

## ROTEIRO PARA VISITA TÉCNICA

### 1- IDENTIFICAÇÃO

Nome do estabelecimento: UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DULCE SAMPAIO
O.S. Responsável: SANTA CASA DA MISERICÓRDIA
Perfil da Unidade: CLINICA MEDICA, PEDIATRIA E ORTOPEDIA
Coordenador Geral: SIMONE ARAÚJO
Coordenador Médico: FABIANA EMERENCIANO
Coordenador de Enfermagem: GISELE TENÓRIO
Coordenador Administrativo-Financeiro: Gleibson

### 2- RECEPÇÃO GERAL

Nº total de pacientes: 21	Classificados: 16	Não Classificados:
Tempo Médio de espera dos pacientes (para ser classificado)		10 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 ( 4 )	Nº Ortopedista ( 1 )	Nº Pediatra ( 2 )
Nº de Odonto ( )		
Obs:		

### 3-CARACTERÍSTICAS GERAIS

Nº de consultórios de atendimento	Existentes ( 6 )	Ativos ( 6 )
Nº de leitos de observação e/ou repouso	Existentes ( 21 )	Ativos ( 20 )
Obs:		

### 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			
Limpeza, iluminação, aeração	( X ) Boa	( ) Regular	( ) Ruim
Divisórias		( x ) Sim	( ) Não
Estado do mobiliário/ equipamentos	( X ) Bom	( ) Regular	( ) Ruim
Enfermeiro responsável: GISELE			COREN:
Obs:			

**5.2) SALA DE SERVIÇO SOCIAL**

Assistente Social Joselene Ribeiro	( x ) Sim	( ) Não
Supervisor	( X ) Sim	( ) Não
Divisórias	( X ) Sim	( ) Não
Estado do mobiliário/equipamentos	( X ) Boa	( ) Regular ( ) Ruim
Obs:		

**5.3) SALA VERMELHA**

Nº de Leitos	Existentes ( 05 )	Ativos ( 2 )	
Nº total de pacientes	2		
Nº de pacientes acima de 24 horas 1	1		
Nº de Pacientes regulados 1 para o HR	-		
Qual o perfil do paciente regulado:			
Nº de Profissionais em atendimento	Médicos ( 0 )	Enfermeiros ( 1 )	Tec. Enfermagem ( 2 )
Limpeza, iluminação, aeração	( x ) Boa	( ) Regular	( ) Ruim
Estado dos mobiliários/ equipamentos	( x ) Bom	( ) Regular	( ) Ruim

**5.4) EQUIPAMENTOS DISPONÍVEIS NA SALA VERMELHA**

Equipamentos	Sim ( x )	Não ( )	Observação
Bomba de Infusão	x		
Cama de Fowler	x		

Carro PCR	x	
Kit PCR	x	
Desfibrilador	X	
ECG	X	
Macas	0	
Monitor Multiparâmetros	X	
Oxímetro Portátil	X	
Biombo/Divisória	X	
Pontos de ar comprimido	X	
Pontos de O2	X	
Ventilador à pressão e/ou volume	X	
Obs:		

### 5.5) SALA AMARELA

Nº de Leitos	Existentes ( 10 )		Ativos ( 9 )
Nº total de pacientes 2			8
Nº de pacientes acima de 24 horas 1			7
Nº de Pacientes regulados 2			8
Qual o perfil do paciente regulado:			
Nº de Profissionais em atendimento	Médicos ( 1 ) 2 estudantes	Enfermeiros ( 2 )	Tec. Enfermagem ( 2 )
Limpeza, iluminação, aeração	( x ) Boa	( ) Regular	( ) Ruim
Estado dos mobiliários/ equipamentos	( x ) Bom	( ) Regular	( ) Ruim
POP	( x ) Sim	( ) Não	
Obs:			

### 5.6) SALA AMARELA PEDIÁTRICA - Amarela Covid

Nº de Leitos	Existentes ( 5 )		Ativos ( 5 )
Nº total de pacientes			2
Nº de pacientes acima de 24 horas 1			Não
Nº de Pacientes regulados			1
Qual o perfil do paciente regulado:			
Nº de Profissionais em atendimento	Médicos ( 0 )	Enfermeiros ( 0 )	Tec. Enfermagem ( 2 )
Limpeza, iluminação, aeração	( x ) Boa	( ) Regular	( ) Ruim

Estado dos mobiliários/ equipamentos	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim
Obs:			

### 5.7) SALA DE ISOLAMENTO

Há pendências de remoções	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Se sim, quais:		
Há identificação da sala	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
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:		

### 5.8) SALA DE RX

Nº de pacientes aguardando o RX			
Profissionais fazem uso do dosímetro	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Validade: ___/___/___
Nº de Profissionais em atendimento	Técnico em Radiologia <input type="checkbox"/>	Técnico em Câmara escura <input checked="" type="checkbox"/>	
Sala de Imobilização	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Técnico de Imobilização presente	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Limpeza, iluminação	<input checked="" type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim	
Estado do mobiliários/ equipamentos	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim	
Obs: O raio-x encontra-se em manutenção, com previsão de visita técnica para concerto no dia 04/02/2020. O profissional ortopedista realizava triagem e orientação aos pacientes.			

### 6- PRODUÇÃO ( DO DIA DA VISITA)

	Quantidade
Nº de atendimentos em Clínica Médica	124
Nº de atendimentos em Pediatria	13
Nº de atendimentos em Ortopedia	20
Nº de atendimentos em Odontologia	
Obs:	

## 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: Isa			CRF:3025
Obs:			

## 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	( ) Quinzenal

### 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		( X )	( )
Ambulância ativa		( X )	( )
Macas presas		( X )	( )
Qtde: ( 1 ) Local:			
Há pendências de remoções		( X )	( )
Causa: Falta de macas			
Obs:			

## 10- INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Condições de higiene das dependências da unidade adequada.

Visita realizada com Simone Araujo, coordenadora administrativa.

--

**11- CONCLUSÃO**

Local: UPA Torroes	Data da Visita: 05.10.20 as 08:45 h
Identificação do(a) responsável pelas informações , e assinatura :	
<b>IZABELA G. L. MONTENEGRO</b> <b>COORDENADORA DE GESTÃO ASSISTENCIAL</b> <b>MATRICULA 398.435-4</b>	

**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