

RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO

Centro Hospitalar Albert Sabin S/A

CNPJ 09.866.294/0001-03

Rua Senador José Henrique, 141, Ilha do Leite, Recife- PE.

Telefone: (81) 3131-7400

Diretor Técnico: Dr. Eniedson José Barros Silva, CRM 7138 (Não possui título de especialista registrado no Conselho).

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

O que motivou a vistoria foi solicitação do Ministério Público do Estado de Pernambuco, através de Ofício nº 692/16 e 870/16 – 16ª PJ CON; Ref.: IC nº 018/14-16ª; Auto 2014/1565584 Hospital Albert Sabin e protocolo CREMEPE nº 8386/2016 e 9919/2016.

Trata-se de uma unidade de saúde privada, tipo hospital geral, com fins lucrativos e classificada no CNES sob o nº 3021289.

Realiza atendimentos aos pacientes usuários de planos de saúde e particulares.

Os principais informantes foram: O diretor técnico Dr. Eniedson José Barros Silva, a coordenadora de enfermagem Dra. Sandra Farias (COREN 87552) além dos funcionários dos setores vistoriados.

Informa que a Unidade conta com **174 leitos** (163 leitos de internamento divididos em enfermarias e apartamentos). Possui **UTI com 18 leitos, 02 centros cirúrgicos (A – 05 salas e o B - 03 salas)** e uma **SRPA** (Sala de Recuperação Pós Anestésica) com **07 leitos**.

Relata que possui:

- **CCIH** (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar);
- **Comissão de Revisão de Prontuários;**
- **Comissão de Revisão de Óbito;**
- **Não possui Comissão de Ética Médica.**

Realiza atendimentos de urgência/emergência (Clínica Médica) e eletivos.

Informa que conta com equipe médica de sobreaviso nas seguintes especialidades:

- Cirurgia Geral;
- Cirurgia Cardio Torácica;
- Neurologia;
- Cirurgia Vascular;
- Cardiologia;
- Ortopedia;
- Urologia.

Foi objetivo da vistoria o setor da SRPA (Sala de Recuperação Pós Anestésica).

O médico coordenador geral é o Dr. Carlos Japhet da Matta Albuquerque, CRM 8945 (Possui título de especialista em cardiologia registrado no Conselho).

Não possui médico coordenador da anestesia.

Vistoria baseada na RESOLUÇÃO CFM N° 1.802/2006, que dispõe sobre a prática do ato anestésico.

ROTINAS ANESTÉSICAS

- Para os procedimentos eletivos:
- **Não há rotina na avaliação pré-anestésica, nem ficha própria de avaliação pré anestésica;**
- 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;
- Campos que deveriam fazer parte na ficha pré anestésica:
 - a. Identificação do anestesiológico

- b. Identificação do paciente
- c. Dados antropométricos
- d. Antecedentes pessoais e familiares
- e. Exame físico, incluindo avaliação das vias aéreas
- f. Diagnóstico cirúrgico e doenças associadas
- g. Tratamento (incluindo fármacos de uso atual ou recente)
- h. Jejum pré-operatório
- i. Resultados dos exames complementares eventualmente solicitados e opinião de outros especialistas se for o caso.
- j. Estado físico

- **Não há** Prescrição pré-anestésica;
- **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) anesthesiologista(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
- **Há** ficha de recuperação pós-anestésica, **mas não há todos os itens que devem ser incluídos na ficha.**
- Campos que devem ser 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 internamento na sala de recuperação pós-anestésica**
 - b. Identificação do paciente
 - c. Momentos da admissão e da alta
 - d. Recursos de monitoração adotados
 - e. Registro da consciência, pressão arterial, frequência cardíaca, oxigenação, atividade motora e intensidade da dor a intervalos não superiores a 15 minutos.
 - f. Soluções e fármacos administrados (momento de administração, via e dose)
 - g. **Intercorrências e eventos adversos associados ou não à anestesia.**
- **Nega** a ocorrência de realização simultânea de anestésias em pacientes distintos, pelo mesmo profissional.

BLOCO CIRÚRGICO:

Possui 02 centros cirúrgicos. O denominado “A” – 05 salas cirúrgicas e o denominado “B” – 03 salas cirúrgicas. Há apenas uma SRPA com 07 leitos.

Foram constatadas as seguintes condições mínimas no centro cirúrgico geral:

- Há condições de monitoração da circulação, incluindo a determinação da pressão arterial e dos batimentos cardíacos, determinação contínua do ritmo cardíaco e 08 cardioscópios;
- Há condições de monitoração contínua da oxigenação do sangue arterial, incluindo 08 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 08 capinógrafos;
- Equipamentos básicos para a administração da anestesia e suporte cardiorrespiratório:
 - Nº salas onde se administra anestesia: **08**
 - Nº secções de fluxo contínuo de gases: **08**
 - Nº sistema respiratório e ventilatório completo: **08**
 - Nº sistema de aspiração: **08**
 - Desfibrilador: Dispõe de apenas 01 desfibrilador para todo o centro cirúrgico (salas cirúrgicas e SRPA). **02**
 - Marca-passos transcutâneos (com gerador e cabo) **05**
- **Não há** rotinas para aquecimento de pacientes em anestesia pediátrica, geriátrica, e procedimentos com duração superior a 2 horas. Há apenas uma manta e NÃO possui colchões térmicos.
- Há 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:
 - Incluindo:
 - ✓ Máscaras faciais
 - ✓ Cãnulas oronasofaríngeas

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

Não há dispositivo para cricotireostomia.

- Agentes usados em anestesia estão completos.

Incluindo:

- anestésicos locais
 - hipnoindutores
 - bloqueadores neuromusculares e seus antagonistas
 - anestésicos inalatórios
 - opióides e seus antagonistas
 - antieméticos
 - analgésicos não-opióides
 - corticosteróides
 - inibidores H2
 - efedrina/etil-efrina
 - broncodilatadores
 - gluconato/cloreto de cálcio
 - **NÃO há dantrolene sódico**
- Medicamentos destinados à reanimação cardiopulmonar estão completos.

Incluindo:

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

PÓS-BLOCO

Após a anestesia, o paciente:

OBS: NÃO possui médico anestesista de plantão na SRPA.

É removido para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) ou fica na própria sala de cirurgia sob supervisão do anestesista ou, caso necessário é removido para unidade de terapia intensiva (UTI).

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 não é de responsabilidade do 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 07 cardioscópios;

- Há condições de monitoração contínua da respiração, incluindo determinação contínua da oxigenação do sangue arterial, incluindo 07 oxímetros de pulso;
- Há registro de monitoração do estado de consciência;
- Há registro de monitoração do estado da intensidade da dor;
- Há listas de equipamentos, instrumental, materiais e fármacos disponíveis no ambiente onde se realiza anestesia.

Chama atenção que a SRPA NÃO É exclusiva. No momento da vistoria estava com 04 pacientes, sendo 02 provenientes do centro cirúrgico e 02 que estavam no ambiente realizando hemodiálise (Não haviam sido submetidos a procedimento cirúrgico).

Informado que utilizam o espaço da SRPA para outras funções, como por exemplo, a realização de hemodiálise.

Considerações Finais:

Os principais normativos de referência para esse 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.
- RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.
- Resolução CFM nº 2007/2013, de 08 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 1342/1991 modificada pela Resolução CFM 1352/1992, estabelece normas sobre responsabilidade e atribuições do diretor técnico e do diretor clínico.
- Resolução CFM nº 1481/97 de 08 de agosto de 1997 que dispõe sobre o Regimento Interno do Corpo Clínico e suas diretrizes.
- Resolução CREMEPE nº 01/2005, de 22 de junho de 2005 modificada pela resolução CREMEPE nº 04/2005 (o parágrafo III do artigo 1º) que determina os parâmetros a serem obedecidos, como **limites máximos** de consultas ambulatoriais, de evoluções de pacientes internados em enfermarias, **de atendimentos em urgências e emergências** e os realizados em serviço de terapia intensiva.
- Organização Mundial da Saúde, Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientação para cirurgia segura da OMS)/Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánhez Nilo e Irma Angélica Durán – Rio de Janeiro: Organização Pan- Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. 211 p.: il. ISBN 978-85-87943-97-2.
- Portaria MS/GM nº 529, de 01 de abril de 2013 (DOU de 02/04/2013) que institui o Programa Nacional de segurança do Paciente (PNSP).
- RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
- Resolução CFM 2056/2013, publicada no D.O.U. na data de 12 de novembro de 2013 (Nova redação do anexo II aprovada pela resolução CFM nº 2073/2014) que 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 os 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.

- Resolução CFM nº 1657/2002, de 20 de dezembro de 2002, alterada pela resolução CFM nº 1812/2007, estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências.
- Resolução CFM nº 1638/2002, de 09 de agosto de 2002, define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.
- Resolução CFM nº 2077/2014, de 16 de setembro de 2014, que dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho.
- Lei nº 9431, de 06 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.
- Portaria do Ministério da Saúde nº 2616/1998, que regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar.
- Resolução CREMEPE nº 10/2014, que resolve tornar obrigatória a notificação ao CREMEPE, por médicos plantonistas das áreas de urgência, emergência, UTI e maternidades, quando lhes faltar condições de resolutividade em sua atividade.
- Resolução CREMEPE nº 11/2014, que resolve determinar que os plantonistas de urgência e emergência dos hospitais públicos e privados, não podem se ausentar dos plantões desfalcando-os para a realização de transporte de pacientes.

- Resolução CREMEPE nº 12/2014, resolve vedar ao médico plantonista ausentar-se de seu plantão para exercer cumulativamente a função de evolucionista ou qualquer atendimento de intercorrência que não no âmbito da emergência, vedando ainda exercer especialidade para o qual não esteja habilitado.
- Resolução CFM nº 1980, 13 de dezembro de 2011 que fixa regras para cadastro, registro, responsabilidade técnica e cancelamento para as pessoas jurídicas, revoga a resolução CFM nº 1971, publicada no D.O.U. de 11 de julho de 2011 e dá outras providências.
- Resolução CFM nº 1642/2002 As empresas que atuam sob a forma de prestação direta ou intermediação de serviços médicos devem estar registradas nos Conselhos Regionais de Medicina de sua respectiva jurisdição, bem como respeitar a autonomia profissional dos médicos, efetuando os pagamentos diretamente aos mesmos e sem sujeitá-los a quaisquer restrições; nos contratos, deve constar explicitamente a forma atual de reajuste, submetendo as suas tabelas à apreciação do CRM do estado onde atuem. O sigilo médico deve ser respeitado, não sendo permitida a exigência de revelação de dados ou diagnósticos para nenhum efeito.
- Resolução CFM nº 1834/2008 de 14 de março de 2008 que determina que as disponibilidades de médicos em sobreaviso devam obedecer a normas de controle que garantam a boa prática médica e o direito do corpo clínico sobre sua participação ou não nessa atividade. **A disponibilidade médica em sobreaviso deve ser remunerada.**
- Portaria GM/MS nº 3432, de 12 de agosto de 1998 e portaria MS/GM nº 332, de 24 de março de 2000 que estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo.
- Resolução – RDC nº 07 de 24 de fevereiro de 2010 que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento das unidades de terapia intensiva e dá outras providências.

- Resolução CFM nº 1802/2006 de 01 de novembro de 2006 e retificação publicada no Diário Oficial da União na data de 20 de dezembro de 2006 que dispõe sobre a prática do ato anestésico.

Foi solicitado no termo de fiscalização:

- Nome e CRM do coordenador da anestesia.
- Produção e características da demanda dos centros cirúrgicos dos últimos 03 meses.
- Mapa cirúrgico dos últimos 03 meses.
- Escala dos médicos anestesistas da SRPA.

Importante analisar o relatório em tela em conjunto com os outros 02 relatórios da Unidade também datados de 19 de outubro de 2016.

Recife, 19 de outubro de 2016

Sylvio Vasconcellos – Médico Fiscal