



## RELATÓRIO DE INSPEÇÃO SANITÁRIA

### 1. DADOS DO ESTABELECIMENTO

- 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. CNAE:** 86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências
- 1.5. Descrição da natureza jurídica:** 114-7 - Fundação Pública de Direito Público Estadual ou do Distrito Federal
- 1.6. Endereço:** Avenida Quatorze de Agosto, s/n, Bairro Floresta.
- 1.7. CEP:** 36.202-855.
- 1.8. Cidade:** Barbacena - MG
- 1.9. Telefone:** 3339-1631.
- 1.10. Responsável legal:** Claudinei Emídio Campos/ CPF:040.885.016-75/ RG: M-8489746
- 1.11. Responsável técnico/ médico:** Rodrigo Quintão Lopes. CRM: MG-52146
- 1.12. Responsável técnico/Enfermagem:** Márcio Antônio Resende- Coren-MG-144847
- 1.13. Data da inspeção:** 02,16,17,21,22,23,24/09/2021.

### 2. OBJETIVO DA INSPEÇÃO:

Inspeção para verificação das condições higiênico-sanitárias bem como a documentação e os registros requeridos pelas legislações pertinentes para fins de renovação do Alvará Sanitário.

### 3. EQUIPE TÉCNICA DE INSPEÇÃO

- Francisco Borges- Mat. 27961
- Humberto José Candian Pessoa- Mat. 29476
- Janaina Martins Fernandes Sanson- Mat. 282950
- Luana Helena Cimino de Abreu- Mat. 282953
- Lidiane Ferreira Almeida- Mat. 29763
- Luiz Felipe Correa- Mat. 29764
- Natália Cristina Guimarães Geara- Mat. 283168
- Ronaldo Ferreira da Silva- Mat. 27966
- Rosana Márcia de Oliveira- Mat. 28681
- Silvio Carlos Souza de Oliveira- Mat. 28577

### 4. EMBASAMENTOS LEGAIS:

- **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/AVISA 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/ANVISA Nº 48 de 02 de junho de 2000.** Roteiro de Inspeção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar, anexo a esta Resolução;
- **RDC/ANVISA 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/ANVISA 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/ANVISA Nº 63 de 25 de novembro de 2011.** Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde;
- **RDC/ANVISA Nº 36 de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências;
- **RDC/ANVISA 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/ANVISA 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/ANVISA 302 de 13 de outubro de 2005.** Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos;
- **RDC/ANVISA nº 34 de 11 de Junho de 2014.** 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/ANVISA 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;
- **RDC/ANVISA 80, 11 de maio de 2006:** Fracionamento de medicamentos em farmácias e Drogarias.
- **RDC/ANVISA nº 471, 24 de fevereiro de 2021:** Dispõe sobre os critérios para a prescrição, dispensação, controle, embalagem e rotulagem de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação.
- **RDC/ ANVISA nº 44, de 17 de agosto de 2009:** Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e Drogarias e dá outras providências;

## 5. DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

**Fiscal responsável pela inspeção:** Luiz Felipe Correa.

- 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, 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 Convét Inset, válido até 09/21.
- 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 Rodrigo Quintão Lopes, válida até 17/08/2022;
- 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 Radiodiagnostico, emitida pelo CRM para Wesley da Cruz Soares CRM com validade até 17/08/2022;
- 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 e revisado por Sandra Cristina Faria Barbosa Auad, com validade até 16/08/2022
- CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes), chamada na instituição de NUPAT, possui reuniões mensais com registro em ata e comissão formalizada.

### 5.1. Comissões

- Comissão Controle de Infecção Hospitalar, tem como presidente o médico Renato Cezar Vaz de Melo, possui reuniões regulares, sendo a última realizada em 20/07/2021.
- CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes), chamada na instituição de NUPAT, possui reuniões mensais, 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 dezembro de 2019.
- Comissão Ética Médica, datada em 23/05/2022 com última reunião formalizada. Presidente Antônio Jose Fonseca de Porta.
- Comissão Farmácia e Terapêutica, tem como presidente a farmacêutica Isabela Marteleto Teixeira, última reunião no dia 03/05/2021.
- Comissão de Gerenciamento de Resíduos de serviço de saúde, Presidente Bioquímico Marcelo Santos de Oliveira dia 07/07/2021.
- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, possui com presidente o enfermeiro Marcio Antônio Resende com a última reunião em 10/08/2021
- Comissão Terapia Nutricional, possui como presidente a nutricionista Geraldo Magela Tostes de Faria, última reunião em 13/07/2021
- Comissão Revisão de óbitos tem como presidente a médica Ainda Aguiar Nunes, com reuniões bimestrais, tendo sido a última reunião realizada em 28/08/2021.
- Comissão Revisão de Prontuários e Auditoria Interna tem como presidente a médica Mario Sérgio Prado, última reunião em 19/08/2021
- Comissão Local de Protocolos Clínicos, possui como presidente a enfermeira Suellen Lilia da silva Alves sido realizada a última reunião em 13/05/2021.
- Comissão Local de padronização Material Médico hospitalar, datado em 28/12/2020, Coordenador Ana Rita de Cassia;
- Comissão Proteção Radiológica, tem como presidente Wesley Da Cruz Soares última ata dia 09/09/2019;
- Comissão Transfusional tem como presidente o médico hematologista Marcelo Dias de Castro, tem a última reunião realizada em 30/06/2021.



-Comissão Núcleo de Segurança do Paciente, tem como presidente a enfermeira Dilene Andreia Rosa, com reuniões regulares 26/08/2021.

## 5.2. NÃO CONFORMIDADES

- Atas de comissões desatualizadas conforme descrito nos regimentos internos, em desacordo a RDC 63/11 artigo 20.

## 6. SERVIÇOS TERCEIRIZADOS:

- Med Supply produtos médicos Eireli Cnpj05.524.742/0001-30 (Aquisição de tiras Reagentes Descartáveis específicas para uso em ambiente hospitalar)
- White Martins Gases industriais LTDA Cnpj35.820.448/0030-70(Aquisição de gases medicinais, com comodato e manutenção de cilindros/tanques de armazenamento)
- Trauminas Distribuidora de Materiais Cirúrgicos hospitalares S.A Cnpj 41.721.051/0001-90 (Fornecimento parcelado para aquisição de materiais de órtese e prótese2020/2021 Lotes 1,3,9,14,16,17,18,20,22,23,24,25,26,28,29,30,31,32,33,34.
- BML hospitalar Ltda-me Cnpj 27.187.758/0001-37 (Fornecimento parcelado para aquisição de materiais de órtese e prótese2020/2021 Lotes 4,5,6,7,8,10,12,15.
- Ortho Clinical Diagnostics Do Brasil Produtos para saúde Ltda Cnpj 21.921.393/0001-46 (Fornecimento em regime de comodato, de reagentes/testes para realização de exames.)
- Liga sistemas de informática ltda-me CNPJ 00.325.244/0001-44 (Contratação de empresa especializada para fornecimento de licença de uso de sistema de informação laboratorial.)
- ORGANIZAÇÕES RC EIRELI-ME 04.924.928/0001-13( Alienação de Revelador e fixador e resíduos filmes usados nas unidades hospitalares da rede FHEMIG)
- Horiba instruments brasil LTDA 01.759.236/0001-79 Aquisição de reagentes para realização de teste.
- PMH produtos médicos hospitalares ltda 00.740.696/0001-92 aquisição de frascos de hemocultura de comodato de equipamentos novos
- Cristália Produtos Químicos Farmacêuticos ltda 44.734.671/0001-51 Aquisição de medicamentos padronizados na rede FHEMIG
- Rad Serviços especializados e comercio LTDA 20.203.886/0001-88 Prestação de serviço de assessoria, planejamento e execução permanente do programa de garantia da qualidade (PGQ)
- Shimadzu do brasil Comercio LTDA 58.752.460/0001-56 Serviço de manutenção e reparo de equipamento de radiologia e fluoroscopia,
- Hospital São Francisco de Barbacena ltda epp 03.350.495/0001-77 Tomografia e angiotomografia
- MHEDICA servisse comercio e manutenção ltda 08.245.855/0001-94 contratação de serviço de manutenção preventiva e calibração
- No fire extintores e serviços ltda 01.325.179/0001-10 Contratação de empresa especializada em na prestação de serviços de manutenção e recarga de extintores de incêndio.
- GTA gestão e tecnologia de alimentos ltda 10.579.195/0001-20 análise de água
- AACP Serviço Ambiental Eireli 25.361.124/0001-23 Empresa especializada na prestação de serviço de limpeza e desinfecção de reservatórios de água



- Pro-Renal Centro de Nefrologia LTDA 00.244.333/0001-66 Serviço de Hemodiálise sistema portátil
- MMOL Refeições coletivas Ltda 04.305.593/0001-00 prestação de serviços de alimentação.
- Desinsetização Cruz Miranda LTDA 08.071.593/0001-99 prestação de serviços para controle de vetores e pragas.
- Desinsetização: Desinsetização Cruz Miranda Ltda.- ME, nº contrato: 9144903.
- 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.
- 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.
- 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 EIRELLI, 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.

## 7. 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 adulto e bloco cirúrgico. Realizam exames como ecocardiograma, tomografia computadorizada, ressonância magnética, endoscopia, ultrassonografias, 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 medica sendo 2 de isolamento, 21 leitos de cirurgia geral sendo 1 isolamento, e 10 leitos de unidade de terapia intensiva sendo 1 leito de isolamento, 3 salas cirúrgicas e 39 leitos de urgência emergência, sendo 2 leitos para isolamento.

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 resolutive, assegurando a efetividade, a qualidade, a segurança e a humanização dos serviços prestados.

## 8. SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA HEMOTERÁPICA

**Fiscal responsável pela inspeção:** Francisco Borges.

O serviço de assistência hemoterápica é supervisionada pelo HEMOMINAS/MG. Possui responsável técnico, médico hematologista, Marcelo Dias Castro, CRMMG 38410. Possui registro de capacitação dos técnicos envolvidos na atividade. O serviço não realiza a captação de doadores, testes pré transfusionais no receptor, estes são realizados pela agência fornecedora do sangue e componentes, não armazena e distribui hemocomponentes. Não realiza transporte de sangue e componentes, testes para marcadores de doenças infecciosas do doador. Não possui registros informatizados. A documentação é arquivada de modo a manter sua integridade. Os dados e informações são legíveis e seguros. O serviço adquire o sangue e hemocomponentes do Hospital Ibiapaba por meio de solicitação escrita que contém todos os dados referentes ao receptor. Todos os procedimentos necessários para processar os testes de compatibilidade são realizados pela agência transfusional do Hospital Ibiapaba. Os POPs estavam disponíveis. A requisição de transfusão contém todos os dados preconizados pela legislação vigente. O PFC e Crio chegam da agência prontos para a transfusão. Foi observado, no momento da inspeção, registro das atividades do comitê transfusional.

### 8.1. 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 todo local.

## **8.2. Equipamentos e dispositivos**

O serviço está ligado ao grupo gerador de emergência. Possui 01 geladeira para armazenar sangue e hemocomponentes que chegam da agência fornecedora. O tempo de armazenamento na geladeira é o mínimo possível, visto que, quando chega o receptor já está pronto para ser transfundido. Possui planilha de anotações de temperatura. Não possui equipamentos críticos, apenas a geladeira.

### **8.2.1. Não conformidade:**

- Não possui plano de contingência para os casos de corte de energia elétrica.
- Não registra qualificação, e sim as manutenções preventivas, manutenções corretivas e calibração dos equipamentos de todos os equipamentos.

## **8.3. Biossegurança**

Possui procedimentos escritos de acordo com as instruções dos fabricantes de saneantes regularizados junto à ANVISA e outros que contemplam medidas de biossegurança. Possui manual de biossegurança. O PGRSS segue o da unidade hospitalar.

## **8.4. Hemovigilância/Retrovigilância**

### **8.4.1. Hemovigilância:**

Possui registro no prontuário do paciente e na ficha de transfusão todas as informações relativas à reação transfusional e condutas adotadas; Procedimentos estabelecidos, com respectivos registros, para a resolução de casos de reações transfusionais, que incluam detecção, tratamento, prevenção.

#### **8.4.1.1. Não conformidades:**

- Não foi observado registro de capacitação de profissionais para a detecção e condutas frente a eventos adversos à transfusão; Registro de notificação de eventos adversos no NOTIVISA.

### **8.4.2. Retrovigilância:**

Possui procedimentos estabelecidos para investigação de retrovigilância.

#### **8.4.2.1. Não conformidades:**

- No que couber, não foi apresentado documento formal que defina responsabilidades no processo de investigação entre o fornecedor de hemocomponentes e o serviço transfusional; Não foi informado se há comunicação do processo de investigação instaurado à VISA competente.

## **8.5. Ato Transfusional:**

Procedimento realizado sob supervisão médica; Pessoal qualificado; A etiqueta de liberação da bolsa de sangue para a transfusão vem pronta da agência transfusional do Ibiapaba; A etiqueta é afixada à bolsa até o término da transfusão sem obstruir informações da bolsa; Confirmam antes da transfusão: identificação do paciente, dados do rótulo de identificação e etiqueta de liberação da bolsa pela agência,





a validade e integridade da bolsa; O armazenamento da bolsa é mínimo tempo possível, visto que a bolsa que chega é endereçada a um paciente específico; Durante a transfusão há acompanhamento de profissional habilitado e capacitado à beira do leito durante os primeiros dez minutos; Monitoramento periódico do paciente durante o transcurso do ato transfusional; Tempo máximo estabelecido de infusão, quatro horas, é cumprido; Registra no prontuário do paciente os dados preconizados pela legislação; Arquiva todos os registros pertinentes à transfusão conforme legislação vigente.

## 9. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

**Fiscais responsáveis pela inspeção:** Janaina Martins Fernandes Sanson e Natália Cristina Guimarães Gera.

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/coordenador: Elisson Joel Fernandes Chagas, pós-graduado em Terapia Intensiva. Possui 08 enfermeiros assistenciais 24 horas e 05 técnicos de enfermagem, em alguns conseguindo 06 técnicos de enfermagem por plantão.

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 a coordenadora Bárbara Ariana Gomes e Silva-Masp 13610831 e a responsável técnica pelo serviço de fisioterapia, Tânia Fernanda R.G.Pereira- Crefito: 86568.

Possui POP's e Bundles 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 realizados pelo NEP.

A higienização é realizada diariamente e sempre que necessário, após alta realizado higienização terminal. O serviço de higienização é exclusivo no plantão diurno, enquanto que nos plantões noturnos as atividades são compartilhadas com os demais setores.

As visitas aos pacientes são organizadas diariamente, dias pares, leitos pares e dia ímpar, leitos ímpares, de acordo com o controle do fluxo de pessoas e combate à Covid-19.

Os recursos assistenciais são realizados da seguinte forma:

-Recursos próprios: nutrição, farmácia, fonoaudiologia, psicologia, odontologia, assistência social, assistência clínica vascular, assistência clínica cardiovascular, assistência clínica neurologia, 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 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, aquisição realizada pela farmácia.

De acordo com a RDC 07/2010 artigos 57 e 58 a Unidade atende estes requisitos, possuindo os materiais e equipamentos que constam na lista destes artigos, porém 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° 04 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 central, 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.

### **9.1. Entrada**

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

### **9.2. Lavatório para mãos**

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

### **9.3. Descanso de enfermagem**

Espaço adaptado, corredor de acesso à rouparia ao CTI, adaptado para descanso de enfermagem. Possui uma bicama, e uma cama, e um colchão.

#### **9.3.1. Não conformidades**

- Espaço em desacordo com a RDC 50/02.

### **9.4. 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.

### **9.5. 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 secretária.

### **9.6. Expurgo**

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

#### 9.6.1 – Não conformidades

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

#### 9.7.Copa

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

#### 9.8.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.

#### 9.8.1. Não Conformidades

- POP desatualizado, em desacordo com a RDC 63/2011.

#### 9.9.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 Pró-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, porém possui uma ante-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.



### 9.9.1. Não conformidades

- Possui somente um sanitário para paciente, localizado dentro do isolamento, em desacordo com a RDC 50/02.
- Paciente encaminhado à exame fora do setor sem o uso da máscara de proteção facial, em desacordo com o Protocolo Minas Consciente.

### 9.10. Rouparia

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

#### 9.10.1. Não Conformidades

- Armários apresentando ferrugem, em desacordo com a RDC 63/2011 art. 36.
- Enxovais não são embalados individualmente, em desacordo com a RDC 06/2012.

### 9.11. 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.

### 9.12. 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.

### 9.13. 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.

### 9.14. 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.

### 9.15. 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.

### 9.16. Não conformidades:



- Médico, enfermeira e fisioterapeutas coordenadores não foram designados formalmente, em desacordo com a RDC 07/2010, Art.13;
- Funcionário para serviços de limpeza no período noturno não é exclusivo do setor, em desacordo com a NR07/2010 Art.14;
- Não possui aspirador a vácuo portátil, em desacordo com a RDC 7/2010 art. 58 itens VIII;
- Monitores multiparâmetros, cardioversores, balança não possuem manutenção preventiva, em desacordo com a RDC 63/2011 art. 23;

## 10. SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (SND)

Fiscal sanitário responsável inspeção: Ronaldo Ferreira da Silva

### 10.1. 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 temporário00 com empresa especializada na prestação de serviço na preparação de refeições para operar na referida unidade. A empresa 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 tapas de preparação dos alimentos. Sua estrutura é dividida em setores: área de higienização de talheres e bandejas, área de pré-preparo de hortifrúti, área de apoio e fracionamento, montagem de carrinho, Expurgo/DML, depósito de lixo, área de cocção, depósito.

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 não 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 encontram 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.

### **10.2. Higienização das instalações, equipamentos, móveis e utensílios:**

As instalações, os equipamentos, os móveis e os utensílios são mantidos em condições higiênico-sanitárias apropriadas.

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.

### **10.3. 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.



#### **10.4. Abastecimento de água:**

É utilizada somente água potável na manipulação dos alimentos. O abastecimento de água é feito pela rede pública, mas não foi apresentado atestado de potabilidade atestada mediante laudos laboratoriais, executado por empresa especializada, credenciada e cadastrada nos órgãos competentes. O reservatório de água é constituído materiais que não comprometem sua qualidade higiênica sanitária, o mas não foi apresentado planilha ou laudo de higienização e manutenção é realizada pelos funcionários do setor engenharia clínica e manutenção do hospital. Foram apresentados registros dessas atividades.

#### **10.5. 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 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.

#### **10.6. 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).

#### **10.7. 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 (metalon), não respeitando o espaçamento mínimo entre a parede/fardos, necessário para garantir adequada ventilação, limpeza e, quando for o caso desinfecção do local.

#### **10.8. 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, semipreparados 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.

#### **10.9. 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 médica, 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.

#### **10.10. RH:**

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





- 01 operacional de Limpeza;

#### 10.11. 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);
  - ✓ 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.
  - ✓

**10.12. 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.

#### 10.13. Não Conformidades:

- Presença de trincas no piso da área de higienização de vasilhames. Em desacordo com a RDC 216/04, item 4.1.
- Ausência de Manual de Boas práticas. RDC 216/04
- Ausência de Pops e as respectivas planilhas. RDC 216/04
- Ausência de Alvará sanitário.

#### 11. COMISSAO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)

**Fiscais sanitários responsáveis pela inspeção:** Janaina Martins Fernandes Sanson e Natália Cristina Guimarães Gears.



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 Magalhães, Coren 95617, carga horária 40 horas semanais.

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

Não evidenciado escala dos profissionais que compõem a CCIH.

A CCIH foi formalmente nomeada, porém encontra-se 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. A equipe médica não participa da educação continuada em relação à prescrição de antimicrobianos e demais procedimentos relacionais à CCIH.

Para a utilização de antimicrobiano é realizado prescrição no sistema, impresso e carimbado pelo médico assistente, após o médico da CCIH realizar 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 terceirizada, empresa MGS, os quais realizam seus próprios treinamentos, possui rotina estabelecida pela CCIH de higienização terminais. Juntamente com o setor de hotelaria confecciona os procedimentos por escrito do setor de limpeza, porém a CCIH não monitora a execução da higienização hospitalar.

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 cartazes educativos sobre a lavagem das mãos, e capacitações 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 3.000litros e 1 caixa d'água de 2.000litros, totalizando 32.000 litros de água, há higienização dos reservatórios 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. Os resultados das visitas técnicas não geram relatórios subsidiando ações corretivas com o objetivo de melhorar a qualidade pelos setores.

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.

### 11.1. Não conformidade

- Os membros da CCIH estão nomeados formalmente, porém está desatualizada, em desacordo com a Portaria 2616/1998 art. 2.2.
- Não foi evidenciado que a enfermeira responsável possui especialização em infecção hospitalar, em desacordo com a RDC 63/2011.
- Não foi evidenciado rubrica nos documentos gerais, em nenhuma das folhas e nem carimbo do elaborador e aprovador, em desacordo a RDC 63/2011.
- A equipe médica não participa de educação continuada, em desacordo com a RDC 63/2011.

## 12. CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO (CME)

**Fiscais sanitários responsáveis pela inspeção:** Luana Helena Cimino de Abreu / Francisco Borges

### 12.1. Estrutura

Localizada no final do corredor da clínica médica, com a responsável técnica sendo a enfermeira Luciane Aparecida Sandi COREN –MG - 112136. 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 e 4Tech), 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, com registros no NEP. Possui manual de normas e rotinas e procedimentos operacionais padrão no setor, impresso e online, em que todos os servidores tem acesso.

### 12.1.2. Não conformidades:

- 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.

## 12.2. 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. Possui hamper, 2 pias para higienização das mãos, acessórios para higienização das mãos e espelho, lixeira com tampa e pedal para resíduo comum.

### 12.2.1. Não conformidades:

- 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.

## 12.3. Área limpa

Área para o empacotamento e conferência 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, duas seladoras, duas leitoras de teste biológico. Bancada de atendimento a funcionários do hospital.

Materiais são embalados e etiquetados de acordo com a 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 por empresas terceirizadas, as autoclaves com manutenção preventiva e corretiva na empresa 4Tech, e o gabinete de secagem e a termodesinfectora na empresa Spectro Lab.

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.



#### 12.4. 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.

#### 12.5. Sala das autoclaves

Espaço onde estão 02 autoclaves com porta única, identificadas por letras “y e W”. Atrás das autoclaves está a entrada para o técnico da manutenção, espaço em boas condições com manutenção feita recentemente.

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.

#### 12.6. 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 corretamente embalado e desinfectado, contendo: data, tipo de material.

Possui registro de conferencia de controle do arsenal.

#### 12.7. 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.

#### 12.8. 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.

#### 12.9. Sala Suja/Expurgo



Possui entrada pelo vestiário da área suja e janela para entrega de material sujo. Realizado conferencia do material pela funcionária com o funcionário do setor que está entregando os materiais, 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, 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.

### **12.10. 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.

## **13. CENTRO CIRÚRGICO**

**Enfermeira coordenadora do setor:** Nívea Ribeiro de Navarro Soares Ferreira- Coren MG-34884.

**Fiscais sanitários responsáveis pela inspeção:** Janaina Martins Fernandes Sanson e Natália Cristina Guimarães Gears.

Composto por 4 salas de cirurgia, sendo uma sala de procedimentos de baixa complexidade. Realiza cirurgias de urgência e emergência, por ser referência em traumatologia. Realizam cirurgias de pequena e média complexidade. Realizam cirurgias ortopédicas, cirurgia geral, cirurgia plástica reparadora, neurocirurgia, buco maxilo-facial 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 agência 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. Nos plantões noturnos há um enfermeiro de referência do bloco cirúrgico exclusivamente. Plantão sobreaviso: neurocirurgião, cirurgião vascular, cirurgião plástico, bucomaxilo, 1 higienizadora por plantão diurno e 01 higienizadoras por plantão noturno (que também realiza higienização da UTI).

### **13.1. 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.

### 13.2. 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.

### 13.3 Sala anexa

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

### 13.4. 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.

### 13.5. 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.

#### 13.5.1. Não conformidade

- Durante a inspeção o anestesologista J.M.T. encontrava-se sem o uso da máscara de proteção individual adequadamente, em desacordo com o protocolo Minas Consciente e o decreto municipal nº 8859 de 15/03/2021 sobre a obrigatoriedade do uso da máscara de proteção facial em ambiente público.

### 13.6. DML

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



### 13.7. 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.

### 13.8. Copa

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

### 13.9. Recuperação Pós Anestésica (RPA)

Utilizada para paciente que saem do bloco cirúrgico e ainda estão sob 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 03 leitos, 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.

#### 13.9.1. Não conformidades

- Foi evidenciado profissional em horário de intervalo utilizando o leito que se destina ao paciente pós cirúrgico, pertences pessoais em uso no leito (mochila e enxovais), em desacordo com a Portaria Nº 2616 de 12 de maio de 1998 e RDC 36/2013.
- Foi evidenciado rasuras e ausência de conferencia no formulário de temperatura do ambiente, em desacordo com a RDC 63/2011.
- Sujidade (POEIRA) visível no desfibrilador e caixa de laringoscópio e lâminas sobre o carrinho de emergência, em desacordo com a Portaria Nº 2616 de 12 de maio de 1998.

### 13.10. FARMÁCIAS SATÉLITE – BLOCO CIRÚRGICO

**Fiscal Sanitário Responsável pela inspeção:** Lidiane Ferreira Almeida e Rosana Márcia de Oliveira

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 local conta com prateleiras e armários para organização dos medicamentos, soluções de grande volume e materiais médicos 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 colaboradores, 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 em pasta no computador, estes estavam atualizados, porém sem a assinatura de quem elaborou, aprovou e revisou. Segundo informado no momento da inspeção, os registros de treinamentos ficam arquivados no NEP da instituição.

#### **13.10.1 Não conformidades:**

- Não apresentou registro das manutenções preventivas dos equipamentos. Em desacordo com a RDC 44/04, Cap. VII, art. 88.
- Não possui POP contemplando plano de contingência, no caso de problemas com as câmaras de refrigeração. Em desacordo com a RDC 44/09, Cap. V, art.35, §5º.
- Os POP's estavam atualizados, porém não estavam validados, além de não estarem acessíveis na forma impressa para os colaboradores. Em desacordo com a RDC 44/04, Cap. VII, art. 87.

#### **13.11. SALAS CIRÚRGICAS**

##### **13.11.1. Sala Cirúrgica 1**

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

##### **13.11.2. 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.

##### **13.11.3. Sala Cirúrgica 3**

Sala utilizada para pequenos procedimentos. Possui mesa de apoio, área para maca/leito e equipamentos e materiais para pequenos procedimentos.

##### **13.11.4. 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,

### **13.12. 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 porém com sujidade aparente, 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.

### **13.13. 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.

### **13.14. 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,

### **13.15. Não conformidades**

- Área de escovação das mãos não possui torneira com acionamento automático, em desacordo com a RDC 50/02;
- Negatoscópio não possuem manutenção preventiva que garanta a luminância entre 3.000 a 3.500 nit, em desacordo com a Portaria 453/98;



- Negatoscópio apresentando ferrugem, em desacordo com a Lei 13.317/99 art. 97;

## 14. RADIOLOGIA

**Fiscal sanitário responsável pela inspeção:** Natália Cristina Guimarães Geara- Mat.283186

Serviço de Radiodiagnóstico por imagem (raio-X e Tomografia) intra-hospitalar de natureza pública, pertencente a Rede Hospitalar FHEMIG, localizada no Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo, cadastrado no CNES sob o nº 3698548. Possui Projeto Arquitetônico aprovado com Parecer Técnico nº 493/02 emitido pela DIEF/SVS/SES, porém não foram realizadas as adequações necessárias devido à falta de recursos financeiros.

Realiza os seguintes exames: Raio-X convencional e tomografia.

Atende somente SUS.

### 14.1. Não Conformidade:

- Área Física não condiz com o Projeto Arquitetônico aprovado contrariando a RDC 50/02;

### 14.2. CONTRATOS TERCEIRIZADOS:

- SERQUIP – Tratamento de Resíduos MG Ltda – Coleta, Transporte, Tratamento e Destinação Final dos resíduos de Serviços de Saúde das Unidades Assistenciais da Rede FHEMIG – contrato nº 9280344 – vigência 12 meses a partir da data da publicação.
- Medcenter Imagem Ltda – Prestação de Serviço de Ressonância Magnética – Contrato nº 9270946 – vigência 17/02/2022;
- Hospital São Francisco de Barbacena Ltda – EPP – Prestação de serviço de tomografia e anfiotomografia – contrato nº 9216906 – vigência 22/05/2021;
- Pró-Renal Centro de Nefrologia Ltda – Contratação de serviço de hemodiálise convencional e hemodiálise lenta e estendida, sistema portátil – contrato nº 9261557 – vigência 21/09/2021;
- Rad Serviços Especializados e Comércio Ltda. - Prestação e Serviço de assessoria, planejamento e execução permanente do programa de garantia da qualidade de imagens radiográficas e proteção radiológica – contrato nº 9216856 – vigência 08/05/2022;
- Centro Barbacenense de Assistência Médica e Social – Prestação de Serviço de exames de arteriografia cerebral – contrato nº 9270120 – vigência 25/01/2022;
- Sagra Landauer Serviço de Assessoria e Proteção Radiológica Ltda – Serviço de Dosimetria Industrial. Vencimento 22/07/22 , 2º Termo Aditivo contrato nº 9219588/19;
- X-Service Manutenção e Comércio de Equipamentos Médicos – Manutenção em Aparelho de Raio X marca VMI, modelo Compacto Plus 500- Patrimônio 21799148 – Pregão 12/17;
- Manutenção e Reparo de equipamento de Radiologia com Fluoroscopia – marca shimadzu – Patrimônio 19607237 – Inexigibilidade de licitação nº 60/13 Vigência 16/05/22
- Shimadzu do Brasil - Rx móvel da marca Shimadzu, Modelo Mux 10 contrato nº 9164689 – vigência 16/11/21;
- Arco cirúrgico e tomógrafo, contrato em fase de proposta;
- X-Service Manutenção e Comércio de Equipamentos Médicos Eireli – Manutenção



Preventiva e Corretiva em Aparelho de Raio X fixo marca VMI, modelo compacto plus 500, sem fornecimento de peças – contrato nº 9176538;

- Shimadzu do Brasil - Manutenção Preventiva e Corretiva em Aparelho de Raio X com fluoroscopia, sem fornecimento de peças, nº série 61597 – Patrimônio 19607237;
- Shimadzu do Brasil - Manutenção Preventiva e corretiva Rx marca Shimadzu contrato nº 9164689 – vigência 16/05/22;
- Contrato 01/2020 -Alienação de efluentes (revelador e fixador), resíduos (filmes) vigência 26/07/26;
- POP 008.1 SPMSST – Rotinas Gerais de Dosimetria data 0101/15 Revisão 08/01/18;
- POP 008.3 – Declaração de locais de rabalho com exposição radiação ionizante;
- POP - Modelo de Investigação de doses elevadas da Segurança do Trabalho – 02/04/18
- POP - Rotina de Acidente de Radiação Ionizante;
- POP Histórico de Controle de Indicação de doses (rotina)
- POP Auditoria Interna Segurança do Trbalho;
- POP Limpeza, desinfecção de vestimentas, EPIs e EPCs – revisão Medicina do Trabalho – 22/06/18;
- POP Preparo de Soluções Químicas para uso em processadora automática e Preparo de Químicos - revisão 04/01/21;
- POP Utilização da processadora automática e preparo dos químicos - revisão 04/01/21;
- POP incidências radiológicas - revisão 10/04/18;
- POP Procedimento de Trabalho para otimização da Proteção;
- POP Realização de exames para aopo diagnóstico - revisão 04/01/21

#### **14.3. DOCUMENTAÇÃO:**

- Convét Inset – Dedetização Cruz Miranda – realizado em 02/06/2021 com validade até 01/09/2021, referente ao Controle de Pragas e vetores;
- AACP Serviços Ambiental Eirelli ME – realizado em 24/05/2021 com validade de seis meses (24/11/2021)
- Serquip Tratamento de Resíduos – NF 21210000050052 de 06/08/2021 referente ao tratamento de resíduos hospitalares no período de 01/07/2021 a 31/07/2021
- Procedimentos Operacionais Padronizados

#### **Documento Elaboração**

#### **Data Referência/ Última atualização/ Status**

- SI SEC – 01 16/04/18 Estatística Geral 04/01/21 OK
- SI SEC – 02 16/04/18 Gerar relatório através do Webdesktop 04/01/21 OK
- SI SEC – 03 16/04/18 Verificação de exames pendentes 04/01/21 OK
- SI SEC – 04 07/06/18 Solicitação de materiais de secretaria no SIAD 04/01/21 OK
- SI SEC – 05 07/06/18 Solicitação de material para o setor material médico no SIAD 04/01/21 OK
- SI SEC – 06 20/04/18 Pedido de manutenção no SIGH 04/01/21 OK
- SI SEC – 07 03/05/18 Solicitação de transporte 04/01/21 OK



SI SEC – 08 28/06/18 Cadastrar paciente externo 04/01/21 OK  
SI SEC – 09 16/08/18 Separar exames de Raio-X para serem laudados 23/10/20 OK  
SI SEC – 10 16/08/18 Digitação de resultados do Raio-X 04/01/21 OK  
SI SEC – 11 16/08/18 Reduzir exames de ultrassom e cardiológicos 04/01/21 OK  
SI SEC – 12 16/08/18 Cancelar exames 04/01/21 OK  
SI SEC – 13 16/08/18 Entrega de laudos 23/10/20 OK  
SI SEC – 14 16/08/18 Agendamento de exames 23/10/20 OK  
SI SEC – 15 16/08/18 Arquivamento de exames e/ou pedidos 23/10/20 OK  
SI 01 07/01/13 Preparo e posicionamento para realização de exames de urografia excretora 28/10/20 OK  
SI 02 09/06/11 Realização de exames radiológicos 28/10/20 OK  
SI 03 09/02/12 Procedimentos de trabalho para otimização da Proteção Radiológica 04/01/21 OK  
SI 04 14/06/12 Realização de exames radiológicos em leitos hospitalares 04/01/21 OK  
SI 05 04/09/12 Uso de dosímetro individual 04/01/21 OK  
SI 06 03/02/14 Utilização da processadora automática e preparo de químicos 04/01/21 OK  
SI 07 01/07/14 Realização de raio-X ductos biliares 04/01/21 OK  
SI 08 10/04/18 Realização de cistografia 04/01/21 OK  
SI 09 10/04/18 Realização de Uretrocistografia Miccional 04/01/21 OK  
SI 10 07/01/13 Radiografias do esôfago, estômago e duodeno (Reed) e trânsito intestinal 28/10/20 OK  
SI 11 19/12/11 Incidências radiológicas mínimas 04/01/21 OK  
SI 12 22/06/18 Solicitação de soro fisiológico 04/01/21 OK  
SI 13 22/03/19 Atividades da enfermagem local em exames no leito 04/01/21 OK  
ECO/DOP- 01 07/03/19 Assistência de enfermagem na realização de ecocardiograma e doppler 04/01/21 OK  
ECO/DOP- 02 07/03/19 Realização de ecocardiograma e doppler 04/01/21 OK  
SI USG-01 07/03/19 Assistência de enfermagem no Ultrassom 04/01/21 OK  
SI USG-02 07/03/19 Realização de Ultrassom 04/01/21 OK  
SEC UADT -01 20/04/18 Pedido manutenção SIGH 04/01/21 OK  
SEC UADT -02 03/05/18 Solicitação de transporte 04/01/21 OK  
SEC UADT -04 07/06/18 Solicitação e materiais no SIAD 04/01/21 OK  
SEC UADT -04 A 20/04/18 Conferência e pagamento de faturas aos prestadores serviços terceirizados 21/10/20 OK  
SEC UADT -05 03/05/18 Solicitação de exames de broncoscopia 21/10/20 OK  
SEC UADT -06 02/01/16 lançamento de notas fiscais no siad e portal de compras 29/03/21 OK  
SEC UADT -07 24/02/16 Elaborar especificações de empenho no Portal de Compras 29/03/21 OK  
SEC UADT -08 05/06/19 Cadastro de médico para plantão estratégico 21/10/20 OK  
SEC UADT 09 29/03/21 Consulta de quotas e Documentos de Registro de prazo no portal de compras 29/03/21 OK  
SEC UADT 10 29/03/21 Consulta de saldo de empenho no Portal de Compras 29/03/21 OK  
SEC UADT 11 29/03/21 Fazer solicitação de compra no Portal de Compras 29/03/21 OK  
SEC UADT 12 29/03/21 Fazer Autorização de Fornecimento no Portal de Compras 29/03/21 OK

*Allyssa*  
*[Handwritten signatures]*



SEC UADT 13 29/03/21 Fazer Programação e Desprogramação orçamentária no Portal de Compras 29/03/21 OK

SEC UADT 14 29/03/21 Fazer reforço de empenho (contrato) no Portal de Compras 29/03/21 OK

SEC UADT 15 29/03/21 Consultar almoxarifado virtual na Intranet 29/03/21 OK

SEC UADT 16 29/03/21 Fazer anulação de empenho no Portal de Compras 29/03/21 OK

SEC UADT 17 29/03/21 Como consultar situações dos fornecedores 29/03/21 OK

POP TOMO- 01 03/05/18 Manuseio da bomba de infusão de contraste 03/05/18 OK

POP TOMO- 02 19/09/17 Realização de tomografia 28/10/20 OK

POP SEC TOMO 01 28/06/18 Arquivamento De DVDs/laudos/ Pedidos 28/06/18 OK

POP SEC TOMO 02 28/06/18 Entrega de laudo 28/06/18 OK

POP SEC TOMO 03 20/04/18 Pedido de manutenção no SIGH 20/04/18 OK

POP SEC TOMO 04 20/04/18 Solicitação de materiais no SIAD 20/04/18 OK

POP TOMO 05 28/06/18 Alimentar planilha com exames e laudos realizados 28/06/18 OK

POP TOMO 06 28/06/18 Cadastrar paciente externo 28/06/18 OK

POP TOMO 07 28/06/18 Agendamento de exames 28/06/18 OK

POP TOMO 07 28/06/18 Realização de Estatística mensal 28/06/18 OK

POP ENDO- 05 07/03/19 Encaminhamento de material para anátomo patológico 07/03/19 OK

POP ENDO- 06 12/03/19 Encaminhamento de pinça de endoscopia/colonoscopia para desinfecção 12/03/19 OK

POP ENDO- 07 01/11/17 Limpeza e desinfecção de aparelhos endoscópios 11/03/19 OK

- Fichas de informação de segurança de produtos químicos – FISPQ;
  - Registro de formação e qualificação dos funcionários, arquivado no Setor de Recursos Humanos.
  - Cartão atualizado de vacina dos funcionários, arquivado no Serviço de Medicina do Trabalho;
  - Organograma;
  - PCMSO e PPRA;
  - Registros atualizados de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos;
  - Formulário de entrega de EPI;
  - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – contrato e licença de Operação da firma especializada para destinação final dos resíduos;
  - Mapa de Risco dos setores;
  - Plano de Gerenciamento de Tecnologias;
  - Relatórios de Levantamento Radiométrico
- RX fixo VMI – Compacto Plus 500 – Patrimônio 21799148 – 02/08/19 – vigência 02/08/23;
- RX fixo SHIMADZU – ysf 120 – Patrimônio 19607237;
- RX móvel SHIMADZU – MUX 10 (CTI) – Patrimônio 19607261 – 02/08/19 – vigência 02/0/23
- RX móvel SHIMADZU – Mobileart – ECO- CM/CC – Patrimônio 56275013 – 02/08/19 vigência 02/08/23;
- RX móvel SHIMADZU – Mobileart – ECO- UUE – Patrimônio 6275005 – 02/08/19 vigência 02/08/23;
- Tomógrafo – Siemens – Somation – Emotion 16 – Patrimônio 56257600 – 02/08/19 vigência 02/08/23;



- Arco Cirúrgico – GE – Brivo – OEC 850 – Patrimônio 53239148 – 02/08/19 vigência 02/08/23;
- Arco Cirúrgico – Siemens – Multimobil SC – Patrimônio 21083410 – 02/08/19 vigência 02/08/23;
- EPIs: Possui todos os EPIs necessários.
- Registro de Treinamento de colaboradores: Radioproteção – videoconferência – data 20 e 21/07/21 com carga horário de duas horas e tendo como palestrante Bruno Alvs B. Vieira – Setores: RX e Bloco Cirúrgico, contendo todas as assinaturas;
- Programa de Proteção Radiológica 2021 contendo os POPs pertinentes;
- Certidão de Responsabilidade Técnica expedida pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais - Dr. Wesley da Cruz Soares – CRMMG 6394, com validade até 17/08/22.

#### 14.4. ORGANIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DOCUMENTAL:

O estabelecimento possui profissional legalmente habilitado como Responsável Técnico, já qualificado acima. Possui licença sanitária desatualizada visível ao público, no entanto sua renovação já foi solicitada junto aos órgãos competentes. Possui recursos necessários para o desempenho adequado de suas funções. As atribuições dos profissionais estão definidas no Manual de Cargos e atribuições da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Possui instruções escritas das rotinas técnicas implantadas. O estabelecimento possui Plano de Gerenciamento de Tecnologias, que foi elaborado recentemente, abordando equipamentos e está se organizando para a implantação do mesmo. Após essa primeira fase de implantação, demais tecnologias serão inseridas no documento retromencionado e posteriormente implantadas. O referido plano será gerenciado após sua efetiva implantação. Toda documentação fica arquivada no estabelecimento pelo período de cinco anos: Projeto arquitetônico, Memorial Descritivo, inventário dos produtos sujeito ao regime de controle da Vigilância Sanitária.

#### 14.5. RECURSOS HUMANOS

Possui vinte técnicos de enfermagem, dezenove médicos ortopedistas, dez médicos anesthesiologistas, um médico cirurgião geral, 01 enfermeiro e um supervisor de proteção radiológica. Profissionais do setor de limpeza são contratados por firma terceirizada. Os registros de formação profissional encontram-se no Setor de Recursos Humanos. Programa de vacinação dos funcionários, comprovantes de imunização, Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional e registros de Acidentes de Trabalho ficam no Setor de Medicina do Trabalho da Instituição. Possui Instruções Escritas para Notificação de acidentes de trabalho (CAT). Existência de Controle da qualidade da água com laudo emitido pela Gestão e Tecnologia de Alimentos emitido em 22/04/2021.

#### 14.6. DAS ROTINAS E PROCEDIMENTOS

O serviço possui normas e rotinas atualizadas dos procedimentos realizados e disponível de fácil acesso para os colaboradores. Toda a equipe conhece e executa suas atividades conforme os procedimentos. Não realiza atendimento para pacientes externos, somente pacientes internados no hospital; portanto caso seja necessário a presença de acompanhantes no procedimento o técnico de enfermagem acompanha o paciente. Existência de carro de emergência próprio do hospital e localizado



na sala de tomografia. Procedimentos realizados por solicitação médica. Possui Programa da Garantia da Qualidade implementado. Equipe orientada sobre os riscos associados aos processos de trabalho e da sua responsabilidade com pacientes. A equipe informa ao Responsável legal ou técnico qualquer evento que possa resultar em alteração nos níveis de doses ou eventos adversos.

#### **14.7. PROGRAMA DA GARANTIA DA QUALIDADE:**

Possui Programa da Garantia da Qualidade que contempla o Gerenciamento de Tecnologias. Todos os produtos sujeito ao controle sanitário estão regularizados na ANVISA e sendo utilizados para os fins que se destinam. O Gerenciamento de Tecnologias está em fase de implantação. O serviço estabelece e possui padrões da qualidade da imagem, garantindo sua manutenção e assegurando que os equipamentos sejam operados nas condições de uso estabelecidos nas legislações em vigor e nas especificações do fabricante. Possui testes de aceitação e constância conforme legislação em vigor. Os instrumentos utilizados na avaliação dos equipamentos estão calibrados. Possui Programa de Proteção Radiológica contemplando medidas de prevenção, controle, vigilância e monitoramento para garantir a segurança e qualidade dos procedimentos. Para mulheres grávidas, a gravidez é notificada ao Responsável Legal ou Técnico e suas condições de trabalho são revistas. No serviço não há colaboradores com idade inferior a dezoito anos. Possui mecanismos de avaliação contínua das condições de trabalho sob aspectos radiológicos. Medidas de Controle: implementação do Programa da Garantia da Qualidade, normas, rotinas e procedimentos operacionais, utilização de equipamentos de proteção individual e coletiva.

O quantitativo de equipamentos de proteção individual com atenuação de chumbo durante os procedimentos é suficiente para os colaboradores. O serviço garante que procedimentos radiológicos no leito com equipamento móvel, sejam realizados com segurança e somente quando forem imprescindíveis e adotando medidas que demais pacientes não sejam atingidos pela radiação. A sala onde se encontra os equipamentos possuem blindagem com pelo menos 0,25mm de chumbo. Possui medidas para aprimoramento constante de gerenciamento de risco, uso de tecnologias e processos de trabalho. Possui Comitê de Gerenciamento de Riscos, uso de tecnologias e processos de trabalho recentemente, não tendo nenhuma reunião ainda.

#### **14.8. PROGRAMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Possui Núcleo de Segurança do Paciente. Os protocolos básicos de segurança do paciente: Higienização das mãos, Identificação do Paciente, Prevenção de quedas, Prevenção de Lesão por Pressão e Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos foram implantados no Hospital Regional de Barbacena em consonância com a legislação vigente. As estratégias institucionais para implementação e monitoramento dos indicadores dos referidos protocolos são realizadas pelo NSP, Comissão Local de Protocolos Clínicos, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e equipe de farmacêuticos, com apoio de todas as áreas envolvidas. A discussão e avaliação de eficácia acontecem nas reuniões do Núcleo de Segurança do Paciente e comissões pertinentes. Utiliza as seguintes ferramentas de gestão: 05 “por quês” e Análise da Causa Raiz. Possui fluxograma de notificação.

##### **14.8.1. Não conformidade:**

- Citação na referência bibliográfica da RDC 67/09, sendo aplicável aos detentores de registro





de Produtos para a Saúde e não para Serviços de Saúde.

#### **14.9. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE**

Possui Núcleo de Ensino e Pesquisa que é o responsável pela capacitação dos servidores, e são disponibilizados os registros. As capacitações são registradas contendo data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos. Possui capacitação inicial e periódica com frequência anual. Foi realizada capacitação da RDC 330/19 pela empresa PRO-RAD no dia 03/08/2021.

#### **14.10. CONTROLE OCUPACIONAL E DOSIMETRIA**

Os trabalhadores são avaliados periodicamente em relação à saúde ocupacional. Indivíduo ocupacionalmente exposto utiliza dosímetro durante sua jornada de trabalho e somente no estabelecimento que adquiriu o instrumento de proteção radiológica, sendo trocado mensalmente.

Quando o dosímetro não está em uso fica em quadro na área administrativa, juntamente com o dosímetro padrão. As exposições dos trabalhadores e indivíduos públicos não excedem os limites preconizados por lei. Ainda não houve exposição de trabalhadores acima do permitido por lei, motivo pelo qual não foi necessária investigação e medidas corretivas. Os limites de doses anual para pele e extremidades estão dentro dos limites previsto na legislação. Os trabalhadores são assistidos pelo Serviço Médico de Saúde Ocupacional do hospital, sendo mantido registros de exames médicos e comprovação de imunização.

#### **14.11 GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE**

Possui Plano de Gerenciamento de Resíduos em conformidade com a RDC 222/18 e estando implantado. Os resíduos são corretamente segregados conforme grupo de classificação. Os resíduos líquidos são acondicionados em recipientes de material compatível com o produto armazenado. Possui medidas preventivas para controle de pragas vetores, bem como aplicação de produtos químicos para prevenção e controle. Apresentou cópia do contrato de prestação e serviço com a empresa Serquip Tratamento de resíduos, licenças ambientais e certificado de tratamento e disposição ambiental de resíduos atualizada. Possui armazenamento externo de resíduos de acordo com as especificações contidas na legislação vigente, ponto de água e boa iluminação. As classes dos resíduos são identificadas conforme seu grupo. Apresentou documento comprobatório de venda dos resíduos destinados à recuperação, reciclagem e logística reversa.

#### **14.12. INFRA-ESTRUTURA FÍSICA:**

Possui Projeto Arquitetônico aprovado pela DIEF/SVS/SES, com Parecer Técnico nº 493/02. Os pisos, parede e tetos são dotados de acabamentos lisos e laváveis, no entanto não estão todos em bom estado de conservação. Iluminação e ventilação adequados. Possui janelas teladas. A rede hidráulica e elétrica estão aparentemente em bom estado de conservação. Os reservatórios de Água são limpos na periodicidade conforme registros. Possui condições de acesso para portadores de necessidades especiais na porta do Pronto Atendimento, conforme NBR 9050. Possui extintor de incêndio. Possui área



administrativa, porém subdimensionada. As áreas estão classificadas como controladas, possuindo sinalização, barreiras físicas e controle de acesso. Existência de duas salas para procedimentos radiológico possuindo um equipamento em cada. Salas com sinalização luminosa vermelha, posicionada nas portas de acesso e acionada durante os procedimentos. Possui todos os cartazes de orientações para proteção radiológica preconizados pela legislação com símbolo de radiação. Nas salas possuem cartazes de orientação sobre o uso de vestimenta para proteção radiológica. Possui cartaz de aviso sobre a proibição de acompanhantes durante os procedimentos, sendo permitido somente quando for estritamente necessário. Há avisos sobre a permissão de permanecer somente um paciente por vez e instrução para os casos de mulheres grávidas ou com suspeita de gravidez.

#### **14.12.1. Não Conformidades:**

- A edificação existente não está em conformidade com o Projeto Arquitetônico aprovado.
- Os ambientes não estão classificados como áreas livres, contrariando o art. 50. inciso II da RDC 330/19.
- Acabamentos de pisos e paredes não estão em bom estado de conservação, contrariando a RDC 50/02.
- Inexistência de sanitários/vestiários adequados e individualizados por sexo, contrariando a RDC 50/02;
- Não possui local adequado para guarda de pertences de funcionários, contrariando a RDC 50/02;
- Inexistência de Depósito de Material de Limpeza, contrariando a RDC 50/02;

#### **14.13. LEVANTAMENTO RADIOMÉTRICO**

Medidas de vigilância e monitoramento em proteção radiológica contemplam verificação da adequação dos níveis de exposição aos limites toleráveis e monitoração dos indivíduos ocupacionalmente expostos. Os assentamentos incluem croquis da instalação e vizinhanças, com leiaute apresentando o equipamento de raio-X e painel de controle. Incluem também a identificação do aparelho de raio-X, tubo, indicando fabricante, modelo, número e série. Possuem laudos com indicação dos instrumentos utilizados e calibração. Os assentamentos incluem leituras realizadas em pontos dentro e fora da área controlada, conclusão e recomendações. Os laudos radiométricos e de constância possuem data, identificação, qualificação profissional e assinatura do responsável pela emissão dos laudos. Todos os laudos estão dentro do prazo de validade.

#### **14.14. TELERADIOLOGIA**

Terceirizada pela empresa Maislaudo Telemedicina.

#### **14.15. SERVIÇO DE RADIOLOGIA CONVENCIONAL**

Equipamento possui todos os parâmetros operacionais, com sinal luminoso e sonoro localizado no painel de controle. Possui protocolo de técnicas radiográficas (tabela de exposição), indicação dos parâmetros básicos, mesa bucky ou bucky mural com grade anti-difusora. Equipamento móvel com cabo disparador de no mínimo 2 metros. Realiza os seguintes testes: exatidão do indicador de campo luminoso, alinhamento do eixo central, alinhamento de grade, integridade dos chassis e cassetes, valores representativos, teste de doses, exatidão do indicador de tensão do tubo, exatidão do tempo de exposição, reprodutividade do tempo de exposição, teste de reprodutividade do kerma no ar,



reprodutividade do controle automático de reprodução, camada semi-redutora, rendimento do tubo, contato tela filme, artefatos de imagem, vedação da câmara escura, uniformidade de imagem, luminância do monitor e negatoscópio, integridade dos acessórios e equipamentos de proteção individual, qualidade da imagem, levantamento radiométrico e radiação de fuga.

#### **14.16. EQUIPAMENTOS CONVENCIONAL MÓVEIS**

Possuem procedimentos para uso de equipamentos móveis em ambientes coletivos de internação e são utilizados quando não for possível a transferência do paciente ao serviço de radiologia, sendo protegidos da radiação espalhada por barreira protetora. O serviço realiza todos os testes preconizados por lei no equipamento móvel conforme descrito na RDC 330/19.

#### **14.17. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**

O serviço realiza os seguintes testes: exatidão do número, uniformidade, ruído, valores representativos de doses, resolução espacial, espessura de corte, exatidão do indicador, deslocamento da mesa, exatidão do indicador de posicionamento da mesa, luminância do monitor para diagnóstico ou laudo, luminância do negatoscópio, luminância da sala de laudos, integridade dos acessórios e equipamentos de proteção individual, verificação de ausência de artefatos na imagem, exatidão do indicador de doses e levantamento radiométricos.

### **15. SERVIÇO DE MANUTENÇÃO**

**Fiscal sanitário responsável pela inspeção:** Silvio Carlos Souza de Oliveira, fiscal sanitário, mat. 28.577.

#### **15.1. 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.

#### **15.2. 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.

#### **15.3. Sala Administrativa**

Possui sala administrativa e para atendimento.

#### **15.4. 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.

#### **15.5. 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, os mesmos possuem uniformes, botas de borracha e jalecos para locais que os necessitem.

#### **16. ALMOXARIFADO**

**Fiscal sanitário responsável pela inspeção:** Silvio Carlos Souza de Oliveira, fiscal sanitário, mat. 28.577.

##### **16.1. Estrutura**

Área física com condições de segurança. A área está bem localizada, dividida em recepção, inspeção, registro e distribuição. Possui área adequada para a armazenagem e não possui acesso externo coberto para descarga de suprimentos.

##### **16.2. Mobiliário e outros elementos**

Constituídos de material de fácil limpeza e desinfecção. As prateleiras e estantes são de material de fácil higienização. Os armários são fechados e íntegros, há também na área estrados para armazenamento de material recém-chegado.

##### **16.3. Condições de conservação do ambiente e segurança**

As paredes o piso e o teto são de fácil limpeza e higienização, não existe na área ralo com tampa escamoteável, a ventilação do local é natural, o local está de acordo com as condições de segurança contra incêndio, conforme a RDC nº50/02.

##### **16.4. Recursos Humanos**

Possui chefia com capacitação em serviço e escala. Possui seis funcionários neste setor.

#### **17. SERVIÇO DE ARQUIVAMENTO MÉDICO ESPECIALIZADO (SAME)**

**Fiscal sanitário responsável pela inspeção:** Silvio Carlos Souza de Oliveira, fiscal sanitário, mat. 28.577.

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 2015 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 600 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.

## 18. Necrotério

**Fiscal sanitário responsável pela inspeção:** Silvio Carlos Souza de Oliveira, fiscal sanitário, mat. 28.577.

Espaço destinado a guarda de corpo, até a retirada pela funerária. Possui livro de registro de entrada e saída do corpo com identificação do funcionário responsável pelo transporte do corpo ao necrotério, nome da funerária e nome do responsável pela retirada do corpo.

A chave do ambiente encontra-se na portaria do Pronto Atendimento, sendo liberada mediante formulário preenchido pelo setor onde o corpo estava internado, e funerária com autorização da família. Localizada no final do corredor do radiodiagnostico, possui entrada pelo corredor e saída pela lateral do prédio.

Possui macas, em bom estado de conservação, sem colchonete, pia para higienização das mãos e bancada, almotolia álcool, lixeira para resíduo contaminado, hamper.

### 18.1. Não conformidades

- Não possui suporte com papel toalha e sabonete líquido para higienização das mãos, em desacordo com a Lei 13.317/99 art. 87;
- Lixeira sem tampa e pedal em desacordo com a RDC 306/2004 anexo Cap. III item 1.2;

## 19. NUCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

**Fiscal Sanitário responsável pela inspeção:** Luana Helena Cimino de Abreu.

Programa de Segurança do paciente elaborado com a colaboração do hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo, vigente a 5ª edição, elaborada em 2021. Possui cronograma com as atividades propostas, conceitos, condutas em casos de ocorrências de evento adverso, análise de eventos adversos.

O Plano de segurança do paciente que foi aprovado por Wander Lopes da Silva, apresenta assinatura em todas as folhas, como também a informação de quem elaborou com todos os membros do Núcleo de Segurança do Paciente, e revisado pela coordenadora do núcleo a Enfermeira Dilene Andreia Dias Rosa COREN – MG- 227120.

Sua última reunião constada em ata foi dia 26/08/2021 onde relata sobre temas de protocolos de segurança. Fornecem também capacitação e treinamento introdutório, como treinamento para os servidores anualmente, que atualmente está sendo realizado de forma presencial com número



reduzido de pessoas, mensal 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 com tabelas de monitoramento semanal de identificação do paciente (Código PRS NSP – 001 – última revisão – 18/12/2020 e 006- última revisão 21/06/2021), prevenção de queda do paciente (Código PRS NSP – 002 – última revisão – 10/04/2021), Contenção física (Código PRS NSP – 003 – última revisão – 18/06/2021), notificação de evento adverso (Código PRS NSP – 004 – última revisão – 10/04/2021), Análise Gerenciamento de Evento Adverso (Código PRS NSP – 005 – última revisão – 10/04/2021), Prescrição e administração segura de medicamentos (Código PRS NSP – 007 – última revisão – 04/10/2020),. Possuem em média 70 notificações por mês, as mesmas são classificadas adequadamente, e o setor que mais notifica é a Clínica Medica (por lesão).

O hospital possui 70 leitos, sendo destes 10 de CTI, 21 de Clínica cirúrgica e 44 de clinica medica. 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 mantém as notificações disponíveis às autoridades sanitárias. O plano de segurança do paciente está disponível para todos os profissionais da instituição no servidor de arquivo juntamente com os POPS (Código PRS NSP – 008 – última revisão – 21/06/2021).

Foi relatado que para o plano de melhoria contínua é realizado visita aos setores onde se passa as orientações para diminuir as notificações do que mais notifica nos mesmos, onde também e passado para os servidores os indicadores gerais das notificações, foi relatado que a documentação que comprova estas visitas encontra se arquivadas no NEP.

Coordenadora do núcleo de segurança do paciente Enfermeira Dilene Andreia Dias Rosa COREN – MG- 227120. O regimento interno com data 19/07/2021 assinado pelo diretor do hospital Wander Lopes da Silva, gerente assistencial Taina Michele da Costa e a coordenadora do núcleo Dilene Andreia Dias Rosa. A ata de nomeação que na instituição é realizada por forma de Boletim de Normas e Ocorrências e o mesmo é publicado, com a nomeação da comissão do NSP com data de 08/09/2020 (BNO nº 14).

### 19.1. 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.

## 20. FARMÁCIA HOSPITALAR

**Fiscais sanitários responsáveis pela inspeção:** Lidiane Ferreira Almeida e Rosana Márcia de Oliveira.



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. Possui áreas adaptadas com alguns problemas estruturais como janelas sem telas, paredes mofadas e fiações expostas.

## 20.1 Recursos Humanos

Possui estrutura organizacional e pessoal suficiente para o desenvolvimento das atividades desenvolvidas possuindo um total de 42 funcionários de nível médio e técnico, além de 7 farmacêuticos de 40 horas e 1 farmacêutico de 20 horas, sendo que no momento da inspeção havia uma farmacêutica de licença. Há também 01 enfermeiro responsável pelo setor de material médico dentro da CAF. Durante a inspeção os farmacêuticos se encontravam presentes, porém nem todos estavam uniformizados e identificados. Já os funcionários estavam uniformizados com jalecos, estando estes limpos e em boas condições de uso no momento da inspeção.

Possui um farmacêutico como membro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, um Farmacêutico presidente da Comissão de Farmácia Terapêutica e um farmacêutico membro do núcleo de segurança do paciente. O estabelecimento possui organograma definido de cargos e funções e escala de funcionários em local visível em todas as unidades.

Foram apresentados alguns registros de treinamento de funcionários realizados em cada setor, porém devido a Pandemia da Covid-19, os treinamentos foram realizados em número menor e/ou realizados apenas com os funcionários de cada plantão para se evitar aglomerações.

É respeitada a proibição de entrada de pessoas estranhas ao setor.

## 20.2. Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)

**Fiscal sanitário responsável pela inspeção:** Lidiane Ferreira Almeida e Rosana Márcia de Oliveira.

Possui uma central de abastecimento farmacêutico (CAF) que funciona de segunda a sexta, 12 horas diárias, onde os medicamentos, soluções de grande volume, produtos e insumos para o laboratório interno de análises clínicas e materiais médico-hospitalares ficam armazenados em salas individualizadas, dispostos de maneira organizada. A sala onde os medicamentos ficam armazenados possui sistema de ar-condicionado, já as demais salas possuem iluminação e ventilação (natural) adequadas e são dotadas de dispositivo para monitoramento da temperatura do ambiente e das câmaras de refrigeração e freezers, possuindo os registros das mesmas.

Durante a inspeção foi visualizado que a sala para o armazenamento dos medicamentos é adequada e possui superfícies lisas, impermeáveis, de cores claras e de fácil higienização. A mesma é dotado de prateleiras, palhetes e armários com chave para acondicionamento correto dos medicamentos sujeitos ao controle especial e demais medicamentos.

Neste mesmo local há uma área (pequena sala) adaptada para a realização do fracionamento de comprimidos, cápsulas e ampolas. Possui uma máquina que realiza este processo além dos colaboradores e da farmacêutica responsável. A rastreabilidade dos medicamentos é garantida através de etiqueta com código de barras impressa via sistema SIG e colada nos medicamentos fracionados. A etiqueta 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.

Durante o fracionamento, a farmacêutica responsável informou que os colaboradores fazem uso dos EPI's necessários. Realiza o controle dos medicamentos que são fracionados através de planilha contendo os dados do medicamento, a quantidade e quem foi o responsável pelo fracionamento. Após esta etapa os medicamentos são conferidos e armazenados nas prateleiras de acordo com a data de validade seguindo o sistema PVPS. Foi informado também que duas vezes por semana (terça-feira e sábado) os medicamento sujeitos ao controle especial são conferidos quanto ao lote, validade e quantidade e que mensalmente é realizado a contagem de todos os medicamentos da CAF.

Os medicamentos e materiais médico-hospitalares são distribuídos para as farmácias satélites através do documento de requisição via sistema SIGH de acordo com a demanda de cada unidade.

Possui sala exclusiva para as atividades administrativas e guarda de documentos. Durante a inspeção a farmacêutica RT apresentou os POP's solicitados do setor atualizados, porém os mesmos não continha assinatura dos responsáveis pela elaboração. A instituição possui padronização de medicamentos e Certidão de Regularidade emitida pelo Conselho Regional de Farmácia –MG, válida até 14/06/ 2022, com responsabilidade técnica para Flávia Costa de Moraes.

O local conta com dois banheiros um feminino e outro masculino para uso dos colaboradores, estando estes no momento da inspeção devidamente equipados com papel toalha, sabonete líquido, álcool em gel e lixeira com tampa e acionamento por pedal.

#### **20.2.1. Não conformidades:**

- Presença de mofo, infiltração e umidade nas paredes/teto dos corredores onde estão armazenados medicamentos e alguns materiais médicos - hospitalares; RDC50/02 e RDC 44/09, Cap. III, art.6°.
- Possui algumas janelas sem telas ou com telagem inadequada. Em desacordo com a RDC 44/09, Cap. III, art.6°.
- Uso de alguns paletes de madeira. Em desacordo com a RDC 44/09.
- Não apresentou os registros das manutenções preventivas dos equipamentos. Em desacordo com a RDC 44/04, Cap. VII, art. 88.
- Não possui POP contemplando plano de contingencia, no caso de problemas com as câmaras de refrigeração. Em desacordo com a RDC 44/09, Cap. V, art.35, §5°.
- Os POP's estavam atualizados, porém não estavam validados, além de não estarem acessíveis na forma impressa para os colaboradores. Em desacordo com a RDC 44/04, Cap. VII, art. 87.

#### **20.3 Farmácia da Internação:**

**Fiscais sanitários responsáveis pela inspeção:** Lidiane Ferreira Almeida e Rosana Márcia de Oliveira.

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 adaptada, com iluminação e ventilação adequadas para o desenvolvimento das atividades. As janelas possuem telas para evitar a entrada de aves, insetos, roedores e outros animais. A área física possui pisos, paredes e teto, 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 lixeiras com tampa e pedal e caixa rígida e resistente a punctura para o descarte de materiais perfurocortantes.

Apresentou os POP's para o setor devidamente atualizados e revisados em 2021 e disponíveis aos funcionários em pasta disponível nos computadores do setor. Possui livro de ordens e ocorrências, padronização revisada e atualizada de medicamentos, germicidas e produtos para a saúde, organograma definido de cargos e funções. O PGRSS utilizado pelas farmácias satélites é o mesmo geral da instituição hospitalar.

Possui também controle do estoque através do sistema SIGH (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 contados duas vezes ao dia, manhã e noite, a fim de verificar possíveis erros de dispensação destes, sendo apresentado os registros. Já os medicamentos à base de antimicrobianos são conferidos apenas uma vez por mês. 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 contendo termo de abertura e encerramento devidamente assinado pelas farmacêuticas.

O local conta com dois banheiros, sendo um feminino e outro masculino para uso dos colaboradores, estando estes no momento da inspeção devidamente equipados com papel toalha, sabonete líquido, álcool em gel e lixeira com tampa e acionamento por pedal. Possui também de frente ao banheiro feminino um quarto de descanso para os colaboradores do plantão noturno, provido de duas camas com colchões e prateleiras para guarda pertences.

### 20.3.1. Não conformidades

- Não apresentou registro das manutenções preventivas dos equipamentos. Em desacordo com a RDC 44/04, Cap. VII, art. 88.
- Não possui POP contemplando plano de contingência, no caso de problemas com as câmaras de refrigeração. Em desacordo com a RDC 44/09, Cap. V, art.35, §5º.
- Os POP's estavam atualizados, porém não estavam validados, além de não estarem acessíveis na forma impressa para os colaboradores. Em desacordo com a RDC 44/04, Cap. VII, art. 87.

### 20.3.2. Dispensação

A farmácia satélite possui área específica e apropriada para a dispensação de medicamentos, as prescrições são conferidas pelos farmacêuticos, 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 SIGH, além de confeccionar as tiras com os medicamentos e matérias de cada horário prescrito. O sistema de dispensação utilizado é o individualizado por horário e o misto (para os medicamentos de uso coletivo). As prescrições possuem validade de 24 horas e são entregues à farmácia pelos colaboradores do setor de enfermagem. 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 ao controle especial são mantidos em armários com chave, sob a responsabilidade dos farmacêuticos. O controle de estoque destes medicamentos é realizado por contagem em duas vezes ao dia, caso seja encontrada qualquer divergência entre o estoque físico e o do sistema, é verificada as prescrições, bem como os lançamentos realizados no sistema, afim de solucionar a divergência encontrada.

Os medicamentos à base de antimicrobianos são dispensados através de formulário eletrônico no sistema SIGH emitido pelo médico e pela CCIH. E estes também podem ser conferidos por relatórios retirados do sistema, onde pode ser verificado pelo farmacêutico, os dados necessários para a dispensação segura destes medicamentos.

Caso o medicamento tenha sido suspenso ou substituído, o sistema SIGH não deixa que o medicamento errado seja lançado para o paciente, sendo uma forma de se evitar um possível erro de dispensação.

Os colaboradores do setor de enfermagem, são responsáveis por retirar os medicamentos no balcão da farmácia. Como é também responsabilidade deles a conferência da tira de medicamentos, caso haja algum erro de medicamento, mesma deverá retornar a farmácia trazendo a tira lacrada.

### **20.3.3. Carrinhos de emergência:**

Mensalmente um colaborador das farmácias satélites fica responsável pela conferência dos materiais e medicamentos dos carrinhos de emergência e maletas de transporte localizados nos setores do hospital.

Os carrinhos e maletas ficam devidamente lacrados e todas as vezes que são abertos os materiais e medicamentos são repostos através do lançamento destes, via prescrição médica, no registro do paciente no sistema. Cada farmácia satélite fica responsável pela conferência de determinada quantidade de carrinhos e maletas, sendo apresentado o registro destas conferências.

Na conferência, além de verificar a quantidade, também é observado o número do lote e a validade dos medicamentos e materiais. Sendo encontradas validades mais próximas, estas são trocadas por outras mais longas, afim de se evitar o uso de medicamentos vencidos e/ou remanejá-los para se evitar possíveis perdas.



## 21. UNIDADES DE INTERNAÇÃO

**21.1. Primeiro Posto (Clínica Médica)** -Coordenadora de enfermagem: Nathália Gonçalves Lemos Pompanelli Coren: MG-268808

**Fiscal sanitário responsável pela inspeção:** Natália Cristina Guimarães Geara. Mat.283186

Atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Possui 44 leitos divididos em 23 leitos masculinos e 21 leitos femininos 2 quartos para isolamento. Possui também descanso enfermagem, descanso médico, posto de enfermagem, expurgo, DML, rouparia. Há bebedouro na área de circulação com o orifício de injeção d'água para uso sem copo encontra-se isolado devido Pandemia.

Enfermarias: possuem leitos com grade, mesas de apoio, cadeira para acompanhantes 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 leitos possuem bomba de infusão de medicações em uso, suporte para soroterapia, piso e paredes laváveis, iluminação e ventilação inadequadas 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.

### 21.1.1. Não conformidades:

- Alguns sem a presença de ar comprimido e vácuo, em desacordo coma RDC 50/2002.
- Paredes danificadas, tomadas expostas, em desacordo com a RDC50/02;
- Alguns locais com tomadas sem espelho, em desacordo com a RDC50/02.
- Suporte para papel toalha quebrado/ou danificado em desacordo com a lei 13.317/99.
- Suporte para sabonete líquido quebrado, em desacordo com a lei 13.317/99.
- Suporte para álcool quebrado, em desacordo com a RDC 63/11.
- Cadeira de acompanhante com estofado rasgado impossibilitando limpeza, em desacordo com a RDC63/11, Art.56.
- Lixeira para lixo comum ou infectante sem identificação e segregação incorreta dos resíduos, em desacordo coma RDC 222/2018.
- Alguns sanitários com vasos sem tampa, em desacordo com a RDC 222/2018.

### 21.2. 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.

### 21.3. Descanso enfermagem



O quarto de descanso possui 06 beliches (feminino) e 03 beliches e mais duas camas (masculino) com colchão impermeável, geladeira, mesa com bancos em madeira, piso e parede laváveis, boa iluminação. Os sanitários possuem alguns vasos completos, pia com papel toalha em suporte fechado, sabão líquido, lixeira com tampa acionada por pedal, chuveiro com barra de apoio. Armários em inox com presença de ferrugem. Nos box para higienização corporal dos sanitários femininos havia toalhas em tecido penduradas e chinelos espalhados. Na parte de cima, externa, dos armários cobertores e roupas pessoais dos funcionários em caixas de papelão, dentro de sacos plásticos. Local desorganizado. Lixeira para resíduo comum adaptada em caixa de papelão e saco plástico, ao chão (sanitário feminino), espelhos quebrados sobre a pia de mármore. No box masculino para higienização corporal havia lâminas de barbear penduradas

#### **21.3.1. Não conformidades:**

- Lixeira inapropriada e sem identificação, em desacordo com a RDC 222/18;
- Armários com presença de ferrugem, em desacordo com a RDC 50/02;
- Ambiente desorganizado, armazenagem incorreta de pertences pessoais, em desacordo com a RDC 63/11.
- Ralo não sifonado, em desacordo com a RDC 50/02.

#### **21.4. Descanso Médico**

Possui 08 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.

#### **21.5. Posto de Enfermagem**

Possui armários, nichos para guarda de prontuários devidamente identificados, cadeiras, bancada com pia, dispensadores com papel toalha, sabão líquido, lixeira identificada. Carrinho de emergência com desfibrilador, monitor, tábua de compressão torácica, check list, medicamentos, insumos, sala de prontuários, sala de equipamentos, 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

#### **21.6. Expurgo**

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

#### **21.6.1. Não conformidade:**

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

#### **21.7. DML**

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



### 21.7.1. Não conformidade:

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

### 21.8. Rouparia

Armário com prateleiras impermeáveis.

## 22. CLÍNICA CIRÚRGICA

**Coordenadora de enfermagem:** Nathália Gonçalves Lemos Pompanelli Coren: MG-268808

Atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Possui 21 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. Pinturas danificadas, janelas com vidros quebrados e algumas janelas não possuem vidros.

### 22.1. Não conformidades:

- Paredes danificadas em desacordo com a RDC50/02;
- Suporte para papel toalha quebrado/ou danificada, em desacordo com a lei 13.317/99.
- Suporte para sabonete líquido quebrado, em desacordo com a lei 13.317/99.
- Cadeira de acompanhante com estofado rasgado impossibilitando limpeza, em desacordo com a RDC 63/11, Art.56.
- Inexistência de pontos de ar comprimido e vácuo. Em desacordo com a RDC 50/02.

### 22.2. 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.

### 22.2.1. Não conformidades:

- Desfibrilador com sujeira aparente (poeira), em desacordo com a RDC 63/11;
- Almotolias sem datas de validade, em desacordo com a RDC 15/12.

### 22.3. Expurgo

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



#### 22.4. Não conformidade:

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

#### 22.5. DML

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

##### 22.5.1. Não conformidade:

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

#### 22.6. Rouparia

Armário com prateleiras impermeáveis.

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

**Coordenador de enfermagem:** Rafael Carvalho Loschi- Coren- MG 240781.

**Fiscal sanitário responsável pela inspeção:** Natália Cristina Guimarães Geara. Mat. 283186

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 Hemorrágico 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. Há uma sala anexa destinada ao atendimento médico à pacientes com síndromes respiratórios – suspeitos de Covid-19 e posterior à avaliação são referenciados ao hospital destinado a atendimentos à Sars-Cov2.

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/Balanço 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 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.

### **23.1. 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.

### **23.2. 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.

### **23.3 Farmácia Satélite Pronto Atendimento**

**Fiscais sanitários responsáveis pela inspeção:** Lidiane Ferreira Almeida e Rosana Márcia de Oliveira

A farmácia satélite está localizada na área do pronto atendimento, à esquerda da recepção, no momento da inspeção foi relatado que a farmácia está provisoriamente neste local. Atende a sala amarela, vermelha e laranja e verde. O local possui iluminação e ventilação adequadas para o desenvolvimento das atividades. A área física possui pisos, paredes e tetos, lisos e impermeáveis, de fácil higienização, estando em boas condições de higiene no momento da inspeção, porém a janela não possui tela.

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 é o 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 duas contagens do estoque, sendo apresentado os registros. 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). Já os medicamentos à base de antimicrobianos, são conferidos mensalmente.

O sistema de dispensação utilizado é o individualizado por horário e o misto (para os medicamentos de uso coletivo). Foram apresentados os POP's atualizados, porém estes não estavam assinados pelos responsáveis pela elaboração, aprovação e revisão e o livro de ocorrência do setor preenchido pelos técnicos e o que é preenchido pelos farmacêuticos.

O local conta com um banheiro com acessórios para uso dos colaboradores e dentro há um escaninho de ferro para a guarda de pertences. Na sala onde fica a farmacêutica há uma pia para lavagem das mãos e banheiro com acessórios.

### **23.3.1 Dispensação**

A farmácia satélite possui área subdimensionada, 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 SIGH.

Na área de dispensação, os medicamentos estão dispostos em caixas organizadoras nas prateleiras, já os termossensíveis estão armazenados sob refrigeração, sendo apresentado os respectivos registros diários 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.

### **23.3.2 não conformidades:**

- Possui janelas sem telas. Em desacordo com a RDC 44/09, Cap. III, art.6°.
- Não apresentou os registros das manutenções preventivas dos equipamentos. Em desacordo com a RDC 44/04, Cap. VII, art. 88.
- Não possui POP contemplando plano de contingencia, no caso de problemas com as câmaras de refrigeração. Em desacordo com a RDC 44/09, Cap. V, art.35, §5°.
- Os POP's estavam atualizados, porém não estavam validados, além de não estarem acessíveis na forma impressa para os colaboradores. Em desacordo com a RDC 44/04, Cap. VII, art. 87.

### **23.3.3. Carrinhos de emergência.**





A farmacêutica do setor é responsável pela conferência mensal dos carrinhos de emergência e uma maleta de transferência do setor. Uma vez aberto para emergências, os colaboradores da enfermagem solicita a reposição de medicamentos via prescrição assinada pelo médico e de matéria médica via requisição da enfermagem. Foi apresentado o registro das conferências realizadas pelo setor.

#### **23.4. 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.

##### **23.4.1. Não conformidades:**

- Não possui pia para higienização das mãos, em desacordo com a RDC 50/02.
- Ausência de identificação do lixo, em desacordo com a RDC 222/18
- Dispensadores de papel toalha, álcool e sabão sem identificação e validação, em desacordo com a RDC 63/11
- Bebedouros de água de uso coletivo
- Paredes e tetos em condições precárias, em desacordo com a RDC 63/11.

#### **23.5 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.

##### **23.5.1. Não conformidades:**

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

#### **23.6. 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.

#### **23.6.1. Não conformidades:**

- Negatoscópio não possui identificação de manutenção preventiva, em desacordo com a RDC 330/19
- Lixeiras não respeitando a cor para infectante e comum, em desacordo com a RDC 222/18
- Não apresentou a manutenção preventiva dos aparelhos utilizados na sala, em desacordo com a RDC 63/11
- Dispensadores de papel toalha, álcool e sabão sem identificação e validação, em desacordo com a RDC 63/11
- Paciente na maca sem identificação, em desacordo com a RDC 36/2013.

#### **23.7. 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. Três consultórios médicos anexo contendo mesa, cadeira, negatoscópio, aparelho de pressão arterial. Posto de enfermagem com bancada em inox, cadeira, escaninho com prontuários, armários com materiais médico-hospitalar, balança antropométrica para adultos.

##### **23.7.1. Não conformidades**

- Cadeiras na sala de medicação não respeitando o distanciamento de mínimo 1 metro, em desacordo com a RDC 50/02 e Protocolo Minas Consciente;
- Caixa de papelão no chão para dispensação de frascos de medicação, em desacordo com a RDC 222/18
- Lixeiras não respeitando a cor para infectante e comum e não identificadas, em desacordo com a RDC 222/18
- Paredes e tetos em condições precárias, em desacordo com a RDC 63/11

#### **23.8. Salas de atendimentos médicos**

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

#### **23.9. 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.

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

### **23.10. Setor crítico - Sala amarela**

Destinada a pacientes classificados como amarelo graves possui 05 leitos em cada enfermaria 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.

#### **23.10.1. Não conformidades:**

- Mobília com ferrugem. Em desacordo com a Lei 13317/99.
- Lixeira sem tampa. Em desacordo com a RRC 222/2018.
- Dispensadores de álcool, sabão e papel toalha sem identificação, em desacordo com a RDC 63/11
- Tomadas de energia elétrica sem identificação de voltagem, em desacordo com a RDC 63/11
- Caixa de papelão para dispensação de frascos de medicação, em desacordo com a RDC 222/18
- Não apresentou manutenção preventiva e nem registro de desinfecção do ar condicionado, em desacordo com a RDC 63/11
- Não possui biombos suficientes para garantir a privacidade. Em desacordo com a RDC 63/2011.

### **23.11. 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.

#### **23.11.1. Não conformidades:**

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

### **23.12. 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

### **23.13. Corredor**

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

### **23.14.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.

#### **23.14.1. Não conformidade:**

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

### **23.15. 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.

#### **23.15.1.Não conformidade:**

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

## **24. LABORATÓRIO**

**Fiscal Sanitário responsável pela inspeção:** Francisco Borges- Mat.27961

### **24.1. Organização**

Possui profissional legalmente habilitado conforme 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.

#### **24.1.1. Não conformidade:**

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



## 24.2. 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.

## 24.3. 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.

### 24.3.1. Não conformidade:

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

## 24.4. 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 5.4.1<sup>a</sup>; 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 302/05, item 5.4.3; Há controle de temperatura para os equipamentos que necessitam deste controle, RDC 50/05, item 5.4.3.

### 24.4.1. Não conformidade:

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

## 24.5. Produtos para diagnostico 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.

#### **24.6. Descarte de resíduos e rejeitos**

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

#### **24.7. 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:

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

#### **24.8. Limpeza, desinfecção e esterilização**

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

#### **24.9. Processos Operacionais**

##### **24.9.1 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.

##### **24.9.2 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.

#### **24.9.3. Não conformidades:**

- 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 inspeção, registros de seu processo de educação permanente para os usuários dos equipamentos de TLR, RDC 302/05, item 6.2.15.4.

#### **24.9.4 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.

#### **24.10 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.



#### 24.11. 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.

#### 24.12. 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.

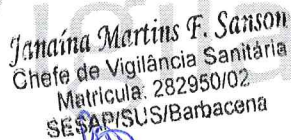
OBS: As lixeiras da área técnica estavam sem tampa, verificado no momento da inspeção.


#### 25. CONCLUSÃO

Após inspeção, o estabelecimento está apto à renovação do alvará sanitário. O responsável legal e responsável técnico deverão sanar as não conformidades listadas neste relatório.

  
Francisco Borges

Fiscal Sanitário/VISA/SESAP  
Matrícula 27961

  
Janaina Martins F. Sanson  
Chefe de Vigilância Sanitária  
Matrícula: 282950/02  
SESAP/SUS/Barbacena

  
Luana Helena Cimino de Abreu  
Fiscal Sanitário/VISA/SESAP  
Matrícula 282953

  
Humberto José Candian Pessoa  
Fiscal Sanitário/VISA/SESAP  
Matrícula 29476

  
Luiz Felipe Correa  
Fiscal Sanitário  
Matr. 29764/01  
SESAP - Barbacena/MG  
Luiz Felipe Correa  
Fiscal Sanitário/VISA/SESAP  
Matrícula 29764

  
Lidiange Pereira Almeida  
Fiscal Sanitário  
Matr. 29763/01  
Lidiange Pereira Almeida  
Fiscal Sanitário/VISA/SESAP  
Matrícula 29763

  
Natália C. G. Geara  
Enfermeira  
Vigilância Sanitária  
Mat.: 283186/01  
Natália C. Guimarães Geara  
Fiscal Sanitário/VISA/SESAP  
Matrícula 283168





Ronaldo Ferreira da Silva  
Fiscal Sanitário/VISA/SESAP  
Matrícula 27966

Silvio Carlos Souza de Oliveira  
Fiscal Sanitário/VISA/SESAP  
Matrícula 28577

Janaina Martins F. Sanson  
Chefe de Vigilância Sanitária  
Matrícula 282950/02  
SESAP/VSU/Barbacena  
Janaina Martins F. Sanson  
Chefe/ VISA/SESAP  
Matrícula 282950

Rosana Márcia de Oliveira  
Fiscal Sanitário/VISA/SESAP  
Matrícula 28681/05

Barbacena, 27 de setembro de 2021.

RECEBIDO POR:

*Thaís Maria Melo Otávio*

CIENTE EM:

*14 / 10 / 21*

# Vigilância Sanitária



## TERMO DE NOTIFICAÇÃO

### 1. DADOS DO ESTABELECIMENTO

- 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. **CNAE:** 86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências
- 1.5. **Descrição da natureza jurídica:** 114-7 - Fundação Pública de Direito Público Estadual ou do Distrito Federal
- 1.6. **Endereço:** Avenida Quatorze de Agosto, s/n, Bairro Floresta.
- 1.7. **CEP:** 36.202-855.
- 1.8. **Cidade:** Barbacena - MG
- 1.9. **Telefone:** 3339-1631.
- 1.10. **Responsável legal:** Claudinei Emídio Campos/ CPF:040.885.016-75/ RG: M-8489746
- 1.11. **Responsável técnico/ médico:** Rodrigo Quintão Lopes. CRM: MG-52146
- 1.12. **Responsável técnico/Enfermagem:** Márcio Antônio Resende- Coren-MG-144847
- 1.13. **Data da inspeção:** 02,16,17,21,22,23,24/09/2021.

### 2. OBJETIVO DA INSPEÇÃO:

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

### 3. EQUIPE TÉCNICA DE INSPEÇÃO

- Francisco Borges- Mat. 27961
- Humberto José Candian Pessoa- Mat. 29476
- Janaina Martins Fernandes Sanson- Mat. 282950
- Luana Helena Cimino de Abreu- Mat. 282953
- Lidiane Ferreira Almeida- Mat. 29763
- Luiz Felipe Correa- Mat. 29764
- Natália Cristina Guimarães Geara- Mat. 283168
- Ronaldo Ferreira da Silva- Mat. 27966
- Rosana Márcia de Oliveira- Mat. 28681
- Sílvio Carlos Souza de Oliveira- Mat. 28577

Pela presente notificação o (a) responsável pelo referido estabelecimento deverá corrigir as irregularidades listadas no Relatório de Inspeção que será avaliado de acordo com os prazos definidos

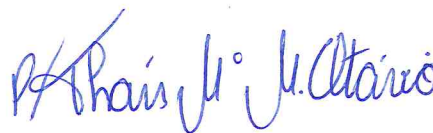


neste termo de notificação. O prazo entrará em vigor a partir da ciência desta notificação pelos responsáveis pelo estabelecimento. O não cumprimento da notificação configurar-se-á infração sanitária.

Para não conformidades estruturais, prazo de 180 dias, processos de qualidade prazo de 90 dias e para parte organizacional prazo de 60 dias.

  
Janaína Martins F. Sanson  
Chefe da Vigilância Sanitária  
Matrícula: 282950/02  
SESAP/SUS/Barbacena

**Janaína Martins Fernandes Sanson**  
**Chefe da Vigilância Sanitária**  
**Matrícula: 282.950/02**

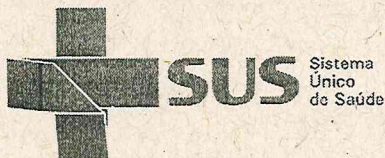


**Rodrigo Quintão Lopes**  
**Responsável técnico/médico Hospital**  
**Regional de Barbacena Dr.º José Américo.**  
**CRM MG-52146**

Ciente em: 14 / 10 / 21.

Vigilância Sanitária





**ALVARÁ SANITÁRIO**  
**BARBACENA - MG**

Licença Sanitária Nº **542/2021**

Razão social:  
**FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS.**

Nome fantasia:  
**HOSPITAL REGIONAL DE BARBACENA DR. JOSÉ AMÉRICO.**

Tipo de estabelecimento:  
**HOSPITAL GERAL COM PRONTO ATENDIMENTO.**

CNPJ/CPF:  
**19.843.929/0016-97**

Classificação e atividade licenciada:  
**PRONTO ATENDIMENTO, CLÍNICA MÉDICA, CLÍNICA CIRÚRGICA GERAL E ORTOPÉDICA, UTI ADULTO, LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS, SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO DE REGISTRO GRÁFICO, NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL.**

Endereço Completo (Av., Rua, Nº, Bairro):  
**AVENIDA QUATORZE DE AGOSTO, S/Nº – BAIRRO: FLORESTA.**

CEP:  
**36.202-855**

Município/Localidade:  
**BARBACENA.**

UF:  
**MG**

Responsável Técnico:  
**RODRIGO QUINTÃO LOPES.**

Nº do Conselho:  
**CRM-MG: 52.146**

Representante Legal da Empresa:  
**CLAUDINEI EMÍDIO CAMPOS.**

Cargo/ocupação:  
**DIRETOR HOSPITALAR.**

Restrição ou OBS.:

**POSSUI OS SEGUINTE EQUIPAMENTOS:**

RAIO X FIXO, VMI – COMPACTO PLUS 500, N/S: 124001018;  
RAIO X FIXO, SHIMADZU YSF 120, N/S: 462086401;  
RAIO X MÓVEL, SHIMADZU – MUX-10 - NS 3YCFC393B015;  
RAIO X MÓVEL, SHIMADZU – MOBILEART ECO – CM/CC – NS 3YCFC393B016;  
RAIO X MÓVEL, SHIMADZU – MOBILEART ECO – (SANTA CASA) – NS 0262P84803;  
TOMÓGRAFO SIMENS – SOMATION – EMOTION – NS 79708;  
ARCO CIRÚRGICO GE – BRIVO-OEC 850, N/S OEC14255X8;  
ARCO CIRÚRGICO SIEMENS MULTIMOBIL SC, N/S: 3365;  
ARCO CIRÚRGICO SHIMADZU – NS 61858;  
RAIO X MÓVEL, LOTUS – NS 157 / RAIO X MÓVEL, LOTUS – NS 159;  
RAIO X MÓVEL, LOTUS - NS 156 / RAIO X MÓVEL, LOTUS - NS 171.

**AVISO:**

A VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO MUNICÍPIO DE BARBACENA COMUNICA QUE NÃO HÁ COBRANÇA DE NENHUMA TAXA PECUNIÁRIA, RELATIVAS AS EMISSÕES DE ALVARÁS, INSPEÇÕES DE ROTINA, INSPEÇÕES PRÉVIAS OU OUTRAS ATIVIDADES ESPECÍFICAS DA FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA MUNICIPAL.

Local e data da expedição:  
**Barbacena, 13 de outubro de 2021.**

Autoridade Sanitária:

*Janaina Martins F. Sanson*  
Chefe de Vigilância Sanitária  
Matrícula: 282950/02  
SESAP/SUS/Barbacena

**Observações:**

- 1 - Este documento deverá ser afixado no estabelecimento, em local visível ao público.
- 2 - Esta licença tem validade de 12 meses, a partir da data de emissão, devendo ser requerida sua renovação no prazo de no mínimo 120 dias antes do término de sua vigência. (Lei 13.317/99, art. 85 – Código do Estado de Saúde de Minas Gerais).
- 3 - O presente documento poderá ser cassado, a qualquer momento, por irregularidades no Estabelecimento.

