar o modelo de planilha disponibilizada pela GVIMS / GGTES / Anvisa em <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/arquivos> .
- Se for utilizado outro modelo de planilha, deve ser anexado **apenas um arquivo contendo a planilha** (por exemplo, Excel/abas), apresentando os resultados do monitoramento destes indicadores de práticas de segurança do paciente em pelo menos 10 meses no ano de 2025.

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... × ▼

ANEXO(S) *



Para apoiar o monitoramento mensal destes indicadores, realizado pelos NSPs dos serviços de saúde, a GVIMS/GGTES/Anvisa disponibiliza uma Planilha Excel na qual constam duas abas: **“Planilha de Coleta de dados de indicadores de conformidade aos protocolos de segurança do paciente”** (dados brutos) e **“Planilha de consolidação e análise dos dados de monitoramento mensal dos indicadores de conformidade aos protocolos de segurança do paciente”** (dados agregados) - Ver figuras abaixo.

Para proceder ao preenchimento correto da **“Planilha de coleta de dados de indicadores de conformidade aos protocolos de segurança do paciente”**, o serviço de saúde deve:

- 1) Selecionar aleatoriamente, no mínimo, 17 prontuários dos meses a serem monitorados (ou 20 a 30, para viabilizar o monitoramento sem muitos casos);
- 2) Preencher a planilha na aba de coleta de dados (DADOS BRUTOS), inserindo o número dos prontuários selecionados, indicando a conformidade em relação a cada um dos indicadores (Sim; Não); e
- 3) Após preencher todos os dados, verificar os dados agregados na próxima aba (DADOS AGREGADOS) para construir o gráfico de monitoramento.

Ao clicar na aba seguinte (DADOS AGREGADOS), pode-se acessar a “Planilha de consolidação e análise dos dados de monitoramento mensal dos indicadores de conformidade aos protocolos de segurança do paciente”, que importa os dados preenchidos na “Planilha de Coleta de dados de indicadores de conformidade aos protocolos de segurança do paciente”, agregando os dados brutos e fornecendo os gráficos de monitoramento dos indicadores das práticas de segurança do paciente.

A Planilha de consolidação e análise dos dados de monitoramento mensal dos indicadores de conformidade aos protocolos de segurança do paciente” apresenta os dados agregados na Tabela de consolidação dos dados e nos Gráficos de série temporal (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 LVSC completamente preenchida - exceto se o serviço de saúde não possuir centro cirúrgico nem centro obstétrico).

Após inserir os dados na planilha anterior, clique em cima dos gráficos com o botão direito do mouse para “atualizar os dados”.



Agência Nacional
de Vigilância Sanitária

Coleta de dados dos indicadores de Práticas de Segurança do Paciente - Plano Integrado para Gestão Sanitária da 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:

1. 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.
2. 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).
3. Após preencher os dados, verifique os dados agregados na seguinte planilha, para construir o gráfico de monitoramento.

Nome do hospital:

Município:

Nº do CNES:

Unidade da Federação:

Possui centro cirúrgico:

Possui leitos de UTI:

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	Não
2	Janeiro			Sim	Não	Não
3	Janeiro			Sim	Não	Não
4	Janeiro			Sim	Não	Não
5	Janeiro			Sim	Não	Sim
6	Janeiro			Sim	Sim	Não
7	Janeiro			Sim	Sim	Sim
8	Janeiro			Sim	Sim	Sim
9	Janeiro			Sim	Sim	Sim
10	Janeiro			Sim	Sim	Sim
11	Janeiro			Não	Não	Sim
12	Janeiro			Não	Não	Sim
13	Janeiro			Não	Sim	Sim
14	Janeiro			Sim	Sim	Sim
15	Janeiro			Não	Sim	Não
16	Janeiro			Não	Sim	Não
17	Janeiro			Não	Sim	Não
1	Fevereiro			Sim	Sim	Sim
2	Fevereiro			Sim	Sim	Sim

Dados brutos
 Dados agregados
 +

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

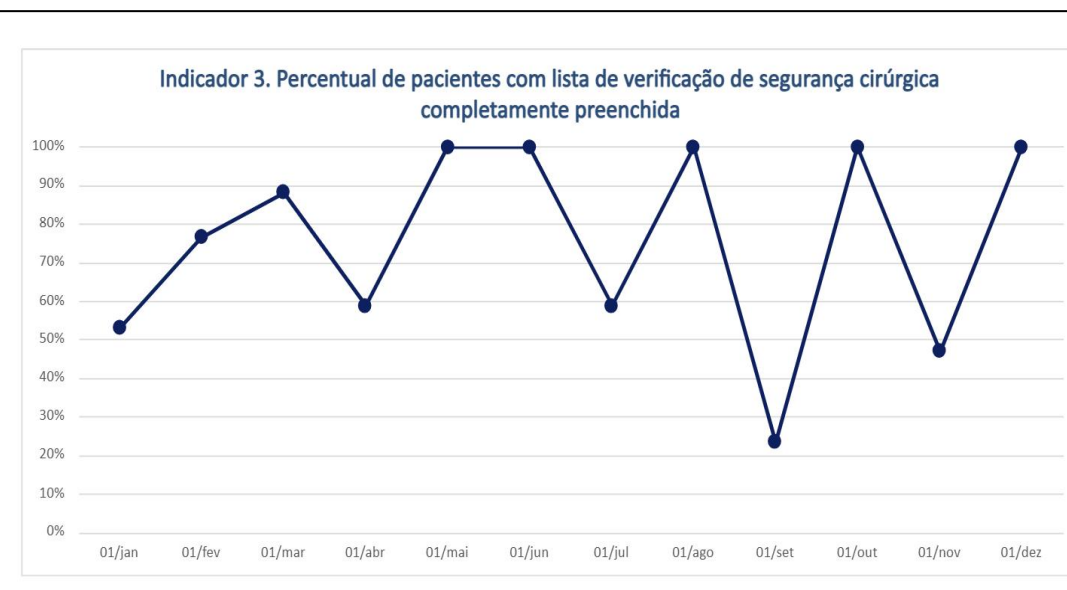
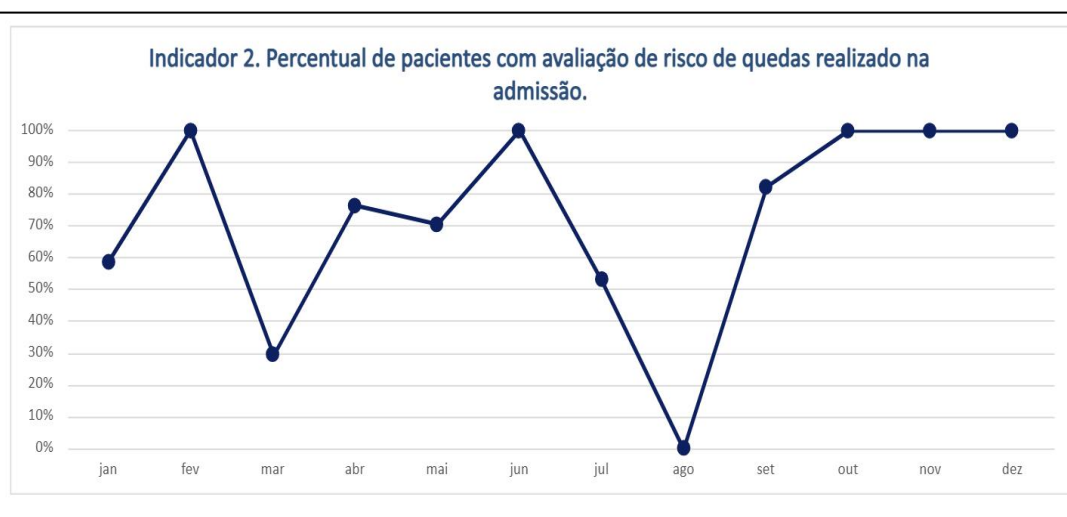
Mês/Ano	Percentual de pacientes com avaliação de risco de lesão	Indicador 2. Percentual de pacientes com avaliação de risco de quedas realizado na admissão.	Indicador 3. Percentual de pacientes com lista de verificação de segurança cirúrgica completamente preenchida
jan/24	65%	59%	53%
fev/24	100%	100%	76%
mar/24	71%	29%	88%
abr/24	24%	76%	59%
mai/24	100%	71%	100%
jun/24	65%	100%	100%
jul/24	88%	53%	59%
ago/24	100%	0%	100%
set/24	71%	82%	24%
out/24	100%	100%	100%
nov/24	59%	100%	47%
dez/24	100%	100%	100%

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"**.

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"**.



Nota: Se for utilizado outro modelo de planilha pela instituição de saúde, esta planilha deve constar os dados brutos com identificação dos prontuários. Não devem ser enviados apenas os gráficos com dados agregados.

Deve ser anexado **apenas um arquivo contendo a planilha** (por exemplo, Excel/abas), apresentando os resultados do monitoramento destes indicadores de práticas de segurança do paciente em pelo menos 10 meses no ano de 2025.

5 . ANÁLISE DOS DADOS DE CONFORMIDADE DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Serviços de Saúde

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, sendo exemplificado no infográfico abaixo:



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

Fonte: Anvisa, 2026

ALTA CONFORMIDADE	MÉDIA CONFORMIDADE	BAIXA CONFORMIDADE
67- 100%	34-66%	0-33%

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).

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 X 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).

Exemplo 3: Se o hospital sem UTI NÃO possui centro cirúrgico/centro obstétrico e realiza parto observou que em 5 questões do formulário ele estava em conformidade com as práticas de segurança do paciente, o resultado da sua avaliação corresponde a: **5 X 100/20 = 25%.**

Dessa forma, considerando a escala de classificação acima apresentada, o referido serviço pode ser classificado como de **conformidade baixa** (0-33% de conformidade dos indicadores de estrutura e processo).

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

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

7. OUTRAS INFORMAÇÕES

- ✓ Dúvidas por parte dos serviços de saúde quanto à Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente em Hospitais sem UTI – 2026 devem ser enviadas diretamente aos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP VISA) estadual/distrital e Coordenações de controle de infecções dos estados/DF (CECIRAS). Os respectivos contatos destas instâncias estão disponíveis em:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrJoiZDIxNjY3ZmItN2E1My00YTBkLTg3NzctMmZIN2ZmZDZlZDM1IiwidCI6ImI2N2FmMjNmLWMzZjMtNGQzNS04MGM3LWI3MDg1ZjVIZGQ4MSJ9> e
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrJoiNTBhNDYzMzctM2Q4My00NTc4LTNmNjktNjAzZDAyOWYxNTdlIiwidCI6ImI2N2FmMjNmLWMzZjMtNGQzNS04MGM3LWI3MDg1ZjVIZGQ4MSJ9> .

Caso necessário, o NSP VISA ou a CECIRAS entrará em contato com a Anvisa.

- ✓ Outras demandas relacionadas à Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente: Hospitais sem UTI – 2026 devem ser encaminhadas aos [Canais de Atendimento — Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa](#).

REFERÊNCIAS

Boeckmann LMM, Rodrigues MCS, Oliveira CM. Compliance with the Cesarean Surgical Safety Checklist. Rev Rene. 2020;21:e43912. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143912> .

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Formulário de Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente - UTI – 2025 [Internet]. 02/06/2026]. Disponível em:

https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/avaliacao-nacional-das-praticas-de-seguranca-do-paciente/copy_of_avaliacao-nacional-das-praticas-de-seguranca-do-paciente

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Formulário de Avaliação do Consumo de Preparação Alcoólica para Higiene das Mãos em Serviços de Saúde [Internet]. [acessado em 01/06/2026].

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Caderno 4. Brasília; 2017. [acessado em 01/06/2026]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-4-medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude.pdf/view>

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Nota Técnica GVIMS/GGTES nº 01/2026. Orientações para vigilância das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos em serviços de saúde – ano: 2026. 2026. [acessado em 01/06/2026]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/nota-tecnica-01-2026-vigilancia-das-iras-02-01-2026.pdf>

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2026-2030. Brasília; 2026. Disponível em:

https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/pnpciras-e-pan-servicos-de-saude/PNPCIRAS_2026_2030____VERSAO_FINAL____jan_2026.pdf.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (2026-2030). Brasília; 2026. Disponível em:

https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/pnpciras-e-pan-servicos-de-saude/PNPCIRAS_2026_2030____VERSAO_FINAL____jan_2026.pdf

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul 2013.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União, 20 mar 2002.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 out 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1377 de 9 de julho de 2013. Aprova os protocolos de segurança do paciente. Diário Oficial da União, 10 jul 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2095 de 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, 25

set 2013.

Brasil. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, 2 abr 2013.

Brasil. Portaria GM/MS Nº 11.527, de 9 de junho de 2026. Institui a Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, 9 junho 2026.

WHO safe childbirth checklist collaboration evaluation report. Geneva: World Health Organization; 2017.

