



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
Gerência de Risco em Serviços de Saúde

Relatório Técnico - SES/SVS/DIVISA/GRSS

RELATÓRIO TÉCNICO DE INSPEÇÃO
RTI/GRSS Nº 09/2020

Data da Visita Técnica: 02/09/2020

OS-DIVISA nº 01/2020

Objetivo da Visita Técnica: Avaliar a estrutura física, os processos de trabalho e fluxos de atendimento do Hospital de Campanha da Polícia Militar, a fim de verificar os riscos à saúde e o cumprimento da legislação vigente, com relação às ações de promoção da Segurança do Paciente e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

1. INFORMAÇÕES GERAIS

Estabelecimento/Razão Social: ASSOCIAÇÃO SAÚDE EM MOVIMENTO - ASM

Serviço: Núcleo de Segurança do Paciente e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

CNPJ: 27.324.279/0004-68

Nome fantasia: ASM - HOSPITAL DE CAMPANHA DA PM

Endereço: AE SPO CONJUNTO 4 CENTRO MÉDICO POLÍCIA MILITAR, SETOR POLICIAL SUL

CEP: 70610-212

Município: Brasília **Estado:** DF

Natureza do serviço: Hospital de Campanha da PM – Enfrentamento COVID-19

2. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

Caracteriza-se como Hospital de Campanha, que foi ativado para o enfrentamento da COVID-19, possui 100 leitos.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto atua com 80 leitos e a Unidade de Internação com 20 leitos. Os leitos de UTI possuem rede de gases medicinais, equipamentos compatíveis com a assistência ao paciente crítico, não há divisória entre os leitos. Os leitos da Unidade de Internação também possuem rede de gases medicinais. O serviço de esterilização de artigos é realizado por empresa terceirizada.

Não há equipe formalmente constituída responsável pelas ações de promoção da Segurança do Paciente.

3. INSPEÇÃO

Diante da pandemia desencadeada pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2) e a necessidade de ampliar o número de leitos para atendimento dos pacientes acometidos pela doença no Distrito Federal, mesmo que, com estrutura temporária, é necessário que o serviço de saúde desenvolva um planejamento que priorize a segurança de pacientes e profissionais. Portanto, o serviço deve instituir protocolos que norteiem a equipe assistencial visando a prevenção de eventos adversos infecciosos e não infecciosos, pois estes quando não são prevenidos trazem danos graves e podem resultar em óbitos.

Avaliação das práticas de promoção da Segurança do Paciente e Controle e Prevenção de IRAS no Hospital de Campanha da Polícia Militar:

A equipe técnica da GRSS/DIVISA foi recebida pelo representante da diretoria, o Senhor Wesley que apresentou a estrutura física, e juntamente com os supervisores das áreas, acompanharam a ação nas unidades assistenciais.

A documentação apresentada necessita de revisão com base na legislação vigente, para que se adeque em sua totalidade quanto ao que é preconizado pelas Boas Práticas de funcionamento dos serviços de saúde. Não foram apresentados os fluxos escritos de atendimento, desde a entrada do paciente até sua alta. Também não foram apresentados os protocolos de Promoção da Segurança do Paciente, conforme disposto na Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 08/2020. Faltam os seguintes Protocolos:

- Protocolo de Identificação do Paciente;
- Protocolo de Comunicação efetiva entre os profissionais, entre os demais serviços de saúde e entre os profissionais e os pacientes;
- Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos;
- Prevenção de Lesão por Pressão;
- Prevenção de Queda;
- Diretrizes para Segurança na prescrição, uso e administração de Sangue e Hemocomponentes;
- Diretrizes para Segurança nas Terapias Nutricionais Enteral e Parenteral;
- Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS);
- Prevenção e Controle da COVID-19 para proteção dos profissionais de saúde;
- Captação, análise e notificação de eventos adversos.

Durante a visita *in loco*, foi constatado que a estrutura física está totalmente concluída e equipada com mobiliários, equipamentos médico-hospitalares e rede de gases medicinais. Há área específica para os colaboradores realizarem paramentação e desparamentação (colocação e retirada de Equipamentos de Proteção Individual - EPI). O kit de paramentação é entregue ao colaborador para uso no turno de 6h.

Não foi apresentado nenhum plano de contingência com os processos de trabalho e os fluxos de atendimento dos pacientes que são referenciados da rede SES/DF para tratamento da COVID-19 no Hospital de Campanha da Polícia Militar do Distrito Federal.

A equipe foi informada que os elevadores são separados: para resíduos, para alimentação, para pacientes, para entrada de materiais e para os profissionais.

Na área destinada aos pacientes não críticos (Unidade de Internação), foi observado que não há sistema de aspiração a vácuo por leito (rede de vácuo canalizada - sistema fechado) e também não há sala de procedimentos, como fora informado em cadastro do *FormSus* realizado pelo serviço.

Há dispensadores de produto alcoólico a 70% para higiene de mãos, bem como os demais insumos para higiene de mãos (dispensador para sabonete líquido, papel toalha e lixeiras com pedal).

Constatamos que há local específico para retirada dos corpos pela equipe funerária.

O serviço não apresentou nenhum registro de capacitações dos profissionais de saúde no momento de sua contratação para início de suas atividades laborais no Hospital de Campanha. Também não apresentou contrato com empresa responsável pelo tratamento dos resíduos.

4. NÃO CONFORMIDADES

	NÃO CONFORMIDADE	DETERMINAÇÃO	PRAZO
DOCUMENTAÇÃO			
5.1	Não foi apresentado o documento de constituição do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).	Encaminhar documento comprobatório da constituição do NSP (por meio de portaria, ato ou outras documentações formais referentes à instituição do NSP do serviço de saúde).	15 dias
5.2	Não foi apresentado o Plano de Segurança do Paciente.	Encaminhar Plano de Segurança do Paciente devidamente aprovado pela Direção do hospital (por meio de assinatura, publicação ou ata de reunião). Com os requisitos mínimos: - Aprovação da Direção (assinaturas, atas) - 6 Metas de Segurança do Paciente; - Diretrizes para nutrição enteral e parenteral; - Diretrizes para sangue e hemoderivados; - Indicadores; - Captação, monitoramento e comunicação de eventos adversos;	15 dias
5.3	Não foram apresentados os protocolos com as 6 Metas Internacionais de Segurança do Paciente, as Diretrizes para sangue e hemoderivados e Diretrizes para nutrição enteral e parenteral.	Encaminhar os protocolos de: - Identificação do Paciente; - Comunicação; - Prescrição, uso e administração de medicamentos; - Prevenção de Lesão por Pressão; - Prevenção de Queda; - Diretrizes para a Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes; - Diretrizes para a segurança nas terapias nutricionais enteral e	15 dias

parenteral.

INSPEÇÃO IN LOCO

	NÃO CONFORMIDADE	DETERMINAÇÃO	PRAZO
5.4	Unidade não realiza justificativa de prescrição de antimicrobianos.	Instituir rotina de justificativa de prescrição de antimicrobianos.	Imediato
5.5	Não há fluxo de controle de antimicrobianos.	Instituir fluxo de controle de antimicrobianos.	Imediato
5.6	Unidade não apresentou Protocolo de tratamento de COVID-19.	Disponibilizar no setor protocolo de tratamento de COVID-19. Encaminhar lista de ciência dos prescritores.	Imediato
5.7	Unidade não apresentou Protocolo de tratamento de IRAS.	Apresentar protocolo de tratamento de IRAS, que contemple a descrição das terapias empíricas, conforme topografias e/ou microrganismos. Encaminhar lista de ciência dos colaboradores.	15 dias
5.8	Vários colaboradores fazem uso de adornos em mãos e punhos, alguns utilizam unhas postiças.	Providenciar orientação para toda equipe multidisciplinar, <u>inclusive supervisores e chefias</u> , quanto a não utilização de adornos e de unhas postiças no hospital, atendendo às recomendações e exigências legais. Encaminhar lista de presença da capacitação.	Imediato
5.9	Colaboradores da assistência não realizaram técnica de higienização das mãos nas oportunidades recomendadas pela OMS (5 momentos).	Supervisionar a rotina de higienização das mãos e providenciar treinamento a todos os colaboradores da unidade. Encaminhar lista de presença da capacitação.	Imediato
5.10	Não há sinalização para precauções adicionais, como contato, aerossóis. (placas, fitas).	Instituir a sinalização para precauções adicionais (placas, fitas). Observação: Mesmo sendo unidade onde todos os pacientes estão em precaução é necessário instituir precauções adicionais para pacientes com microrganismos multirresistentes, inclusive com a instituição da recomendação de	Imediato

		troca de paramentação após prestar assistência a esses pacientes.	
5.11	Não possui protocolo de vigilância de pacientes colonizados por microrganismos multirresistentes (MMR).	<p>Providenciar o protocolo de vigilância de MMR contemplando os critérios para coleta de cultura de vigilância e os critérios para manutenção e suspensão das precauções.</p> <p>Por se tratar de um hospital que recebe pacientes provenientes de vários outros serviços de saúde, existe a possibilidade destes pacientes já estarem colonizados por MMR. A adoção da rotina de coleta de <i>swab</i> admissional permite que haja a identificação de MMR para iniciar a estratégia de prevenção do desenvolvimento de infecções, bem como de prevenção de transmissão intrahospitalar de MMR e de possíveis surtos por MMR.</p>	Imediato
5.12	Utilização inadequada de Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Verificou-se, durante a inspeção <i>in loco</i> , profissional de saúde utilizando luvas de procedimento ao circular em áreas comuns, tocando bancadas, maçanetas, pranchetas, bem como tocando áreas de maior contaminação e menor contaminação no paciente sem proceder à troca das luvas, seguida de higiene de mãos. Também observou-se profissional realizando o uso do mesmo avental para prestar assistência a vários pacientes, sem considerar diferenciação dos pacientes colonizados por microrganismos multirresistentes.	<p>Providenciar orientação da equipe quanto à correta utilização de EPI.</p> <p>Encaminhar lista de presença da capacitação e manter acompanhamento regular para garantir o cumprimento dos protocolos estabelecidos.</p>	15 dias
5.13	Equipe assistencial entrevistada não soube informar se os protocolos de prevenção de IRAS estão disponíveis na unidade.	Disponibilizar os protocolos de prevenção de IRAS na unidade e encaminhar lista de ciência dos colaboradores.	15 dias
5.14	O serviço ainda não faz aplicação do pacote de medidas (<i>bundles</i>) para prevenção de PAV, ITU e IPCSL.	<p>Implementar o <i>bundle</i> prevenção de PAV, ITU e IPCSL.</p> <p>Monitorar os dados, divulgando os resultados para a equipe assistencial.</p> <p>Encaminhar instrumento preenchido e lista de treinamento dos colaboradores envolvidos.</p>	15 dias
5.15	Serviço ainda não aplica <i>check list</i> de inserção de	Instituir aplicação de <i>check list</i> de	Imediato

	cateter venoso central.	inserção de cateter venoso central.	
5.16	Alguns curativos de cateter venoso central estavam úmidos.	<p>Providenciar orientação à equipe assistencial para que todos os curativos de cateter venoso central sejam mantidos limpos e secos, identificados de forma adequada, garantindo a troca conforme protocolo institucional.</p> <p>Encaminhar lista de presença da capacitação, além de realizar um monitoramento regular para acompanhar a adesão.</p>	Imediato
5.17	Alguns sistemas de infusão venosa (equipos) não estavam identificados.	<p>Providenciar orientação à equipe assistencial para que todos os equipos sejam datados de forma adequada, garantindo o prazo de troca do sistema, conforme protocolo institucional.</p> <p>Encaminhar lista de presença da capacitação, além de realizar um monitoramento regular para acompanhar a adesão.</p>	15 dias
5.18	Alguns frascos de soluções/medicamento multidoses não estavam identificados com a data de abertura e a validade do produto após aberto, o que impossibilita saber se o item encontra-se no período de validade ou se ela está expirada.	<p>Elaborar protocolo e providenciar a padronização e o registro das datas de abertura e validade das soluções/medicamentos multidoses.</p> <p>Encaminhar o protocolo e lista de presença da capacitação, além de realizar um monitoramento regular para acompanhar a adesão.</p>	15 dias
5.19	Os recipientes de descarte de perfurocortantes estavam sobre a mesma bancada de acondicionamento das pranchetas e da água para os colaboradores.	Organizar local adequado para recipientes de perfurocortantes.	Imediato
5.20	Não há registro/comprovação da realização da limpeza concorrente e terminal da unidade do paciente.	<p>Providenciar o registro/comprovação da realização da limpeza concorrente e terminal da unidade do paciente.</p> <p>Encaminhar instrumento de registro de controle da limpeza concorrente e terminal preenchido.</p> <p>Iniciar monitoramento regular para garantir a realização do procedimento.</p>	Imediato

5.21	Não há registros de capacitação dos profissionais de saúde nos temas de Segurança do Paciente.	Providenciar capacitações em promoção de Segurança do Paciente para os profissionais de saúde de todos os setores da instituição, contemplando, minimamente, os principais temas (Metas de Segurança do Paciente, Notificação de Eventos Adversos, uso seguro de sangue e hemocomponentes, uso seguro de terapia nutricional, gestão de riscos assistenciais).	15 dias
5.22	Observou-se, no momento da inspeção, que a maioria dos pacientes estavam sem pulseiras de identificação. Alguns estavam identificados incorretamente (com dados incompletos e com abreviações).	<p>Providenciar junto à equipe assistencial a implementação efetiva do Protocolo de Identificação do Paciente, para que todo paciente admitido na instituição seja identificado com pulseira de identificação, contemplando no mínimo dois identificadores padronizados (nome completo e data de nascimento).</p> <p>Aplicar de forma completa os identificadores padronizados de identificação do paciente em todos os meios imprescindíveis a sua identificação, como: pulseiras e placas de identificação, frascos de infusão de medicamentos, entre outros.</p> <p>Encaminhar lista de presença da capacitação de todos os colaboradores envolvidos e manter acompanhamento regular para garantir o cumprimento dos protocolos estabelecidos.</p>	Imediato
5.23	Profissionais não conferem a pulseira de identificação do paciente antes de realizar os procedimentos.	<p>Providenciar capacitação à equipe assistencial para conferência da identificação do paciente antes de todo e qualquer cuidado a ser realizado.</p> <p>A capacitação deve ser baseada na RDC 36/2013, RDC 63/2011 e na PORTARIA MINISTERIAL Nº 2.095, DE 24 DE SETEMBRO DE 2013 - Anexo 02: PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO</p>	Imediato

		DO PACIENTE para todas as categorias profissionais do serviço.	
		Encaminhar lista de presença da capacitação de todos os colaboradores envolvidos e manter acompanhamento regular para garantir o cumprimento dos protocolos estabelecidos.	
5.24	Colaboradores entrevistados não souberam informar onde estavam os protocolos de segurança do paciente na unidade.	Disponibilizar os protocolos de segurança do paciente para acesso rápido e fácil dos colaboradores envolvidos nas atividades assistenciais.	15 dias
		Encaminhar documentos comprobatórios.	
5.25	Existem sinalizadores visuais sobre a identificação de riscos dos pacientes, em placas nos leitos. Porém, as evidências denotam falhas no processo de avaliação dos riscos dos pacientes e falhas na aplicação de medidas de prevenção de eventos adversos.	Providenciar capacitação de toda a equipe assistencial envolvida na avaliação e identificação de riscos.	15 dias
	Em entrevista, a equipe da unidade não soube informar o significado de alguns riscos descritos no sinalizador, os critérios da classificação do risco, e quais eram as medidas que deveriam ser implementadas para os pacientes.	Garantir que os instrumentos de avaliação sejam efetivamente implementados e que todos os pacientes sejam avaliados na admissão e reavaliados diariamente e que todas as medidas de prevenção sejam aplicadas conforme os respectivos riscos identificados.	
	Verificou-se ainda leito em que os riscos indicados na placa de sinalização não estavam avaliados no instrumento de avaliação do prontuário eletrônico.	Encaminhar lista de capacitação.	
5.26	Os Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPP) não estão sinalizados e segregados.	Sinalizar e segregar todos os Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPP) desde o armazenamento na farmácia até o armazenamento em kits individuais na unidade.	15 dias
	Havia vários MPP nos kits dos pacientes, sem sinalização e segregação.		
	Alguns medicamentos no carrinho de emergência estavam sinalizados com uma etiqueta vermelha. Quando questionados, os colaboradores não souberam responder o significado da sinalização e o motivo da marcação.	Capacitar os colaboradores quanto à importância dos MPP para práticas assistenciais seguras.	
		Utilizar um único sinalizador para Medicamento Potencialmente	

		<p>Perigoso, de acordo com o protocolo institucional.</p> <p>Padronizar rotina de dupla checagem antes do preparo e administração do medicamento no paciente.</p> <p>Encaminhar lista de presença da capacitação de todos os colaboradores envolvidos e manter acompanhamento regular para garantir o cumprimento dos protocolos estabelecidos.</p>	
5.27	<p>Havia vários medicamentos psicotrópicos nos kits dos pacientes e em bandejas na bancada de preparo de medicação no posto de enfermagem, com acesso livre a toda equipe.</p>	<p>Armazenar adequadamente os medicamentos psicotrópicos, conforme preconiza a Portaria nº 344/1998 em seu artigo 67: “deverão ser obrigatoriamente guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para este fim”.</p> <p>Encaminhar documentos comprobatórios.</p>	Imediato
5.28	<p>As Unidades de Terapia Intensiva Adulto não possuem o quantitativo adequado de carrinhos de emergência para atender todos os 80 leitos de UTI do serviço.</p> <p>Observou-se carrinhos de emergência sem o equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria.</p>	<p>Adequar o quantitativo de carrinhos de emergência e equipamentos de acordo com o número de leitos de terapia intensiva do serviço, preconizado pela RDC nº 07/2010, de 24 de fevereiro de 2010 no artigo 58, Inciso XXV – Kit (“carrinho”) contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (hum) para cada 05 (cinco) leitos ou fração.</p> <p>Encaminhar documentos comprobatórios das modificações solicitadas.</p>	Imediato
5.29	<p>Frascos de infusão de medicamentos sendo infundidos rotulados e identificados de forma incompleta.</p>	<p>Providenciar a correta identificação dos frascos de infusão de medicamentos quanto à descrição dos componentes administrados e identificadores do paciente.</p> <p>Encaminhar lista de presença da capacitação de todos os colaboradores envolvidos e manter acompanhamento regular para</p>	15 dias

		garantir o cumprimento dos protocolos estabelecidos.	
5.30	Verificou-se na Farmácia Satélite que as geladeiras para guarda de medicações termolábeis, não possuem termômetro. Portanto, não é realizado o controle diário de temperatura.	<p>Providenciar termômetro para todas as geladeiras onde são armazenados medicamentos termolábeis, assim como realizar controle de temperatura por meio de registros documentais com frequência mínima de 2x ao dia.</p> <p>Encaminhar documento comprobatório dos ajustes solicitados.</p>	Imediato
5.31	Observou-se vários medicamentos termolábeis na geladeira com lacre rompido, sem identificação da data de abertura e validade, o que impossibilita saber se o item encontra-se no período de validade ou se ela está expirada.	<p>Providenciar a identificação dos frascos de soluções/medicamentos multidoses com data e horário de abertura e data de validade.</p> <p>Encaminhar lista de presença da capacitação, além de realizar um monitoramento regular para acompanhar a adesão.</p>	15 dias
5.32	Os kits individuais dos pacientes são identificados APENAS com o número do leito.	<p>Providenciar a correta identificação dos kits individuais de medicações dos pacientes, contendo no mínimo dois marcadores de identificação (nome completo do paciente e data de nascimento).</p> <p>Encaminhar documentos comprobatórios das adequações e ciência de toda equipe envolvida no processo.</p>	Imediato
5.33	<p>Verificou-se que a unidade não realiza avaliação do risco de Lesão por Pressão (LP) e queda, apesar de tais riscos estarem sinalizados em placas a beira leito.</p> <p>Colaboradores entrevistados não souberam informar a frequência das avaliações e como esses riscos são avaliados.</p> <p>Nos prontuários verificados, não havia nenhuma escala de avaliação de riscos e/ou instrumento preenchido e/ou relato no prontuário.</p>	<p>Providenciar implementação efetiva da Meta 6 em cumprimento a legislação vigente.</p> <p>A avaliação do risco de lesão por pressão e de queda deverá ser feita na admissão de todos os pacientes internados com reavaliação diária e deverão ser adotadas as medidas preventivas para tal.</p> <p>Tanto a avaliação como a reavaliação em questão devem ser registradas em documento padronizado pela Instituição ou unidade.</p>	15 dias

		Encaminhar lista de presença da capacitação dos colaboradores assistenciais para efetiva implementação da Meta 6 – Reduzir os riscos de queda e lesão por pressão.	
5.34	Verificou-se grades abaixadas de leitos de pacientes internados na UTI.	<p>Providenciar orientação à equipe assistencial para elevação de grades de leitos de pacientes internados em UTI.</p> <p>Encaminhar lista de presença da capacitação, além de realizar um monitoramento regular para acompanhar a adesão.</p>	15 dias
5.35	A unidade não apresentou comprovação de que realiza investigação e tratativa de eventos adversos graves e óbitos (ata de reunião, plano de ação, treinamentos com a equipe, etc.)	<p>A unidade deve ser envolvida na tratativa de todos os eventos adversos ocorridos no serviço, para traçar estratégias de melhoria e implementar planos de ação sempre que necessário.</p> <p>Encaminhar documentos comprobatórios.</p>	15 dias
5.36	Quanto à gestão de risco, os profissionais não souberam informar os eventos adversos mais comuns nas unidades e como realizar a notificação de um incidente.	<p>Disponibilizar perfil de eventos adversos da unidade periodicamente, treinar e orientar os colaboradores quanto a importância da notificação de eventos adversos relacionados a prestação da assistência.</p> <p>Encaminhar lista de capacitação em gestão de riscos e notificação.</p>	15 dias
5.37	O serviço não disponibiliza aos colaboradores os indicadores de segurança do paciente e prevenção e controle de IRAS.	<p>Disponibilizar na unidade todos os indicadores de segurança do paciente e de prevenção e controle de IRAS, em local de fácil acesso aos colaboradores da unidade.</p> <p>Encaminhar os indicadores e a lista de ciência dos colaboradores.</p>	15 dias

Em análise aos Formulários estabelecidos pela ANVISA, FormSUS "CADASTRO DOS HOSPITAIS DE CAMPANHA" e "FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA

PARA HOSPITAIS DE CAMPANHA", preenchidos pelo Hospital de Campanha da PM, a equipe técnica da GRSS observou que há a necessidade de revisão e correção dos mesmos.

O serviço preencheu o formulário FormSus para cadastramento do Hospital de Campanha na Anvisa, porém as informações contempladas no formulário divergem das práticas encontradas no momento da inspeção. Dentre as divergências, destacamos:

FORMULÁRIO FORMSUS - "CADASTRO DOS HOSPITAIS DE CAMPANHA"

LINK: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=56372

ÁREA DE PACIENTES NÃO CRÍTICOS

- » O sistema de aspiração da enfermaria não é por vácuo;
- » Não há distância mínima de 1,0 metro entre os leitos;
- » Não há dispositivo que garanta privacidade do paciente (cortina ou divisória fixa);
- » Não há controle da dispensação e administração de medicamentos de alta vigilância.

ÁREA DE PACIENTES CRÍTICOS

- » Não há dispositivo que garanta privacidade do paciente (cortina ou divisória fixa);
- » Não há sala para realização de procedimentos;

PROCESSOS DE TRABALHO

Não estão disponíveis orientações escritas para os funcionários, minimamente para:

- » Limpeza e desinfecção de superfícies;
- » Tratamento de resíduos;
- » Processamento de roupas;
- » Fluxo para encaminhamento das roupas sujas para a lavanderia hospitalar fora do hospital de campanha;
- » Fluxo para armazenamento e recolhimento de resíduos.

AÇÕES DE SEGURANÇA DO PACIENTE

- » Não há no serviço de saúde uma equipe de segurança do paciente;
- » Não há um Plano básico de segurança do paciente com ações de prevenção e controle de eventos adversos, incluindo as IRAS;

Não há definição de protocolos e fluxos para acesso a:

- » Laboratório de análises clínicas;
- » Unidade transfusional;
- » Transporte extra-hospitalar;
- » Hemodiálise;
- » Manejo de corpos;

Não estão disponíveis aos funcionários orientações escritas para:

- » Identificação do paciente;
- » Medidas de precaução;

- » Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- » Prevenção de lesão por pressão;
- » Prevenção de quedas;
- » Prevenção e controle de IRAS;
- » Prevenção e controle da COVID-19 nos hospitais de campanha;
- » Comunicação efetiva entre os profissionais do serviço de saúde e entre os serviços de saúde;
- » Prevenção e controle pelas infecções pelo novo Coronavírus em procedimentos cirúrgicos;
- » Coleta, recebimento, identificação e transporte de amostras biológicas;
- » Captação, análise e notificação dos eventos adversos no hospital de campanha;
- » Estratégia de comunicação envolvendo as equipes, o paciente e o NSP;

Não houve comprovação que os funcionários receberam qualquer capacitação sobre as práticas de segurança do paciente, apesar do hospital ter sinalizado que os profissionais foram capacitados em todos os temas citados no formulário.

O serviço realizou notificações equivocadas no formulário FormSus "FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA PARA HOSPITAIS DE CAMPANHA". Foram notificadas todas as admissões no hospital, e o formulário só deve ser preenchido em casos de eventos adversos graves, óbitos e *never events*, segundo a Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 08/2020. Portanto, o serviço deverá solicitar a exclusão de todos os formulários, enviando o número de protocolos gerados para cada notificação para o email geris.ses@gmail.com

Além disso, o serviço deverá fazer a notificação dos eventos adversos supracitados e já solicitados por esta Gerência.

FORMULÁRIO FORMSUS - "FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA PARA HOSPITAIS DE CAMPANHA"

LINK: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=56243

5. CONCLUSÃO

Foi constatado que são necessários vários ajustes e a revisão sistemática dos processos de trabalho, com capacitação da equipe e o monitoramento frequente de todos os protocolos para garantir o bom funcionamento do serviço e a segurança dos pacientes e profissionais.

Não foram disponibilizados os processos de trabalho do referido serviço, principalmente no que diz respeito à promoção da segurança do paciente, bem como alguns protocolos operacionais padrão (POP) e fluxos estabelecidos e previstos para atendimento dos pacientes com COVID-19 referenciados da rede SES/DF.

Considerando a NT 69/2020 – ANVISA, além dos requisitos de estrutura, ressaltamos a importância do hospital de campanha prover:

- Ala destinada a internação com dimensão linear mínima de 1 metro entre os leitos dos pacientes (lateral e pé do leito, cabeceira quando não estiver próxima a parede e entre leitos quando não houver fechamento com divisórias);

- Equipe assistencial e de apoio treinada e em quantidade adequada;

- Garantia de que o serviço tenha gerenciamento logístico para garantir suprimentos, medicamentos e equipamentos suficientes em todo o período de funcionamento e dispor de retirada e transporte adequado dos exames ao laboratório de referência;

- Diretrizes para a segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;

- Diretrizes para a segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;

- O serviço deve seguir as orientações contidas na Nota Técnica Anvisa GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020 de 21 de março de 2020 e suas atualizações, no que couber, e na Nota Técnica Anvisa GVIMS/GGTES/ANVISA nº 8/2020.

Serviço apto com pendências.

O hospital deverá enviar as comprovações de correção de todas as não conformidades elencadas no presente relatório, respeitando o prazo estabelecido, para o email geris.ses@gmail.com

6. TERMOS FISCAIS EMITIDOS

TVI nº 12606

TAD nº 12607

AIN nº 12608

INT nº 12617

Auditora: Patrícia de Carvalho Raindo, Matrícula: 1401363-0

7. LEGISLAÇÃO UTILIZADA

RDC nº 36/2013 ANVISA; RDC nº 63/2011 ANVISA; RDC nº 48/2000 ANVISA; RDC nº 42/2010 ANVISA; RDC nº 216/2004 ANVISA; RDC nº 50/2002 ANVISA; RDC nº 07/2010 ANVISA; Portaria MS nº 2616/1998; Lei nº 9431/97; Lei nº 5321/2014; NR-MT nº 32/2005; Portaria MS nº 2095/13 anexo 1, 2 e 3; Portaria MS nº 1377/13 anexo 1, 2 e 3; RDC 02/2010; RDC 67/2007; RDC 45/2003 anexo II; NT 69/2020 ANVISA; NT 08/2020 ANVISA; NT 04/2020 ANVISA.

8. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELA VISITA

Maria do Socorro Xavier Felix

Enfermeira GRSS

Matrícula 1682674-4

Mirna A. da Costa Ribeiro Coutinho Ferreira

Enfermeira GRSS

Matrícula 183955-1

Fabiana de Mattos Rodrigues

Gerente GRSS

Matrícula 141066-0

Patrícia de Carvalho Raindo
Auditora de Atividades Urbanas
Matrícula 1401363-0

DATA DO RELATÓRIO: 03/09/2020



Documento assinado eletronicamente por **FABIANA DE MATTOS RODRIGUES - Matr.0141066-0, Gerente de Risco em Serviços de Saúde**, em 08/09/2020, às 08:22, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **MIRNA APARECIDA DA COSTA RIBEIRO COUTINHO FERREIRA - Matr.0183955-1, Enfermeiro(a)**, em 08/09/2020, às 08:23, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **MARIA DO SOCORRO XAVIER FELIX - Matr.1682674-4, Enfermeiro(a)**, em 08/09/2020, às 08:24, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **PATRICIA DE CARVALHO RAINDO - Matr.1401363-0, Auditor(a) de Atividades Urbanas**, em 08/09/2020, às 08:31, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)
[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)
verificador= **46564267** código CRC= **32B7977F**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

SEPS 712/912 - Edifício CEREST - Bairro Asa Sul - CEP 70390125 - DF

00060-00377851/2020-86

Doc. SEI/GDF 46564267