

## RELATÓRIO DE INSPEÇÃO

### 1. DADOS GERAIS

- 1.1. **Razão Social:** Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.
- 1.2. **Nome Fantasia:** Hospital Regional de Barbacena Dr. Jose Américo.
- 1.3. **CNPJ:** 19.843.929/0016-97.
- 1.4. **Endereço:** Avenida Quatorze de Agosto, s/n, Bairro Floresta.
- 1.5. **CEP:** 36.202-855.
- 1.6. **Cidade:** Barbacena - MG
- 1.7. **Telefone:** 3339-1631.
- 1.8. **Responsável legal:** Wander Lopes da Silva
- 1.9. **Responsável técnico:** Dr. Geraldo Magela Tostes de Faria, CRMMG 6394
- 1.10. **Data da inspeção:** 13/07/20 A 27/07/20

### 2. Classificação da instituição: Estadual e Público

- 2.1. **Nº de leitos:** 44 leitos
- 2.2. **Natureza da organização:** pública, estatal
- 2.4. **Referência e contra-referência:** utiliza a central de leitos.
- 2.5. **Serviços terceirizados:** Anexo 1.

### 3. OBJETIVO DA INSPEÇÃO:

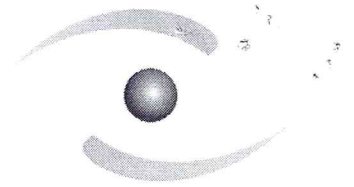
Inspeção para verificação das condições higiênico-sanitárias bem como a documentação e os registros requeridos pelas legislações pertinentes.

### 4. EQUIPE TÉCNICA DA INSPEÇÃO

5. Eduardo Guimarães- Mat. 282958/01
6. Francislaine Aparecida Da Silva- Mat. 568568/01
7. Francisco Borges- Mat. 27961/01
8. Janaina Martins Fernandes Sanson- Mat. 282950/01
9. Junior Jose Lazaro Martins- Mat. 29529/01
10. Liliane de Fatima Viana Almeida- Mat. 28875/03
11. Luana Helena Cimino de Abreu- Mat.282953/0
12. Poliana de Carvalho Silva – Mat. 282963/01
13. Ronaldo Ferreira da Silva- Mat. 27966/01
14. Silvio Carlos Souza de oliveira- Mat. 28577/04

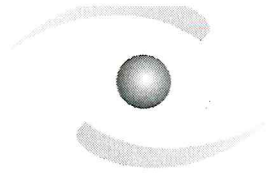
### 15. EMBASAMENTO LEGAL:

- Lei Estadual 13.317 de 24 de setembro de 1999. Contém o Código de Saúde do Estado de Minas Gerais;



- Lei Estadual Nº 18.797 de 31 de março de 2010. Determina a utilização de seringas de agulha retrátil nos hospitais e estabelecimentos de saúde localizados no Estado;
- 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;
- RDC Nº 48 de 02 de junho de 2000. Roteiro de Inspeção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar, anexo a esta Resolução;
- RDC Nº 222 de 28 de março de 2018. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.
- Portaria Nº 2616 de 12 de maio de 1998. Diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares;
- RDC Nº 15 de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências;
- RDC Nº 63 de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde;
- RDC Nº 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências;
- 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;
- RDC 06 de 30 de janeiro de 2012. Dispõe sobre as Boas Práticas de Funcionamento para as Unidades de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde e dá outras providências;
- RDC 302 de 13 de outubro de 2005. Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos;
- RDC nº 34/14. Dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.
- Portaria SVS/MS nº 453 de 01 de junho de 1998. Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências;
- Portaria nº 1147 de 28 de setembro de 2001 e Portaria nº 2048 de 05 de novembro de 2002. Regulamentam o transporte de doentes;
- Norma MTE NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional;
- Norma MTE NR 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde.
- RDC Nº 2, de 25 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde.
- Portaria GM/MS nº 1752, de 23 de setembro de 2005. Determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos.





- Resolução COFEN nº376/2011. Dispõe sobre a participação da equipe de enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde.
- Resolução CFM nº 1.672/2003. Dispõe sobre o transporte Inter-hospitalar de paciente e dá outras providências.
- Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.
- Lei Federal nº 5.991, de 17 de dezembro 1973: Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências;
- Resolução RDC 80, 11 de maio de 2006: Fracionamento de medicamentos em farmácias e Drogarias.
- Resolução RDC nº 20, 09 de maio de 2011: Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação;

## 16. DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

-Notificação de evento adverso/incidente, a maioria desses apresentados refere-se a lesão por pressão sendo todas as medidas preventivas adotadas da segurança do paciente, eventos adversos de medicamentos, etc. Possui formulário bem elaborado, espaço para o funcionário, núcleo de segurança do paciente e conclusão, no momento da inspeção todos estavam com o parecer do responsável pela análise.

- Programa Controle de Infecção Hospitalar: possui cronograma de treinamentos dos Bundle, separados por metas, medidas de controle pós-alta por busca fonada, acompanhamento e avaliação das ações e resultados da auditoria de antimicrobianos, promoção racional de uso de antimicrobianos, aprimoramento do uso de antimicrobianos, controle da água;

-Cartazes de orientação de higienização das mãos em todos os postos de enfermagem e nos demais ambientes

-Certificado de Controle de pragas e vetores, realizado pela empresa Convent Inset, válido até 17/06/20.

-Ação educativa: Campanha Higienização das mãos, realizada em fevereiro 2020

-Atas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; -PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional), na rede FHEMIG utilizado a sigla PEMSO, possui Resolução Seplag Nº27 de 11 de abril de 2014;

-PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais), elaborado em junho de 2017, Possui planilha de avaliação de riscos por área, com efetivo médio de 634 servidores e classificação do grau de risco 3;

-CAT (Comunicado de Acidente do Trabalho);

-Organograma do hospital; sendo reestruturado devido a mudança da diretoria

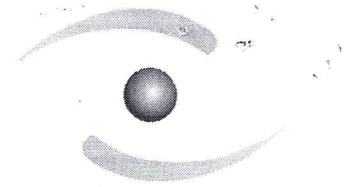
-Cartão de vacina de funcionários, por amostragem, cartões completos;

-ASO (Atestado de Saúde Ocupacional), analisado por amostragem, realizado de acordo com o PEMSO;

-Certidão de Responsabilidade Técnica emitida pelo CRM para Geraldo Magela Tostes de Faria, CRM MG6394, válida até 17/08/2020;

-Certidão Laboratório, emitida pelo CRF- MG para Cybelle Maria Loschi Gomes de Assis, CRF 14467;

-Certidão Responsabilidade Técnica PGRSS: Valesca Pinto Magalhães Locarno, enfermeira;



Certidão Responsabilidade Técnica Radiodiagnóstico, emitida pelo CRM para João Paulo Reis Batistoni, CRM MG 40456;

-Manual de Biossegurança, elaborado em 07/2018;

-PGRSS (Programa de Gerenciamento de Resíduos do Serviço de Saúde), datado em fevereiro de 2017, elaborado por Valesca Pinto Magalhães Locarno, enfermeira;

-CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes), chamada na instituição de NUPAT, possui reuniões mensais com registro em ata e comissão formalizada.

#### 6.1. Comissões

-Comissão Controle de Infecção Hospitalar, tem como presidente o médico Renato Cezar Vaz de Melo, possui reuniões regulares, sendo a última realizada em 05/07/2020.

-CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes), chamada na instituição de NUPAT, possui reuniões mensais, sendo a última realizada em 20/02/2020 com registro em ata e comissão formalizada;

-Comissão de Ética de Enfermagem, em processo de eleição dos membros da comissão, segundo o regimento as reuniões devem acontecer mensalmente, porém a última reunião aconteceu em setembro de 2019.

-Comissão Ética Médica, datada em 15/05/20 com última reunião formalizada.

-Comissão Farmácia e Terapêutica, tem como presidente a farmacêutica Kelly Christina Mota Morais, o regimento fala em reuniões mensais, porém as mesmas não estão acontecendo nesta periodicidade.

-Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, possui com presidente o enfermeiro Marcio Antônio Resende com a última reunião em 02/20

-Comissão Terapia Nutricional, possui como presidente a nutricionista Kaciara Nunes Almeida,, última reunião em abril de 2020

-Comissão Revisão de óbitos tem como presidente a médica Aida Aguiar Nunes, com reuniões bimestrais, tendo sido a última reunião realizada em 29/12/2019.

-Comissão Revisão de Prontuários e Auditoria Interna tem como presidente a médica Aida Aguiar Nunes, sem regimento, última reunião em 29/01/20

-Comissão Local de Protocolos Clínicos, possui como presidente a enfermeira Cristina Coelho M. Pereira sido realizada a última reunião em 04/03/20.

-Comissão Local de padronização Material Médico hospitalar, datado em 20/09/2020, Coordenador Eliane do Rosário Andrade Fonseca, farmacêutica;

-Comissão Proteção Radiológica, não foi nos apresentado ata de reunião;

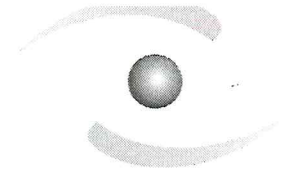
-Comissão Transfusional tem como presidente o médico hematologista Marcelo Dias de Castro, tem a última reunião realizada em 29/003/2020.

-Comissão Núcleo de Segurança do Paciente, tem como presidente a enfermeira Dilene Andreia Rosa, com reuniões regulares.

#### 6.2. NÃO CONFORMIDADES

Atas de comissões desatualizadas conforme descrito nos regimentos internos, em desacordo a RDC 63/11.

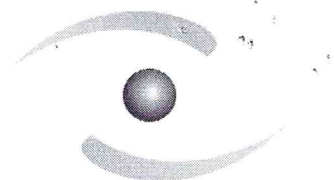




- 2 - Nomeações das comissões desatualizadas, em desacordo a RDC 63/11.  
3 - Certificado de dedetização vencido desde 06/20

#### 7. Serviços Terceirizados:

- Lavanderia: Atmosfera Gestão e Higienização de Têxteis S/A.
- Serviço de Limpeza: MGS Minas Gerais Administradora e Serviços S/A, nº contrato: 9074722.  
TBI Segurança EIRELLI, nº contrato; 9050956.
- Desinsetização: Desinsetização Cruz Miranda Ltda.- ME, nº contrato: 9144903.
- Recolhimento do Resíduo: Oxigás Resíduos Especiais Ltda EPP, nº do contrato: 9054079.
- Instituto Mineiro de Desimetria e Radioproteção EIRELLI-EPP, nº contrato: 9181868.
- SHIMADZU do Brasil Comércio. Nº contrato: 11790.
- SPEEDLABOR Diagnóstico LTDA EPP, nº contrato: 9130526.  
Laboratório de Citoanálise, nº contrato: 9130115 e 9130119.
- Intervent Cardiologia Angiologia Intervencionista LTDA, nº contrato: 9074556.
- Pró renal Centro de Nefrologia, nº contrato; 9196257.
- Hospital São Francisco de Barbacena LTDA, nº 9052210.
- Hemotech Comércio e Serviços LTDA, nº contrato; 9161400.
- RRv Diagnóstico por imagem LTDA (Climagem), nº contrato: 9162354.
- Ápice Healthcare Equipamentos Médicos Hospitalares LTDA, nº contrato: 9129963.  
Belta Tecnologia LTDA EPP, nº contrato: 9129968.
- Drogaria Vita de Ubá LTDA-ME, nº contrato: 9077591.
- Drogaria e perfumaria Santa Terezinha de Jesus LTDA, nº contrato: 9130042.
- PNCQ Programa Nacional de Controle e Qualidade, nº contrato; 9178861.
- Engevisa Serviços de Engenharia EPP, nº contrato: 3051372.
- MEDCENTER Imagem, nº contato: 9052208.
- Banco do Brasil S.A, nº contrato: s/nº.
- Linde Gases, nº 9077926.
- Central ETO de esterilização, nº 9045198.
- SHIMADZU do Brasil Comércio, nº contrato: 9164689.
- Cemig Distribuição S.A, nº contrato: 9130009.
- Vitae Tecnologia em Medicina LTDA EPP, 9174589.
- X-Service Manutenção e Comércio de Equipamento Médicos EIREILI, nº contrato: 9176538.
- Separar Produtos e Serviços LTDA, nº contrato:9045532.
- Armando Clima EIRELLI EPP, nº contrato: 9187152.
- Laboratório São José Barbacena-LTDA, nº contrato: 9138376.
- Spectrolab do Brasil EIRELLI-EPP, nº contrato: 9053470.
- Atmosfera Gestão e Higienização de têxteis, nº 9143835.



- 2ª Engenharia, Construção e arquitetura LTDA, nº contrato: 9192596.
- MCJ-Assessoria Hospitalar e informática LTDA-EPP, nº contrato: 9074390.
- Araújo Correia Engenharia de Planejamento e Execução LTDA-ME, nº contrato: 9197298.
- CTIS TECNOLOGIA S/A, nº contrato: 9124823.
- 4tech Manutenção Laboratorial, Refrigeração e Hospitalar LTDA-EPP, nº contratos: 9074304, 9074319.
- Stillus Alimentação LTDA.

## 8. INTRODUÇÃO

Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo é uma instituição pública de prestação de serviços de assistência médico hospitalar em níveis secundário e terciário ao Sistema Único de Saúde, pertence ao complexo de hospitais gerais da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais- FHEMIG. Possui pronto atendimento, sendo referência da rede de trauma e urgência, terapia intensiva, bloco cirúrgico. Realizam exames como ecocardiograma, tomografia computadorizada, ressonância magnética, endoscopia, ultrassons, ECG, EEG, RX simples, Raio X contrastado, exames laboratoriais.

Área física construída do Hospital Geral e seus anexos de aproximadamente 5.795 m<sup>2</sup>. O hospital Regional de Barbacena consta com 75 leitos, além do pronto atendimento, sendo: 44 leitos clínica médica sendo 2 de isolamento, 21 leitos de cirurgia geral sendo 1 isolamento, e 10 leitos de unidade de terapia intensiva sendo 1 de isolamento, 3 salas cirúrgicas e 32 leitos de urgência emergência.

Missão do hospital Regional é prestar serviços de assistência hospitalar de abrangência em níveis secundários e terciários aos pacientes do SUS.

Visão do hospital: tornar o hospital uma organização pública resolutiva, assegurando a efetividade, a qualidade, a segurança e a humanização dos serviços prestados.

## 9. SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

**Equipe Técnica responsável inspeção: Francisco Borges, Luana Helena Cimino de Abreu**

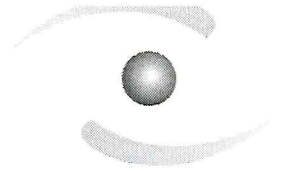
Trata-se de serviço filantrópico, atendendo a hospitais no município e circunvizinho, na Região de Saúde de Barbacena. A Agência é supervisionada pelo HEMOMINAS/MG, de onde são adquiridas as bolsas.

Certificado especialização Marcelo Dias de Castro – Hematologia e Hemoterapia pelo CRMMG/UFJF.

O serviço realiza captação de doadores, armazenamento de Hemocomponente, testes imunohematológicos no receptor, transfusão de sangue, distribuição de sangue e componentes. Não possui transporte de sangue e componentes e não realiza coleta de interna e externa de sangue, não processa sangue, não realiza testes imunohematológicos no doador e não realiza testes para marcadores de doenças infecciosas do doador. Transfundidas, 163 no Hospital Regional José Américo.

Não possui registros informatizados. A documentação é arquivada de forma a manter sua integridade, porém não é arquivado no serviço sendo enviado para uma empresa Célula, em outro município. Os dados e informações manuais são legíveis e seguros.





### 9.1. Estrutura Física

O serviço não possui projeto arquitetônico aprovado. Toda a estrutura com revestimento de pisos, paredes, bancadas e teto em acordo com as exigências legais. Não possui telagem em todas as janelas. Realiza controle de pragas e vetores. Bom estado de conservação, manutenção e limpeza de toda agência transfusional.

### 9.2. Equipamentos e dispositivos

O serviço está ligado ao grupo gerador de emergência. Possui 01 freezer.

Não possui plano de contingência para os casos de corte de energia elétrica, tendo equipamentos de combate a incêndio.

Os equipamentos críticos são identificados.

Não registra qualificação, e sim as manutenções preventivas, manutenções corretivas e calibração dos equipamentos de todos os equipamentos.

### 9.3. Biossegurança

Possui procedimentos escritos de acordo com as instruções dos fabricantes de saneantes regularizados junto à ANVISA e outros que contemplam medidas de biossegurança.

Realiza treinamento de equipe.

### 9.4. Hemovigilância/Retrovigilância

Realiza capacitação dos profissionais para detecção e condutas frente à eventos adversos à transfusão.

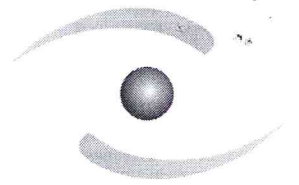
Existe registro tanto no prontuário do paciente como na ficha de transfusão de todas as informações relativas à reação transfusional e as condutas adotadas. Existem procedimentos estabelecidos para resolução em casos de reações transfusionais, que incluam a detecção, o tratamento e a prevenção das reações transfusionais. Os eventos adversos são notificados no sistema NOTIVISA. O serviço possui procedimentos estabelecidos para investigação de retrovigilância, sendo realizada pelo Hemocentro coordenador.

### 9.5. Gestão da qualidade

O estabelecimento possui mecanismos de garantia da qualidade, com pessoal qualificado, procedimentos técnicos administrativos e realizando auditoria interna.

### 9.6. Procedimentos Gerais

A requisição não contempla todos os dados exigidos em legislação, faltando indicação clínica. No transporte e acondicionamento de hemocomponentes são utilizados recipientes rígidos, porém sem os dados do serviço. Registros do comitê transfusional estão desatualizados. Realiza inspeção visual das bolsas, coleta de amostra dos receptores realizada por profissional de saúde contendo todos os dados pertinentes. Guarda de alíquotas do receptor por 72 horas em temperatura adequada. Realiza tipagem ABO direta e reversa do receptor,



determinação do fator RH-D na amostra do receptor, Pesquisa de Anticorpos irregulares. O ato transfusional é realizado sob supervisão médica e pessoal qualificado. Há confirmação antes do ato transfusional da identificação do paciente. Registro no prontuário do paciente contém todos os dados previstos na legislação. O serviço obteve pontuação 80,949% na classificação criticidade/avaliação de risco, sendo considerado médio baixo risco potencial. O transporte e acondicionamento dos hemocomponentes são acondicionados em recipientes identificados.

#### 9.7. Não conformidades

- \* 4 -Inexistência de Projeto arquitetônico aprovado, desacordo com art. 8 da RDC 34/14;
- 5 -Inexistência de telagem em todas as janelas, desacordo com § 2º o art. 8 da RDC 34/14;
- 6 -Inexistência de plano de contingência em caso de corte de energia, desacordo com o art. 120 da RDC 34/14;
- \* 7 -Registro das atividades do Comitê Transfusional desatualizados, desacordo com o art. 145 da RDC 34/14;

#### 10. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

##### Equipe Técnica responsável inspeção: Janaina Martins Fernandes Sanson

Localizada em frente ao bloco cirúrgico, possui 10 leitos de unidade de terapia intensiva adulto, considerando adulto a partir de 13 anos de idade, sendo um leito de isolamento. Possui 10 respiradores, 55 bombas de infusão 10 camas com grades, 13 monitores multiparâmetros, 2 carrinhos de emergência, 2 ressuscitadores/ cardioversor.

Enfermeiro responsável técnico: Márcio Antônio Resende, pós-graduado em Terapia Intensiva. Possui 01 enfermeiros assistencial 24 horas e 05 técnicos de enfermagem, em alguns conseguindo 06 técnicos de enfermagem por plantão, haja vista a não necessidade de diarista de acordo com a RDC 7

Médico responsável técnico: Paulo Roberto Rezende Campos, possui título de medicina intensiva em 22/04/2001. Possui outros três médicos diaristas além do responsável técnico, sendo eles Carlos Magno e Júlio, com escalas de fim de semanas e feriados.

Possui fisioterapia no período de 24 horas, sendo o coordenador Tiago do Prado Rodrigues.

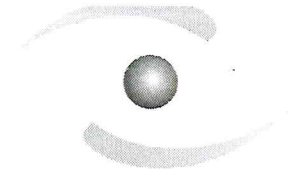
Possui POP's ou Bundle aprovados pela CCIH e disponível para todos os funcionários por meio eletrônico, procedimentos em casos de acidentes impressos nos setores em forma de cartazes. Possui educação continuada em acordo com a NR 07 Art. 17, realizados pelo NEP.

A higienização é realizada diariamente e sempre que necessário, após alta realizado higienização terminal. Funcionaria da higienização do período diurno é exclusiva do CTI, porem do período noturno exerce atividades também no Bloco cirúrgico.

Os recursos assistenciais são realizados da seguinte forma:

-Recursos próprios: assistência nutricional, assistência farmacêutica, assistência fonoaudiologia, assistência psicológica, assistência odontológica, assistência social, assistência clínica vascular, assistência clínica cardiovascular, assistência clínica neurológica, assistência clínica ortopédica, assistência clínica gastroenterologia, assistência hemoterapia, assistência clínica hematológica, assistência oftalmológica, assistência otorrinolaringológica, assistência clínica de infectologia, assistência clínica ginecológica, assistência cirurgia geral, serviço de laboratório químico (porém hemogasometria realizado pelo laboratório), serviço de radiografia móvel,





serviço de ultrassonografia portátil, serviço de endoscopia digestiva alta e baixa, serviço de fibrobroncoscopia, serviço de diagnóstico clínico e notificação compulsória de morte encefálica.

-Recursos terceirizados: assistência clínica urológica, é realizado solicitação para a direção e realizado um contrato de prestação de serviço com o profissional para atender a demanda específica (por se tratar de serviço estatal). Terapia nutricional, compra realizada pela farmácia.

De acordo com a RDC 7/2010 artigos 57 e 58 a Unidade atende estes requisitos, possuindo os materiais e equipamentos que constam na lista destes artigos, porem alguns itens em número insuficiente, listados na não conformidade.

Em relação aos registros de desempenho e padrão de funcionamento da UTI, de acordo com a Instrução normativa N° 4 de 2010, realizam os seguintes indicadores: Taxa de mortalidade absoluta, tempo de permanência na Unidade, densidade de incidências de pneumonia associada a ventilação mecânica, taxa de utilização de ventilação mecânica, taxa de utilização de cateter venoso centra, densidade de incidência de infecções do trato urinário relacionada a cateter vesical.

Estrutura da unidade possui sistema de ar condicionado, pisos, paredes e tetos de fácil higienização, janelas teladas.

### 10.1. Entrada

Porta basculante, entrada para o CTI, pia para higienização das mãos, sala da coordenação. Possui uma maca de transporte e cartazes educativos.

### 10.2. Lavatório para mãos

Apresenta pia com 02 torneiras de acionamento manual, suporte para sabão líquido, álcool e papel toalha, lixeira com tampa e pedal, informativo para lavagens das mãos. Possui suporte com capote para uso de visitante, lixeira com tampa e pedal para resíduo comum e hamper.

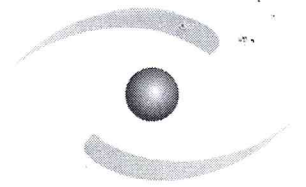
### 10.3. Descanso de enfermagem

8 - Espaço improvisado, corredor de acesso a rouparia ao CTI, adaptado pra descanso de enfermagem. Possui uma bicama, e uma cama, e um colchão rasgado para funcionários descansar no chão, colchões não são de material lavável.

#### 10.3.1. Não conformidades

\* 9 - Espaço em desacordo com a RDC 50/02;

### 10.4. Descanso médico



Utilizado pelos médicos, fisioterapia e enfermeiros de plantão. Possui cama e uma bicama, mesa e cadeira, prateleiras com livros e um sanitário completo. Roupas de cama fornecida pela instituição.

#### 10.5. Sala coordenador/secretaria

Possui computador, impressora, mesas, cadeiras, prateleiras para prontuário, 1 armário tipo arquivo, 1 armário. Os prontuários ficam em pastas e são organizados pela secretaria.

#### 10.6. Expurgo

Sala utilizada para a pré-lavagem de materiais estéreis, higienização de equipamentos após limpeza terminal de leito, depósito temporário de roupa suja.

Possui grande bancada com 02 pias para higienização dos materiais, pia de despejo de material biológico, janela com saída para o corredor lateral conforme descrito neste relatório, hamper, lixeira com tampa e pedal, suporte papel toalha, materiais de limpeza de artigos médicos, caixa de perfuro cortante, caixa para envio de materiais a CME pré lavados.

##### 10.6.1 – Não conformidades

- 10 - Foi evidenciado lixeira sem pedal em desacordo a RDC 222/2018.
- 11 - Foi evidenciado lixeira com EPI em desacordo a EDC 222/2018.

#### 10.7. Copa

Espaço destinado a pequenos lanches da equipe. Possui geladeira, filtro, pia para higienização, artigos de cozinha e micro-ondas.

#### 10.8. Posto de enfermagem

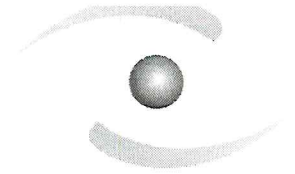
Localizado ao centro dos 10 leitos, facilitando a visualização de todos. Bancada com computadores, e cadeiras para evolução da enfermagem e médica, prontuário são evoluídos eletronicamente impressos e assinados. Possui Impressora, computadores, cadeiras, Pia para higienização das mãos, bancada para preparação de medicamentos, armários para guarda de matérias, gavetas para guarda de medicamentos separados por leito, caixa de perfuro cortante, lixeira com tampa e pedal para resíduo comum e lixeira para infectante.

##### 10.8.1. Não Conformidades

- 12 - Utilizam caixa de papelão para resíduos tipo frascos de vidro de medicamento, localizada no chão embaixo da pia, em desacordo com a RDC 222/2018 e em desacordo com o PGRSS da instituição.
- 13 - POP desatualizado, em desacordo com a RDC 63/2011.

#### 10.9. Leitos





São 10 leitos de unidade de terapia intensiva, cada leito possui: cama com grades laterais, fonte de O2, ar comprimido e vácuo, ambú com reservatório e máscara facial, monitor multiparâmetros, estetoscópio, kit para nebulização, 1 lixeira com identificação e pedal, biombos/divisórias de material lavável separando os leitos. Espaço com posto de enfermagem centralizado, e dois carrinhos de emergência em cada lado, com desfibrilador e acessórios para atendimento de emergência. Eletrocardiograma com mesa. Balança para adulto, carrinho de material de curativo. Aparelhos para hemodiálise, sendo possível a realização de até 4 hemodiálises por vez, sendo que a assistência é realizada pela empresa Pro-Renal, que possui rotina diária, com equipe mínima de médico, enfermeiro e técnico de enfermagem; possui sistema de osmose reversa. Leito de isolamento com os mesmos equipamentos, porem possui uma antes sala para higienização das mãos e um sanitário.

Possui cartazes explicativos com escala de cores para frequência de trocas de equipo, o qual possui rotina de troca de 3 em 3 dias, rotina para troca de artigos médicos.

Cada leito possui placa de identificação do paciente com os seguintes dados: nome, prontuário, idade, data de admissão, hora admissão, número do leito, dados do parâmetro ventilatório; cartaz do tipo de precaução; exames agendados e controle de cultura; controle de higienização terminal pela CCIH.

#### 10.9.1. Não conformidades

\* 34 - Possui somente um sanitário para paciente, localizado dentro do isolamento, em desacordo com a RDC 50/02

#### 10.10. Rouparia

Espaço destinado a guarda de roupas limpas. Possui armário com portas e roupas em sacos, biombos.

#### 10.10.1. Não Conformidades

\* 15 - Armários apresentando ferrugem, em desacordo com a RDC 63/2011 art. 36.

16 - Caixa de papelão no setor em desacordos a RDC 63/2011

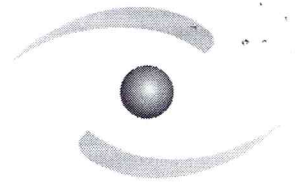
#### 10.11. Arsenal 1

Presença de vários equipamentos: possui armários guarda de materiais. Equipamentos ligados na tomada para carregar as baterias, possui várias tomadas para essa função, respiradores, cilindros de oxigênio.

#### 10.12. Arsenal 2

Sala destinada a guarda de materiais. Possui pia para higienização e bancada, acessórios para limpeza, armário com gavetas, frigobar para guarda de insulina, caixa térmica para Hemocomponentes.

#### 10.13. Sanitários funcionários



Possui dois sanitários, separado por sexo, com vaso completo, pia para higienização das mãos, suporte papel higiênico, papel toalha e sabonete líquido. Cartazes educacionais na porta e dentro do banheiro, tendo um sanitário com chuveiro para ambos sexos.

#### 10.14. Corredor

Corredor do lado de fora da unidade, utilizado pelos funcionários da higienização, para recolhimento de resíduos e por funcionários da CME para recolhimento de material sujo. Acesso por janela ao Expurgo, e acesso por porta ao descanso de enfermagem entrada de rouparia limpa).

Possui pia para higienização das mãos e acessórios, lixeira com tampa e pedal para resíduos comuns.

#### 10.15. DML

Utilizada pelo serviço de higienização, e guarda de materiais de limpeza, possui pia para higienização de artigos de limpeza, prateleiras para guarda de materiais e vassoura e pano de chão.

#### 10.16. Não conformidades:

- K 17* - Médico, enfermeira E fisioterapeutas coordenadores não foram designados formalmente, em desacordo com a RDC 07/2010, Art.13;
- K 18* - Funcionário para serviços de limpeza no período noturno não é exclusivo do setor, em desacordo com a NR07/2010 Art.14;
- K 19* - Não possui aspirador a vácuo portátil, em desacordo com a RDC 7/2010 art. 58 itens VIII;
- 20* - Não realizam o indicador de Taxa de reinternação em 24h, em desacordo com a Instrução Normativa 4/2010, art. 1 item III.
- 21* - Monitores multiparâmetros, cardoversores ,balança não possuem manutenção preventiva, em desacordo com a RDC 63/2011 art. 23;

#### 11. SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (SND) Fiscal responsável inspeção: Ronaldo Ferreira da Silva

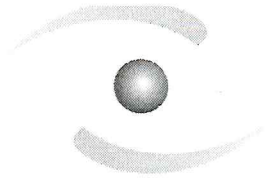
##### 11.1. Edificação, instalação, equipamento, móveis e utensílios:

A SND (serviço de nutrição e dietética) do Hospital Regional de Barbacena José Américo, é responsável pela manipulação de dietas livres orais para os pacientes, bem como dietas líquidas, leves, pastosas, livres e brandas. O hospital possui contrato com empresa especializada na prestação de serviço na preparação de refeições para operar na referida unidade. A empresa Cook Empreendimentos Alimentícios Ltda. é a responsável pelos procedimentos e serviços oferecidos pela unidade. São oferecidos em média por dia 90 refeições entre almoço e jantar, bem como desjejum, colação, café da tarde jantar e ceia.

As instalações são projetadas de forma a possibilitar um fluxo ordenado e sem cruzamentos em todas as etapas de preparação dos alimentos. Sua estrutura é dividida em setores: área de higienização de talheres e bandejas,

*AM*  
*Resulta*  
*[Handwritten signatures]*





área de pré-preparo de hortifrúti, área de apoio e porcionamento, montagem de carrinho, Expurgo/DML, depósito de lixo, área de cocção, depósito, área de montagem de lanches, preparo de dietas e sobremesas, área de distribuição e sala da nutricionista.

O acesso a instalação é controlado e independente, não comum a outros usos, não foi observado no momento da inspeção o acesso de pessoas estranhas à atividade dentro área de produção.

O dimensionamento da área de produção é compatível com todas as operações executadas, existe separação entre as diferentes atividades por meios físicos de forma a evitar contaminação cruzada.

As instalações físicas são compostas por pisos e paredes de material liso, resistente impermeável de cor clara e de fácil higienização, em sua maioria, são mantidos íntegros, conservados, livres de rachaduras, trincas, descascamentos ou qualquer outra imperfeição que possa dificultar sua higienização, no entanto, foi observado em alguns pontos da área de higienização de vasilhames a presença de pisos trincados e descascados e amassados dificultando sua higienização.

As portas e as janelas são mantidas ajustadas aos batentes. As aberturas externas das áreas de armazenamento e preparação de alimentos são providas de telas milimétricas removíveis para impedir o acesso de vetores e pragas urbanas, as mesmas se encontravam íntegras e em bom estado de higiene e conservação.

A instalação é abastecida de água corrente e dispõe de conexões com rede de esgoto, seus ralos são sifonados e possuem dispositivos que permite seu fechamento. As áreas internas e externas se encontravam livres de objetos em desuso ou estranhos ao ambiente.

A iluminação proporciona a visualização de forma que todas as atividades sejam realizadas sem comprometer a higiene e as características dos alimentos. As luminárias são apropriadas para a área são protegidas contra quedas e explosões acidentais.

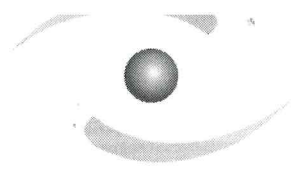
As instalações elétricas são embutidas e se encontravam devidamente identificadas e íntegras de forma a permitir a higienização dos ambientes.

A ventilação garante a renovação do ar e a manutenção do ambiente livre de fungos, gases, fumaça, pós dentre outros que possam comprometer a qualidade higiênico sanitária do alimento. Não foi observado jatos de ar diretamente nos alimentos.

Não possui instalações sanitárias exclusivas para os funcionários da UAN, os mesmos utilizam os sanitários e vestiários dos funcionários dos demais setores do hospital. O mesmo se encontrava devidamente organizado e higienizado. Possui seus respectivos acessórios para uma correta higienização das mãos e lixeiras com tampa e acionamento por pedal.

Possui pia exclusiva para higienização das mãos, em posição estratégica em relação ao fluxo de preparo dos alimentos e em número suficiente para atender toda área de manipulação, possui seus respectivos acessórios (papel toalha e sabonete líquido inodoro), dispõe de cartazes orientando a correta higiene das mãos e lixeira com tampa e acionamento por pedal.

Os equipamentos, móveis e utensílios que entram em contato com os alimentos não transmite substâncias tóxicas, odores, nem sabores aos mesmos. São mantidos em adequado estado de conservação e são resistentes à



corrosão e a repetidas operações de limpeza e desinfecção. As superfícies dos equipamentos, móveis e utensílios são lisas, impermeáveis, laváveis e são isentas de rugosidades, frestas e outras imperfeições que possam comprometer a higienização dos mesmos e serem fontes de contaminação dos alimentos. A manutenção técnica dos equipamentos, utensílios e calibração dos instrumentos ou equipamentos de medição e feita periodicamente, mantendo registro da realização das mesmas.

#### 11.2. Higienização das instalações, equipamentos, móveis e utensílios:

As instalações, os equipamentos, os móveis e os utensílios são mantidos em condições higiênico-sanitárias apropriadas. As operações de higienização são realizadas por funcionários comprovadamente capacitados, com frequência que garante a manutenção dessas condições. A área de manipulação é higienizada imediatamente após o término do trabalho, são tomadas precauções para impedir a contaminação dos alimentos por produtos saneantes.

Os produtos saneantes utilizados são regularizados pelo Ministério da Saúde, são identificados e guardados em local reservado para essa finalidade (DML). Os utensílios utilizados na higienização de instalações são distintos daqueles usados para higienização das partes dos equipamentos e utensílios que entram em contato com o alimento. A higienização do local fica destinada a cada responsável pelo seu setor, existindo escalas e controle dessas atividades.

#### 11.3. Controle de vetores e pragas urbanas:

A edificação, as instalações, os equipamentos, os móveis e os utensílios estão livres de vetores e pragas urbanas, existe um conjunto de ações eficazes e contínuas de controle de vetores e pragas urbanas, com o objetivo de impedir a atração, o abrigo, o acesso e ou proliferação dos mesmos. O referido estabelecimento possui laudo de dedetização executado por empresa especializada (convert inset), com data de validade vigente, vencimento em: 03/03/2019. Procedimentos realizados com produtos desinfestantes regularizados pelo Ministério da Saúde.

#### 11.4. Abastecimento de água:

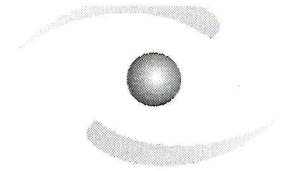
É utilizada somente água potável na manipulação dos alimentos. O abastecimento de água é feito pela rede pública, sua potabilidade é atestada semestralmente mediante laudos laboratoriais, executado por empresa especializada, credenciada e cadastrada nos órgãos competentes (Ecosystem Análises Ambientais). O reservatório de água é constituído materiais que não comprometem sua qualidade higiênica sanitária, o mesmo é higienizado em um intervalo de seis em seis meses, tal manutenção é realizada pelos funcionários do setor engenharia clínica e manutenção do hospital. Foram apresentados registros dessas atividades.

#### 11.5. Manejo de resíduos:

O estabelecimento dispõe de recipientes identificados e íntegros, de fácil higienização e transporte, e em número e capacidade suficiente para conter os resíduos. Os coletores utilizados para deposição dos resíduos são

*Handwritten signatures and initials in blue ink.*





dotados de tampa e acionados sem contato manual (pedal). Os resíduos são frequentemente coletados e estocados em local isolado da área de manipulação reservado para essa finalidade (depósito de lixo), de forma a evitar focos de contaminação e atração de vetores e pragas urbanas, os mesmos são coletados por empresa municipal de saneamento, de acordo com o PGRSS.

#### 11.6. Manipuladores:

Foram apresentados exames médicos que comprovem a saúde dos manipuladores. No momento da inspeção não foi registrada a presença de manipuladores com lesões e ou sintomas de enfermidades, os mesmos apresentavam asseio pessoal e trajavam uniformes compatíveis à atividade, conservados e limpos, cabelos presos, protegidos por toucas, unhas curtas e sem esmalte, livres de adornos e objetos pessoais. Seus uniformes são trocados diariamente e usados exclusivamente nas dependências internas da SND, as roupas e objetos pessoais são guardados em lugar específico para esse fim (armários).

Os manipuladores são supervisionados e capacitados periodicamente em higiene pessoal, em manipulação higiênica dos alimentos e em doenças transmitidas por alimentos. A capacitação é comprovada mediante documentação. Não foi notado por parte dos manipuladores, hábitos inadequados para a função tais como falar, tossir, cantar ou assoviar, ou outros atos que possam contaminar o alimento, durante o desempenho das atividades.

#### 11.7. Matérias primas, ingredientes e embalagens:

A recepção das matérias-primas, dos ingredientes e das embalagens é realizada em área protegida e limpa, os mesmos são submetidos à inspeção e aprovados na recepção. São observados nos produtos adquiridos: data de validade, denominação de venda, lote, nome e endereço do fabricante, distribuidor e importador, características sensoriais, integridade das embalagens e higiene do produto, as mesmas encontram-se íntegras e com identificação e rótulo visível.

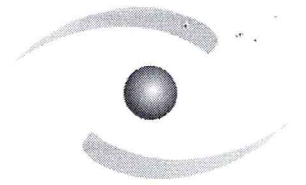
As matérias-primas, os ingredientes e as embalagens, são armazenados em local limpo e organizado, e se encontravam devidamente identificadas. O estoque seco fica acondicionado em prateleiras de material liso, resistente, impermeável e lavável (metálico), respeitando o espaçamento mínimo entre a parede/fardos, necessário para garantir adequada ventilação, limpeza e, quando for o caso desinfecção do local.

Foi observada a inexistência de ventilação adequada no local.

#### 11.8. Preparação do alimento:

O quantitativo de funcionários, equipamentos, móveis e utensílios, são compatíveis com o volume, com a diversidade e complexidade das preparações alimentícias, no momento do preparo dos alimentos são adotadas medidas a fim de minimizar os riscos de contaminação cruzada devido o contato direto ou indireto entre alimentos crus, semi-preparados e prontos para o consumo.

As matérias-primas e os ingredientes caracterizados como produtos perecíveis são expostos à temperatura ambiente somente pelo tempo mínimo necessário para preparação do alimento.



Os alimentos de origem animal tais como, carnes e peixes são armazenados adequadamente em frízeres, foram atestados a procedência das mesmas no que se refere seus respectivos selos de inspeção (SIM, SIF e IMA).

O descongelamento de alimentos congelados é conduzido de forma a evitar que as áreas superficiais dos alimentos se mantenham em condições favoráveis a multiplicação microbiana, o mesmo é efetuado em condições de refrigeração à temperatura inferior a 5°C (cinco graus Celsius). Após serem submetidos à cocção, os alimentos preparados são mantidos em condições de tempo e temperatura que não favoreçam a multiplicação microbiana, 60°C.

Os alimentos destinados ao consumo crus são submetidos a processos de higienização com produto regularizado nos órgãos competentes do ministério da saúde (CRIVELLA, solução química usada na sanitização de folhas) e são aplicados de forma a evitar a presença de resíduos no alimento preparados.

### 11.9. Armazenamento e transporte do alimento preparado:

Os alimentos preparados são mantidos na área de manipulação ou aguardando o transporte, são identificados com as seguintes informações: clínica medica, data da manipulação, nº da enfermaria, nº do leito, nome do paciente e a distinção da dieta, os mesmos são protegidos contra qualquer tipo de contaminantes. O transporte do alimento preparado, da distribuição a entrega ao consumo, ocorre em condições de tempo e temperatura adequadas de forma a não comprometer a qualidade higiênica sanitária do alimento, sua temperatura é monitorada durante todas as etapas.

As dietas parenterais são prescritas por médico especialista de acordo com as necessidades nutricionais de cada paciente e são transmitidas via online para a empresa responsável para a fabricação das mesmas (FAMAP).

As dietas enterais são fornecidas por empresa credenciada e armazenadas em local adequado para essa finalidade (temperatura ambiente controlada e lançada em planilhas). As mesmas possuem seus respectivos registros nos órgãos competentes Ministério da Saúde MS/ANVISA.

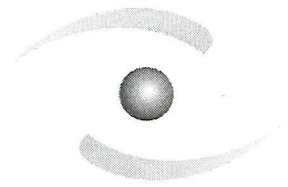
O carrinho utilizado para a distribuição das refeições é de material liso resistente e de fácil higienização, o mesmo é higienizado todos os dias mantendo registros das operações.

O estabelecimento faz coleta de amostras de alimentos prontos e crus (carnes), para possíveis análises, as mesmas são devidamente acondicionadas em freezers e identificadas e guardadas por 72h, entre 2°C e 8°C até o seu descarte final. A responsabilidade técnica é exercida por profissional habilitado: Priscila Pires de Souza, CRN: 17851.

### 11.10. RH:

- 02 nutricionistas;
- 02 cozinheiros;
- 05 Auxiliares de cozinha;
- 05 copeiras;





- 01 operacional de Limpeza;

#### 11.11. Documentação apresentada:

- Certificado de dedetização;
- Laudo de potabilidade da água;
- Certificado de higienização da caixa de água;
- Planilhas de temperaturas equipamentos e alimentos; ( Sem a devida assinatura do responsável pela averiguação)
- Exames médicos dos manipuladores;
- Registros de treinamentos;
- Controle de amostras;
- Manual de boas práticas;( Desatualizado)
- Comprovantes de manutenção e calibração dos equipamentos;
- POP's (Procedimentos Operacionais Padronizados);

PO

- ✓ Fica a empresa acima P 1: Transporte dos alimentos;
- ✓ POP 2: Higienização das instalações, equipamentos e utensílios;
- ✓ POP 3: Higiene e saúde dos manipuladores;
- ✓ POP 4: Controle de vetores e pragas urbanas.
- ✓

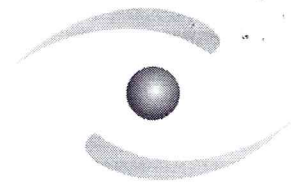
**11.12. Orientações:** supracitada (Cook Empreendimentos Alimentícios Coletivos Ltda.), orientada a com relação ao incidente ocorrido e relatado na ata de notificações de eventos adversos/incidentes, verificada durante a inspeção realizado no setor de núcleo de riscos. Fora encontrada por paciente em meio a refeição, pedaço de metal. a realizar inspeções mais criteriosas com relação aos equipamentos e as refeições, de modo a evitar eventuais riscos de contaminações.

A nutricionista responsável alegou que o mesmo saltara da máquina de corte de legumes. Fica a empresa orientada.

#### 11.13. Não Conformidades:

- \* 23 • Presença de trincas no piso da área de higienização de vasilhames. Em desacordo com a RDC 216/04, item 4.1.
- 24 • Mal de boas práticas desatualizados RDC 216/04
- \* 25 • Inexistência de ventilação adequada no depósito. Em desacordo com a RDC 216/04, item 4.1.10.
- \* 26 • Não foi apresentado manual de preparo de dietas. Em desacordo com a RDC 4.1.11.
- \* 27 • Porta da área de manipulação mantida aberta durante a manipulação. Em desacordo com a RDC 216/04,
- \* 28 • Ausência de Alvará sanitário. (Cook Empreendimentos Alimentícios Coletivo Ltda.)

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature on the right and several smaller ones below.



## 12. COMISSÃO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)

**Equipe Técnica de inspeção: Janaina Martins Fernandes Sanson e Francislaíne Aparecida Silva**

Encontra-se em uma sala ao lado do posto de enfermagem da ala cirúrgica, possui 3 mesas, 3 cadeiras, 3 computadores, um sanitário completo.

Enfermeira responsável: Valesca Pinto Magalhaes, Coren 95617, carga horária 40 horas semanais.

Médico Responsável: Renato Cesar Vaz de Melo, CRM MG 24848, carga horária 20 horas semanais.

A CCIH foi formalmente nomeada, porém está desatualizada, realizam reuniões mensais registradas em ata com os coordenadores dos setores mensalmente.

Há Programa Controle Infecção Hospitalar implementado, manual de biossegurança, PRS (procedimentos específico) como para IPCS, ITU, PAV, Profilaxia cirúrgica, Precauções, higienização hospitalar, lavagem das mãos. Os registros de treinamento encontram-se no NEP.

Para a utilização de antimicrobiano é realizado prescrição no sistema, impresso e carimbado pelo médico assistente, após o médico da CCIH realiza a análise. É realizado a primeira dosagem sem a análise da CCIH, pois a análise é realizada depois da confecção. O médico assistente deve realizar também formulário específico para antimicrobiano, para entrega na farmácia.

São realizadas reuniões mensais com os dois membros da CCIH e com os coordenadores das áreas, farmacêutico e bioquímico da instituição, e quando necessário outros membros da equipe. As atas registram claramente a atuação da CCIH, um exemplo da última reunião, e que, foi abordado sobre a troca de fornecedor da análise da água.

A limpeza do hospital é realizada pela MGS, empresa terceirizada, os quais realizam treinamentos e a CCIH também realiza, para todos os funcionários envolvidos na higienização hospitalar, possui rotina estabelecida pela CCIH de higienização terminais, que se encontra desatualizada. Juntamente com o setor de hotelaria confecciona os procedimentos por escrito do setor de limpeza.

Elabora relatório mensal com dados informativos e indicadores do Controle de Infecção Hospitalar global e um específico para a UTI, divulgando o para o corpo clínico e vigilância sanitária.

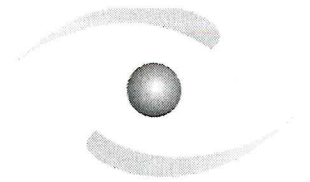
Possui busca fonada e ambulatório de egresso para detecção de infecção hospitalar pós alta.

Em todos os ambientes do hospital há placas de orientação sobre a lavagem das mãos, a Bundles para os funcionários sobre as medidas de precauções.

Há procedimentos escritos para os seguintes itens: lavagem das mãos, biossegurança (exposição a material biológico e acidentes com perfuro cortantes) exposto em todos os postos de enfermagem, cuidados com cateteres intravasculares e urinários, curativos, limpeza e desinfecção de artigos.

O hospital possui 27 caixas d'água de 1.000 litros, 1 caixa d'água de 3.000 litros e 1 caixa d'água de 2.000 litros, totalizando 32.000 litros de água, existe limpeza de caixa d'água de acordo com o apresentado de 6 em 6 meses.





É realizado pela enfermeira executora da CCIH visita diária ao CTI, visita em dias alternados nas enfermarias; não realiza visita ao pronto atendimento.

A vigilância epidemiológica das infecções hospitalares é geral e dirigida (conforme procedimentos invasivos e/ou solicitação de antimicrobiano). As coletas de dados são realizadas de forma mista (busca ativa e busca passiva) possui os seguintes indicadores no Controle da Infecção Hospitalar: PAV, ITU, ISC, IPCS, LETALIDADE.

### 12.1. Não conformidade

- # 29 - Os membros da CCIH estão nomeados formalmente, porém está desatualizada, em desacordo com a Portaria 2616/1998 art. 2.2.
- 30 - Não foi evidenciado lixeiras para lixo infectantes, em desacordo com a RDC 222/2018.
- 31 - Não foi evidenciado que a enfermeira responsável possui especialização em infecção hospitalar.
- 32 - Não foi evidenciado rubrica nos documentos gerais, em nenhuma das folhas e nem carimbo do elaborador e aprovador, em desacordo a RDC 63/2011

## 13. CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO (CME)

Equipe Técnica Inspeção: Luana Helena Cimino de Abreu / Francisco Borges

### 13.1. Estrutura

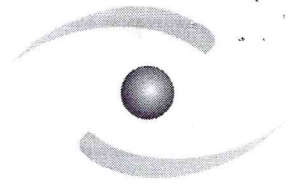
Localizada no final do corredor da clínica médica, com a responsável técnica sendo a enfermeira Nivea Ribeiro de Navarro Soares Ferreira. Possui janela de entrega de material limpo separada da janela de entrega de material sujo. Entrada para funcionários pelo vestiário do setor. Acesso sem cruzamento e diferenciado para recepção e distribuição de material sujo e limpo. As janelas possuem tela de proteção. Realizam esterilização de materiais do hospital e do hospital psiquiátrico da Rede Fhemig. Foi observado que a instituição realiza as manutenções preventivas e corretivas dos equipamentos de autoclave e dos demais utilizados pela CME, através do setor Engenharia Clínica da instituição/ Empresas especializadas terceiradas (Espectrolab), mantendo o registro e cronograma das mesmas. Foi visualizado que há a realização de teste canulados de limpeza e monitorização química, biológica e física das autoclaves preconizados pela RDC/ANVISA nº15/2012. Também é realizada esterilização por óxido de etileno dos materiais que não podem ser esterilizados por autoclavagem, pela empresa terceirizada Oxetil localizada em Maripá de Minas-MG.

Foi constatado que o setor realiza todos os processos de esterilização, tanto químicos quanto biológicos, garantindo assim a qualidade e eficácia da esterilização dos materiais.

Possui treinamentos de acordo com o exigido pela RDC 15/2012.

Possui manual de normas e rotinas e procedimentos operacionais padrão no setor.

### 13.1.2. Não conformidades:



\* 33 Não possui sistema de climatização na área de limpeza, não atendendo o disposto na normatização pertinente (promover exaustão forçada de todo ar da sala com descarga para exterior da edificação, vazão mínima de ar total de 18,00m<sup>3</sup>/h/m<sup>2</sup> e manter um diferencial de pressão negativa entre os ambientes adjacentes, com pressão diferencial mínima de 2,5Pa). Em desacordo com a Lei 13317/99 Art. 87; RDC 15/2012.

### 13.2. Vestiário

Pequeno espaço destinado a entrada de funcionários e troca de vestimenta exclusiva do setor. Possui um sanitário completo, e um chuveiro com ralo que não fecha, armários para guarda de pertences pessoais dos funcionários, devido a quantidade pequena de armários os funcionários dividem com outros, um armário para cada dois funcionários e o vestiário permanece com roupas e sapatos fora do armário. Possui hamper, 2 pias para higienização das mãos, acessórios para higienização das mãos e espelho, lixeira com tampa e pedal para resíduo comum.

#### 13.2.1. Não conformidades:

\* 34 Número insuficiente de armários para guarda de materiais dos colaboradores, sendo um armário para cada dois funcionários. Em desacordo com a Lei 13317/99 Art. 83; RDC 63/2011.

### 13.3. Área limpa

Área para o empacotamento e conferencia de materiais já lavados e secos.

Possui várias mesas de material lavável, paredes de fácil limpeza, armários para guarda de materiais para embalar, armário para instrumentais novos com chave, lixeira com tampa e pedal para resíduos comuns, gavetas para formulários, possui uma lente intensificadora, duas seladoras, duas leitoras de teste biológico. Bancada de atendimento a funcionários do hospital.

Materiais são embalados e etiquetados de acordo coma RDC 15/2012

Livro de registro de controle das autoclaves (contem quantas cargas e qual turno foram realizados esterilização), livro de registro de controle de carga de esterilização a vapor de teste de controle do integrador químico. Registro de controle de carga do teste biológico. Livro de registro das manutenções preventivas/corretivas dos equipamentos.

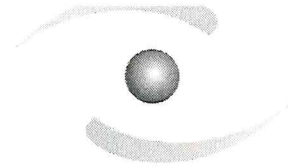
Possui cartaz de padronização dos testes Bowie Dick, Desafio Biológico e Integrador químico Classe 5.

Materiais para esterilização por oxido de etileno são recebidos e separados para envio a empresa prestadora de serviço.

Material é transferido da área suja através de uma janela, embalado e identificado pela técnica da área limpa.

### 13.4. DML





Utilizada pelo serviço de higienização, e guarda de materiais de limpeza, possui pia para higienização de artigos de limpeza, prateleiras para guarda de materiais e vassoura e pano de chão.

### 13.5. Sala das autoclaves

Espaço onde estão 02 autoclaves com porta única, identificadas por letras. Possui prateleiras para as autoclaves, luva térmica com CA. Atrás das autoclaves estão os sistemas de osmose reversa e entrada para o técnico da manutenção, espaço sujo, com infiltração, ferrugem na osmose, paredes descascadas e mofadas, ralo de esgoto aberto com sujeira evidente.

Materiais esterilizados após a saída da autoclave são armazenados em prateleira suspensa, aguardando o resultado da carga biológica, se a mesma estiver correta materiais encaminhados para a sala de armazenagem e liberado para o uso.

#### 13.5.1. Não conformidades

- 35 - Atrás das autoclaves entrada para o técnico da manutenção, espaço sujo, com infiltração, ferrugem, paredes descascadas e mofadas, ralo de esgoto aberto com sujeira evidente. Necessário limpeza e manutenção do espaço de acordo com a Lei 13.317/99 art. 87.
- 36 - Uma autoclave com defeito (autoclave Y). Em desacordo com a Lei 13317/99 Art. 83; RDC 63/2011.

### 13.6. Arsenal

Espaço destinado a guarda de materiais esterilizado, organizados em armários por setor. Materiais são entregues por bancadas aos funcionários do setor, cada setor possui caixa própria para transporte de materiais esterilizados.

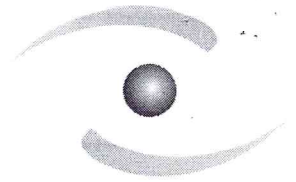
Possui controle de temperatura com registro, prateleiras e armários de material lavável.

Materiais são identificados por: nome material, data esterilização, nome autoclave, responsável, total de peças, setor/cirurgia.

Possuem cadernos de protocolo de entrega/saída de materiais da clínica medica e cirúrgica, pronto atendimento, materiais de oxigenoterapia do pronto atendimento, departamentos A e B, um exclusivo do bloco outro para os demais setores do hospital, contendo: data, tipo de material.

Possui registro de conferencia de controle do arsenal.

### 13.7. Sala administrativa



Sala destinada ao controle administrativo do setor, possui uma secretaria responsável pela organização do setor. Localizada na área limpa da CME, com janela fechada de vidro para visualização da área suja. Possui escala de funcionários por setor da CME, havendo rodízio de funcionários nos setores.

Possui mesas, cadeiras, armários, computador e impressora, geladeira exclusiva para guarda de testes com controle de temperatura, quadro de aviso contendo as escalas, lixeira para resíduo comum com tampa e pedal.

### 13.8. Vestiário para a área suja

Vestiário destinado a funcionários escalado para área suja da CME. Possui dois boxes, um com vaso sanitário completo e outro com chuveiro, pia para higienização das mãos e seus acessórios completos, hamper, lixeira para resíduos contaminados com tampa e pedal.

### 13.9. Sala Suja/Expurgo

Possui entrada pelo vestiário da área suja e janela para entrega de material sujo. Realizado conferência do material pela funcionária com o funcionário do setor que está entregando as matérias, cada setor possui uma caixa para transporte desses materiais. Janela para entrega de materiais.

Possui suporte para aventais, janela para entrega de matérias a área limpa, mesa com cadeiras para anotações, quadro de aviso, registro do processo de validação de limpeza dos canulados, aparelho de teste da 3M, bancada com duas pias, duas lavadoras ultrassônicas, 1 termodesinfectora, 1 secadora, pia para despejo de resíduo orgânico fechada, pois os materiais chegam para o local já pré lavados nos expurgos dos próprios setores onde a pia para despejo de resíduo orgânico encontra-se ativada e em uso, janelas teladas, sistema de ar comprimido para secagem de material.

### 13.10. Deposito área suja

Espaço destinada a guarda de EPI dos funcionários da área suja

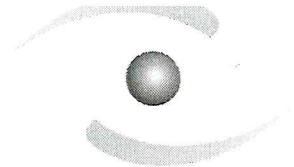
Possui armários tipo prateleiras, pia para higienização de materiais de limpeza.

## 14. SERVIÇO DE ARQUIVAMENTO MÉDICO ESPECIALIZADO (SAME)

**Equipe Responsável Inspeção: Silvio Carlos Souza de Oliveira e Eduardo Guimarães**

Setor destinado a arquivamento de prontuários médicos. Conta com apenas dois funcionários. Após o fechamento do faturamento os prontuários são numerados e ficam arquivados em 4 salas, na primeira são os mais recentes, atendimentos realizados em menos de um ano “in loco” os demais são armazenados em outras duas salas até o ano de 2016 está em uma ordem cronológica posteriormente a isso temos o ano de 2015 e 2014 que estão





guardados mas não organizados, até o presente momento o SAME não possui de sala própria para arquivamento onde ocorrem de trocas podendo desorganizar os prontuários. Em média 700 prontuários são arquivados por mês.

As prateleiras são anexadas nas paredes, o local apresentava-se limpo e organizado. Não é realizado controle de temperatura e umidade do ambiente.

Há rastreabilidade para todos os prontuários, foi efetuada simulação de busca de prontuários no sistema, com sucesso.

## 15. CENTRO CIRÚRGICO

### Equipe técnica de inspeção: Francislaine Aparecida Silva e Janaina Martins Fernandes Sanson

Composto por 4 salas de cirurgia, sendo ativa somente 3, devido a uma ter sido transferida para sala de utilidades. Realiza cirurgias de urgência e emergência, por ser referência em traumatologia, realizam também cirurgias eletivas de ortopedia. Realizam cirurgias de pequena e média complexidade. Realizam cirurgias ortopédicas, cirurgia geral, cirurgia plástica reparadora, neurocirurgia, buco maxilar e vascular. Bloco localizado em frente ao CTI. Possui entrada para paciente e entrada para funcionários, janela com comunicação ao setor administrativo do bloco cirúrgico com o corredor. Áreas do bloco com iluminação adequada, todas as janelas teladas, e sistema de ar condicionado de fluxo laminar.

O hospital não possui agencia transfusional e sim assistência transfusional.

Possui uma planilha informatizada das cirurgias realizadas, com os dados: mês da cirurgia, número da cirurgia (reinicia todo mês), nome do paciente, data, registro, sexo, data de nascimento, procedimento, grau de contaminação, eletivo/urgência, instrumental usado, cirurgião, cirurgião auxiliar, anestesista.

Recursos humanos: Plantão presencial: 03 ortopedistas, 03 cirurgiões gerais, 02 anestesistas, 1 enfermeiro coordenador (08 as 17:00hs de segunda a sexta), um enfermeiro assistencial em horário administrativo, 05 técnicos de enfermagem diurno e 03 técnicos de enfermagem noturno. Plantão sobreaviso: neurocirurgião, cirurgião vascular, cirurgião plástico, bucomáximo, 1 higienizadora por plantão diurno e 01 higienizadoras por plantão noturno (que também realiza higienização da UTI).

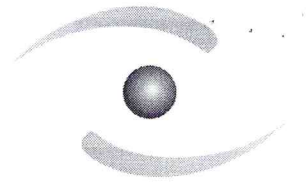
### 15.1. Sala coordenadora/secretaria/recepção

Espaço destinado a assuntos administrativos, está localizada na entrada de paciente do bloco. Possui um computador, janela de vidro grande para o corredor de acesso de paciente ao bloco, mesa, cadeiras e armários.

### 15.1.2. Não conformidades: CENTRO CIRURGICO

#### Equipe Responsável Inspeção Janaina Martins Fernandes Sanson e Francislaine Aparecida

- 37 - POP desatualizado, em desacordo com a RDC 63/2011.
- 38 - Não foi evidenciado a aplicabilidade do Protocolo de "Cirurgia Segura" em desacordo com a RDC 36/2013 (Cirurgia segura).
- 39 - Foi evidenciado corpo clínico circulando nas dependências do hospital com a roupa cirúrgica, em desacordo com a RDC 2616/1998
- 40 - Foi evidenciado corpo clínico sem paramentação dentro do setor, em desacordo com a RDC 2616/1998



### 15.2. Secretaria/ prescrição

Espaço destinado a prescrições médicas e administrativa do setor. Está no centro do bloco, que da entrada para as demais áreas. Possui bancada com dois computadores e telefone, cadeiras, bancada com televisão, escada dois degraus, pia para higienização das mãos, suporte papel toalha, suporte álcool em gel, suporte sabonete líquido, lixeira com tampa e pedal para resíduos infectantes e comum, painel com todos os dosímetros, painel de recados, luz de emergência, armário bancada para formulários,

### 15.3 Sala anexa

Pequena sala fechada com divisórias, para guarda de materiais, possui armário para guarda de alguns formulários e acessórios de cama cirúrgica.

### 15.4. Vestiário

Possui vestiário feminino e masculino. Entrada separada para os funcionários, saída para corredor e bloco cirúrgico. Utilizado para troca de roupa, para o uniforme privativo do bloco cirúrgico e guarda de objetos pessoais. Possui 02 pias para higienização das mãos, suporte papel toalha e sabonete líquido, armário com cadeado para cada funcionário, hamper, lixeira com tampa e pedal para resíduos comuns, prateleiras embaixo da pia para guarda de sapatos privativos fornecidos pela instituição, um box com chuveiro, box com vaso completo e suporte para papel higiênico

### 15.5. Corredor

Corredor entre a saída dos vestiários e entrada do bloco, o qual possui uma barreira física (mureta), espaço destinado a colocação de propés e gorros. Possui armário tipo prateleira para guarda de propés, gorros, e pijama cirúrgico.

### 15.6. DML

Espaço destinado a guarda de materiais de limpeza. Possui prateleira aera, guarda de sacos plásticos de diversas cores, pia para higienização de artigos de limpeza, lixeira com tampa e pedal para resíduos infectante e comum, produtos de limpeza, pano de chão e rodo. Serviço de limpeza é realizado por funcionaria terceirizada, possui uma para o dia e uma para a noite (a qual também realiza higienização da UTI neste período).

#### 15.6.1. Não conformidades:

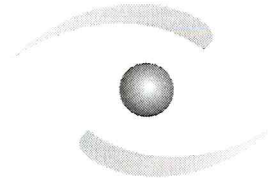
- 41 -Inexistência de pia para lavagem das mãos. Em desacordo com a RDC 50/02.
- 42 -Evidenciado guarda de insumos em recipiente inadequado em desacordo com a RDC 63/2011.
- 43 -Evidenciado frasco de saneante sem tampa e sem data de validade, em desacordo com a RCD 63/2011.

### 15.7. Área de escovação

Espaço destinado para lavagem das mãos para assepsia antes das cirurgias. Possui 6 torneiras com acionamento manual, possui carrinho/mesa para colocar os anti sépticos, sabonete, e escova para lavagem das mãos. Duas lixeiras com tampa e pedal, para resíduos contaminados e comuns.

### 15.8. Copa





Possui pia, geladeira, cafeteira, micro-ondas, mesa e cadeiras. Funcionários realizam lanches rápidos neste local.

### 15.9. Recuperação Pós Anestésica (RPA)

Utilizada para paciente que saem do bloco cirúrgico e ainda estão sobre efeito de anestesia. Permanecem pelo tempo que o anestesista solicita. Possui formulário/prontuário no computador e prontuário físico, são impressos para assinatura, anestesista precisa dar alta para paciente ser encaminhado para leito.

Possui 02 macas/leito, 02 pontos de sistema de assistência respiratória (oxigênio, ar comprimido, vácuo) armário, 2 respiradores, 6 bombas de infusão e 2 monitores, suporte papel toalha, suporte álcool em gel, 4 cilindros de oxigênio, hamper, 2 carrinhos de emergência completos (medicações, materiais e desfibrilador), lixeira com tampa/pedal, kit laringoscópio, check list dos carrinhos de emergências, caixa de perfuro cortante.

#### 15.9.1. Não conformidades

- 44 - Foi evidenciado cirurgião realizando degermação dentro da sala cirúrgica, em desacordo com a RDC 2616/1998
- 45 - Foi evidenciado lâminas e cabo de laringoscópio expostos sem data de desinfecção, em desacordo com a RDC 63/2011.
- 46 - Foi evidenciado que não foi realizado o preenchimento do formulário de RPA, em desacordo a RDC 63/2011.
- 47 - Foi evidenciado rasuras e ausência de conferencia no formulário de temperatura do ambiente, em desacordo com a RDC 63/2011.
- 48 - Evidenciado descanso de enfermagem na mesma sala de RPA com pertences de colaboradores, em desacordo com a RDC 50/2002.

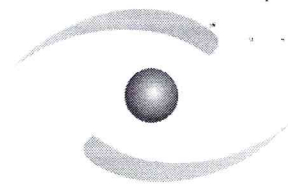
### 15.10. FARMÁCIAS SATÉLITE – BLOCO CIRÚRGICO

Fiscal Responsável: Francisco Borges

Possui uma farmácia localizada dentro do bloco cirúrgico, para atender a demanda de medicamentos e materiais médicos, solicitados durante a realização das cirurgias. Possui mesa com cadeira e um computador para e realização dos lançamentos no sistema. Apesar de ser um local pequeno, durante a inspeção observou-se que o mesmo se encontrava organizado.

O espaço possui prateleiras e armários para organização dos medicamentos, soluções de grande volume e materiais utilizados. Possui kits de materiais para cirurgias e maletas de medicamentos para anestesia, realizado pedidos antes do começo das cirurgias para devida montagem. Dentro de cada maleta com os medicamentos vai uma folha com a quantidade e lote de cada medicamento. Quando necessário, os medicamentos e materiais liberados além dos que estão no kit de cirurgia, são lançados de acordo com a sala/paciente na conta do paciente, via sistema.

Realiza a conferência dos medicamentos da Portaria 344/98 através de contagens realizadas em três horários durante o dia, e também dos medicamentos e materiais que são considerados de alto custo pela instituição, os demais são contados duas vezes. O controle de validade dos medicamentos segue o preconizado pela legislação, sistema PVPS, e com 6 meses do prazo de validade os medicamentos são identificados com uma etiqueta vermelha.



A respeito da validade dos medicamentos fracionados, nos foi informado pela farmacêutica que é seguido as orientações do fabricante e no caso do medicamento Propofol o mesmo fica em geladeira e é descartado após 12 horas de sua abertura. As pomadas de usos coletivo são validadas após aberta até a data de validade informada pelo fabricante na embalagem do produto.

Também é de responsabilidade da farmacêutica deste setor a conferência dos dois carrinhos de emergência localizados na sala de RPA. Quando se faz necessário a abertura do carrinho de emergência a reposição deste é responsabilidade do setor de enfermagem que solicita a reposição dos materiais através de requisição e dos medicamentos utilizados através da prescrição médica.

A farmácia conta com um total de 5 funcionários, sendo 4 técnicos que trabalham em sistema de revezamento de plantão diurno e noturno e uma farmacêutica com carga horária de 20 horas/ semana. No momento da inspeção foram apresentados os POP's do setor, bem com os treinamentos realizados com a equipe.

#### **15.11. Salas cirúrgicas**

##### **15.11.1. Sala Cirúrgica 1**

Utilizada para cirurgias maiores como neurocirurgia e ortopedia, um dos arcos cirúrgicos, intensificador de imagens, permanecem nessa sala.

##### **15.11.2. Sala Cirúrgica 2**

Sala montada para atender cirurgia de emergência, contemplando os mesmos materiais das demais salas, exceto o intensificador de imagem que só fica na sala 1.

##### **15.11.3. Sala Cirúrgica 3**

Sala desativada, utilizada para guarda do arsenal. Possui os seguintes equipamentos: 1 monitor de BIS, 3 monitores de PIC sendo 1 estragado, 2 bombas aquecedoras de sangue e fluidos, colchões, micro-ondas exclusivo para aquecimento de soluções.

##### **15.11.4. Sala cirúrgica 4**

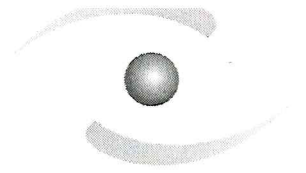
Possui porta com duas bandeiras, com abertura de ambos os lados e visor; tomadas identificadas, sistema de ventilação por ar condicionado de fluxo laminar. Sistema de assistência respiratória contendo: pontos de oxigênio, ar comprimido, vácuo, óxido nitroso, todos com fluxômetro.

Possui os seguintes mobiliários: mesa cirúrgica com colchão de fácil higienização, mesas para instrumental, mesa auxiliares móveis, foco cirúrgico de teto, equipamento e carro de anestesia completo, monitor multiparâmetros, eletrocautério com bisturi elétrico e placas descartáveis, baldes chute, laringoscópio adulto, negatoscópio, suportes para soro, hamper, lixeira com tampa e pedal para resíduo contaminado, computador para acesso ao sistema e prontuário, escada dois degraus, caixa de perfuro cortante, mesas cirúrgicas,

#### **15.12. Sala de materiais/ acessórios de equipamentos:**

Possui armários com portas, suporte para capotes. Possui 8 aventais plumbíferos e 8 protetores de tireoide, todos de 0,50 MM PB em perfeitas condições e limpos, armazenados em local apropriado, segundo a enfermeira responsável é realizada manutenção preventiva nos mesmos.





Armários possuem caixas com identificação para cada tipo de procedimento, caixas fechadas de material de órtese e prótese, cabos de aparelhos, materiais para carrinho de anestesia, devidamente organizados.

### 15.13. Arsenal

Espaço destinado a guarda de materiais esterilizados. Possui armários organizados por tipo de cirurgia; com controle de desinfecção dos armários os quais são realizados semanalmente, na porta de cada armário possui listagem dos materiais armazenados. Possui controle de temperatura/umidade.

### 15.14. Expurgo

Espaço destinado a pré-lavagem de matérias que já foram utilizados no bloco, para depois serem enviados à CME. Possui bancada grande com pia para a pré-lavagem, pia para despejo de material orgânico, hamper, lixeiras com tampa e pedal para resíduo infectante e comum, caixa de perfuro cortante, caixas com identificação do bloco cirúrgico, prateleiras aéreas para guardas das caixas, janela para acesso do corredor do lado de fora do bloco, suporte para papel toalha, recipiente rígido com tampa para descarte de vidros de medicações, lixeira separada para descarte de explante. Caixas grandes de plásticos identificadas para envio de materiais para: material para ETO, material para biopsias maiores é realizado a pré-lavagem com detergente enzimático de artigos cirúrgicos, após secarem são encaminhados a CME pela janela do expurgo e entregue a funcionária da CME, em caixas plásticas com a devida identificação.

Possui livro de Protocolo de Conferencia de órtese e prótese encaminhados a CME e protocolo de materiais enviados a CME,

### 15.15. Não conformidades

- \* 49 -Área de escovação das mãos não possui torneira com acionamento automático, que dispense a utilização das mãos, em desacordo com a RDC 50/02; *improcedente*
- 50 -Negatoscópio não possuem manutenção preventiva que garanta a luminância entre 3.000 a 3.500 nit, em desacordo com a Portaria 453/98;
- 53 -Negatoscópio apresentando ferrugem, em desacordo com a Lei 13.317/99 art. 97;
- 52 -Médicos sem roupa privativa dentro do bloco.

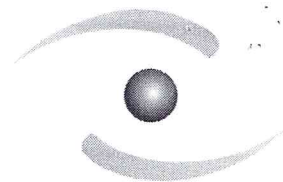
## 16. RADIOLOGIA

**Equipe Técnica Inspeção: Junior José Lazaro Martins e Poliana de Carvalho Silva**

Serviço próprio de radiologia, com os seguintes exames: Raio X, Raio X móvel, Ultrassonografia, Tomografia computadorizada e Endoscopia alta e baixa.

Responsável Técnico no momento: Dr. Geraldo Magela Tostes de Faria – CRMMG 13552, respondendo também por Responsável Técnico/ Supervisor de Proteção Radiológica substituto. Supervisor de Radiologia Eduardo Vianey Faria.

Serviço de dosimetria para medição realizado pela empresa Rad Radioproteção Ltda., com contrato firmado entre as partes, datado em 25 de janeiro de 2016. Realizam medição mensal dos dosímetros dos



funcionários do bloco cirúrgico, e do radiodiagnóstico. Manutenções dos aparelhos são realizados por empresas terceirizadas, com contratos vigentes, e está no PPRAD a empresa específica de cada aparelho.

Analisado relatório dos dosímetros dos funcionários do ano de 2019, apresentando discordâncias, já notificadas pelo relatório emitido pelas análises do PPRAD. Relatório de levantamentos radiométricos feito em 2019, com validade 04 anos, pela empresa RAD Radioproteção, com contrato vigente. Possui testes dos EPI's plumbíferos. Possui testes dos negatoscópio, no total 26, realizado no dia 22/02/2019 com validade de 01 anos, pela empresa IMDR, com resultados de satisfatório e insatisfatório. Testes dos chassis (Écrans), total de 29, pela empresa Rad Radioproteção, com validade em 02/2020.

Treinamentos do PPRAD nos dias 30 e 31/07/19, treinamento sobre biossegurança e boas práticas no dia 24/10/19; e treinamento da higienização das vestimentas plumbíferas nos dias 26 e 27/12/19.

Realizam auditoria interna, com formulários específicos, os mesmos estão dentro do manual de proteção radiológica

Possui Programa de Proteção Radiológica (PPRAD) na vigência 2019-2020, consta manutenção e teste nos EPI's (avental plumbífero, protetor de tireoide, óculos plumbíferos, protetor de gônadas, par de luvas plumbíferos), treinamento de funcionários sobre os EPI's e EPC's; listagem de negatoscópio disponível no hospital e data e validade dos testes.

Todas as salas de exames apresentam sinalização luminosa conforme o artigo 52 da RDC 330/19 e orientações visíveis nas portas das salas conforme o artigo 53 da RDC 330/19.

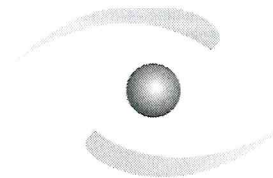
Possui manutenção preventiva dos seguintes aparelhos:

- Raio X móvel, n° de série 0262P84803, emprestado para Santa Casa de Misericórdia de Barbacena. Empresa: Shimadzu do Brasil. Data: 26/05/2020. Assinado por Patrik F. Pereira.
- Raio X móvel, n° de série 3YCFC393B015. Empresa: Shimadzu do Brasil. Data: 26/05/2020. Assinado por Patrik F. Pereira.
- Raio X móvel, n° de série 3YCFC393B015. Empresa: Shimadzu do Brasil. Data: 26/05/2020. Assinado por Patrik F. Pereira.
- Raio X fixo. Instalado na sala 02. N° de série: 0462086401. Empresa: Shimadzu do Brasil. Data: 26/05/2020. Assinado por Patrik F. Pereira.
- Raio X fixo. Instalado na sala 01. N° de série: 0462086401. Empresa: X Service. Data: 10/03/2020. Assinado por Wesley Marcelo.

Possui os seguintes POP's

- Rotinas gerais para limpeza e desinfecção de vestimentas, EPI's e EPC Plumbíferos;
- Limpeza e desinfecção de aparelhos de endoscopia alta e baixa

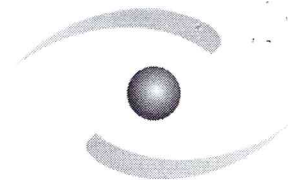




- Realização de tomografia
- Manuseio da bomba de infusão de contraste
- Realização de USG
- Urografia Excretora
- Realização de exames radiológicos
- Otimização da proteção radiológica
- Realização de exames radiológicos em leitos hospitalares
- Uso do dosímetros individual
- Utilização da processadora
- Realização de raio-x de ductos biliares
- Realização de cistografia
- Realização de uretrocistografia miccional
- Radiografia de estomago, esôfago e duodeno
- Incidências radiológicas mínimas
- Solicitação de soro fisiológico
- Atividades de enfermagem local e exames no leito

### 16.1. Equipamentos

- Raio X fixo, VMI- Compacto Plus 500, número de série 124001018, patrimônio 21799148, ano de Fabricação 2006, número de registro MS 10238040019, instalado HRB Sala 1. Levantamento Radiométrico Visa/LHW 22221/2018, realizado em 25/05/2018, próximo em 25/05/2022;
- Raio X Fixo, Shimadzu YSF 120, número de série 462086401, patrimônio 19607237, ano de fabricação 2006, número de registro MS: não há, instalado HRB Sala 2. Levantamento Radiométrico Visa /LHM22553/2018 realizado em 12/07/2018 valido até 12/07/2022.
- Raio X móvel, Shimadzu MUX 10, número de série 0262P84803, patrimônio 19607261, ano de fabricação 2006, número registro MS 10369010045, equipamento móvel da UTI. Relatório Levantamento Radiométrico Visa /LHM 22202/2018 realizado em 25/05/2018 valido até 25/05/2022.
- Raio X móvel, Shimadzu Mobileart Eco, número de série 3YCFC393B016, patrimônio 56275013, ano de fabricação 2013, número de registro MS 1036901004, equipamento móvel Pronto Atendimento. Relatório Levantamento Radiométrico Visa /LHM 22205/2018 realizado em 25/05/2018 valido até 25/05/2022.



- Tomógrafo Siemens, Somation Emotion 16, Número de série 79708, patrimônio 56257600, ano de fabricação 2013. Instalado na sala de tomografia.
- Arco Cirúrgico GE, Brivo OEC 850, Número de série OEC14255X8, patrimônio 53239148, ano de fabricação 2013, Instalado Bloco cirúrgico sala 1.
- Arco Cirúrgico Siemens Multimobil 5C, número de serie 3365, patrimônio 21083410, ano fabricação não encontrado, Instalado Bloco Cirúrgico. Relatório do Levantamento Radiométrico Visa /LHM 22235/2018 realizado em 25/05/2018 valido até 25/05/2022.

Todos os aparelhos possuem Relatório de Levantamento Radiométrico, a Medida da Radiação de Fuga e Teste de Constância estão vigentes, realizados em 02/08/2019, com validade de 01 (um) ano, pela empresa Rad Radioproteção, todos testes seguros conforme escrito.

### 16.1. Não Conformidades

- \* 53 - Negatoscópio quebrados, sala de comando tomógrafo e consultório de egresso, não possuem etiquetas de manutenção em desacordo com a RDC 63/2011
- \* 54 - PPRAD relatório dos negatoscópio informa os insatisfatórios em desacordo com a RDC 330/19 art. 28.
- \* 55 - Alguns meses sem análise de doses dos funcionários, em desacordo a RDC 330/19 art. 63
- \* 56 - Não apresentou manutenção preventiva do tomógrafo e o ultrassom, em desacordo com a RDC 63/11.

### 16.2. Tomografia

Serviço realizado nos dias em que há radiologista de plantão, e/ou em casos de urgência e emergência na ausência do radiologista. Possui uma sala de comando com dois computadores para laudo e comando, e um computador para digitação, com janela protetora para sala de exame.

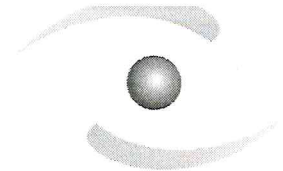
Sala de exame possui o aparelho tomógrafo, carrinho de anestesia, carrinho de emergência, armário com vidro para materiais de oxigenoterapia, bomba de infusão, aparelho de pressão arterial, mesas auxiliar; pia para higienização das mãos, dispensadores de sabão, papel toalha e álcool.

### 16.3. Secretaria radiodiagnostico

Espaço destinado a entrega e armazenamento de exames. Possui secretaria em horário administrativo. Medico utiliza esta sala para laudar.

Devido a situação da pandemia, no local também se encontra o descanso dos funcionários. Local também onde fica os dosímetros dos funcionários.





#### 16.4. Raio X

Possui duas salas de Raio X, com sala de comando ao centro, sala escura e sala de depósito de reagente químico.

Sala de Raio X 01, destinado a pacientes suspeitos de Covid-19 quando não há condições de realizar o exame beira leito, possui colimador luminoso, mesa, aparelho de raio X, Biombo fixo, aventais plumbíferos, e protetor de tireoide plumbífero, cadeira, extintor de incêndio, comando atrás da parede plumbífero, com tabela de técnicas radiológicas para dosagem. Sanitário banheiro para paciente com vaso completo, e lixeira sem tampa. Registro de atividades do Raio X não possui cabeçalho.

Sala de Raio X 02, possui colimador luminoso, mesa, aparelho de raio X, Biombo fixo, aventais plumbíferos, e protetor de tireoide plumbífero, cadeira, extintor de incêndio, comando atrás da parede plumbífero, com tabela de técnicas radiológicas para dosagem. Banheiro anexo para pacientes, com pia, sabão, papel toalha e álcool.

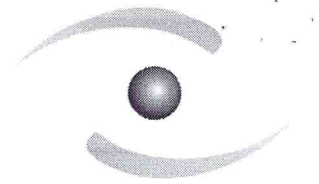
Sala de comando: possui portas plumbíferos, mesa, cadeiras e computador. Sugerimos que durante os exames esta porta permaneça fechada para a proteção radiológica do funcionário, quadro de avisos, negatoscópio.

Sala escura: espaço destinado a revelação dos Raios X, possui vedação total de luz, armário de madeira para guarda dos Écrans que são armazenados na vertical.

Sala de reagente químico espaço destinado as maquinas reveladoras e os reagentes químicos, possui bobonas com os reagentes, avental, ralo não escamoteável, pia para higienização dos écrans; exaustão local insuficiente. A empresa MGS, responsável pela limpeza hospitalar, recolhe os galões de químicos quando cheios e levam para a área externa ao hospital, onde a empresa terceirizada recolhe esse material conforme descrito no PGRSS da CCIH, item 4.2.2 Resíduos do Grupo B.

##### 16.4.1 Não conformidade

- 57 -Sanitário sem identificação dos dispensadores de álcool, sabão e papel toalha, em desacordo com a RDC 63/11.
- \* 58 -Tampa das lixeiras dos sanitários quebradas, em desacordo RDC 222/18
- \* 59 -Registro de atividades do Raio-X não possui cabeçalho.
- \* 60 -Armário de madeira para guarda de Écran, em desacordo com a Lei 13.317/99 art. 83;
- \* 61 -Sala de reagente com ralo não escamoteável, em desacordo com a RDC 50/02.
- \* 62 -Sala de reagente falta suporte para papel toalha, em desacordo com a RDC 63/2011 art. 59.
- \* 63 -Aventais Plumbíferos das salas de Raio X, sem identificação de quantidade de chumbo, em desacordo com a RDC 330/19
- \* 64 -PPRAD consta óculos plumbíferos, não visualizados na inspeção.



-Exaustão insuficiente na sala dos reagentes em desacordo com a RDC 63/11 art. 38.

### 16.5. Endoscopia

Sala adaptada para realização da endoscopia alta e baixa. Possui carro de indução anestésica, maca com lençol descartável, mesa auxiliar para colocação de materiais, carrinho de emergência, caixa de perfuro cortante, aparelho endoscópio, cardioversor, aparelho de pressão arterial, fios guias para tubo endotraqueal. Aparelho CPRE com patrimônio 003869. Aparelho para endoscopia com patrimônio 5323949-0. Na sala possui ponto de gases medicinais.

Sala de limpeza endoscópica, espaço destinado a limpeza do aparelho endoscópio, possui duas pias com bancadas, suporte sabonete líquido e papel toalha, sistema de osmose, prateleiras para guardas de materiais de limpeza, caixas, lixeira com tampa e pedal para resíduo contaminado, hamper. Realizado desinfecção de alto nível, materiais sujeitos a esterilização são encaminhados a CME. O glutaraldeído utilizado na desinfecção é recolhido pela empresa terceirizada Oxigas Ltda.

Possui uma pequena sala destinada a guarda de materiais e roupas.

### 16.5. Não conformidades

- \* 65 - Não possui pia para higienização das mãos na sala de exame, em desacordo com a RDC 50/02; *impr (?)*
- 66 - Osmose apresenta sujidade, não possui identificação de manutenção e não possui análise da água, em desacordo com a Lei 13.317/99 art. 83. *impr (?)*

### 16.6 Ultrassonografia

Espaço adaptado a realização de exame de ultrassom. Local onde era a ouvidoria. Possui lixeira para resíduo comum, maca com lençol descartável, mesa auxiliar para materiais, caixote para escada, mesa com aparelho ultrassom. Possui banheiro em anexo.

### 16.6.1 Não conformidades

- 67 - Acúmulo de lixo comum em desacordo com a RDC 222/18
- 68 - Ausência de lixeira para resíduo infectante em desacordo com a RDC 222/18.

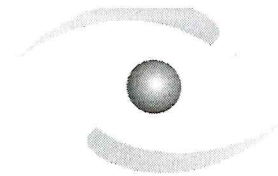
## 17-SERVIÇO DE MANUTENÇÃO

Equipe de Inspeção Responsável: **Silvio Carlos Souza de Oliveira e Eduardo Guimarães**

### 17.1. Estrutura

Área física de acordo com as normas do RDC 50/02





Possui acesso facilitado, área de recepção e guarda de equipamentos, os mobiliários e utensílios são armazenados na parte de hotelaria, contando com uma área isolada para guarda de inservíveis, e uma área específica para armazenamento de peças de reposição.

#### 17.2. Oficinas de manutenção

Possui oficinas de pequenos procedimentos de pintura, obras e alvenaria, sendo executados apenas serviços de baixa complexidade. As oficinas de elétrica, hidráulica, refrigeração, mecânica, eletrônica, eletromecânica, pertencem ao hospital, sendo auxiliado por alguma empresa externa somente quando há a necessidade de manutenção de alta complexidade.

As demais oficinas e serviços de manutenção são terceirizados com contrato dos mesmos.

#### 17.3. Sala Administrativa

Possui sala administrativa e para atendimento.

#### 17.4. Condições de segurança e higienização do funcionário

Banheiros separados por sexo, com bacia sanitária, lavatório, dispensador com sabão líquido, suporte com papel toalha, lixeira com saco plástico e tampa de acionamento por pedal, os banheiros não possuem chuveiro.

#### 17.5. Condições organizacionais

Possui registro de treinamento realizado para os funcionários, executa registro sobre a estrutura predial quando há reparos, os casos de acidente de trabalho são notificados e encaminhados ao serviço de segurança e medicina do trabalho, sendo que todos os funcionários participam da CIPA.

Equipamentos de proteção individual (EPI) em quantidade suficiente para a demanda do serviço

Existem óculos, máscaras, luvas e protetores auriculares em número suficiente para os funcionários, o mesmo possuem uniforme, botas de borracha e jaleco para locais que os necessitem.

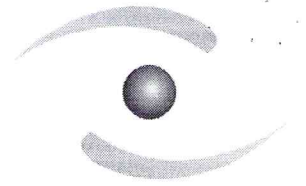
### 18. NUCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

**Fiscal Responsável: Luana Helena Cimino de Abreu / Janaina Martins Fernandes Sanson.**

Programa de Segurança do paciente elaborado com a colaboração do hospital Regional de Barbacena Dr José Américo, vigente a 4ª edição, elaborada em 2020. Possui cronograma com as atividades propostas, conceitos, condutas em casos de ocorrências de evento adverso, análise de eventos adversos com formulários próprios.

O Plano de segurança do paciente que foi aprovado por Helder Rodrigues Pereira, não apresenta carimbo nem assinatura em todas as folhas, como também a ausência da informação de quem elaborou o plano.

Sua última reunião constada em 29/06/2020 onde relata sobre a elaboração de treinamentos realizados no período de julho a Outubro de 2020 de forma online pela plataforma Sabiá. Fornecem também capacitação e treinamento introdutório, como treinamento para os servidores anualmente, que atualmente devido a pandemia está sendo realizado de forma online e obrigatória para todo servidor. Vale ressaltar também uma capacitação específica para COVID-19.



Possui ações de identificação correta do paciente por pulseira e placa, cirurgia segura, prevenção de queda do paciente, notificação de evento adverso, lavagem das mãos, administração segura de medicamentos. Possuem em média 60 notificações por mês, as mesmas são classificadas adequadamente, e o setor que mais notifica é a Clínica Médica (por lesão).

O hospital possui 10 leitos, o NSP compartilha e divulga os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e EA decorrentes da prestação de assistência à saúde à direção e aos profissionais da instituição.

O NSP notifica os EA no sistema Notivisa 2.0 e mantem as notificações disponíveis às autoridades sanitárias. O plano de segurança do paciente está disponível para todos os profissionais da instituição na intranet.

Não foi evidenciado o plano de melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologia da saúde, em desacordo com a RDC 36/2013 artigos 6, inciso I.

Coordenadora do núcleo de segurança do paciente Enfermeira Dilene Andreia Dias Rosa.

#### 18.1. Não conformidades:

- 69 - O Plano de segurança do paciente que foi aprovado por Helder Rodrigues Pereira, não apresenta carimbo nem assinatura em todas as folhas, como também a ausência da informação de quem elaborou o plano.
- 70 - Não foi evidenciado o plano de melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologia da saúde, em desacordo com a RDC 36/2013 artigos 6, inciso I.
- 71 - Evidenciado ata de nomeação desatualizada em desacordo a RDC 36/2013.
- 72 - Evidenciado regimento interno desatualizado em desacordo a RDC 36/2013

#### 18.2. Embasamento Legal:

Resolução – RDC Nº 63, de 25 de novembro de 2011 – Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Portaria Nº 529, de 01 de abril de 2013 – Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Resolução – RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013- Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, Anvisa, Brasília/2015. Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa Nº 01/2015.

### 19. FARMÁCIA HOSPITALAR –

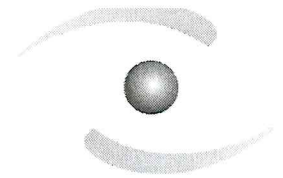
#### Equipe de Inspeção – Francisco Borges

O hospital regional HRBJA possui além da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), mais três farmácias satélites, sendo uma localizada na área da internação, uma na área do pronto atendimento e uma no bloco cirúrgico.

#### 19.1 Recursos Humanos

Handwritten signatures and initials in blue ink at the bottom of the page.





Possui estrutura organizacional e pessoal suficiente para o desenvolvimento das atividades desenvolvidas possuindo um total de 48 funcionários de nível médio e técnico e 7 farmacêuticos de 40 horas e 1 farmacêutico de 20 horas para o bloco cirúrgico, além de contar com 01 enfermeiro responsável pelo setor de material médico. Durante a inspeção os farmacêuticos se encontravam presentes e os funcionários estavam uniformizados, estando estes limpos e em boas condições de uso.

Possui um farmacêutico como membro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e um Farmacêutico membro/ presidente da Comissão de Farmácia Terapêutica. O estabelecimento possui organograma definido de cargos e funções e escala de funcionários em local visível em todas as unidades. Possui registro de treinamento de funcionários por setor, sendo algum destes realizados com os funcionários de cada plantão. É respeitada a proibição de entrada de pessoas estranhas ao setor.

#### 19.2- Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) –

Possui uma central de abastecimento farmacêutico (CAF), onde os medicamentos, soluções de grande volume, produtos para o laboratório interno de análises clínicas e materiais médico-hospitalares ficam armazenados em salas individualizadas e dispostos de maneira organizada. As salas possuem iluminação e ventilação adequadas, e são dotadas de dispositivo para medição da temperatura do ambiente e das câmaras de refrigeração e freezers, possuindo os registros das mesmas.

Durante a inspeção foi constatado a existência de uma sala adequada para o armazenamento dos medicamentos, com superfícies lisas, impermeáveis, de cor clara e de fácil higienização. O mesmo é dotado de prateleiras, paletes e armários com chave para acondicionamento correto dos medicamentos sujeitos ao controle especial e demais medicamentos. Neste mesmo local há uma sala usada para a realização do fracionamento de comprimidos, cápsulas e ampolas. Possui uma máquina que realiza este processo além de mais 5 funcionários e uma farmacêutica responsável. A rastreabilidade dos medicamentos é garantida através do código de barras impresso na etiqueta colocado nos medicamentos fracionados, que contém também o nome do medicamento, a dosagem, o nome do laboratório fabricante, o lote, a data de validade e o CRF do farmacêutico responsável. Possui uma planilha para registro dos medicamentos que dão fracionados após esta etapa, os medicamentos são armazenados em prateleiras de acordo com a data de validade

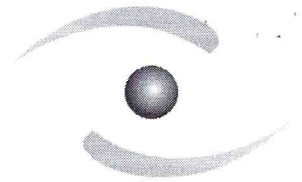
Os medicamentos e materiais médico-hospitalares são distribuídos para as farmácias satélite através do documento de requisição de acordo com a demanda.

Possui sala para atividade administrativa e guarda de documentos. Durante a inspeção a farmacêutica RT apresentou os POP's solicitados do setor, padronização de medicamentos da instituição e protocolo de solicitação da Certidão de Regularidade junto ao CRF-MG.

##### 19.2.1. Não conformidades:

- \* 73 - Presença de mofo/ infiltração e umidade no corredor onde estão armazenados alguns materiais médicos - hospitalares; RDC50/02;
- \* 74 - Possui algumas janelas sem telas ou com telagem inadequada;
- 75 - Uso de paletes de madeira;





### 19.3 Farmácia da Internação:

A farmácia satélite está localizada na área de internação e abrange a dispensação de medicamentos para as clínicas médica e cirúrgica. O local possui área física, iluminação e ventilação adequadas para o desenvolvimento das atividades. As janelas possuem tela para evitar a entrada de aves, insetos, roedores e outros animais. A área física possui pisos, paredes e tetos, lisos e impermeáveis, sem rachaduras e de fácil higienização, estando em boas condições de higiene no momento da inspeção.

Durante a inspeção verificou-se que o local é dotado de extintores de incêndio em número suficiente, possui POP's atualizados para o setor e disponíveis aos funcionários, possui livro de ordens e ocorrências, padronização revisada e atualizada de medicamentos, germicidas e produtos para a saúde. Possui também controle do estoque através do sistema SGIH (Sistema interno de Gestão Hospitalar) que permite a rastreabilidade dos medicamentos desde a compra até a dispensação além de possibilitar o controle do prazo de validade, primeiro que vence, primeiro que sai (PVPS).

Possui livro de registro informatizado e atualizado dos medicamentos sujeitos ao controle especial (Portaria 344/98) autorizado pela vigilância sanitária. Os balanços dos medicamentos sujeitos a controle especial são encaminhados a VISA municipal nos prazos estabelecidos via gravação em CD digital.

#### 19.3.1 Dispensação

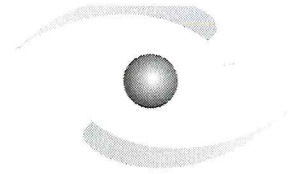
A farmácias satélite possui área apropriada para a dispensação de medicamentos, as prescrições são conferidas pelo farmacêutico, possuindo POP para a avaliação farmacêutica da prescrição, respeitando a proibição de dispensação de prescrição em códigos, siglas ou números além de observar critérios como lote e data de vencimento. Possui sistema de dispensação através de prescrição individualizada e confecção das tiras de medicamentos por horário com identificação do nome e leito do paciente. Os técnicos de farmácia são responsáveis por separar os medicamentos e materiais (seringas e agulhas) em bandejas de acordo com a prescrição e os horários, e fazer o lançamento destes na conta da paciente via sistema, além de confeccionar as tiras com os medicamentos e matérias de cada horário prescrito. O sistema de dispensação utilizado e o individualizado por horário e o misto (para os medicamentos de uso coletivo)

Somente nas prescrições do CTI, o material para administração dos medicamentos injetáveis é dispensado através de requisição para uso coletivo, devido à grande demanda.

Na área de dispensação, os medicamentos estão dispostos em caixas organizadoras nas prateleiras, já os termossensíveis estão armazenados sob refrigeração com os respectivos registros de temperatura. Os materiais médico-hospitalares também estão dispostos em locais adequados. Os medicamentos sujeitos a controle especial são mantidos em armários com chave, sob a responsabilidade dos farmacêuticos, é realizado também a contagem dos mesmos três vezes ao dia para conferência do estoque e mensalmente é realizado o inventário. O controle de estoque é realizado por contagem dos medicamentos três vezes ao dia. Se for encontrada qualquer divergência entre o estoque físico e o do sistema é verificado as prescrições bem como os lançamentos no sistema, afim de solucionar a divergência encontrada.

#### 19.3 Documentação





Foram apresentadas as documentações solicitadas:

- POP's em fase de atualização;
- Organograma definido de cargos e funções;
- PGRSS;
- Registro de treinamento dos funcionários
- Livro de Ocorrências

## 20. UNIDADES DE INTERNAÇÃO

### 20.1. Primeiro Posto (Clínica Médica) -Referência Técnica: Liliane Ferreira Almeida

Atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Possui 44 leitos divididos em 5 enfermarias masculinas e 04 femininas, e 2 quartos para isolamento. Possui também descanso enfermagem, descanso médico, posto de enfermagem, expurgo, DML, rouparia. Há bebedouro na área de circulação.

Enfermarias: possuem leitos com grade, mesas de apoio, cadeira para acompanhante quando necessário, escada dois degraus (alguns leitos sem) ar comprimido, Vácuo e O2, álcool gel. Paredes danificadas, lavatório, porta papel toalha/sabonete líquido, lixeira para lixo comum, fluxograma para lavagem das mãos, aparelho de PA, alguns com bomba de infusão, suporte de Soro, piso e paredes laváveis, boa iluminação e extintores nos corredores.

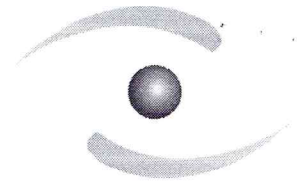
Sanitário: vaso sanitário, barra de apoio, pia com papel toalha, sabão líquido, lixeira com tampa acionada por pedal, chuveiro com barra de apoio, cadeira de banho, Hamper e alguns banheiro para duas enfermarias.

#### 20.1.1. Não conformidades

- 76 - Alguns sem a presença de ar comprimido e vácuo, em desacordo coma RDC 50/2002.
- \* 77 - Paredes descascando, tomadas expostas, em desacordo com a RDC50/02;
- \* 78 - Área de circulação com tomadas sem espelho, em desacordo com a RDC50/02.
- \* 79 - Suporte para papel toalha quebrado/ou danificada em desacordo com a lei 13.317/99.
- \* 80 - Suporte para sabonete líquido quebrado, em desacordo com a lei 13.317/99.
- \* 81 - Suporte para álcool quebrado, em desacordo com a RDC 63/11.
- \* 82 - Cadeira de acompanhante com estofado rasgado impossibilitando limpeza, em desacordo com a RDC63/11, Art.56.
- 83 - Alguns sem o Fluxograma de lavagem das mãos, em desacordo com a RDC 63/2011.
- 84 - Lixeira para lixo comum ou infectante sem identificação, em desacordo coma RDC 222/2018.
- 85 - Alguns com vaso sem tampa, em desacordo com a RDC 222/2018.

#### 20.2. Quartos de isolamento

Os quartos são compostos por piso/parede de material lavável, suporte para soro, mesa de cabeceira, leito com grade, escada de dois degraus, banheiro anexo com pia para lavagem das mãos, vaso sanitário com tampa, lixeira com tampa/pedal, barras de segurança e chuveiro. E ainda, antessala com pia com papel toalha em suporte



fechado, sabão líquido, álcool gel, lixeira com tampa acionada por pedal, suporte para capote e capote disponível, porta de acesso ao quarto com visor.

#### 20.2.1. Não conformidades:

- 86 - Alguns sem a presença de lixeira para lixo comum ou sem identificação, em desacordo com a RDC 222/2018.  
87 - Alguns sem presença de Fluxograma para lavagem das mãos, em desacordo com a RDC 63/2011.

#### 20.3. Descanso enfermagem

O quarto de descanso possui um beliche com um colchão impermeável, geladeira, mesa com cadeiras, piso e parede laváveis, boa iluminação. O banheiro possui vaso sanitário com tampa completa, pia com papel toalha em suporte fechado, sabão líquido, lixeira com tampa acionada por pedal, chuveiro com barra de apoio.

##### 20.3.1. Não conformidades

- 88 - Lixeira sem identificação, em desacordo com a RDC 222/2018.

#### 20.4. Descanso Médico

Possui Três beliches com colchões com cobertura impermeável, escaninhos, geladeira, ventilador, TV. O sanitário anexo possui vaso sanitário com tampa completa, pia com papel toalha em suporte fechado, sabão líquido, lixeira com tampa acionada por pedal, chuveiro com barra de apoio.

#### 20.5. Descanso Técnico

Possui três beliches, duas camas, armário para guarda de pertences, piso e parede laváveis e boa iluminação.

Sanitário: vaso sanitário, porta papel higiênico, lixeira para lixo comum, fluxograma para lavagem das mãos, bancada com três lavatórios, piso e parede laváveis.

#### 20.6. Posto de Enfermagem

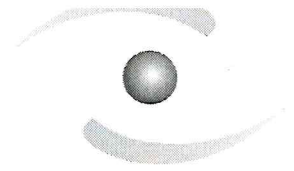
Com armários, nichos para guarda de prontuários devidamente identificados, cadeiras, bancada com pia com papel toalha em suporte fechado, sabão líquido, lixeira identificada. Carrinho de emergência com desfibrilador, monitor, tábua de compressão torácica, check list, medicamentos, insumos, posto de enfermagem feminino/, masculino, sala de prontuários, sala de equipamento, computadores, quadro de aviso, armário com documentos, medicações, curativo, cadeiras, porta prontuário, escaninho com medicações, purificador de água, suporte para copo descartável e lixeira para o mesmo

##### 20.6.1. Não conformidades:

- 89 - Lixeira sem identificação, em desacordo com a RDC 222/2018.

#### 20.7. Expurgo





É composto por mesa, descarpack, armário, bancada para lavagem de materiais, hamper, duas lixeiras com tampa e pedal, janelas com telas e caixa com materiais contaminados, suporte para papel toalha/sabonete líquido/papel toalha.

#### 20.7.1. Não conformidades

\*90 - Ausência de pia para lavagem das mãos e seus acessórios, em desacordo com a RDC 63/2011 e RDC 50/2002.

#### 20.8. DML

- Possui, tanque, suporte com papel toalha e sabonete líquido, lixeira com tampa/pedal, piso/paredes com superfície laváveis.

#### 20.8.1. Não conformidades

\*91 Inexistência de pia para lavagem das mãos, em desacordo com a RDC 50/02.

#### 20.9. Banheiro Masculino e Feminino para Funcionários

- Possui vaso sanitário com tampa, lavatório, porta papel higiênico e lixeira para lixo comum.

#### 20.10. Rouparia

Armário com prateleiras impermeáveis.

#### 20.11. Segundo Posto (cirurgia geral)

Atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Possui 16 leitos divididos em 5 enfermarias e 1 quarto para isolamento. Possui também descanso enfermagem, descanso médico, posto de enfermagem (ambos no mesmo local da Clínica Médica) expurgo, DML, rouparia.

Quartos: Possuem 4 leitos, pontos de oxigênio, álcool gel, poltrona, sofá, escada 2 degraus, mesa de apoio, lixeira, pia com papel toalha em suporte fechado, sabão líquido e bomba de infusão.

Sanitário com vaso sanitário com tampa completa e barra de apoio, pia com papel toalha em suporte fechado, sabão líquido, lixeira com tampa acionada por pedal, chuveiro com barra de apoio.

#### 20.11.1. Não conformidades

\*92 - Paredes descascando, em desacordo com a RDC50/02;

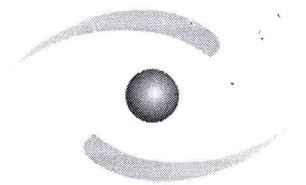
\*93 - Suporte para papel toalha quebrado/ou danificada, em desacordo com a lei 13.317/99.

\*94 - Suporte para sabonete líquido quebrado, em desacordo com a lei 13.317/99.

\*95 - Cadeira de acompanhante com estofado rasgado impossibilitando limpeza, em desacordo com a RDC 63/11, Art.56.

\*96 Inexistência de pontos de ar comprimido e vácuo. Em desacordo com a RDC 50/02.

#### 20.12. Posto de Enfermagem:



Com armários, nichos para guarda de prontuários devidamente identificados, cadeiras, bancada com pia com papel toalha em suporte fechado, sabão líquido, lixeira identificada. Carrinho de emergência com desfibrilador, monitor, tábua de compressão torácica, check list, medicamentos, insumos.

### 20.13. Expurgo

Pia para lavagem de materiais, vaso para descarte, lixeira identificada e com papel toalha em suporte fechado, sabão líquido, lixeira com tampa.

#### 20.13.1. Não conformidades:

97 Inexistência de pia para lavagem das mãos. Em desacordo com a RDC 50/02.

### 20.14. DML

Possui pia com papel toalha em suporte fechado, sabão líquido, lixeira com tampa.

#### 20.14.1. Não conformidades:

kas Inexistência de pia para lavagem das mãos. Em desacordo com a RDC 50/02.

### 20.15. Rouparia

Armário com prateleiras impermeáveis.

## 21. PRONTO ATENDIMENTO (P.A.)

**Equipe Técnica inspeção: Francislayne Silva e Junior José Lazaro Martins**

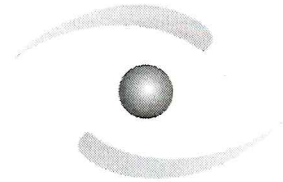
~~Principais não conformidades apresentadas: Rafael Carvalho Loschi, Dilene Andreia Dias Rosa e Fernanda Doumith Madureira.~~

Realizam atendimento de pacientes classificados como vermelho, laranja e amarelo, pacientes classificados de verde e azul, os prontuários são analisados pelo médico e contra referenciado para a atenção básica ou se o médico achar necessário será atendido nesta unidade e após referência para atenção básica. O hospital é referência em trauma, AVC Hemorrágica da Macrocentro Sul- Região Ampliada; da microrregião é referência em AVC isquêmico, ortopedia, clínica médica, cirurgia adultos. Não utilizam o sistema do SUS para triagem, utiliza o Sistema SIGH.

Devido a situação da pandemia Covid-19, o pronto atendimento do HRB sofreu alterações físicas: possui sala de espera, sala de triagem improvisada com divisória em madeira, 02 bebedouros a direita, dois sanitários a direita da recepção, masculino e feminino e um para deficientes, a esquerda sala de psicologia, farmácia satélite e secretaria/administrativo; a direita localiza os pacientes em atendimentos classificados em amarelo, dispondo no local: posto de enfermagem para medicações, 03 salas de medicações, 01 consultório médico. A frente se encontra o local destinado a atendimento aos pacientes classificados como críticos. Setor anexo destinado ao atendimento aos pacientes Covid-19.

Plantonistas médicos são cirurgião geral, clínico geral, ortopedista, bucomáximo; plantonistas alcançáveis neurocirurgião, cirurgião vascular, cirurgião plástico.





Escala de enfermagem possui no período diurno 3 enfermeiros, sendo um da triagem no período diurno e no período noturno 2 enfermeiros. Administrativo possui 2 enfermeiros, um coordenador e um diarista coordenador. Mantém na escala o mínimo de 14 técnicos de enfermagem trabalhando no plantão noturno e 15 técnicos de enfermagem diurno.

Possui 04 carrinhos de emergência com cardioversor que também são marca passo, manta térmica, compressor pneumático para membros inferiores.

A identificação do paciente é realizada pelo enfermeiro da triagem, em pulseiras com nome completo e data de nascimento.

Prontuários são eletrônicos, porém não há assinatura eletrônica, devido a isso, são impressos e assinados, cada paciente possui uma pasta com plásticos dividindo com as seguintes informações: Identificação, Anamnese Médica, Evolução médica, Anamnese/Evolução Enfermeiro, Prescrição/Anotação de enfermagem/Balanco hídrico/Sinais Vitais/ Controle de Oxigênio, Exames, Solicitação de Inter consulta, Descrição da Cirurgia, Comissão de curativo, Fisioterapia, Nutrição, Fonoaudiologia, Psicologia, Assistência Social, Hemoterapia, Pedidos Especiais, Termo de consentimento, outros.

A equipe entrevistada apresentou os registros de treinamento sobre Covid-19, POP's sobre Manejo de cadáver de Covid-19 e coleta do Swab. Apresentou o PRS (Procedimentos Sistêmicos) que são disponíveis a todos os funcionários para acessarem quando necessário via SIGH. Segundo eles os POP's estão sendo atualizados. Apresentou atas de reuniões com equipe e Planejamento de treinamentos para equipe/plano de ação.

O Plano de Contingência para Covid-19 foi apresentado, porém muito amplo, pois foi realizado pela Unidade FHEMIG central que descentralizou as áreas para particularidade de cada unidade. Sugerimos uma revisão deste plano e o envio deste a VISA Municipal.

### **21.1. Recepção**

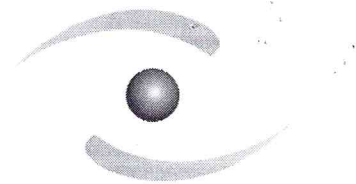
Possui cadeiras longarinas, balcão de atendimento, sanitários masculino e feminino a direita, televisão, 2 bebedouros, banner do protocolo de Manchester (classificação de risco). Foi adaptado no local a sala de classificação de risco, separadas por paredes de madeira. Anexo se encontra a sala de recepção com vidro de separação entre funcionário e paciente, sala anexa destinada ao controle do Susfácil, contendo mesa, cadeira, computador e banheiro anexo.

### **21.2. Unidade de apoio ao paciente e Coordenação da unidade**

Espaço com entrada pela lateral esquerda da recepção. Possui sala para secretaria, sala da coordenação da unidade, sanitário, sala psicólogo/ assistente social. Realizam serviços administrativos e na sala do psicólogo/assistente social possui atendimento a família de pacientes que estão na emergência. Farmácia satélite também se encontra neste local provisoriamente.

### **21.3. Sala de Triagem (Classificação de risco)**

Sala adaptada conforme descrito acima, destinada a realização da classificação de riscos dos pacientes que estão na recepção/espera. Possui sistema próprio e realizam a triagem pelo formulário do prontuário eletrônico, o qual é impresso e assinado pelo enfermeiro da triagem.



Possui mesa, cadeiras, computador, monitor, sala devidamente identificada. Possui monitor de multiparâmetros, aparelho de pressão, impressora, caixa de perfuro cortante, almotolia com álcool, glicosímetro, telefone.

### 21.3.1. Não conformidades

- 99 - Não possui pia para higienização das mãos, em desacordo com a RDC 50/02.
- 300 - Ausência de identificação do lixo, em desacordo com a RDC 222/18
- 301 - Dispensadores de papel toalha, álcool e sabão sem identificação e validação, em desacordo com a RDC 63/11
- 302 - Bebedouros de água de uso coletivo
- 303 - Paredes e tetos em condições precárias, em desacordo com a RDC 63/11
- 304 - Observado falta de orientação aos pacientes no local quanto ao uso de máscaras
- 305 - Ausência de fluxograma para o atendimento aos pacientes suspeitos de Covid-19

### 21.4 Sanitários

Possui sanitários na recepção masculino, feminino e para deficientes; no corredor da sala amarela, masculinos e femininos, com dois sanitários, lixeira com pedal e tampa, suporte com papel higiênico, pia para higienização das mãos com acessórios para limpeza e secagem.

#### 21.4.1. Não conformidades:

- 306 - Vaso sanitário sem tampa completa no vestiário masculino, em desacordo com a RDC 50/2002
- 307 - Paredes em condições precárias em desacordo com a RDC 63/11
- 308 - Barras de apoio em condições de ferrugem em desacordo com a RDC 63/11
- 309 - Dispensadores de papel toalha, álcool e sabão sem identificação e validação, em desacordo com a RDC 63/11
- 310 - Ausência de identificação do lixo, em desacordo com a RDC 222/18

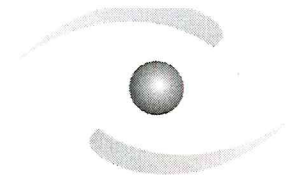
### 21.5. Sala de traumatologia e ortopedia

Sala destinada para atendimento de trauma e ortopedia, localizada a direita à recepção. Possui mesas, computador, maca com lençol, parede, caixas de plásticos para guarda de medicamentos de uso comum devidamente identificadas, aparelho de pressão. Monitor de multiparâmetros, eletrocardiograma, pia para descarte de material, mesas auxiliares, carrinho de emergência com cardioversor, canalização de oxigênio, armário com gavetas para guarda de materiais médicos-hospitalares, negatoscópio, telefone, pia com bancada, suporte com papel toalha e sabonete líquido, lixeira com tampa e pedal, pia para higienização das mãos, armário para guarda de materiais, caixa de perfuro cortante em suporte fixado na.

#### 21.5.1. Não conformidades

- \*311 - Negatoscópio não possui identificação de manutenção preventiva, em desacordo com a RDC 330/19
- 312 - Lixeiras não respeitando a cor para infectante e comum, em desacordo com a RDC 222/18
- 313 - Não apresentou a manutenção preventiva dos aparelhos utilizados na sala, em desacordo com a RDC 63/11
- 314 - Dispensadores de papel toalha, álcool e sabão sem identificação e validação, em desacordo com a RDC 63/11





## 21.6. Sala de medicação/soroterapia/consultório médico/posto de enfermagem

Localiza-se à direita da recepção. Destinado a atendimentos aos pacientes classificados como amarelos sem gravidade, verdes e azuis, e que estão aguardando resolução. São três salas, contendo cinco cadeiras/leitos em cada sala. Um consultório médico anexo contendo mesa, cadeira, negatoscópio, aparelho de pressão arterial. Posto de enfermagem com bancada, cadeiras, computadores, escaninho com prontuários, armários com materiais médico-hospitalar, balança antropométrica para adultos.

### 21.9.1. Não conformidades

- 115 - Cadeiras na sala de medicação não respeitando o distanciamento de mínimo 1 metro, em desacordo com a RDC 50/02
- 116 - Ausência de identificação nos dispenser de álcool em desacordo com a RDC 42/10
- 117 - Caixa de papelão no chão para dispensação de frascos de medicação, em desacordo com a RDC 222/18
- 118 - Lixeiras não respeitando a cor para infectante e comum e não identificadas, em desacordo com a RDC 222/18
- 119 - Caixa de perfuro cortante excedendo a capacidade, em desacordo com a RDC 222/18
- 120 - Paredes e tetos em condições precárias, em desacordo com a RDC 63/11

### 21.10 Sala de atendimento médico

Sala à direita da recepção, destinada a atendimento a pacientes após classificados. Contem maca, mesa, cadeira, aparelho de pressão arterial.

### 21.11. Sala de atendimento médico

Sala à esquerda da recepção, destinada a atendimento a pacientes após classificados. Contem maca, mesa, cadeira, aparelho de pressão arterial. Paredes revestidas de azulejos.

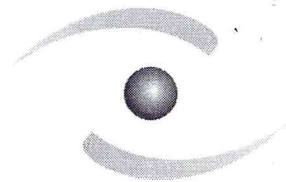
### 21.12. Setor crítico – Sala vermelha/laranja

Este setor está localizado frente à recepção, separado por porta de madeira. Contém duas salas, uma a esquerda e ou a direita no corredor, destinada a pacientes graves com assistência intensiva, possui 5 leitos em cada sala. Possui macas com grades, com colchões impermeáveis, monitores multiparâmetros, respiradores, armário com guarda de materiais, mesa com computador, cadeiras, carrinho de emergência com desfibrilador e planilha de controle, prateleiras para os monitores, leitos identificados, sistema de assistência respiratória, caixa de perfuro cortante, pia para higienização das mãos, suporte para papel toalha e sabonete líquido, pontos de gases medicinais para cada leito, bombas de infusão. Local com ar condicionado instalado.

121 Sugerimos um controle melhor da desinfecção dos laringoscópios, conforme orientação verbal durante a inspeção.

### 21.13. Setor crítico - Sala amarela

Destinada a pacientes classificados como amarelo graves possui 05 leitos em cada enfermagem sendo possível a expansão para 07 em caso de catástrofe. Possui capacidade para realizar 02 hemodiálises por vez, prateleiras para



os monitores, armários, carrinho de emergência com planilha de controle, pia para higienização das mãos, suporte papel toalha e sabonete líquido, sanitário completo em cada enfermaria. Quando possível é separado por sexo, porem a demanda as vezes não permite. Possui leitos com grade, colchão de material lavável, sistema de assistência respiratória em parede, suportes de soro.

#### 21.13.1. Não conformidades:

- K 122 -Móvel com ferrugem. Em desacordo com a Lei 13317/99.
- \* 123 -Lixeira sem tampa. Em desacordo com a RRC 222/2018.
- 124 -Dispensadores de álcool, sabão e papel toalha sem identificação, em desacordo com a RDC 63/11
- 125 -Tomadas de energia elétrica sem identificação de voltagem, em desacordo com a RDC 63/11
- \* 126 - Caixa de papelão em cima da escadinha para dispensação de frascos de medicação, em desacordo com a RDC 222/18
- 127 -Não apresentou manutenção preventiva e nem registro de desinfecção do ar condicionado, em desacordo com a RDC 63/11
- \* 128 -Não possui biombos suficientes para garantir a privacidade. Em desacordo com a RDC 63/2011.

#### 21.14. Posto de Enfermagem

Subdividido em dois espaço, prescrição e manipulação. Prescrição possui vários computadores, cadeiras e cartazes com informações. Manipulação, onde os funcionários preparam medicações, possui computador, mesa e cadeiras, pia para higienização das mãos, bancada, caixa de perfuro, cilindro de oxigênio. Possui duas salas pequenas para guardas de materiais e materiais esterilizados, em uma delas continha um ventilador de transporte.

#### 21.14.1. Não conformidades:

- 129 -Lixeira para resíduo comum contendo resíduo infectante, em desacordo com a RDC 222/18
- 130 -No momento da inspeção havia bandejas em processo de secagem nas janelas das salas
- 131 -Paredes com condições precárias, em desacordo com a RDC 63/11
- 132 -No momento da inspeção havia na sala de materiais um avental pumblífero exposto a luz local, em desacordo com a RDC 63/11
- 133 -Não apresentou a manutenção preventiva do ventilador de transporte, em desacordo com a RDC 63/11

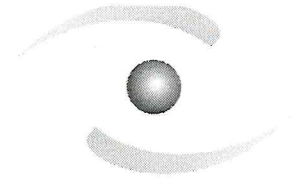
#### 21.15. Isolamento

Possui dois quartos de isolamento com antessala, e sanitários privativos. Devido à baixa demanda de isolamento, é utilizado as vezes por outros pacientes da emergência, podendo expandir para dois leitos em cada

#### 21.15.1 não conformidades:

- 134 -Caixa para material perfuro cortante contendo lixo comum, em desacordo com a RDC 222/18
- 135 -Ausência de lixeira para resíduo comum, em uma das antessalas, em desacordo com a RDC 222/18
- 136 -Ausência de identificação da lixeira, em desacordo com a RDC 222/18





139 -Paredes e tetos em condições precárias, em desacordo com a RDC 63/11

#### 21.16. Corredor

Aparelho de Raio X, macas e carrinho de emergência permanecem no corredor para facilitar o uso.

#### 21.17 DML

Espaço destinado a materiais de limpeza do pronto atendimento. Possui pia para higienização de panos e artigos para limpeza, armário para guarda de materiais. Espaço organizado e limpo.

##### 21.17.1. Não conformidade:

\* 138 -Inexistência de pia para lavagem das mãos, em desacordo com a RDC50/2002;

#### 21.18. Expurgo

Possui pia com papel toalha em suporte fechado, sabão líquido, vaso para descarte, descarpack, hampers, duas pias e bancada, caixas de perfuro lacradas aguardando recolhimento, caixa de perfuro em suporte, pia de despejo para descarte de material biológico, lixeiras identificadas com tampa e pedal para resíduos comuns e infectante.

##### 21.18.1. Não conformidade:

139 -Armazenamento de materiais por debaixo das pias, em desacordo com a RDC 63/11

140 -Lixeiras sem identificação em desacordo com a RDC 222/18

#### 21.19 Farmácia Satélite Pronto Atendimento

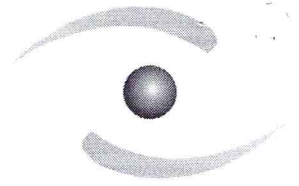
A farmácia satélite está localizada na área do pronto atendimento, à esquerda da recepção, está provisoriamente neste setor devido ao original contemplar área para Covid-19, e atende a sala amarela, vermelha e laranja e verde. O local possui iluminação e ventilação adequadas para o desenvolvimento das atividades. A áreas física possui pisos, paredes e tetos, lisos e impermeáveis, de fácil higienização, estando em boas condições de higiene no momento da inspeção.

Possui também controle do estoque através do sistema SGIH (Sistema interno de Gestão Hospitalar) que permite a rastreabilidade dos medicamentos desde a compra até a dispensação além de possibilitar o controle do prazo de validade, primeiro que vence, primeiro que sai (PVPS).

Os medicamentos sujeitos ao controle especial são armazenados em armários com chave, sob supervisão do farmacêutico e os demais bem como as soluções de grande volume e o material médico ficam organizados em prateleiras. A conferência destes, é realizada diariamente através de três contagens do estoque. Caso ocorra alguma divergência entre o estoque físico e o estoque do sistema, os próprios técnicos responsáveis pela dispensação são incumbidos de verificar o que pode ter acontecido para gerar o erro (lançamento indevido, falta de lançamento entre outros possíveis).

O sistema de dispensação utilizado e o individualizado por horário e o misto (para os medicamentos de uso coletivo). Foram apresentados os POP's e o livro de ocorrência do setor.

##### 21.19.1 Dispensação



A farmácia satélite possui área pequena, porém que atende no momento, para a dispensação de medicamentos, as prescrições são conferidas pelo farmacêutico, possuindo POP para a avaliação farmacêutica da prescrição, respeitando a proibição de dispensação de prescrição em códigos, siglas ou números além de observar critérios como lote e data de vencimento. Possui sistema de dispensação através de prescrição individualizada e confecção das tiras de medicamentos por horário com identificação do nome e leito do paciente. Os técnicos de farmácia são responsáveis por separar os medicamentos e materiais (seringas e agulhas) de acordo com a prescrição e os horários, e fazer o lançamento destes na conta da paciente via sistema.

Na área de dispensação, os medicamentos estão dispostos em caixas organizadoras nas prateleiras, já os termossensíveis estão armazenados sob refrigeração com os respectivos registros de temperatura. Os materiais médico-hospitalares estão dispostos em local adequado. Possui em algumas salas do pronto atendimento armários para a guarda destes materiais, que são mais utilizados pelo setor de enfermagem, bem como também alguns medicamentos de uso coletivo.

#### 21.19.2 não conformidades:

- 343 - Ausência de pia para higienização das mãos, em desacordo com a RDC 50/02
- \*342 - Alguns POP's precisam ser atualizados; RDC 44/09

#### 22. Carrinhos de emergência.

A farmacêutica deste setor é responsável pela conferência mensal de 05 carrinhos de emergência e uma maleta de transferência. Uma vez aberto para emergências, o setor de enfermagem solicita a reposição de medicamentos via prescrição assinada pelo médico e de matéria médico via requisição da enfermagem.

#### 24. NECROTÉRIO

**Equipe de inspeção Responsável: Silvio Carlos Souza de Oliveira e Eduardo Guimarães**

##### 1) Necrotério Para Covid (19)

Possui lavatório com Dispenser de álcool, sabonete líquido e papel toalha; maca de inox; parede e piso laváveis, janela, duas portas, lixeira para lixo comum, uma porta para entrada do corpo e outra para saída externa e no momento em boas condições de higiene;

##### 24.2 Necrotério para demais óbitos

Maca de inox, lavatório, dispenser de álcool, sabonete líquido e papel toalha, piso/parede laváveis e sem presença de janela.

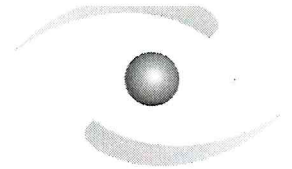
- 343 - Não possui bancada com pia em material liso, impermeável para higienização de equipamentos e materiais em desacordo com a RDC 68/2007;
- 344 - Não possui janela, em desacordo com a RDC 50/2002;
- 345 - Não possui cartaz explicativo para lavagem das mãos, em desacordo com a RDC 63/2011

#### 25. LABORATÓRIO

**Equipe Técnica inspeção: Francisco Borges**

##### 25.1. Organização





Possui profissional legalmente habilitado co RT RDC 302/05, item 5.1.2; Possui profissional de nível superior legalmente habilitado, atuando como supervisor, durante seu período de funcionamento, RDC 302/05, item 5.1.4; Possui equipe técnica e os recursos necessários para o desempenho adequado de suas atribuições, RDC 302/05, item 5.1.4; Possui instruções escritas atualizadas das rotinas técnicas implantadas e em processo de atualização, RDC 302/05, item 5.1.5; Não realiza coleta domiciliar, RDC 302/05, 5.1.8; A direção e o RT garantem rastreabilidade de todos os processos, proteção das informações confidenciais dos pacientes e utilização de técnicas recomendadas pelo fabricante, RDC 302/05, ITEM 5.1.4; Possui serviços terceirizados com laboratórios de apoio, com contrato formal atualizado, RDC 302/05, item 6.2.9.

**Não conformidade:**

\* K16 Não foi apresentada, no momento da inspeção, estrutura organizacional documentada, definindo cargos e funções.

**25.2. Recursos Humanos**

Possuem 09 profissionais de nível superior e 19 de nível médio, RDC 302/05, item 5.2.1; Possui registros de formação e qualificação de seus profissionais compatíveis com as funções desempenhadas, RDC 302/05, item 5.2.1; Possui programa de treinamento e educação permanente dos profissionais, com registro, RDC 302/05, item 5.2.2; Possui programa de vacinação de seus funcionários conforme legislação vigente, RDC 302/05, item 5.2.3; A saúde ocupacional é realizada pela medicina do trabalho do hospital, RDC 302/05, item 5.2.4.

**25.3. Infraestrutura**

Possui iluminação, climatização, ventilação natural e artificial RDC 50/02; Possui controle de temperatura em ambientes que necessitam deste monitoramento, RDC 50/02; A rede hidráulica e elétrica está em boas condições de uso, RDC 50/02; Possui ralos com tampa escamoteável e condições de acesso e circulação para deficientes físicos, RDC 50/02; Extintores de incêndio em número suficiente e dentro do prazo de validade, RDC 50/02; DML é pertencente ao hospital assim como as refeições são realizadas no refeitório do hospital, RDC 50/02; A sala de coleta está dentro da área técnica do hospital, RDC 50/02; Possui ambiente para a paramentação dos funcionários, RDC 50/02; Possuem bancadas de fácil higienização e local exclusivo para área de parasitologia, microbiologia, urinálise e coloração de lâminas, RDC 50/02.

**25.3.1. Não conformidades**

\* J17 Não foi apresentado, no momento da inspeção, projeto arquitetônico aprovado, possui área com infiltração, RDC 50/02.

**25.4. Equipamentos e Instrumentos**

Possuem equipamentos e instrumentos de acordo com a complexidade do serviço e necessários ao atendimento de sua demanda, RDC 50/05, item 5.4.1ª; As instruções de manuseio dos equipamentos seguem os manuais dos fabricantes RDC 50/02, item 5.4.1b; Verifica ou calibra os instrumentos em intervalos regulares, conforme o uso e mantêm registros dos mesmos, RDC 302/05, item 5.4.1d; Verifica a calibração dos equipamentos de medição e mantêm os registros, RDC 302/05, item 5.4.1e, Os equipamentos possuem registro na ANVISA, RDC

SSC

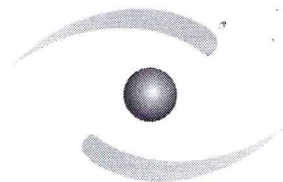
SSC

SSC

SSC

SSC

SSC



302/05, item 5.4.3; Há controle de temperatura para os equipamentos que necessitam deste controle, RDC 50/05, item 5.4.3.

#### 25.4.1. Não conformidade

\* 348 Não foi apresentado, no momento da inspeção, registro de manutenções preventivas e corretivas de todos os equipamentos, RDC 50/02, item 5.4.1c.

#### 25.5. Produtos para diagnóstico de uso IN VITRO

Possui registro de aquisição dos produtos de forma a garantir a rastreabilidade, RDC 50/02, item 5.5.1; Os produtos adquiridos estão regularizados junto à ANVISA, RDC 302/05, item 5.5.2; Não há preparação de produtos pelo próprio laboratório, RDC 302/05, item 5.5.3; Possui registro do controle de qualidade dos insumos liberados para o uso, RDC 302/05, item 5.5.3.1; Todas as recomendações do fabricante no tocante ao uso dos reagentes são respeitadas, RDC 50/05, item 5.5.4; O laboratório não utiliza metodologias próprias, RDC 50/05, item 5.5.5.

#### 25.6. Descarte de resíduos e rejeitos

Todo o processamento do lixo gerado é realizado por empresa terceirizada, RDC 306/04.

#### 25.7. Biossegurança

Possui instruções escritas sobre biossegurança, atualizadas e disponíveis a todos os funcionários e contemplam normas de condutas de segurança biológica química, física; RDC 50/05, itens 5.7.1 e 5.7.1a; Possui instruções de uso para EPI'S e EPC'S, RDC 302/05, item 5.7.1b; Possui instruções escritas para o caso de acidentes, RDC 302/05, item 5.7.1c. Foi apresentado registro de treinamento.

Não conformidades:

\* 349 O nível de biossegurança documentado dos ambientes, não estava baseado nos procedimentos realizados, equipamentos e microrganismos envolvidos, RDC 302/05, item 5.7.2.

#### 25.8. Limpeza, desinfecção e esterilização

Toda a parte de limpeza e desinfecção é realizada por empresa terceirizada, RDC 302/05.

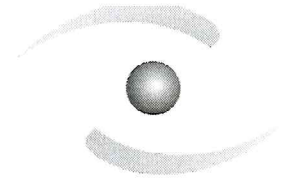
#### 25.9. Processos Operacionais

##### 25.9.1 Fase Pré – Analítica:

Não realiza atendimento ambulatorial, RDC 302/05, item 6.1.1; Para pacientes em atendimento de urgência ou regime de internação, comprova seus dados de identificação, através de prontuário médico, RDC 302/05, item 6.1.2.1; Possui instruções escritas que definem os critérios de aceitação e rejeição de amostras, assim como a realização de amostras com restrições, RDC 302/05, item 6.1.3; No cadastro constam todas as informações preconizadas pela legislação pertinente, RDC 302/05, item 6.1.4; Dispõe de meios que permite a rastreabilidade da hora da coleta da amostra, RDC 302/05, item 6.1.6; A amostra é identificada no momento da coleta, RDC 302/05, item 6.1.7; Possui instruções escritas para a coleta e identificação da amostra, definir critérios de aceitação e rejeição da amostra e realização de exames em amostras com restrição, RDC 302/05, itens 6.1.8, 6.1.3. Os exames realizados com restrição são justificados no laudo expedido.

##### 25.9.2 Fase analítica:





Possui instruções escritas e em processo de atualização para todos os processos analíticos e utilizando, instruções do fabricante, RDC 302/05, item 6.2.1; Segue as instruções do fabricante, RDC 302/05, item 6.2.2; Em fase de atualização está a relação de exames realizados no local e os que são terceirizados, RDC 302/05, item 6.2.3; Define mecanismos para agilizar a liberação de resultados em situações de urgência, RDC 302/05, item 6.2.4; Definem limites de risco, valores críticos ou de alerta, para os analitos com resultado que necessita de tomada de decisão imediata, RDC 302/05, item 6.2.5; Define fluxo de comunicação com o médico quando houver necessidade de tomada de decisão imediata, RDC 302/05, item 6.2.5.1; A água reagente é comprada, não produz a água utilizada, RDC 302/05, item 6.2.7; Realiza TLR e o mesmo é veiculado ao laboratório clínico, RDC 302/05, item 6.2.13; O RT do laboratório é responsável por todos os TLR realizados dentro da instituição, RDC 302/05, item 6.2.14; Há disponibilidade, nos locais de realização de TLR, instruções escritas das fases pré-analítica, analítica e pós-analítica, em fase de atualização, RDC 302/05, item 6.2.15.1; Possui instruções escritas para a realização de controle de qualidade nos TLR, em fase de atualização, RDC 302/05, item 6.2.15.3; Os resultados laboratoriais que indiquem suspeita de notificação compulsória são enviados a CCIH, RDC 302/05, item 6.2.12.

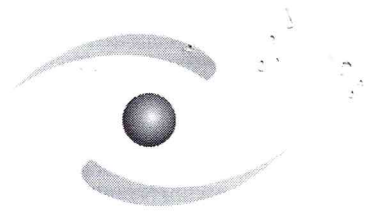
#### 25.9.3 Não conformidades:

950 Não foi apresentado, no momento da inspeção, relação escrita e disponível de todos os TLR'S executados no laboratório, RDC 302/05, item 6.2.15; A realização de TLR não está condicionada a emissão de laudos, RDC 302/05, item 6.2.15.2; Não foram apresentados, no momento da inspeção, instruções escritas para a realização de controle de qualidade nos TLR, RDC 302/05, item 6.2.15.3; Não foi apresentado, no momento da inspeção, registros de controle de qualidade dos TLR'S, RDC 302/05, item 6.2.15.3; Não foi apresentado, no momento da 151 inspeção, registros de seu processo de educação permanente para os usuários dos equipamentos de TLR, RDC 302/05, item 6.2.15.4.

#### 25.9.4 Fase Pós – Analítica:

A Triagem sorológica de anticorpos Anti – HIV é realizada através de teste rápido e em casos de amostras reagentes ou inconclusivas, as amostras são enviadas ao laboratório de apoio e ao CTA, RDC 302/05, item 6.3.7; Possui instruções escritas para emissão de laudos, que contemplem as situações de rotina, plantões e urgência e está em fase de atualização, RDC 302/05, item 6.3.1; O laudo verificado é legível, sem rasuras, escrito em língua portuguesa, datado e assinado por profissional de nível superior legalmente habilitado e apresenta todas as informações preconizadas pela legislação pertinente, RDC 302/05, itens 6.3.2 e 6.3.3; Pode constar no laudo informações pertinentes para amostras de pacientes aceitas com restrição, RDC 302/05, item 6.3.4; As cópias dos laudos de análises bem como os dados brutos são arquivados pelo prazo de cinco anos, RDC 302/05, item 6.3.8; No caso de correção de resultados e o laudo já tiver sido emitido, é novamente expedido novo laudo, RDC 302/05, item 6.3.8.1; O laudo do diagnóstico sorológico de anticorpos Anti-HIV está de acordo com a legislação vigente, RDC 302/05, item 6.3.7; Garante a recuperação e a disponibilidade de seus registros críticos, de modo a permitir a rastreabilidade de laudo liberado, RDC 302/05, item 7.1.

#### 25.10 Garantia de Qualidade



Possui CIQ e CEQ, RDC 302/05, item 8.1; os programas CIQ e CEQ possuem documentos, contemplando, lista de analitos, forma de controle e frequência de utilização, limites e critérios de acessibilidade para resultados dos controles e avaliação e registro dos resultados dos controles, RDC 302/05, item 9.1.

#### 25.11. Controle Interno de Qualidade

Realiza CIQ, monitora o processo analítico pela análise das amostras controle, com registro dos resultados obtidos e análise de dados. Define os critérios de aceitação dos resultados por tipo de analista e de acordo com a metodologia utilizada, os registros contemplam a liberação ou rejeição, após análise dos resultados das amostras controle, RDC 302/05, item 9.2.1; utiliza amostras controle comerciais, regularizadas junto a ANVISA, RDC 302/05, item 9.2.2. Registra as ações adotadas decorrentes de rejeição de resultados de amostras controle, RDC 302/05, item 9.2.3. As amostras controle são analisadas da mesma forma que as amostras do paciente, RDC 302/05, item 9.2.4.

#### 25.12. Controle Externo de Qualidade

Participa de controle externo para todos os exames realizados na sua rotina, RDC 302/05, item 9.3.1. Registram os resultados do CEQ, inadequações, investigação de causas e ações tomadas para resultados rejeitados, RDC 302/05, item 9.3.4. As amostras do controle são analisadas da mesma forma que as amostras do paciente, RDC 302/05, item 9.3.5.

33 OBS: As lixeiras da área técnica estavam sem tampa, verificado no momento da inspeção.

### 26. CONCLUSÃO

Após inspeção, o estabelecimento está apto à re4novação do alvará sanitário. O proprietário deverá sanar as não conformidades listadas neste relatório.

Barbacena, 06 de agosto de 2020.

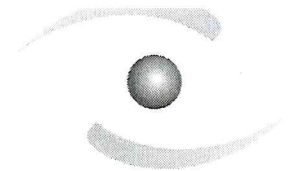
  
Eduardo Guimarães- Mat. 282958/01

  
Francislaine Aparecida Da Silva- Mat. 282624/01

  
Francisco Borges- Mat. 27961/01

524





Janaina Martins Fernandes Sanson- Mat. 282950

Junior Jose Lazaro Martins- Mat. 29529/01

Liliane de Fátima Viana Almeida  
Referência Técnica- VISA  
Mat. 28875/03

Liliane de Fatima Viana Almeida- Mat. 28875/03

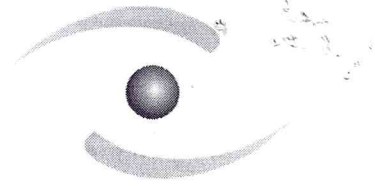
Luana Helena Cimino de Abreu- Mat.282953/01

Poliana de Carvalho Silva – Mat.282963/01

Ronaldo Ferreira da Silva- Mat. 27966/01

Vigilância Sanitária

Silvio Carlos Souza de oliveira- Mat. 28577/04



### 13- NOTIFICAÇÃO:

Pelo presente termo, o responsável pelo estabelecimento fica notificado a corrigir as não conformidades listadas no relatório de inspeção, datado de 07/07/2020 no prazo de 90 dias a partir da data do recebimento deste.

Barbacena, 06 de agosto de 2020

---

Wander Lopes da Silva  
Responsável legal

---

Gilberto Cardoso Ramos Junior  
Chefe da VISA

Maurício Becho Campos Júnior  
Coordenador de Vigilância em Saúde  
SESAP/SUPRAS/SUS/BARBACENA/MG

Vigilância Sanitária