

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE SÃO FRANCISCO DE ITABAPOANA - RJ

Ref: ICP nº 288/01 – Protocolo nº 2001.00001422

O MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, inscrito no CNPJ sob o n.º 28.305.936/0001-40, através da 3ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva de Campos dos Goytacazes (correio eletrônico: 3pjtccgo@mprj.mp.br), apresentada pela Promotora de Justiça que a esta subscreve, no exercício de suas atribuições constitucionais e legais, vem, com fulcro nos artigos 37, 127 e 129, III, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), no artigo 25, da Lei nº 8.625/93 e no artigo 17, da Lei nº 8.429/92, lastreado nas informações existentes no inquérito civil que a esta serve de base, vem promover a presente

### **AÇÃO CIVIL PÚBLICA**

em face do MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DE ITABAPOANA, pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 01.623.783/0001-22, com sede na Praça dos Três Poderes, s/nº, Centro, CEP 28.230-000, São Francisco de Itabapoana-RJ; pelos fatos e fundamentos a seguir descritos:

#### **I - DA LEGITIMIDADE ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Em primeiro lugar, vale tecer breves comentários quanto à legitimidade ativa do Ministério Público para a propositura desta demanda. O *Parquet* é, nos termos do artigo 127, *caput*, da Constituição da República, instituição permanente de caráter essencial ao próprio exercício da função jurisdicional, lhe tendo sido confiada a função de defender a ordem

jurídica, o regime democrático e os interesses sociais e individuais indisponíveis, entre os quais se inclui a **saúde**.

Entre as muitas atribuições confiadas ao *Parquet* pela Lei Fundamental de 1988, destaca-se a promoção da Ação Civil Pública para a proteção do patrimônio público e o conseqüente combate à improbidade administrativa, entre outros interesses difusos e coletivos (CR/88, artigo 129, III).

Em se tratando de demanda relativa à saúde pública, direito difuso de todos os cidadãos, ante a omissão estatal em provê-la de forma adequada, evidente a legitimidade ativa do *Parquet*.

## II - DA LEGITIMIDADE PASSIVA DO DEMANDADO

O MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DE ITABAPOANA, ora demandado, integra o polo passivo da presente demanda por ser o gestor do Sistema Único de Saúde (SUS), cabendo-lhe a fiscalização e a execução direta de serviços, conforme distribuição de competências do SUS. Ressalte-se que o Hospital Municipal Manoel Carola, objeto da presente demanda, é órgão municipal.

Outrossim, o Município tem, por disposição **expressa** do artigo 30, VII, da Constituição Federal, competência para: *“prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população;”*.

## III - DOS FATOS

O Inquérito Civil Público (ICP) nº 288/01, cuja cópia digital segue anexa à presente inicial, foi instaurado com a finalidade de apurar possíveis irregularidades envolvendo a estrutura, o funcionamento e a administração do Hospital Municipal Manoel Carola.

O Inquérito foi arquivado e, também, desarquivado em razão de novas notícias de irregularidades.

Com o passar dos anos, o Hospital Municipal Manoel Carola passou por altos e baixos, às vezes com condições de funcionamento, mas na maior parte do tempo em precárias condições, faltando desde equipamentos para exames e a manutenção da vida de pacientes à equipe médica e de enfermagem adequadas.

Inicialmente, foram realizadas fiscalizações no Hospital Municipal Manoel Carola pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN-RJ), apontando, em todos os relatórios de fiscalização, diversas irregularidades quanto a normas relativas ao exercício funcional, funcionamento da enfermagem e déficit de pessoal, tendo sido o pontapé inicial os relatórios de fls. 80/87, do ICP 288/01.

Após o arquivamento dos autos do ICP e a retomada das investigações, a Secretaria Municipal de Saúde de São Francisco de Itabapoana informou que o hospital passava por diversas obras no ano de 2009, tendo sido realizada nova inspeção pelo Ministério Público em conjunto com o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), tendo sido o resultado considerado satisfatório (fls. 306/307 e 322/334, do ICP).

No entanto, em nova fiscalização realizada pelo COREN-RJ, a autarquia apurou inúmeras irregularidades, sendo que as anteriormente constatadas não foram sanadas, o que consta de seu relatório acostado às fls. 363/382, do ICP.

As irregularidades e ilegalidades encontradas pelo COREN-RJ na citada fiscalização são as abaixo relacionadas:

- 1- Inexistência de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).
- 2- Ausência de enfermeiros exclusivos nos setores de Urgência / Emergência e UTI onde são desenvolvidas ações de enfermagem durante todo o período de funcionamento das mesmas.
- 3- Déficit de pessoal de enfermagem.
- 4- Funcionários em exercício ilegal da profissão.
- 5- Ausência de aposição do número do COREN-RJ, após as anotações de enfermagem nos prontuários e livros de ordem e ocorrências.
- 6- Medicamentos vencidos em diversos setores.
- 7- Infusão venosa em curso sem a identificação padrão.

8- Participação de profissionais de enfermagem como auxiliar de cirurgias eletivas.

Havia uma previsão de conclusão das obras em abril de 2012 (fls. 459/461, do ICP), sendo certo que tal não ocorreu, apesar da prorrogação do contrato de repasse (fl. 466, do ICP), houve problemas com a regularização dos processos de pagamento da empresa responsável pela obra (fls. 486/490, do ICP), culminando com o desentendimento da Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão com a contratada Projecons & Construções Ltda (fls. 652/683, do ICP).

O COREN-RJ voltou a relatar diversas irregularidades no hospital, conforme documentação acostada a fls. 494/642, do ICP.

O COREN-RJ encaminhou cópias do Parecer Técnico Fiscal referente ao Hospital Municipal Manoel Carola, em São Francisco de Itabapoana/RJ, conforme fls. 710/728, do ICP.

Nessa fiscalização foram encontradas as seguintes irregularidades:

1- Déficit de pessoal de enfermagem de 36 (trinta e seis) enfermeiros e 26 (vinte e seis) técnicos / auxiliares de enfermagem.

2- Falta de implantação / implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

3- Presença de 3 (três) profissionais em exercício ilegal da profissão por não possuírem inscrição no COREN-RJ.

4- Setor de Urgência / Emergência continua sem profissional enfermeiro exclusivo; a UTI não está cadastrada como tal e sim como "leito extra"; o setor não possui enfermeiro exclusivo, sendo os responsáveis os enfermeiros supervisores plantonistas.

5- A enfermeira responsável não afastou das funções os profissionais sem inscrição no COREN-RJ.

6- Ausência em um dos leitos da Unidade de Pacientes Graves (UPG) de equipamentos e materiais que permitam monitorização continua de frequência respiratória, oximetria de pulso, frequência cardíaca, cardioscopia, temperatura e pressão arterial não-invasiva.

7- Presença de infusões venosas sendo administradas sem a rotulagem padrão.

8- Não há termômetro com cabo extensor e mapa para controle de temperatura interna da geladeira de acondicionamento de vacinas, além de serem acondicionadas medicações na geladeira, que deveria ser de uso exclusivo dos imunobiológicos.

9- As almotolias utilizadas para as soluções de desinfecção e antissepsia estão sem a rotulagem padrão.

10- Ausência de data de processamento das gases esterilizadas.

11- Caixa de papelão utilizada como descarte de material perfurocortante.

12- Paredes com fungos e infiltrações.

13- Centro de Material e Esterilização (CME) também apresentando fungos e infiltrações, impedindo a realização de correta esterilização de materiais e equipamentos.

14- Paredes sujas no Posto de Enfermagem da Urgência / Emergência, sendo local de preparo das medicações.

15- Presença de leitos sem colchão e lençol, impedindo o seu uso.

16- Presença de colchões inapropriados para uso, por estarem rasgados, impedindo a higienização e contribuindo para a presença de micro-organismos.

17- Presença de mobiliários enferrujados e descascados, sem colchão e lençol, impedindo seu uso.

18- Presença de cadeira escolar de madeira descascada utilizada na UPG, móvel inapropriada para este fim.

19- Presença de material de uso hospitalar subutilizado no CME, em tratamento inapropriado, sem condições de uso.

20- Acondicionamento inadequado de material do CME, incompatível como correto processo de desinfecção / esterilização.

21- Presença de lixeiras sem tampa com acionamento por pedal na UPG.

O CREMERJ encaminhou cópias do relatório de visita técnica de avaliação do Hospital Municipal Manoel Carola (fls. 851/860, do ICP), no qual, apesar de não apontar irregularidades, constatou que não havia nenhuma comissão obrigatória no hospital.

Em nova fiscalização o COREN-RJ apurou que diversas irregularidades já constatadas não foram sanadas, conforme relatório acostado às fls. 1036/1049, do ICP, e enumeradas abaixo:

- 1- Inexistência ou inadequação de documento(s) relacionado(s) ao gerenciamento dos processos de trabalho do Serviço de Enfermagem – SAE.
- 2- Inexistência de responsabilidade técnica do serviço de enfermagem.
- 3- Profissionais de enfermagem que não executam o Processo de Enfermagem contemplando as cinco etapas preconizadas.
- 4- Inexistência, desatualização ou inadequação do cálculo de dimensionamento de pessoal de enfermagem.

O Grupo de Apoio aos Promotores (GAP) realizou registro fotográfico das instalações do hospital, constatando-se que estava em obras naquela oportunidade (fls. 1050/1065, do ICP).

O CREMERJ encaminhou documentação quanto a fiscalização conforme fls. 1075/1119 e fls. 1133/1151, do ICP, constatando-se as seguintes irregularidades:

- 1- O hospital não possui as comissões obrigatórias:
  - a- Comissão de Ética Médica;
  - b- Comissão de Morbimortalidade Materno-Infantil; e
  - c- Núcleo de Segurança do Paciente.
- 2- A sala de reanimação pediátrica do serviço hospitalar de urgência e emergência não possui desfibrilador, máscara laríngea e carrinho, maleta ou kit contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências.
- 3- A sala de reanimação adulta do serviço hospitalar de urgência e emergência não possui máscara laríngea.
- 4- A sala de procedimentos / curativos do serviço hospitalar de urgência e emergência não possui óculos de proteção individual, toalhas de papel, sabonete líquido e álcool em gel.

5- Os leitos de internação – Enfermarias – não possuem mecanismos que permitem ao paciente o acionamento da equipe de enfermagem e não dispõem de poltrona para acompanhantes de pacientes internados e não fornece as principais refeições para esses.

6- O hospital não possui Diretor Técnico.

7- A Unidade de Terapia Semi-intensiva não possui médico responsável técnico.

8- O carrinho de emergência não possui desfibrilador com monitor, laringoscópio com lâminas adequadas e máscara laríngea.

9- Não há sala de classificação de risco regular no serviço hospitalar de urgência e emergência.

10- Na Radiologia não há dosímetro.

Com isso, verifica-se que, mesmo com a reforma do hospital, diversas irregularidades não foram sanadas, sendo necessário o ajuizamento da presente ação civil pública.

#### **IV - DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS**

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 elencou a saúde no rol dos direitos sociais fundamentais, *ex vi*:

***Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015).***

Outrossim, a Carta Magna dispôs em seu artigo 196:

***Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que***



*visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*

Ademais, no artigo 197, da CRFB/88, estatuiu-se que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, assegurando-lhe tratamento jurídico privilegiado.

***Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.***

A Constituição, ao tratar da Saúde, aponta para o acesso universal às suas ações e serviços, inovação que guarda íntima conexão com os próprios fundamentos dos direitos sociais, lastreados no princípio da igualdade material.

A Saúde constitui-se, pois, num subsistema do sistema da seguridade social, para efeito de disciplina própria e caracterização dos seus elementos constitutivos essenciais: atividade preventiva e serviços assistenciais; produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos de interesse para a saúde; teor nutricional dos alimentos; meio ambiente; saneamento básico; formação de recursos humanos; vigilância sanitária; vigilância epidemiológica e saúde do trabalhador, conforme se denota dos artigos 198 e 200 da CRFB/88 e artigos 5º e 6º, Lei nº 8.080/90 (Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.).

#### **CRFB/88**

***Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:***

***I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;***



*II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*

*III - participação da comunidade.*

*(...)*

*Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:*

*I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;*

*II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;*

*III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;*

*IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;*

*V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015)*

*VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;*

*VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;*

*VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.*

#### Lei nº 8080/90

*Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:*

*I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;*

*II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;*

*III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.*

*Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):*

*I - a execução de ações:*

*a) de vigilância sanitária;*

*b) de vigilância epidemiológica;*

*c) de saúde do trabalhador; e*

*d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;*

*II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;*

*III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;*

*IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;*

*V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;*

*VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;*

*VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;*

*VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;*

*IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;*

*X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;*

*XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.*

Com isso, conclui-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) é a instituição jurídica criada pela Constituição da República de 1988 para organizar as ações e os serviços públicos de saúde no Brasil.

No que se refere a participação dos Municípios, o artigo 30, da CRFB/88, dispõe que:

***Art. 30. Compete aos Municípios:***

*(...)*

***VII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população;***

A Constituição do Estado do Rio de Janeiro e a Lei Orgânica do Município de São Francisco de Itabapoana reproduziram as normas concernentes ao Direito à Saúde e ao Sistema Único de Saúde.

**Constituição do Estado do Rio de Janeiro**

***Art. 8º - Todos têm o direito de viver com dignidade.***

***Parágrafo único. É dever do Estado garantir a todos uma qualidade de vida compatível com a dignidade da pessoa humana, assegurando a educação, os serviços de saúde, a alimentação, a habitação, o transporte, o saneamento básico, o suprimento energético, a drenagem, o trabalho remunerado, o lazer, as atividades econômicas e a acessibilidade, devendo as dotações orçamentárias contemplar preferencialmente tais atividades, segundo planos e programas de governo.***

***Nova redação dada pela Emenda Constitucional nº 51/2011***

*(...)*

***Art. 39 - São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à***

*maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma da Constituição. (NR)*

*\* Nova redação dada pelo art. 8º da Emenda Constitucional nº 53, de 26/06/2012. (D.O. de 27/06/2012)*

*(...)*

*Art. 287 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurada mediante políticas sociais, econômicas e ambientais que visem a prevenção de doenças físicas e mentais, e outros agravos, o acesso universal e igualitário às ações de saúde e a soberana liberdade de escolha dos serviços, quando esses constituírem ou complementarem o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, guardada a regionalização para sua promoção, proteção e recuperação.*

*Regulamentado pela Lei nº 3613, de 18 de julho de 2001, que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências.*

*Art. 288 - As ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita com prioridade, diretamente ou através de terceiros, preferencialmente por entidades filantrópicas e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.*

*Regulamentado pela Lei nº 3892, de 16 de julho de 2002, que estabelece normas para os serviços de triagem de pacientes em unidades de saúde de atendimento de urgência e de emergência regulamentando os artigos 288 e 289 da Constituição Estadual e dá outras providências.*

*Art. 289 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e*

*hierarquizada e constituem um sistema único de saúde, de acordo com as seguintes diretrizes:*

*I - integração das ações e serviços de saúde dos Municípios ao Sistema Único de Saúde;*

*II - descentralização político-administrativa, com direção única em cada nível, respeitada a autonomia municipal, garantindo-se os recursos necessários;*

*III - atendimento integral, universal e igualitário, com acesso a todos os níveis dos serviços de saúde da população urbana e rural, contemplando as ações de promoção, proteção e recuperação de saúde individual e coletiva, com prioridade para as atividades preventivas e de atendimento de emergência e urgência, sem prejuízo dos demais serviços assistenciais;*

*IV - participação na elaboração e controle das políticas e ações de saúde de membros de entidades representativas de usuários e de profissionais de saúde, através de conselho estadual de saúde, deliberativo e paritário, estruturado por lei complementar;*

*Inciso regulamentado pelo Lei Complementar nº 71, de 15 de janeiro de 1991, que estrutura, regulamenta e dá outras atribuições ao conselho estadual de saúde, de que trata o inciso IV do art. 286 (atual 289) da Constituição do Estado do Rio de Janeiro.*

*V - municipalização dos recursos, tendo como parâmetros o perfil epidemiológico e demográfico, e a necessidade de implantação, expansão e manutenção dos serviços de saúde de cada Município;*

*VI - elaboração e atualização periódicas do Plano Estadual de Saúde, em termos de prioridade e estratégias regionais, em consonância com o Plano Nacional de Saúde e de acordo com as diretrizes do conselho estadual;*

*VII - outras, que venham a ser adotadas em legislação complementar.*

*(...)*

*Art. 358 - Compete aos Municípios, além do exercício de sua competência tributária e da competência comum com a União e o Estado, previstas nos artigos 23, 145 e 156 da Constituição da República:*

*I - legislar sobre assuntos de interesse local;*

*II - suplementar a legislação federal e a estadual, no que couber;*

*III - instituir e arrecadar os tributos de sua competência, bem como aplicar suas rendas, sem prejuízo da obrigatoriedade de prestar contas e publicar balancetes nos prazos fixados em lei;*

*IV - criar, organizar e suprimir distrito, observada a legislação estadual;*

*V - organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, os serviços públicos de interesse local, incluído o de transporte coletivo, que tem caráter essencial;*

*VI - manter, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, programas de educação pré-escolar e de ensino fundamental e, ainda, atendimento especial aos que não frequentaram a escola na idade própria;*

*VII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população;*

### **Lei Orgânica do Município de São Francisco de Itabapoana**

*Art. 151 - A saúde é direito de todos os munícipes e dever do Poder Público, assegurada mediante políticas sociais, econômicas e ambientais que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*

*Art. 152 - Para atingir os objetivos estabelecidos no artigo anterior, o Município promoverá por todos os meios ao seu alcance:*

*I - condições dignas de trabalho, saneamento, moradia, alimentação, educação, transporte e lazer;*

*II - respeito ao meio ambiente e controle da poluição ambiental;*

*III - acesso universal e igualitário de todos os habitantes do Município a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, sem qualquer discriminação;*

*IV - direito à informação e à garantia de opção quanto ao tamanho da prole.*

**i- Da estrutura, insumos, medicamentos e equipamentos da Rede de Urgência e Emergência**

A Portaria nº 2.048/02, do Ministério da Saúde, dispõe sobre a estrutura física, e as necessidades mínimas de materiais, equipamentos e medicamentos das Unidades da Rede de Urgência e Emergência, conforme abaixo colacionado:

***2.4.7 - Caracterização da área física em relação aos fluxos internos e organização do processo de trabalho:***

*A área física acima descrita foi dividida em blocos porque é aconselhável, do ponto de vista funcional, que estas áreas estejam mais ou menos contíguas, dando o máximo de racionalidade possível ao fluxo dentro da unidade. Assim, o bloco de pronto atendimento deve apresentar uma entrada para pacientes que vem por busca espontânea, deambulando, que dá acesso direto à recepção e sua respectiva sala de espera. Neste mesmo bloco, deve ser estruturado o acolhimento dos pacientes, que pode ser feito pela própria recepção ou por funcionários designados e treinados para este fim, dependendo do volume da demanda. A seguir deve ser realizada a triagem classificatória de risco. O processo de triagem classificatória deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-*



*estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento. A esta triagem classificatória é vedada a dispensa de pacientes antes que estes recebam atendimento médico. Após a triagem, os pacientes são encaminhados aos consultórios médicos. Uma vez realizado o atendimento, o paciente deve ter sua referência garantida mediante encaminhamento realizado através das centrais de regulação ou, quando estas não existirem, através de fluxos previamente pactuados.*

*O bloco de urgência deve ter uma outra entrada, com acesso coberto para ambulâncias, portas amplas para a entrada de pacientes em macas e fluxo ágil até a sala de emergência. Esta deve comportar o atendimento de dois ou mais casos simultaneamente, dependendo do porte da unidade. As macas devem apresentar rodas e grades e devem estar distribuídas de forma a garantir a livre circulação da equipe ao seu redor. Esta sala deve ser equipada com materiais e equipamentos necessários para atendimento de urgência clínica e/ou cirúrgica de adultos e crianças. Os medicamentos utilizados na primeira abordagem do paciente grave também devem estar disponíveis na própria sala. A entrada de um paciente na sala de urgência poderá ser anunciada por aviso sonoro ou comunicação verbal. Em qualquer uma das situações, um médico, um enfermeiro e auxiliares de enfermagem devem dirigir-se imediatamente para a sala. O acesso da sala de urgência aos leitos de observação deve ser fácil e estas áreas devem ser, de preferência, contíguas.*

*É aconselhável que os blocos de apoio diagnóstico e de procedimentos tenham situação intermediária entre os blocos de pronto atendimento e de atendimento de urgência, com acesso fácil e ao mesmo tempo independente para cada um deles.*

*Quanto aos blocos de apoio logístico e administração, devem estar situados de forma a não obstruir o fluxo entre os demais blocos já mencionados.*

*As salas e áreas de assistência devem obedecer às Normas e Padrões de Construções e Instalações de Serviços de Saúde.*

## **2.5 - Materiais e Equipamentos**

*Alguns materiais e equipamentos devem, necessariamente, fazer parte do arsenal de qualquer unidade 24 horas como:*

*Estetoscópio adulto/infantil, esfigmomanômetro adulto/infantil, otoscópio com espéculos adulto/infantil, oftalmoscópio, espelho laríngeo, bolsa autoinflável (ambú) adulto/infantil, desfibrilador com marca-passo externo, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, eletrocardiógrafo, glicosímetro, aspirador de secreção, bomba de infusão com bateria e equipo universal, cilindro de oxigênio portátil e rede canalizada de gases ou torpedo de O<sup>2</sup> (de acordo com o porte da unidade), maca com rodas e grades, respirador mecânico adulto/infantil, foco cirúrgico portátil, foco cirúrgico com bateria, negatoscópios nos consultórios, serra de gesso, máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos, cateteres de aspiração, adaptadores para cânulas, cateteres nasais, sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos, luvas de procedimentos, máscara para ressuscitador adulto/infantil, ressuscitadores infantil e adulto com reservatório, cadarços para fixação de cânula, laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas, cânulas orofaríngeas adulto/infantil, jogos de pinças de retirada de corpos estranhos de nariz, ouvido e garganta, fios cirúrgicos, fios-guia para intubação, pinça de Magyll, bisturi (cabo e lâmina), material para cricotiroidostomia, drenos para tórax, pacotes de gaze estéril, pacote de compressa estéril, esparadrapo, material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas e plásticas, agulhas especiais para punção óssea, garrote, equipos de macro e microgotas, cateteres específicos para dissecação de veias, tamanho adulto/infantil, tesoura, seringas de vários tamanhos,*

*torneiras de 3 vias, frascos de solução salina, caixa completa de pequena cirurgia, frascos de drenagem de tórax, extensões para drenos torácicos, sondas vesicais, coletores de urina, espátulas de madeira, sondas nasogástricas, eletrodos descartáveis, equipamentos de proteção individual para equipe de atendimento, cobertor para conservação do calor do corpo, travesseiros e lençóis, pacote de roupas para pequena cirurgia, conjunto de colares cervicais (tamanho P, M e G), prancha longa para imobilização da vítima em caso de trauma, prancha curta para massagem cardíaca, gerador de energia elétrica compatível com o consumo da unidade, sistema de telefonia e de comunicação.*

## **2.6 - Medicamentos**

*Abaixo a lista de medicamentos que devem estar disponíveis na unidade de urgência, contemplando medicamentos usados na primeira abordagem dos pacientes graves e também sintomáticos, antibióticos e anticonvulsivantes, uma vez que alguns pacientes poderão permanecer nestas unidades por um período de até 24 horas ou, excepcionalmente, por mais tempo se houver dificuldade para internação hospitalar: Adrenalina, Água destilada, Aminofilina, Amiodarona, Amitriptilina, Ampicilina, Atropina, Bicarbonato de sódio, Biperideno, Brometo de Ipratrópio, Bupivacaína, Captopril, Carbamazepina, Carvão ativado, Cefalexina, Cefalotina, Cetoprofeno, Clister Glicerinado, Clordiazepóxido, Cloridrato de Clonidina, Cloridrato de Hidralazina, Cloreto de potássio, Cloreto de sódio, Clorpromazina, Clorafenicol, Codeína, Complexo B injetável, Deslanosídeo, Dexametasona, Diazepam, Diclofenaco de sódio, Digoxina, Dipirona, Enalapril, Escopolamina (hioscina), Fenitoína, Fenobarbital, Fenoterol Bromidrato, Flumazenil, Furosemida, Gentamicina, Glicose isotônica, Glicose hipertônica, Gluconato de Cálcio, Haloperidol, Hidrocortisona, Insulina, Isossorbida, Lidocaína, Manitol, Meperidina, Metildopa, Metilergometrina,*

*Metilprednisolona, Metoclopramida, Metoprolol, Midazolan, Nifedipina, Nistatina, Nitroprussiato de sódio, Óleo mineral, Omeprazol, Oxacilina, Paracetamol, Penicilina, Prometazina, Propranolol, Ranitidina, Ringer Lactato, Sais para reidratação oral, Salbutamol, Soro glico-fisiológico, Soro Fisiológico, Soro Glicosado, Sulfadiazina prata, Sulfametoxazol + trimetoprim, Sulfato de magnésio, Tiamina (Vit. B1), Tramadol, Tobramicina Colírio, Verapamil, Vitamina K.*

### **2.7 - Estruturação da Grade de Referência**

*As Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências devem possuir retaguarda de maior complexidade previamente pactuada, com fluxo e mecanismos de transferência claros, mediados pela Central de Regulação, a fim de garantir o encaminhamento dos casos que extrapolem sua complexidade. Além disso, devem garantir transporte para os casos mais graves, através do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, onde ele existir, ou outra forma de transporte que venha a ser pactuada. Também devem estar pactuados os fluxos para elucidação diagnóstica e avaliação especializada, além de se dar ênfase especial ao re-direcionamento dos pacientes para a rede básica e Programa de Saúde da Família, para o adequado seguimento de suas patologias de base e condições de saúde, garantindo acesso não apenas a ações curativas, mas a todas as atividades promocionais que devem ser implementadas neste nível de assistência.*

Com isso, diante da falta de insumos e medicamentos, bem como a falta de equipamentos necessários para o andamento regular do Hospital Municipal Manoel Carola, verifica-se que os usuários do SUS, munícipes ou não, estão desassistidos, causando um grave risco à saúde, integridade física e à vida dessas pessoas.

**ii- Das questões sanitárias da Rede de Urgência e Emergência**

Nas fiscalizações do COREN-RJ houve a constatação de descumprimento das normas das seguintes Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) e Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as quais se encontram como anexos a presente inicial:

**RDC nº 50/2002**

Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde;

**RDC nº 63/2000**

Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral, constante do Anexo desta Portaria.

**RDC nº 216/2014**

Dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação.

**RDC nº 306/2004**

Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

**Resolução nº 7/2010**

Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.

**iii- Do Profissional Médico na Rede de Urgência e Emergência**

Cabe considerar que o Conselho Federal de Medicina (CFM) regulamenta diversas rotinas importantes para o funcionamento do serviço de urgência e emergência envolvendo a categoria fiscalizada, sendo importante destacar a Resolução CFM Nº 2.077, de 24 de julho de 2014, que regulamenta o fluxo de trabalho dos médicos, bem como a importância do prontuário,

quantitativo de profissionais necessários na Rede de Urgência e Emergência, conforme abaixo colacionada:

*Art. 1º Esta resolução se aplica aos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, públicos e privados, civis e militares, em todos os campos de especialidade.*

*Parágrafo único. Entende-se por Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência os denominados prontos-socorros hospitalares, pronto-atendimentos hospitalares, emergências hospitalares, emergências de especialidades ou quaisquer outras denominações, excetuando-se os Serviços de Atenção às Urgências não Hospitalares, como as UPAs e congêneres.*

*Art. 2º Tornar obrigatória a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco para atendimento dos pacientes nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência.*

*Parágrafo único. O tempo de acesso do paciente à Classificação de Risco deve ser imediato, sendo necessário dimensionar o número de classificadores para atingir este objetivo.*

*Art. 3º Todo paciente que tiver acesso ao Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência deverá, obrigatoriamente, ser atendido por um médico, não podendo, sob nenhuma justificativa, ser dispensado ou encaminhado a outra unidade de saúde por outro profissional que não o médico.*

*Art. 4º Determinar, na forma do anexo desta resolução, o sistema de fluxo dos pacientes e as normas para a quantificação adequada da equipe médica para trabalhar nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência.*

*Art. 5º Tornar necessária a presença do médico coordenador de fluxo nos Serviços hospitalares de*



*Urgência e Emergência com mais de 50.000 atendimentos/ano no setor, cujas funções estão normatizadas no anexo desta resolução.*

*Art. 6º As diretorias clínica e técnica, bem como a direção administrativa do hospital, devem garantir qualidade e segurança assistencial ao paciente e ao médico no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, de acordo com o disposto no anexo desta resolução.*

*Art. 7º Tornar obrigatória a qualificação dos profissionais médicos para o trabalho em Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, mediante o disposto no Capítulo VII, item 2, alínea B-3, da Portaria nº 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002, capacitação essa de responsabilidade dos gestores, segundo o preconizado pela portaria.*

*Parágrafo único. É obrigação do diretor técnico do hospital exigir documentalmente do gestor a capacitação prevista no caput.*

*Art. 8º É obrigatória a passagem de plantão, médico a médico, na qual o profissional que está assumindo o plantão deve tomar conhecimento do quadro clínico dos pacientes que ficarão sob sua responsabilidade.*

*Art. 9º É obrigatório o registro completo da assistência prestada ao paciente na ficha de atendimento de emergência/boletim de atendimento/prontuário médico, constando a identificação dos médicos envolvidos no atendimento.*

*Art. 10. É obrigação do médico plantonista dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência dialogar, pessoalmente ou por telefone, com o médico regulador ou de sobreaviso, sempre que for solicitado ou que solicitar esses profissionais, fornecendo todas*



*as informações com vistas a melhor assistência ao paciente.*

*Art. 11. O médico de sobreaviso deverá, obrigatoriamente, dar assistência nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência quando solicitado para interconsulta, justificada e registrada no prontuário pelo médico solicitante, no menor tempo possível, devendo se comunicar de imediato quando contatado pelo hospital.*

*Art. 12. Estabelecida a necessidade de internação, o paciente passa a ser responsabilidade do médico de sobreaviso, ou do médico internista ou de qualquer outro médico responsável pela internação, até a alta pela sua especialidade ou a transferência do paciente para outro profissional.*

*Parágrafo único. Enquanto o paciente internado estiver nas dependências do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, as intercorrências por ele apresentadas deverão ser atendidas pelos médicos plantonistas deste setor, caso o médico assistente esteja ausente; no entanto, este deverá ser imediatamente comunicado do fato, sendo a responsabilidade da assistência compartilhada, objetivando sempre o melhor tratamento para o paciente.*

*Art. 13. É direito do paciente ter um médico como responsável direto pela sua internação, assistência e acompanhamento até a alta, sendo proibida a internação em nome de serviço.*

*Art. 14. O tempo máximo de permanência dos pacientes nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência será de até 24h, após o qual o mesmo deverá ter alta, ser internado ou transferido.*

*Art. 15. Fica proibida a internação de pacientes nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência.*

*Art. 16. O hospital deverá disponibilizar, em todas as enfermarias, leitos de internação para pacientes egressos do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência em número suficiente para suprir a demanda existente. Em caso de superlotação do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência e ocupação de todos os leitos de retaguarda, é de responsabilidade do diretor técnico da instituição prover as condições necessárias para a internação ou transferência destes pacientes.*

*Art. 17. O médico plantonista do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência deverá acionar imediatamente o coordenador de fluxo, e na inexistência deste o diretor técnico do hospital, quando:*

- a) forem detectadas condições inadequadas de atendimento ou constatada a inexistência de leitos vagos para a internação de pacientes, com superlotação do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência;*
- b) houver pacientes que necessitem de unidade de terapia intensiva e não houver leito disponível;*
- c) quando o Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência receber pacientes encaminhados na condição de "vaga zero".*

*§ 1º A "vaga zero" é um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, devendo ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências.*

*§ 2º O encaminhamento de pacientes como "vaga zero" é prerrogativa e responsabilidade exclusiva dos médicos reguladores de urgências, que deverão, obrigatoriamente, tentar fazer contato telefônico com o médico que irá receber o paciente no hospital de referência, detalhando o quadro clínico e justificando o encaminhamento.*

*§ 3º Em caso de transferência de pacientes de unidades de saúde para hospitais de maior complexidade em*

*"vaga zero", as informações detalhadas em relação ao quadro clínico do paciente deverão ser encaminhadas, por escrito, pelo médico solicitante do serviço de saúde de origem.*

*§ 4º No caso de utilizar-se a "vaga zero" em Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência superlotado ou sem capacidade técnica de continuidade do tratamento, caberá à equipe médica estabilizar o paciente e, após obtidas as condições clínicas que permitam a transferência, comunicar o fato à regulação, persistindo a responsabilidade do gestor público pela obtenção de vagas para a continuidade do tratamento e, se necessário, com a compra de leitos na forma da lei.*

*Art. 18. Uma vez acionado em função da superlotação, o diretor técnico do hospital deverá notificar essa circunstância ao gestor responsável e ao Conselho Regional de Medicina, para que as medidas necessárias ao enfrentamento de cada uma das situações sejam desencadeadas.*

*Parágrafo único. Nos casos de recusa ou omissão por parte do gestor, o diretor técnico deverá comunicar imediatamente o fato ao Ministério Público, dando ciência ao Conselho Regional de Medicina.*

*(Publicada no DOU, 16 set. 2014, Seção I, p.80-81)*

#### **iv- Da Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Rede de Urgência e Emergência**

Durante o período de investigação no ICP nº 288/01, verificou-se que o Hospital Municipal Manoel Carola não implementou a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), introduzida pela Resolução COFEN nº 358/09, prejudicando o atendimento da equipe de enfermagem, a qual é responsável pelos cuidados ao paciente, sendo de primordial importância para que o paciente restabeleça sua saúde.

#### **RESOLUÇÃO COFEN-358/2009 (Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a**

implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.)

*O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução COFEN nº 242, de 31 de agosto de 2000;*

*CONSIDERANDO o art. 5º, Inciso XIII, e o art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988;*

*CONSIDERANDO a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta;*

*CONSIDERANDO os princípios fundamentais e as normas do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN nº 311, de 08 de fevereiro de 2007;*

*CONSIDERANDO a evolução dos conceitos de Consulta de Enfermagem e de Sistematização da Assistência de Enfermagem; CONSIDERANDO que a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem;*

*CONSIDERANDO que o processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional;*

*CONSIDERANDO que a operacionalização e documentação do Processo de Enfermagem evidencia a*

*contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional;*

*CONSIDERANDO resultados de trabalho conjunto havido entre representantes do COFEN e da Subcomissão da Sistematização da Prática de Enfermagem e Diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem, Gestão 2007-2010;*

*e CONSIDERANDO tudo o mais que consta nos autos do Processo nº 134/2009;*

**RESOLVE:**

*Art. 1º O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.*

*§ 1º – os ambientes de que trata o caput deste artigo referem-se a instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, entre outros.*

*§ 2º – quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem. Art. 2º O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:*

*I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de*

*informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.*

*II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.*

*III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.*

*IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.*

*V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.*

*Art. 3º O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de*



*enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.*

*Art. 4º Ao enfermeiro, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.*

*Art. 5º O Técnico de Enfermagem e o Auxiliar de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, participam da execução do Processo de Enfermagem, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro.*

*Art. 6º A execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo:*

- a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;*
- b) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;*
- c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;*
- d) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.*



*Art. 7º Compete ao Conselho Federal de Enfermagem e aos Conselhos Regionais de Enfermagem, no ato que lhes couber, promover as condições, entre as quais, firmar convênios ou estabelecer parcerias, para o cumprimento desta Resolução.*

*Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições contrárias, em especial, a Resolução COFEN nº 272/2002.*

*Brasília-DF, 15 de outubro de 2009.*

*MANOEL CARLOS NERI DA SILVA*

*COREN-RO nº 63.592*

*Presidente GELSON LUIZ DE ALBUQUERQUE*

*COREN-SC nº. 25.336*

*Primeiro-Secretário*

**v- Da Anotação de Responsabilidade Técnica (ART) e do Responsável Técnico na Rede de Urgência e Emergência**

Cabe considerar a obrigatoriedade de registro de responsabilidade técnica e de que cada unidade de saúde tenha um responsável técnico perante os conselhos profissionais.

Nas fiscalizações do COREN-RJ foi apurado que os hospitais não possuem ART e nem responsável técnico de enfermagem, além disso havia profissional trabalhando sem o devido registro ou irregularidades no registro profissional. Conclui-se que o Município deve fiscalizar os seus servidores quando ocupem cargo que exija registro profissional, bem como proceder ao registro da ART e dos responsáveis técnicos do Hospital Municipal Manoel Carola, conforme a Resolução COFEN nº 458/14, que dispõe sobre Anotação de Responsabilidade Técnica para o Serviço de Enfermagem, bem como rege as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico, e Resolução CFM nº 2.147/16, que estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos.

As questões relativas a profissionais de enfermagem sem o devido registro são reguladas pela Resolução COFEN nº 0545/2017

(anotação e o uso do número de inscrição, ou autorização, nos Conselhos Regionais, pelos integrantes das várias categorias compreendidas nos serviços de Enfermagem), pela Resolução COFEN nº 564/2017 (Código de Ética) e pela Resolução COFEN nº 564/2017 (Código de Deontologia de Enfermagem).

O CREMERJ também apurou que o Hospital não possui diretor técnico e nem médico responsável técnico na Unidade de Terapia Semi-intensiva, o que é regulado pelo artigo 38, do Decreto nº 20.931/32, RDC ANVISA nº 07/2010, e Resoluções CFM nºs 2147/16, 2125/15, 2056/13 e 2153/16.

#### **vi- Da Equipe de Enfermagem na Rede de Urgência e Emergência**

Nas fiscalizações do COREN-RJ, também foi verificada a insuficiências de profissionais de enfermagem no Hospital Municipal Manoel Carola, tanto enfermeiros como técnicos de enfermagem, trazendo prejuízo para a regular evolução dos pacientes e com risco à saúde e ao bem-estar dos mesmos, aumento risco de contaminação e de óbitos.

Destarte, com o déficit dos profissionais de enfermagem, há evidente deficiência nos serviços, elevação dos indicadores negativos dos hospitais e dificuldade na implementação do SAE.

Não é demais ressaltar que, o déficit de profissionais de enfermagem reflete diretamente no bem estar dos pacientes, pois são esses que cuidam efetivamente da classificação de risco, dos cuidados diários, da higiene, da evolução do paciente com as devidas anotações no prontuário (conforme Resolução COFEN nº 429/2012 - Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico), dentre outras funções privativas da equipe de enfermagem dispostas na Lei nº 7.498/86 (Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências), regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87.

#### **Lei nº 7.498/86**

*Art. 11. O **Enfermeiro** exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:*

*I - **privativamente**:*

- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;*
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;*
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;*
- d) (VETADO);*
- e) (VETADO);*
- f) (VETADO);*
- g) (VETADO);*
- h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;*
- i) consulta de enfermagem;*
- j) prescrição da assistência de enfermagem;*
- l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;*
- m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;*

*II - como integrante da equipe de saúde:*

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;*
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;*
- c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;*
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;*
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;*
- f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;*
- g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;*
- h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;*
- i) execução do parto sem distocia;*

j) educação visando à melhoria de saúde da população.

*Parágrafo único. As profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta lei incumbe, ainda:*

- a) assistência à parturiente e ao parto normal;*
- b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;*
- c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.*

*Art. 12. O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente:*

- a) participar da programação da assistência de enfermagem;*
- b) executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único do art. 11 desta lei;*
- c) participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar;*
- d) participar da equipe de saúde.*

*Art. 13. O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:*

- a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;*
- b) executar ações de tratamento simples;*
- c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;*
- d) participar da equipe de saúde. (Grifos nossos)*

### **vii- Da Humanização**

A Portaria nº 1820/09, do Ministério da Saúde, dispõe sobre os Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde, com base na Política Nacional da Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, com normas concernentes ao tratamento adequado e ao atendimento à saúde.

A norma supracitada ressalta o direito à informação ao paciente e seus familiares quanto ao tratamento, prescrição de medicamentos, dentre outros, e, além disso, às informações sobre os serviços de saúde e participação, conforme o disposto no artigo 7º, e seu § 3º, *ex vi*:

*Art. 7º Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação.*

*(...)*

*§ 3º Em cada serviço de saúde deverá constar, em local visível à população:*

*I - nome do responsável pelo serviço;*

*II - nomes dos profissionais;*

*III - horário de trabalho de cada membro da equipe, inclusive do responsável pelo serviço; e*

*IV - ações e procedimentos disponíveis.*

Com isso, a fim de viabilizar o direito à informação aos usuários do SUS e a própria fiscalização da população quanto aos serviços oferecidos, necessário que o município tome as providências necessárias para o cumprimento da Portaria nº 1820/09, do Ministério da Saúde.

## **V - DOS PEDIDOS**

Face ao exposto, requer o Ministério Público a V. Ex<sup>a</sup>:

1- A distribuição da presente ação.

2- Em seguida, recebida a inicial, a citação do Réu para, querendo, contestar a presente ação, que deverá seguir o rito ordinário, no prazo legal e sob pena de revelia.

3- A procedência dos pedidos ora formulados, no sentido de que o Município de São Francisco de Itabapoana, ora Réu, seja **condenado**:

a- na regularização do fornecimento de medicamentos e insumos necessários ao funcionamento Hospital Municipal Manoel Carola, em especial os listados na Portaria nº 2.048/02, do Ministério da Saúde, bem como os apurados nos relatórios de consumo médio mensal a serem apresentados pelo Réu.

b- a regularização da quantidade de equipamentos necessários ao funcionamento no Hospital Municipal Manoel Carola, listados na Portaria nº 2.048/02, do Ministério da Saúde e, outros constantes dos relatórios de fiscalização do CREMERJ e COREN-RJ, bem como o conserto dos avariados.

c- a regularização das instalações do Hospital Municipal Manoel Carola, conforme irregularidades e inconsistências apontadas nos relatórios de fiscalização do CREMERJ e COREN-RJ.

d- regularização das equipes de enfermagem com o número suficiente de profissionais, conforme Relatórios do COREN-RJ.

e- implementação do SAE.

f- Cadastro das ART e dos Responsável Técnicos do Hospital Municipal Manoel Carola em todos os Conselhos Profissionais.

g- Cumprimento do disposto na Portaria nº 1820/09, do Ministério da Saúde, em especial ao disposto no artigo 7º, § 3º.

4- Sejam as intimações do autor feitas pessoalmente, com os benefícios inerentes aos prazos ministeriais.

5- Seja, por derradeiro, o Réu condenado nos ônus da sucumbência, os quais deverão ser revertidos para o Fundo Especial do Ministério Público, criado pela Lei

Estadual nº 2.819, de 07/11/97, e regulamentado pela Resolução GPGJ nº 801, de 19/03/98.

Para a comprovação dos fatos aqui narrados, requer-se, desde logo, pela produção de todas as provas que se fizerem pertinentes, notadamente a testemunhal, a documental, e bem assim a juntada de documentos novos e tudo o mais que se fizer mister à completa elucidação e demonstração cabal dos fatos articulados na presente vestibular.

Diante dos mandamentos estabelecidos pela legislação adjetiva, estima-se o valor da causa em R\$ 1.000,00 (um mil reais).

Nestes termos,  
Pede deferimento.

Campos dos Goytacazes-RJ, 16 de fevereiro de 2021.

**MARISTELA NAURATH**  
Promotora de Justiça  
Matrícula 4.013