

RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO

Vistorias Programadas sobre a aplicação da RESOLUÇÃO CFM N° 1.802/2006, que dispõe sobre a prática do ato anestésico.

IDENTIFICAÇÃO

Nome do estabelecimento: Hospital Dom Malan - Fundação Professor Martiniano Fernandes

Endereço: Avenida Joaquim Nabuco, s/n _ Centro Município: Petrolina

Diretor técnico: Tatiana Cerqueira N° CRM: 15.552

Coordenador da anestesiologia: Narcélio N° CRM:

Unidade sob gestãodo IMIP - Hospitalar

Por determinação deste Conselho, fomos ao estabelecimento acima identificado verificar suas condições de funcionamento.

Sílvio Rodrigues, 2º Secretário do Cremepe, participou da vistoria.

Trata-se de um serviço de saúde Público Estadual, que recebe casos de 53 municípios da rede PEBA (Pernambuco-Bahia). Oferece os seguintes tipos de atendimento:

- Emergências - Oferece
- Parto normal - Oferece
- Cirurgias eletivas - Oferece
- Procedimentos com sedação - Oferece

Em relação às suas Comissões Efetivas em funcionamento:

- Conta Comissão de Ética Médica - CEM
- Conta Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH
- Conta Comissão de Revisão de Prontuários - CREV

ROTINAS ANESTÉSICAS

- Para os procedimentos eletivos:
- A avaliação pré-anestésica ocorre apenas após internação;
- A avaliação e solicitações não são anotados em ficha própria;
- A avaliação pré-anestésica não descreve a condição clínica do paciente e procedimento proposto;
- São solicitados exames complementares e/ou avaliação por outros especialistas, frequentemente;
- O anestesiológista que realiza a avaliação pré-anestésica é o mesmo que administra a anestesia;
- Em anestésias gerais ou regionais, há registro da vigilância permanente do paciente;

A documentação mínima dos procedimentos anestésicos realizados no serviço inclui:

- Não há Ficha de avaliação e prescrição pré-anestésicas preenchidas rotineiramente;
- Não há Prescrição pré-anestésica rotineiramente;
- Não há Consentimento informado específico para a anestesia;
- Há Ficha de anestesia, tratamento intra-anestésico preenchida rotineiramente;
- Campos incluídos na ficha:
 - a. Identificação do(s) anestesiológico(s) responsável(is) e, se for o caso, registro do momento de transferência de responsabilidade durante o procedimento
 - b. Identificação do paciente
 - c. Início e término do procedimento
 - d. Técnica de anestesia empregada
 - e. Recursos de monitoração adotados
 - f. Registro da oxigenação, gás carbônico expirado final, pressão arterial e frequência cardíaca a intervalos não superiores a dez minutos
 - g. Soluções e fármacos administrados (momento de administração, via e dose)
 - h. Intercorrências e eventos adversos associados ou não à anestesia
- Não há Ficha de recuperação pós-anestésica preenchida rotineiramente.
- Nunca ocorre realização simultânea de anestésias em pacientes distintos, pelo mesmo profissional

BLOCO CIRÚRGICO

Foram constatadas as seguintes condições mínimas no bloco:

- Há condições de monitoração da circulação, incluindo a determinação da pressão arterial e dos batimentos cardíacos, determinação contínua do ritmo cardíaco e 4 cardioscópios;
- Há condições de monitoração contínua da oxigenação do sangue arterial, incluindo 4 oxímetros de pulso;
- Há condições de monitoração contínua da ventilação, com os teores de gás carbônico exalados (anestesia sob via aérea artificial, tipo intubação traqueal, brônquica ou máscara laríngea, e/ou ventilação artificial e/ou exposição a agentes capazes de desencadear hipertermia maligna), incluindo 4 capnógrafos;
- Equipamentos básicos para a administração da anestesia e suporte cardiorrespiratório:
 - N° salas onde se administra anestesia: 4
 - N° secções de fluxo contínuo de gases: 4
 - N° sistema respiratório e ventilatório completo: 4

- N° sistema de aspiração: 4 e reservas
- Desfibriladores: 2
- Marca-passos transcutâneos (com gerador e cabo): 0

- Não há rotinas para aquecimento de pacientes em anestesia pediátrica, geriátrica, e procedimentos com duração superior a 2 horas. Equipamentos disponíveis são 0 mantas, 0 colchões térmicos;
- Há 3 bombas de infusão e seringa, utilizadas como sistemas automáticos de infusão para administração contínua de fármacos vasoativos e anestesia intravenosa contínua

- Instrumental e materiais descartáveis incompletos:

Incluindo: em falta dispositivo para cricotireostomia, cateteres descartáveis para bloqueios anestésicos de obesos, para os demais há.

- | | |
|--|---|
| ✓ Máscaras faciais | ✓ Laringoscópio (cabos e lâminas) |
| ✓ Cânulas oronasofaríngeas | ✓ Guia para tubo traqueal e pinça condutora |
| ✓ Máscaras laríngeas | ✓ Seringas, agulhas e cateteres descartáveis específicos para os diversos bloqueios anestésicos neuroaxiais e periféricos |
| ✓ Tubos traqueais e conectores | |
| ✓ Seringas, agulhas e cateteres venosos descartáveis | |

- Agentes usados em anestesia estão incompletos.

Incluindo: em falta dantrolene sódico

- | | |
|--|-------------------------------|
| • anestésicos locais | • analgésicos não-opioides |
| • hipnoindutores | • corticosteróides |
| • bloqueadores neuromusculares e seus antagonistas | • inibidores H2 |
| • anestésicos inalatórios | • efedrina/etil-efrina |
| • opióides e seus antagonistas | • broncodilatadores |
| • antieméticos | • gluconato/cloreto de cálcio |

- Medicamentos destinados à reanimação cardiopulmonar estão completos.

Incluindo:

- | | | |
|-----------------------|------------------------|----------------------------|
| ✓ adrenalina | ✓ dopamina | ✓ soluções para hidratação |
| ✓ atropina | ✓ dobutamina | ✓ expansores plasmáticos. |
| ✓ amiodarona | ✓ noradrenalina | |
| ✓ sulfato de magnésio | ✓ bicarbonato de sódio | |

PÓS-BLOCO

Após a anestesia, o paciente:

É removido para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA)

É removido para unidade de terapia intensiva (UTI)

Não permanece no local onde foi realizado o procedimento anestésico, sob a atenção do médico anesthesiologista

É removido para espaço improvisado, sem supervisão de anestesista, na SRPA a supervisão direta é do técnico de enfermagem, uma vez que o anesthesiologista está fazendo anestesia no bloco.

Não é levado para a enfermaria/ apartamento antes de total recuperação pós-anestésicas

O médico anesthesiologista que realizou o procedimento anestésico acompanha o transporte do paciente para a SRPA e/ou UTI;

SRPA - Sala de recuperação Pós-Anestésica. Na SRPA, desde a admissão até o momento da alta, pode-se afirmar que:

- A alta da SRPA é de responsabilidade de médico anesthesiologista;
- Há condições de monitoração da circulação, incluindo a determinação da pressão arterial e dos batimentos cardíacos, e determinação contínua do ritmo cardíaco, incluindo 4 cardioscópios;
- Há condições monitoração contínua da respiração, incluindo determinação contínua da oxigenação do sangue arterial, incluindo 4 oxímetros de pulso;
- Não há monitoração do estado de consciência;
- Não há monitoração do estado da intensidade da dor;
- Há listas de equipamentos, instrumental, materiais e fármacos disponíveis no ambiente onde se realiza anestesia

OBSERVAÇÕES FINAIS:

- Praticamente não houve mudanças em relação ao relatório anterior. Não foram confeccionadas as fichas de pré e pós anestésico, nem o termo de consentimento informado específico para anestesia.

- Continua sem anesthesiologista exclusivo para SRPA. É o anesthesiologista de plantão o responsável pela SRPA.
- A avaliação pré-anestésica só ocorre após internamento do paciente.
- **Quando o paciente está na SRPA fica apenas sob supervisão direta de um técnico de enfermagem, pois o anesthesiologista responsável pela SRPA é o plantonista.**
- Há um enfermeiro exclusivo que é responsável pelo bloco cirúrgico e SRPA.
- Conta com 02 anesthesiologistas de plantão e um para as cirurgias eletivas.
- Arcondicionados frequentemente apresentam problemas. Algumas macas cirúrgicas estão quebradas.
- Falta material para intubação de via aérea difícil e agulha de raquianestesia para obesos.
- São 04 carrinhos de anestesia, todavia, em apenas 02 se consegue fazer anestesia geral.
- Equipamentos da sala de recuperação necessitam de manutenção.
- **No dia da vistoria havia um recém nascido (não cirúrgico) na SRPA aguardando vaga de unidade neonatal. Além de uma criança no pós-operatório de apendicectomia aguardando vaga na enfermaria há um dia.**
- **A SRPA é única para maternidade e cirurgia pediátrica. É frequente ficar pelo menos um recém-nascido não cirúrgico por dia, fato comprovado nas duas vistorias; inclusive há uma escala de neonatologista para evoluir na SRPA.**
- **Não há uma ficha de pós-anestésico, apenas os dados anotados na ficha de evolução de enfermagem.**

Os principais normativos de referência para este relatório são:

- O Art. 28 do Decreto nº 20931/32 preceitua que **qualquer organização hospitalar ou de assistência médica, pública ou privada, obrigatoriamente tem que funcionar com um Diretor Técnico, habilitado para o exercício da medicina, como principal responsável pelos atos médicos realizados.**
- Resolução CFM nº 2007/2013, de 8 de fevereiro de 2013 que dispõe sobre a **exigência de título de especialista para ocupar o cargo de diretor técnico, supervisor, coordenador, chefe ou responsável médico dos serviços assistenciais especializados.**
- RESOLUÇÃO CFM Nº 1.802/2006 – Dispõe sobre a prática do ato anestésico. Revoga a resolução CFM 1363/1993
- Resolução CFM nº 1931/2009 – Aprova o novo Código de Ética Médica – (publicada no D.O.U de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90) – (retificação publicada no D.O.U de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173).

- RDC 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.
- Resolução do CFM 1342/1991 - Estabelece normas sobre responsabilidade e atribuições do Diretor Técnico e do Diretor Clínico.
- Portaria nº 529 de 1 de Abril de de 2013 - Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).
- Resolução CFM 2056/2013 - Disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo com os mesmos. Trata também dos roteiros de anamnese a serem adotados em todo o Brasil, inclusive nos estabelecimentos de ensino médico, bem como os roteiros para perícias médicas e a organização do prontuário de pacientes assistidos em ambientes de trabalho dos médicos.
- RDC nº 63, de 25 de Novembro de 2011 - Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os Serviços de saúde.

Petrolina, 13 de abril de 2016

Polyanna Neves - Médica Fiscal