



REGULAMENTO TÉCNICO PARA FUNCIONAMENTO DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA - AMIB

1. OBJETIVO

1.1 Estabelecer padrões mínimos exigidos para o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva, objetivando a redução de riscos aos pacientes, aos profissionais e ao meio ambiente.

2. ABRANGÊNCIA

2.1 Este regulamento é aplicável a todas as Unidades de Terapia Intensiva do país, públicas e privadas, civis ou militares.

3. DEFINIÇÕES

3.1 Para os efeitos deste Regulamento Técnico são adotadas as seguintes definições:

- 3.1.1** Alvará de Licenciamento: Documento expedido pelo órgão sanitário competente Estadual, do Distrito Federal ou Municipal, que libera o funcionamento dos estabelecimentos que exerçam atividades sob regime de Vigilância Sanitária.
- 3.1.2** Centro de Terapia Intensiva (CTI): o agrupamento, numa mesma área física, de mais de uma Unidade de Terapia Intensiva.
- 3.1.3** Enfermeiro assistencial: enfermeiro legalmente habilitado, que presta assistência direta ao paciente e acolhimento do familiar participante.
- 3.1.4** Enfermeiro coordenador: enfermeiro legalmente habilitado, responsável pela coordenação da equipe de enfermagem.
- 3.1.5** Eventos Adversos Graves (EAG): ocorrência clínica desfavorável que resulte em morte, risco de morte, hospitalização ou prolongamento de uma hospitalização preexistente, incapacidade significativa, persistente ou permanente.

- 3.1.6** Familiar Participante: representante da rede social do usuário que garante a integração com a equipe profissional dos serviços de saúde.
- 3.1.7** Humanização da atenção à saúde: valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, religião, cultura, orientação sexual e às populações específicas.
- 3.1.8** Índice de Gravidade: valor que reflete o grau de disfunção orgânica de um paciente.
- 3.1.9** Médico diarista: profissional médico, legalmente habilitado, especialista em medicina intensiva, responsável pelo acompanhamento diário dos pacientes e pela garantia de continuidade do plano de tratamento de cada paciente;
- 3.1.10** Médico plantonista: profissional médico, legalmente habilitado, que presta assistência sob regime de plantões.
- 3.1.11** Médico intensivista: profissional médico, legalmente habilitado, especialista em medicina intensiva, capacitado para o tratamento de doenças agudas ou crônicas que levem a grave disfunção dos principais órgãos ou sistemas do corpo humano.
- 3.1.12** Médico Coordenador (MC): profissional médico, legalmente habilitado, especialista em medicina intensiva, responsável pelo gerenciamento técnico-administrativo da unidade.
- 3.1.13** Paciente Grave: paciente com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua auto-regulação, necessitando de assistência contínua.
- 3.1.14** Processamento de artigos e superfícies:
- 3.1.15** Sistema de Classificação de Severidade de Doença: sistema que permite auxiliar na identificação de pacientes graves por meio de indicadores e índices de gravidade calculados a partir de dados colhidos dos pacientes.

- 3.1.16** Teste Laboratorial Remoto (TRL): Teste realizado por meio de um equipamento laboratorial situado fisicamente fora da área de um laboratório clínico. Também chamado Teste Laboratorial Portátil - TLP, do inglês Point-of-care testing - POCT.
- 3.1.17** Unidade de Terapia Intensiva (UTI): unidade destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia.
- 3.1.18** Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A): destinada à assistência a pacientes com idade acima de 14 ou acima de 18 anos, sendo este critério definido de acordo com as rotinas hospitalares internas.
- 3.1.19** Unidade de Terapia Intensiva Especializada: aquela destinada à assistência a pacientes selecionados por tipo de doença, como as UTI Coronarianas, UTI Neurológica, entre outras.
- 3.1.20** Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-N): destinada à assistência a pacientes com idade de 0 a 28 dias.
- 3.1.21** Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-P): destinada à assistência a pacientes com idade de 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com as rotinas hospitalares internas
- 3.1.21** Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Mista (UTI-Pm): destinada à assistência a pacientes recém-nascidos (0-28 dias) e pediátricos (29 dias a 14 ou 18 anos, limite este definido de acordo com as rotinas hospitalares internas).

4. CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS

4.1 O serviço de saúde em que a UTI está inserida deve possuir alvará de licenciamento atualizado, expedido pela vigilância sanitária local.

4.1.1 A Unidade de Terapia Intensiva que tenha CNPJ próprio deve requerer junto à vigilância sanitária o alvará de licenciamento próprio (ver Medicina Nuclear)

4.2. O estabelecimento de saúde em que a UTI está inserida deve estar inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e manter atualizada a quantidade de leitos de UTI existentes. **e quando é CNPJ próprio??**

4.3 É obrigatória a existência de Unidade de Terapia Intensiva em todo hospital terciário, e nos secundários que apresentem capacidade igual ou superior a 100 leitos, bem como nos especializados. (MS)

4.3.1 É obrigatória a existência de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal nos hospitais que realizem mais de 4000 partos por ano (1 leito para cada 80 recém-nascidos/ano com peso de nascimento abaixo de 2500g).

4.4 O número de leitos da Unidade de Terapia Intensiva em cada hospital deve corresponder a um mínimo de 6% do total de seus leitos, não podendo ser inferior a 05 (cinco) leitos por unidade. (MS)

4.5 O Hospital Materno-Infantil que realiza pré-natal e parto de gestantes de alto risco deve ter Unidades de Tratamento Intensivo Adulto e Neonatal (MS) e RDC 36/2008

4.6 O serviço de saúde, público ou privado, deve prever e prover os recursos humanos e materiais necessários à operacionalização das Unidades de Terapia Intensiva.

4.7 A Unidade de Terapia Intensiva deve ter profissionais qualificados, com treinamento específico, atendendo aos requisitos mínimos deste Regulamento Técnico.

4.8 Todos os profissionais da UTI devem ser vacinados em conformidade com a legislação vigente ou contra doenças epidemiologicamente importantes.

4.8 A equipe da UTI deve implantar e implementar ações de farmacovigilância, tecnovigilância, hemovigilância e vigilância do controle de infecção e eventos



adversos, conforme definidas pelo Programa de Controle de Infecção e Eventos Adversos (PCIPEA). **(ver com Gipea)**

4.9 A equipe da UTI deve notificar os casos suspeitos, surtos e eventos adversos à coordenação do PCIPEA no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, colaborando na investigação epidemiológica e na adoção de medidas de controle. **ver com Gipea**

4.10 A equipe da UTI deve orientar os familiares e acompanhantes dos pacientes, quando houver, em ações de controle de infecção e eventos adversos.

5. INFRA-ESTRUTURA FÍSICA

5.1 A UTI deve obedecer aos requisitos de Unidades de Terapia Intensiva determinados na RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002, RDC/Anvisa n. 307, de 14 de novembro de 2002 e RDC/Anvisa nº. 189, de 18 de julho de 2003, e prover meios de garantir a privacidade dos pacientes.

5.1.1 Ficam alterados os seguintes itens da RDC 50 e RDC 307, acima mencionadas (3 - DIMENSIONAMENTO, QUANTIFICAÇÃO E INSTALAÇÕES PREDIAIS DOS AMBIENTES):

5.1.1.1 A Sala de Entrevistas passa a ser considerada como “Ambiente de Apoio”;

5.1.1.2 Os seguintes “Ambientes de Apoio” podem ser situados fora do ambiente da UTI, desde que sejam de fácil acesso: Sala de entrevistas, Copa, Sanitários com vestiários para funcionários (masculino e feminino), Depósito de material de limpeza e Rouparia

5.2 Os lavatórios para higienização das mãos podem ter formatos e dimensões variadas, porém a profundidade deve ser suficiente para que se lavem as mãos sem encostá-las nas paredes laterais ou bordas da peça e tampouco na torneira.

6. RECURSOS HUMANOS

6.1 A Unidade de Terapia Intensiva deve dispor, da seguinte equipe:

6.1.1 Um Médico Coordenador (MC), legalmente habilitado, com título de especialista em medicina intensiva, específico para a modalidade de assistência da UTI sob sua responsabilidade (adulto, neonatal ou pediátrica);

6.1.1.1 O MC pode assumir a responsabilidade por, no máximo, 02 (duas) UTI;

6.1.1.2 Em caso de UTI Neonatal, o MC poderá ter título de especialista em Neonatologia ou em Medicina Intensiva Pediátrica;

6.1.1.3 A UTI deve contar com um MC substituto para responder em caso de impedimento do RT, atendendo aos mesmos requisitos de formação profissional deste;

6.1.2 Um médico diarista para no máximo 10 (dez) leitos ou fração (ver), com título de especialista em medicina intensiva específico para a modalidade de assistência da UTI na qual está lotado;

6.1.2.1 Nas unidades que dispõe de um número máximo de 10 (dez) leitos, o Médico Coordenador pode exercer cumulativamente a função de médico diarista;

6.1.2.2 Em caso de UTI Neonatal, o diarista pode ter título de especialista em Neonatologia ou em Medicina Intensiva Pediátrica.

6.1.3 Um médico plantonista, exclusivo da unidade, para no máximo 10 (dez) leitos ou fração, por turno;

6.1.3.1 O médico plantonista que presta assistência ao paciente neonatal e pediátrico deve ter formação em pediatria;

6.1.4 Um enfermeiro coordenador, responsável pela coordenação da equipe de enfermagem, exclusivo da unidade na qual está lotado, capacitado para atendimento em terapia intensiva e com experiência de, no mínimo, 03 (três) anos de trabalho no tipo de UTI que estará coordenando'

6.1.4.1 O enfermeiro coordenador deverá contar com um substituto para responder em caso de impedimento, atendendo aos mesmos requisitos de formação profissional do enfermeiro coordenador.

6.1.5 Um enfermeiro assistencial, exclusivo da unidade, para no máximo 05 (cinco) leitos ou fração, por turno;

6.1.6 Um fisioterapeuta, exclusivo da unidade, para no máximo 10 (dez) leitos ou fração, por turno;

6.1.7 Um técnico de enfermagem exclusivo da unidade, para no máximo 02 (dois) leitos, por turno;

6.1.8 Um auxiliar administrativo exclusivo da unidade;

6.1.9 Um funcionário responsável pelo serviço de limpeza, exclusivo da unidade, por turno;

7. COMPETENCIAS/RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES

7.1 O médico coordenador e o enfermeiro coordenador têm a responsabilidade de planejar, implementar e garantir a qualidade dos processos.

7.2 O médico coordenador deve garantir a implantação de um programa de educação permanente para toda a equipe, devidamente registrado, contemplando:

7.2.1 elaboração e revisão de normas e rotinas técnicas;

7.2.2 incorporação de novas tecnologias;

7.2.3 capacitação de novos profissionais;

7.2.4 atualização de conhecimento de todos os profissionais.

7.3 A equipe da UTI deve:

7.3.1 possuir estrutura organizacional documentada;

7.3.2 preservar a identidade e a privacidade do paciente, assegurando um ambiente de respeito e dignidade;



7.3.3 promover ambiência acolhedora;

7.3.4 incentivar e promover a participação da família na atenção ao paciente;

7.3.4.1 garantir o direito a acompanhante para pacientes pediátricos e adolescentes;

7.3.5 fornecer orientações aos familiares e aos pacientes, quando couber, em linguagem clara, sobre o estado de saúde do paciente e a assistência a ser prestada desde a admissão até a alta;

7.3.6 promover ações de humanização da atenção à saúde;

7.3.7 dispor de manual de normas e rotinas técnicas implantadas.

7.4 O manual de normas e rotinas técnicas deve ser elaborado em conjunto com os setores envolvidos na assistência ao paciente grave, considerando o PC�PEA,

7.4.1 O manual deve ser assinado pelo MC e pelo enfermeiro coordenador; atualizado anualmente ou sempre que houver a incorporação de novas tecnologias ou procedimentos e estar disponível para todos os profissionais da unidade.

7.5 O manual de normas e rotinas técnicas deve contemplar, no mínimo, os seguintes procedimentos:

7.5.1 médicos;

7.5.2 de enfermagem;

7.5.3 de fisioterapia;

7.5.4 de biossegurança;

7.5.5 de processamento de artigos e superfícies;

7.5.6 de controle de operação e manutenção de equipamentos;

7.5.7 de transporte do paciente grave.

7.6 A UTI deve contar com a presença, em tempo integral, do médico plantonista, do enfermeiro assistencial, do fisioterapeuta e dos técnicos de enfermagem do turno.

8 MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

8.1 A UTI deve manter disponível na unidade, para uso exclusivo, de acordo com a faixa etária e peso do paciente os seguintes itens:

- 8.1.1 cama com ajuste de posição, grades laterais e rodízios ou berços com ajuste de posição, grades laterais e rodízios (para serviços pediátricos) ou incubadora com parede dupla ou berço de terapia intensiva (para serviços neonatais): 01(um) por leito;
- 8.1.2 equipamento para monitoração contínua de eletrocardiograma (monitor cardíaco): 01(um) por leito, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos;
- 8.1.3 equipamento para monitoração de pressão arterial não invasiva (monitor): 01(um) por leito, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos;
- 8.1.4 equipamento de oximetria de pulso: 01(um) por leito, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos;
- 8.1.5 equipamento para monitoração de pressão invasiva: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos;
- 8.1.6 ventilador pulmonar mecânico microprocessado: 01(um) por leito, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos, sendo que cada equipamento deve dispor de, no mínimo, 02 (dois) circuitos;
- 8.1.7 equipamento para ventilação mecânica não invasiva: 01(um) para cada 05 (cinco) leitos quando o ventilador pulmonar mecânico microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não invasiva;
- 8.1.8 equipamentos de interface facial para ventilação pulmonar não invasiva, adaptáveis às idades dos pacientes, 02 (duas) para cada 05 (cinco) leitos para a UTI adulto ou pediátrica e 02 (duas) para cada 02 (dois) leitos para a UTI neonatal ou mista;
- 8.1.9 ressuscitador manual do tipo balão auto-inflável com reservatório e máscara facial: 01(um) por leito, com reserva operacional de 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos;
- 8.1.10 conjunto de nebulização em máscara: 01(um) por leito;
- 8.1.11 máscara facial que permita diferentes concentrações: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos, exceto para os serviços neonatais;
- 8.1.12 equipamento para infusão contínua e controlada de drogas (bomba de infusão): 03 (três) por leito, com reserva operacional de 05 (cinco) equipamentos para cada 10 (dez) leitos, sendo que, em caso de nutrição enteral, deve ser reservada uma bomba de infusão específica para esta finalidade;
- 8.1.13 termômetro: 01(um) por leito;
- 8.1.14 estetoscópio: 01(um) por leito;
- 8.1.15 capnógrafo: 01 (um) por unidade;
- 8.1.16 material de emergência para reanimação, composto por carro ou maleta de emergência, contendo medicamentos, ressuscitador manual com reservatório, máscaras,

laringoscópio completo, tubos endotraqueais, conectores, máscaras laringeas, cânulas de Guedel e fio guia estéril: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

8.1.17 aparelho desfibrilador e cardioversor, 01 (um) para cada 10 (dez) leitos para a UTI-Adulto e 01 (um) para a UTI-Pediátrica ou mista e 01 (um) para a UTI-Neonatal;

8.1.18 marcapasso cardíaco temporário, eletrodos e gerador: 01 (um) para a UTI adulto e 01 (um) para a UTI pediátrica ou mista;

8.1.19 aspirador a vácuo portátil: 01 (um) por unidade;

8.1.20 eletrocardiógrafo portátil: 01 (um) para cada 20 leitos, exceto UTI-Pediátrica, Mista ou Neonatal, que deverão ter acesso a este equipamento no próprio hospital 24 horas por dia;

8.1.21 negatoscópio: 01 (um) por unidade, exceto quando a UTI utilizar radiologia digital;

8.1.22 oftalmoscópio: 01 (um) por unidade;

8.1.23 otoscópio: 01 (um) por unidade;

8.1.24 equipamento para aferição de glicemia capilar: 01 (um) por unidade;

8.1.25 fitas para aferição de, glicemia capilar, glicosúria e densidade urinária;

8.1.26 material de intubação traqueal, um conjunto de laringoscópio com lâminas e cânulas endotraqueais de tamanhos variados: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos;

8.1.27 material para diálise peritoneal em sistema fechado;

8.1.28 material para drenagem torácica em sistema fechado;

8.1.29 material para punção pericárdica;

8.1.30 material para curativos;

8.1.31 material para flebotomia;

8.1.32 material para acesso venoso profundo;

8.1.33 material para punção lombar;

8.1.34 material para drenagem liquórica em sistema fechado;

8.1.35 material para cateterismo vesical de demora em sistema fechado;

8.1.36 material para traqueostomia;

8.1.37 foco cirúrgico portátil;

8.1.38 relógio visível para todos os leitos;

8.1.39 geladeira, exclusiva para guarda de medicamentos, com monitorização e controle da temperatura, 01 (uma) por unidade;

8.1.40 balança portátil: 01 (uma) por unidade;

8.2 As Unidades de Terapia Intensiva pediátrica e neonatal, além do mencionado no item 8.1, devem dispor de:

- 8.2.1 aparelho de fototerapia: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos neonatais;
- 8.2.2 poltrona removível destinada ao acompanhante: 01 (uma) para cada leito pediátrico;
- 8.2.3 estadiômetro (régua para aferição de estatura): 01 (um) para a unidade;
- 8.2.4 fita métrica: 01 (uma) por leito neonatal;
- 8.2.5 balança: 01 (uma) para a unidade;
- 8.2.6 material para cateterismo umbilical e exsanguíneo transfusão.
- 8.2.7 capacetes ou tendas para oxigenoterapia.

8.3 A UTI deve possuir equipamentos e instrumentos de acordo com a complexidade do serviço e necessários ao atendimento de sua demanda.

8.4 Os equipamentos e materiais utilizados, nacionais e importados, devem estar regularizados junto à Anvisa, de acordo com a legislação vigente.

8.5 Novos equipamentos ou materiais podem substituir os listados neste regulamento técnico, desde que tenham comprovada sua eficácia propedêutica e terapêutica e sejam regularizados pela Anvisa.

8.6 Quando houver a terceirização de fornecimento de equipamentos médico-hospitalares, deve ser estabelecido contrato formal entre o hospital e a empresa contratante, com a garantia de entrega dos equipamentos na UTI em, no máximo, 30 (trinta) minutos após solicitação à empresa terceirizada.

8.7 A equipe da UTI deve:

- 8.7.1 manter instruções escritas referentes a equipamentos e materiais, que podem ser substituídas ou complementadas por manuais do fabricante em língua portuguesa;
- 8.7.2 assegurar o estado de integridade do equipamento;
- 8.7.3 monitorar o registro da realização das manutenções preventivas e corretivas.
- 8.7.4 manter os equipamentos de reserva em condições de uso.

9 ACESSO A RECURSOS ASSISTENCIAIS

9.1 O hospital em que a UTI está inserida deve garantir que o paciente receba assistência, por meios próprios ou terceirizados, na própria unidade, aos seguintes serviços:



- 9.1.1 assistência clínica vascular;
- 9.1.2 assistência clínica cardiovascular, com especialidade pediátrica;
- 9.1.3 assistência clínica neurológica e neurocirúrgica;
- 9.1.4 assistência clínica ortopédica;
- 9.1.5 assistência clínica urológica;
- 9.1.6 assistência clínica gastroenterológica;
- 9.1.7 assistência clínica nefrológica, incluindo hemodiálise;
- 9.1.8 assistência clínica hematológica;
- 9.1.9 assistência oftalmológica;
- 9.1.10 assistência de otorrinolaringologia;
- 9.1.11 assistência nutricional;
- 9.1.12 assistência farmacêutica;
- 9.1.13 assistência fonoaudiológica;
- 9.1.14 assistência psicológica;
- 9.1.15 assistência em terapia ocupacional;
- 9.1.16 assistência social;
- 9.1.17 assistência hemoterápica (24 horas);
- 9.1.18 terapia nutricional (enteral e parenteral);
- 9.1.19 serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria (24 horas);
- 9.1.20 serviço de anatomia patológica;
- 9.1.21 serviço de radiografia móvel;
- 9.1.22 serviço de ultrassonografia portátil.
- 9.1.23 serviço de endoscopia digestiva alta e baixa.
- 9.1.24 serviço de fibrobroncoscopia.

9.2 O hospital em que a UTI está inserida deve dispor, na própria estrutura hospitalar, por meio próprio ou terceirizado, dos seguintes serviços diagnósticos e terapêuticos:

- 9.2.1 serviço radiológico convencional;
- 9.2.2 serviço de ecodopplercardiografia, com especialidade pediátrica para os pacientes pediátricos e neonatais;
- 9.2.3 serviço de eletroencefalografia;
- 9.2.4 assistência cirúrgica geral.

9.3 O hospital em que a UTI está inserida deve garantir o acesso aos seguintes serviços diagnósticos e terapêuticos, na sua estrutura ou em outro estabelecimento, por meio de acesso formalizado:

- 9.3.1 assistência cirúrgica cardiovascular, com especialidade pediátrica;
- 9.3.2 assistência cirúrgica vascular
- 9.3.3 assistência cirúrgica neurológica;
- 9.3.4 assistência cirúrgica ortopédica;
- 9.3.5 assistência cirúrgica urológica;
- 9.3.6 assistência cirúrgica buco-maxilo-facial;
- 9.3.7 assistência radiológica intervencionista;
- 9.3.8 serviço de tomografia computadorizada.

9.4 Toda UTI que utilizar em suas dependências equipamentos destinados a realização de testes laboratoriais remotos (TLR), devem fazê-lo em conformidade com a RDC/Anvisa n. 302, de 13 de outubro de 2005.

10 PROCESSOS ASSISTENCIAIS

10.1 Todo paciente internado em UTI deve receber assistência integral e interdisciplinar.

10.2 Todo paciente internado em UTI deve ser avaliado quanto ao seu estado clínico em todos os turnos e nas intercorrências clínicas pelas equipes médica, de enfermagem e de fisioterapia, com registro legível, assinado e datado em prontuário.

10.3 As assistências nutricional, farmacêutica, psicológica, fonoaudiológica, de assistência social e de terapia ocupacional devem estar integradas às demais atividades assistenciais prestadas ao paciente.

10.4 A avaliação de outros profissionais envolvidos na assistência ao paciente quando realizada, deve ser registrada, assinada e datada em prontuário, de forma legível.

10.5 Todo paciente internado em UTI tem que ser avaliado por meio do Sistema de Classificação de Severidade de Doença para a previsão da mortalidade.

10.5.1 O SAPS III (Simplified Acute Physiology Score) é o índice prognóstico escolhido para determinação da estimativa de mortalidade em UTI adulto, o PRISM II (Pediatric Risk of Mortality) ou o PIM (Pediatric Index of Mortality) em UTI pediátrica e o CRIB II (Clinical Risk Index for Babies) em UTI neonatal. .

10.5.2 O Médico Coordenador da UTI deve correlacionar a mortalidade geral de sua unidade com a mortalidade geral esperada de acordo com o escore utilizado. .

10.5.3 Os registros destes dados devem estar disponíveis em local de fácil acesso, inclusive para auditoria externa.

10.6 A equipe da UTI deve proceder ao uso racional de antimicrobianos, estabelecendo protocolos de forma interdisciplinar com as equipes de Controle de Infecção e de Farmácia Hospitalar.

10.7 A equipe da UTI deve monitorar e manter registros dos eventos sentinela que possam indicar a má qualidade da assistência, tais como extubação acidental, perda de cateter venoso e úlceras de pressão e estabelecer medidas de controle ou redução dos mesmos.

10.8 A atenção ao paciente grave internado em qualquer unidade do hospital é de responsabilidade da referida unidade, **podendo haver** suporte técnico da equipe da UTI.

11 TRANSPORTE DOS PACIENTES

11.1 A UTI deve ter disponível, para transporte de pacientes graves:

11.1.1 maca para transporte de pacientes adultos e pediátricos, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio, exceto para os serviços neonatais;

11.1.2 incubadora para transporte de pacientes neonatais;

11.1.3 cilindro transportável de oxigênio;

11.1.4 ventilador mecânico para transporte;

11.1.5 equipamento portátil para monitoração contínua de eletrocardiograma (monitor cardíaco), oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva;

11.1.5 medicamentos de emergência como: antiarrítmico, anti-hipertensivo, barbitúrico, benzodiazepínico, broncodilatador, diurético, drogas vasoativas, vasodilatador e vasoconstritor coronarianos, anticonvulsivante, glicose hipertônica e isotônica, solução fisiológica e água destilada, dentre outros;

11.1.6 materiais e equipamentos de emergência, incluindo ressuscitador manual com reservatório, jogo de laringoscópio completo, máscaras, tubos endotraqueais, conectores e cânulas de Guedel de numeração correspondente ao paciente transportado, fio guia estéril, dentre outros.

11.2 Em caso de transporte intra-hospitalar, o paciente deve ser transportado com o prontuário, com o registro de todas as informações relativas ao seu quadro clínico, procedimentos e evolução durante o transporte.

11.2.1 No transporte de pacientes intubados e sob ventilação mecânica, a equipe deverá ter em sua composição pelo menos 1 médico, 1 enfermeira e 1 técnico de enfermagem.

11.3 Em caso de transferência inter-hospitalar, o paciente deverá ser acompanhado de um relatório de transferência, o qual será entregue no local de destino do paciente;

11.3.1 O relatório de transferência deve conter, no mínimo:

11.3.1.1.1 dados referentes ao motivo de internação na UTI, incluindo diagnósticos.

11.3.1.1.2 dados referentes ao período de internação na UTI, incluindo principais intercorrências, realização de procedimentos invasivos, infecção por germes multirresistentes, transfusões de sangue e hemoderivados, tempo de permanência em assistência ventilatória mecânica invasiva e não-invasiva, realização de diálise e exames diagnósticos.

11.3.1.1.3 dados referentes à alta e ao preparatório para a transferência, incluindo prescrições médica e de enfermagem do dia, especificando aprazamento de horários, doses e cuidados administrados antes da transferência; data de realização e tipo de curativo, quando couber; perfil de monitorização hemodinâmica, equilíbrio ácido-básico, balanço hídrico e sinais vitais das últimas 24 horas.



11.4 Todo paciente grave deve ser transportado com o acompanhamento contínuo de um médico e de um enfermeiro, ambos com habilidade comprovada para o atendimento de urgência e emergência.

11.5 O transporte do paciente deve ser realizado de acordo com o manual de normas, rotinas e procedimentos estabelecido pela equipe da UTI, em conformidade com este Regulamento Técnico.

12 PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO

12.2 A UTI deve cumprir as medidas de prevenção e controle de infecções definidas pelo Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde.

12.3 A equipe da UTI deve orientar os familiares e demais visitantes dos pacientes sobre ações de controle de infecção e eventos adversos.

12.4 A UTI deve disponibilizar os insumos, produtos, equipamentos e instalações necessários para as práticas de higienização de mãos de profissionais de saúde e visitantes.

12.5 Os lavatórios para higienização das mãos devem possuir provisão de sabonete líquido, além de papel toalha que possua boa propriedade de secagem.

12.6 As preparações alcoólicas para higienização das mãos devem estar disponibilizadas na entrada da unidade, entre os leitos e outros locais estratégicos definidos pelo Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde.

12.7 O RT e o enfermeiro coordenador devem estimular a adesão às práticas de higienização das mãos pelos profissionais de saúde e demais usuários.



12.8 Os saneantes para uso hospitalar e os produtos usados nos processos de limpeza e desinfecção devem ser utilizados segundo as especificações do fabricante e estar regularizados junto à Anvisa, de acordo com a legislação vigente.

12.9 As UTI que realizam processamento de produtos para a saúde devem atender às seguintes regulamentações:

12.9.1 RE/Anvisa n. 2.606/2006, que dispõe sobre as diretrizes para elaboração, validação e implantação de protocolos de reprocessamento de produtos médicos;

12.9.2 RE/Anvisa n. 2.605/2006, que estabelece a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único, proibidos de serem reprocessados;

12.9.3 RDC/Anvisa n. 156/2006, que dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos.

13 BIOSSEGURANÇA

13.1 As normas e rotinas técnicas relacionadas a biossegurança mencionadas no item 7.5.4 devem contemplar os seguintes itens:

13.1.1 condutas de segurança biológica, química, física, ocupacional e ambiental;

13.1.2 instruções de uso para os equipamentos de proteção individual (EPI) e de proteção coletiva (EPC);

13.1.3 procedimentos em caso de acidentes;

13.1.4 manuseio e transporte de material e amostra biológica.

14 NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS GRAVES

14.1 A equipe da UTI deve implantar e implementar ações de farmacovigilância, tecnovigilância, hemovigilância e vigilância do controle de infecção e de eventos adversos.

14.1.1 O monitoramento dos eventos adversos ao uso de sangue e componentes deve ser realizado em parceria e de acordo com o estabelecido pelo serviço de hemoterapia da instituição ou serviço fornecedor de sangue e hemocomponentes.



14.2 A equipe da UTI deve notificar os casos suspeitos, surtos e eventos adversos graves à coordenação do Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde.

14.3 O coordenador do Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde deve notificar surtos e casos suspeitos de eventos adversos graves à vigilância sanitária local, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas.

14.4 A notificação não isenta o coordenador pelo Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde da investigação epidemiológica e da adoção de medidas de controle do evento.

14.5 A equipe da UTI deve colaborar com a equipe de Controle de Infecção em Serviços de Saúde e com a vigilância sanitária, na investigação epidemiológica e na adoção de medidas de controle.

15. DESCARTE DE RESÍDUOS

15.1 A UTI deve implantar as ações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), atendendo aos requisitos da RDC/Anvisa n. 306, de 07 de dezembro de 2004, e Resolução Conama n. 358, de 29 de abril de 2005.

16. AVALIAÇÃO

16.1 O médico coordenador deve implantar, implementar e manter registros de avaliação do desempenho e qualidade do funcionamento da UTI, buscando processo contínuo de melhoria da qualidade.

16.2 A avaliação deve ser realizada levando em conta os Indicadores para a Avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e as demais disposições estabelecidas na Instrução Normativa (IN) da Anvisa.

16.3 A UTI deve disponibilizar à vigilância sanitária as informações referentes ao monitoramento dos indicadores durante o processo de inspeção sanitária ou de investigação de surtos e eventos adversos.



AMIB – ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA
Rua Joaquim Távora, 724 – Vila Mariana – São Paulo/SP – 04015-011
Tel: 5089-2642 Fax: (11) 5089-2646
<http://www.amib.com.br> secretaria@amib.org.br



Filiada à WFSICCM

16.4 A UTI deve encaminhar à vigilância sanitária local o consolidado dos indicadores do semestre anterior, nos meses de janeiro e julho.

16.5 O consolidado do município deve ser encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde e o consolidado dos estados à Anvisa.

São Paulo, 24 de abril de 2009.

Comissão de Defesa do Exercício Profissional