

## 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 Memorial Petrolina

Endereço: Rua Tobias Barreto, 02 - Centro Município: Petrolina

Diretor técnico: FERNANDO DUARTE VIANNA FILHO N° CRM: 17370

Coordenador da anestesiologia: José Narcélio N° CRM:

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

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

Trata-se de um serviço de saúde Privado Conveniado ao SUS. 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:

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

### ROTINAS ANESTÉSICAS

- Para os procedimentos eletivos:
- **A avaliação pré-anestésica é realizada antes da admissão hospitalar, contudo foram avaliados os prontuários dos pacientes que estavam na SRPA: 04976804 e 28515602 e não havia nenhuma descrição de consulta pré-anestésica;**
- 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;
- O anestesiológista que realiza a avaliação pré-anestésica é o mesmo que administra a anestesia;
- Em anestесias 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;
- Quando há Prescrição pré-anestésica, esta é anotada na prescrição do paciente.
- 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
- Há Ficha de recuperação pós-anestésica 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 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
- 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 3 cardioscópios;

- Há condições de monitoração contínua da oxigenação do sangue arterial, incluindo 3 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 3 capnógrafos;
- Equipamentos básicos para a administração da anestesia e suporte cardiorrespiratório:
  - N° salas onde se administra anestesia: 3
  - N° secções de fluxo contínuo de gases: 3
  - N° sistema respiratório e ventilatório completo: 4
  - N° sistema de aspiração: 9
  - Desfibriladores: 1
  - Marca-passos transcutâneos (com gerador e cabo): 1
- 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 4 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 completos:
 

Incluindo:

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Máscaras faciais</li> <li>✓ Cânulas oronasofaríngeas</li> <li>✓ Máscaras laríngeas</li> <li>✓ Tubos traqueais e conectores</li> <li>✓ Seringas, agulhas e cateteres venosos descartáveis</li> <li>✓ Laringoscópio (cabos e lâminas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Guia para tubo traqueal e pinça condutora</li> <li>✓ <u>dispositivo para cricotireostomia</u></li> <li>✓ Seringas, agulhas e cateteres descartáveis específicos para os diversos bloqueios anestésicos neuroaxiais e periféricos</li> </ul>
---	--
- Agentes usados em anestesia estão incompletos:
 

Incluindo: em falta: dantrolene sódico

- anestésicos locais
- hipnoindutores
- bloqueadores neuromusculares e seus antagonistas
- anestésicos inalatórios
- opióides e seus antagonistas
- antieméticos
- analgésicos não-opioides
- corticosteróides
- inibidores H2
- efedrina/etil-efrina
- broncodilatadores
- 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 anestesiológico

Não é removido para espaço improvisado, sem supervisão de anestesista

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

O médico anestesiológico 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 anestesiológico;
- **Não há condições de monitoração da circulação, incluindo a determinação da pressão arterial e dos batimentos cardíacos, e determinação contínua do ritmo cardíaco, incluindo 1 cardioscópios; No dia da vistoria apenas um paciente estava monitorado, faltava equipamentos para os outros leitos.**

- 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;
- Há monitoração do estado da intensidade da dor;
- Há listas de equipamentos, instrumental, materiais e fármacos disponíveis no ambiente onde se realiza anestesia

#### IRREGULARIDADES SOLUCIONADAS:

- Providenciado o marcapasso transcutâneo.
- Foi informado que há avaliação pré-anestésica antes da admissão hospitalar, no entanto, após avaliação dos prontuários dos pacientes que estavam no pós-anestésico, não foi evidenciado nenhum registro das mesmas.

#### IRREGULARIDADES NÃO CORRIGIDAS:

- Continua sem dantrolene sódico.
- Não foi confeccionada a ficha de avaliação pré-anestésica.
- Ainda sem anesthesiologista exclusivo para SRPA.

#### OBSERVAÇÕES FINAIS:

- O anesthesiologista de plantão da emergência é também o responsável pela sala de recuperação pós-anestésica, este divide-se entre as salas de cirurgias e a SRPA.
- Há apenas um anesthesiologista de plantão, no entanto foi informado que há um segundo anesthesiologista de sobreaviso, este é da cooperativa de anestesia.
- Não há anesthesiologista exclusivo para SRPA.
- Foi informado que não é comum haver cirurgias de urgência (cerca de uma por mês).
- Não é referência em traumas.
- O anesthesiologista de plantão é quem faz as cirurgias eletivas.
- Em casos de cirurgias mais demoradas, como as plásticas e as cardíacas, a própria equipe de cirurgia já traz o seu anesthesiologista.
- Há um bloco cirúrgico único para cesáreas e cirurgias gerais.
- Na SRPA o paciente fica sob os cuidados diretos apenas do técnico de enfermagem, que é exclusivo deste setor.
- Raramente realiza cirurgias em crianças.
- Cerca de 98% dos procedimentos cirúrgicos são eletivos.
- Conta com um enfermeiro exclusivo do bloco cirúrgico/SRPA.

- Possui convênio com o SUS para cirurgia cardíaca e laqueadura tubária.
- Conta com 04 leitos de SRPA. No dia da vistoria havia apenas 01 monitor multiparâmetros e 01 oxímetro, havia 02 pacientes.
- Dos 4 oxímetros existentes, um estava na engenharia clínica, um estava no bloco e o outros estava no berçário.
- Não há desfibrilador específico para SRPA.
- O enfermeiro é único para o bloco cirúrgico e SRPA.
- Toda as medicações de urgência da SRPA ficam no bloco, carrinho em que ficavam estas medicações está quebrado.
- Há apenas 01 anesthesiologista 24h que é para as cirurgias eletivas e de urgências, este fica no hospital até às 19h, após este horário é sobreaviso, inclusive nos finais de semana e feriados.

Os principais normativos de referência para este relatório são:

- RESOLUÇÃO CFM N° 1.802/2006 – Dispõe sobre a prática do ato anestésico. Revoga a resolução CFM 1363/1993
- 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 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