

RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO

Hospital do Espinheiro (Grupo Hapvida)

CNPJ 08.612.914/0001-15

Rua do Espinheiro, 222 – Espinheiro, Recife – PE.

Telefone: (81) 2138-2950 e 2138-2955

Diretor Técnico: Dr. Helmut Skau, CRM 19850 (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 nº174/16 – 19ª PJ COM; Ref.: IC nº 007/14-19; Hospitais Hapvida e protocolo CREMEPE nº5642/2016.

Trata-se de uma unidade de saúde privada, tipo hospital geral, com fins lucrativos e que realiza atendimentos aos pacientes usuários do plano de saúde Hapvida.

Relata que a rede Hapvida conta com cerca de 350.000 vidas (usuários) no Recife e região metropolitana.

Participaram da vistoria o 2º Secretário e chefe da fiscalização Dr. Sílvio Sandro Alves Rodrigues e o médico Fiscal Dr. Sylvio de Vasconcellos e Silva Neto.

Os principais informantes foram o gerente de enfermagem Dr. Djair Brito de Azevedo (COREN 101827) além dos funcionários dos setores vistoriados.

Informa que a Unidade conta com **55 leitos** divididos em enfermarias e apartamentos. Possui 01 **UTI com 10 leitos**, **centro cirúrgico com 03 salas** e **SRPA** (Sala de Recuperação Pós Anestésica) com **02 leitos**.

Relata que possui:

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

Observação: É importante ao analisar o item das comissões a verificação das informações solicitadas no termo de fiscalização (nome completo dos integrantes assim como cópia das últimas atas e também a verificação dos membros das comissões das outras Unidades do grupo Hapvida).

Realiza atendimentos de urgência/emergência e eletivos.

Possui atendimentos de Urgência/emergência nas seguintes especialidades:

- **Traumatologia/ortopedia;**
- **Otorrinolaringologia.**

Conta com atendimentos Eletivos nas seguintes especialidades:

- **Cirurgia geral;**
- **Cirurgia vascular;**
- **Traumatologia/Ortopedia**

Informado que é a Unidade de referência para atendimento de urgência e emergência nas especialidades de traumatologia/ortopedia e otorrinolaringologia.

Informado que realiza uma média de 350/400 atendimentos/24 horas, sendo 250 a 300 de traumatologia/ortopedia e 100 de otorrinolaringologia, portanto mais de 100.000 atendimentos/ano (Não possui médico coordenador de fluxo da urgência/emergência).

Foi objetivo da vistoria o setor do Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA).

Informado que a médica coordenadora do serviço de anestesia é a Dra. Keliny Claudia Nogueira Silva Campello, CRM 16601 (Não possui título de especialista registrado no Conselho).

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

ROTINAS ANESTÉSICAS

- Para os procedimentos eletivos:
- É realizada avaliação pré-anestésica. Os pacientes são avaliados pelo anestesista após a internação na Unidade;
- A avaliação e solicitações não são anotadas em ficha própria;
- A avaliação pré-anestésica não descreve a condição clínica do paciente e procedimento proposto;
- O anesthesiologista 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;
- Campos que deveriam fazer parte na ficha pré anestésica:
 - a. Identificação do anesthesiologista
 - 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 (anexa ao relatório);
- 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.
- 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
- Nunca ocorre realização simultânea de anestésias em pacientes distintos, pelo mesmo profissional.

BLOCO CIRÚRGICO GERAL

Possui 03 salas cirúrgicas equipadas.

A SRPA conta com 02 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 03 cardioscópios;
- Há condições de monitoração contínua da oxigenação do sangue arterial, incluindo 03 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 03 capinógrafos;
- Equipamentos básicos para a administração da anestesia e suporte cardiorrespiratório:
 - Nº salas onde se administra anestesia: **03**
 - Nº secções de fluxo contínuo de gases: **03**
 - Nº sistema respiratório e ventilatório completo: **03**

- Nº sistema de aspiração: **03**
- Desfibrilador: Dispõe de apenas 01 desfibrilador para todo o centro cirúrgico (salas cirúrgicas e SRPA). **01**
- Marca-passos transcutâneos (com gerador e cabo): Há gerador e cabo na UTI.
- 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
- ✓ Cânulas oronasofaríngeas
- ✓ 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 máscara laríngea nem dispositivo para cricotireostomia.

- Agentes usados em anestesia estão completos.

Incluindo:

- anestésicos locais
- hipnoindutores

- bloqueadores neuromusculares e seus antagonistas
 - anestésicos inalatórios
 - opióides
 - **NÃO foi identificado antagonista de opioide**
 - 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 removido para espaço improvisado sem supervisão de anestesia.

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:

Observação: Informado que a maior parte dos pacientes são recuperados na própria sala de cirurgia pelo próprio anestesista.

- **A alta da SRPA 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 01 cardioscópios;
- Há condições de monitoração contínua da respiração, incluindo determinação contínua da oxigenação do sangue arterial, incluindo 01 oxímetros de pulso;
- Não há registro de monitoração do estado de consciência;
- Não 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.

Na SRPA NÃO há enfermeira, apenas uma técnica de enfermagem.

Identificado bisturi elétrico sem sistema REM.

Considerações Finais:

Informado que realiza uma média de 15 a 20 cirurgias/dia.

NÃO possui ficha de recuperação pós anestésica.

Os médicos queixam-se da necessidade de colocação do CID para conseguir realizar descrição cirúrgica. O prontuário é eletrônico e NÃO foi identificada a assinatura dos médicos.

Os prontuários NÃO seguem as determinações da resolução do CFM 2056/2013.

Os principais normativos de referência para esse relatório são:

- 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.
- 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 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 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.**
- Resolução CFM nº 1821/2007, publicada no D.O.U nov. 2007, Seção I, pg 252 que aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.

Foi solicitado no termo de fiscalização:

- Lista dos médicos e escalas de trabalho, com nomes, por especialidade – Anestesia, com CRM.
- Escala da SRPA geral (nome completo + CRM).
- Produção e característica da demanda da SRPA geral.
- Mapa cirúrgico do mês de agosto e setembro de 2014.
- Membros da Comissão de Ética Médica e cópia da ata das 02 últimas reuniões.

Observação: Importante analisar o relatório em conjunto com outros relatórios do Grupo Hapvida, principalmente o datado de 27 de setembro de 2012, 04 de abril de 2016 e 04 de agosto de 2016.

Recife, 15 de agosto de 2016

Sylvio Vasconcellos – Médico Fiscal