

Roteiro Objetivo de Inspeção: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de Saúde:				Documento 8.1 Versão: 1.2 Data: 05/04/2022
Identificação:		Data:		
Contato:		Avaliador:		

Nº	Indicador	Critica	Aval	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
1	Alvará Sanitário	NC		Não possui ou está inserido em um serviço de saúde que não possui alvará sanitário.	O serviço de Urgência e Emergência ou o serviço de saúde no qual está inserido, possui alvará sanitário vencido, sem pedido de renovação.	O serviço de Urgência e Emergência ou o serviço de saúde no qual está inserido, possui alvará sanitário vencido, com pedido de renovação ou está em processo inicial de licenciamento.	Possui ou está inserido em um serviço de saúde que possui alvará sanitário atualizado.	Possui ou está inserido em um serviço de saúde que possui alvará sanitário atualizado, com pedido de renovação.	Solicitou a renovação do Alvará Sanitário antes do vencimento nos últimos dois anos.	Item 3.2 do Anexo da Res. GMC Nº 02/2015- Portaria MS 393/2020; Art. 10 da RDC 63/2011
2	Responsável Técnico	C		Não possui RT e substituto.	RT não é legalmente habilitado.	RT é legalmente habilitado, porém não há substituto legalmente habilitado.	Possui Responsável Técnico e substituto, legalmente habilitados.	RT possui pós graduação na área.	RT e substituto possuem pós graduação na área.	Art. 14 da RDC 63/2011; Itens 4.1.1 e 4.1.1.2 do Anexo da Res. GMC Nº 02/2015- Portaria MS 393/2020
3	Coordenação de Enfermagem	NC		Não dispõe de enfermeiro responsável pela coordenação da assistência de enfermagem.	Possui enfermeiro responsável pela coordenação da assistência de enfermagem, porém não é exclusivo da unidade.	Possui enfermeiro responsável pela coordenação da assistência de enfermagem, é exclusivo da unidade, mas não possui designação.	Dispõe de enfermeiro exclusivo na unidade, responsável pela coordenação da assistência de enfermagem.	Além da situação anterior, o enfermeiro possui especialização em urgência e emergência.	Além da situação anterior, possui substituto.	Item 4.1.3 do Anexo da Res. GMC Nº 02/2015- Portaria MS 393/2020
4	Dimensionamento da Equipe Assistencial	NC		Equipe multiprofissional insuficiente para o perfil de atendimento e demanda.	Equipe multiprofissional está subdimensionada, comprometendo a qualidade assistencial.	Dimensionamento é realizado apenas para uma das categorias da equipe multiprofissional.	O serviço possui equipe multiprofissional dimensionada de acordo com seu perfil de demanda. Equipe médica e de enfermagem suficiente para atendimento durante 24 horas em todas as atividades correspondentes.	O dimensionamento da equipe é avaliado periodicamente e registrado.	Existe planejamento para substituição de pessoal em situações de necessidade do serviço.	Artigos 17, 29 e 30 da RDC 63/2011; Itens 4.1.2 e 4.1.3.1 do Anexo da Res. GMC Nº 02/2015- Portaria MS 393/2020

5	Padronização de Normas, Rotinas e Procedimentos Assistenciais	NC		Não dispõe de normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas.	Normas, procedimentos e rotinas técnicas estão em elaboração ou estão incompletos ou não estão disponíveis para a equipe.	Dispõe de normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas de todos os processos de trabalho em local de fácil acesso a toda equipe, porém não estão atualizados.	Dispõe de normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas e atualizadas de todos os processos de trabalho em local de fácil acesso a toda equipe.	Normas, procedimentos e rotinas técnicas são revisados anualmente mesmo não havendo introdução de nova tecnologia.	Existe auditoria periódica para verificação do cumprimento das normas, procedimentos e rotinas técnicas.	Art. 51 da RDC 63/2011
6	Capacitação Profissional	NC	Não realiza.	Existem apenas alguns registros ou não realizam capacitações para todos os profissionais.	As capacitações são realizadas periodicamente, mas com registros ou conteúdos incompletos.	Promove e registra a capacitação de seus profissionais antes do início das atividades e de forma permanente, em conformidade com as atividades desenvolvidas contemplando no mínimo: I-os dados disponíveis sobre os riscos potenciais à saúde; II-medidas de controle que minimizem a exposição aos agentes; III-normas e procedimentos de higiene; IV-utilização de EPC, EPI e vestimentas de trabalho; V-medidas para prevenção de acidentes e incidentes; VI-medidas a serem adotadas pelos trabalhadores no caso de ocorrência de acidentes e incidentes; VII-temas específicos de acordo com a atividade desenvolvida pelo profissional. Os registros contêm data, horário, carga horária, conteúdo, nome e formação do instrutor e dos trabalhadores envolvidos.	Existe planejamento das capacitações e são realizadas avaliações e registrado o percentual de participantes.	Além das capacitações realizadas pelo serviço, existe incentivo (financeiro ou não) para participação em cursos externos e eventos científicos da área.	Art. 32 e Art. 33 da RDC 63/2011	

7	PGRSS	NC		O SS não possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.	O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde está em elaboração.	O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde está incompleto e/ou não possui comprovação de capacitação e treinamento dos funcionários.	O SS possui Plano de Gerenciamento de Resíduos, implementado efetivamente e dispõe de cópia do contrato e licença ambiental vigentes da empresa terceirizada responsável pela destinação final dos RSS.	O PGRSS está disponível para consulta no setor.	O PGRSS é sistematicamente avaliado e ações de conformidade registradas no SS.	Art. 23, Inciso X, da RDC 63/2011; Art.2º, Art.5º e inciso XI do Art.6º da RDC 222/2018
8	Vigilância e Notificação de Eventos Adversos	NC		Não realiza a vigilância e notificação dos eventos adversos ocorridos na instituição.	Realiza a vigilância dos eventos adversos, mas não notifica os dados ao SNVS.	O serviço realiza a vigilância dos eventos adversos, mas não notifica mensalmente os dados ao SNVS.	O serviço realiza a vigilância dos eventos adversos e notifica regularmente os dados ao SNVS.	Realiza a investigação dos eventos adversos graves, eventos sentinelas, eventos catastróficos e dos óbitos decorrentes de eventos adversos.	O serviço utiliza os resultados obtidos com a análise dos indicadores de eventos adversos e das investigações para implementação de ações de melhoria e prevenção da recorrência de eventos.	Art. 9º e Art. 10 da RDC 36/2013; Art. 8º inciso III, Art. 23 inciso XIV, Art. 62 da RDC 63/2011
9	Controle de Infecções Relacionadas à Assistência (IRAS)	NC		Ausência de protocolos e POPs para prevenção e controle das IRAS.	Existem protocolos para prevenção e controle de IRAS, mas não há dados de vigilância ou protocolos estão desatualizados.	Existem protocolos para prevenção e controle de IRAS mas não há comprovação de capacitação da equipe assistencial.	Medidas de controle das IRAS, definidas em conjunto com a CCIH, são cumpridas, e os profissionais implementam os protocolos de prevenção. Realiza busca ativa das infecções relacionadas a dispositivos invasivos, dos microrganismos multirresistentes e outros de importância clínico-epidemiológica e identifica surtos. Existem normas acerca de precauções de isolamento, especialmente p/ pacientes suspeitos/confirmados com microrganismos multirresistentes.	Implementa medidas para controle em situações de surto, colabora com ações de investigação de surto. Discute dados de IRAS com equipe assistencial e revisa as medidas de prevenção com base nesses dados.	Medidas de controle das IRAS são submetidas a auditorias periódicas por parte da CCIH. Realiza prescrição de antimicrobianos baseado no perfil microbiológico local.	Anexo III da Portaria 2616/1998

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

11	Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão	NC		Não há protocolo de prevenção de lesão por pressão implantado na unidade.	Há protocolo de prevenção de lesão por pressão implantado na unidade, mas está desatualizado ou não está disponível na unidade.	Há protocolo de prevenção de lesão por pressão atualizado e disponível na unidade, mas não há registro/documentação de capacitação de todos os profissionais de saúde da unidade sobre o protocolo ou não monitora o cumprimento do protocolo por meio de indicadores.	Possui protocolo de prevenção de lesão por pressão atualizado e disponível na unidade com registro/documentação de capacitação de todos os profissionais de saúde da unidade para sua implementação. E monitora o cumprimento do protocolo por meio de indicadores: a) Percentual (%) de pacientes submetidos a avaliação de risco para Lesão por pressão (LPP) na admissão; b) Percentual (%) de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para LPP; c) Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LPP e d) Incidência de LPP.	Os dados de monitoramento dos indicadores relacionados ao protocolo são divulgados para toda a equipe multiprofissional da unidade; ou além dos indicadores citados, realiza monitoramento de outros indicadores relacionados à adesão ao protocolo de prevenção de LPP; ou a unidade conta com Comissão de Feridas Multidisciplinar com registro em prontuário ou atas de reuniões das ações realizadas.	Os resultados obtidos com a análise dos indicadores e de auditorias de implementação do protocolo são utilizados para implementação de ações de melhoria na unidade e para prevenção da ocorrência de eventos adversos relacionados à não adesão ao protocolo.	Art. 7º Inciso VIII da RDC 36/2013 e Itens 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5 e 5.6 do Anexo 02 da Portaria 1377/2013
----	---	----	--	---	---	--	---	---	--	--

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

13	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos-Evidências	NC		O Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos não está implantado na unidade.	Há Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, mas está desatualizado ou não está disponível na unidade.	Há Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, atualizado e disponível na unidade, mas não há registro de capacitação de todos os profissionais de saúde da unidade sobre o protocolo.	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos atualizado, disponível e implantado na unidade, incluindo itens de verificação para prescrição, dispensação e administração segura de medicamentos. Há registro de capacitação de todos os profissionais de saúde da unidade sobre o protocolo. Os eventos adversos relacionados aos erros de medicação são notificados ao SNVS	Os indicadores do Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos são monitorados na unidade e existe auditoria periódica para verificação do cumprimento do Protocolo. Participa da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente.	Há registro de eventos adversos relacionados aos erros de medicação nos prontuários, há notificação de eventos adversos relacionados aos erros de medicação ao NSP, com notificação ao SNVS. Realiza investigação dos eventos adversos relacionados aos erros de medicação e registra as ações corretivas e preventivas, além de disponibilizar orientação sobre prevenção de erros de medicação aos pacientes e familiares.	Art. 7º Inciso VIII da RDC 36/2013 e Itens 5.1, 5.2, 6.1, 6.2, 7.1 e 7.2 do Anexo 03 da Portaria 2095/2013 e Art. 8º da RDC 36/2013 e Art. 8º, Art. 9º e Art. 10 da RDC 63/2011
14	Registro de Controle dos Medicamentos (controle especial)	C		Não possui o registro de controle ou as substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial estão sem restrição de acesso.	Os registros não são guardados por dois anos ou foram encontrados medicamentos fora do prazo de validade.	Os registros são guardados por dois anos, porém estão incompletos ou com rasuras.	Possui registro de controle das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial (entorpecentes e psicotrópicos) utilizados durante o atendimento. São guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para esse fim. Os registros são guardados por dois anos.	Registros em meio digital, com cópia de segurança (<i>backup</i>) ou possui dispensação de medicamentos em dose unitária ou individual.	Registros em meio digital, com cópia de segurança (<i>backup</i>), medicamentos dispensados em dose unitária e acesso remoto à Vigilância Sanitária dos Registros.	Art. 64, Art. 65 e Art. 67 da Portaria 344/1998

15	Documentação e Registro de Manutenção dos Equipamentos	NC		Não possui registros.	Existe registro apenas de manutenções corretivas.	Os registros ou documentação estão incompletos ou não são guardados por menos de cinco anos.	Está disponível no SS documentação e registro referente à manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos e instrumentos. Os registros são guardados por cinco anos.	Possui registros em meio digital, com cópia de segurança e relatórios mensais das programações e atividades.	É realizada avaliação anual dos registros com elaboração de plano de ação.	Inciso IX do Art. 23 da RDC 63/2011; Art. 16 da RDC 509/2021
16	Documentação dos Serviços Terceirizados	NC		Não possui os contratos dos serviços terceirizados ou não estão disponíveis.	Mantém disponível documentação referente apenas a alguns contratos de terceirização.	Existem contratos de todos os serviços terceirizados, mas alguns estão vencidos.	O SS mantém disponível documentação referente aos contratos de todos os serviços terceirizados, incluindo contrato da empresa de controle de vetores e pragas urbanas.	Possui registro digital dos contratos, com cópia de segurança (<i>backup</i>) e relatório com indicação das validades.	Realiza avaliação anual dos contratos, com qualificação dos fornecedores e plano de ação.	Inciso V do Art. 23 da RDC 63/2011
17	Controle da Qualidade da Água e Limpeza do Reservatório	NC		Não há controle de qualidade da água ou registro de limpeza dos reservatórios de água.	Existem alguns registros de limpeza dos reservatórios e controle de qualidade, mas sem periodicidade.	Existem os registros de controle de qualidade da água, mas a limpeza dos reservatórios não foi realizado nos últimos seis meses.	O SS realiza a limpeza dos reservatórios de água a cada seis meses e mantém o registro da capacidade e da limpeza periódica. Existe documentação e registro referente ao controle da qualidade da água.	A limpeza dos reservatórios de água é realizada em periodicidade inferior a seis meses.	Possui sistema de monitoramento em tempo real da qualidade da água.	Inciso VI do Art. 23, §1º e §2º do Art. 39 da RDC 63/2011
18	Equipamentos de Proteção Individual (EPI)	C		Não possui EPI.	EPI's incompletos ou em número insuficiente.	Possui os EPI's recomendados, mas não são utilizados adequadamente ou os funcionários deixam o local com os equipamentos de proteção individual.	Possui EPI's em número suficiente e compatíveis com as atividades desenvolvidas. São disponibilizadas instruções de uso, guarda e conservação. Profissionais não deixam o local de trabalho usando os EPI's.	Existe Plano de Gerenciamento e substituição dos EPI's.	Aquisição de EPI's é feita levando em consideração as características individuais dos trabalhadores (tamanho, peso, altura, alergias, etc.) envolvidos na assistência e/ou possui auditoria interna para uso correto.	Art. 47 Parágrafo único e inciso II do Art. 50 da RDC 63/2011

19	Higienização de Mãos (HM)	C		<p>O Protocolo de Prática de higiene das mãos (HM) não está implantado na unidade e não existem insumos, produtos, equipamentos e instalações (ex.: pia/lavatórios) necessárias para as práticas de HM ou os produtos para HM não são regularizados junto à ANVISA.</p>	<p>O protocolo de Prática de HM está desatualizado ou não está disponível na unidade. Os lavatórios/pias e/ou a distribuição de dispensadores contendo preparação alcoólica não estão disponíveis em todos os locais ou estão com defeito.</p>	<p>Existem insumos, produtos, equipamentos e instalações necessárias para as práticas de higienização de mãos, mas alguns estão vazios.</p>	<p>Protocolo de Prática de HM atualizado, disponível e implantado na unidade, incluindo os “cinco momentos” para HM. Há registro de capacitação de todos os profissionais de saúde da unidade sobre o protocolo e existem cartazes afixados próximos a lavatórios/pias e dispensadores de preparação alcoólica mostrando as técnicas de HM. Há provisão de produto para HM, disponibilizado próximo a pacientes, nos locais de manuseio de insumos, medicamentos e alimentos. Há provisão de antisséptico para uso em caso de contato direto com feridas e/ou dispositivos invasivos, tais como cateteres e drenos e dispensadores de preparação alcoólica para HM nos pontos de assistência. Produtos para HM são regularizados na ANVISA.</p>	<p>Os indicadores de "Adesão à higiene das mãos" são monitorados na unidade de forma indireta pelo consumo da preparação alcoólica; e é realizada notificação mensal (10 a 12 meses) à Anvisa e ao estado/DF. Participa da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente.</p>	<p>A unidade possui registro de monitoramento direto da "Adesão à higiene das mãos"; implanta, avalia e faz a devolutiva dos resultados obtidos com a aplicação da Estratégia Multimodal para a melhoria da HM e existem registros de avaliação sistemática da estratégia, medidas corretivas são registradas. Disponibiliza orientação sobre HM aos pacientes e familiares.</p>	<p>Art. 5º e Art. 6º da RDC 42/2010; Art. 8º e Art. 59 da RDC 63/2011; Art. 1º e Anexo 1 da Portaria 1377/2013; Anexo IV da Portaria 2616/1998; Art. 8º da RDC 36/2013</p>
20	Prontuário do Paciente	C		<p>Ausência de prontuário de pacientes na unidade ou sem preenchimento.</p>	<p>Prontuário de pacientes tem conteúdo ilegível e/ou não contém registros de todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência.</p>	<p>Prontuário de pacientes não contém registros de todos os procedimentos prestados.</p>	<p>Constam nos prontuários registros relativos a identificação e a todos os procedimentos prestados ao paciente, preenchidos de forma legível por todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência, com aposição de assinatura e carimbo em caso de prontuário em meio físico.</p>	<p>Prontuário é eletrônico e está disponível para todos os profissionais da unidade.</p>	<p>Prontuários são auditados sistematicamente e medidas corretivas são adotadas e registradas.</p>	<p>Artigos 24, 25, 26 e 27 da RDC 63/2011; Item 8.5 do Anexo da Res. GMC Nº 02/2015-Portaria MS 393/2020</p>

21	Estrutura Física do Serviço	C		Serviço de Urgência e Emergência em área não exclusiva.	Serviço de UE não dispõe de todos os ambientes exigidos em legislação.	Possui todos os ambientes exigidos na legislação, porém com dimensões não compatíveis com a demanda de atendimento e/ou com problema de fluxo.	O SS dispõe de infraestrutura física necessária à operacionalização do serviço de acordo com a demanda e modalidade de assistência prestada. Dispõe de no mínimo: área externa coberta para entrada de ambulâncias; salas (recepção, espera e sanitários para pacientes; arquivo de prontuários; triagem p/ classificação de risco; emergência; suturas/curativos; inalação; gesso e redução de fraturas; observação; serviço social; utilidades; DML); posto de enfermagem e serviços (01 p/ cada 12 leitos de observação); farmácia; rouparia; sanitários e banheiros para funcionários. Em caso de atendimento pediátrico, dispõe ainda de acesso independente.	Além dos ambientes obrigatórios possui dois ou mais ambientes opcionais.	Mesma condição anterior e há controle de acesso automático nos ambientes.	Unidade Funcional 2 da RDC 50/2002; Art. 17 da RDC 63/2011; Item 5 do Anexo da Res. GMC Nº 02/2015-Portaria MS 393/2020
22	Manutenção da Estrutura Física	C		Instalações físicas com muita sujidade e com degradação que impossibilitam a limpeza.	Existem evidências de manutenções corretivas e preventivas, mas não há registro.	Há registro apenas das manutenções corretivas.	Serviço de saúde realiza ações de manutenção preventiva e corretiva das instalações prediais, de forma própria ou terceirizada e mantém disponível documentação e registro. As instalações físicas dos ambientes externos e internos estão em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza.	Possui plano de manutenção predial preventiva e corretiva, atualizado periodicamente.	Além do plano de manutenção, possui profissional responsável por avaliar periodicamente as condições da estrutura física.	Inciso VII do Art.23, Art. 36 e Art. 42 da RDC 63/2011

23	Iluminação e Ventilação	C		Ausência de iluminação e/ou ventilação.	Iluminação e/ou ventilação precárias que dificultam a realização das atividades inclusive nas áreas de atendimento.	Iluminação e ventilação compatíveis com o desenvolvimento das atividades apenas na área de atendimento a urgência e emergência.	SS dispõe de Iluminação e ventilação compatíveis com o desenvolvimento das atividades.	Ambientes com controle de intensidade de luz e fluxo de ventilação.	Existem mecanismos para o gerenciamento das condições de iluminação e ventilação do setor com registro dos problemas identificados e ações de melhorias adotadas.	Art. 38 da RDC 63/2011
24	Sistema Elétrico de Emergência	C		Não dispõe de sistema de energia elétrica de emergência que atenda ao serviço de urgência e emergência ou não está em funcionamento.	Dispõe de sistema de energia elétrica de emergência, mas está em manutenção, não atendendo ao serviço de UE de forma eficaz e/ou suficiente para sua capacidade.	Dispõe de sistema de energia elétrica de emergência, porém não realiza testes para confirmação de funcionamento do gerador.	O serviço de Urgência e Emergência garante a continuidade do fornecimento de energia elétrica em situações de interrupção do fornecimento pela concessionária, para os equipamentos de suporte a vida e para os circuitos de iluminação de urgência.	O sistema de energia elétrica de emergência atende todo o serviço e há registros dos testes de funcionamento.	O sistema de energia elétrica de emergência atende todo o serviço e há registros dos testes diários de funcionamento.	Art. 41 da RDC 63/2011; Item 5.5.1 do Anexo da Res. GMC Nº 02/2015- Portaria MS 393/2020

25	Materiais e Equipamentos	C		<p>Não dispõe de equipamentos e materiais mínimos os atendimentos de emergência e suporte a vida.</p>	<p>O serviço de Urgência e Emergência possui todos os equipamentos e materiais necessários, porém o desfibrilador estava descarregado ou os medicamentos emergenciais estavam vencidos.</p>	<p>O serviço de Urgência e Emergência possui todos os equipamentos e materiais necessários, mas não estavam armazenados de forma a possibilitar uso imediato.</p>	<p>Mantém disponível na unidade: estetoscópio, esfigmomanômetro e ostoscópio (todos adulto e infantil); oftalmoscópio; espelho laríngeo; ventilador manual e reservatório adul. e inf.; desfibrilador; marcapasso externo; monitor cardíaco; oxímetro de pulso; eletrocardiógrafo; equipamentos p/ aferição de glicemia capilar; aspiradores; bombas de infusão com bateria e equipo universal; cilindro de oxigênio portátil e rede canalizada de gases, definido de acordo com o porte da unidade; cama hosp. com rodas e grades laterais; máscara p/ventilador adul.e inf.; ventilador mecânico adul. e inf.; foco cirúrgico portátil; foco cirúrgico c/ bateria; negatoscópio; máscaras, sondas, drenos, cânulas, pinças e cateteres p/ diferentes usos; laringoscópio adul. e inf.; material p/ traqueostomia; equipos de macro e microgotas; material p/ pequena cirurgia; colares de imobilização cervical P,M e G; prancha longa para imobilização; prancha curta para massagem cardíaca; equipamentos para reanimação cardiorrespiratória; medicamentos p/ assistência UE; poltrona removível p/ acompanhante.</p>	<p>Equipamentos e materiais da Urgência e Emergência constam da lista de inventário da unidade e são avaliados sistematicamente.</p>	<p>Existe um sistema de gerenciamento e substituição dos equipamentos e materiais.</p>	<p>Art. 53, Art. 54 e Art. 58 da RDC 63/2011; Item 6.1 do Anexo da Res. GMC Nº 02/2015- Portaria MS 393/2020</p>
----	--------------------------	---	--	---	---	---	---	--	--	--

26	Armazenamento de Materiais Esterilizados e Interface com Centro de Material e Esterilização (CME)	C		<p>Materiais estão armazenados em em más condições de empacotamento, identificação e rastreabilidade e/ou existem produtos não registrados como produtos para saúde e/ou reutilizam produtos com reprocessamento proibido ou parte do processamento é feita no setor.</p>	<p>Não existem registros que garantem a rastreabilidade e/ou local de armazenamento não é exclusivo e de acesso restrito.</p>	<p>Materiais estão em boas condições de empacotamento, identificação e rastreabilidade. Existem registros que garantem a rastreabilidade, porém na abertura dos pacotes são evidenciadas não conformidades, falhas nas boas práticas de reprocessamento. Local de armazenamento exclusivo e de acesso restrito, porém as prateleiras são de material poroso ou não são resistentes à limpeza úmida e ao uso dos saneantes.</p>	<p>Materiais estão em boas condições de empacotamento, identificação e rastreabilidade. Existem registros que garantem a rastreabilidade. Contam com quantitativo de material de acordo com a complexidade do serviço e necessários ao atendimento da demanda. Local de armazenamento exclusivo e de acesso restrito com prateleiras de material não poroso, resistente à limpeza úmida e ao uso de produtos saneantes (quando armazenados no setor).</p>	<p>Etiquetas dos pacotes e os integradores (se existentes nos pacotes) são anexados ao prontuário do paciente de forma a garantir a rastreabilidade.</p>	<p>Existe auditoria interna para verificação das condições de armazenamento e integridade dos pacotes, bem como dos registros realizados para rastreabilidade e cumprimento das normas estabelecidas e medidas corretivas são adotadas e registradas.</p>	<p>Artigos 17, 53 e 55 da RDC 63/2011, Artigos 21, 25, 60 e 61 da RDC 15/2012, Art. 8º da RDC 156/2002/ANVISA, RE 2605/2006/ANVISA.</p>
27	Limpeza e Desinfecção do Ambiente	C		<p>Ambiente sujo e desorganizado, incompatível com as atividades desenvolvidas e/ou utilizam produtos saneantes de uso domiciliar ou sem registro na ANVISA.</p>	<p>Ambientes em boas condições de conservação, organização, porém com limpeza inadequada e difere do POP.</p>	<p>Ambientes em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade, conforme POPs. Não há registros de limpeza.</p>	<p>O setor mantém os ambientes em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade, conforme POPs. Os registros estão disponíveis. Utiliza produtos saneantes de uso profissional/hospitalar registrados na ANVISA.</p>	<p>Os profissionais responsáveis pela higienização são exclusivos do setor de Urgência e Emergência.</p>	<p>Mesma situação anterior e existe monitoramento dos procedimentos de limpeza e desinfecção, de acordo com orientação da CCIH.</p>	<p>Artigos 23 Inciso XVIII, 36 e 52 da RDC 63/2011 e Item 13.1 do Roteiro B do Anexo da RDC 48/2000</p>

28	Acesso aos Recursos Assistenciais	C	Não dispõe na unidade ou em serviços referenciados dos recursos descritos na legislação.	Dispõe, mas não garante acesso no tempo devido, aos recursos assistenciais, diagnósticos ou terapêuticos estabelecidos na legislação.	Utiliza serviços diagnósticos e terapêuticos referenciados, porém não há formalização.	Dispõe ou garante acesso, no tempo devido, aos seguintes recursos assistenciais, diagnósticos e terapêuticos: cirurgia geral; clínica e cirurgia obstétrica e ginecológica; clínica e cirurgia vascular; clínica e cirurgia neurológica; clínica e cirurgia ortopédica e traumatológica; clínica e cirurgia oftalmológica; clínica e cirurgia urológica; clínica e cirurgia odontológica e bucomaxilofacial; clínica gastroenterológica; clínica nefrológica; clínica psiquiátrica; clínica para queimados; terapia intensiva; radiologia intervencionista; nutrição, incluindo nutrição enteral e parenteral; hemoterapia; diálise; laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria; anatomia patológica; radiologia convencional, incluindo aparelho de radiografia móvel; ultrassonografia, inclusive portátil; ecodoppler; tomografia computadorizada; ressonância magnética; fibrobroncoscopia; endoscopia digestiva; eletroencefalografia.	Todos os recursos assistenciais, diagnósticos e terapêuticos estabelecidos na legislação estão disponíveis na estrutura do próprio serviço de urgência e emergência ou hospital no qual está inserido.	Os recursos assistenciais, diagnósticos e terapêuticos estabelecidos na legislação estão disponibilizados em estrutura exclusiva para a Urgência e Emergência.	Item 7 do Anexo da Res. GMC Nº 02/2015- Portaria MS 393/2020 e Art. 19 da RDC 63/2011
----	-----------------------------------	---	--	---	--	--	--	--	---

29	Transferência e Transporte Inter Hospitalar	C		<p>Não dispõe ou não garante acesso no tempo devido, aos recursos assistenciais, diagnósticos ou terapêuticos estabelecidos na legislação.</p>	<p>O SS possui mecanismos que garantem a continuidade da atenção ao paciente, porém quando há necessidade de remoção, o paciente não é acompanhado por médico e profissional de enfermagem, com habilidade comprovada para atendimento de urgência e emergência, inclusive cardiopulmonar.</p>	<p>O SS possui mecanismos que garantem a continuidade da atenção ao paciente e quando há necessidade de remoção o paciente grave é transportado com acompanhamento contínuo de um médico e de um profissional de enfermagem, com habilidade comprovada para atendimento de urgência e emergência, inclusive cardiopulmonar, porém não é acompanhado por relatório completo, legível, com identificação e assinatura do profissional assistente.</p>	<p>O SS possui mecanismos que garantem a continuidade da atenção ao paciente quando há necessidade de remoção ou para realização de exames que não existam no próprio serviço. O Serviço de Urgência e Emergência possui materiais e medicamentos disponíveis, para o transporte de pacientes, de acordo com as necessidades de atendimento e todo paciente grave é transportado com acompanhamento contínuo de um médico e de um profissional de enfermagem, com habilidade comprovada para atendimento de urgência e emergência, inclusive cardiopulmonar, além de relatório completo, legível, com identificação e assinatura do profissional assistente, que passará a integrar o prontuário no destino, permanecendo cópia no prontuário de origem.</p>	<p>Existe ambulância de transporte para transferência de plantão no serviço.</p>	<p>Realiza capacitações semestrais para atendimento a primeiros socorros e exercício com aulas práticas e simulações realísticas.</p>	<p>Art. 19 da RDC 63/2011; Itens 9.1 e 9.2 do Anexo da Res. GMC Nº 02/2015- Portaria MS 393/2020</p>
----	---	---	--	--	--	---	--	--	---	--