



ALVARÁ SANITÁRIO BARBACENA - MG

Licença Sanitária Nº **005/2023**

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 SEGUINTES EQUIPAMENTOS:

RAIO X FIXO, SHIMADZU RADIOTEX, N/S: 0262A57301;
RAIO X MÓVEL, SHIMADZU – MOBILEART ECO – CM/CC – NS 3YCFC393B016;
RAIO X MÓVEL, SHIMADZU – MOBILEART ECO – CM/CC – NS 3YCFC393B015;
ARCO CIRÚRGICO GE – BRIVO-OEC 850, N/S OEC14255X8;
ARCO CIRÚRGICO SIEMENS – MULTIMOBIL SC, N/S 03365;
ARCO CIRÚRGICO PHILIPS – ZENITION 70, N/S 2287;
ARCO CIRÚRGICO PHILIPS – ZENITION 70, N/S 2286;
ULTRASSOM, GE - LOGIQ P5, N/S 101733SU4;
ULTRASSOM, GE - LOGIQ P5, N/S 101981SU9;
ULTRASSOM, NEMI MX - TOSHIBA, N/S 99º1415526;
VÍDEO ENDOSCOPIA DIGESTIVA, FUJINOM – FUJIFILM – EPX2500, N/S NC471A506.

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 PREVIAS OU OUTRAS ATIVIDADES ESPECÍFICAS DA FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA MUNICIPAL.

Local e data da expedição:
Barbacena, 04 de janeiro de 2023.

Autoridade Sanitária:

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

Assinatura e data do recebimento:

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.



ALVARÁ SANITÁRIO BARBACENA - MG

Licença Sanitária Nº **052/2023**

Razão social:
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – FHEMIG.

Nome fantasia:
CENTRO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO DE BARBACENA.

Tipo de estabelecimento:
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.

CNPJ/CPF:
19.843.929/0006-15

Classificação e atividade licenciada:
86.10-1-01 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS.

Endereço Completo (Av., Rua, Nº, Bairro):
PRAÇA PRESIDENTE EURICO GASPAR DUTRA, Nº 374 – BAIRRO: GROGOTÓ

CEP:
36.202-376

Município/Localidade:
BARBACENA

UF:
MG

Responsável Técnico:
GERALDO MAGELA DOS SANTOS SILVA.

Nº do Conselho:
CRM-MG: 29207

Representante Legal da Empresa:
CLAUDINEI EMÍDIO CAMPOS.

Cargo/ocupação:
TITULAR

Restrição ou OBS.:

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, 31 de janeiro de 2023.

Autoridade Sanitária:

Janaína 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.



RELATÓRIO DE INSPEÇÃO SANITÁRIA 2022

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. Cep: 36.202-855. Barbacena/MG.
- 1.7. Telefone:** 3339-1631.
- 1.8. Responsável legal:** Claudinei Emídio Campos/ CPF:040.885.016-75/ RG: M-8489746.
- 1.9. Diretor administrativo:** Bruno Rocha Campos.
- 1.10. Responsável técnico/ médico:** Rodrigo Quintão Lopes. CRM-MG 56860.
- 1.11. Responsável técnico/Enfermagem:** Márcio Antônio Resende- Coren-MG-144847
- 1.12. Datas das inspeções:** 06/11/2022 a 02/12/2022.

2. OBJETIVO DA INSPEÇÃO:

Verificar o cumprimento das normas sanitárias vigentes, com o objetivo de renovação do Alvará Sanitário.

3. EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL PELA INSPEÇÃO:

- Anne Kelly Furtado Rodrigues- Farmacêutica. Matrícula 283829/01.
- Francisco Borges- Bioquímico em saúde. Matrícula 27961/01.
- Humberto José Candian Pessoa- Fiscal Sanitário. Matrícula 29476/01.
- Janaina Martins Fernandes Sanson- Chefe. Matrícula 282950/02.
- Luiz Antonio de Siqueira Rodrigues-Fiscal Sanitário. Matrícula 282975/01.
- Luiz Felipe Corrêa- Fiscal Sanitário. Matrícula 29764/01.
- Natália Cristina Guimarães Geara- Enfermeira/ Referência técnica. Matrícula 283186/01.
- Silvio Carlos Souza de Oliveira- Fiscal Sanitário. Matrícula 28577/04.

[Handwritten signatures and initials]



4. INTRODUÇÃO:

O Centro Hospitalar de Barbacena (CHB) 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 com dimensões aproximadas de 5.795 m².

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

5. NORMATIVAS LEGAIS:

- Lei Estadual nº 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.
- Lei Municipal nº 2731, de 21 de dezembro de 1992. Código Municipal de Saúde.
- RDC/ANVISA 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 nº 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 nº 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 509, de 27 de maio de 2021.** 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 nº 376/2011.** 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 nº 80, de 11 de maio de 2006:** Fracionamento de medicamentos em farmácias e Drogarias.
- **RDC/ANVISA nº 20, 09 de maio de 2011:** Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação.
- **Portaria/ MS nº 529, de 01 de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).
- **Portaria/ SNSP nº 108, de 12 de julho de 2019:** Institui o modelo Nacional de Regulamento de Segurança Contra Incêndio e Emergências.
- **RDC/ANVISA nº 35, de 16 de agosto de 2010:** Dispõe sobre o Regulamento Técnico para produtos com ação antimicrobiana utilizados em artigos críticos e semicríticos.
- **Portaria/MS nº 3523, de 28 de agosto de 1998:** Dispõe sobre as boas práticas da qualidade do ar de Interiores em ambientes climatizados.
- **RDC/ANVISA nº 06, de 10 de março de 2013:** Dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de funcionamento para os serviços de endoscopia com via de acesso ao organismo por orifícios exclusivamente naturais.
- **RDC/ANVISA nº 611, de 09 de março de 2022.** Estabelece os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista e regulamenta o controle das exposições médicas, ocupacionais e do público decorrentes do uso de tecnologias radiológicas diagnósticas ou intervencionistas.
- **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.
- **RDC/ANVISA nº 34, de 11 de junho de 2014:** Estabelece os requisitos de Boas Práticas para o serviço de hemoterapia.
- **Portaria GM/MS nº 158, de 04 de fevereiro de 2016:** Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos.
- **RDC/ANVISA nº 75, de 02 de maio de 2016:** Altera a RDC nº 34/14 que dispõe sobre as Boas práticas no Ciclo de Sangue.
- **Resolução SES nº 2506, de 13 de setembro de 2010:** Aprova os modelos dos livros de registros para os registros dos procedimentos de hemoterapia.



- Portaria conjunta ANVISA/SAS 370, de 07 de maio de 2014: Regulamento técnico-sanitário para transporte de sangue e hemocomponentes.
- RDC/ANVISA nº 20, de 10 de abril de 2014: Dispõe sobre regulamento sanitário para o transporte de material biológico humano;

6. AVALIAÇÃO DOCUMENTAL:

Fiscal responsável pela inspeção: Natália Cristina Guimarães Geara.

- Alvará Sanitário: Exposto, em local visível. Último nº 542/2021. Expirado em 13/11/2022.
- Memorial descritivo do Projeto Básico de Arquitetura (PBA), aprovado pela SRS: não evidenciado.
- Organograma: Apresentado proposta do organograma atual e as nomeações dos novos membros no diário executivo na data de 29 de junho de 2022.
- Relação do corpo clínico: apresentado lista atualizada em 29 de junho de 2022, com 79 médicos e suas respectivas especializações e número do conselho de classe.
- Certificado de regularidade de pessoa jurídica: Rodrigo Quintão Lopes. CRM-MG 56860. Inscrito nº 0006394-MG, em 17/08/2006, com validade até 17/08/2023.
- Certidão de responsabilidade técnica: CRT/ Enfermagem: Márcio Antônio Resende. COREN-MG 144847-ENF. Validade de 01/02/2022 a 01/02/2023.
- Declaração de regularidade para funcionamento (DRF)/ Fisioterapia: Tânia Fernanda Rodrigues Gonçalves Pereira. CRF-MG 86568F. Validade até 02/05/2023.
- Certidão de regularidade/ Farmácia: Nara Rodrigues Pereira. Inscrição nº 23.706. CRF-MG 24.432, validade até 03/04/2023.
- Certidão de cadastro/ Nutrição: Kaciara Nunes Almeida. CRN-MG 1259. Válida até 15/07/2023.
- Certidão de responsabilidade técnica/ PGRSS: Daniela Viana de Santana. COREN-MG 208516-ENF. Validade de 16/11/2022 a 16/11/2023.
- Certificado de cadastro de empresas/ radiodiagnóstico: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais- Conselho Nacional de técnicos em Radiologia. Validade até 16/08/2023.
- Certidão de responsabilidade técnica/ radiologia clínica: Wesley da Cruz Soares. Inscrito nº 665469. CRM-MG 6394. RQE 48026. Validade até 17/08/2023.
- Designação formal do responsável técnico substituto/ radiologia clínica: não evidenciado.

[Handwritten signatures and initials]



- Certidão de supervisão de proteção radiológica: Tiago de Paula Tostes. CRTR nº 05342T. Válido até 16/08/2023.
- Designação formal do responsável substituto de supervisão de proteção radiológica: não evidenciado.
- Certidão de responsabilidade técnica/ agência transfusional: Marcelo Dias de Castro. Inscrito nº 38410. CRM-MG 6369. Válida até 17/08/2023.
- AVCB (Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros): não evidenciado.
- Laudo técnico de combate à incêndios: não evidenciado. Apresentou o Plano de Atuação de Emergência (PAE), elaborado em 2020.
- Títulos de qualificações profissionais dos responsáveis técnicos dos serviços: evidenciados.
- Designações formais dos coordenadores dos setores: não evidenciados, apresentados somente certidões de responsabilidades técnicas.
- Procedimento Operacional Padrão (POP): Agência transfusional- Elaborado em 09/2022 por Cybelle Maria Loschi Gomes de Assis, aprovado por Márcio Resende e Marcelo Dias de Castro; Administração de Clister- elaborado em 01/2010 com revisão em 25/05/2018; Auxílio na cardioversão no adulto- revisão em 01/09/2021- PRS coord. Enf. 011; Realização de exame para apoio diagnóstico- elaborado em 07/03/2019 e revisado em 04/01/2021 por Bruna de Souza Vespoli Carvalho e aprovado por Wesley da Cruz Soares; Encaminhamento de pinça de endoscopia- elaborado em 12/03/2019 por Bruna de Souza Vespoli Carvalho, aprovado por Gláucia Nepomuceno; Fisioterapia- Atribuição do fisioterapeuta para gestão de alta- elaborado em 20/10/2021 por Tiago Sávio Moreira Possas e aprovado por Aline Cândido de Almeida Pinto Mendes.
- Regimento Interno: Não evidenciado.
- Programa de Exame Médico de Saúde Ocupacional (PEMSO): Elaborado em 2018 por Karla Alves Monteiro- enfermeira do trabalho, aprovado por Flávio Antônio Magalhães de Albuquerque- médico do trabalho.
- Atestado de Saúde Ocupacional (ASO): M.S.C. Fisioterapeuta- realizado em 04/10/2022; E.C.M.R.R. Técnico de enfermagem- realizado em 03/11/2022; R.J.S. Radiologia- realizado em 28/10/2022. Atualizados.
- Registro de entrega de equipamentos de proteção individuais: listas encontram-se disponíveis nos setores.



- Comprovante de qualificação dos fornecedores terceirizados:** documento exigido mediante cadastro do fornecedor durante processo de avaliação.
- Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho (LTCAT):** Elaborado por Ramon Varela do Nascimento- Engenheiro de Segurança do Trabalho- CREA-MG 236172/D. Vigente do ano de 2021-2022.
- Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA):** Elaborado por Ramon Varela do Nascimento- Engenheiro de Segurança do Trabalho- CREA-MG 236172/D e Luiz Cesar Coutinho- Técnico de Segurança do Trabalho- MTE 21/04250-5/MG. Vigente do ano de 2021-2022.
- Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS):** Elaborado por Maria da Penha Martins Pereira, revisado em Maio de 2022. No momento da inspeção, o Plano encontrava-se em atualização, alterado responsável técnico, de Sandra Cristina F.B. Auad para Daniela Viana de Santana em 16/11/2022.
- Laudo de controle de qualidade da água- potabilidade:** Realizado pela empresa GTA- Gestão e Tecnologia de Alimentos LTDA. Dia 26/10/2022 com periodicidade semestral.
- Laudo de higienização dos reservatórios de água:** Realizado pela empresa AACP- Serviço Ambiental Eireli – CNPJ 25.361.124/0001-23, contrato nº 9221362, em 07/06/2022.
- Registros das capacitações:** Realizado pela Segurança do Trabalho- Biossegurança, público alvo setores assistenciais, dias 20 e 21/10/2022; Ergonomia, setores assistenciais, dia 27/09/2022; Apresentação da Agência Transfusional (AGT)- apresentação do fluxo e processos da AGT, dia 25/10/2022; MGS- realizado por Alywander Rodrigo G. de Assis, sobre segurança do trabalho; Campanha de higienização das mãos, realizado dia 05/05/2022 por Valesca Pinto Magalhães Locarno; MGS- serviço de higienização, realizado em 25/08/2022- Biossegurança.

6.1. Não conformidades:

- Não evidenciado PBA aprovado pela SRS, em desacordo com o art. 34 da RDC 63/2011.
- Procedimentos Operacionais Padrões dos serviços de enfermagem, fisioterapia, radiologia, encontram-se desatualizados, em desacordo com o art. 9º da RDC 63/2011;
- Não evidenciado Regimento Interno do serviço de saúde, em desacordo com o art. 9º da RDC 63/2011;
- Não evidenciado nomeação do responsável técnico substituto do serviço de radiologia, em desacordo com o art. 13 da RDC 611/2022;
- Não evidenciado designação formal do substituto de proteção radiológica, em desacordo com o art. 14 da RDC 611/2022;



-Não evidenciado AVCB e laudo técnico de combate a incêndio, em desacordo com a Portaria/SNSP 108/2019;

-Não evidenciado designações formais dos coordenadores dos setores, em desacordo com o art. 17 da RDC 63/2011;

-PEMSO desatualizado, em desacordo com a NR 7.

7.COMISSÕES:

Fiscal responsável pela inspeção: Natália Cristina Guimarães Geara.

-Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)- Ordem de serviço nº 18/2022 de 26 de agosto de 2022. Membros executores: Renato César Vaz de Mello- médico e Valesca Pinto Magalhães Locarno- enfermeira. Membros consultores: Adriana Bergamini- Bioquímica; Dilene Andréia dias Rosa- Enfermeira; Eliane do Rosário Andrade Fonseca- Farmacêutica; Gláucia Maria de Araújo Carvalho- Enfermeira; Luciana Aparecida Martins- Enfermeira; Márcio Antônio Resende- Coordenador de enfermagem e equipe multidisciplinar; Nilceu Carlos Candian Filho- Técnico de Enfermagem; Renata de Santana Guimarães Mendes- Técnica de enfermagem; Raissa Cezar Faria- Auxiliar administrativo; Tânia Michele da Costa- Gerente de Internação.

-Comissão de Farmácia e Terapêutica: Ordem de serviço nº 10/2022 de 15 de agosto de 2022, altera a ordem de serviço nº 01 de 09 de janeiro de 2018. Membros: Aila Patrícia Lacerda Neres Abreu- Farmacêutica; Nara Rodrigues Pereira- Farmacêutica; Beatriz Simões Marteleto- Farmacêutica; Viviane Natsumi Magalhães Matoba- Coordenadora da assistência farmacêutica; Márcio Antônio Resende- Coordenador de enfermagem e equipe multidisciplinar; Juliana Vigiani de Araújo- Médica; Natália Oliveira Silva- Médica; Paulo Roberto Rezende Campos- Médico; Renato César Vaz de Mello- Médico; Marcelo José da Costa- Enfermeiro; Wanderléa Luciana da Silva Andretto- Técnica de Enfermagem- representante da CCIH; Sérgio Luis de Campos- Auxiliar Administrativo.

✓ Regimento Interno: revisão em 20/09/2022, cronograma de reuniões bimestrais.

✓ Últimas reuniões realizadas em 25/05/2022, 30/06/2022 e 20/09/2022.

-Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos: Ordem de serviço nº 20/2022 de 31 de agosto de 2022, altera a ordem de serviço nº 24 de 09 de outubro de 2018. Membros: Márcio Antônio Resende- Coordenador de enfermagem e equipe multidisciplinar; Aline Cristina Rodrigues Violete Silva- Enfermeira; Andréa Aparecida Rodrigues- Enfermeira; Dimas Pires Teixeira- Médico nutrólogo; Luciana Aparecida





Martins- Enfermeira; Jorge Muniz Monteiro- Psicólogo; Maria José Claro Paiva- Psicóloga; Paulo Roberto Resende Campos- Médico.

✓ Regimento interno: revisado em 28/09/2022.

✓ Últimas reuniões: 26/05/2022, 30/08/2022 e 31/08/2022.

-**Comissão Local de Protocolos Clínicos:** Ordem de serviço nº 19/2022 de 29 de agosto de 2022, altera a ordem de serviço nº 25 de 09 de outubro de 2018. Membros: Carmen Lúcia de Assis Lima Candian- Enfermeira; Aldo Peixoto de Melo- Médico; Aline Cristina Rodrigues Violete Silva- Enfermeira; Gláucia Maria de Araújo Carvalho- Enfermeira; Izabel Cristina Sad Chagas- Coordenadora da UCCI; Luciana Aparecida Martins- Enfermeira; Márcia Cristina Malta de Lima Barra- Auxiliar Administrativo; Mário Sérgio do Prado- Médico; Tassiana Maria Vieira Pereira- Assessoria Assistencial; Wanderléia Luciana da Silva Andretto- Técnica de Enfermagem.

-**Comitê transfusional:** Ordem de serviço nº 17/2022 de 26 de agosto de 2022, altera a ordem de serviço nº 25 de 24 de outubro de 2017. Membros: Marcelo Dias de Castro- Médico hematologista; Cybelle Maria Loschi Gomes de Assis- Bioquímica; Adriano Stafoli Vigiane- Técnico de Enfermagem; Dilene Andréia Dias Rosa- Enfermeira; Pollyanna Rodrigues de Oliveira- Técnico de Enfermagem; Márcio Antônio Resende- Coordenador de enfermagem e equipe multidisciplinar; Suellen Lilia da Silva Alves- Coordenadora de Unidade Cirúrgica.

-**Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões (CPTL):** Ordem de serviço nº 11/2022 de 15 de agosto de 2022, altera a ordem de serviço nº 18 de 31 de outubro de 2021. Membros: Izabel Cristina Sad das Chagas- Coordenadora da Unidade de Pacientes Críticos; Andréa Aparecida Rodrigues- Enfermeira; Adriana Bergamini- Bioquímica; Caroline Anastácia Resende de Melo Figueiredo- Fisioterapeuta; Edina Aparecida da Silva Moraes- Técnica de Enfermagem; Eliane do Rosário Andrade Fonseca- Farmacêutica; Fabiane Melo da Silva- Nutricionista; Fernanda Aparecida Duarte de Sá- Assistente Social; Gláucia Maria de Araújo Carvalho- Enfermeira; Juliano dos Santos Viega- Médico; Isabela Cristina Magri Grossi Mansur- Psicóloga; Luciana Aparecida Martins- Enfermeira; Maria Aparecida Moreira de Oliveira- Nutricionista; Renato César Vaz de Mello- Médico; Valesca Pinto Magalhães Locarno- Enfermeira- representante da CCIH; Vanessa de Oliveira- Enfermeira; Silvana Teixeira Fiel- Técnica de Enfermagem; Vera Lúcia Gomes de Miranda Matos- Técnica de Enfermagem; Wanderléia Luciana da Silva Andretto- Técnica de Enfermagem.

✓ Regimento Interno: revisado em 15/09/2022.



✓ Últimas reuniões: 30/03/2022, 11/05/2022 e 12/08/2022.

-Comissão de Revisão de Prontuários: Ordem de serviço nº 14/2022 de 24 de agosto de 2022, altera a ordem de serviço nº 28 de 09 de outubro de 2018. Membros: Mário Sérgio do Prado- Médico clínico; Geraldo Magela Tostes de Faria- Médico clínico; Alessandra Valéria da Silva Santos- Enfermeira; Alessandra Cristina Moreira da Silva- Apoio recepção/internação; Cristiano Ribeiro Cardoso- Coordenador Serviço de Faturamento; Carmen Lúcia de Assis Lima Candian- Enfermeira; Daniela da Silva Assis- Auxiliar Administrativo; Simone Maria de Oliveira- Técnica de Enfermagem; Maria Bernadete de Araújo- Técnica de Enfermagem; Maria Madalena Rocha Ferreira- Enfermeira; Mônica Carvalho da Silva Castro- Enfermeira; Nelson dos Reis Lucena- Auxiliar Administrativo; Renata de Santanna Guimarães Mendes- Técnica de Enfermagem.

✓ Regimento Interno: revisão em 02/09/2022.

✓ Últimas reuniões: São realizadas bimestrais, 29/04/2022, 14/07/2022 e 27/10/2022.

-Comissão de Revisão de Óbitos: Ordem de serviço nº 15/2022 de 24 de agosto de 2022, altera a ordem de serviço nº 03 de 29 de março de 2021. Membros: Geraldo Magela Tostes de Faria- Médico; Aldo Peixoto de Melo- Médico; João Ícaro Ferreira dos Reis- Médico; Valéria Cristina Silva Dutra- Médica do Trabalho; Nívea Ribeiro Navarro Soares Ferreira- Enfermeira; Maria Madalena Rocha Ferreira- Enfermeira; Renata de Santanna Guimarães Mendes- Técnica de Enfermagem; Nelson dos Reis Lucena Filho- Auxiliar Administrativo.

✓ Regimento Interno: revisão em 07/07/2022.

✓ Últimas reuniões: 23/06/2022, 11/08/2022 e 20/10/2022.

✓ Relatório anual de 2021: elaborado em 18/05/2022.

-Comissão de Terapia Nutricional: Ordem de serviço nº 23/2022 de 12 de agosto de 2022, altera a ordem de serviço nº 26 de 24 de outubro de 2017. Membros: Dimas Pires Teixeira- Médico nutrólogo; Aldo Peixoto de Melo- Médico; Álvaro Henrique Anghietti Nalon- Médico; Alessandra Valério da Silva Santos- Enfermeira; Cesar Ferreira Belloti Lima- Fonoaudiólogo; Eliane do Rosário Andrade Fonseca- Farmacêutica; Fabiane Melo da Silva- Nutricionista; Fernanda Silveira Puiatti Neves- Fonoaudióloga; Luciana Aparecida Martins- Enfermeira; Kaciara Nunes Almeida- Nutricionista; Maria Aparecida Moreira de Oliveira- Nutricionista; Nathália Gonçalves Lemos Pampanelli- Enfermeira; Raquel Maria Fiorino de Castro- Fonoaudióloga; Fabiane Melo da Silva- Nutricionista; Vivian Maclean Otoni- Fonoaudióloga.



-Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN): Ordem de serviço com a designação formal, não evidenciada.

- ✓ Regimento Interno: revisado em 06/08/2021.
- ✓ Últimas reuniões: 12/07/2022, 16/08/2022 e 22/09/2022- mensais.

-Grupo de Trabalho de Humanização: Ordem de serviço nº 26/2022 de 27 de setembro de 2022.
Membros: Bárbara Ariana Gomes Silva- Auxiliar administrativo; Alessandra Aparecida Campos Martins- Assessoria; Andréa Aparecida Rodrigues- Enfermeira; Ângela Aparecida Pereira- Enfermeira; Daniela Viana de Santana- Enfermeira; Érica Cristina Carvalho Sousa- Auxiliar Administrativo; Ercilia Carvalho Condé Neto- Técnica de Enfermagem; Evani Rosa Pereira Nunes- Técnica de Enfermagem; Gabriel Miranda de Sena Figueiredo- Médico; Gilcilene Gomes Rocha Nogueira- Técnica de Enfermagem; Luciana Aparecida Martins- Enfermeira; Luciana Rodrigues Silva Assis- Psicóloga; Luiz César Coutinho- Técnico em Segurança do Trabalho; Raíssa Rosa Garcia de Oliveira- Auxiliar administrativo; Maria Beatriz A.C. Cardoso Ayres- Psicóloga; Maria de Fátima da Silveira Assis- Coordenadora da Clínica Médica; Rosiane Pereira Ferreira- Auxiliar administrativo; Vanessa de Oliveira Cabral Santos- Assistente Social.

- ✓ Regimento interno: não evidenciado.
- ✓ Últimas reuniões: não evidenciadas.

-Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE): Ordem de serviço nº 21/2022 de 01 de setembro de 2022.
Membros: Renata de Santanna Guimarães- Técnico de Enfermagem; Dilene Andréia Dias Rosa- Coordenadora do Núcleo de Risco; Daniela Viana de Santa- Enfermeira; Renato Cesar Vaz de Mello- Médico da CCIH.

- ✓ Regimento Interno: revisado em 03/06/2022.
- ✓ Últimas reuniões: 01/07/2022 e 29/09/2022.
- ✓ Último treinamento: Monkeypox em 24/08/2022.

-Núcleo de Prevenção de Acidentes de Trabalho (NUPAT): Ordem de serviço nº 17/2021 de 20 de dezembro de 2021. Gestão de 2021-2023. Membros Titulares: Evani Rosa Pereira Neves- Técnica de Enfermagem; Fabiana Cleide dos Santos- Técnica de Enfermagem; Ana Cristina Ottoni Rossi- Auxiliar administrativo; Jéssica Portes Júnior- Técnica de Enfermagem; Gisele Susan da Fonseca Laureano- Técnica de Enfermagem; Luiz Dionei de Assis- Técnico de Enfermagem. Membros suplentes: Felipe Ceolin Barbosa- Técnico de Radiologia; André Luiz Magalhães- Auxiliar administrativo; Maiza Campos da Paz- Auxiliar administrativo; Kátia Cristina de Souza Martins- Enfermeira.



-Comissão de Núcleo de Segurança do Paciente: Ordem de serviço nº 16/2022 de 25 de agosto de 2022, altera a ordem de serviço nº 26 de 09 de outubro de 2018. Membros: Dilene Andréia Dias Rosa- Coordenadora do Núcleo de Risco; Adriana Bergamini- Bioquímica; Aldo Peixoto de Melo- Médico; Aline Cristina Rodrigues Violete Silva- Enfermeira; Andréa Aparecida Rodrigues- Enfermeira; Carmen Lucia de Assis Lima Candian- Enfermeira; Daniela Cristiny Paiva Gomes- Fisioterapeuta; Fernanda Aparecida Duarte de Sá- Assistente Social; Gláucia Maria de Araújo Carvalho- Enfermeira; Isabela Rodrigues Costa- Diretora assistencial; Kaciara Nunes Almeida- Nutricionista; Kelly Cristina Mota Moraes- Farmacêutica; Luciana Aparecida Martins- Enfermeira; Márcio Antônio Resende- Coordenador de Enfermagem e equipe multidisciplinar; Nathália Gonçalves Lemos Pampanelli- Enfermeira; Raquel Maria Fiorino de Castro- Fonoaudióloga; Suellen Lilia da Silva Alves- Coordenadora da Unidade Cirúrgica; Renata de Santanna Guimarães Mendes- Técnica de Enfermagem; Valesca Pinto Magalhães Locarno- Enfermeira CCIH.

-Núcleo de Acesso à Qualidade Hospitalar (NAQH): Ordem de serviço nº 26/2022 de 27 de setembro de 2022. Membros: Vivian Maria Siqueira Machado- Assessoria da Gestão Estratégica e qualidade; Isabela Cristina Eliziário- Coordenadora da UUE; Paulo Roberto Rezende Campos- Coordenador do CTI; Maria de Fátima da Silveira Assis- Coordenadora da Clínica Médica; Fernanda Doumith Madureira- Coordenadora do Núcleo Interno de Regulação- NIR; Alessandra Valéria Silva Santos- Assessora do NIR; Márcia Cristina Malta de Lima Barra- Coordenadora da UIA; Liliana Moreira Neves Fonseca- Coordenadora de Saúde Mental; Izabel Cristina Sad Chagas- Coordenadora da UCCT; Alessandra Cristina Moreira da Silva- Apoio da Unidade Internação Hospitalar; Tânia Michele da Costa- Gerência de Internação; Guilherme Curcio Cassini- Gerência de Linhas de cuidado e apoio assistencial; Dilene Andréia Dias Rosa- Coordenadora do núcleo de risco; Carmen Lúcia de Assis Lima Candian- Enfermeira; Lucinéia Cândida Ribeiro Bianchetti- Assessora da Gestão Estratégica e Qualidade; Cláudia Maria Miranda de Figueiredo- Assessora da Direção; Suellen Lilia da Silva Alves- Coordenadora Unidade Cirúrgica; Fernanda Doumith Madureira- Enfermeira NIR; Marcílio Adolfo da Costa- Coordenador do Ambulatório de Saúde Mental; Miriam Márcia Cantarutti Silva- Apoio Unidade de Longa permanência; Ana Rita de Cássia da Silva Costa Faria- Coordenadora da Equipe Multiprofissional; Eliane Zile de Moraes- Apoio Engenharia Clínica e Ouvidoria; Viviane Natsumi Magalhães Matoba- Coordenadora do serviço de assistência farmacêutica; Andressa Fagundes do Nascimento Batista- Coordenadora do serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.



-Núcleo de Qualidade da Atenção à Saúde Bucal do Paciente Internado- NQASB: Ordem de serviço nº 28/2022 de 07 de outubro de 2022. Membros: Rosília Mendes de Souza- Técnico Higiene Bucal; Carmen Lúcia de Assis Lima Candian- Enfermeira; Dilene Andréia Dias Rosa- Coordenadora do Núcleo de Risco; Heberton José de Oliveira- Cirurgião Bucomaxilo; Renata Santanna Guimarães Araújo- Técnica de Enfermagem; Raphaela Braga Magalhães Almeida-Assessora do Núcleo de Risco; Renato César Vaz de Mello-Médico; Nathália Gonçalves Lemos Pampanelli- Enfermeira; Nilceu Carlos Candian Filho- Técnico de Enfermagem; Valesca Pinto Magalhães Locarno- Enfermeira da CCIH.

-Comissão de Ética Médica: Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais- nº 0006394- Mandato 24/05/2022 a 24/11/2024. Membros efetivos: Dr. Carlos Renato Miranda- Presidente; Dra. Mariana de Almeida Belo- Secretária; Dr. Geraldo Magela Tostes de Faria. Membros suplentes: Dr. Leonardo Oliveira Leite de Souza; Dr. Túlio Marcus Ribeiro Bellard; Dra. Renata Cruz Machado Guido.

- ✓ Regimento Interno: não evidenciado.
- ✓ Última reunião: 22/07/2020- realizam de acordo com a demanda.

-Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS): Ordem de serviço- não evidenciado.

- ✓ Regimento Interno: revisado em 09/07/2021.
- ✓ Últimas reuniões em 24/02/2022, 04/05/2022 e 29/08/2022- trimestrais.

-Comissão de Residência Médica (COREME): Ordem de serviço- não evidenciado.

- ✓ Regimento interno: não evidenciado.
- ✓ Últimas reuniões: não evidenciadas.

7.1. Não conformidades:

-Não evidenciados designações formais de algumas comissões, em desacordo com o art. 17 da RDC 63/2011;

-Não evidenciados regimentos internos de algumas comissões, em desacordo com o art. 9º da RDC 63/2011.

8.CONTRATOS COM SERVIÇOS TERCEIRIZADOS:

Fiscal responsável pela inspeção: Natália Cristina Guimarães Geara.

-Cemig Distribuição S.A.: Serviço de Fornecimento de energia elétrica- Início em 13/11/2021 com vigência até 12/11/2022;



- Shimadzu do Brasil Comércio LTDA:** Manutenção em 3 aparelhos de rx móvel da marca Shimadzu modelo MUX 10. Início em 16/11/2017 com vigência até 16/11/2022;
- Vitae Tecnologia em medicina LTDA- EPP:** Manutenção preventiva e corretiva em ventiladores pulmonares Dixtal. Início em 21/12/2017 com vigência até 20/12/2022;
- X-Service manutenção e comércio de equipamentos médicos EIRELI:** Manutenção preventiva e corretiva de rx fixo da marca VMI, modelo compacto Plus 500. Início em 28/12/2017 com vigência até 27/12/2022;
- Siemens Healthcare Diagnósticos LTDA:** Manutenção preventiva, corretiva e assistência técnica, modalidade Plus, para o equipamento de tomografia, marca Siemens, modelo Somatom Emotion 16 Slice. Início em 30/12/2021 com vigência até 29/12/2022;
- Drogaria e Perfumaria Santa Terezinha de Jesus LTDA-ME:** Aquisição de medicamentos não padronizados. Início em 01/01/2022 com vigência até 31/12/2022;
- PNCQ-Programa Nacional de Controle de Qualidade LTDA:** Serviço de controle de qualidade em análise laboratorial e calibração de pipetas automáticas. Início em 24/01/2018 com vigência até 23/01/2023;
- Air Liquide Brasil LTDA:** Locação de sistema de geração de ar comprimido medicinal, com suprimento secundário através de cilindro, incluindo equipamentos, instalação, manutenção preventiva e corretiva. Início em 27/01/2022 com vigência até 26/01/2023;
- Funerária B. M. LTDA-ME:** Serviço funerário para sepultamento de moradores do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena- CHPB/Fhemig. Início em 02/02/2019 com vigência até 01/02/2023;
- Medcenter Imagem LTDA:** Prestação de serviços de Ressonância Magnética. Início em 18/02/2021 com vigência até 17/02/2023;
- FGF comércio e serviços de esterilização em óxido de etileno LTDA:** Contratação de empresa especializada em prestação de serviços de esterilização por óxido de etileno. Início em 17/03/2021 com vigência até 16/03/2023;
- Pro- Renal centro de nefrologia LTDA:** Contratação de serviço de hemodiálise convencional e hemodiálise lenta e estendida, sistema portátil. Início em 22/09/2020 com vigência até 21/03/2023;
- Centro Barbacenense de Assistência Médica e Social:** Contratação de empresa especializada em prestação de serviços de exames de arteriografia cerebral. Início em 23/10/2021 com vigência até 22/04/2023;





- Rad serviços especializados e comércio LTDA:** Prestação de serviços de assessoria, planejamento e execução permanente do programa de garantia da qualidade (PGQ) de imagens radiográfica e proteção radiológica. Início em 09/05/2019 com vigência até 08/05/2023;
- Ápice Healthcare especializados e comércio LTDA:** Contratação de serviços técnicos de manutenção preventiva e manutenção corretiva com fornecimento de peças preventivas para ventiladores pulmonares. Início em 13/05/2022 com vigência até 12/05/2023;
- Shimadzu do Brasil Comércio LTDA:** Serviço de manutenção e reparo de equipamento de radiologia com fluoroscopia, marca Shimadzu. Início em 17/05/2019 com vigência até 16/05/2023;
- Hospital São Francisco de Barbacena LTDA:** Serviço de Tomografia e Angiotomografia. Início em 23/05/2019 com vigência até 22/05/2023;
- MS serviços de manutenção LTDA:** Contratação de serviços técnicos de manutenção preventiva e corretiva para sistemas de ultrassonografia. Início em 02/06/2022 com vigência até 01/06/2023;
- Validacon soluções integradas em instrumentos de medida LTDA-EPP:** Contratação de empresa especializada em realizar serviços de qualificação/validação térmica e calibração de instrumentos de autoclaves horizontais, autoclave vertical, lavadora termodesinfetadora, lavadora ultrassônica e gabinetes de secagem. Início em 25/06/2022 com vigência até 24/06/2023;
- Mhedica service comércio e manutenção LTDA:** Contratação de serviços de manutenção preventiva, incluindo calibração e teste de segurança elétrica e manutenção corretiva com fornecimento de peças preventivas para a estação anestésica da marca Mindray, modelo Wato EX 35, número de série KG 91003521, patrimônio 19531141. Início em 08/07/2021 com vigência até 07/07/2023;
- GTA- Gestão e tecnologia de alimentos LTDA:** Análise de água. Início em 12/09/2019 com vigência até 11/09/2023;
- AACP serviço ambiental Eireli:** Contratação de empresa especializada na prestação de serviços de limpeza e desinfecção de caixas d'água e reservatórios de água potável. Início em 17/09/2019 com vigência até 16/09/2023;
- Desinsetização Cruz Miranda LTDA-ME:** Contratação de empresa especializada na execução de serviços de controle de vetores e pragas urbanas, compreendendo a desinsetização, desratização, nas áreas internas, externas e periféricas adjacente às edificações. Início em 17/09/2021 com vigência até 16/09/2023;



- Drager indústria e comércio LTDA:** Contratação de serviços de manutenção preventiva, incluindo calibração e teste de segurança, elétrica e manutenção corretiva, com fornecimento de peças preventivas, para estações anestésicas da marca Drager, patrimônios 21088446, 56326769 e 5996. Início em 22/09/2021 com vigência até 21/09/2023;
- Núcleo de diagnóstico por imagem LTDA:** Contratação de serviços de exames de ultrassonografia de diversas partes do corpo incluindo imagens e laudos médicos. Início em 25/09/2021 com vigência até 24/09/2023;
- Extintores prata LTDA- EPP:** Contratação de empresa especializada na prestação de serviços de manutenção em extintores de incêndio de segundo e terceiro nível, inclusive reparar par ao Complexo Hospitalar de Barbacena. Início em 29/09/2022 com vigência até 28/09/2023;
- Air Liquefe Brasil LTDA:** Locação de sistema de geração de vácuo clínico, incluindo equipamentos, instalação, manutenção preventiva e corretiva. Início em 20/10/2021 com vigência até 19/10/2023;
- Mania Soluções em alimentação e serviços LTDA- EPP:** Prestação de serviços de alimentação e nutrição com produção e distribuição de refeições aos pacientes, seus acompanhantes, servidores e crianças da creche. Início em 23/10/2021 com vigência até 22/10/2023;
- Laboratório de Citoanálise LTDA:** Exames Laboratoriais. Início em 26/10/2019 com vigência até 25/10/2023;
- Fujitech equipamentos médicos LTDA:** Contratação de serviços técnicos especializados de manutenção preventiva e manutenção corretiva em equipamentos que compõem os sistemas de vídeo. Início em 28/10/2021 com vigência até 27/10/2023;
- PRN serviços de radiologia Eireli:** Contratação de empresa para prestação de serviços de realização de laudo radiológico, de exame radiológico, tomografia por telemedicina. Início em 01/12/2021 com vigência até 30/11/2023;
- Drager indústria e comércio LTDA:** Manutenção em ventiladores pulmonares Drager. Início em 14/12/2021 com vigência até 09/12/2022;
- White Martins Gases industriais LTDA:** Aquisição de gases medicinais, com comodato e manutenção de cilindro/tanques de armazenamentos por meio de contrato de fornecedores. Início em 18/12/2019 com vigência até 13/12/2022;





- Ortho Clinical diagnósticos do Brasil Produtos para saúde LTDA:** Fornecimento em regime de comodato de reagentes/testes para a realização de exame de bioquímica, drogas terapêuticas e hormônios com pacto adjeto de equipamentos. Início em 01/01/2018 com vigência até 17/12/2022;
- Liga Sistemas de Informática LTDA-ME:** Empresa especializada para fornecimento de licença de uso de Sistema de informação laboratorial (SIL) para as unidades assistenciais, gestão dos processos pré-analítico, bem como implantação, interfaceamento com equipamentos analíticos, interfaceamento com sistemas de informação, treinamento presencial e suporte técnico remoto. Início em 13/01/2021 com vigência até 31/12/2022;
- Organizações RC Eireli-ME:** Alienação de efluentes (revelador e fixador) e resíduos (filmes). Início em 14/01/2021 com vigência até 12/01/2023;
- Werfen Medical LTDA:** Contratação na locação de 17 (dezessete) analisadores automáticos de gases sanguíneos com fornecimento parcelado de reagentes, manutenções preventivas e corretivas, treinamento e interfaceamento dispostos a atender ao Lote 1- Único, manutenção preventiva e corretiva e treinamento de pessoal. Início 10/03/2021 com vigência até 13/01/2023;
- Spectrolab tecnologia científica LTDA:** Prestação de serviços de manutenção preventiva e corretiva em autoclave e termodesinfetadoras com fornecimento de kits preventivos de troca periódica para os equipamentos da marca CIS. Início em 18/03/2021 com vigência até 14/01/2023;
- Laboratórios B Braun S/A:** Locação de bombas e infusão de solução parenteral e dieta enteral com manutenção e fornecimento de equipamentos. Início em 24/03/2020 com vigência até 26/01/2023;
- Spectrolab tecnologia científica LTDA:** Serviços de manutenção preventiva e corretiva em autoclaves, gabinetes de secagem e termodesinfetadoras da marca Baumer em fornecimento de kits preventivos de troca periódica para equipamentos. Início em 10/04/2021 com vigência até 09/04/2023;
- Serquip- Tratamento de resíduos MG LTDA:** Serviços de coleta, transporte, tratamento e destinação final das lâmpadas fluorescentes, led e reatores gerados na rede Fhemig. Início em 02/06/2022 com vigência até 09/03/2023;
- Lav- única lavanderia industrial LTDA – EPP:** Prestação de serviços de lavanderia hospitalar para enxoval próprio nas dependências da contratada. Início em 20/06/2020 com vigência até 17/03/2023;
- A engenharia e construções LTDA:** Prestação de serviços de manutenção predial em ambiente hospitalar, corretiva e preventiva, programada e emergencial, com fornecimento de materiais, ferramentas e



equipamentos nos seguimentos das engenharias civil e elétrica. Início dia 27/06/2018 com vigência até 23/03/2023;

-Vigi & Seg vigilância e segurança LTDA: Serviços contínuos de segurança patrimonial e vigilância armada nas dependências das unidades administrativas e assistenciais, com alocação de mão de obra exclusiva, incluindo fornecimento de uniformes, armamentos e equipamentos auxiliares necessários à viabilização dos serviços. Início em 17/07/2021 com vigência até 23/03/2023;

-Sapra Landauer serviço de assessoria e proteção radiológica LTDA: Serviços de controle de dosimetria industrial. Início em 23/07/2019 com vigência até 26/03/2023;

-4tech manutenção laboratorial, refrigeração e hospitalar LTDA- EPP: Contratação de serviços de manutenção preventiva e corretiva em autoclave de diversas marcas lotadas em estabelecimentos assistenciais. Início em 01/09/2021 com vigência até 09/04/2023;

-Mega Soluções científicas e locação Eireli: Serviços de manutenção preventiva e corretiva em lavadoras ultrassônicas de diversas marcas lotadas em estabelecimentos assistenciais. Início em 09/10/2021 com vigência até 22/04/2023;

-MGS Minas Gerais administração e serviços S/A: Prestação de serviços terceirizados que ocorrerá por preenchimento de postos de serviços do seguimento de limpeza, asseio e conservação, controle de entrada e saída de bens e pessoas, apoio administrativo, operacional e técnico. Início em 01/08/2021 com vigência até 21/05/2023.

-Diamed Latino América S/A: Aquisição de insumos e reagentes de imunohematologia com comodato de equipamentos para a agência transfusional. Início do contrato e vigência, não informados.

9. SERVIÇOS DE RADIODIAGNÓSTICOS:

Fiscal responsável pela inspeção: Natália Cristina Guimarães Geara.

9.1. INTRODUÇÃO:

Serviço de radiodiagnóstico por imagem intra-hospitalar de natureza pública, pertencente ao Centro Hospitalar de Barbacena- CHB, cadastrado no CNES sob o nº 3698548.

Realizam os seguintes exames: radiografia convencional, tomografia, ultrassonografia, ecodopplercardiograma e endoscopia, os atendimentos são somente ao Sistema Único de Saúde-SUS, paciente internados.





9.2.DOCUMENTAÇÃO:

-Comitê de Proteção Radiológica: Wesley da Cruz Soares- Supervisor de Proteção radiológica e responsável técnico do serviço de radiologia; Elaine Cristina de Andrada Melo Alves- Responsável técnico substituta; Gabriela Gonçalves do Nascimento Possa- Supervisora técnica do setor de radiologia; Tânia Michelle da Costa- Representante da Direção; Guilherme Cursio Cassini- Representante da unidade de Apoio ao diagnóstico terapêutico; Mário Sérgio do Prado- Coordenador de perícia médica; Valéria Cristina Silva Dutra- Médica do trabalho; Luiz César Coutinho- Técnico em Segurança do Trabalho; Dilene Andréia Dias Rosa- Representante do Núcleo de Risco; Paulo Roberto Rezende Campos- Representante da Unidade de Terapia Intensiva; Suellen Lilia da Silva Alves- Representante da clínica cirúrgica; Elisa Buscacio Bonato- Representante da Unidade de Urgência e Emergência; Márcio Antônio Resende- Coordenador de Enfermagem; Bruna de Souza Vespoli Carvalho- Auxiliar administrativo do setor de imagem.

-Apresentou contrato com serviços terceirizados.

-Os serviços terceirizados estão regularizados perante a autoridade sanitária, mediante processo de licitação para prestação de serviços no CHB, solicita-se alvará sanitário:

CONTRATO VIGÊNCIA	SERVIÇO TERCEIRIZADO	CNPJ	TIPO DE SERVIÇO
17/02/23	MEDCENTER IMAGEM LTDA	01.664.888/0001-20	Prestação de serviços de ressonância magnética.
22/05/23	HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE BARBACENA LTDA - EPP	03.350.495/0001-77	Contratação de serviço de tomografia e angiotomografia
21/09/22	PRO-RENAL CENTRO DE NEFROLOGIA LTDA	00.244.333/0001-66	Contratação de serviço de hemodiálise convencional e hemodiálise lenta e estendida, sistema portátil
08/05/23	RAD SERVICOS ESPECIALIZADOS E COMERCIO LTDA	20.203.886/0001-88	Contratação de empresa especializada em prestação de serviços de assessoria, planejamento e execução permanente do programa de garantia da qualidade (pgq) de imagens radiográficas e proteção radiológica.
22/10/23	CENTRO BARBACENENSE DE ASSISTENCIA MEDICA E SOCIAL (CEBAMS)	19.557.487/0001-36	Contratação de empresa especializada em prestação de serviços de exames de arteriografia cerebral



24/09/23	NUCLEO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM LTDA (CEDIMAGEM)	01.389.365/0001-12	Contratação de serviços de exames de ultrassonografia de diversas partes do corpo incluindo imagens e laudos médicos para o HRB
27/10/23	FUJITECH EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA	03.606.427/0001-26	Manutenção preventiva e manutenção corretiva em equipamentos que compõem os sistemas de vídeo endoscopia digestiva
30/11/22	PRN SERVICOS DE RADIOLOGIA EIRELI	08.646.447/0001-44	Contratação de empresa para prestação de serviços de realização de laudo radiológico de exame radiológico de tomografia por telemedicina, utilizando sistema pacs e ris.

-Os responsáveis pela realização dos testes de constância, levantamento radiométricos e radiação de fuga possuem habilitação profissional emitida pelo conselho de classe.

-No mês de outubro foram realizados 1.655 (mil seiscentos e cinquenta e cinco) radiografias convencionais, 85 (oitenta e cinco) ultrassonografias, 27 (vinte e sete) endoscopias digestivas e 45 (quarenta e cinco) duplex scan de membros inferiores. A relação dos exames realizados são registradas em livro próprio e em planilha digital.

-Evidenciado inventário dos equipamentos de proteção radiológica, regularizados perante a ANVISA.

9.2.1. Não Conformidade:

-Não evidenciado o Projeto Arquitetônico aprovado, em desacordo com o art. 6º da RDC 611/2022.

-Não evidenciado assentamentos que evidenciem a execução dos Programas de Educação Permanente, Garantia da qualidade e Proteção Radiológica, em desacordo com o item V, art. 17 da RDC 611/22.

9.3. RECURSOS HUMANOS:

-Possui 26 (vinte e seis) técnicos de radiologia; 03 (três) médicos radiologistas; 01 (um) médico endoscopista; 02 (dois) auxiliares administrativos.

-A equipe multiprofissional é dimensionada de acordo com seu perfil de demanda.

-Os procedimentos de radiologia diagnóstica são realizados por profissionais legalmente habilitados para





tais atividades, durante a inspeção foram evidenciados os títulos de qualificações de acordo com os conselhos de classes.

-Responsável legal: Claudinei Emídio Campos/ CPF:040.885.016-75/ RG: M-8489746.

-Responsável técnico habilitado: Wesley da Cruz Soares/Médico radiologista/CRM-MG 6394/ RQE: 48026/ Validade até 17/08/2023.

-Responsável técnico substituto: não evidenciado.

-Supervisor de Proteção Radiológica (SPR): Tiago de Paula Tostes. CRTR nº 05342T. Válido até 16/08/2023.

-Supervisor de Proteção Radiológica substituto: Welton Carlos Paixão Siqueira.

-Todas as pessoas que trabalham com radiação são maiores de 18 (dezoito) anos.

9.3.1. Não conformidades:

-Não possui responsável técnico substituto pelo serviço de radiologia, em desacordo com o inciso 2º do art. 13 da RDC 611/22;

9.4. ROTINAS E PROCEDIMENTOS:

-Os procedimentos operacionais do serviço são: POP 008.1 SPMSSST – Rotinas Gerais de Dosimetria data 0101/15 Revisão 08/01/18; POP 008.3 – Declaração de locais de trabalho 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 Trabalho; 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 diagnóstico - revisão 04/01/21.

-Os procedimentos estão de fácil acesso aos funcionários, em meio físico, disponíveis nos setores de realização de exames, na área administrativa.

- As normas, rotinas, protocolos e procedimentos operacionais estão escritos em linguagem acessível.

-O serviço possui carro de emergência com os produtos, medicamentos e equipamentos para garantir o atendimento de emergência.

-Evidenciadas planilhas de controle de validade dos medicamentos dos carros de emergência, a conferência é realizada pela equipe da farmácia, programada, e se necessário pela equipe de enfermagem.



- O serviço realiza atividade de biópsia guiados por imagem, utilizam materiais descartáveis e os demais equipamentos são reprocessados na CME ou empresa de Óxido de Etileno.
- Na área administrativa possui um exemplar da RDC 611/2022.
- O Programa de Proteção Radiológica (PPR) está implementado parcialmente.
- A equipe está orientada sobre os riscos associados aos processos de trabalho e de suas responsabilidades na proteção dos pacientes e demais envolvidos. Evidenciado capacitação do serviço de segurança do trabalho sobre uso correto de EPI's, e o treinamento anual sobre radioproteção, ministrado pelo RT Wesley da Cruz.
- A equipe executa as atividades conforme as normas e protocolos (POP), porém não evidenciado capacitações para disseminação dos mesmos.

9.4.1. Não conformidades:

- Procedimentos Operacionais padrões desatualizados, em desacordo com o inciso 2º, art. 38 da RDC 611/22;
- Não evidenciados assentamentos sobre capacitação e divulgação dos POPS de radiodiagnóstico, em desacordo com o inciso 3º, art. 38 da RDC 611/22;
- Não evidenciado capacitação a todos funcionários sobre os POP'S, em desacordo com o art. 23 da RDC 611/22.

9.5. PROGRAMA DA GARANTIA DA QUALIDADE:

Fiscal responsável pela inspeção: Natália Cristina Guimarães Geara.

- Possui Programa da Garantia da Qualidade que contempla o Gerenciamento de Tecnologias, revisado em 26/05/2021.
- Todos os produtos sujeito ao controle sanitário estão regularizados na ANVISA e sendo utilizados para s 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, realizado pela empresa Rad





Serviços Especializados e comércio LTDA, CNPJ 20.203.886/0001-88.

Relatórios de Levantamento Radiométrico:

- RX fixo VMI- CM330 -Número de série 0013001418– vigência 02/08/23- INATIVO (SALA B);
- RX fixo SHIMADZU- Radiotex- Número de série 0262A57301- vigência 02/08/2023 (SALA A);
- RX móvel LOTUS- Pégaso Móvel 500- Número de série 0156/1674–não evidenciado-INATIVO;
- RX móvel LOTUS- Pégaso Móvel 500- Número de série 0171/1674– não evidenciado-INATIVO;
- RX móvel LOTUS- Pégaso Móvel 500- Número de série 0157/1674– não evidenciado-INATIVO;
- RX móvel SHIMADZU – Mobileart ECO– Número de série 3YCFC393B016 –vigência 02/08/23;
- RX móvel SHIMADZU – Mobileart ECO– Número de série 3YCFC393B015 –vigência 02/08/23;
- Tomógrafo – Siemens – Somation – Emotion 16 – Número de série 79708–vigência 02/08/23-INATIVO;
- Arco Cirúrgico – GE – Brivo – OEC 850 – Número de série 1425SX8 –vigência 02/08/23;
- Arco Cirúrgico – Siemens – Multimobil SC – Número de série 03365 – vigência 02/08/23.
- Arco Cirúrgico- Philips- Zenition 70- Número de série 2287-vigência 22/03/26;
- Arco Cirúrgico- Philips- Zenition 70- Número de série 2286-vigência 22/03/2026;

Testes de constância:

- RX fixo VMI- CM330 -Número de série 0013001418– vigência 22/08/23- INATIVO (SALA B);
- RX fixo SHIMADZU- Radiotex- Número de série 0262A57301- vigência 22/08/2023 (SALA A);
- RX móvel LOTUS- Pégaso Móvel 500- Número de série 0156/1674–não evidenciado-INATIVO;
- RX móvel LOTUS- Pégaso Móvel 500- Número de série 0171/1674– não evidenciado-INATIVO;
- RX móvel LOTUS- Pégaso Móvel 500- Número de série 0157/1674– não evidenciado-INATIVO;
- RX móvel SHIMADZU – Mobileart ECO– Número de série 3YCFC393B016 –vigência 02/08/23;
- RX móvel SHIMADZU – Mobileart ECO– Número de série 3YCFC393B015 –vigência 02/08/23;
- Tomógrafo – Siemens – Somation – Emotion 16 – Número de série 79708–vigência 03/08/21-INATIVO;
- Arco Cirúrgico – GE – Brivo – OEC 850 – Número de série 1425SX8 –vigência 03/08/21;
- Arco Cirúrgico – Siemens – Multimobil SC – Número de série 03365 – vigência 03/08/21;
- Arco Cirúrgico- Philips- Zenition 70- Número de série 2287-vigência 22/03/2023;
- Arco Cirúrgico- Philips- Zenition 70- Número de série 2286-vigência 22/03/2023;
- Aparelho de ultrassonografia- GE- LOGIQ P5- Número de série 101733SU4- não evidenciado;
- Aparelho de ultrassonografia- GE- LOGIQ P5- Número de série 101981SU9- não evidenciado;

[Handwritten signatures and initials]



-Aparelho de ultrassonografia- Nemi MX- Toshiba- Número de série 99ª1415526- não evidenciado.

-Vídeo endoscopia digestiva- Fujinom/Fujifilm- EPX 2500- Número de série NC471A506- não evidenciado.

-Negatoscópios- Teste de luminância e uniformidade- Documento SEI Nº 35064045- realizados dia 03/08/2021 com vigência até 02/08/2022- NÃO SATISFATÓRIOS.

- Teste de iluminância da sala de laudos- não evidenciado.

- Inventário das vestimentas plumbíferas e laudos das manutenções preventivas: dimensionadas nas salas de radiologia 1 e 2, tomografia, raio-x móvel do pronto atendimento; raio x móvel no centro de terapia intensiva e raio-x móvel nas clínicas cirúrgica e clínica médica e bloco cirúrgico. Aprovados.
- 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. Revisado em 09/09/2021 .
- 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 18 (dezoito) anos.
- Possui mecanismos de avaliação contínua das condições de trabalho sob aspectos radiológicos, laudos de dosimetria estão atualizados, bem como os atestados de saúde ocupacionais. Procedimento Operacional Padrão/ Procedimento sistêmico sobre o uso do dosímetros individual revisão em 04/01/2021 por Eduardo Vianey Faria e Gabriela Gonçalves do Nascimento, aprovado por Wesley da Cruz Soares.
- 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. Realizado reunião do Comitê de radioproteção, na data de 20/10/22 às 14hs solicitando aos coordenadores que “o pedido para RX no leito tenha hipótese diagnóstica e justificativa com a identificação do médico solicitante, com o objetivo de inibir os pedidos desnecessários, tendo como prioridade diagnósticos de Acidente Vascular Cerebral e politraumatismos, e que todo o processo será avaliado.”





-Possui Núcleo de Acesso à Qualidade Hospitalar (NAQH): Ordem de serviço nº 26/2022 de 27 de setembro de 2022, uso de tecnologias e processos de trabalho recentemente, não tendo nenhuma reunião ainda.

9.5.1. Não conformidades:

- Não evidenciado testes de iluminância da sala de laudos, em desacordo com o art. 9 da RDC 611/22;
- PPR desatualizado, não possui validações, em desacordo com o item VII, art.22 da RDC 611/22;
- PPR implementado parcialmente, em desacordo com o item VII, art. 22, RDC 611/22;
- Não evidenciados testes para garantia da qualidade de alguns equipamentos radiológicos e/ou não aprovados/ não satisfatórios, em desacordo com o art.28 da RDC 611/22;
- Não possui protocolo específico para procedimentos em leitos hospitalares ou ambientes coletivos de internação, em desacordo com o art. 60 da RDC 611/22.
- Não comunicado à vigilância sanitária a desativação dos equipamentos de tomografia, raio-x móveis e raio-x fixo, em desacordo com o art. 18 da RDC 611/22.

9.6.PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE:

- Possui Núcleo de Ensino e Pesquisa que é o responsável pela capacitação dos servidores.
- Há assentamentos de capacitações dos profissionais do serviço de radiodiagnóstico, relacionados a controle de infecção hospitalar, segurança do paciente, porém não há temas que abordam especificamente Proteção radiológica, Programa de Garantia da Qualidade, Gerenciamento dos Riscos inerentes às tecnologias e protocolos e procedimentos operacionais

9.6.1. Não conformidades:

- Não evidenciado Programa de Educação Permanente com cronograma definido, em desacordo com o art. 15 da RDC 611/22;
- Não evidenciado registro das capacitações programadas específicas do setor de radiodiagnóstico, em desacordo com o parágrafo 2, art. 15 da RDC 611/22;

9.7. CONTROLE OCUPACIONAL E DOSIMETRIA:

- Os trabalhadores são avaliados periodicamente em relação à saúde ocupacional.
- Indivíduo ocupacionalmente exposto (IOE) 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 necessário investigação e medidas corretivas.
- Os limites de doses anuais 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.
- Cada dosímetro é utilizado por um único usuário, exclusivamente no serviço de saúde ou setor para o qual foi adquirido.
- Em caso de exposição acidental, o dosímetro individual é enviado ao serviço de monitoração individual para leitura em caráter de urgência.
- O responsável legal do serviço providencia investigação dos casos de doses que atingirem ou excederem os níveis de investigação estabelecidos pela Comissão Nacional de Energia Nuclear, ou quando notificado para tanto pela autoridade sanitária competente.

9.8. INFRAESTRUTURA FÍSICA:

- 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.
- Possui condições de acesso para portadores de necessidades especiais na porta do Pronto Atendimento.
- 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 radiológicos, 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 vestimentas para proteção radiológica.
- Possui cartaz de aviso sobre a proibição de acompanhantes durante os procedimentos, sendo permitido somente quando for estritamente necessário.
- Há avisos no tocante da permissão de permanecer somente um paciente por vez e instrução para os casos de mulheres grávidas ou com suspeita de gravidez.

9.8.1. Não Conformidades:

- Os ambientes não estão classificados como áreas livres, em desacordo com o item II, art. 50, da RDC 611/22.
- 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;
- Inexistência de sistema alternativo de energia (gerador), contrariando o inciso II do art. 54 da RDC 330/19;

9.9. 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 antidifusora.
- Equipamentos móveis com cabos disparadores 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 semiredutora, 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.



10. SERVIÇO DE ENDOSCOPIA/COLONOSCOPIA:

Fiscal responsável pela inspeção: Natália Cristina Guimarães Geara.

Instrumento de inspeção: Roteiro Objetivo de Inspeção (ROI) –Anvisa.

-Responsável técnico do serviço de endoscopia: Cristovam Edson Lobato Campos.

RT e "substituto" são legalmente habilitados, porém não foram formalmente designados.

Leonardo Póvoa Brandão executa procedimentos endoscópicos no serviço, mas não é formalmente designado como substituto.

-Procedimento de endoscopia com anestesia não tópica: O serviço de endoscopia do CHB é do tipo II, realizam sedação consciente, com medicação passível de reversão. Possui profissional legalmente habilitado para realizar os procedimentos endoscópicos.

-Dimensionamento da Equipe Assistencial: Os procedimentos são realizados por 01 (um) médico, e auxiliado 01 (uma) técnica de enfermagem diarista. Possui equipe multiprofissional dimensionada de acordo com seu perfil de demanda.

-Padronização de Normas, Rotinas e Procedimentos assistenciais: Dispõe de normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas de todos os processos de trabalho, disponíveis no setor, porém não estão atualizados.

- ✓ POP ENDO-01: Normas para regular prestação de serviço em endoscopia, elaborado em 13/01/2017;
- ✓ POP ENDO- 02: Endoscopia na hemorragia digestiva, elaborado em 24/01/2017;
- ✓ POP ENDO- 03: Endoscopia na ingestão de corpo estranho, elaborado em 06/02/2017;
- ✓ POP ENDO-04: Endoscopia na ingestão de agentes cáusticos e corrosivos, elaborado em 16/02/2017;
- ✓ POP ENDO-05: Encaminhamento de material para anátomo patológico, elaborado em 07/03/2019;
- ✓ POP ENDO-06: Encaminhamento de pinça endoscopia/colonoscopia para desinfecção, elaborado em 12/03/2019 por Bruna de Souza Vespoli Carvalho, aprovado por Gláucia Nepomuceno;
- ✓ POP ENDO-07: Limpeza e desinfecção de aparelhos endoscópicos, elaborado em 01/11/2017, revisado em 11/03/2019;
- ✓ PRS 09: Higienização das mãos, revisado em 01/12/2020;





✓ PRS NSP 004: Notificação de Eventos Adversos, elaborado em 08/04/2019, revisado em 10/04/2021.

- Capacitação Profissional:** As capacitações são realizadas periodicamente, mas com registros ou conteúdos incompletos.
- Registro dos procedimentos:** Os registros estão incompletos e são guardados por cinco anos, mas estão apenas no prontuário do paciente e nos livros de registros.
- Registro das intercorrências e eventos adversos:** Possui registro das intercorrências e eventos adversos, o tipo de intercorrência ou evento adverso, além das medidas de suporte prestadas ao paciente. Os registros são arquivados de forma que permita sua rastreabilidade pelo prazo mínimo de cinco anos.
- Registro de controle dos medicamentos (controle especial):** Possui registro de controle das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. São guardados sob lacre, dentro do carrinho de emergência. Os registros são guardados por mais de dois anos.
- Registro de acidentes ocupacionais:** Possui registro de acidentes ocupacionais, e são arquivados de forma que permita sua rastreabilidade pelo prazo mínimo de cinco anos.
- Documentação e registro de manutenção dos equipamentos:** Vídeo Gastrosκόpio, realizado pela empresa Fujitech, modelo EG-250 WR5, Nº de série 1G397A104, marca Fujifilm/ Vídeo Colonoscópio, realizado pela empresa Fujitech, modelo EC- 250 HL5, Nº de série NC471A506, marca Fujifilm. Aprovados. Manutenção atualizada.
- Orientação aos pacientes:** Há um protocolo escrito no setor de clínica médica sobre o procedimento de colonoscopia. Os procedimentos de endoscopia são orientados aos pacientes de forma verbal.
- Estrutura física do serviço de endoscopia tipo II:** Projeto Básico de arquitetura não evidenciado. Possui sala de procedimentos, arsenal e sala de assepsia e desinfecção de equipamentos.
- Sala de recuperação do serviço de endoscopia:** Ausência de sala de recuperação. Ao término o cliente permanece na sala de procedimentos e posteriormente é encaminhado ao leito.
- Manutenção da Estrutura Física:** Há registro apenas das manutenções corretivas. Piso escuro, pintura predial prejudicada, arsenal com presença de umidade nas paredes.
- Iluminação e Ventilação:** Precárias, que dificultam a realização das atividades, inclusive nas áreas de procedimento. Não possui condicionadores de ar ou exaustor na área de procedimento e arsenal. Há somente uma porta de acesso, não possui janela.



-Sistema Elétrico de Emergência: Dispõe de sistema de energia elétrica de emergência, porém não realiza testes para confirmação de funcionamento do gerador.

-Equipamentos e materiais: Dispõe de equipamentos e materiais necessários para os procedimentos de endoscopia digestiva alta e baixa e colonoscopia, e são verificados periodicamente pela técnica de enfermagem do serviço bem como realizado manutenções preventivas do equipamentos.

-Pré limpeza dos endoscópicos: É realizada imediatamente após a finalização do procedimento com remoção da sujidade da superfície externa e caso possua canais, é realizada a introdução de detergentes sob pressão nos canais do equipamento.

-Limpeza e secagem de equipamentos endoscópicos: Realiza testes químicos para avaliação do processo de limpeza. Os equipamentos são imersos em glutaraldeído.

-Armazenamento dos materiais esterilizados: Os produtos esterilizados são armazenados em local limpo, seco, sob proteção da luz solar direta e submetidos à mínima manipulação.

10.1. Não conformidades:

-Não evidenciados designações formais dos responsável técnico e substituto do serviço de endoscopia, em desacordo com o item XI do art. 3º da RDC 06/13;

-POP's desatualizados, em desacordo com o art.51 da RDC 63/11;

-Os assentamentos das capacitações dos profissionais do serviço de endoscopia, não contemplam todos os temas necessários e não abrange todos os profissionais, em desacordo com o art. 14 e 15 da RDC 06/13;

-Registros dos exames de endoscopia e colonoscopia nos livros não possui data de nascimento e horário do exame, em desacordo com o inciso I do art.6º da RDC 06/13;

-As orientações aos pacientes sobre os procedimentos de endoscopia e colonoscopia são feitas de forma incompleta, em desacordo com o art. 11 da RDC 06/13;

-Estrutura física em desacordo com a legislação – fluxo cruzado, e não evidenciado PBA aprovado, em desacordo com o art. 18 da RDC 06/13;

-Não evidenciado cronograma de manutenção corretiva predial, em desacordo com o art.42 da RDC 63/11.

-Iluminação e ventilação em desacordo com o art.38 da RDC 63/11;

-Não há monitoramento das condições ambientais do armazenamento, em desacordo com o art. 102 da RDC 15/12.





11. CME (CENTRAL DE MATERIAL DE ESTERILIZAÇÃO):

Fiscal responsável pela inspeção: Natália Cristina Guimarães Geara.

Instrumento de inspeção: Roteiro Objetivo de Inspeção (ROI) –Anvisa.

-Profissional responsável: Luciane Aparecida Sandi- COREN-MG 112136.

-Terceirização do processamento: FGF comércio e serviços de esterilização em óxido de etileno LTDA- Contratação de empresa especializada em prestação de serviços de esterilização por óxido de etileno. Início em 17/03/2021 com vigência até 16/03/2023.

-Manutenção de equipamentos: Auto clave horizontal Baumer- Patrimônio 21082308- Modelo HI- realizado manutenção pela empresa 4tech no dia 04/11/2022; Auto clave vertical- Patrimônio 60932724- Modelo AV 75- Fabricante Phoenix- realizado na data de 08/11/2022; Lavadora ultrassônica – Patrimônio 19672438- Fabricante Medisafe- Modelo Sonic Irrigator- realizado pela empresa Mega Soluções científicas e locação Eireli em 10/10/2022; Lavadora termodesinfectoras- Patrimônio 19917244- Modelo K155- Fabricante C/AS- realizado pela empresa Spectro Lab. Em 18/10/2022.

-Capacitação Profissional: Existem apenas alguns registros de capacitações permanentes, porém não direcionadas a temas específicos do setor.

-Padronização de todas as etapas do processamento de produtos para saúde: Possui POP de cada etapa do processamento, porém não está adequado a normatização pertinente e referencial científico atualizado.

-Registro do monitoramento e controle das etapas de limpeza, desinfecção e esterilização: Realiza o registro do monitoramento e controle das etapas de limpeza, desinfecção e/ou esterilização e os dados são arquivados por prazo mínimo de 5 (cinco) anos- Clean Trace, Protein Test.

-Climatização: Não existe sistema de climatização artificial.

-Recepção e conferência de produtos para saúde: Área para recepção é localizada dentro da sala de recepção e limpeza, e dispõe de: bancada com dimensões que permitem conferência dos materiais. Possui recipientes para descarte de materiais perfurocortantes e de resíduo biológico. Confere e registra todos os produtos para saúde recebidos para processamento.

-Barreira Física-área suja e área limpa: Possui sanitário e vestiário exclusivos e distintos de acesso a área limpa.



- Estrutura física:** Possui sala de recepção e limpeza; sala de preparo e esterilização compartilhada com sala de desinfecção química; sala de armazenamento e distribuição de material estéril e área de monitoramento da esterilização. Todas as áreas identificadas e com dimensões conforme a legislação sanitária. Dispõe de estações de trabalho e bancos ergonômicos com altura regulável.
- Iluminação:** Possui sistema de iluminação compatível com suas atividades.
- Manutenção da Estrutura Física:** Conservada, mas não há registro de manutenções preventivas, apenas manutenções corretivas.
- Equipamentos e materiais área suja:** Possui ar comprimido medicinal, gás inerte ou ar filtrado, seco e isento de óleo para secagem dos produtos; lavadora ultrassônica; pistola de água sob pressão para limpeza de materiais com lúmen encontra-se em processo de aquisição.
- Processo de limpeza automatizada:** Limpeza dos produtos para saúde com conformações complexas é precedida por limpeza manual e complementada por limpeza automatizada. Os produtos cujo lúmen seja inferior a 5mm são submetidos a lavadora ultrassônica com conector para canulados e que utilize tecnologia de fluxo intermitente. Realiza monitoramento dos equipamentos automatizados de limpeza dos produtos para saúde.
- Destino dos explantes:** Produtos oriundos de explantes são limpos e esterilizados antes do descarte, mas o processo não está atualizado no POP- PRS/DIRASS, elaborado em 16/12/2014.
- Equipamentos e materiais área limpa:** Equipamentos e materiais da CME constam da lista de inventário e são avaliados sistematicamente quanto ao funcionamento e integridade.
- Processamento de produtos críticos:** São submetidos ao processo de esterilização, após a limpeza e demais etapas do processo, conforme POP's. Realizam o monitoramento do processo.
- Processamento de produtos semi-críticos e desinfecção química:** Todos os produtos semi-críticos passam pela termodesinfecção.
- Embalagem para esterilização:** Utiliza embalagens recomendadas, mas não dispõe de plano contendo critérios de aquisição e substituição do arsenal da embalagem (tecido) mantendo os registros desta movimentação.
- Identificação dos produtos processados:** Feita por meio de rótulos, legível e afixado nas embalagens, com nome do produtos, nº do lote, data da esterilização, data limite de uso, método de esterilização e responsável pelo preparo.





- Monitoramento físico:** Realiza e registra o monitoramento físico (tempo, temperatura e pressão) em cada ciclo de esterilização.
- Monitoramento químico:** Monitoramento do processo de esterilização é realizado em cada carga em pacote teste desafio com integradores químicos (classe 5).
- Teste Bowie & Dick:** Realiza teste para avaliar o desempenho do sistema de remoção de ar da autoclave assistida por bomba de vácuo, no primeiro ciclo do dia.
- Monitoramento biológico:** Dispõe de incubadora de indicador biológico. Monitora diariamente o processo de esterilização com indicador biológico, em pacote desafio, que é posicionado no ponto de maior desafio ao processo de esterilização, definido durante os estudos térmicos na qualificação de desempenho do equipamento de esterilização.
- Resíduos de indicadores biológicos:** Resíduos de indicadores biológicos utilizados como controle e os que apresentam resultado positivo são submetidos a tratamento prévio antes de serem descartados.
- Armazenamento de produtos estéreis:** Sala de armazenamento e distribuição exclusiva e de acesso restrito, dimensionada de acordo com o quantitativo dos produtos. Os produtos estéreis são armazenados em local limpo e seco, sob proteção da luz solar e minimamente manipulados.
- Equipamentos e materiais-armazenamento e distribuição:** Possui equipamento de transporte com rodízio e cestos aramados. As prateleiras são constituídas de material não poroso, resistente à limpeza úmida e ao uso de saneantes.
- Rastreabilidade de produtos esterilizados:** Processo de esterilização é documentado, de modo a garantir a rastreabilidade de cada lote processado.
- Transporte externo:** Transporte em veículo exclusivo, em recipiente exclusivo, rígido, liso, de fechamento estanque, contendo a lista dos produtos e o nome do serviço solicitante.
- Transporte interno de produtos processados:** Transporte de produtos sujos é realizado em recipiente exclusivo, rígido, liso, de fechamento estanque, contendo a lista dos produtos e o nome do serviço solicitante. Transporte de produtos processados é realizado em recipientes fechados e identificados em condições que garantem a manutenção da identificação, integridade da embalagem e esterilidade.
- Equipamentos de proteção individual (EPI):** Possui EPI's em número suficiente e compatível com as atividades desenvolvidas.



-Paramentação: Utilizam vestimentas privativas, touca e calçado fechado em todas as áreas técnicas e restritas, de uso exclusivo para o trabalho e os trabalhadores não deixam seus locais de trabalho com as vestimentas. Serviço de saúde fornece vestimentas privativas e é responsável pelo processamento.

-Limpeza e desinfecção dos ambientes, equipamentos e mobiliários: Ambientes em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade.

11.1. Não conformidades

-Não evidenciados capacitações específicas do setor, em desacordo com o art. 29 da RDC 15/12;

-POP's desatualizados e não evidenciados assentamentos sobre a divulgação ampla, à todos profissionais do setor, em desacordo com o art.51 da RDC 63/11;

-Não possui sistema de climatização artificial, em desacordo com o item 7.5 da RDC 50/02;

-Não evidenciado cronograma de manutenção preventiva predial, em desacordo com o art. 42 da RDC 63/11;

-Não possui plano de substituição das embalagens de tecido, em desacordo com o art. 82 da RDC 15/12;

-Não há registros de limpeza dos ambientes de trabalho e mobiliários, em desacordo o item 13.1 do roteiro B do anexo da RDC 48/00.

12.AGÊNCIA TRANSFUSIONAL:

Fiscal responsável pela inspeção: Francisco Borges. 08/11/2022

- **Nome:** Agência Transfusional Hospital Regional
- **Razão Social:** Fundação Hospitalar de Minas Gerais
- **CNPJ:** 198439290016-97
- **Inscrição Estadual:** Isento
- **Atividade:** Agência Transfusional
- **Endereço:** Av. Quatorze de Agosto S/Nº, Barbacena, MG, CEP: 36202-855
- **Telefone:** 3339-1601
- **Data de Inspeção:** 08/11/2021
- **Inspetor Credenciado:** Francisco Borges, Mat. 27961
- **Alvará Sanitário:** Não possui
- **CNES:** 3698548



- **Responsável Legal:** Guilherme Cúrsio Cassini, Gerente da Linha de Cuidado – CPF: 06405722600
- **Inspeção anterior:** Primeira inspeção

12.1. OBJETIVO DA INSPEÇÃO: Emissão do Alvará Sanitário inicial.

12.2. RESPONSÁVEL TÉCNICO: Marcelo Dias de Castro - CRM-MG: 38410,

12.3. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: Não possui

12.4. PESSOAS CONTATADAS:

Cybelle Maria Loschi Gomes de Assis - Bioquímica: CRFMG - 14467

Guilherme Cúrsio Cassini – Gerente de Linha de Cuidado: CPF - 06405722600

12.5. DESCRIÇÃO DO ESTABELECIMENTO:

A Agência transfusional possui localização intra hospitalar. Realizará testes imuno-hematológicos do receptor, armazenamento de sangue e hemocomponentes, distribuição de sangue somente para o hospital Ibiapaba, hospital IMAIP e hospital da EPCAR, deverá formalizar contratos formais com os estabelecimentos que receberão sangue e hemocomponentes. Realiza sangria terapêutica e não realizará os demais procedimentos especiais em transfusão, transfusão autóloga, transfusão domiciliar, e não prestará serviços a terceiros. Não foi apresentado até o momento da inspeção projeto arquitetônico aprovado e a infra-estrutura física encontra-se em boas condições de conservação. Possui os seguintes equipamentos: 01 banho maria, 01 centrífuga para tubo, 01 incubadora, 01 centrífuga de placa, 01 câmara de reserva, 01 câmara para armazenar sangue e hemocomponentes e 01 câmara para armazenar insumos(reagentes), 02 freezers. Deverá apresentar registro de controle de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos quando for necessário e de acordo com o manual do fabricante. Deverá providenciar mecanismos de combate a insetos e roedores. O estabelecimento conta com área específica para armazenamento de produtos, reagentes e insumos, a área técnica é separada da área de armazenamento dos produtos, insumos e reagentes. Os técnicos deverão seguir as orientações dos fabricantes. Deverá realizar monitoramento e controle diária de temperatura dos equipamentos que necessitarem.



12.6. REGISTROS:

Deverá providenciar sistema de codificação desde a coleta(chegada) até a liberação, que garante a rastreabilidade do produto e do pessoal responsável técnico. Documentação que envolve cada doação e transfusão tem de ser arquivada por 20 anos. Deverá providenciar um sistema que garanta a segurança dos dados e informações.

12.7. Estrutura física:

Não foi apresentado, no momento da inspeção, projeto arquitetônico aprovado pelo órgão competente. A edificação estava em bom estado de conservação e limpeza. O local foi adaptado para o desenvolvimento das atividades.

12.7.1. Não conformidade:

-Não foi apresentado, no momento da inspeção, projeto arquitetônico aprovado pelo órgão competente(DIEF/SES/SVS), RDC 50/02.

12.8. Equipamentos e dispositivos:

Possui sistema emergencial de energia elétrica(gerador). Equipamentos de combate a incêndio dentro do prazo de validade. Deverá realizar calibração e aferição periódica dos equipamentos por empresa credenciada. Foi apresentado plano de contingência em caso de falta de energia elétrica. Deverá elaborar cronograma de manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos. Quando houver terceirização de serviços, estes serão realizados mediante a contratos entre as partes interessadas.

12.9. Biossegurança:

Possui POPs que contemplam medidas de biossegurança. EPIs e EPCs de acordo com a legislação vigente. Procedimentos de limpeza, desinfecção e esterilização, saneantes e antissépticos regularizados junto a ANVISA e corretamente identificados. Todos os técnicos deverão ser treinados com relação a biossegurança. Os saneantes manipulados estão rotulados de forma a garantir sua identificação, com data de manipulação, data de validade e responsável pela manipulação.

12.10. Hemovigilância:

O prontuário do paciente e a ficha de transfusão deverá possuir as informações relativas à reação transfusional e, quando couber, a conduta adotada; Capacitação de profissionais para a detecção e





condutas frente a eventos adversos; A agência deverá elaborar procedimentos para resolução em casos de reações transfusionais que inclui a detecção, tratamento, prevenção. Deverá notificar eventos adversos ao NOTIVISA, mesmo que a informação seja repassada ao hemominas.

12.11. Retrovigilância:

Deverá engendrar e estabelecer procedimentos para investigação de retrovigilância; Providenciar contrato formal entre o fornecedor de hemocomponentes e o serviço transfusional; Convocar o doador sob investigação para coleta de 2ª amostra e no caso de soroconversão confirmada, o seu registro de forma a bloqueá-lo para doações futuras. Comunicar à VISA competente do processo de investigação instaurado.

12.12. Gestão de qualidade:

- Possui pessoal qualificado/treinado, entretanto e existe profissional para supervisionar todas as etapas do ciclo de sangue; Possui POP técnico e administrativo elaborados de acordo com normas técnicas vigentes; Documentos de fácil leitura, legíveis e claramente definidos; Deverá avaliar sistematicamente todos os procedimentos adotados pelo serviço, principalmente no caso de alterações de processos; Foi apresentado os certificados de treinamento do pessoal pelo Hemominas; Possui procedimentos escritos para lidar com reclamações e registrados em caso de produtos não conformes; Deverá validar todos os processos considerados críticos para a garantia de qualidade dos produtos e serviços, antes de sua introdução e sempre que alterados. Pop técnico assinado pelo RT e supervisor da área. Deverá apresentar estrutura organizacional com responsabilidade definida para cada setor do serviço. Para garantir a qualidade do serviço, a auditoria interna deverá ser realizada e registrada. Todos os documentos pertencentes ao serviço deverão ser precedidos de comprovação e aprovação, datados e assinados por pessoal autorizado. Estabelecer e registrar procedimentos para tratamentos de não conformidades e medidas corretivas, e para identificar e notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária não conformidades relacionadas a qualidade e segurança de produtos. Possui profissional para supervisionar todas as etapas do ciclo de sangue durante todo o horário de funcionamento do setor (RDC 34/2014, art. 6º, parágrafo único). Todo insumo, produto para saúde deverá ser adquirido mediante a qualificação de fornecedores.



12.13. Depósito de Materiais, Insumos e Reagentes:

Não possui área segregada para o depósito de materiais, insumos e reagentes; A área utilizada para a realização dos procedimentos estava em bom estado de conservação, organizada e com higiene, sistema de controle de temperatura, umidade e de ventilação ambiente; Elaborar mecanismos de combate de animais sinantrópicos; Controle de entrada e saída de material, será realizado de acordo com legislações e normas técnicas vigentes, devidamente registradas, com prazo de validade; Ordenamento e racionalidade no armazenamento dos materiais: Parâmetros: Condições de conservação, prazo de validade; Insumos termolábeis, fotossensíveis e outros produtos críticos armazenados na temperatura especificada pelo fabricante e não expostas ao sol; Insumos registrados e/ou autorizados pelo órgão de saúde competente, dentro do prazo de validade e armazenados de acordo com especificação do fabricante; Inspeção dos produtos e insumos no recebimento, a fim de comprovar se os mesmos estão dentro das especificações estabelecidas. Os POP'S foram apresentados atualizados e disponíveis. A área para a guarda de alíquotas deverá ser específica e identificada.

12.14. Procedimentos Gerais:

POP disponível; As atividades deverão ser executadas conforme o POP; A requisição de transfusão deverá conter todas as informações preconizadas pela legislação; O PFC e o CRIO descongelados, quando em banho maria, em T^o que não poderá exceder a 37^oC, com bolsa que não entra em contato com a água e ser transfundida até, no máximo, 24h quando armazenado a 4^oC mais ou menos 2^oC; O transporte e acondicionamento de hemocomponentes e amostras de pacientes para testes pré transfusionais serão em recipientes rígidos, fechados e por pessoal treinado(Hemominas); As atividades do comitê transfusional deverão ser registradas; A ficha do receptor deverá conter registros dos testes pré transfusionais, data e identificação dos hemocomponentes transfundidos, antecedentes de reações adversas à transfusão, quando houver. No registro das atividades do comitê transfusional constará a assinatura do médico responsável.

12.15. Teste pré transfusionais:

Na chegada da bolsa, deverá ser realizada inspeção visual atentando para coloração, integridade do sistema fechado, hemólise ou coágulos, data de validade, antes da seleção de hemocomponentes; A coleta de amostras do paciente será realizada por profissional capacitado; O tubo da amostra será





identificado corretamente no momento da coleta e de acordo como preconizado pela legislação; Guardar as alíquotas do soro ou plasma do receptor e segmentos das bolsas transfundidas, em Tº de 2C a 6ºC por pelo menos 72 horas; Tipagens ABO direta do receptor, reversa do receptor, RhD na amostra do receptor utilizando o método Gel teste e em caso de RhD negativo, pesquisar o D fraco ou transfundir Rh negativo; Utilizar a critério na rotina, os soros para anti-RhD e controle RhD do mesmo fabricante e pelo método gel teste; Realizar a retipificação ABO(direta) e RhD no sangue do doador(prova cruzada) e também pesquisar o PAI nas amostras dos receptores, conforme protocolo aprovado. Adotar procedimento para resolução de discrepância ABO, RhD, com resultados anteriores, caso permaneça a discrepância ligar RhD negativo; Realizar prova de compatibilidade para hemocomponentes eritrocitários e os ensaios serão realizados com rigor conforme o fabricante; Elaborar protocolos e registros dos ensaios realizados; Realizar controle de qualidade interno com amostras comerciais; As não conformidades identificadas serão repassadas ao Hemominas; Participar do controle externo de qualidade; O CEQ deverá ser realizado nas mesmas condições e procedimentos adotados na rotina laboratorial; Realizar o controle de qualidade de reagentes, incluindo inspeção visual, lote a lote e por remessa de reagentes em uso a fim de comprovar se os mesmos estão dentro do padrão do fabricante. Deverá conter nos registros dos ensaios, nome do fabricante, número do lote, prazo de validade e em alguns casos, identificação do responsável pela execução; Deverá estabelecer registro das ações corretivas em caso de não conformidades no CIQ e no CEQ. No que couber deverá ser realizada pesquisa de D fraco, caso contrário transfundir o RhD negativo.

12.16. Ato transfusional:

Procedimento será realizado sob supervisão técnica; Pessoal qualificado e capacitado; A etiqueta para liberação da bolsa de sangue para a transfusão deverá conter: identificação numérica do receptor(nome completo, nº de registro e localização – enfermaria, leito, grupo ABO, RhD do receptor, nº de identificação do hemocomponentes com grupo ABO, RhD, data e nome do responsável pela realização dos testes e sua liberação para o uso, data do envio do hemocomponentes para a transfusão, conclusão dos testes; A etiqueta será afixada na bolsa até o término da transfusão sem obstruir as informações da bolsa; Confirmará antes do início da transfusão a identificação do paciente, dados do rótulo de identificação e etiqueta de liberação da bolsa e inspeção visual; Possui condições adequadas de armazenamento antes da transfusão; Durante a transfusão haverá acompanhamento por profissional habilitado e capacitado à beira do leito durante os primeiros 10 minutos e monitoramento periódico do paciente durante o ato



transfusional; Deverá ser respeitado o tempo máximo de infusão de unidades de sangue e hemocomponentes até quatro horas; Registrará no prontuário do paciente, sinais vitais no início e no final da transfusão, data da transfusão, hora do início e final, identificação do profissional que realizou o procedimento e quando ocorrer, reações adversas; Origem e os números das bolsas; Arquivará todos os registros pertinentes a transfusão conforme legislação vigente. Providenciar protocolos de controle das indicações de uso e do descarte de hemocomponentes.

12.17. Procedimentos de testes pré transfusionais em RN até 4 meses:

Não realizará.

12.18. Sangria terapêutica:

Estabelecer protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para sangria terapêutica; O procedimento deverá ser realizado mediante solicitação do médico assistente e avaliação e aprovação do médico do serviço.

12.19. Conclusão:

A instituição possui condições para iniciar as atividades. A não conformidade detectada é passível de correção e será apazada no termo de notificação expedido para a instituição Hospital Regional(FHEMIG) e será objeto de negociação entre a chefia da VISA do Município de Barbacena e a direção do estabelecimento em questão.

Francisco Borges

Fiscal Sanitário

Mat. 27961/01.





12.20. TERMO DE NOTIFICAÇÃO

12.21. DADOS CADASTRAIS:

- **Nome:** Agência Transfusional Hospital Regional
- **Razão Social:** Fundação Hospitalar de Minas Gerais
- **CNPJ:** 198439290016-97
- **Atividade:** Agência Transfusional
- **Endereço:** Av. Quatorze de Agosto S/Nº, Barbacena, MG, CEP: 36202-855
- **Telefone:** 3339-1601
- **Inspetor Credenciado:** Francisco Borges, Mat. 27961/01
- **CNES:** 3698548
- **Responsável Legal:** Guilherme Cúrsio Cassini, Gerente da Linha de Cuidado – CPF: 06405722600
- **Responsável Técnico:** Marcelo Dias de Castro, CRMMG: 38410

Pela presente notificação, o responsável técnico pelo o referido estabelecimento fica obrigado a corrigir as **não conformidades** detectadas durante inspeção a contar do recebimento desta, nos prazos estabelecidos abaixo, sendo que as mesmas serão verificadas pela equipe técnica da Vigilância Sanitária Municipal de Barbacena.

O não cumprimento das não conformidades acarretará em infração sanitária de acordo com a Lei Estadual 13317/99.

180 dias:

- Providenciar projeto arquitetônico aprovado pela DIEF/SES/SVS, RDC 50/02.

Barbacena, 09 de novembro de 2022

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

Janaína Martins Fernandes Sanson
Chefe da Visa Municipal
SESAP/ Barbacena

Marcelo Dias de Castro
Médico Responsável Técnico/AGT.
CRMMG: 38410

Ciente / / .



13. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI):

Fiscais responsáveis pela inspeção: Janaina Martins Fernandes Sanson.

Localizada em frente ao bloco cirúrgico, possui 10 leitos de unidade de terapia intensiva adulto, considerando adulto a partir de 13 anos de idade, sendo um leito de isolamento. Possui 15 respiradores, 55 bombas de infusão, 10 camas com grades, 15 monitores multiparâmetros, 2 carrinhos de emergência, 2 ressuscitadores/ cardioversor.

Enfermeira responsável técnica: Luciana Aparecida Martins COREN-MG 192489, pós-graduada 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 com carga semanal de 24 horas, tendo um médico que passa pela manhã sem carga horária e nomeação Dimas Pires Teixeira.

Possui fisioterapia no período de 24 horas, sendo a coordenadora Tânia Fernanda Rodrigues Gonçalves - Crefito: 86568 durante a inspeção se encontrava ausente das atividades sem substituição e cumprindo a responsabilidade com carga horária de plantonista.

Possui POP's e Bundles aprovados pela CCIH e disponível para todos os funcionários por meio eletrônico todos desatualizados. 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 com acompanhamento da psicóloga e nos finais de semanas e feriados pela enfermeira de plantão com duração de trinta minutos onde é passando o estado do paciente.

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, agência transfusional 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.

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 individualizado, pisos, paredes e tetos de fácil higienização, janelas teladas.

13.1. Não Conformidades:

- Não possui RT substituto designado formalmente em desacordo a RDC 7/2010, art 13;
- Não evidenciado a atuação da responsável da fisioterapia e nem sua substituição em desacordo a RDC 7/2010 art. 3.
- Não evidenciado profissional da higienização exclusivo no plantão noturno em desacordo a RDC 7/2010, art .14.
- Não evidenciado cronograma de capacitações de forma permanente em desacordo a RDC 7/2010, art 17 e RDC 63/2011, art 32.
- Não evidenciado registros da equipe multidisciplinar no prontuários em desacordo a RDC 07/2010 e discussão dos casos. em desacordo a RDC 07/2010, art 22 e 23.
- Não evidenciado normas, procedimentos e rotinas atualizados, incorporação de novas tecnologias em desacordo a RDC 7/2010 art 8 e 9.
- Foi evidenciado rasuras no prontuário dos pacientes em desacordo a RDC 7/2010, parágrafo único do art 23.
- Não foi evidenciado critérios de admissão e alta dos pacientes em desacordo a RDC 7/2010, art 27.
- Evidenciado tomadas sem identificação em desacordo a RDC 63/2011, art 35



- Não evidenciado manutenção preventiva e limpeza dos ar condicionado em desacordo a RDC 07/2010, art 55.
- Não evidenciado cronograma das manutenção preventivas dos equipamentos em desacordo a RDC 7/2010, art 55 e parágrafo único.
- Não evidenciado procedimentos operacionais padrões validados pela CCIH na limpeza e desinfecção das superfícies em desacordo a RDC 07/2010, art 14;
- Não evidenciado capacitação dos profissionais de limpeza e desinfecção da MGS, em desacordo a RDC 7/2010, art 14 inciso VII;
- Não evidenciado uma clareza nas atividades do gerenciamento de risco no setor em desacordo a RDC 7/10, art 33,35,36;
- Não evidenciado análise do monitoramento dos indicadores do setor , somente de forma quantitativa sem proposta de melhoria da assistência em desacordo a RDC 7/2010, art 48.
- Não evidenciado manutenção preventiva em sua totalidade em desacordo a RDC 7/2010, art 55.

13.2. Entrada

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

13.3. 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.

13.4. 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.

13.4.1. Não conformidades:

- Espaço em desacordo com a RDC 50/02.



13.5. 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, armário individualizado para guarda de pertences dos servidores. Roupas de cama fornecida pela instituição.

13.6. 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.

13.7. 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.

13.8. Copa

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

13.9. 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.



13.10. 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.

13.10.1. Não conformidades:

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

13.11. Rouparia

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

13.11.1. 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.

- Evidenciado guarda de material junto a rouparia em desacordo a RDC 06/12





13.12. 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.

13.13. 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.

13.14. 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.

13.14.1. Não Conformidades:

- Evidenciado chuveiro somente em um dos sanitários, em desacordo a RDC 63/11, art. 17:

13.15. 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.

13.16. 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.

14. SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (SND):

Fiscal responsável pela inspeção: Luiz Antonio de Siqueira Rodrigues.

14.1. Edificação, instalação, equipamento, móveis e utensílios:

O SND (serviço de nutrição e dietética) do Hospital Regional de Barbacena José Américo, é responsável pela manipulação de dietas livres orais para os pacientes, bem como dietas líquidas, leves,



pastosas, livres e brandas. O hospital possui contrato com empresa especializada na prestação de serviço na preparação de refeições para operar na referida unidade. A empresa Mania Soluções em Alimentação e Serviços Ltda (ALIMENTE) é a responsável pelos procedimentos e serviços oferecidos pela unidade. São oferecidos em média por dia 275 desjejuns, 50 refeições, 230 lanches, 100 ceias, 90 almoços e 110 jantares.

As refeições são produzidas no SND da FHEMIG, localizado na rua Presidente Gaspar Dutra, bairro Grogotó e seu transporte é realizado por veículos transportadores de alimentos.

As instalações são projetadas de forma a possibilitar um fluxo ordenado e sem cruzamentos em todas as etapas de preparação dos alimentos. Sua estrutura é dividida em setores: área de higienização de talheres e bandejas, área de pré-preparo de hortifrúti, área de apoio e porcionamento, montagem de carrinho, Expurgo/DML, depósito de lixo, área de cocção, depósito, área de montagem de lanches, preparo de dietas e sobremesas, área de distribuição e sala da nutricionista.

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

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

As instalações físicas são compostas por pisos e paredes de material liso, resistente impermeável de cor clara e de fácil higienização, porém foi observado durante a inspeção que não são mantidos íntegros, conservados, livres de rachaduras, trincas, descascamentos ou qualquer outra imperfeição que possa dificultar sua higienização. **Todas as áreas do SND necessita de reformas urgentes, foi observado: parte elétrica em estado precário, pisos necessitando serem trocados, paredes com infiltrações, descascamentos e bolores, teto com vazamento cobertos por materiais como forro em PVC e telhas.**

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 em sua maioria, **mas foi verificado que algumas telas necessitam de troca ou melhor higienização, foi observado também que a porta de entrada dos alimentos necessita de reparos, pois a mesma encontrava-se com defeito em seu fechamento.**



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 não são apropriadas para a área não sendo protegidas contra quedas e explosões acidentais.**

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

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

Possui instalações sanitárias exclusivas para os funcionários e com separação por sexo. O mesmo se encontrava devidamente organizado, **porém, necessitando ser higienizado no ato da inspeção.** 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 substancias 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.



14.2. Higienização das instalações, equipamentos, móveis e utensílios:

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

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.

14.3. 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 (Convet Inset), com data de validade vigente, vencimento em:17/12/2022. Procedimentos realizados com produtos desinfestantes regularizados pelo Ministério da Saúde.

14.4. Abastecimento de água:

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



14.5. 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.

14.6. Manipuladores:

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

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

14.7. 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 (metal), respeitando o espaçamento



mínimo entre a parede/fardos, necessário para garantir adequada ventilação, limpeza e, quando for o caso desinfecção do local.

14.8. Preparação do alimento:

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

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

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

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

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

14.9. 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: Livia Maria Castro e Mello – CRN 21463.

14.10. Recursos Humanos:

- 05 nutricionistas;
- 13 cozinheiros;
- 20 Auxiliares de cozinha;
- 18 copeiros;
- 4 operacional de Limpeza;
- 01 Açougueiro;
- 01 auxiliar de açougue;
- 01 Técnico em nutrição;
- 02 Estoquistas;
- 01 Auxiliar de compras;
- 01 Gerente de unidade;
- 03 Feristas;

14.11. Documentação apresentada:

- Certificado de dedetização – CONVET INSET – 17/12/2022;
- Laudo de potabilidade da água – GTA – 23/06/2022;



- Análise da água coletada no SND – ANALYSIS – COLETADA EM 29/11/2022;
- Certificado de higienização da caixa de água – AACP AMBIENTAL – 31/12/2022;
- Reservatório de água do Hospital – FUNCIONÁRIOS DA FHEMIG;
- Controle de entrega de refeições;
- Planilhas de higienização por setores – ATUALIZADAS;
- Livro de ocorrências – PREENCHIDO DIARIAMENTE POR PLANTONISTAS;
- Planilhas de temperaturas equipamentos e alimentos – ATUALIZADA;
- Exames médicos dos manipuladores – MF MEDICINA DO TRABALHO;
- Registros de treinamentos – BOAS PRÁTICAS – 29/08/2022;
- Controle de amostras – GTA – 24/02/2022;
- Limpeza da caixa de gordura – HIDRÁULICA BEIJA FLOR CONSERVADORA – 15 EM 15 DIAS;
- Manual de boas práticas;
- Comprovantes de manutenção e calibração dos equipamentos – CONRADO MÁQUINAS;
- POP's (Procedimentos Operacionais Padronizados);
 - ✓ POP 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.
 - ✓ POP 5: DTA's

14.12. Não Conformidades:

- As instalações físicas como piso, parede e teto devem possuir revestimento liso, impermeável e lavável. Devem ser mantidos íntegros, conservados, livres de rachaduras, trincas, goteiras, vazamentos, infiltrações, bolores, descascamentos, dentre outros e não devem transmitir contaminantes aos alimentos. Todas as instalações necessitam de reparos urgentes, e no momento da inspeção está em desacordo com a RDC 216/04, item 4.1.3.
- As instalações elétricas devem estar embutidas ou protegidas em tubulações externas e íntegras de tal forma a permitir a higienização dos ambientes. Vários pontos do SND necessitando de reparos, estando em desacordo com a RDC 216/04, item 4.1.9.





- As áreas internas e externas do estabelecimento devem estar livres de objetos em desuso ou estranhos ao ambiente. Foi observado no ato da inspeção materiais precisando ser descartados na área externa, estando em desacordo com a RDC 216/04, item 4.1.7.
- As instalações, os equipamentos, os móveis e os utensílios devem ser mantidos em condições higiênico-sanitárias apropriadas. Foi observado durante a inspeção que alguns equipamentos necessitam de higienização mais rigorosa, estando em desacordo com a RDC 216/04, item 4.2.1.
- As portas e as janelas devem ser mantidas ajustadas aos batentes. As portas da área de preparação e armazenamento de alimentos devem ser dotadas de fechamento automático. As aberturas externas das áreas de armazenamento e preparação de alimentos, inclusive o sistema de exaustão, devem ser providas de telas milimetradas para impedir o acesso de vetores e pragas urbanas. As telas devem ser removíveis para facilitar a limpeza periódica. Durante a inspeção foi observado portas abertas durante a manipulação de alimentos, telas necessitando de reparos e higienização, estando em desacordo com a RDC 216/04, item 4.1.4.
- Ausência de Alvará sanitário em desacordo com o Código Estadual de Saúde – Lei 13317/99.

OBS: A empresa Mania Soluções em Alimentação e Serviços Ltda (ALIMENTE) é a responsável pelas refeições do HRB e FHEMIG. Está localizada dentro das dependências da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG – Barbacena.

Após inspeção sanitária realizada "in loco", foi observado que as instalações físicas não atendem as normas sanitárias vigentes, sendo portanto imprescindível sanar tal inconformidade em caráter de urgência.

15. CCIH (COMISSÃO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR):

Fiscais sanitários responsáveis pela inspeção: Janaina Martins Fernandes Sanson.

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

Enfermeira responsável: Valesca Pinto Magalhaes Locarno, 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, em 26/08/22, porém houve uma transferência do auxiliar administrativo permanece 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 vem participando 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, com ausência de algumas assinaturas.

A limpeza do hospital é terceirizada, empresa MGS, os quais realizam seus próprios treinamentos, não possui integração estabelecida com a CCIH de todo processo de trabalho. A empresa MGS 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 se encontra desatualizados 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.

As notificações, busca ativa, investigações de doenças compulsórias são realizadas pelo núcleo de vigilância epidemiológica hospitalar que deu início desde ano com parceria com a CCIH.

15.1. Não conformidades:

-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 portaria 2616/1998.

-Não evidenciado manual de biossegurança, em desacordo com a RDC 63/2011.

-Não evidenciado a parceria e monitoramento da higienização hospitalar com a empresa terceirizada MGS em desacordo a portaria 2616/1998, art. 7.3.

-Não evidenciado registro das visitas técnicas aos setores em desacordo a portaria 2616/98, art 7.3

-Não evidenciado a disseminação dos indicadores das infecções hospitalares entre aos colaboradores nos setores em desacordo a portaria 2616/98, art.5.14.

16. SAME (SERVIÇO DE ARQUIVAMENTO MÉDICO ESPECIALIZADO).

Fiscal responsável pela inspeção: Silvio Carlos Souza de Oliveira.

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



isso temos o ano de 2015 e 2014 que estão guardados mas não organizados, até o presente momento o SAME não possui de sala própria para arquivamento onde ocorrem de trocas podendo desorganizar os prontuários. Em média 700 prontuários são arquivados por mês.

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

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

17. CENTRO CIRÚRGICO:

Fiscal sanitário responsável pela inspeção: Janaina Martins Fernandes Sanson.

Coordenadora do Setor: Suellen Lilia da Silva Alves – COREN –MG198646.

A Estrutura física do setor é exclusiva, porém, não apresenta todos os ambientes estabelecidos em legislação.

A maior parte da estrutura física apresenta –se danificada, sinais de degradação.

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.

Cada sala cirúrgica dispõe de: mesa cirúrgica c/ comandos de posições na cabeceira ou mesa própria p/ a especialidade cirúrgica; mesas auxiliares p/ o instrumental; mesa p/ o anestesista; aparelhos de anestesia, respiradores, foco cirúrgico, bisturi elétrico; suportes de soro, monitores, pontos para oxigênio e vácuo centralizado, ar comprimido medicinal e baldes para resíduo.

Sala de recuperação anestésica possui materiais e equipamentos de acordo com a complexidade e o perfil da demanda, regularizados junto à ANVISA. Possui: equipamento p/ monitorização de sinais vitais, oximetria de pulso; cama com grade; central de O2, carrinho de emergência, ar comprimido medicinal e vácuo.





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

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

O Dimensionamento por parte dos anestesista atende mais de uma sala, simultaneamente.

Foi evidenciado alguns registros de capacitações permanentes de todos os profissionais.

Normas, procedimentos e rotinas descritas porém, não se encontra atualizada e estão sem aprovação.

Evidenciado EPI'S incompletos com ausência de uniforme privativo do setor.

Existe lavabos cirúrgicos e degermação das mãos da equipe.

Há sistema de climatização artificial por sala, porém sem devidos registros e/ou não existe controle de qualidade.

Possui materiais e equipamentos de acordo com a complexidade e o perfil da demanda, regularizados junto à ANVISA. Possui: equipamento p/ monitorização de sinais vitais, oximetria de pulso; cama com grade; central de O2, carrinho de emergência, ar comprimido medicinal e vácuo.

A limpeza e desinfecção do setor se encontra em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade. Utiliza produtos saneantes de uso profissional/hospitalar registrados na ANVISA.

Existe protocolo da cirurgia segura atualizado, disponível e implantado na unidade, incluindo orientação para aplicação do check list de cirurgia segura em três momentos, atendendo a todos os itens de segurança cirúrgica nas etapas: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente deixar a sala de cirurgia. Existe registro de capacitação dos profissionais da unidade, não em sua totalidade e categoria profissional (todos os turnos) sobre o protocolo. Os eventos adversos relacionados aos erros cirúrgicos e os óbitos decorrentes destes eventos são notificados internamente ao NSP.



17.1. 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.

17.1.1. Não Conformidades:

- Evidenciado guarda de prótese em armário com parte administrativa em desacordo a RDC 15/12.

17.2. 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.

17.3 Sala anexa

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

17.4. 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.

17.4.1. Não conformidades:

- Foi evidenciado corpo clínico sem paramentação dentro do setor, em desacordo com a portaria 2616/1998.



17.5. 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.

17.6. DML

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

17.6.1. Não conformidades:

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

17.7. 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 antissépticos, sabonete, e escova para lavagem das mãos. Duas lixeiras com tampa e pedal, para resíduos contaminados e comuns.

17.8. Copa

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

17.9. Salas cirúrgicas:

17.9.1.Sala Cirúrgica 1

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



17.9.2. 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.

17.9.3. Sala Cirúrgica 3

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

17.9.4. Sala cirúrgica 4

Possui porta com duas bandeiras, com abertura de ambos os lados e visor; tomadas identificadas, sistema de ventilação por ar condicionado 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,

17.10. Sala de materiais/acessórios de equipamentos:

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

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



17.11. 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.

17.12. 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,

17.12.1. Não conformidades:

-Área de escovação das mãos não possui torneira com acionamento automático, que dispense a utilização das mãos, 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;

-Médicos sem roupa privativa dentro do setor em desacordo a RDC

17.13. Recuperação Pós Anestésica (RPA)

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



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

17.13.1. Não conformidades:

- Foi evidenciado lâminas e cabo de laringoscópio expostos sem data de desinfecção, em desacordo com a RDC 63/2011.
- Foi evidenciado rasuras e ausência de conferência no formulário de temperatura do ambiente, em desacordo com a RDC 63/2011.
- Evidenciado descanso de enfermagem na mesma sala de RPA com pertences de colaboradores, em desacordo com a RDC 50/2002.
- Evidenciado POP desatualizados em desacordo a RDC 63/2011, art 51.
- Evidenciado cadeira de praia, ventilador na sala RPA; em desacordo a RDC 50/02
- Evidenciado colchão no chão servindo como cama de servidor, em desacordo a RDC 50/02
- Evidenciado conforto de equipe cirúrgica na sala de RPA, inclusive durante a inspeção em desacordo a RDC 50/02.
- Evidenciado recipiente das peças para anatômico no expurgo sem local apropriado em desacordo a RDC 63/11art 5.
- Evidenciado estrutura física danificada em desacordo a RDC 50/02.
- Não evidenciado cronograma das manutenções preventivas em desacordo a RDC 63/11, art 23.
- Inexistência da calibração dos equipamentos em desacordo a RDC 63/11 art 2.
- Evidenciado descarte inadequado no coletor de perfuro- cortante em desacordo a RDC 222/18.
- Não evidenciado a disseminação da segurança do paciente junto aos servidores em desacordo a RDC 36/13.
- Não evidenciado que o setor controla os indicadores como ferramenta de melhoria em desacordo a RDC 63/11, art. 62.

18. SERVIÇO DE MANUTENÇÃO:

Fiscal responsável pela inspeção: Silvio Carlos Souza de Oliveira.



18.1. 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.

18.2. 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.

18.3. Sala Administrativa

Possui sala administrativa e para atendimento.

18.4. 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.

18.5. Condições organizacionais

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

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

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



19. NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE:

Fiscal Responsável pela Inspeção: Janaína Martins Fernandes Sanson.

19.1. Condições Organizacionais

Programa de Segurança do paciente elaborado com a colaboração do hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo, vigente a 6ª edição, elaborada em 2022. 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 Claudinei Emídio Campos, com Ordem de serviço em 2129/22 em 25/08/2022 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.

Possui todos os protocolos implementados conforme a legislação vigente.

Sua última reunião constatada em ata foi dia 31/09/2022 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.

O hospital possui 70 leitos, sendo destes 10 de CTI, 21 de Clínica cirúrgica e 44 de clínica médica. 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. Foi relatado que para o plano de melhoria contínua é realizado visita aos setores.

O NSP realiza treinamentos conforme o plano de segurança do paciente com lista no NEP.

O hospital participou da última auto avaliação das práticas de segurança do paciente com pontuação de alta adesão sendo corrigidas as não conformidades.

19.1.1. Não conformidades:

- Não evidenciado a mensuração do indicador de LPP de pacientes recebendo cuidados preventivos, em desacordo a RDC 36/13.





-Não evidenciado análise crítica do indicador de identificação do paciente do mês do outubro, em desacordo a RDC 36/13

-Não evidenciado dupla checagem dos medicamentos perigosos conforme o protocolo de segurança dos medicamentos, em desacordo a RDC 36/13

-Não evidenciado a divulgação dos eventos adversos em tempo hábil, em desacordo a RDC 36/13.

-Não evidenciado os indicadores e disseminação aos servidores em desacordo a RDC 36/13.

-Não evidenciado a cultura de segurança do paciente dentre os servidores em desacordo a RDC 36/13.

20. FARMÁCIA HOSPITALAR:

Responsável pela inspeção: Anne Kelly Furtado Rodrigues.

As farmácia satélites e CAF estão localizadas, projetadas e adaptadas com infra-estrutura adequada às atividades a serem desenvolvidas, possuindo área ou salas para as atividades administrativas, áreas de armazenamento, sala de manipulação, unitarização e etiquetagem, áreas de dispensação, vestiários, sanitários, áreas ou locais para lavagem das mãos e depósitos de material de limpeza.

20.1 Recursos Humanos

Possui estrutura organizacional e pessoal suficiente para o desenvolvimento das atividades desenvolvidas possuindo um total de 48 funcionários: 26 técnicos de farmácia, 15 auxiliares administrativos e 7 farmacêuticos. Durante a inspeção os farmacêuticos se encontravam presentes e os funcionários estavam uniformizados, estando estes limpos e em boas condições de uso.

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



20.2. CAF (Central de Abastecimento Farmacêutico)

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

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

Possui uma planilha para registro dos medicamentos que são fracionados após esta etapa, os mesmos são armazenados em prateleiras de acordo com a data de validade.

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

Possui sala para atividade administrativa e guarda de documentos. Durante a inspeção a farmacêutica RT apresentou os POP's solicitados do setor.

20.2.1. Não conformidades:

- No momento da inspeção foi visualizado paredes e tetos com mofo, rachaduras e excesso de umidade em desacordo com a RDC 67/07;
- No momento da inspeção foi verificado que alguns locais não estavam protegidos contra a entrada de aves, insetos, roedores ou outros animais e poeira conforme preconiza RDC 67/07;
- Não apresentou registro de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, conforme preconiza RDC 67/07;
- Não foi apresentado um plano de contingência efetivo para casos de queda de energia para câmara fria do setor CAF.





20.3. Farmácia da Internação:

A farmácia satélite está localizada na área de internação e abrange a dispensação de medicamentos, materiais hospitalares e soluções parenterais para as clínicas médica e cirúrgica. O local possui área física, iluminação e ventilação adequadas para o desenvolvimento das atividades. As janelas possuem tela para evitar a entrada de aves, insetos, roedores e outros animais. A área física possui pisos, paredes e tetos, lisos e impermeáveis, sem rachaduras e de fácil higienização, estando em boas condições de higiene no momento da inspeção. Possui acesso facilitado, local para guarda de pertence dos funcionários e lavatório com acessórios (sabonete líquido, papel toalha, lixeiras com tampa e pedal).

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

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

20.3.1. Dispensação

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

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



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

Em anexo a farmácia satélite da internação está sendo construída uma área para posterior armazenamento e/ou dispensação de medicamentos e materiais. Esta área deve seguir as exigências da RDC 50/02 e RDC 67/07 quanto a estrutura física e condições de armazenamento.

20.3.1.1. Não conformidades:

-Não foi apresentado, no momento da inspeção, Manual de Boas Práticas Farmacêuticas conforme preconiza RDC 67/07;

-Não apresentou registro de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, conforme preconiza RDC 67/07;

-No momento da inspeção, foi observado que a identificação das tiras de medicações não apresenta informações suficientes que assegure uma dispensação segura para os pacientes conforme preconiza RDC 36/13.

21. UNIDADES DE INTERNAÇÃO

Fiscal responsável pelas inspeções: Janaina Martins Fernandes Sanson.

21.1. Clínica Médica

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

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.



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 com a 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 RDC 42/10 e com prazo desinfecção vencido em desacordo a RDC 42/10.
- Suporte para sabonete líquido quebrado, em desacordo com a rdc 42/10
- 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 com a RDC 222/2018.
- Alguns sanitários com vasos sem tampa, em desacordo com a RDC 222/2018.
- Não evidenciado otoscópio e oftalmológico em desacordo a RDC 63/11, art. 7.
- Não evidenciado manutenção preventiva em sua totalidade em desacordo a RDC 63/11, art. 8, 23.
- Evidenciado falhas no controle dos carrinhos de emergências em desacordo a RDC 63/11, art. 54.
- Evidenciado falha na desinfecção das laminas e cabos do laringoscópio em desacordo a RDC 63/11, art. 53.
- Evidenciado armazenamento incorreto dos medicamentos de conservação de geladeira em caixa de isopor sem controle de temperatura em desacordo a RDC 63/11, art. 54.



- Evidenciado quantitativo de enxoval insuficiente para demanda do serviço em desacordo a RDC 63/11, art 53.
- Evidenciado equipamentos com manutenção preventiva em desacordo a RDC 63/11, art 23.
- Inexistência de ralos escamoteável em desacordo a RDC 50/02 nos ambientes e os mesmos abertos.
- Evidenciado rasura na data dos dispenser de álcool e sabão do setor em desacordo a RDC 42/2010.
- Evidenciado lixeiras quebradas em desacordo a RDC 222/2018.
- Evidenciado normas e procedimentos operacionais desatualizados, em desacordo a RDC 63/11, art.23
- Inexistência de cronograma de treinamentos anuais para atualização dos servidores em desacordo a RDC 63/11, art 32.
- Inexistência de controle de equipos intravasculares em desacordo a Portaria 2616/98.
- Não evidenciado registros da equipe multidisciplinar em desacordo a RDC 63/11, art 27.
- Evidenciado ausência de checagem dos procedimentos realizados em desacordo a RDC 63/11, art. 26.

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. 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:

-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. 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. Armários para guarda de materiais coletivos, estéril e roupa, organizados, identificados.

Possui uma sala para guarda de equipamentos, organizada.

21.4.1. Não Conformidades:

-Inexistência da totalidade de equipamentos na energia elétrica, para conservação da bateria, em desacordo a RDC 63/11, art. 23.

-Evidenciado equipamentos com manutenção preventiva vencida em desacordo a RDC 63/11, art 23.

21.5. 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 materiais contaminados, suporte para papel toalha/sabonete líquido/papel toalha.

21.5.1. Não conformidades:

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

-Evidenciado coletor de perfuro cortante acima do limite em desacordo a RDC 222/18.



21.6. DML

Possui, tanque, suporte com papel toalha e sabonete líquido, lixeira com tampa/pedal, piso/paredes com superfície laváveis. Armário com saneantes de acordo com a ANVISA.

21.6.1. Não conformidades:

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

-Armazenagem incorreta de pertences pessoais, em desacordo com a RDC 63/11.

22. CLÍNICA CIRÚRGICA:

Coordenadora de enfermagem: Suellen Lilia da Silva Alves – COREN –MG198646.

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.

-Evidenciados ausência de tampa dos vasos sanitários em desacordo a RDC 222/2018.

-Evidenciado tampas de lixeiras ausentes e quebradas em desacordo a RDC222/2018.

-Evidenciado ausência do controle do carrinho de emergência em desacordo a RDC 63/11, art 23.

-Inexistência de registro no prontuário da equipe multidisciplinar em desacordo a RDC 63/11, art 27.

-Evidenciado sala com pote com café, cafeteira, pertences de colaboradores, poltrona rasgadas, em desacordo com a RDC 63/11.





-Evidenciado quantitativo de enxoval insuficiente para demanda em desacordo a RDC 63/11, art53.

-Evidenciado profissionais sem uniforme em desacordo a RDC 63/11, art. 46.

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.

22.3.1. Não conformidades:

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

22.4. DML

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

22.4.1. Não conformidades:

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

23. PA (PRONTO ATENDIMENTO):

Fiscal responsável pela inspeção: Janaína Martins Fernandes Sanson.

Coordenadora de enfermagem: Aline Cristina Violetti- COREN- MG 206880.

Realizam atendimento de pacientes classificados como vermelho, laranja e amarelo, pacientes classificados de verde e azul, os prontuários são analisados pelo médico e contra referenciado para a atenção básica ou se o médico achar necessário será atendido nesta unidade e após referência para atenção básica. O hospital é referência em trauma, AVC Hemorrágica da Macrocentro Sul- Região



Ampliada; da microrregião é referência em AVC isquêmico, ortopedia, clínica médica, cirurgia adultos. Não utilizam o sistema do SUS para triagem, utiliza o Sistema SIGH.

O setor possui sala de espera, sala de triagem, 02 bebedouros, 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

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.

Possuem 04 carrinhos de emergência com cardioversor que também são marca passo, manta térmica.

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

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.

23.1. Não conformidades:

- Evidenciado POP's desatualizados em desacordo a RDC 63/11, art. 51
- Evidenciado ausência de assinatura e checagem nas prescrições em desacordo a RDC 63/11, art. 4, inciso VIII.
- Evidenciado falta de controle dos carrinhos de emergência, em desacordo a RDC 63, art.51.



23.2. 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.

23.3. 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.

23.4. 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.
- Bebedouros de água de uso coletivo, em desacordo a RDC 63/11, art 24.
- Paredes e tetos em condições precárias, em desacordo com a RDC 63/11 e RDC 50/02.

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
- Ausência de tampa das lixeiras, em desacordo a RDC 222/2018.

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
- 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

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. São três salas, contendo cinco cadeiras/leitos em cada sala. Um consultório médico anexo contendo mesa, cadeira, negatoscópio,



aparelho de pressão arterial. Posto de enfermagem com bancada, cadeiras, computadores, escaninho com prontuários, armários com materiais médico-hospitalar, balança antropométrica para adultos.

23.7.1. Não conformidades

- Ausência de identificação nos dispenser de álcool em desacordo com a RDC 42/10.
- 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.
- Caixa de perfuro cortante excedendo a capacidade, em desacordo com a RDC 222/18.
- Paredes e tetos em condições precárias, em desacordo com a RDC 63/11 e RDC 50/02.

23.8. Sala de atendimento médico

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

23.9. Sala de atendimento médico

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

23.10. 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.



23.11. 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 hemodialisés 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.

23.11.1. Não conformidades:

- Mobília com ferrugem, em desacordo a RDC 63/11.
- 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
- 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.
- Inexistência de assinatura dos termos de consentimentos informados do prontuário em desacordo a RDC 63/11, art. 24,25.

23.12. 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.

23.12.1. Não conformidades:

- Lixeira para resíduo comum contendo resíduo infectante, em desacordo com a RDC 222/18
- No momento da inspeção havia medicamentos na janela, em desacordo a RDC 63/11.
- Paredes com condições precárias, em desacordo com s RDC 63/11





23.13. 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.

23.14. Corredor

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

23.15. 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.

23.15.1. Não conformidade:

-Inexistência de pia para lavagem das mãos, em desacordo com a RDC 50/2002.

23.16. 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.

23.16.1. Não conformidades:

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

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

23.17. Farmácia Satélite Pronto Atendimento:

Fiscal responsável pela inspeção: Anne Kelly Furtado Rodrigues.

A farmácia satélite está localizada na área do pronto atendimento. O local possui iluminação e ventilação adequadas para o desenvolvimento das atividades. As áreas física possui pisos, paredes e tetos, lisos e impermeáveis, de fácil higienização, estando em boas condições de higiene no momento da inspeção.



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

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

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

23.17.1. Dispensação

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

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

Possui além do refrigerador para medicamentos termolábeis, uma câmara fria para armazenamento exclusivo de vacinas com os registros diários de temperatura.

23.17.2. Não conformidades:

- Não apresentou registro de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, conforme preconiza RDC 67/07;





- No momento da inspeção, foi observado que a identificação das tiras de medicações não apresenta informações suficientes que assegure uma dispensação segura para os pacientes conforme preconiza RDC 36/13.

23.17.3. Carrinhos de emergência.

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

24. NECROTÉRIO:

Fiscais responsáveis pela inspeção: Silvio Carlos Souza de Oliveira, Luiz Felipe Corrêa e Humberto José Candian Pessoa.

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, almofolia álcool, lixeira para resíduo contaminado, hamper.

24.1. 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 com acionamento quebrado de tampa e pedal em desacordo com a RDC 222/2018 anexo Cap. III item 1.2;

25. LABORATÓRIO:

Fiscal responsável pela inspeção: Anne Kelly Furtado Rodrigues.



25.1. Organização

Possui profissional legalmente habilitado como Responsável técnico: Marcelo dos Santos Oliveira (CRF MG 26467) e Certidão de Regularidade técnica com validade em 23/08/2023.

Possui profissional de nível superior legalmente habilitado, atuando como supervisor, durante todo período de funcionamento, equipe técnica e os recursos necessários para o desempenho adequado das atribuições.

Possui instruções escritas atualizadas das rotinas técnicas implantadas e em processo de atualização, conforme preconiza RDC 302/05.

Não realiza coleta domiciliar, somente no leito dos pacientes interno e dos ambulatoriais, quando necessário.

A direção e o RT garantem rastreabilidade de todos os processos, proteção das informações confidenciais dos pacientes e utilização de técnicas recomendadas pelo fabricante conforme RDC 302/05.

Possui serviços terceirizados com laboratórios de apoio, com contrato formal atualizado.

25.2. Recursos Humanos

Possuem 09 profissionais de nível superior e 19 de nível médio com os registros de formação e qualificação compatíveis com as funções desempenhadas.

Possui programa de treinamento e educação permanente dos profissionais e programa de vacinação de seus funcionários conforme legislação vigente.

25.2.1. Não conformidades:

-No momento da inspeção, não foi apresentado o PCMSO e registro de exames periódicos dos colaboradores.

25.3. Infraestrutura

Possui iluminação, climatização, ventilação natural e artificial e controle de temperatura em ambientes que necessitam deste monitoramento.

A rede hidráulica e elétrica está em boas condições de uso. Possui ralos com tampa escamoteável e condições de acesso e circulação para deficientes físicos.

Há extintores de incêndio em número suficiente e dentro do prazo de validade. O DML é pertencente ao hospital assim como as refeições são realizadas no refeitório do hospital.



A sala de coleta está dentro da área técnica do hospital. Possui ambiente para a paramentação dos funcionários.

Possuem bancadas de fácil higienização e local exclusivo para área de parasitologia, microbiologia, urinálise e coloração de lâminas.

25.3.1. Não conformidades:

-Não foi apresentado, no momento da inspeção, projeto arquitetônico aprovado pela SES/MG conforme preconiza RDC 50/02.

25.4. Equipamentos e Instrumentos

Possui equipamentos e instrumentos de acordo com a complexidade do serviço e necessários ao atendimento de sua demanda.

As instruções de manuseio dos equipamentos seguem os manuais dos fabricantes e verifica ou calibra os instrumentos em intervalos regulares, conforme o uso e mantêm registros dos mesmos conforme determina RDC 302/05.

Verifica a calibração dos equipamentos de medição e mantêm os registros. Os equipamentos possuem registro na ANVISA e há controle de temperatura para os equipamentos que necessitam deste controle.

25.5. Produtos para diagnostico de uso IN VITRO

Possui registro de aquisição dos produtos de forma a garantir a rastreabilidade e os produtos adquiridos estão regularizados junto à ANVISA.

Não há preparação de produtos pelo próprio laboratório.

Possui registro do controle de qualidade dos insumos liberados para o uso. Todas as recomendações do fabricante no tocante ao uso dos reagentes são respeitadas. O laboratório não utiliza metodologias próprias.

25.6. Descarte de resíduos e rejeitos

Todo o processamento do lixo gerado é realizado por empresa terceirizada conforme determina RDC 222/18. Existe contrato de prestação de serviços.



25.7. Biossegurança

Possui instruções escritas sobre biossegurança, atualizadas e disponíveis a todos os funcionários e contemplam normas de condutas de segurança biológica química, física. Possui instruções de uso para EPI'S e EPC'S e possui instruções escritas para o caso de acidentes. Foi apresentado registro de treinamento.

25.8. Processos Operacionais

25.8.1 Fase Pré – Analítica:

Realiza atendimento ambulatorial para pacientes em atendimento de urgência ou regime de internação, comprova seus dados de identificação, através de prontuário médico.

Possui instruções escritas que definem os critérios de aceitação e rejeição de amostras, assim como a realização de amostras com restrições.

No cadastro constam todas as informações preconizadas pela legislação pertinente. Dispõe de meios que permite a rastreabilidade da hora da coleta da amostra que é identificada no momento da coleta.

25.8.2 Fase analítica:

Possui instruções escritas e em processo de atualização para todos os processos analíticos e utilizando, instruções do fabricante. Segue as instruções do fabricante e define mecanismos para agilizar a liberação de resultados em situações de urgência.

Definem limites de risco, valores críticos ou de alerta, para os analitos com resultado que necessita de tomada de decisão imediata e define fluxo de comunicação com o médico quando houver necessidade de tomada de decisão imediata.

A água reagente é comprada, não produz a água utilizada. Realiza TLR e o mesmo é veiculado ao laboratório clínico. O RT do laboratório é responsável por todos os TLR realizados dentro da instituição, Há disponibilidade, nos locais de realização de TLR, instruções escritas das fases pré-analítica, analítica e pós-analítica, em fase de atualização. Possui instruções escritas para a realização de controle de qualidade nos TLR. Os resultados laboratoriais que indiquem suspeita de notificação compulsória são enviados a CCIH.

25.8.3. 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. Possui instruções escritas para emissão de laudos, que contemplem as situações de rotina, plantões e urgência. 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. Pode constar no laudo informações pertinentes para amostras de pacientes aceitas com restrição. As cópias dos laudos de análises bem como os dados brutos são arquivados pelo prazo de cinco anos. No caso de correção de resultados e o laudo já tiver sido emitido, é novamente expedido novo laudo. O laudo do diagnóstico sorológico de anticorpos Anti-HIV está de acordo com a legislação vigente, e garante a recuperação e a disponibilidade de seus registros críticos, de modo a permitir a rastreabilidade de laudo liberado.

25.8.4. Garantia de Qualidade

Possui CIQ e CEQ e os 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.

25.8.5. 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 e utiliza amostras controle comerciais, regularizadas junto a ANVISA, Registra as ações adotadas decorrentes de rejeição de resultados de amostras controle. As amostras controle são analisadas da mesma forma que as amostras do paciente.

25.8.6. Controle Externo de Qualidade

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



27. ALMOXARIFADO:

Fiscais responsáveis pela inspeção: Silvio Carlos Souza de Oliveira, Luiz Felipe Corrêa e Humberto José Candian Pessoa.

27.1. 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.

27.2. 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.

27.3. 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.

27.4. Recursos Humanos

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

28.SERVIÇO DE PROCESSAMENTO DE ROUPAS- LAVANDERIA:

Fiscal responsável pela inspeção: Silvio Carlos Souza de Oliveira

A lavagem de roupas é feita por empresa terceirizada tendo 4 funcionários que ficam por conta da armazenagem e distribuição, o local onde são manuseados necessitam de manutenção predial pois o local se apresenta com reboco exposto na parede necessitando de uma manutenção.



Funcionários alegam o que o treinamento para manejo é antigo, não tendo nenhuma reciclagem do manejo correto

28.1. Não conformidades:

- Ausência do registro de treinamento em desacordo com resolução SES 8115/2022 artigo 13 item V.
- Ausência do registro de treinamento em desacordo com resolução SES 8115/2022 artigo 13 item VIII.

29. PGRSS (PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE).

Fiscais responsáveis pela inspeção: Silvío Carlos Souza de Oliveira, Luiz Felipe Corrêa e Humberto José Candian Pessoa.

O estabelecimento apresentou um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde ainda não revisado este ano, mas apresentou a responsabilidade técnica em nome de Daniela Viana de Santana, Coren 208516, não foi evidenciado o treinamento dos profissionais da área de saúde sobre o programa e o que contempla o mesmo, foi evidenciado

29.1 Não conformidades:

- Ausência do registro de treinamento em desacordo com resolução SES 8115/2022 artigo 13 item V.

30. CONCLUSÃO

Após inspeção, o estabelecimento encontra-se **APTO** à renovação do alvará sanitário. O proprietário deverá sanar as não conformidades listadas neste relatório.

PROFISSIONAL	FUNÇÃO	MATRÍCULA	ASSINATURA/CARIMBO
Anne Kelly Furtado Rodrigues	Farmacêutica/Fiscal Sanitário	283829/01	Anne Kelly L. Rodrigues Mat 28 3829/01
Francisco Borges	Bioquímico em Saúde	27961/01	Francisco Borges
Humberto José Candian Pessoa	Fiscal Sanitário	29476/01	Humberto José Candian Pessoa Fiscal Sanitário Mat. 29476/01 SESAP - Barbacena/MG
Janaina Martins Fernandes Sanson	Chefe da VISA	282950/02	Janaina Martins F. Sanson Chefe de Vigilância Sanitária Matrícula: 282950/02 SESAP - SUS - Barbacena



Luiz Antonio de Siqueira Rodrigues	Fiscal Sanitário	282975/01	<i>Luiz Antonio S. Rodrigues</i> Luiz Antonio S. Rodrigues Fiscal Sanitário Mat. 282975/01
Luiz Felipe Corrêa	Fiscal Sanitário	29764/01	<i>Luiz Felipe Correa</i> Luiz Felipe Correa Fiscal Sanitário Mat. 29764/01 SESAP - Barbacena/MG
Natália Cristina Guimarães Geara	Enfermeira/ Referência técnica VISA	283186/01	<i>Natália C. G. Geara</i> Natália C. G. Geara Referência Técnica / VISA Matrícula 283186/01
Silvio Carlos Souza de Oliveira	Fiscal Sanitário	28577/04	<i>Silvio Carlos Souza de Oliveira</i> Silvio Carlos Souza de Oliveira Fiscal Sanitário MAT 28577 SESAPS Barbacena/MG

Barbacena, 28 de dezembro de 2022.

RECEBI: _____

DATA: ____/____/____.

Vigilância Sanitária



RELATÓRIO DE INSPEÇÃO SANITÁRIA 2022

1. DADOS CADASTRAIS:

1.1. NOME FANTASIA: FHEMIG.

1.2. RAZÃO SOCIAL: CENTRO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO DE BARBACENA – CHPB/FHEMIG.

1.3. CNPJ: 19843929/0006-15.

1.4. INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0569169980570.

1.5. CNES: 86.10-1-01 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências.

1.6. ATIVIDADE: Hospital Psiquiátrico.

1.7. ENDEREÇO: Praça Presidente Eurico Gaspar Dutra, nº374 - Bairro: Grogotó. CEP: 36202-376. Barbacena.

1.8. TELEFONE: (32) 33392610.

1.9. NATUREZA JURÍDICA: Pública.

1.10. Diretor Geral: Claudinei Emídio Campos/ CPF:040.885.016-75/ RG: M-8489746.

1.11. Diretor Administrativo: Bruno Rocha Campos.

1.12. Diretor clínico: Rodrigo Moura Rezende. CRM/MG 53899.

1.13. Diretor Técnico/ médico: Geraldo Majela dos Santos da Silva. CRM/MG 29207.

1.14. Responsável Técnico de Enfermagem: Antônio Carlos Matos da Silva. COREN/MG 76685.

1.15. Responsável Técnico de Farmácia: Aila Patrícia Lacerda Neres Abreu.

1.16. Responsável Técnica da SND: Márcia Lazarino de Souza Campos.

1.18. Datas das inspeções: 11,12,13, 25,26 e 27/01/2023.

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- Bioquímico em saúde. Matrícula 27961/01.
- Luiz Felipe Corrêa- Mat. 29764/01.
- Luiz Antônio de Siqueira Rodrigues- Mat.282975/01.
- Natália Cristina Guimarães Geara- Mat. 283168/01.



- Silvío Carlos Souza de Oliveira- Mat. 28577/04.

4. NORMATIVAS LEGAIS

- **Lei Estadual nº 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/ANVISA 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 nº 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 nº 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 509, de 27 de maio de 2021.** 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 nº 80, 11 de maio de 2006:** Fracionamento de medicamentos em farmácias e Drogarias.
- **RDC/ANVISA nº 20, 09 de maio de 2011:** Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação;
- **RDC/ANVISA nº 29, 30 de junho de 2011:** Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.
- **RESOLUÇÃO CONAD nº 01, 19 de agosto de 2015:** Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em



caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas.

- **RESOLUÇÃO SES/MG 6458/18** - Divulga o Regulamento Técnico que estabelece os requisitos mínimos de Boas Práticas de armazenamento, distribuição e transporte de alimentos, incluindo as bebidas e água para consumo humano, embalagens destinadas a entrar em contato direto com alimento, matérias-primas alimentares, aditivos alimentares e coadjuvantes de tecnologia, no âmbito do Estado de Minas Gerais.

5. INTRODUÇÃO

Trata-se de um Hospital psiquiátrico da rede FHEMIG, que disponibiliza atendimentos para pacientes portadores de transtornos mentais, dependentes químicos e tratamento de cuidados prolongados.

O Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena é pertencente à rede FHEMIG, sendo um Hospital de grande porte localizado em área própria e funcionando em prédio tombado pelo Patrimônio Histórico. Possui leitos para psiquiatria e atendimento ambulatorial nas clínicas básicas, sendo todos os leitos disponibilizados ao SUS.

O Hospital vem passando por um processo de reformulação para adequação às normas sanitárias vigentes e Resoluções Ministeriais desde 1993, com proposta de humanização da assistência manicomial.

Hoje o CHPB possui áreas divididas entre os pacientes crônicos- chamados de LARES INCLUSIVOS, agudizados, na UIP- UNIDADE DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA e atendimentos para reabilitação clínica na UCP- UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS.

6. DOCUMENTAÇÕES E PROTOCOLOS SOLICITADOS/APRESENTADOS

Fiscal responsável pela inspeção: Natália Cristina Guimarães Geara.

-Alvará Sanitário: Exposto, em local visível.

-Memorial descritivo do Projeto Básico de Arquitetura (PBA), aprovado pela SRS: não evidenciado.

-Relação do corpo clínico.

-Certificado de regularidade de pessoa jurídica: Geraldo Majela dos Santos da Silva. CRM-MG 2922. Inscrito nº 0029207-MG, em 06/08/1986, com validade até 06/08/2023.

-Certidão de responsabilidade técnica: CRT/ Enfermagem: Antônio Carlos Matos da Silva. CRT com validade até 06/2023.



- Declaração de regularidade para funcionamento (DRF)/ Fisioterapia:** Carlos Henrique Felipe Pereira Vale. CRF-MG 47687F - Validade até 02/05/2023.
- Certidão de regularidade/ Farmácia:** Áila Patrícia Lacerda Neres Abreu. Válida até 14/09/2023.
- Certidão de cadastro/ Nutrição:** Márcia Lazarino de Souza Campos. Válida até 15/07/2023.
- Certidão de responsabilidade técnica/ PGRSS:** Daniela Viana de Santana. COREN-MG 208516-ENF. Validade de 16/11/2022 a 16/11/2023.
- AVCB (Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros):** não evidenciado.
- Laudo técnico de combate à incêndios:** não evidenciado. Apresentou o Plano de Atuação de Emergência (PAE), elaborado em 2020.
- Títulos de qualificações profissionais dos responsáveis técnicos dos serviços:** evidenciados.
- Procedimento Operacional Padrão (POP):** Evidenciados somente via digital, não há protocolo impresso. Atualizados.
- Regimento Interno:** Desatualizado.
- Programa de Exame Médico de Saúde Ocupacional (PEMSO):** Elaborado em 2018 por Karla Alves Monteiro- enfermeira do trabalho, aprovado por Flávio Antônio Magalhães de Albuquerque- médico do trabalho.
- Atestado de Saúde Ocupacional (ASO):** Atualizados.
- Registro de entrega de equipamentos de proteção individuais:** evidenciados.
- Comprovante de qualificação dos fornecedores terceirizados:** documento exigido mediante cadastro do fornecedor durante processo de avaliação.
- Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho (LTCAT):** Elaborado por Ramon Varela do Nascimento- Engenheiro de Segurança do Trabalho- CREA-MG 236172/D. Vigente do ano de 2021-2022.
- Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA):** Elaborado por Ramon Varela do Nascimento- Engenheiro de Segurança do Trabalho- CREA-MG 236172/D e Luiz Cesar Coutinho- Técnico de Segurança do Trabalho- MTE 21/04250-5/MG. Vigente do ano de 2021-2022.
- Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS):** Elaborado por Maria da Penha Martins Pereira, revisado em Maio de 2022. No momento da inspeção, o Plano encontrava-se em atualização, alterado responsável técnico, de Sandra Cristina F.B. Auad para Daniela Viana de Santana em 16/11/2022.
- Laudo de controle de qualidade da água- potabilidade:** Realizado pela empresa GTA- Gestão e Tecnologia de Alimentos LTDA. Dia 26/10/2022 com periodicidade semestral.



-Laudo de higienização dos reservatórios de água: Realizado pela empresa AACP- Serviço Ambiental Eireli
– CNPJ 25.361.124/0001-23, contrato nº 9221362, em 07/06/2022.

6.1. Não conformidades:

- Não evidenciado PBA aprovado pela SRS, em desacordo com o art. 34 da RDC 63/2011.
- Procedimentos Operacionais Padrões dos serviços de enfermagem, fisioterapia, encontram-se desatualizados, em desacordo com o art. 9º da RDC 63/2011;
- Não evidenciado Regimento Interno do serviço de saúde, em desacordo com o art. 9º da RDC 63/2011;
- Não evidenciado AVCB e laudo técnico de combate a incêndio, em desacordo com a Portaria/SNSP 108/2019;
- PEMSO desatualizado, em desacordo com a NR 7.

7. COMISSÕES:

Fiscal responsável pela inspeção: Natália Cristina Guimarães Geara.

-Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)- Ordem de serviço nº 007/2022 de 08 de setembro de 2022. Membros executores: Renato Cezar Muniz e Wanderléia Luciana da Silva Andretto. Membros Consultores: Liliana Moreira Neves Fonseca; Wander Lopes da Silva; Mirian Márcia Cantarutti Silva; Aila Patrícia Lacerda Neres Abreu; Marcelo José da Silva; Izabel Cristina Sad das Chagas; Michelle Paula de Faria.

-Comissão de Farmácia e Terapêutica: Membros: Aila Patrícia Lacerda Neres Abreu- Farmacêutica; Nara Rodrigues Pereira- Farmacêutica; Beatriz Simões Marteleto - Farmacêutica; Viviane Natsumi Magalhães Matoba - Coordenadora da assistência farmacêutica; Márcio Antônio Resende - Coordenador de enfermagem e equipe multidisciplinar; Juliana Vigiani de Araújo - Médica; Natália Oliveira Silva - Médica; Paulo Roberto Rezende Campos - Médico; Renato César Vaz de Mello - Médico; Marcelo José da Costa - Enfermeiro; Wanderléia Luciana da Silva Andretto - Técnica de Enfermagem- representante da CCIH; Sérgio Luis de Campos- Auxiliar Administrativo.

- ✓ Regimento Interno: revisão em 20/09/2022, cronograma de reuniões trimestrais.
- ✓ Últimas reuniões realizadas em 20/12/2022, com a programação de reuniões trimestrais a próxima reunião está agendada para 20/02/2023.

-Comissão Local de Protocolos Clínicos: Ordem de serviço nº 19/2022 de 29 de agosto de 2022, altera a ordem de serviço nº 25 de 09 de outubro de 2018. Membros: Carmen Lúcia de Assis Lima Candian-



Enfermeira; Aldo Peixoto de Melo- Médico; Aline Cristina Rodrigues Violete Silva- Enfermeira; Gláucia Maria de Araújo Carvalho- Enfermeira; Izabel Cristina Sad Chagas- Coordenadora da UCCL; Luciana Aparecida Martins- Enfermeira; Márcia Cristina Malta de Lima Barra- Auxiliar Administrativo; Mário Sérgio do Prado- Médico; Tassiana Maria Vieira Pereira- Assessoria Assistencial; Wanderléa Luciana da Silva Andretto- Técnica de Enfermagem.

-Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões (CPTL): Ordem de serviço nº 11/2022 de 15 de agosto de 2022, altera a ordem de serviço nº 18 de 31 de outubro de 2021. Membros: Izabel Cristina Sad das Chagas- Coordenadora da Unidade de Pacientes Críticos; Andréa Aparecida Rodrigues- Enfermeira; Adriana Bergamini- Bioquímica; Caroline Anastácia Resende de Melo Figueiredo- Fisioterapeuta; Edina Aparecida da Silva Moraes- Técnica de Enfermagem; Eliane do Rosário Andrade Fonseca- Farmacêutica; Fabiane Melo da Silva- Nutricionista; Fernanda Aparecida Duarte de Sá- Assistente Social; Gláucia Maria de Araújo Carvalho- Enfermeira; Juliano dos Santos Viegas- Médico; Isabela Cristina Magri Grossi Mansur- Psicóloga; Luciana Aparecida Martins- Enfermeira; Maria Aparecida Moreira de Oliveira- Nutricionista; Renato César Vaz de Mello- Médico; Valesca Pinto Magalhães Locarno- Enfermeira- representante da CCIH; Vanessa de Oliveira- Enfermeira; Silvana Teixeira Fiel- Técnica de Enfermagem; Vera Lúcia Gomes de Miranda Matos- Técnica de Enfermagem; Wanderléa Luciana da Silva Andretto- Técnica de Enfermagem.

✓ Regimento Interno: revisado em 15/09/2022.

✓ Últimas reuniões: 30/03/2022, 11/05/2022 e 12/08/2022.

-Comissão de Revisão de Prontuários: Ordem de serviço nº 003/2022 de 01 de agosto de 2022, Membros: João Ícaro Ferreira dos Reis; Adriana Mota Brandão Pereira; Márcia Helena de Oliveira; Sabrina de Oliveira Nésio; Martha Maria de Castro; Edna das Graças Loschi; Jéssica Waleska Salgado; Abigail Lambert Coutinho Grossi; Ercília Carvalho Condé Neto; Sérgio Luis de Campos.

✓ Regimento Interno: revisão em 01/10/2022.

✓ Últimas reuniões: São realizadas bimestrais, 20/09/2022, 08/11/2022, 06/12/2022.

-Comissão de Revisão de Óbitos: Ordem de serviço nº 15/2022 de 24 de agosto de 2022, altera a ordem de serviço nº 03 de 29 de março de 2021. Membros: Geraldo Magela Tostes de Faria- Médico; Aldo Peixoto de Melo- Médico; João Ícaro Ferreira dos Reis- Médico; Valéria Cristina Silva Dutra- Médica do Trabalho; Nívea Ribeiro Navarro Soares Ferreira- Enfermeira; Maria Madalena Rocha Ferreira- Enfermeira; Renata de Santanna Guimarães Mendes- Técnica de Enfermagem; Nelson dos Reis Lucena Filho- Auxiliar Administrativo.



- ✓ Regimento Interno: revisão em 07/07/2022.
- ✓ Últimas reuniões: 23/06/2022, 11/08/2022 e 20/10/2022.
- ✓ Relatório anual de 2021: elaborado em 18/05/2022.

-Comissão de Terapia Nutricional: Ordem de serviço nº 23/2022 de 12 de agosto de 2022, altera a ordem de serviço nº 26 de 24 de outubro de 2017. Membros: Dimas Pires Teixeira- Médico nutrólogo; Aldo Peixoto de Melo- Médico; Álvaro Henrique Anghietti Nalon- Médico; Alessandra Valério da Silva Santos- Enfermeira; Cesar Ferreira Belloti Lima- Fonoaudiólogo; Eliane do Rosário Andrade Fonseca-Farmacêutica; Fabiane Melo da Silva- Nutricionista; Fernanda Silveira Puiatti Neves- Fonoaudióloga; Luciana Aparecida Martins- Enfermeira; Kaciara Nunes Almeida- Nutricionista; Maria Aparecida Moreira de Oliveira- Nutricionista; Nathália Gonçalves Lemos Pampanelli- Enfermeira; Raquel Maria Fiorino de Castro- Fonoaudióloga; Fabiane Melo da Silva- Nutricionista; Vivian Maclean Otoni- Fonoudióloga.

-Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN): Ordem de serviço com a designação formal, não evidenciada.

- ✓ Regimento Interno: revisado em 06/08/2021.
- ✓ Últimas reuniões: 12/07/2022, 16/08/2022 e 22/09/2022- mensais.

-Grupo de Trabalho de Humanização: Ordem de serviço nº 26/2022 de 27 de setembro de 2022. Membros: Bárbara Ariana Gomes Silva- Auxiliar administrativo; Alessandra Aparecida Campos Martins- Assessoria; Andréa Aparecida Rodrigues- Enfermeira; Ângela Aparecida Pereira- Enfermeira; Daniela Viana de Santana- Enfermeira; Érica Cristina Carvalho Sousa- Auxiliar Administrativo; Ercilia Carvalho Condé Neto- Técnica de Enfermagem; Evani Rosa Pereira Nunes- Técnica de Enfermagem; Gabriel Miranda de Sena Figueiredo- Médico; Gilcilene Gomes Rocha Nogueira- Técnica de Enfermagem; Luciana Aparecida Martins- Enfermeira; Luciana Rodrigues Silva Assis- Psicóloga; Luiz César Coutinho- Técnico em Segurança do Trabalho; Raíssa Rosa Garcia de Oliveira- Auxiliar administrativo; Maria Beatriz A.C. Cardoso Ayres- Psicóloga; Maria de Fátima da Silveira Assis- Coordenadora da Clínica Médica; Rosiane Pereira Ferreira- Auxiliar administrativo; Vanessa de Oliveira Cabral Santos- Assistente Social.

- ✓ Regimento interno: não evidenciado.
- ✓ Últimas reuniões: não evidenciadas.

-Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE): Ordem de serviço nº 21/2022 de 01 de setembro de 2022. Membros: Renata de Santanna Guimarães- Técnico de Enfermagem; Dilene Andréia Dias Rosa- Coordenadora do Núcleo de Risco; Daniela Viana de Santa- Enfermeira; Renato Cesar Vaz de Mello- Médico da CCIH.



Silva- Apoio Unidade de Longa permanência; Ana Rita de Cássia da Silva Costa Faria- Coordenadora da Equipe Multiprofissional; Eliane Zile de Moraes- Apoio Engenharia Clínica e Ouvidoria; Viviane Natsumi Magalhães Matoba- Coordenadora do serviço de assistência farmacêutica; Andressa Fagundes do Nascimento Batista- Coordenadora do serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

-Núcleo de Qualidade da Atenção à Saúde Bucal do Paciente Internado- NQASB: Ordem de serviço nº 28/2022 de 07 de outubro de 2022. Membros: Rosília Mendes de Souza- Técnico Higiene Bucal; Carmen Lúcia de Assis Lima Candian- Enfermeira; Dilene Andréia Dias Rosa- Coordenadora do Núcleo de Risco; Heberton José de Oliveira- Cirurgião Bucomaxilo; Renata Santanna Guimarães Araújo- Técnica de Enfermagem; Raphaela Braga Magalhães Almeida-Assessora do Núcleo de Risco; Renato César Vaz de Mello-Médico; Nathália Gonçalves Lemos Pampanelli- Enfermeira; Nilceu Carlos Candian Filho- Técnico de Enfermagem; Valesca Pinto Magalhães Locarno- Enfermeira da CCIH.

-Comissão de Ética Médica: Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais- nº 0006394- Mandato 24/05/2022 a 24/11/2024. Membros efetivos: Dr. Carlos Renato Miranda- Presidente; Dra. Mariana de Almeida Belo- Secretária; Dr. Geraldo Magela Tostes de Faria. Membros suplentes: Dr. Leonardo Oliveira Leite de Souza; Dr. Túlio Marcus Ribeiro Bellard; Dra. Renata Cruz Machado Guido.

✓ Regimento Interno: não evidenciado.

✓ Última reunião: 22/07/2020- realizam de acordo com a demanda.

-Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS): Ordem de serviço- não evidenciado.

✓ Regimento Interno: revisado em 09/07/2021.

✓ Últimas reuniões em 24/02/2022, 04/05/2022 e 29/08/2022- trimestrais.

-Comissão de Residência Médica (COREME): Ordem de serviço- não evidenciado.

✓ Regimento interno: não evidenciado.

✓ Últimas reuniões: não evidenciadas.

8.SERVIÇOS TERCEIRIZADOS:

- Laboratório. Laboratório de cito análise LTDA CNPJ 04.712.395/0001-06 Licença Barbacena 055/2020;

-Engenharia. 2ª Engenharia, Construção & Arquitetura LTDA CNPJ 00.645.535/0001-10;

-Lavanderia. Lava Única lavanderia industrial LTDA – Epp CNPJ:04.147.853/0001-01 Licença Juiz de fora 0502/2020;

-Mania Soluções em Alimentação e Serviços LTDA (ALIMENTE). CNPJ: 09.620.064.0004/02.



-Limpeza. MGS- Minas Gerais Administração e Serviços S.A CNPJ 33.224/0001- 42-Funerária; Funerária Boa Morte LTDA- ME CNPJ 24.044.094/0001-69 Ausência do Alvará sanitário em desacordo com RDC63/2011 artigo 11 §1º.

9.ALMOXARIFADO

Fiscal responsável pela inspeção: Sílvio Carlos Souza de Oliveira.

O local possui várias salas para armazenamento de produtos, todas as salas são identificadas com placas. O local é dividido por setores e com prateleiras, os palhetes são de acrílicos e os produtos bem acondicionados e afastados das paredes. As salas possuem ventilação e os produtos são protegidos do calor e umidade, as janelas são providas de telas milimétricas, o local é limpo e em bom estado de conservação, iluminação artificial e natural satisfatória, ralos sifonados e com tampas escamoteáveis.

O local também possui salas administrativas e dois banheiros para os colaboradores, sendo 1 feminino e 1 masculino, pias para higienização, papéis toalhas, sabonetes e lixeira com pedal. A entrada e saída de materiais possui portas de livre acesso, notas de entrada e controle de saída são sistematizados, bem como o sistema de compras.

Os produtos estocados no almoxarifado são regularizados pelos órgãos registrados na ANVISA. A parte elétrica é totalmente embutida e satisfatória. Todo o local é bem higienizado e organizado.

O setor conta 7 funcionários, sendo 3 almoxarifes, 3 administrativos e 1 gerente.

9.ROUPARIA

Fiscal responsável pela inspeção: Sílvio Carlos Souza de Oliveira.

Serviço de lavanderia é terceirizado com recolhimento e entrega diária e cada setor contém uma rouparia.

Roupas de banho, de cama e do paciente limpas, e em boas condições. Transporte e armazenagem em local protegido, pessoal treinado, rotinas descritas e em utilização, controle diário de estoque mínimo por setor (mais estoque), roupas separadas por pavimento (feminino/masculino/creche), quantidade de roupa de banho e cama suficiente.



10. ESPAÇOS PARA ATIVIDADES COLETIVAS E DE TERAPIA OCUPACIONAL

Fiscal responsável pela inspeção: Natália Cristina Guimarães Geara.

Os espaços onde ocorrem as terapias ocupacionais são anexos e inclusos aos setores de internações e moradia dos pacientes/moradores.

No momento da inspeção verificamos que não há um profissional devidamente habilitado para o serviço de terapia ocupacional, porém há profissionais, nomeados como "AUAS" (Auxiliar de apoio à saúde), os quais possuem aptidão para desempenhar tal atividade e que desempenham com maestria, carinho e respeito aos pacientes/moradores. Entre as atividades propostas são realizados: trabalhos manuais com palitos de picolé, artesanato com lãs, desenho, pintura, criação com colagens, enfeites natalinos.

As atividades são propostas livremente àqueles pacientes/moradores que desejam participar.

11. CONDIÇÕES GERAIS DO AMBIENTE E DE SEGURANÇA DAS UNIDADES, DAS ÁREAS DE TERAPIA E DE DEAMBULAÇÃO:

Ambientes ventilados e arejados garantindo conforto térmico, paredes, pisos e tetos em bom estado de conservação, ralos sifonados com tampa escamoteável, iluminação suficiente para atividades, com luminárias em bom estado de conservação e limpeza, disponibilidade de água potável para consumo nos diversos ambientes.

12. CRECHE

Fiscal responsável pela inspeção: Silvio Carlos Souza de Silveira

A VISA Compareceu ao Centro Educacional Cantinho do Céu, para fins de renovação do Alvará Sanitário.

Trate-se de um estabelecimento que desenvolve atividade de creche com localização à Praça Presidente Eurico Gaspar Dutra, 374, Bairro Grogotó, neste município de Barbacena-MG. Há de ressaltar o caráter essencial e o atendimento gratuito aos menores assistidos, em especial às famílias dos funcionários da rede FHEMIG.

O Funcionamento é em Horário normal — das 06:30 as 19:30. A creche atende 53 crianças sendo 42 em horário integral e 11 em aulas remotas.



12.1. INFRAESTRUTURA FÍSICA

A Escola possui sala de espera/recepção com tapetes higiênicos, dispenser de álcool gel, interfone, sapateira e quadro de avisos, com alvará sanitário, certificado de desinsetização e outras documentações pertinentes. Possui mesa de escritório com documentos para atendimento, bancos, banquinhos, acesso para as salas de aula e outros espaços da escola.

A creche possui um Berçário, fraldário, salas pedagógicas, sala de atividades, um refeitório para os alunos dos maternal 1, 2, e 3 e um refeitório para os alunos dos 1º e 2º período, sala dos professores, 2 banheiro com local para banho e higiene das crianças, dispensa, sala de isolamento, rouparia e vestuário para os funcionários.

12.2. SALAS PEDAGÓGICAS: Por todo ambiente, as tomadas elétrica estão protegidas e identificadas e sem fios expostos. Todos com mesinhas, cadeiras, espaçadas, com quatro cadeira por mesinha para o maternal 1, 2, 3 e mesa e cadeiras individual para os alunos do 1º e 2º período. As instalações são bem iluminados, arejadas, pinturas que se apresentam em tinta atóxica de cores claras de fácil higienização.

O berçário possui 7 berços, um fraldário com água quente, janelas, porta, armários, brinquedos, lixeira com tampa e pedal. As instalações são bem iluminados, arejadas, pinturas que se apresentam em tinta atóxica de cores claras de fácil higienização.

12.3. SALAS DOS PROFESSORES: Apresenta moveis e equipamentos característicos para trabalhos do corpo docente, contendo mesas e cadeiras e computadores. As instalações são bem iluminados, arejadas, pinturas que se apresentam em tinta atóxica de cores claras de fácil higienização.

12.4. REFEITÓRIO: Separados por paredes físicas de alvenaria e atende a legislação vigente. No refeitório estão mesas e cadeiras em números apropriados e devidamente adaptados a utilização infantil. As instalações são bem iluminados, arejadas, pinturas que se apresentam em tinta atóxica de cores claras de fácil higienização. As refeições são terceirizadas e chegam em recipiente apropriados e servidos imediatamente por profissionais devidamente paramentadas.

Os banheiros separados sendo um para o maternal e um para os alunos do 1º e 2º período, com acessibilidade e pleno atendimento às recomendações de utilização infantil. Os ralos são escamoteáveis. Apresentam-se com duas pias e dois sanitários acessíveis (tamanho reduzidos) e fácil utilização às crianças. Também dispõe de sabonete líquidos e papel toalha.



13.UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS- UCP.

Fiscal responsável pela inspeção: Natália Cristina Guimarães Geara.

Supervisora de enfermagem: Alessandra Nascimento.

Enfermeira Horizontal: Silvana Teixeira Fiel.

É uma unidade destinada aos cuidados clínicos de reabilitação neurológica e/ou ortopédica aos pacientes provenientes do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo, pacientes/moradores do Centro Hospitalar de Barbacena- lares inclusivos e os pacientes da Unidade de internação Psiquiátrica- "UIP". O tempo estimado de internação é de três meses podendo prolongar caso necessário. Atualmente sua capacidade total é de 25 (vinte e cinco) leitos e no momento da inspeção haviam 15 (quinze) pacientes internados, sendo 11 (onze) do sexo masculino e 04 (quatro) do sexo feminino.

Conta com equipe multidisciplinar para os atendimentos, médico plantonista 24hs, fisioterapia em regime de escala, enfermeiras, técnicos de enfermagem, fonoaudiologia, terapeuta ocupacional. O coordenador do serviço de fisioterapia é Carlos Henrique Felipe Pereira Vale- Crefito: 47687-F.

O serviço possui acompanhamento da comissão de controle de infecções hospitalares, onde trabalham com os indicadores: antimicrobianos, identificação dos pacientes, risco de queda, lesões por pressão e eventos adversos.

13.1. Infra- estrutura UCP

A unidade é composta por setor administrativo/ recepção, posto de enfermagem, enfermarias divididas em masculina e feminina, sala para armazenagem de equipamentos, conforto feminino, quarto de isolamento, conforto médico, setor de fisioterapia, espaço para o plantão de enfermagem, expurgo, sala de admissão, sala de convivência, departamento de material de limpeza e expurgo.

13.1.1. Setor administrativo/ recepção: ambiente arejado, boa iluminação, quadro com escalas dos profissionais, computadores, impressora, mesas, cadeiras, lavabo para assepsia das mãos, local identificado.

13.1.2. Posto de enfermagem: profissionais parcialmente uniformizados, vestimenta ofertada pelo serviço, todos em uso de equipamentos de proteção individuais: máscara de proteção individual, calçados, luvas durante os procedimentos. Ambiente composto por pisos/paredes de materiais laváveis,



de fácil higienização, iluminação e ventilação adequadas, computadores, mesas, cadeiras, uma mesa maior ao centro do local, bancada para preparo de medicações, dois lavabos para assepsia das mãos com cartazes orientativos sobre a higienização de mãos, suporte para papel toalha, dispensadores de sabão líquido e álcool gel, lixeiras identificadas de acordo com a segregação dos resíduos, possuem tampa acionadas por pedal, funcionantes, recipiente para descarte de materiais perfuro cortantes armários em inox para guarda de materiais e equipamentos estéreis, armários em vidro para armazenagem de medicações de multidoses e materiais para o serviço da enfermagem, frigobar com termômetro, com controle de máxima e mínima. Carrinho de emergência com cardioversor.

13.1.2.1. Não conformidades:

- Não evidenciado data de validade pós abertura de multidoses, em desacordo com a RDC 36/2013, artigo 7º.
- Não evidenciado treinamento dos colaboradores em situações de urgência e emergência em desacordo com a RDC 63/2011, artigo 32º.
- Não evidenciado protocolo de higienização e descongelamento do frigobar, em desacordo com a RDC 509/2021.
- Profissionais com vestimentas próprias, não uniformizadas, em desacordo com a RDC 63/2011.

13.1.3. Enfermarias: Compostas por pisos/paredes de materiais laváveis, de fácil higienização, iluminação e ventilação adequadas. Leitos com grades, colchões cobertos com materiais impermeáveis, enxovais limpos. Leitos identificados com os dados dos pacientes (nome completo, nome da mãe completo, data de admissão, médico assistente, escalas com riscos assistenciais, alergia, data da troca de acesso venoso e orientação para que a equipe confira a pulseira do paciente) em placa de gestão de riscos. Os pacientes avaliados aleatoriamente apresentavam pulseira de identificação. Soroterapias identificadas adequadamente, bem como acessos venosos e sondas.

13.1.3.1. Não conformidades:

- Não evidenciado cronograma de manutenção predial, pisos porosos e paredes danificadas, em desacordo com a RDC 63/2011 e RDC 50/2002.
- Ralos não escamoteáveis, em desacordo com a RDC 63/2011.
- Não possuem sinalização sonora, em desacordo com a RDC 50/2002.



13.1.4. Sala para armazenagem de equipamentos: constituído por piso/paredes de materiais laváveis, de fácil higienização. Destinado à guarda de equipamentos tecnológicos bem como cilindros de oxigênio, suporte de soroterapia. Equipamentos identificados com o registro do patrimônio. Apresentado lista de conferência diária de equipamentos.

13.1.4.1. Não conformidades:

-Não evidenciado laudo de manutenção preventiva dos equipamentos, em desacordo com a RDC 509/2021.

-Não evidenciado conferência diária do desfibrilador cardíaco (apenas parcialmente), em desacordo com a RDC 63/2011;

-Não evidenciado treinamento/capacitação dos colaboradores quanto ao gerenciamento de tecnologias, uso e conferência dos equipamentos, em desacordo com a RDC 509/2021.

13.1.5. Conforto feminino/ técnicos: Composto por piso/ paredes de materiais laváveis, de fácil higienização. Possui duas camas, colchões impermeáveis, armários em aço inoxidável com cadeados para guarda de pertences pessoais dos funcionários, tomadas identificadas quanto à voltagem, lavabo para assepsia das mãos, suporte para papel toalha e dispensadores de sabão líquido e álcool gel, lixeira identificada com tampa acionada por pedal, pequeno basculante, pouca ventilação local, iluminação artificial, banheiro para uso dos funcionários, completo, ralo com tampa escamoteável, sifonado.

13.1.6. Quarto de isolamento: Composto por piso/ paredes de materiais laváveis, de fácil higienização. Na entrada há uma antessala com pia, dispensadores e insumos para assepsia das mãos, cartaz informativo sobre a prática. Não possui gases medicinais encanados, apenas um cilindro de oxigênio. Ventilação inadequada, não possui janela e/ou condicionador de ar. Iluminação artificial. Sanitário com paredes danificadas, vaso sanitário não possui tampa, basculante sem tela.

13.1.6.1. Não conformidade:

-Estrutura física em desacordo com a RDC 50/2002.

13.1.7. Conforto médico: Composto por piso/paredes de materiais laváveis. Possui uma cama, mobílias e banheiro para uso médico, completo.



13.1.8. Ambiente para o plantão de enfermagem: Composto por piso/ paredes de materiais laváveis, iluminação artificial e ventilação por basculantes. Possui uma cama, mesa, computador, armários em aço inoxidável, armário em madeira, cortinas em tecido, lixeiras identificadas com tampa acionada por pedal, banheiro completo.

13.1.9. Expurgo: Local destinado à armazenagem temporária de materiais e equipamentos contaminados a serem encaminhados posteriormente à central de material de esterilização, a qual está localizada no Hospital Regional de Barbacena e abrange atendimento em toda a rede hospitalar Estadual de Barbacena-HRB e CHPB. Composto por piso/paredes de materiais laváveis, de fácil higienização e cor clara, possui uma bancada lisa, não contém porosidades, pia para lavagem dos materiais contaminados, suporte para papel toalha, dispensadores de sabão líquido e álcool gel, lixeiras identificadas de acordo com a segregação dos resíduos hospitalares. Ventilação através de basculantes, iluminação artificial, ralo com tampa escamoteável e sifonado.

13.1.10. Sala de admissão: Local onde o paciente é recebido para a primeira consulta/ pré-triagem admissional pelos profissionais da equipe multidisciplinar. Composta por piso/paredes de materiais laváveis. Possui maca, mesa, negatoscópio, balança antropométrica adulta analógica, pia para assepsia das mãos, suporte com papel toalha, dispensadores de sabão líquido, álcool gel, cadeira de rodas.

13.1.11. Sala de convivência: Ambiente destinado ao convívio dos pacientes, ambos os sexos, diferentes graus de dependência. Possui iluminação artificial, basculantes, ventilação adequada. Mesa, cadeiras, sofás, poltronas. Banheiro exclusivo, unissex, piso/paredes de materiais laváveis, cor clara, vaso sanitário, pia para assepsia das mãos, suporte para papel toalha, dispensadores de álcool gel e sabão líquido. Lixeiras identificadas.

13.1.12. Departamento de material de limpeza: Ambiente identificado. Organizado, limpo, composto por piso/paredes de materiais laváveis, de fácil higienização. Tanque para lavagem dos panos para limpeza, materiais de limpeza.

13.1.13. Salas de fisioterapia: Possuem dois ambientes destinados à fisioterapia, locais amplos, ventilados, iluminação artificial presente. Balança de piso, maca ortostática, macas fixas, passarelas,



máquina de gelo, bolas suíças para cinesioterapia. Enxovais limpos. Sanitário da sala auxiliar de fisioterapia é composto por vaso sanitário incompleto, pia para assepsia de mãos, insumos para a prática, lixos identificados.

14.UNIDADE DE INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA- UIP.

Fiscal responsável pela inspeção: Natália Cristina Guimarães Geara.

Coordenador de enfermagem: Marcelo José da Costa.

Referência: CAPS de Barbacena.

É dividida em ala masculina, que é composta por 04 (quatro) enfermarias, posto de enfermagem, rouparia, área de terapia ocupacional, recreação, departamento de material de limpeza, sanitário/sala de banho e refeitório unissex e copa. Ala feminina, composta por 02 (duas) enfermarias, quarto de observação, posto de enfermagem e vestiário feminino. Totalizando 40 (quarenta) leitos habilitados para o Sistema Único de Saúde- SUS, no momento da inspeção haviam 25 (vinte e cinco) pacientes masculinos e 11 (onze) pacientes femininos internados.

14.1. Recepção: é composta por piso/parede de material lavável, ventilação/iluminação adequadas, mesas, cadeiras e armário.

14.2. Vestiário masculino/funcionários: Composto por armários/escaninhos em aço inoxidável, com chaves, piso poroso, cor escura, pouca ventilação, paredes danificadas. Sanitário com vaso, chuveiro e uma cadeira de madeira, piso poroso, fiação do chuveiro exposta.

14.3. Sala de acolhimento/ reunião: é composto por piso/parede de material lavável, ventilação/iluminação adequadas, filtro, extintor, lixeira, mesa, cadeiras e armário.

14.4. Postos de Enfermagem: Compostos por piso/parede de material lavável, iluminação/ventilação adequadas, mesas, cadeiras, quadro informativo, lixeira com pedal/tampa com saco plástico branco leitoso destinado ao lixo infectante, uma lixeira com pedal/tampa com saco plástico destinado ao lixo comum, cilindro de oxigênio, local para a guarda de prontuários, armário para guarda de medicamentos,



carrinho de emergência, piso íntegro, extintor de incêndio e bancada com pia e insumos para a prática de assepsia das mãos.

14.4.1. Não Conformidades:

- Paredes danificadas, em desacordo com a RDC 50/2002.

- Ausência de desfibrilador no carrinho de emergência em desacordo a RDC 63/11, art. 8º.

- Não evidenciados capacitações (temas específicos em saúde mental e urgência e emergência), em desacordo a RDC 63/11, art. 32.

14.5. Enfermarias: O espaço é composto por piso/parede de material lavável, iluminação/ventilação adequadas, leitos, mesas de cabeceiras e armários, janelas teladas, recipientes para resíduos comuns identificados.

14.5.1. Não Conformidades:

- Paredes/teto danificados, em desacordo com a RDC 50/2002.

- Inexistência de mesa de cabeceira para cada leito. Em desacordo com a RDC 63/2011.

- Móvel danificada. Em desacordo com a RDC 63/2011.

- Lâmpadas sem proteção. Em desacordo com a RDC 63/2011.

- Inexistência de grades nas camas sua totalidade em desacordo a RDC 36/13.

14.6. Quarto de Descanso enfermagem: Composto por armários/escaninhos para guarda de pertences pessoais e uma cama com colchão impermeável.

14.7. Salas de Banho 01 (feminino) e 02 (masculino): Possui chuveiros, vasos sanitários, pisos e paredes danificadas. Basculantes com telas milimétricas.

14.7.1. Não Conformidades:

- Ausência de barras de apoio e portas, em desacordo com a RDC 50/2002.

- Paredes e ralos danificados, em desacordo com a RDC 50/2002.

14.8. Vestiários dos Funcionários: são dois vestiários, sendo um masculino e outro feminino. O espaço é composto por armário para guarda de pertences dos funcionários, uma cadeira e um banheiro em anexo com pia para lavagem das mãos e vaso sanitário.

14.8.1. Não Conformidades:



-Banheiro com azulejos, paredes, teto danificados. Em desacordo com a RDC 50/2002.

-Espaço para troca de roupas com armários e paredes danificados. Em desacordo com a RDC 63/2011.

14.9. Área de circulação: Corredor com piso lavável.

14.10.1. Não Conformidades:

- Inexistência de barras de apoio e proteção das lâmpadas, em desacordo com a RDC 50/2002.

14.11. Sala de Observação: Existência de pia para lavagem das mãos com papel toalha, dispenser de sabão líquido. Um carrinho de emergência com medicamentos e material médico, aspirador, duas balas de oxigênio, duas lixeiras com tampa e pedal, um aspirador, um suporte de soro, um foco e uma maca.

14.11.1. Não Conformidades:

- Paredes danificadas e maca com ferrugem. Em desacordo com a RDC 50/2002.

14.12. Ambiente para armazenagem e retirada de roupas sujas:

14.12.1. Não Conformidades:

- Inexistência de lavabo para assepsia das mãos. Em desacordo com a RDC 50/2002.

- Inexistência de pia para lavagem de material contaminado. Em desacordo com a RDC 50/2002.

14.13. Refeitório: Possui mesas, bancos, pia para lavagem das mãos, suporte com papel toalha/sabonete líquido, piso e teto danificados, compartilhado com masculino e feminino, em horários diferentes.

14.13.1. Não Conformidades:

- Paredes com infiltrações, em desacordo com a RDC 50/2002.

14.14. Rouparia: Possui escaninhos de fácil limpeza, cor clara, para guarda de roupas.

14.14.1. Não Conformidades:

- Paredes danificadas, em desacordo com a RDC 50/2002.

14.15. DML: Possui pia para lavagem das mãos, pia para lavagem de materiais contaminados e prateleira para guarda de materiais.

14.15.1. Não Conformidades:

- Paredes danificadas. Em desacordo com a RDC 50/2002.



- Prateleiras danificadas. Em desacordo com a RDC 63/2011.

14.16. Pátios: Possuem bancos de cimento, poltronas, área coberta e área descoberta.

15. LARES INCLUSIVOS- ANTIGOS MÓDULOS RESIDENCIAIS.

Fiscal responsável pela inspeção: Natália Cristina Guimarães Geara.

Os lares inclusivos são divididos em "A", "C" e "D".

O lar inclusivo "A" é destinado à internação de moradores psiquiátricos crônicos do sexo masculino, com graus de dependência II e III, moderada e alta dependência. Atualmente são 09 (nove) moradores internados. Sua infra-estrutura é composta por duas salas de convivência, com televisores, sofás, poltronas e mesas; enfermarias com 04 (quatro) leitos, 01 (uma) enfermaria para isolamento de sintomas respiratórios, 01 (um) leito individual para o paciente A.G., deficiente visual; dois banheiros/ casa de banho, copa/cozinha e vestiário/quarto de descanso dos funcionários, departamento de material de limpeza e expurgo. A alimentação de todos os lares inclusivos é preparada por empresa terceirizada e distribuídas pelos mesmos através de marmítes individualizados. Composto por barras de apoio nos banheiros e áreas de circulação. Área externa para banho de sol.

O lar inclusivo "C", também chamado de "LIC", é destinado à internação de moradores psiquiátricos crônicos do sexo masculino, com graus de dependência II e III, moderada e alta dependência, e no momento da inspeção haviam 11 (onze) moradores internados. É composto por 04 (quatro) enfermarias, sendo que a enfermaria 02 (dois) encontrava-se desativada, sendo utilizada para quarto de armazenamento de utensílios em geral; enfermarias com no máximo 5 (cinco) leitos; copa; expurgo; refeitório; posto de enfermagem; sala de atendimento médico; quarto de descanso para funcionários; departamento de material de limpeza (DML); sala de convivência com televisor; 02 banheiros/ casa de banho (com chuveiros, pia para assepsia das mãos e 2 cubas sanitárias).

O lar inclusivo "D", é destinado à internação de moradores psiquiátricos crônicos do sexo feminino, com graus de dependência II e III, moderada e alta dependência, no momento da inspeção, haviam 20 (vinte) moradoras internadas, 01 (uma) encontrava-se em isolamento devido sintomas gripais, no lar inclusivo "A". É composta por 04 enfermarias, nomeadas como enfermarias "a", "b", "c" e "d"; copa; expurgo; refeitório; posto de enfermagem; sala de atendimento médico; quarto de descanso para



funcionários e sanitário; departamento de material de limpeza (DML); sala de convivência com televisor; 02 banheiros/ casa de banho (com chuveiros, pia para assepsia das mãos e 2 cubas sanitárias).

A equipe multidisciplinar de atendimento aos moradores é composta por médicos- sendo um médico clínico que realiza avaliações e prescrições diariamente, um médico psiquiatra semanalmente, finais de semana e feriados possuem médicos clínicos em regime de plantão 24 horas. Fisioterapeuta, fonoaudiólogo, técnicos em enfermagem, enfermeiros plantonistas e enfermeiros lineares e serviços de higienização terceirizados.

Os profissionais estavam utilizando os equipamentos de proteção individuais necessários para o atendimento, as vestimentas (jalecos brancos) são ofertados pelo serviço, porém alguns profissionais utilizavam vestimentas próprias (pijamas cirúrgicos coloridos).

Os leitos são identificados com as imagens dos moradores, apenas alguns constavam os nomes, e outros indicadores de identificação.

São realizadas atividades de terapia ocupacional com os moradores pelos profissionais

16.1. Infraestrutura dos Lares Inclusivos:

16.1.2. Refeitório: O local é composto por um salão com mesas e cadeiras, dispostas de forma adequada, uma pia para higienização das mãos, com sabonete e papel toalha, lixeira com tampa e pedal devidamente identificada e um filtro de água.

16.1.3. Expurgo: Pia para lavagem das mãos, ralo escamoteável, hampers. Parede, pisos e teto com cerâmica e cores claras em sua maioria com pinturas danificadas, higienização preservada.

16.1.4. Copa: Local destinado ao porcionamento das refeições, composto por mesa e cadeiras e bancada. Possui um fogão, forno micro-ondas, geladeira e vasilhames. Lixeira com tampa/pedal e saco plástico identificado para acondicionamento de lixo comum e piso, teto e parede íntegros.

16.1.5. Sanitário: Existência de dois banheiros, com barras de apoio em ambos, sendo cada um com bancada com duas pias, dois chuveiros e duas cubas sanitárias. Paredes, piso e teto íntegros.

16.1.6. Quartos: Possui um total de quatro quartos com 06 leitos, colchões impermeáveis, armários de cabeceiras, um guarda roupa embutido com 6 portas, sendo cada uma destinada a guarda de roupas de um paciente, janelas com tela. Identificação dos moradores à beira leito, nomes e fotografias coloridas com lápis de cor pelos próprios moradores.



16.1.7. Sala de TV: Existência de parede e teto íntegros, mesa, cadeiras dentre estas, sendo 4 cadeiras reclináveis, uma TV e bancos em alvenaria contornando o ambiente. Local amplo com ventilação e iluminação adequadas.

16.1.8. Consultório Médico: Existência de mesa com computador e impressora, cadeiras, balança, maca com colchão impermeável, aparelho de PA, armário para arquivo de prontuários, 01 armário para guarda de materiais/medicamentos, foco, suporte para soro, aspirador, escada de dois degraus, lixeira destinada a resíduo comum, pia com sabonete líquido e papel toalha, dois escaninhos para guarda de prontuários e outros documentos, carrinho de emergência devidamente lacrado com D.E.A., com lista de conferência mensal e em caso de necessidade, da quantidade e validade dos medicamentos/materiais, No momento da inspeção os prontuários estavam corretamente preenchidos e assinados pela equipe multiprofissional e constavam neles as prescrições, bem como os exames realizados pelos moradores.

As prescrições são para sete dias sendo uma por dia, e os medicamentos são dispensados em fitas por horário com etiqueta de identificação contendo nome completo do paciente e de acordo com os horários dos medicamentos prescritos. Há três conferências pela enfermagem, antes da administração dos medicamentos aos moradores.

16.1.9. Posto de enfermagem: Existência de bancada em ardósia com armários embutidos para a guarda de materiais de uso hospitalar, estando estes no momento da inspeção fechados com chave, duas mesas com cadeiras e um computador, um armário, uma pia com sabão líquido e papel toalha, duas lixeiras com tampa e pedal, sendo uma destinada a lixo comum e outra a infectante, tomadas identificadas, teto, piso e parede íntegros.

16.1.10. Quarto de descanso para funcionários: Existência de dois armários, uma cama, uma cadeira, paredes íntegras e banheiro com: uma cuba sanitária, um chuveiro, pia, sabão líquido e papel toalha lixeira com tampa e pedal e ralo escamoteável.

16.1.11. DML: Possui pia para lavagem das mãos, tanque para lavagem de material sujo e prateleiras para guarda de materiais.

16.1.11.1. Não Conformidades:

-Armários de cabeceira e camas com ferrugem. Lâmpadas sem proteção quanto a quedas e explosões acidentais. Em desacordo com a RDC 50/2002.



- Existência de pisos danificados e umidades excessivas nas paredes. Em desacordo com a RDC 50/2002.
- POP's incompletos e desatualizados. Não apresentou POP para higienização dos lares, em desacordo com a RDC 63/11.
- Evidenciado camas sem grades de proteção em desacordo a RDC36/13.
- Evidenciado fiações expostas em desacordo a RDC 50/02.
- Evidenciado paredes danificadas em desacordo a RDC 50/02.
- Evidenciado mofo no banheiro dos colaboradores em grande quantidade em desacordo a RDC 50/02.

17.SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (SND)- RELATÓRIO REFERENTE AO ANO DE 2021.

Fiscal responsável pela inspeção: Luiz Antonio de Siqueira Rodrigues.

17.1. Edificação, instalação, equipamento, móveis e utensílios:

O SND (serviço de nutrição e dietética) do Hospital Regional de Barbacena José Américo, é responsável pela manipulação de dietas livres orais para os pacientes, bem como dietas líquidas, leves, pastosas, livres e brandas. O hospital possui contrato com empresa especializada na prestação de serviço na preparação de refeições para operar na referida unidade. A empresa Mania Soluções em Alimentação e Serviços Ltda (ALIMENTE) é a responsável pelos procedimentos e serviços oferecidos pela unidade. São oferecidos em média por dia 275 desjejuns, 50 refeições, 230 lanches, 100 ceias, 90 almoços e 110 jantares.

As refeições são produzidas no SND da FHEMIG, localizado na rua Presidente Gaspar Dutra, bairro Grogotó e seu transporte é realizado por veículos transportadores de alimentos.

As instalações são projetadas de forma a possibilitar um fluxo ordenado e sem cruzamentos em todas as etapas de preparação dos alimentos. Sua estrutura é dividida em setores: área de higienização de talheres e bandejas, área de pré-preparo de hortifrúti, área de apoio e porcionamento, montagem de carrinho, Expurgo/DML, depósito de lixo, área de cocção, depósito, área de montagem de lanches, preparo de dietas e sobremesas, área de distribuição e sala da nutricionista.

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

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



As instalações físicas são compostas por pisos e paredes de material liso, resistente impermeável de cor clara e de fácil higienização, porém foi observado durante a inspeção que não são mantidos íntegros, conservados, livres de rachaduras, trincas, descascamentos ou qualquer outra imperfeição que possa dificultar sua higienização. **Todas as áreas do SND necessita de reformas urgentes, foi observado: parte elétrica em estado precário, pisos necessitando serem trocados, paredes com infiltrações, descascamentos e bolores, teto com vazamento cobertos por materiais como forro em PVC e telhas.**

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 em sua maioria, **mas foi verificado que algumas telas necessitam de troca ou melhor higienização, foi observado também que a porta de entrada dos alimentos necessita de reparos, pois a mesma encontrava-se com defeito em seu fechamento.**

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 não são apropriadas para a área não sendo protegidas contra quedas e explosões acidentais.**

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

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

Possui instalações sanitárias exclusivas para os funcionários e com separação por sexo. O mesmo se encontrava devidamente organizado, **porém, necessitando ser higienizado no ato da inspeção.** 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 transmitem 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 é feita periodicamente, mantendo registro da realização das mesmas.

17.2. Higienização das instalações, equipamentos, móveis e utensílios:

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

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.

17.3. 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 (Convet Inset), com data de validade vigente, vencimento em: 17/12/2022. Procedimentos realizados com produtos desinfestantes regularizados pelo Ministério da Saúde.



17.4. Abastecimento de água:

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

17.5. 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.

17.6. Manipuladores:

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

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



17.7. 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), respeitando o espaçamento mínimo entre a parede/fardos, necessário para garantir adequada ventilação, limpeza e, quando for o caso desinfecção do local.

17.8. Preparação do alimento:

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

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

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

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

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



17.9. 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:

O transporte dos alimentos é realizado por veículos credenciados para transportes de alimentos sem refrigeração. Os veículos possuem alvará sanitário com data vigente (03/2023). A empresa que realiza o transporte é a Magazine Tem Tudo LTDA, inscrita sob o CNPJ: 39.395.715/0001-25, possui alvará sanitário, localização e funcionamento.

Os veículos foram vistoriados no ato da inspeção e não apresentavam irregularidades, continham paletes, condições higiênicas, POP, alvará sanitário em seu interior e características físicas favoráveis para o transporte.

Os funcionários dos veículos de transporte estavam com uniforme de cor clara e com asseio pessoal.

Os veículos utilizados são: Caminhonete Tipo Carga, Cor Branca – Placa FXQ3G49 – Chassi: 9BD265122F9017958 e Caminhonete Furgão Tipo Carga, Cor Branca – Placa HBZ6828 – Chassi: 936ZCXMNBB2067610.

Lívia Maria Castro e Mello – CRN 21463.



17.10. Recursos Humanos:

- 05 nutricionistas;
- 13 cozinheiros;
- 20 Auxiliares de cozinha;
- 18 copeiros;
- 4 operacional de Limpeza;
- 01 Açougueiro;
- 01 auxiliar de açougue;
- 01 Técnico em nutrição;
- 02 Estoquistas;
- 01 Auxiliar de compras;
- 01 Gerente de unidade;
- 03 Feristas;

17.11. Documentação apresentada:

- Certificado de dedetização – CONVET INSET – 17/12/2022;
- Laudo de potabilidade da água – GTA – 23/06/2022;
- Análise da água coletada no SND – ANALYSIS – COLETADA EM 29/11/2022;
- Certificado de higienização da caixa de água – AACP AMBIENTAL – 31/12/2022;
- Reservatório de água do Hospital – FUNCIONÁRIOS DA FHEMIG;
- Controle de entrega de refeições;
- Planilhas de higienização por setores – ATUALIZADAS;
- Livro de ocorrências – PREENCHIDO DIARIAMENTE POR PLANTONISTAS;
- Planilhas de temperaturas equipamentos e alimentos – ATUALIZADA;
- Exames médicos dos manipuladores – MF MEDICINA DO TRABALHO;
- Registros de treinamentos – BOAS PRÁTICAS – 29/08/2022;
- Controle de amostras – GTA – 24/02/2022;
- Limpeza da caixa de gordura – HIDRÁULICA BEIJA FLOR CONSERVADORA – 15 EM 15 DIAS;
- Manual de boas práticas;
- Comprovantes de manutenção e calibração dos equipamentos – CONRADO MÁQUINAS;



- POP's (Procedimentos Operacionais Padronizados);
- ✓ POP 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.
- ✓ POP 5: DTA's

17.12. Não Conformidades:

- As instalações físicas como piso, parede e teto devem possuir revestimento liso, impermeável e lavável. Devem ser mantidos íntegros, conservados, livres de rachaduras, trincas, goteiras, vazamentos, infiltrações, bolores, descascamentos, dentre outros e não devem transmitir contaminantes aos alimentos. Todas as instalações necessitam de reparos urgentes, e no momento da inspeção está em desacordo com a RDC 216/04, item 4.1.3.
- As instalações elétricas devem estar embutidas ou protegidas em tubulações externas e íntegras de tal forma a permitir a higienização dos ambientes. Vários pontos do SND necessitando de reparos, estando em desacordo com a RDC 216/04, item 4.1.9.
- As áreas internas e externas do estabelecimento devem estar livres de objetos em desuso ou estranhos ao ambiente. Foi observado no ato da inspeção materiais precisando ser descartados na área externa, estando em desacordo com a RDC 216/04, item 4.1.7.
- As instalações, os equipamentos, os móveis e os utensílios devem ser mantidos em condições higiênico-sanitárias apropriadas. Foi observado durante a inspeção que alguns equipamentos necessitam de higienização mais rigorosa, estando em desacordo com a RDC 216/04, item 4.2.1.
- As portas e as janelas devem ser mantidas ajustadas aos batentes. As portas da área de preparação e armazenamento de alimentos devem ser dotadas de fechamento automático. As aberturas externas das áreas de armazenamento e preparação de alimentos, inclusive o sistema de exaustão, devem ser providas de telas milimetradas para impedir o acesso de vetores e pragas urbanas. As telas devem ser removíveis para facilitar a limpeza periódica. Durante a inspeção foi observado portas abertas durante a manipulação de alimentos, telas necessitando de reparos e higienização, estando em desacordo com a RDC 216/04, item 4.1.4.
- Ausência de Alvará sanitário em desacordo com o Código Estadual de Saúde – Lei 13317/99.



OBS: A empresa Mania Soluções em Alimentação e Serviços Ltda (ALIMENTE) é a responsável pelas refeições do HRB e FHEMIG. Está localizada dentro das dependências da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG – Barbacena.

Após inspeção sanitária realizada “in loco”, foi observado que as instalações físicas não atendem as normas sanitárias vigentes, sendo portanto imprescindível sanar tal inconformidade em caráter de urgência.

18.FARMÁCIA HOSPITALAR- RELATÓRIO REFERENTE AO ANO DE 2023.

Fiscal responsável pela inspeção: Francisco Borges.

Trata-se de uma farmácia hospitalar situada dentro do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena- CHPB, cuja finalidade é realizar a dispensação de medicamentos aos pacientes internos e externos do hospital. Possui horário de funcionamento de 07:00 às 19:00 horas, com assistência farmacêutica durante todo o período.

18.1.Área de Dispensação (Estrutura Física)

Possui área restrita e adaptada para a realização das atividades. É composta por área onde os medicamentos são separados e conferidos pelo setor de enfermagem do hospital. O local conta ainda com uma área para as atividades administrativas, um local que funciona como arquivo e guarda dos pertences dos colaboradores, uma sala onde ficam o estoque de medicamentos e materiais médico dispensados pela farmácia. Também nesta área há uma copa para os colaboradores tomarem café com mesa, cadeiras, pia e uma geladeira, que no momento da inspeção estava sendo usada apenas para a guarda de alimentos. Possui também banheiro unissex pra os colaboradores, contendo pia com água corrente e todos os acessórios. Foi observado que as paredes e o piso são de fácil limpeza e desinfecção, estando o local em bom estado de conservação e higiene.

Possui armário com chave para a guarda de medicamentos sujeitos ao controle especial, sob responsabilidade dos farmacêuticos de plantão, realiza contagem destes medicamentos semanalmente.

Há também uma sala onde é realizado a unitarização/fracionamento dos medicamentos, com pia e acessórios, possuindo também caixa de material rígido para descarte de resíduos do grupo E e alguns paletes com caixas de soro.



No momento da inspeção foi observado que todas as janelas do local possuem telas em bom estado. A limpeza do local é realizada pela empresa terceirizada MGS, sendo utilizado para a guarda dos materiais e saneantes, o DML do Hospital.

O local conta lixeiras de tampa e pedal, mesas, cadeiras, computadores, seladoras, extintor e local específico para os medicamentos que já foram separados.

18.1.1 Sistema de Dispensação

Esta atividade é realizada somente pelo farmacêutico de plantão, sendo devidamente registrado em planilha própria, contendo a data do fracionamento, o nome do medicamento, lote, validade, quantidade fracionada e a assinatura do farmacêutico. Os medicamentos após fracionados recebem etiqueta com data de validade de 48 horas e que permite a sua rastreabilidade. No momento da inspeção, foi relatado que limpeza do local é realizada por colaborador da empresa terceirizada MGS responsável pelo serviço, sendo visualizado que todos os locais se encontravam limpos, bem como os medicamentos e materiais médicos estavam devidamente organizados.

As prescrições são individualizadas e tem validade de 7 dias para os pacientes internos e a dispensação ocorre para 24 horas. Os medicamentos são dispensados observando etiqueta com data de validade, número de lote, saída e vencimento. Os colaboradores da enfermagem são responsáveis por pegarem os medicamentos na farmácia, sendo realizada no local a conferência da “fita” de medicamentos de cada paciente. Os medicamentos dispensados para os módulos residenciais localizados na área Hospital Regional, são levados pelos próprios colaboradores da farmácia e também é realizado a conferência pelo setor de enfermagem.

A reposição de estoque da farmácia é realizada uma vez por semana para a Central de Abastecimento farmacêutico através do sistema utilizado pela instituição – SIAD.

A instituição conta com um total de 7 carrinhos de emergência, que são conferidos mensalmente pela farmácia para verificação da quantidade e validade dos medicamentos, através de planilhas. A reposição dos medicamentos gastos em caso de abertura do carrinho se dá através de prescrição médica e os materiais através de requisição da enfermagem. Os carrinhos ficam lacrados, sendo o número do laque anotado na planilha de conferência. Possui também uma maleta de emergência em caso de falta de medicamentos no horário que a farmácia se encontra fechada. A conferência da mesma é realizada semanalmente.



No momento da inspeção no hospital, foi observado que nos postos de enfermagem havia alguns frascos de insulina regular fora da geladeira, sendo questionado a farmacêutica a segurança e estabilidade desta medicação fora de refrigeração. A mesma apresentou a bula do medicamento garantindo a sua estabilidade por determinado período em temperatura ambiente. Porém foi relatado que a medicação é comprada de dois laboratórios diferentes e que este período de estabilidade varia de um laboratório para o outro, sendo colocado a etiqueta com a validade nos frascos.

OBS.: Tendo em vista que a insulina regular pode ser adquirida de laboratórios diferentes, recomenda-se que seja observado a origem da mesma e que os colaboradores sejam capacitados regularmente a respeito da validade das insulinas de cada laboratório afim de evidenciar o uso racional e garantir a estabilidade e segurança do mesmo. E, se possível, que a compra da insulina regular seja feita apenas de um laboratório, afim de se evitar possíveis equívocos quanto a validade do mesmo fora da refrigeração.

Os medicamentos, são retirados da área da dispensação no mês do seu vencimentos e separados. Através da etiquetagem das doses dispensadas há garantia de rastreabilidade dos medicamentos.

Não conformidade:

- Não foi observado, no momento da inspeção, sistema de climatização no local onde são armazenado os medicamentos.

18.1.2 Recursos Humanos

A farmácia da dispensação conta com um total de 11 colaboradores, sendo 2 farmacêuticas em regime de plantão 12x36, um colaborador diarista e 14 colaboradores que se revezam em plantões 12x36 e 12x 60 de acordo com a escala mensal.

No momento da inspeção foram apresentados registro de alguns treinamentos realizados em 2022, contudo a farmacêutica informou que os treinamentos estão sendo realizados a medida que os POP's estão sendo atualizados.

No momento da inspeção a farmacêutica se encontrava devidamente identificada e os colaboradores estavam uniformizados.

18.1.3. Documentação:

A farmácia mantém quadro de avisos, escala de funcionários em local visível e certidão de regularidade emitida pelo CRF-MG com validade para 14/09/2022.

Foram apresentados os livros escrituração manual para os medicamentos sujeitos ao controle especial (Portaria 344/98 e suas atualizações) e dos antibióticos, porém a escrituração dos medicamentos sujeitos ao controle especial não é realizada por paciente e sim pela entrada da quantidade do total de



medicamentos que entram e que são dispensados. Foi apresentado planilha mensal onde é registrado a perda dos medicamentos, sendo esta, assinada pela farmacêutica, chefe imediato e diretor hospitalar.

Foram apresentado os POP's de forma eletrônica e estes estavam atualizado, porém os mesmos, não continham as assinaturas dos responsáveis pela elaboração, aprovação e revisão.

Possui livro de ocorrência dos farmacêuticos e dos colaboradores.

Apresentou registro de treinamento dos colaboradores.

Apresentou os indicadores da instituição em relação a conferência das prescrições, sendo avaliado os erros de prescrição, erros de dispensação, falta de dosagem, dentre outros.

18.1.3.1. Não conformidades:

- Não apresentou registro de entrega dos medicamentos vencidos a empresa responsável pelo descarte, em desacordo com RDC 222/18.

18.2. Central de Abastecimento Farmacêutico:

Atualmente se encontra localizada no mesmo pavilhão da CAF do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo, já sendo sido inspecionada anteriormente.

19. SERVIÇO DE PROCESSAMENTO DE ROUPAS

Fiscal responsável pela inspeção: Silvio Carlos Souza de Oliveira

A lavagem de roupas é feita por empresa terceirizada tendo 4 funcionários que ficam por conta da armazenagem e distribuição.

20. PGRSS (PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE).

Fiscal responsável pela inspeção: Luiz Felipe Corrêa.

O estabelecimento apresentou um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde ainda não revisado este ano, mas apresentou a responsabilidade técnica em nome de Daniela Viana de Santana, Coren 208516, não foi evidenciado o treinamento dos profissionais da área de saúde sobre o programa e o que contempla o mesmo, foi evidenciado

20.1. Não conformidade:



-Ausência do registro de treinamento em desacordo com resolução SES 8115/2022 artigo 13 item V.

21. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR- CCIH

Fiscal Responsável pela inspeção: Natália Cristina Guimarães Geara.

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)- Ordem de serviço nº 007/2022 de 08 de setembro de 2022. Membros executores: Renato Cezar Muniz e Wanderléia Luciana da Silva Andretto. Membros Consultores: Liliana Moreira Neves Fonseca; Wander Lopes da Silva; Mirian Márcia Cantarutti Silva; Aila Patrícia Lacerda Neres Abreu; Marcelo José da Silva; Izabel Cristina Sad das Chagas; Michelle Paula de Faria.

O regimento Interno encontra-se atualizado, aprovado por Claudinei Emídio Campos- Diretor hospitalar e Geraldo Majela dos Santos da Silva- Diretor técnico em 01/11/2022. O Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) foi revisado por Wanderléia Luciana da Silva Andretto- Coren/MG 457751-ENF em 25/08/2022; Existem protocolos visando a prevenção e controle da Infecção Hospitalar: Higienização das mãos, revisado em 12/2022 e tipos de precauções (apenas precaução de contato).

As reuniões da CCIH ocorrem regularmente e são registradas em ATAS e a última registrada foi 30/12/2022. A CCIH realiza formulário para prescrição de antimicrobianos e controle sistemático dos mesmos, não participa de comissão técnica para a especificação de produtos e correlatos a serem adquiridos, também não apresentam procedimentos escritos relativos ao uso racional de germicidas que garanta a qualidade da diluição final.

O serviço de limpeza é terceirizado pela MGS, evidenciados POPS do serviço de higienização porém não há evidências descritas quanto à execução dos procedimentos de limpeza.

O relatório contendo dados informativos e indicadores de infecções é elaborado mensalmente, é divulgado entre o corpo clínico do hospital através das reuniões e via eletrônica (e-mail). Não há protocolos direcionados para cuidados com casos de isolamentos diversos próprios do serviço de saúde em questão, apenas protocolo de contato.

Existe interação busca ativa entre a CCIH e as coordenações de CIH municipais e estaduais/distrital. Na Ausência de núcleo epidemiológico, a CCIH notifica aos órgãos de gestão do SUS casos diagnosticados ou suspeitos de doenças e notificações compulsórias. A CCIH conta com membros executores formalmente nomeados.



Não existe registro de treinamento dos funcionários realizados em parceria com outras equipes para a aplicação dos procedimentos de higienização, biossegurança, cuidados com cateteres, curativos, limpeza e desinfecção e esterilização.

Laudo de controle de qualidade da água- potabilidade: Realizado pela empresa GTA- Gestão e Tecnologia de Alimentos LTDA. Dia 20/10/2022 com periodicidade semestral.

Laudo de higienização dos reservatórios de água: Realizado pela empresa AACP- Serviço Ambiental Eireli – CNPJ 25.361.124/0001-23, contrato nº 9221362, em 07/06/2022.

21.1. Não conformidades:

- Não existem manuais ou rotinas técnico-operacionais visando a prevenção e controle da infecção hospitalar, em desacordo a Portaria 2616/98.
- A CCIH não participa de comissão técnica para a especificação de produtos e correlatos a serem adquiridos, em desacordo a Portaria 2616/98.
- Não há evidências descritas quanto à execução da higienização dos ambientes e mobiliários, em desacordo a Portaria 2616/98.

22. Núcleo de Segurança do paciente.

Fiscal Responsável pela inspeção: Natália Cristina Guimarães Geara.

Comissão de Núcleo de Segurança do Paciente: Ordem de serviço nº 008/2022 de 08 de setembro de 2022. Membros: Dilene Andréia Dias Rosa- Coordenadora do Núcleo de Risco; Liliana Moreira Neves Fonseca; Izabel Cristina Sad Chagas; Wanderléia Luciana da Silva Andretto; Márcia Cristina Malta de Lima Barra; Marcelo José da Costa; Antônio Carlos Matos da Silva; Ana Lúcia Prazeres dos Santos; Viviane Natsumi Magalhães Matoba; Fabiane Melo da Silva; Mirian Márcia Cantarutti Silva; Áila Patrícia Lacerda Neres Abreu; Maria Hipólita Santana; Lilian Cristina Almada Pimentel; Natália Oliveira Silva; Lorena Bórgia Moreira Maia; Wander Lopes da Silva. Membros Consultivos: Alba Mara Dadalti Barroso; Adriana Márcia Costa; Valéria Cristina Silva Dutra; Renato César Muniz; Rodrigo Moura Rezende.

O Plano de Segurança do Paciente (PSP) foi elaborado pelos membros do núcleo de segurança do paciente com a colaboração do Hospital Alberto Cavalcanti, consta como sua primeira edição em 2014, atualmente encontra-se revisado no ano de 2022, atualizado.



São realizadas reuniões mensalmente, de acordo com o cronograma. As não conformidades não geram um plano de ação, relata que estas reuniões são mensais, após a pandemia foi realizada de forma online e retornaram ao presencial em Agosto, relatam que no dia a dia realizam capacitações dos funcionários, porém não registram.

É realizado monitoramento mensal de indicadores dos protocolos de: Identificação do paciente: Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente e Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde; Higiene das mãos: Consumo de preparação alcoólica para as mãos e Uso de sabonete líquido; Prevenção de LPP: Índice de LPP; Prevenção de quedas: Número de quedas com dano, Número de quedas sem dano e Índice de quedas; Segurança na Prescrição, uso e Administração de medicamentos: Taxa de erros na prescrição de medicamentos, Taxa de erros na dispensação de medicamentos e taxa de erros na administração de medicamentos.

O NSP notifica os Eventos Adversos no NOTIVISA e mantém as notificações disponíveis às autoridades sanitárias. O plano de segurança do paciente encontra-se acessível, à todos funcionários e estão sobre posse da coordenadora no setor.

20.1. Não conformidades:

- Não foi evidenciado um cronograma de ações estratégicas para segurança do paciente em desacordo a RDC 36/2013, capítulo 2, sessão 2, artigo 8, inciso 17.

21- CONCLUSÃO:

Após inspeção técnica realizada pela equipe da Vigilância Sanitária e relatório descrito acima, cabe ao chefe da Vigilância Sanitária negociar com o responsável legal e/ou técnico do estabelecimento, por meio do termo de notificação, o aprazamento para que as não conformidades sejam sanadas em tempo hábil, os prazos estarão descritos no termo de notificação, para assim firmar ao objetivo da inspeção citado acima.

Barbacena, 31 de janeiro de 2023.



PROFISSIONAL	FUNÇÃO	MATRÍCULA	ASSINATURA/CARIMBO
Francisco Borges	Bioquímico em saúde	27961/01	
Luiz Antonio de Siqueira Rodrigues	Fiscal Sanitário	282975/01	 Janaina Martins F. Sanson Chefe de Vigilância Sanitária Matrícula: 282950/02 SESAP/SUS/Barbacena
Luiz Felipe Corrêa	Fiscal Sanitário	29764	 Luiz Felipe Corrêa Fiscal Sanitário Matrícula: 29764/01 SESAP - Barbacena/MG
Natália Cristina Guimarães Geara	Referência técnica/ Fiscal Sanitário	283.186/01	 Natália C. G. Geara Referência Técnica / VISA Matrícula 283186/01
Sílvio Carlos Souza de Oliveira	Fiscal Sanitário	28577/04	

Ciente em 17 / 02 / 2023

Recebido por:

Dilene Andréia Dias ROSA
ENFERMEIRA
COREN-MG 227120
MASP: 126.37237
HRB / JA / FHEMIG

Vigilância Sanitária
Barbacena - MG