

# ROTEIRO PARA VISITA TÉCNICA

## 1- IDENTIFICAÇÃO

Nome do estabelecimento: UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO Francisco Julião/ Upa Cabo
O.S. Responsável: IMIP
Perfil da Unidade: Clínica Médica e Pediatria
Coordenador Geral: Inalda Santos
Coordenador Médico: Christopher Cavalcanti
Coordenador de Enfermagem: Suellen Cintra
Coordenador Administrativo-Financeiro: Suyenne Leitão

## 2- RECEPÇÃO GERAL

Nº total de pacientes: 10	Classificados:50	Não Classificados: 06	
Tempo Médio de espera dos pacientes (para ser classificado)		25 min.	
Limpeza, iluminação, aeração	<input checked="" type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim
Caixa de Sugestões visível na área interna da Unidade	<input checked="" type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não
Funcionários fardados e Identificados	<input checked="" type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não
Escala Plantão do dia está fixada	<input checked="" type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não
Nº de Clínicos ( 04 )	Nº Ortopedista ( - )	Nº Pediatra ( 02 )	Nº de Odonto ( - )
Obs: Recepção sem tumulto, todos sentados .			

## 3-CARACTERÍSTICAS GERAIS

Nº de consultórios de atendimento	Existentes ( 4 )	Ativos ( 4 )
Nº de leitos de observação e/ou repouso	Existentes ( 19 )	Ativos ( 19 )
Obs: 01 leito p/ Isolamento		

## 4-ATENÇÃO AO USUÁRIO

	Sim	Não
Pesquisa de satisfação do usuário	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caixa de sugestão acessível	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cartaz da ouvidoria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fornecido ao paciente, por ocasião de sua dispensa, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado informe de atendimento, constando, no mínimo, as seguintes informações: Nome do paciente, nome da Unidade, localização da Unidade, motivo da internação ( CID 10), data de admissão e data da alta, procedimentos realizados e/ou materiais empregados, diagnósticos principal e secundário de alta.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obs:		

**5- AVALIAÇÃO ASSISTENCIAL****5.1) SALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Número de pacientes em espera			06
Limpeza, iluminação, aeração	<input checked="" type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim
Divisórias		<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Estado do mobiliário/ equipamentos	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim
Enfermeiro responsável: Elianai			COREN:
Obs:			

**5.2) SALA DE SERVIÇO SOCIAL**

Assistente Social: Clara Saturnino	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Supervisor:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	
Divisórias	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Estado do mobiliário/equipamentos	<input checked="" type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim
Obs:			

**5.3) SALA VERMELHA**

Nº de Leitos	Existentes ( 04 )		Ativos ( 04 )
Nº total de pacientes			02
Nº de pacientes acima de 24 horas			02
Nº de Pacientes regulados			02
Qual o perfil do paciente regulado: 02 HDHC- DPOC + ITR			
Nº de Profissionais em atendimento 3 doutorandos	Médicos ( - )	Enfermeiros ( )	Tec. Enfermagem ( 2 )
Limpeza, iluminação, aeração	<input checked="" type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim
Estado dos mobiliários/ equipamentos	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim
Obs:			

**5.4) EQUIPAMENTOS DISPONÍVEIS NA SALA VERMELHA**

Equipamentos	Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> )	Observação
Bomba de Infusão	Sim	
Cama de Fowler	SIM	
Carro PCR	SIM	
Kit PCR	SIM	
Desfibrilador	SIM	
ECG	<b>SIM</b>	
Macas	SIM	
Monitor Multiparâmetros	SIM	
Oxímetro Portátil	SIM	
Biombo/Divisória	Sim	
Pontos de ar comprimido	Sim	
Pontos de O2	Sim	
Ventilador à pressão e/ou volume	Sim	
Obs:		

### 5.5) SALA AMARELA

Nº de Leitos	Existentes ( 10 )		Ativos ( 10 )
Nº total de pacientes			08
Nº de pacientes acima de 24 horas			07
Nº de Pacientes regulados			08
Qual o perfil do paciente regulado: 05 - HDHC- ITU;ITR;DRC;IC desc.;Diabetis desc./01- HOF- Colecistite/01-HR-AVE?/01- Mirueira-Etilista			
Nº de Profissionais em atendimento	Médicos ( 1 ) 2 estudantes	Enfermeiros ( 2 )	Tec. Enfermagem ( 2 )
Limpeza, iluminação, aeração	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Boa	( <input type="checkbox"/> ) Regular	( <input type="checkbox"/> ) Ruim
Estado dos mobiliários/ equipamentos	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Bom	( <input type="checkbox"/> ) Regular	( <input type="checkbox"/> ) Ruim
POP	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim		( <input type="checkbox"/> ) Não
Obs: Infiltração na parede, mediante ar condicionado quebrado, mas já providenciado conserto pela gestão.			

### 5.6) SALA AMARELA PEDIÁTRICA

Nº de Leitos	Existentes ( 4 )		Ativos ( 4 )
Nº total de pacientes			02
Nº de pacientes acima de 24 horas			0

Nº de Pacientes regulados			0
Qual o perfil do paciente regulado: 02-Observação.			
Nº de Profissionais em atendimento	Médicos ( - )	Enfermeiros ( - )	Tec. Enfermagem ( 2 )
Limpeza, iluminação, aeração	( x ) Boa	( ) Regular	( ) Ruim
Estado dos mobiliários/ equipamentos	( x ) Bom	( ) Regular	( ) Ruim
Obs:			

### 5.7) SALA DE ISOLAMENTO : 0

Há pendências de remoções	( x ) Sim	( ) Não
Há identificação da sala	( x ) Sim	( ) Não
Limpeza, iluminação, aeração	( x ) Boa	( ) Regular
Estado dos mobiliários/ equipamentos	( x ) Bom	( ) Regular
Obs:		

### 5.8) SALA DE RX

Nº de pacientes aguardando o RX			
Profissionais fazem uso do dosímetro	Sim ( x ) ( )	Não	Validade: _31_/_12_/_19__
Nº de Profissionais em atendimento	Técnico em Radiologia ( x )	Técnico em Câmara escura ( férias )	
Sala de Imobilização	( ) Sim	(- ) Não	
Técnico de Imobilização presente	( ) Sim	(- ) Não	
Limpeza, iluminação	( x ) Boa	( ) Regular	
Estado do mobiliários/ equipamentos	( x ) Bom	( ) Regular	
Obs:			

### 6- PRODUÇÃO ( DO DIA DA VISITA)

	Quantidade
Nº de atendimentos em Clínica Médica	48
Nº de atendimentos em Pediatria	02
Nº de atendimentos em Ortopedia	-
Nº de atendimentos em Assistência Social	-

Obs: 50 pacientes

## 7- SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Há disponibilidade dos seguintes serviços nas 24 horas/dia

	Sim	Não
Laboratório	( x )	( )
Radiologia convencional	( x )	( )
ECG	( x )	( )
Telemedicina	( x )	( )
Obs:		

## 8- SERVIÇOS DE APOIO TÉCNICO

### 8.1) FARMÁCIA

Iluminação	( x ) Boa	( ) Regular	( ) Ruim
Climatização	( x ) Boa	( ) Regular	( ) Ruim
Limpeza	( x ) Boa	( ) Regular	( ) Ruim
Extintor de incêndio		( x ) Sim	( ) Não
Medicamentos controlados em armário específico com chave		( x ) Sim	( ) Não
Geladeira com controle de temperatura		( x ) Sim	( ) Não
Presença de Farmacêutico		( x ) Sim	( ) Não
Presença de Aux. de Farmácia		( x ) Sim	( ) Não
Nome do Farmacêutico responsável: Mariane			CRF: 5755
Obs: Orientada sobre troca do Metalyse com vencimento em abril.			

## 9- SERVIÇOS GERAIS

### 9.1) EXPURGO

Lavatório	( x ) Sim	( ) Não
As condições de higiene, iluminação e aeração são adequadas	( x ) Sim	( ) Não

**9.2) HIGIENE**

		Sim	Não
Há normas e rotinas para a limpeza da Unidade		( x )	( )
A CCIH participa da elaboração dessas normas		( x )	( )
São utilizados produtos próprios para limpeza		( x )	( )
Está implantada a coleta especial para resíduos infectantes		( x )	( )
A coleta é realizada	( x ) Semanal Limpo	( ) 3x na semana infectado	

**9.3) VESTUÁRIO E REPOUSO**

		Sim	Não
As condições de higiene, iluminação e aeração são adequadas		( x )	( )
Situação do mobiliário:	( x ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim		
Obs:			

**9.4) MANUTENÇÃO GERAL**

		Sim	Não
Coleta seletiva Regular		( x )	( )
Serviço de Gerenciamento de Risco e de Resíduos Sólidos Regular		( x )	( )
Serviço de Segurança armada (Rodízio)		( x )	( )
Ambulância ativa		( x )	( )
Macas presas		( )	( )
Qtde: ( 7 ) Local: 02- HOF/02-HR/01-HDHC/01-HPS/01 em manutenção			
Há pendências de remoções		( x )	( )
Causa: macas presas			
Obs:			

**10- INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

\* Realizado vistoria na ambulância, onde estava passando por higienização.

\* Visita Técnica acompanhada pela Gestora da Unidade; Coordenadora geral da Enfermagem; Izabella(Analista Assistencial DGMMAS).

--

**11- CONCLUSÃO**

Local: Cabo de Santo Agostinho	Data da Visita: 21.01.20 às 08:45h
Identificação do(a) responsável pelas informações, e assinatura :	
Inez Vieira Analista Assistencial DGMMAS Matrícula: 246089-0	

**ORIENTAÇÕES**

**1. Organização e funcionamento**

- 1.1) Verificar o número de consultórios disponíveis e suas condições de iluminação e aeração.
- 1.2) Observar as condições das salas de espera e dos banheiros destinados ao público, bem como as dos vestiários e refeitórios para uso dos funcionários.
- 1.3) Verificar se os cilindros contendo gases medicinais apresentam-se ancorados em carrinhos próprios

e/ou são presos à parede por cinto de segurança.

1.4) Verificar a existência e condições de funcionamento dos equipamentos médico-hospitalares da sala de emergência, tais como desfibrilador, ventilador volumétrico ou à pressão, monitor cardíaco, laringoscópio adulto e infantil (com lâminas, pilhas e lâmpadas), ambu adulto e infantil, bombas de infusão e outros.

1.5) Verificar no Laboratório de Análises Clínicas e Congêneres se os padrões mínimos exigidos para o funcionamento estão de acordo com a Portaria MS/GM nº 1.884/94.

1.6) Verificar se os Serviços de Diagnóstico por Imagem, Medicina Nuclear e Radioterapia possuem o certificado de vistoria expedido pela Comissão Nacional de Energia Nuclear, como determina a Portaria MS/SVS nº 453/98.

1.7) Verificar a existência e funcionamento dos equipamentos e medicamentos para atendimento de urgência.

1.8) Verificar os aspectos de segurança do prédio, bem como as condições de ventilação, iluminação e destino dos resíduos sólidos e líquidos de todas as Unidades.

1.9) Verificar a existência das Comissões obrigatórias: Comissão de Ética Médica, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Comissão de Ética em Pesquisa; e de outras, como a Comissão de Revisão de Prontuário Médico, Comissão de Revisão de Óbitos, Comissão de Hemoterapia e Comissão de Farmácia e Medicamentos.

1.10) Analisar os livros das respectivas Comissões com ênfase nos seguintes itens: data das reuniões, abertura, oitiva dos envolvidos, conclusões e encaminhamentos das sindicâncias, critérios para avaliação dos prontuários, Programa de Controle de Infecção Hospitalar e plano de ação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, incluindo a atuação do Serviço de Medicina Ocupacional.

1.11) Verificar as condições e sistemas adotados pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

1.12) Analisar se os prontuários médicos contém história clínica, diagnóstico, evoluções médicas, prescrições com data e horário, identificação legível do profissional que realizou o procedimento, descrição cirúrgica, relatório da prática anestésica, exames laboratoriais, radiológicos, etc.

1.13) Verificar as condições da Farmácia, conforme os parâmetros da Portaria MS/SVS nº 344/98, bem como o registro e os cuidados dispensados a medicamentos controlados.

1.14) Observar os fluxos da Central de Esterilização de Materiais: área própria para o recebimento de

materiais utilizados, lavagem, preparo, processamento, estocagem e distribuição.

1.15) Verificar as condições dos equipamentos existentes: autoclaves, estufas, plasma peróxido de hidrogênio, óxido de etileno e desinfecção química.

1.16) Verificar se há controle de qualidade dos materiais esterilizados pela Central de Material de Esterilização.

1.17) Verificar se há reutilização de artigos médico-hospitalares, observando-se, em caso positivo, se o reprocessamento obedece às normas em vigor (Portaria MS/SNVS/DIMED nº 8/88).

1.18) Verificar se os critérios de aquisição e utilização de germicidas hospitalares estão de acordo com o disposto na Portaria MS/SVS nº 15/88.

1.19) Observar os fluxos da Lavanderia, bem como se há área própria para o recebimento de roupa suja, lavagem, processamento da roupa limpa, preparo, estocagem e distribuição.

1.20) Observar os métodos de desinfecção e lavagem empregados no setor, bem como a quantidade, qualidade e propriedade dos produtos utilizados e se a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar participa na escolha da metodologia.

1.21) Verificar se os funcionários são monitorados pelo Serviço de Medicina Ocupacional e se utilizam equipamento de proteção individual.

1.22) Realizar o levantamento dos dados de produção, conforme as exigências de cada roteiro servida conforme a prescrição médica.

## **2. Recursos Humanos**

2.1) Verificar se existe cadastro do Corpo Clínico, no qual constem os nomes dos médicos, sua qualificação profissional e respectivos registros no Conselho Regional de Medicina.

2.2) Verificar se existe cadastro dos demais profissionais da área de saúde, bem como a existência de programa de treinamento, educação continuada, avaliação de desempenho e supervisão do pessoal das diversas áreas.

2.3) Verificar a apresentação do pessoal e o uso de uniformes e de equipamentos de proteção individual e/ou coletiva (nos setores onde este cuidado se faça necessário).

## **3. Recursos materiais**

- 3.1) Verificar o estado de conservação e manutenção preventiva dos materiais e equipamentos.
- 3.2) Verificar se a quantidade e qualidade dos materiais e equipamentos são adequados ao número de pacientes internados na instituição e se atendem aos leitos da Unidade de Cuidados Intensivos, Pronto-Socorro, Centro Cirúrgico e recuperação pós-anestésica.
- 3.3) Verificar os equipamentos embarcados para transporte de pacientes em cuidados intensivos.
- 3.4) Verificar a quantidade de desfibrilador/cardioversor existente por Unidade de Cuidados Intensivos, Centro Cirúrgico, recuperação pós-anestésica, Enfermarias, Pronto-Socorro e equipamentos embarcados para transporte de pacientes.
- 3.5) Verificar, em cada Unidade, a existência e condições de uso de equipamentos para atendimento de urgência cardiorrespiratória.
- 3.6) Verificar os prazos de validade dos materiais e medicamentos disponíveis.
- 3.7) Verificar a distribuição dos gases medicinais e se o estabelecimento dispõe de tanque criogênico, bateria de gases e/ou cilindros de oxigênio. É também importante verificar a instalação de ar comprimido e de vácuo, e a existência de filtro e periodicidade de troca.
- 3.8) Verificar a existência de veículos para transporte de pacientes, conforme a Resolução CFM nº. 1.529/98.

**Fontes de Informação:**

Manual de Fiscalização e Roteiros de Vistorias - CFM

Roteiro Supervisão Mensal UPA - DGMMAS

Anexos aos contratos UPA - SES