

NOTA TÉCNICA SOBRE A INSPEÇÃO NO HOSPITAL DA CRIANÇA

No dia 15/07/2026, a Defensoria Pública Estadual, por meio dos defensores Davi Rafael Silva Veras (Núcleo da Criança e do Adolescente) e Vinicius Carvalho Goulart Reis (respondendo pelo Núcleo da Saúde), bem como da assessora Isabela Moreira (do Núcleo de Direitos Humanos), esteve no Hospital Odorico Amaral de Matos (Hospital da Criança), gerido pelo Município de São Luis/MA, através da sua secretaria de saúde, tendo sido constatadas diversas irregularidades.

As principais irregularidades encontradas são referentes à **falta de profissionais em número suficiente nas 03 UTI'S Pediátricas do hospital**, à **falta da especialização exigida por parte de alguns profissionais**, à **falta recorrente de medicamentos**, à **demora na rotatividade dos leitos**, além de **problemas referentes à regulação para leitos de UTI pediátrica**.

O Hospital Odorico Amaral de Matos possui atualmente 03 UTI'S Pediátricas, a UTI 01 (com 10 leitos), a UTI 02 (com 09 leitos) e a UTI 03 (com 09 leitos), totalizando 28 leitos.

No momento da inspeção, todos os leitos estavam ocupados.

Os requisitos mínimos para funcionamento de uma unidade de Terapia Intensiva (UTI) são elencados na **RDC nº 07/2010 da ANVISA**.

No seu Art. 12, a mencionada RDC estabelece que *“As atribuições e as responsabilidades de todos os profissionais que atuam na unidade devem estar formalmente designadas, descritas e divulgadas aos profissionais que atuam na UTI”*.

No **Art. 14 da RDC 07/2010 da Anvisa**, consta o dimensionamento das equipes médicas em ambiente de UTI:

*Art. 14 Além do disposto no Artigo 13 desta RDC, deve ser designada uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente, contendo, para atuação exclusiva na unidade, **no mínimo**, os seguintes profissionais:*

I - Médico diarista/rotineiro: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino, com título de especialista

em Medicina Intensiva para atuação em UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica para atuação em UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia para atuação em UTI Neonatal;

II - Médicos plantonistas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno.

III - Enfermeiros assistenciais: no mínimo 01 (um) para cada 08 (oito) leitos ou fração, em cada turno.

IV - Fisioterapeutas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação;

V - Técnicos de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada 02 (dois) leitos em cada turno, além de 1 (um) técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno;

VI - Auxiliares administrativos: no mínimo 01 (um) exclusivo da unidade;

VII - Funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno.

Ademais, o **Art. 13 da RDC 07/2010 da ANVISA** elenca acerca da necessidade de designação de responsável técnico médico, enfermeiro e fisioterapeuta coordenadores, com as respectivas especialidades:

Art. 13 Deve ser formalmente designado um Responsável Técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos.

§ 1º O Responsável Técnico deve ter título de especialista em Medicina Intensiva para responder por UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica, para responder por UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia, para responder por UTI Neonatal;

§ 2º Os coordenadores de enfermagem e de fisioterapia devem ser especialistas em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação (adulto, pediátrica ou neonatal);

Durante a inspeção, percebemos a presença de apenas um médico plantonista em cada UTI, não contando com a presença de um médico diarista

especialista em cada UTI (que deveria estar nos dois turnos), além da ausência dos responsáveis técnicos de cada UTI.

No momento da visita, então, a unidade dispunha de um total de apenas 3 médicos para as três Unidades de Terapia Intensiva, um para cada UTI, quando deveria ter no mínimo o dobro, ou seja, 6 profissionais, sendo 3 plantonistas e 3 rotineiros, sem contar a presença, na manhã ou tarde, de, pelo menos, 2 coordenadores. Na ocasião, não havia médicos diaristas, que são os profissionais que fazem o “seguimento horizontal”, ou seja, o seguimento diário do plano terapêutico do paciente.

Também houve a indicação de clara confusão e acúmulo de atribuições da função de coordenação com plantonista, o que é prática inadequada. O coordenador, no seu turno de atuação, não pode desenvolver atividades de rotineiro, nem de plantonista, como o que foi observado. Também foi possível perceber unidade de UTI sem cobertura de coordenador na ocasião.

Na UTI 02, inclusive, o profissional plantonista não tinha especialização em pediatria, nem em intensivista.

Durante a inspeção, conversamos com vários pais que estavam acompanhando as crianças internadas nos leitos de UTI, sendo que uma reclamação bastante recorrente foi a falta de medicamento, além da demora da presença do médico quando solicitado.

Quanto à falta de medicamentos, pelo menos dois médicos, no momento da inspeção, confirmaram episódios de ausência dos fármacos, sendo que um deles chegou a confidenciar que os profissionais já chegaram a utilizar outros medicamentos, sabidamente de menor eficácia, enquanto não restabelecido o medicamento “padrão ouro” para ser ministrado ao paciente. Embora tenha sido narrado que a reposição da medicação acontecesse muitas vezes no mesmo dia, o aperfeiçoamento da previsibilidade de escassez se mostra necessário, dado que a falta de medicação adequada pode significar um fator adicional de risco aos pacientes.

Quanto à questão dos fisioterapeutas, a unidade conta com apenas 02 profissionais para as 03 UTI’S, sendo que apenas um profissional tem a especialidade correspondente.

Foram observados ainda outros fatores de qualidade do serviço, como informações sobre rotatividade dos leitos, o que merece aprofundamento das investigações, pois o comprometimento da assistência pode ter relação com maior tempo de permanência. Foi inclusive apresentado documento em que constava

tempo de permanência médio em uma nas utis de 21 dias no mês de maio e de 16 dias no mês de abril, o que demonstra a baixa racionalização de leitos, impactando no fluxo geral de todo o hospital para manuseio de casos graves.

Observamos, por fim, indicadores de que a regulação externa de leitos não vem sendo realizada de maneira adequada, existindo uma demora no início do procedimento de transferência. Algumas mães relataram que os seus filhos demoraram dois dias ou mais para conseguir um leito de UTI após a confirmação da necessidade de internação.

Segundo informação coletada por uma técnica do Núcleo Interno de Regulação – NIR, durante inspeção, a equipe fica aguardando a abertura de um leito no próprio Hospital da Criança, por até dois dias, sem acionar imediatamente a regulação externa, via central estadual de regulação, nem regulação do HUUFMA, para busca de leitos vagos em outras unidades de saúde, visando acolher o paciente em um prazo mais exíguo. Tal informação foi contrariada por outra técnica da unidade, o que resultou em versões diversas e possível conflito de fluxos, o que deve ser aprofundado pela secretaria, bem como junto aos agentes externos de regulação.

O relatório final da inspeção está em fase de elaboração pela equipe da Defensoria Pública, ressaltando que se trata de documento com informações sensíveis, já que estamos falando de um hospital que acolhe crianças, devendo existir a observância das normas do Estatuto da Criança e do Adolescente no que tange à preservação da intimidade (Art. 17 do ECA – Lei nº 8.069/90), sem contar a preservação do nome de familiares e profissionais de saúde, seguindo, portanto, as diretrizes da Lei de Proteção de Dados – LGPD, Lei nº 13.709/2018.

Do exposto, encaminhamos a presente nota técnica sobre a inspeção realizada no Hospital da Criança no dia 15/07/2026, em consonância com os direitos constitucionais à informação e da liberdade de imprensa, para os devidos fins.

São Luis/MA, 17 de julho de 2026.

Vinicius Carvalho Goulart Reis

Defensor Público



DEFENSORIA PÚBLICA
do Estado do Maranhão

Davi Rafael Silva Veras

Defensor Público