
RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO Nº 302/2019

I – DO PROCEDIMENTO

Modalidade: Auditoria operativa

Ato originário: Ofício PPJDCDF nº 230/2019 – PA 002.2019.009118

Objeto da fiscalização: Qualidade dos serviços prestados pela enfermagem

Período abrangido pela fiscalização: 13/09/2019 – 08/10/2019

II- DO ÓRGÃO/ENTIDADE/SERVIÇO FISCALIZADO

Serviço de enfermagem do: Hospital de emergência e trauma Senador Humberto Lucena

Enfermeiro Responsável: Sara Vivia N. C. Guerra – Coren-PB 113888

Responsável legal: Leonardo Leite

III – INTRODUÇÃO

1. Refere-se ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, cadastrado com CNPJ 08.778.268/0037-71. A Instituição é de natureza jurídico de direito público, situa-se à Av. Orestes Lisboa, S/N, Conjunto Pedro Gondim, João Pessoa – Paraíba – CEP: 58031-090.
2. Unidade Hospitalar com Certificação de nível II em Acreditação Hospitalar pela Organização Nacional de Acreditação – ONA.
3. Serviço de urgência com atendimento “PORTA ABERTA”, segundo informações coletadas em “*in loco*”.
4. Em atendimento ao Ofício PPJDCDF nº 230/2019, PA 002.2019.009118, o Departamento de Fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem (Defis-Coren – PB) designou o Fiscal Vitor Sergio Alves Ferreira, através do Memorando nº 225/2019 para realizar inspeção no serviço de saúde em tela, visando a qualidade do serviço prestado pela enfermagem em população idosa em situação de vulnerabilidade.

IV - ESCOPO

5. Foi realizada auditoria de natureza operativa, a qual se pautou na legislação vigente referente ao exercício profissional da enfermagem, com foco na qualidade da assistência de enfermagem e segurança do paciente idoso.

V – HISTÓRICO

6. Inspeção reativa e inicial, realizada por solicitação da Promotora de Justiça de Defesa da Cidadania e dos Direitos Fundamentais da Capital, Dra Sônia Maria de Paula Maia.
7. A solicitação ocorreu por meio do Ofício citado Ato Originário, emitido em 25 de junho de 2019, para este Conselho de Classe realizar fiscalização no que se refere ao exercício profissional dos agentes que exercem atividades laborativas no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto

Lucena, setor de urgência e emergência, especificamente no que se refere à qualidade dos serviços prestados pelos enfermeiros no trato com os pacientes idosos em situação de vulnerabilidade.

VI – METODOLOGIA

8. Para realizar a inspeção o fiscal elaborou um roteiro semiestruturado, logrando verificar a **QUALIDADE DO ATENDIMENTO PRESTADO PELA ENFERMAGEM, SEGURANÇA DO PACIENTE E BOAS PRÁTICAS DE FUNCIONAMENTO FOCADAS NO PACIENTE IDOSO.**

9. No que se refere à **QUALIDADE DO ATENDIMENTO**, foram avaliados os seguinte tópicos: Identificação do paciente / leitos, identificação dos profissionais de enfermagem / Carteira de Identificação Profissional – CIP-, prontuários / impressos, dados referentes ao processo de enfermagem, ambiência, condições dos materiais (macas, monitores, entre outros), integridade física, privacidade, conforto, roupas, valores éticos, culturais, religiosos, segurança dos procedimentos, protocolos, procedimentos operacionais padrão – POP-, normas, rotinas e regimento interno.

10. Em se tratando da **SEGURANÇA DO PACIENTE**, foi verificado a existência do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), existência de certidão de responsabilidade técnica (CRT), implementação de protocolos de segurança, prevenção de úlcera por pressão, estímulo à participação dos familiares na assistência prestada, promoção do ambiente seguro, classificação de risco, comissão de pele e protocolo de contenção mecânica dos pacientes.

11. Sobre as **BOAS PRÁTICAS DE FUNCIONAMENTO FOCADAS NO PACIENTE IDOSO**, foi inspecionado as instalações físicas nos aspectos higiene, salubridade, segurança, recuperação da saúde do idoso, redução dos riscos inerentes aos cuidados da enfermagem, oferecimento de ambiente de respeito, dignidade, fornecimento de vestuário e alimentação.

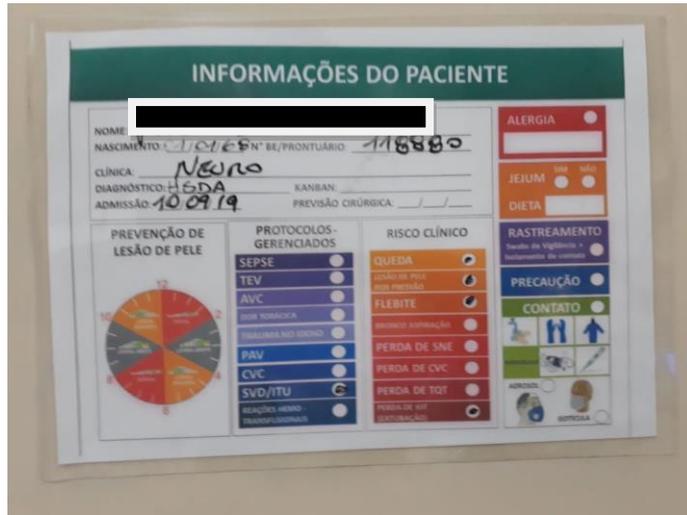
VII - ACHADOS DE AUDITORIA

A. Aspectos referentes à qualidade do atendimento;

A.1. Situação encontrada: NÚMERO EXCESSIVO DE PACIENTE

12. Identificação do paciente / leitos – Os leitos são identificados com placas cujo material é passível de limpeza e desinfecção, favorecendo os princípios da biossegurança. Além dos dados pessoais, apresentava dados importantes para o atendimento, como por exemplo, informações sobre alergia, característica da dieta ou suspensão da mesma, orientações sobre a prevenção de lesão de pele, protocolos gerenciados, risco clínico, rastreamento utilizando Swabs de vigilância e precauções referentes à prevenção e controle de infecção hospitalar, conforme foto abaixo.

Foto 1- Placa de identificação do paciente no leito



INFORMAÇÕES DO PACIENTE

NOME: [REDACTED]
NASCIMENTO: 10/09/19 [REDACTED] Nº EL/PRONTUÁRIO: 118880
CLÍNICA: Neuro
DIAGNÓSTICO: HSDA
ADMISSÃO: 10/09/19
KANBAN: [REDACTED]
PREVISÃO CIRÚRGICA: [REDACTED]

ALERGIA [REDACTED]
JEJUM [REDACTED]
DIETA [REDACTED]

PREVENÇÃO DE LESÃO DE PELE
PROTÓTIPOS GERENCIADOS
SEPSIS [REDACTED]
TEV [REDACTED]
AVC [REDACTED]
SINA TROMBÓTICA [REDACTED]
PREVENÇÃO DO Queda [REDACTED]
PIAV [REDACTED]
CVC [REDACTED]
SVD/ITU [REDACTED]
Reações alérgicas [REDACTED]

RISCO CLÍNICO
QUEDA [REDACTED]
PERDA DE SNE [REDACTED]
PERDA DE CVC [REDACTED]
PERDA DE TCE [REDACTED]
PERDA DE SOT [REDACTED]

RASTREAMENTO
PRECAUÇÃO
CONTATO

13. Referente à identificação dos profissionais de enfermagem – Além da identificação pessoal do serviço de saúde em tela, os profissionais de enfermagem estavam portando a carteira de identificação profissional – CIP, conforme previsto na legislação vigente do conselho.

14. Em se tratando dos prontuários, impressos e dados referentes ao processo de enfermagem, o serviço sob inspeção utiliza prontuário eletrônico, que contempla o processo de enfermagem conforme os preceitos legais.

15. No tocante à integridade física, foi constatado in loco que havia pacientes com úlcera por pressão na região sacral, algumas em estágio IV, como por exemplo a paciente da foto abaixo.

Foto 2- Paciente recebendo os cuidados de enfermagem - Presença de lesão por pressão região sacral



16. Referente a privacidade e conforto foi constatado durante a inspeção que o fator privacidade ficou altamente comprometido, visto a **QUANTIDADE EXCESSIVA** de pacientes, setor com taxa de **115% A MAIS DA CAPACIDADE** planejada. O espaço entre as macas não comportava os profissionais de saúde, especificamente, a equipe de enfermagem para prestar os devidos cuidados. Sobre as roupas utilizadas no serviço, não foi encontrado pacientes despidos, embora foi encontrado

pacientes em maca sem lençol, que provavelmente se tratava de paciente em processo de admissão, ou seja, não era um paciente que já estava na referida Unidade. Na foto abaixo, box nº 9, é possível observar que 3 (três) macas ocupavam o espaço estruturado para ser ocupado por 1 (uma) maca.

Foto 3- Área laranja mostrando o número excessivo de macas



17. Sobre os valores éticos, culturais, religiosos foi encontrado que a Instituição em tela oportuniza atividades religiosas, inclusive durante a inspeção estava acontecendo celebração de missa no saguão próximo à unidade de atendimento em questão. Especificamente na área laranja torna-se bastante difícil oferecer atividades relacionadas às questões religiosas, devido à **SUPERLOTAÇÃO**. Evidente que as questões culturais, religiosas e éticas devem ser preservadas e promovidas em todos os ambientes de saúde. Os aspectos éticos ficam **COMPROMETIDOS** devido ao **NÚMERO EXCESSIVO DE PACIENTES**.

18. No que se refere à segurança dos procedimentos, protocolos, procedimentos operacionais padrão – POP-, normas, rotinas e regimento interno, a Instituição sob inspeção apresentou processos de trabalhos bem definidos através dos protocolos, regimento interno, normas e rotinas, conforme documentos arrolados ao PAD em tela.

A.2 Contextualização, efeitos e consequências do achado

19. A qualidade do atendimento perpassa por questões relacionadas à estrutura física, formação dos profissionais, processo de trabalho definido e oficializado através de documentos como regimento interno, normas, rotinas e procedimentos operacionais padrão, além da adesão aos programas instituídos pelo Sistema Único de Saúde – SUS- e Rede de Atenção à Saúde fortalecida, especificamente no serviço de saúde em tela, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

20. Merece destacar que a Rede de Atenção às Urgências e Emergências tem como objetivo organizar e reordenar a atenção em saúde voltada para situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os pontos de atenção, para isso é necessário definir fluxos e referências adequadas.

21. Entre outros pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências e Emergências cabe ressaltar que a atenção básica, Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU, as Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24 h e Unidades Hospitalares devem ter clareza quanto ao seu papel, comprometimento quanto ao atendimento do paciente e comunicação efetiva entre os pontos.

22. As condições diversas de saúde, seja elas agudas, crônicas ou crônicas agudizadas, de natureza clínica, cirúrgica, traumatológica entre outras necessitam encontrar espaços adequados na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. As linhas de cuidado prioritárias são a traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular no âmbito hospitalar.

23. A integração, comunicação e sinergia entre os pontos da rede são indispensáveis para a qualificação e continuidade do atendimento.

24. A Rede de Atenção não integrada, com um processo de comunicação ineficaz e forças antagônicas atuando entre os pontos comprometem a qualidade do atendimento.

25. A SUPERLOTAÇÃO detectada “*in loco*” (foto nº 4) e comprovada em Ofício nº 09/2019/GE arrolado ao PAD, é um dos fatores que comprometem a qualidade do atendimento. O efeito da referida situação é a diminuição das horas de enfermagem prestada para o cuidado de enfermagem por paciente.

Foto 4 – Área laranja mostrando a superlotação de pacientes



26. Entre várias consequências existentes decorrentes da diminuição de horas de enfermagem para o cuidado de enfermagem, acontece a CONTENÇÃO DE MOVIMENTOS, conhecida popularmente

como “amarrar” o paciente. A **CONTENÇÃO DE MOVIMENTOS**, se faz necessária em várias situações, quando o paciente apresenta alteração do estado de consciência, agitação psicomotora ou até mesmo risco de queda da maca. Com a diminuição de horas de enfermagem prestadas para efetivação do cuidado favorece a conduta de **CONTENÇÃO DE MOVIMENTOS** (foto nº 5, foto nº 6 e foto nº 7) visando a segurança do paciente.

Foto 5 – Paciente submetido à contenção de movimento



Foto 6 – Paciente contido no leito – posicionado lateralmente



Foto 7 – Área laranja – Paciente submetido à contenção mecânica no leito



27. Entre outras consequências da SUPERLOTAÇÃO de pacientes tem-se o risco aumentado de iatrogenias, pneumonia associada ao repouso prolongado na mesma posição, atraso na administração de medicamentos, atraso para realizar os encaminhamentos devidos, falta de mudança de decúbito, deficiência no cuidado com a integridade da pele culminando nas úlceras por pressão e sua manutenção.

28. Fatores relacionados à biossegurança ficam altamente comprometidos devido a proximidade das macas (foto nº 8), favorecendo infecções hospitalares e infecções cruzadas.

Foto 8 – Proximidade das macas comprometendo à assistência de enfermagem



A.3. Critérios

1-Lei 5905/73

2- Lei 7498/86

- 3- Decreto 94406/87
- 4- Portaria nº 1820 13/2009
- 5- Resolução Cofen nº 564/2017
- 6- Resolução Cofen nº 288/2004
- 7- Resolução Cofen nº 460/2014
- 8- Resolução Cofen nº 560/2017
- 9- Resolução Cofen nº 358/2009
- 10- Resolução Cofen nº 429/2012
- 11- Resolução Cofen nº 543/2017
- 12- Resolução Cofen nº 514/2016

A.4. Conclusão do fiscal

29. Para alcançar um atendimento de qualidade, além da estrutura física, profissionais capacitados, adesão aos programas do governo federal que almejam qualidade nos serviços, comissão de controle de infecção hospitalar, comissão de ética, comissão de pele, núcleo de segurança para o paciente, entre outras comissões, torna-se imperioso o número adequado de pacientes para o número de profissionais existentes. O trabalho de enfermagem é baseado em princípios comprovadamente científicos, como por exemplo, o cálculo de profissionais adequado para determinado serviço. Torna-se impossível prestar serviço de enfermagem com qualidade onde não se tem controle do número de pacientes. Dessa forma é EMERGENCIAL o controle da entrada de pacientes no serviço em tela, pois o número excessivo de pacientes no setor gerou os problemas identificados e expostos acima.

B. Aspectos referentes à segurança do paciente

B. 1. Situação encontrada: FRAGILIDADE NA IMPLEMENTAÇÃO DOS PROTOCOLOS DO SERVIÇO

30. Os critérios de inclusão referentes à segurança do paciente foram a existência do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), existência de Certidão de Responsabilidade Técnica (CRT), implementação de protocolos de segurança, prevenção de úlcera por pressão, estímulo à participação dos familiares na assistência prestada, promoção do ambiente seguro, classificação de risco, comissão de pele e protocolo de contenção mecânica dos pacientes.

31. Todos os critérios de inclusão foram contemplados pela Instituição em tela visando garantir a segurança do paciente.

32. Em se tratando da efetividade dos critérios elencados foi notório que existe uma lacuna entre sua implementação e sua efetividade, uma vez que existem pacientes com lesão por pressão. A promoção do ambiente seguro também deixa a desejar devido a SUPERLOTAÇÃO do setor além da necessidade de CONTENÇÃO MECÂNICA frequente, conforme citado no item 26 e fatores que favorecem a infecção hospitalar.

B.2 Contextualização, efeitos e consequências do achado

33. O efeito da lacuna existente entre a implementação e a efetividade dos critérios de inclusão relacionados a segurança do paciente é fragilidade aumentada dos idosos que se encontram no setor de urgência e emergência.

34. A segurança fragilizada do paciente idoso traz inúmeros agravos e potencializa os riscos inerentes ao quadro clínico, riscos procedimentais, além de comprometer o vínculo de confiança entre o paciente, seus familiares e os profissionais da saúde, no caso, os trabalhadores da área da enfermagem.

35. A contenção mecânica é um procedimento previsto na legislação do serviço de enfermagem, porém, NÃO deve ser aplicada de maneira rotineira e SEM critérios previstos na legislação.

36. É vedado o emprego das contenções com propósito de coerção, disciplinar ou punição, NÃO pode ser uma prática utilizada por conveniência da instituição ou equipe de saúde.

37. O efeito da utilização inadequada das contenções de movimentos é romper o vínculo com familiares favorecendo um sentimento de agressividade por parte dos profissionais de enfermagem e falta de segurança.

38. As consequências do ato de conter sem critérios sólidos é o risco de lesão de pele, além de favorecer uma redução de movimentos ativos no leito, o que favorece outras complicações, como por exemplo lesão por pressão, infecções respiratórias, entre outras.

B.3 Critérios

1- RDC 36 / 2013

2- Portaria nº 529 / 2013

3- Resolução nº 427/2012 Cofen

B.4. Conclusão do fiscal

39. Uma vez que existem fatores que inviabilizam a efetivação do planejamento proposto, no caso, efetivar os protocolos, normas, rotinas, torna-se necessário rever e replanejar o trabalho. A segurança do paciente depende de vários atores no processo de produção de saúde. Atores presentes na rede de atenção a saúde de urgência e emergência. Em caso de fragilidade nos pontos da referida rede ocorrerá um desequilíbrio acarretando uma sobrecarga em outros pontos. A SUPERLOTAÇÃO encontrada no serviço sob inspeção denota que existem pontos que estão causando um desequilíbrio na rede de atenção em urgência e emergência, FRAGILIZANDO todo o processo de trabalho e COMROMETENDO A EFICIÊNCIA, EFICÁCIA E QUALIDADE do serviço de saúde.

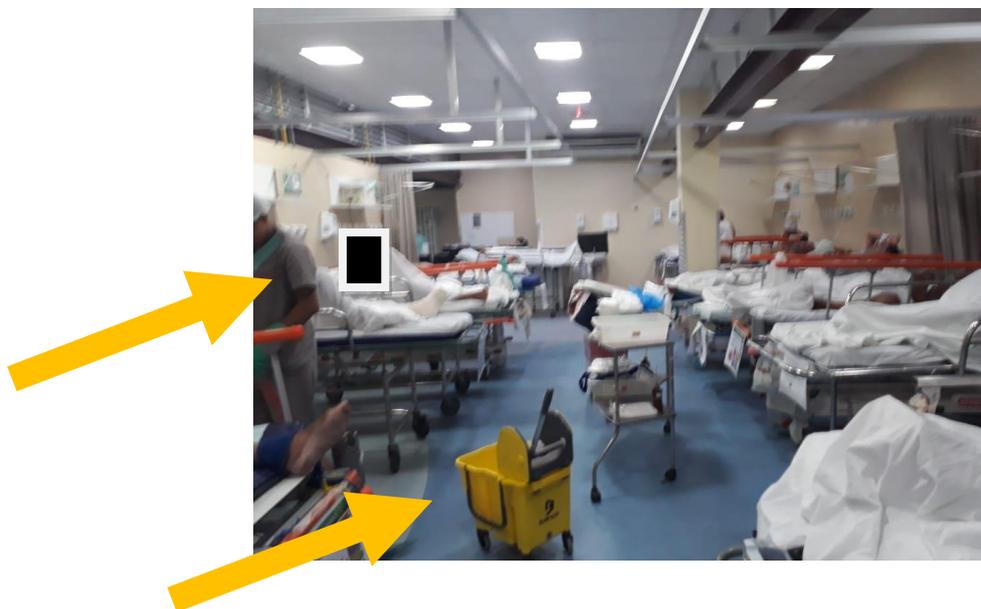
C. Boas práticas de funcionamento focadas no paciente idoso.

C.1. Situação encontrada: INSALUBRIDADE E DEFICIÊNCIA NO ACOMPANHAMENTO PELOS FAMILIARES

40. Segundo os critérios selecionados que pautaram a inspeção focando no aspecto de boas práticas de funcionamento no atendimento voltado para pessoa idosas, foi verificado “*in loco*” que as instalações físicas atendem a necessidade do serviço em tela, desde que seja respeitada a sua capacidade de usuários por leito no setor.

41. No que se refere à higiene, o serviço estava higienizado, com profissional utilizando equipamentos específicos para o serviço, conforme foto abaixo.

Foto 9 – Área laranja sendo higienizada com utilização de equipamento próprio



42 A salubridade demonstrou-se COMPROMETIDA, devido à proximidade das macas. Além de favorecer infecção hospitalar, especificamente a infecção cruzada, passa a impressão de um serviço SEM organização e desumano.

43. O aspecto de segurança conforme relatado no item VII - B fica altamente fragilizada, em virtude da ineficiência dos protocolos, normas e rotinas que guarda íntima relação com a ALTA DEMANDA DE PACIENTES.

44. Em se tratando da preservação do idoso, o serviço de enfermagem lança mão de recursos previstos no cuidado que aos “olhos de familiares” podem parecer algo agressivo e desumano. A SUPERLOTAÇÃO favorece um distanciamento dos profissionais devido a alta demanda de cuidado além de impedir a presença de familiares para o acompanhamento do idoso internado, causando um isolamento social e familiar, assim como um comprometimento na comunicação efetiva com os familiares.

45. Conseqüentemente, o ambiente se apresenta pouco respeitoso com o idoso, por não ser possível desenvolver ações que promovam o bem-estar biopsicossocial e espiritual aos internos. Fato que mais

uma vez evidencia a fragilidade da rede de atenção de urgência e emergência.

46. Nos aspectos de vestuário e alimentação não foram encontradas evidências que pudessem comprometer as boas práticas de funcionamento.

47. Em se tratando da dignidade, merece destacar que o ser humano é detentor de direitos fundamentais previstos em lei; pelo fato de ser idoso, reforça os direitos, uma vez que dependendo da situação podem também ser incapazes. Os direitos subjetivos necessitam ser garantidos conforme ordenamento jurídico vigente. A situação encontrada pode ferir a dignidade dos idosos presentes no serviço em tela, inclusive que o fato de não ser possível o acompanhamento de familiares devido a SUPERLOTAÇÃO NO SETOR, favorece a INDICAÇÃO de CONTENÇÃO MECÂNICA, fato que poderá comprometer sua dignidade.

C.2 Contextualização, efeitos e consequências do achado

48. Os efeitos do comprometimento das boas práticas de funcionamento no atendimento às pessoas idosas apresentam um efeito negativo e favorecem a descredibilidade do serviço de saúde.

49. Como consequência tem-se um serviço onde o idoso tem sua fragilidade potencializada, aumentando os diagnósticos de risco da enfermagem e favorecendo respostas inadequadas às alterações de saúde.

C.3. Critérios

1- Lei nº 10.741 / 2003

2- RDC nº 63 / 2011

C.4. Conclusão do fiscal

50. É necessário repensar o atendimento do Hospital em tela buscando preservar os direitos subjetivos, conforme o quadro do idoso, deve possibilitar o acompanhamento de familiares, fato que deve ser estimulado visando participar do processo garantia de segurança de atendimento, sobretudo minimizar o impacto de determinadas práticas que poderão comprometer a confiabilidade do serviço de saúde, a exemplo, da contenção mecânica. Também é de suma importância respeitar o limite de atendimento do setor para evitar infecções e melhorar a qualidade da assistência prestada ao usuário.

D. Assistência de enfermagem

D.1. Situação encontrada: INADEQUAÇÃO DA PRESTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

51. Foi verificado em in loco que todo o serviço de urgência da Instituição de Saúde em comento trabalha com planejamento para 53 leitos. No entanto, no dia da inspeção, contava com 28 pacientes além do planejado; ou seja, trabalhava com 52,8% de pacientes além do planejado, totalizando 81

pacientes no setor.

52. A área laranja tem um planejamento para 20 leitos. Porém, no dia da inspeção, contava com 25 pacientes além do planejamento, 225% de sua capacidade programada. Tal situação resultou na queda da qualidade do atendimento prestado.

53. É importante ressaltar, que o número de pacientes acima de 60 anos estava em 71,1% no momento da inspeção.

54. De acordo com o mapa de leitos do dia 13/09/2019 acostado nos autos (fl.251-261), os diagnósticos médicos dos idosos relacionados à trauma presentes no setor sob inspeção foram: fratura de colo de fêmur (total de 6 pacientes), Acidente Vascular Cerebral Isquêmico -AVCI- (total de 7 pacientes), fratura transtrocantérica (total de 6 pacientes), traumatismo cranioencefálico -TCE- (1 paciente), fratura de zigomático (1 paciente), rebaixamento de consciência (1 paciente), hemorragia cerebral (1 paciente), Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico – AVCH- (1 paciente), Hemorragia Digestiva Alta -HDA- (total de 2 pacientes), encefalopatia metabólica (1 paciente) e hematoma subdural (1 paciente).

55. Ainda, a fiscalização identificou 25 pacientes aguardando transferência para outros serviços de saúde. A média de permanência chega a 4 dias até a liberação de vaga pelo serviço de regulação do hospital.

56. Em análise documental fornecida pela Instituição em tela, conforme documento arrolado no PAD, em média 19,71% dos pacientes desenvolveram lesão por pressão por mês.

D.2- Contextualização, efeitos e consequências do achado

57. O fato de trabalhar com leitos extras, acima do dobro de leitos programados comprometeu a assistência de enfermagem. O fato de a Instituição trabalhar como “porta aberta” comprometeu a qualidade da assistência prestada, uma vez que para calcular o número adequado de profissionais é preciso classificar os pacientes em relação aos cuidados e levar em consideração o número de leitos ocupados. O número de leitos com demanda espontânea deve ser considerado a partir de uma média histórica, torna-se bastante difícil ajustar o número de profissionais, em virtude da falta de outros fatores influenciadores para prestar os cuidados. Não adianta aumentar o número de profissionais, quando o serviço não disponibiliza materiais, equipamentos e estrutura adequada para o desenvolvimento das atividades.

58. Vale destacar que diante da realidade referente à SUPERLOTAÇÃO no setor (foto nº 10), mesmo com número adequado de técnicos e enfermeiros, o cuidado ficaria comprometido devido a proximidade entre as macas. Impossível prestar cuidados de enfermagem adequados com o número de macas existentes no setor, além de aumentar o risco para contrair infecção hospitalar, entre outros

agravos.

Foto 10 – Pacientes ocupando área inapropriada (área de circulação)



59. Conforme o perfil dos diagnósticos dos pacientes, cabe um questionamento em relação à possibilidade de outros pontos da Rede de Atenção em Urgência e Emergência absorver determinados pacientes, favorecendo um melhor controle da porta de entrada no Hospital fiscalizado. Segundo orientação do Ministério da Saúde, a UPA deve receber pacientes com febre alta, acima de 39° C, fraturas e cortes com pouco sangramento, infarto, derrame, queda com torção, dor ou suspeita de fratura, cólicas renais, falta de ar intensa, crises convulsivas, dores fortes no peito e vômito constante.

60. Com relação a existência de pacientes com lesão por pressão, a fiscalização entende uma inadequação na assistência de enfermagem, conseqüentemente, há problemas para executar as atividades de enfermagem previstas nos protocolos institucionais.

61. Outro ponto merecedor de destaque, a SUPERLOTAÇÃO do serviço tem sido também ocasionada pela demora de transferência dos pacientes com perfil para outros serviços, comprometendo o fluxo na rede de atenção.

D.3 – Critérios

- 1-Lei 5905/73
- 2- Lei 7498/86
- 3- Decreto 94406/87

D.4 – Conclusão do fiscal

62. A PORTA DE ENTRADA do serviço em tela necessita URGENTEMENTE ser reorganizada,

juntamente com os outros pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência.

63. Um estudo sobre os pontos da RAS deve ser realizado acerca da porta de entrada, fluxo, estrutura física, materiais e profissionais, afim de melhor entendimento do fluxo e da qualidade do atendimento nos serviços de saúde que compõe a urgência e a emergência.

64. Mesmo com ajuste do quadro de profissionais no Serviço, não será o suficiente para melhorias na qualidade do atendimento, principalmente no que se refere à diminuição da vulnerabilidade dos pacientes idosos.

65. A rede de Atenção à Saúde de Urgência e Emergência necessita melhorar o processo de comunicação e efetivar o processo de regulação, visando diminuir o tempo de espera relacionada à transferência para outros pontos da RAS.

66. Detalhe importante e comprometedor da qualidade da assistência prestada é o número de pacientes com diagnósticos de fraturas isoladas, não preenchendo critérios de politraumatismo, fato que reforça a possibilidade desse paciente ser atendido em outro ponto da rede de atenção em urgência e emergência, além de otimizar os leitos do serviço de saúde em tela para pacientes politraumatizados.

VIII – AS CONSIDERAÇÕES E OS ENCAMINHAMENTOS PROPOSTOS

67. O serviço inspecionado apresenta demanda excessiva, muito em consequência do modelo de atendimento proposto, PORTA ABERTA, que segundo proposta do Ministério da Saúde deveria ser realizada pelas Unidades de Pronto Atendimento – UPA. Dessa maneira cabe uma reflexão sobre a organização da Rede de Atenção à Saúde- RAS, especificamente, urgência e emergência, inclusive merece uma avaliação específica de outros pontos da RAS.

68. Em se tratando do perfil de pacientes atendidos no Hospital em tela, foi encontrado pacientes sentados nas macas aguardando transferência, exames e outros procedimentos. Muitos pacientes permanecendo por até 4 (quatro) dias no setor aguardando a manifestação da regulação para efetivar a transferência do paciente para outro serviço.

69. O número de pacientes estava excessivo, comprometendo a assistência de enfermagem e favorecendo a complicações, como por exemplo, maior risco de infecção hospitalar e surgimento de lesões por pressão.

70. Apesar da situação preocupante encontrada no serviço de saúde inspecionado, não foi encontrado indicativos de maus tratos com os idosos, promovido intencionalmente pelo profissional de enfermagem. Muito preocupante a SUPERLOTAÇÃO do serviço, o que inviabilizava o acompanhamento de familiares pela falta de espaço físico e aumento dos riscos de complicações, como por exemplo, quedas, entre outras.

71. Levando em consideração os entraves elencados, fica notório a possibilidade de comprometimento da qualidade do serviço prestado, potencializando a situação de vulnerabilidade de um paciente idoso internado, PORÉM cabe ressaltar que durante a inspeção NÃO foi encontrado fato que pudesse ser atribuído ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE AO SERVIÇO DE ENFERMAGEM. Trata-se de uma situação que merece ser avaliada de forma contextualizada e com visão ampliada para o serviço de saúde.

72. ENCAMINHAMENTOS:

- À Promotora conforme Ofício no ato originário.
- À Gerente do Serviço de Enfermagem do Serviço ao qual refere esse relatório.
- À Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba – Coordenação da rede de urgência e emergência.
- À Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa – Coordenação da rede de urgência e emergência.

Este é o relatório.

João Pessoa, 08 de outubro de 2019.

Vitor Sergio Alves Ferreira
Enfermeiro Fiscal
Mat. N° 93 - CorenPB 4959