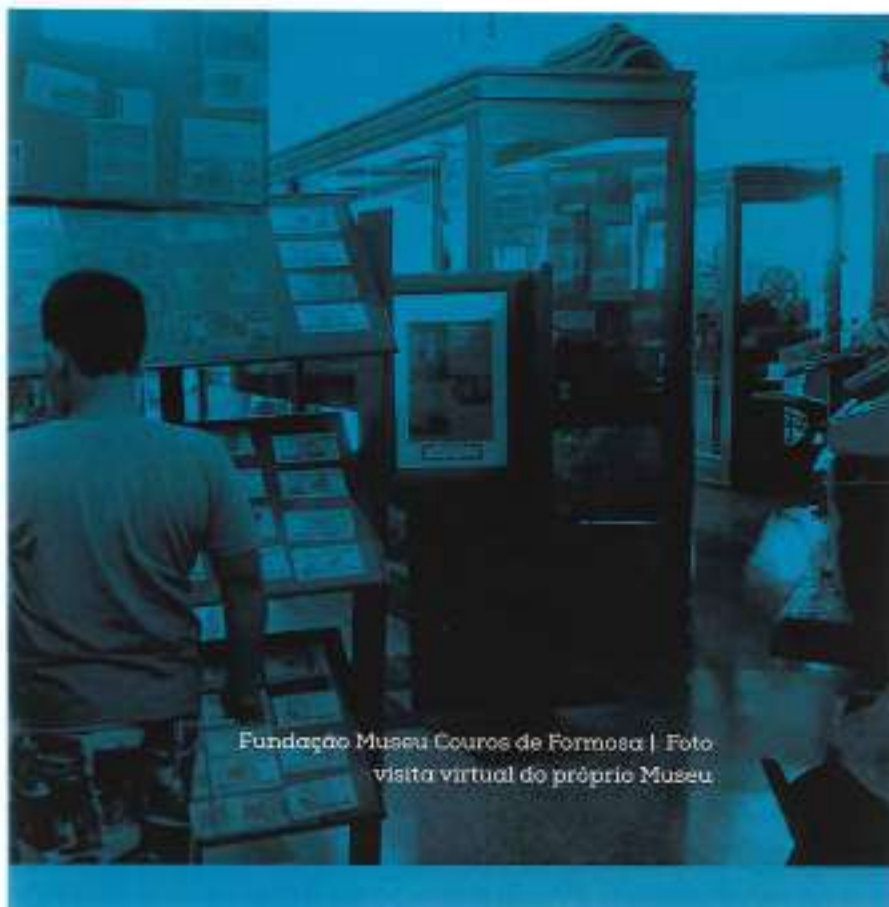


CAPÍTULO

02

FORMOSA | GO/BR



Fundação Museu Couros de Formosa | Foto
visita virtual do próprio Museu.



AC

ITEM 2 - ÁREA DE QUALIDADE

ITEM 2.1 - QUALIDADE OBJETIVA

ITEM 2.1.1 - COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

LOGO

CONSTITUIÇÃO
DA COMISSÃO DE
ANÁLISE E REVISÃO
DE PRONTUÁRIOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

687

COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários deve ser constituída em atendimento seguindo definições da Resolução do Conselho Federal de Medicina de Nº 1638 de 10 de julho de 2002, que torna obri-

gatório a existência da Comissão de Prontuários nas instituições de saúde.

Atuação da Comissão é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício.

Como objetivo de implantar os princípios de uma gestão participativa junto à unidade de saúde, a Comissão, de modo fundamentado, poderá levar suas orientações à diretoria da unidade competente pelo tema, a fim de adotar as referidas orientações. Caso a di-



retoria não adote referidas orientações, a Comissão poderá encaminhar a matéria ao diretor presidente da organização social, expondo suas razões.

ORIGEM

As responsabilidades sociais do Hospital Estadual de Formosa em relação à assistência e pesquisa serão de alta relevância. O compromisso com o paciente será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comissão de Análise e Revisão de Prontuários desempenhará um papel importante.

MEMBROS

A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de Formosa, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral, será norteadada pelo Regimento Interno da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários.

A comissão deverá ser composta por no mínimo 5 (cinco) membros, sendo formada por profissionais de diferentes formações (médicos, enfermeiros, administradores, etc.).

Caso a Comissão seja formada por mais de 5 (cinco) membros, pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 2 (dois) médicos. Outros profissionais da saúde, além de médicos

e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Análise e Revisão de Prontuários. O presidente da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários será obrigatoriamente médico e acrescida dos seguintes profissionais da Unidade de Saúde:

- I. 1 (um) Médico;
- II. 1 (um) Enfermeiro;
- III. 2 (dois) Membros da equipe multiprofissional (sendo necessariamente 1 assistente social);
- IV. 1 (um) Membro do SAME.

MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão de Comissão de Análise e Revisão de Prontuários do Hospital Estadual de Formosa, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral. Em caso de subs-

tuição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados a Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

FINALIDADE DA COMISSÃO

As ações da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

I. Corrigir fatores que não estão permitindo a continuidade da assistência;

II. Identificar meios que possibilite a elaboração do diagnóstico, avaliação mais eficiente do paciente, comunicação entre diferentes equipes e entre diferentes períodos de tempo;

III. Garantir que o prontuário seja uma fonte de segurança para o paciente, informando sobre alguma reação adversa a medicamentos que o paciente possa ter;

IV. Garantir que o prontuário seja uma fonte de segurança para os profissionais de saúde que o utilizam para fins ético-legais, comprovando a presteza e o correto atendimento ao paciente;

V. Garantir que o prontuário seja

uma fonte de pesquisa. Prontuários corretamente preenchidos são preciosos auxiliares para a pesquisa, fornecem dados que possibilitam a realização de trabalhos científicos que irão beneficiar o tratamento das doenças;

VI. Contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada a população da região;

VII. Orientar a diretoria responsável da unidade com relação a práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação;

VIII. Através da avaliação dos prontuários, assim como dos indicadores resultantes destas avaliações, espera-se atingir a qualidade na realização dos processos que balizam a Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, sendo que estes indicadores resultantes das avaliações, auxiliem atingir a qualidade, sendo estes:

IX. Nº de prontuários avaliados;

X. Taxa (%) de prontuários avaliados;

XI. Nº de prontuários com identificação completa;

XII. Nº de prontuários completos em relação a avaliação, exames e resultados de exames;

XIII. Nº de prontuários com letra legível;

XIV. N° de prontuários com checklist de cirurgia segura completo;

XV. N° de prontuários com ficha anestésica preenchida;

XVI. N° de prontuários com Plano Terapêutico;

XVII. Taxa de prontuários com com Plano Terapêutico;

XVIII. N° de prontuários com Informe de Alta Hospitalar;

XIX. N° de prontuários sem Informe de Alta Hospitalar.

XX. Taxa (%) de prontuários com Informe de Alta Hospitalar.

que irá notificar os profissionais a respeito do preenchimento incorreto e métodos a serem utilizados para correções.

Compete a Comissão de Análise e Revisão de Prontuários através da justa e rigorosa observância dos itens a serem monitorados e avaliados periodicamente de forma amostral de um número "N" de prontuários, deverá observar uma série de itens mínimos que deverão constar obrigatoriamente no prontuário do paciente, gerando os indicadores acompanhados no Hospital Estadual de Formosa.

Nota: A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com as demais Comissões do Hospital Estadual de Formosa, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações, enviando seus relatórios as Diretorias Técnica e Geral.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa.

Quando este for o entendimento da maioria dos integrantes da Comissão, esta deverá encaminhar, por escrito, orientações à diretoria da unidade competente.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, visando à correção ou reparação de distorções e irregularidades verificadas nos prontuários, devem ser encaminhadas primeiramente à Diretoria Técnica do Hospital Estadual de Formosa,

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão de Análise e Revisão de Prontuários junto à administração e ao corpo clínico.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º. Atender a resolução Conselho Federal de Medicina No 1.638/2002, que define prontuário como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a

saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional

Artigo 3º. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Técnica do Hospital Estadual de Formosa.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º. A composição mínima da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários deverá ser de 5 (cinco) membros, podendo ser superior a isso de acordo com a necessidade.

Artigo 5º. Os serviços abaixo definidos, conforme sua existência/perfil na unidade de saúde devem contar com representantes:

- I. 1 (um) Médico;
- II. 1 (um) Enfermeiro;
- III. 1 (um) Ass. Social;
- IV. 1 (um) Representantes da equipe multiprofissional;
- V. 1 (um) Membro do Serviço de Arquivo Médico (SAME).

Parágrafo Único: A critério da Direção Téc-

nica e da própria comissão, a carga horária total de 1 (um) ou mais membros poderá ser de uso exclusivo da comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 6º. Ao presidente da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, além das outras instituídas neste regimento, compete:

- I. Presidir as reuniões ordinárias;
- II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;
- III. Encaminhar aos membros da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários as propostas técnicas e administrativas de funcionamento da Comissão para apreciação e aprovação;
- IV. Representar Comissão de Análise e Revisão de Prontuários sempre que solicitado;
- V. Nos impedimentos, este indicará um representante para substituí-lo;
- VI. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários previamente aprovados pelos membros desta;
- VII. Fazer cumprir o regimento;

VIII. Nas decisões da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

IX. Indicar seu vice-presidente/ coordenador.

Artigo 7º. Ao vice-presidente da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, além das outras instituídas neste regimento, compete:

- I. Assumir as atividades do presidente na sua ausência;
- II. Zelar pelo sigilo ético das informações.

Artigo 8º. A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários compete:

- I. Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Análise e Revisão de Prontuários ou outro serviço interessado;
- II. Assessorar a Direção Geral em assuntos de sua competência;
- III. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- IV. Desenvolver atividades de caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos

relevantes a Instituição;

V. Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações e orientações da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;

VI. Divulgar e promover ações que viabilizem o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;

VII. Avaliar periodicamente os dados referentes à análise dos prontuários e suas inconsistências para correções;

VIII. Zelar pelo sigilo ético das informações;

IX. Encaminhar, por escrito, orientações à unidade competente pelo tema e, em caso de recusa quanto à implantação das orientações, levar a matéria ao diretor presidente da organização social.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 9º. A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários do Hospital Estadual de Formosa será presidida por um médico, nomeado através de Portaria Interna pela Diretoria Geral.

Artigo 10º. A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários do Hospital Estadual de For-

mosa, terá sede em locação a ser disponibilizada pela unidade hospitalar, com infraestrutura básica para seu funcionamento.

Artigo 11º. As reuniões da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários serão realizadas mensalmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente, com local e horário previamente definidos e informados.

Artigo 12º. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 13º. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 15º. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral.

Artigo 16º. Todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão de Análise e Revisão de Prontuários.

Artigo 17º. As decisões da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 18º. Poderão ser convidados outros

profissionais gabaritados para participar das reuniões e ações da Comissão, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 19º. As reuniões da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 20º. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser anexado a ata da reunião ordinária ou extraordinária.

Artigo 21º. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 22º. Nenhum membro da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão em eventos formais, institucionais ou extra institucionais sem que para isso esteja devidamente autorizado pelo presidente ou seu vice-presidente em caso de impedimentos do mesmo, e em situações não padronizadas pela Comissão de Análise e Revisão de Prontuários.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 23º. São atribuições de todos os membros da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários:

- I. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos aos prontuários que lhe forem enviados;
- II. Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários;
- III. Realizar a revisão dos prontuários de acordo com este regimento;
- IV. Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos itens obrigatórios nos prontuários como:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE EM TODOS OS IMPRESSOS, ANAMNESE, EXAME FÍSICO, EXAMES COMPLEMENTARES, E SEUS RESPECTIVOS RESULTADOS, HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS, DIAGNÓSTICO DEFINITIVO E TRATAMENTO EFETUADO E OUTROS DOCUMENTOS PERTINENTES AO ATENDIMENTO;

OBRIGATORIEDADE DE LETRA LEGÍVEL DO PROFISSIONAL QUE ATENDEU O PACIENTE, BEM COMO DE ASSINATURA E CARIMBO OU NOME LEGÍVEL DO PROFISSIONAL E RESPECTIVA INSCRIÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE;

OBRIGATORIEDADE DO REGISTRO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE, BEM COMO A PRESCRIÇÃO MÉDICA CONSIGNANDO DATA E HORA;

CRIAR INSTRUÇÕES NECESSÁRIAS PARA MELHORAR A QUALIDADE DAS INFORMAÇÕES DOS PRONTUÁRIOS.

V. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes.

Artigo 24º. São atribuições do Secretário da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários:

I. Receber e protocolar os processos e expedientes;

II. Lavrar a ata das sessões/reuniões;

III. Convocar os membros da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários para as reuniões determinadas pelo presidente;

IV. Organizar e manter o arquivo da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;

V. Preparar a correspondência;

VI. Solicitar ao SAME todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 25º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, em conjunto com a Diretoria Geral Hospital Estadual de Formosa.

Artigo 26º. Os assuntos tratados Comissão de Análise e Revisão de Prontuários deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 27º. A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral.

Artigo 28º. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários foi nomeada pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa em 05 de agosto de 2020 conforme Portaria Interna N° 05 de agosto de 2020.

Regimento Interno da Comissão já aprovado e implantado desde 17/08/2020.

Elaborada as normas para auditoria e revisão dos prontuários desde 27 de novembro de 2020
- CHECK-LIST DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS - CHK.HEF.AUD-004

| MÊS | ATIVIDADES |
|-----|--|
| M2 | Realizar a revisão de 3% dos prontuários do Hospital Estadual de Formosa |
| | Reunião ordinária da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (primeira sexta-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M3 | Realizar a revisão de 3% dos prontuários do Hospital Estadual de Formosa |
| | Reunião ordinária da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (primeira sexta-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M4 | Realizar a revisão de 3% dos prontuários do Hospital Estadual de Formosa |
| | Reunião ordinária da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (primeira sexta-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M5 | Realizar a revisão de 3% dos prontuários do Hospital Estadual de Formosa |
| | Reunião ordinária da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (primeira sexta-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M6 | Realizar a revisão de 3% dos prontuários do Hospital Estadual de Formosa |
| | Reunião ordinária da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (primeira sexta-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |

| | |
|-----|--|
| M7 | Realizar a revisão de 3% dos prontuários do Hospital Estadual de Formosa |
| | Reunião ordinária da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (primeira sexta-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M8 | Realizar a revisão de 3% dos prontuários do Hospital Estadual de Formosa |
| | Reunião ordinária da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (primeira sexta-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M9 | Realizar a revisão de 3% dos prontuários do Hospital Estadual de Formosa |
| | Reunião ordinária da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (primeira sexta-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M10 | Realizar a revisão de 3% dos prontuários do Hospital Estadual de Formosa |
| | Reunião ordinária da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (primeira sexta-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M11 | Realizar a revisão de 3% dos prontuários do Hospital Estadual de Formosa |
| | Reunião ordinária da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (primeira sexta-feira do mês). |
| | Elaboração do relatório mensal e, encaminhar a Diretoria Clínica e Geral |
| M12 | Realizar a revisão de 3% dos prontuários do Hospital Estadual de Formosa |
| | Reunião ordinária da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (primeira sexta-feira do mês). Definição do Cronograma anual |
| M13 | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| | Reunião ordinária da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (primeira sexta-feira do mês). Definição do Cronograma anual |

ANEXO I - DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.418-2002

Instituição: _____
 Responsável pelo CRP: _____
 Mãe de referência AMB: _____

*** Análise de Prontuários**

| CLÍNICA | Nº CASOS | Nº DE PRONTUÁRIOS AVALIADOS | TAXA (% DE PRONTUÁRIOS AVALIADOS) |
|---------|----------|--------------------------------|--------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

*** Identificação dos pacientes**

| CLÍNICA | Nº DE PRONTUÁRIOS COM IDENTIFICAÇÃO COMPLETA | Nº DE PRONTUÁRIOS COM IDENTIFICAÇÃO PAR- CIAL | Nº DE PRONTUÁRIOS COM IDENTIFICAÇÃO SEM IDENTIFICAÇÃO |
|---------|--|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

*** Avaliação feita Equipe multiprofissional**

| Nº DE PRONTUÁRIOS COM EVOLUÇÃO | Nº DE PRONTUÁRIOS COM EVOLUÇÃO PARCIAL | Nº DE PRONTUÁRIOS SEM EVOLUÇÃO |
|--------------------------------|---|--------------------------------|
| | | |
| | | |

*** Avaliação, exames e resultados de exames**

| Nº DE PRONTUÁRIOS COM EXAMES | Nº DE PRONTUÁRIOS SEM EXAMES |
|------------------------------|------------------------------|
| | |
| | |


*** Legislação**

| Nº DE PRONTUÁRIOS COM LEGISLAÇÃO | Nº DE PRONTUÁRIOS SEM LEGISLAÇÃO |
|----------------------------------|----------------------------------|
| | |
| | |

*** Checklist Cronio-Suporte**

| Nº DE PRONTUÁRIOS CHECKLIST COMPLETO | Nº DE PRONTUÁRIOS CHECKLIST INCOMPLETO |
|--------------------------------------|--|
| | |
| | |

AM

| | | |
|---|---|-----------------------|
|  | CHECK-LIST DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS | Código: 004-001-00002 |
| | | Data: 27/11/2020 |
| | | Revista: 00 |
| | | Página: 1 |

| | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| Nome (niciais): | Sexo: |
| Data internação: ____/____/____ | Data de saída: ____/____/____ |
| Nome do membro da comissão: | Nº do prontuário: |
| Assinatura: | Data auditoria: |

| Composição de Prontuário | Sim | Não | Obs |
|---|-----|-----|-----|
| Identificação do paciente; | | | |
| Revisão diária da equipe multiprofissional; | | | |
| Avaliação, exames e resultados de exames; | | | |
| Resultados de TC de torax; | | | |
| Resultado de PCR; | | | |
| Letra legível; | | | |
| CheckList de cirurgia segura; | | | |
| Ficha anestésica; | | | |
| Plano terapêutico; | | | |
| Informe de alta hospitalar; | | | |

OBSERVAÇÕES _____

1. HISTÓRIO DE REVISSOES:

| Emissão | Versão | Descrição das principais alterações |
|------------|--------|-------------------------------------|
| 27/11/2020 | 001 | Elaboração do documento inicial. |

| | |
|----------------------|----------------------|
| Elaborado por: | Elaborado por: |
| Data: ____/____/____ | Data: ____/____/____ |

Modelo de Check-lista da Comissão



ITEM 2.1.2 – COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

700

COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Verificação de Óbitos deve ser constituída em atendimento a determinação da Resolução Interministerial MEC/MS Nº 2.400 de 2 de outubro de 2007, que torna obrigatório a existência da Comissão de verificação de Óbitos nas instituições de saúde, e da Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM nº 2.171/2017 que instituiu a rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimentos da Causa Mortis, pelo corpo clínico Hospital Estadual de Formosa,

Atuação da Comissão é técnico-científica, si-

glosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício.

Como objetivo de implantar os princípios de uma gestão participativa junto à unidade de saúde, a Comissão de modo fundamentado, poderá levar suas orientações à diretoria da unidade competente pelo tema, a fim de adotar as referidas orientações. Caso a diretoria não adote referidas orientações, a Comissão poderá encaminhar a matéria ao diretor presidente da organização social, expondo suas razões.

ORIGEM

As responsabilidades sociais do Hospital Estadual de Formosa, em relação à assistência e pesquisa serão de alta relevância. O com-

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

promisso com o paciente será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comissão de Verificação de Óbitos desempenhará um papel importante.

MEMBROS

A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de Formosa, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral será norteadada pelo Regimento Interno da Comissão de Verificação de Óbitos.

A comissão deverá ser composta por no mínimo 4 (quatro) membros, sendo 2 (dois) representantes médicos, enfermeiro e assistente social.

Caso a Comissão seja formada por mais de 4 (quatro) membros, pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos. Outros profissionais da saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Verificação de Óbito, sendo 1 (um) representante por profissão. O presidente da Comissão de Verificação de Óbitos será obrigatoriamente médico.

MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão de Verificação de Óbitos do Hospital Estadual de Formosa, fará proposição

da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato da Comissão de Verificação de Óbitos será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados a Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

FINALIDADE DA COMISSÃO

As ações da Comissão de Verificação de Óbitos, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

- I. Identificar aspectos clínicos e epidemiológicos relacionados aos óbitos ocorridos na unidade de saúde;
- II. Analisar questões éticas e legais relacionadas ao atendimento aos pacientes que evoluíram a óbito;
- III. Contribuir para a identificação de questões relacionadas à mortalidade da região;

IV. Contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada a população da região;

V. Orientar a diretoria responsável da unidade com relação a práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação.

Através da avaliação dos óbitos, assim como dos indicadores resultantes destas avaliações, espera-se atingir a qualidade na realização dos processos que balizam a Comissão de Verificação de Óbitos, sendo que estes indicadores resultantes das avaliações, auxiliem atingir a qualidade, sendo estes:

- Nº de Declarações de Óbitos preenchidas corretamente;
- Nº de Declarações de Óbitos canceladas;
- Nº de Declaração de Óbitos extraviadas.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão de Verificação de Óbitos deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações da Comissão de Verificação de Óbitos, visando à correção ou reparação de distorções e irregularidades verificadas nas análises dos óbitos e no preenchimento das Declarações de Óbito (D.Os), devem ser encaminhadas primeiramente à Diretoria Técnica do Hospital Estadual de Formosa, que irá notificar os médicos a respeito do preenchimento incorreto.

Compete a Comissão de Verificação de Óbitos a análise de 100% (cem por cento) dos óbitos ocorridos no Hospital Estadual de Formosa.

Nota: A Comissão de Verificação de Óbitos deverá manter estreita relação com a Diretoria Técnica do Hospital Estadual de Formosa, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações, enviando seus relatórios.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa.

Quando este for o entendimento da maioria dos integrantes da Comissão, esta deverá encaminhar, por escrito, orientações à diretoria da unidade competente.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão de Verificação de Óbitos, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão de Verificação de Óbitos junto à administração e ao corpo clínico.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º. Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

Artigo 3º. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Técnica Hospital Estadual de Formosa.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º. A composição mínima da Comissão de Verificação de Óbitos deverá ser de dois membros médicos, um enfermeiro e um assistente social podendo ser superior a isso de acordo com a necessidade.

Artigo 5º. Poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos, conforme sua existência/perfil na unidade de saúde:

- I. Representante da Unidade de Pronto Socorro Geral;
- II. Representante da Unidade de Apoio Diagnóstico;
- III. Representante do Setor de Vigilância em Saúde, Segurança do Paciente ou Serviço de Controle de infecções ;
- IV. Representante da Unidade Clínica e Cirúrgica;
- V. Representante do Centro Cirúrgico e Obstétrico;
- VI. Representante da Unidade de Terapia Intensiva;
- VII. Representante da Unidade de Alojamento Conjunto;
- VIII. Representante do Departamento de Assistência Farmacêutica;
- IX. Representante da Equipe Multiprofissional.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 6°. Ao presidente da Comissão de Verificação de Óbitos, além das outras instituídas neste regimento, compete:

- I. Presidir as reuniões ordinárias;
- II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;
- III. Encaminhar aos membros da Comissão de Verificação de Óbitos as propostas técnicas e administrativas de funcionamento da Comissão de Verificação de Óbitos para apreciação e aprovação;
- IV. Representar Comissão de Verificação de Óbitos sempre que solicitado;
- V. Nos impedimentos, este indicará um representante para substituí-lo;
- VI. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão de Verificação de Óbitos previamente aprovados pelos membros desta;
- VII. Fazer cumprir o regimento;
- VIII. Nas decisões da Comissão de Verificação de Óbitos, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);
- IX. Indicar seu vice-presidente/ coordenador.

Artigo 7°. Ao vice-presidente da Comissão de Verificação de Óbitos, além das outras instituídas neste regimento, compete:

- I. Assumir as atividades do presidente na sua ausência;
- II. Zelar pelo sigilo ético das informações.

Artigo 8°. À Comissão de Verificação de Óbitos compete:

- I. Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Verificação de Óbitos ou outro serviço interessado;
- II. Assessorar a Direção Geral em assuntos de sua competência;
- III. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- IV. Desenvolver atividades de caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição;
- V. Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações e orientações da Comissão de Verificação de Óbitos;
- VI. Divulgar e promover ações que viabilizem o cumprimento das

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

CÓDIGO: XXX-XXX-XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

medidas aprovadas nas reuniões da Comissão de Verificação de Óbitos;

VII. Avaliar periodicamente os dados referentes à ocorrência de óbitos;

VIII. Zelar pelo sigilo ético das informações.

IX. Encaminhar, por escrito, orientações à unidade competente pelo tema e, em caso de recusa quanto à implantação das orientações, levar a matéria ao diretor presidente da organização social.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 9º. A Comissão de Verificação de Óbitos do Hospital Estadual de Formosa, será presidida por um médico, nomeado através de Portaria Interna pela Diretoria Geral.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 10º. São atribuições de todos os membros da Comissão de Verificação de Óbitos:

I. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes.

Artigo 11º. São atribuições da Secretaria da

Comissão de Verificação de Óbitos:

I. Receber e protocolar os processos e expedientes;

II. Lavrar a ata das sessões/reuniões;

III. Convocar os membros da Comissão de Verificação de Óbitos para as reuniões determinadas pelo presidente;

IV. Organizar e manter o arquivo da Comissão de Verificação de Óbitos;

V. Preparar a correspondência;

VI. Solicitar ao SAME todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 12º. As reuniões da Comissão de Verificação de Óbitos serão realizadas mensalmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente, com local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 13º. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 14º. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral.

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

para os encaminhamentos necessários.

Artigo 15º. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral.

Artigo 16.º O presidente da Comissão de Verificação de Óbitos, assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão de Verificação de Óbitos.

Artigo 17º. As decisões da Comissão de Verificação de Óbitos serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 18º. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatórios de biópsias, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido.

Artigo 19º. Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 20º. As reuniões da Comissão de Verificação de Óbitos deverão ser registradas em

ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 21º. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal e anexado a ata da reunião ordinária.

Artigo 22º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de Verificação de Óbitos, em conjunto com a Diretoria Geral Hospital Estadual de Formosa.

Artigo 23º. Os assuntos tratados pela Comissão de Verificação de Óbitos deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 24º. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 25º. Nenhum membro da Comissão de Verificação de Óbitos, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão de Verificação de Óbitos sem que para isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pela Comissão de Verificação de Óbitos.

Artigo 26º. A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventual

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO
DA COMISSÃO DE
VERIFICAÇÃO DE
ÓBITOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à aprecia-

ção da Diretoria Geral.

Artigo 27º. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.



CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

A Comissão de Verificação de Óbitos foi nomeada pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa em 05 de agosto de 2020 conforme Portaria Interna N° 04 de agosto de 2020.

Regimento Interno da Comissão já aprovado e implantado desde 17/08/2020.

Elaborada as normas para auditoria e revisão de prontuários de pacientes que foram a óbito desde 17 de março de 2021 - CHECK-LIST DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO - CHK. HEFAUD-008

| MÊS | ATIVIDADES |
|---------|--|
| M1 e M2 | Reunião ordinária a Comissão de Verificação de Óbitos (primeira quinta-feira do mês). Definição do Cronograma anual. |
| | Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% dos óbitos. |
| | Reunião ordinária a Comissão de Verificação de Óbitos (primeira quinta-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M3 | Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% dos óbitos; |
| | Reunião ordinária a Comissão de Verificação de Óbitos (primeira quinta - feira do mês). |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M4 | Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% dos óbitos; |
| | Reunião ordinária a Comissão de Verificação de Óbitos (primeira quinta-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M5 | Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% dos óbitos |
| | Reunião ordinária a Comissão de Verificação de Óbitos (primeira quinta-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M6 | Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% dos óbitos; |
| | Reunião ordinária a Comissão de Verificação de Óbitos (primeira quinta-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |

| | |
|-----|--|
| M7 | Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% dos óbitos; |
| | Reunião ordinária a Comissão de Verificação de Óbitos (primeira quinta-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M8 | Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% dos óbitos; |
| | Reunião ordinária a Comissão de Verificação de Óbitos (primeira quinta-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M9 | Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% dos óbitos; |
| | Reunião ordinária a Comissão de Verificação de Óbitos (primeira quinta - feira do mês) |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M10 | Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% dos óbitos; |
| | Reunião ordinária a Comissão de Verificação de Óbitos (primeira quinta-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M11 | Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% dos óbitos; |
| | Reunião ordinária a Comissão de Verificação de Óbitos (primeira quinta-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M12 | Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% dos óbitos; |
| | Reunião ordinária a Comissão de Verificação de Óbitos (primeira quinta-feira do mês). |
| M13 | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| | Reunião ordinária a Comissão de Verificação de Óbitos (primeira quinta-feira do mês): Definição do Cronograma anual. |

INDICADORES DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITO HOSPITALAR
RESOLUÇÃO Nº 2.171, DE 28 DE OUTUBRO DE 2017

Instituição: _____
Responsável pelo CROH: _____
Número de referência: Anos: _____ / _____

| CENICA | Nº DE ÓBITOS | Nº DE ÓBITOS | Nº DE ÓBITOS REVISADOS |
|--------|--------------|--------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | Nº de ÓBITOS |
|-----------------------|--------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

TOTAL ÓBITOS: _____

Nome do responsável CROH:

Nome do diretor técnico Clínico/ CRM:

Nome do diretor Geral:

710

AM

| | |
|------------------------------|----------------------------|
| Nome (iniciais): | Sector: |
| Data internação: ___/___/___ | Data do óbito: ___/___/___ |
| Nome do membro da comissão: | Nº do D.O.: |
| Assinatura: | Data de avaliação: |

| Composição de Prontuário | Sim | Não | N/A | Out |
|--|-----|-----|-----|-----|
| Identificação do paciente; | | | | |
| Evolução diária da equipe multiprofissional; | | | | |
| Avaliação, exames e resultados de exames; | | | | |
| Resultados de TC de torax; | | | | |
| Resultado de RT-PCR; | | | | |
| Letra legível; | | | | |
| Evolução do óbito; | | | | |
| Plano terapêutico; | | | | |

*N/A- Não se Aplica

Causa do óbito: _____

Óbito Evitável: Óbito Inevitável:

OBSERVAÇÕES:

ITEM 2.1.3 - COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Ética de Médica (CEM) do Hospital Estadual de Formosa, constituída de acordo com a Resolução CFM n.º 2.152/2016 que revoga a Resolução CFM n.º 1657, em vigência desde 2002, que estabelece as normas de organização, funcionamento, eleição e competências da Comissão de Ética Médica nesta instituição.

A Comissão de Ética em Médica da unidade de saúde é órgão representativo do Conselho Estadual de Medicina de Goiás em caráter permanente.

A Comissão de Ética Médica será um órgão que estará subordinado ao Conselho Esta-

dual de Medicina e assessorará Diretoria Geral e Técnica da unidade de Saúde, terá um presidente, um secretário e membros efetivos e suplentes.

A Comissão de Ética Médica tem seus membros, escolhidos por meio de voto facultativo, direto e secreto, não sendo permitido o uso de procuração para votar por outrem, dela participando os médicos que compõem o corpo clínico do Hospital Estadual de Formosa, conforme previsto no regimento interno.

O Diretor Clínico da instituição designará uma comissão eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Estadual de Medicina.

Atuação da Comissão é técnico-científica, educativa, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva. As diretrizes para as ações educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

exercício em conformidade com o Código de Ética Médica Resolução CFM nº 1931/09.

Como objetivo de implantar os princípios de uma gestão participativa junto à unidade de saúde, a Comissão, de modo fundamentado, poderá levar suas orientações à diretoria da unidade competente pelo tema, a fim de adotar as referidas orientações. Caso a diretoria não adote referidas orientações, a Comissão poderá encaminhar a matéria ao diretor presidente da organização social, expondo suas razões.

ORIGEM

A Comissão de Ética Médica exerce mediante delegação do Conselho Estadual de Medicina, atividade destinada à prestação idônea de serviços Médicos na instituição, assumindo função educativa, consultiva, de conciliação, de orientação e vigilância do exercício profissional, ético e disciplinar de Medicina nesta instituição.

MEMBROS

A Comissão de Ética Médica será composta por membros efetivos e membros suplentes, eleitos dentre os médicos do corpo clínico da unidade de saúde, tendo um Presidente e um Secretário, como membros efetivos.

I. A Comissão de Ética Médica será composta por 3 membros efetivos e igual número de suplentes;

II. Os membros titulares poderão solicitar a participação dos membros suplentes no desenvolvimento dos trabalhos;

III. Na ausência do Presidente, as atribuições serão desempenhadas pelo Secretário da Comissão de Ética Médica.

MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão de Ética Médica do Hospital Estadual de Formosa, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato da Comissão de Ética Médica será de no mínimo 12 (doze) meses e máximo de 30 (trinta) meses, com acontecimento de nova eleição com antecedência de 30 dias antes do término do mandato.

FINALIDADE DA COMISSÃO

As ações da Comissão de Ética Médica, no âmbito da qualidade abrange a definição das ações que visem:



LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

I. Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;

II. Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;

III. Colaborar com o Conselho Estadual de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica;

IV. Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

V. Orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica;

VI. Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina;

VII. Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde;

VIII. Orientar a diretoria responsável da unidade com relação a práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão de Ética Médica deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações da Comissão de Ética Médica, visando à correção, reparação ou prevenção de distorções e irregularidades verificadas na implantação, análises e ações educativas ou fiscalizatórias, devem ser encaminhadas primeiramente ao Conselho Estadual de Medicina. A Diretoria Técnica e Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa podem auxiliar nas questões sobre sua competência e proporcionarão toda infraestrutura necessária ao funcionamento da Comissão de Ética Médica.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa.

Quando este for o entendimento da maioria dos integrantes da Comissão, esta deverá encaminhar, por escrito, orientações à diretoria da unidade competente.

AM

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento Comissão de Ética Médica, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão de Ética Médica junto à Administração e Corpo Clínico do Hospital Estadual de Formosa.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º. A Comissão de Ética Médica, tem por finalidade a definição das ações que visem orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição.

Artigo 3º. A Comissão tem funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético da Medicina, verificando as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, sugerindo modificações que venham julgar necessárias.

Artigo 4º. Denunciar às instâncias superiores, inclusive o Conselho Estadual de Medicina, as eventuais más condições de trabalho na instituição.

Artigo 5º. Fortalecer o componente ético dos profissionais médicos através da análise das intercorrências notificadas, por meio de denúncia formal e/ou auditoria.

Artigo 6º. Divulgar o Código de Ética Médica e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.

Artigo 7º. Colaborar com o Conselho Estadual de Medicina no combate ao exercício ilegal da profissão.

Artigo 8º. Colaborar com o Conselho Estadual de Medicina divulgando resoluções, normas e pareceres.

Artigo 9º. Assessorar os departamentos do hospital e profissionais dentro de sua área de competência enquanto membro da Comissão de Ética Médica.

Artigo 10º. Realizar sindicância a pedido de interessados, do Conselho Estadual de Medicina ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição.

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

CÓDIGO: XXX-XXX-XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 11º. A Comissão de Ética Médica será composta por: 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário e demais membros efetivos e suplentes eleitos, com vínculo empregatício com a Instituição.

Parágrafo Único: O Presidente e o Secretário serão eleitos dentre os membros efetivos, na primeira reunião da Comissão.

Artigo 12º. A Comissão de Ética Médica será composta por 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes.

Parágrafo Primeiro: Não podem fazer parte da Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Estadual de Medicina.

Parágrafo Segundo: Quando investidos nas funções de direção durante o curso de seu mandato, o médico deverá se afastar dos trabalhos da Comissão de Ética Médica, enquanto perdurar o impedimento.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 13º. Garantir a conduta ética dos pro-

fissionais médicos da Instituição, através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal e auditoria.

Artigo 14º. Zelar pelo exercício ético da medicina.

Artigo 15º. Colaborar com o Conselho Estadual de Medicina, no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à Ética Médica.

Artigo 16º. Divulgar o Código de Ética Médica e demais normas disciplinares e Éticas do Exercício Profissional.

Artigo 17º. Conscientizar os profissionais médicos da necessidade e importância do comportamento ético-profissional e das implicações de atitudes.

Artigo 18º. Assessorar e orientar o Diretor Geral, Clínico, Técnico, demais profissionais, familiares de pacientes e comunidade em geral sobre as questões éticas, emitindo parecer, inclusive sobre projetos de pesquisas que envolvem profissionais ou pacientes.

Parágrafo Único: Encaminhar, por escrito, orientações à unidade competente pelo tema e, em caso de recusa quanto à implantação das orientações, levar a matéria ao diretor presidente da organização social.

AM

Artigo 19º. Fiscalizar o exercício ético dos profissionais médicos, incluindo a averiguação de denúncias e encaminhamentos necessários, além das condições oferecidas pela Instituição para o desempenho profissional.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 20º. A Comissão de Ética Médica do Hospital Estadual de Formosa terá sede em locação a ser disponibilizada pela unidade hospitalar, com infraestrutura básica para seu funcionamento. A Diretoria Geral e Técnica da Instituição garantirá condições necessárias para o desenvolvimento das Atividades da Comissão de Ética Médica.

Artigo 21º. As reuniões da Comissão de Ética Médica serão realizadas mensalmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente e Secretário, com local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 22º. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 23º. O tempo de mandato da Comissão de Ética Médica será de 24 (vinte e quatro) meses, sendo admitida uma reeleição.

Artigo 24º. Os membros titulares poderão solicitar a participação dos membros suplentes no desenvolvimento dos trabalhos.

Artigo 25º. Na ausência do Presidente, as atribuições serão desempenhadas pelo Secretário da Comissão de Ética Médica.

Artigo 26º. A Comissão de Ética Médica será composta por membros que atendam os seguintes critérios:

- I. Não podem fazer parte da Comissão de Ética Médica os médicos que exercem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa;
- II. Os que não estejam quites com o Conselho Estadual de Medicina.

Artigo 27º. As deliberações da Comissão de Ética Médica serão por maioria simples, sendo prerrogativa do Presidente, além de seu voto o "voto Minerva" em caso de empate.

Artigo 28º. Os casos omissos deste regimento interno serão resolvidos pelo Conselho Estadual de Medicina.

Artigo 29º. Todos os membros serão nomeados pelo Conselho Estadual de Medicina. Os cargos de presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão de Ética Médica em votação simples pelos membros em sua primeira reunião.

Artigo 30º. Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões e ações da Comissão, desde que

autorizado em plenária prévia.

Artigo 31º. As reuniões da Comissão de Ética Médica deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 32º. O envio de informações e indicadores operacionais, quando houverem, deverão ser anexados a ata da reunião ordinária ou extraordinária.

Artigo 33º. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 34º. Nenhum membro da Comissão de Ética Médica, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão em eventos formais, institucionais ou extra institucionais sem que para isso esteja devidamente autorizado pelo presidente, em caso de impedimentos do mesmo, e em situações não padronizadas pela Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 35º. São atribuições da Comissão de Ética Médica:

- I. Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;
- II. Verificar as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, bem como, a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, sugerindo modificações que venham julgar necessárias;
- III. Denunciar às instâncias superiores, inclusive o Conselho Estadual de Medicina, as eventuais más condições de trabalho na instituição;
- IV. Colaborar com o Conselho Estadual de Medicina divulgando resoluções, normas e pareceres;
- V. Assessorar a Diretoria Técnica e Geral da instituição, dentro de sua área de competência;
- VI. Proceder a Sindicância a pedido de interessados, médicos, Delegacias do Conselho Estadual de Medicina e do próprio Conselho ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição.

Artigo 36º. Ao Presidente da Comissão de Ética Médica atribui-se:

- I. Representar a Comissão de Ética Médica;
- II. Comunicar ao Conselho Estadual de Medicina da respectiva jurisdição

quaisquer indícios de infração aos dispositivos éticos vigentes, eventual exercício ilegal da medicina ou irregularidades que impliquem em cerceio à atividade médica no âmbito da instituição a qual se encontra vinculada;

- III. Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- IV. Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
- V. Convocar os membros suplentes para auxiliar nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
- VI. Nomear os membros encarregados para instruir as apurações internas instauradas.

Parágrafo Único: O presidente deverá ser membro efetivo da Comissão de Ética Médica.

Artigo 37º. Ao Secretário da Comissão de Ética Médica atribui-se:

- I. Substituir o presidente em seus impedimentos ou ausências;
- II. Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Médica;
- III. Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e demais documentos relativos aos atos da Comissão de Ética Médica,

mantendo arquivo próprio;

- IV. Abrir e manter sob sua guarda livro de registros da Comissão de Ética Médica, onde deverão constar os atos e os trabalhos realizados, de forma breve, para fins de fiscalização.

Artigo 38º. É atribuição dos membros efetivos e suplentes da Comissão de Ética Médica:

- I. Eleger o presidente e o secretário;
- II. Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias, propondo sugestões e assuntos a serem discutidos e, quando efetivos ou suplentes convocados, votar nas matérias em apreciação;
- III. Instruir as apurações internas, quando designados pelo presidente;
- IV. Participar ativamente das atividades da Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO VII - DO PROCESSO DE SINDICÂNCIA

Artigo 39º. As sindicâncias instauradas pela Comissão de Ética Médica obedecerão aos seguintes preceitos contidos neste regimento:

- I. Denúncia ou reclamação por

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

II. Comunicação por escrito do Diretor Técnico;

III. Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;

IV. Solicitação da Delegacia Estadual do Conselho Estadual de Medicina;

V. Solicitação do Conselho Estadual de Medicina do Estado.

Parágrafo Primeiro: As peças deverão ser ca-
peadas e organizadas em ordem cronológicas.

Parágrafo Segundo: Se houver alguma de-
núncia envolvendo um Membro da Comis-
são de Ética Médica, o mesmo deverá ser
afastado exclusivamente da sindicância.

Artigo 40º. Aberta a sindicância, a Comissão
de Ética Médica informará o fato aos envolvi-
dos, procedendo a convocação, se for o caso,
para esclarecimentos ou solicitando-lhes no
prazo de 7 (sete) dias úteis a partir do recebi-
mento do aviso, manifestação por escrito.

Parágrafo Único: O profissional que não
atender as convocações ou solicitações da
Comissão de Ética Médica, deverá ser enca-
minhado para análise do CREMEGO.

Artigo 41º. Aberta a sindicância, a CEM in-
formará o fato aos envolvidos concedendo-
-lhes um prazo de 15 (quinze) dias úteis após
o recebimento do aviso, para apresentação
de relatório escrito a cerca da questão, oportu-
nidade em que será facultada a exibição
do rol de testemunhas, garantindo-se a pro-
dução de todas as provas.

Parágrafo Único: As sindicâncias deverão ser
concluídas no prazo máximo de 60 dias, pror-
rogáveis por igual período a critério do Pre-
sidente, mediante solicitação justificada por
escrito ao Conselho Estadual de Medicina.

Artigo 42º. Todos os documentos relaciona-
dos com os fatos, quais sejam: prontuários,
fichas clínicas, ordens de serviços e outros,
que possam colaborar no deslinde da ques-
tão, deverão ser compilados à Sindicância.

Parágrafo Primeiro: Acesso a estes docu-
mentos são facultados somente às partes e a
Comissão de Ética Médica.

Parágrafo Segundo: Toda e qualquer peças
compiladas a Sindicância deverão ser cape-
adas, organizadas e numeradas em ordem
cronológica e numérica.

Artigo 43º. O Presidente da Comissão de Éti-
ca Médica nomeará um membro sindicante
para realizar audiências, analisar docu-
mentos e elaborar relatório à Comissão.

Artigo 44º. Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas audiências dos envolvidos sobre a existência ou não de indícios de conduta antiética e/ ou infração administrativa.

Parágrafo Único: Caso necessário, a Comissão poderá solicitar novas audiências dos envolvidos ou testemunhas, bem como produzir novas provas.

Artigo 45. Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética ou administrativas, deverá ser encaminhado ao Diretor Técnico, conforme previsão do regimento interno do corpo técnico da instituição, para que determine as providências técnica administrativas a serem adotadas.

Artigo 46º. Havendo indícios de infração ético-profissional, cópia da Sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Estadual de Medicina, pôr se tratar do único órgão com competência para julgar infrações éticas neste Estado.

Artigo 47º. Os casos omissos serão avaliados e decididos em Sessão Plenária do Conselho Estadual de Medicina.

Artigo 48º. Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá ser afastado da Comissão, enquanto perdurar a sindicância.

CAPÍTULO VIII - DAS ELEIÇÕES

Artigo 49º. Os membros da Comissão de Ética Médica serão eleitos dentre os integrantes do Corpo Clínico da unidade de saúde, obedecidas às normas regimentais, através de voto secreto e direto de seus pares.

Artigo 50º. A Comissão que estiver cumprindo o mandato fará a escolha de uma Comissão Eleitoral que se responsabilizará pela organização, apuração e proclamação dos resultados do pleito.

Parágrafo Primeiro: Enquanto a instituição não possuir Comissão de Ética Médica a escolha da Comissão Eleitoral deverá ser feita pelo Diretor Clínico conforme orientações do Conselho Estadual de Medicina.

Parágrafo Segundo: Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos, assim como aqueles que possuem cargos de Coordenação Médica na instituição ou Diretoria de Entidades de Classe Médica.

Parágrafo Terceiro: A Convocação para eleição será feita através de edital, que deverá conceder prazo mínimo de 14 (quatorze) dias para inscrição das chapas, o qual será encerrado em 48 (quarenta e oito) horas antes das eleições.

Artigo 51º. As eleições para a Comissão de Ética Médica serão realizadas no dia do Médico, isto é, dia 18 de outubro, nos anos pares.

Artigo 52º. O processo eleitoral será aberto e encerrado pelo Presidente da Comissão Eleitoral ou por seu eventual substituto.

Artigo 53º. A apuração será realizada imediatamente após o encerramento do Processo Eleitoral, por escrutinadores nomeados pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados e acompanhados por fiscais das chapas concorrentes.

Artigo 54º. Será considerada eleita a chapa que obtiver o maior número de votos. A respectiva Ata Eleitoral deverá ser encaminhada ao Conselho Estadual de Medicina para os devidos assentamentos.

Artigo 55º. Não será computado as cédulas rasuradas ou que contiverem qualquer vício, inclusive que possibilite a violação do sigilo do voto.

Artigo 56º. Os Protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral, deverão ser formalizados por escrito dentro de no máximo em 48 (quarenta e oito) horas após as eleições e encaminhadas em primeira instância à Comissão Eleitoral, em segunda instância a Comissão de Ética Médica e, por último, às instâncias superiores (Conse-

lho Estadual de Medicina e Conselho Federal de Medicina).

Artigo 57º. Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral.

Artigo 58º. A Comissão de Ética Médica eleita no período de 6 (seis) meses anteriores às eleições oficiais, será automaticamente reconduzida não necessitando nova eleição.

Artigo 59º. Os membros da Comissão de Ética Médica que deixarem de prestar serviços na instituição, serão automaticamente afastados de suas funções na Comissão.

CAPÍTULO IX - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 60º. Todos os estabelecimentos de assistência à saúde sob cuja égide se exerça a Medicina, em todo o território nacional, devem possuir Comissão de Ética Médica, devidamente registrada no Conselhos Regionais de Medicina, formada por médicos eleitos, integrantes do corpo clínico.

Artigo 61º. As Comissões de Ética Médica são órgãos de apoio aos trabalhos dos Conselhos Regionais de Medicina dentro das instituições de assistência à saúde, possuindo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina.

Artigo 62º. As Comissões de Ética Médica devem possuir autonomia em relação à atividade administrativa e diretiva da instituição onde atua, cabendo aos diretores, geral e técnico prover as condições de seu funcionamento, tempo suficiente e materialidade necessárias ao desenvolvimento dos trabalhos.

Artigo 63º. Os atos da Comissão de Ética Médica são restritos ao corpo clínico da instituição a qual está vinculado o seu registro.

Artigo 64º. A Comissão de Ética Médica

é subordinada e vinculada ao respectivo Conselho Estadual de Medicina.

Artigo 65º. A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes a Comissão de Ética Médica, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação do Responsável Técnico e da Diretoria Geral.

Artigo 66º. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.



CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

| MÊS | ATIVIDADES |
|---------|---|
| M1 e M2 | 1. Identificar, entre os profissionais médicos da unidade de saúde, aqueles que possuem perfil adequado para compor a Comissão Eleitoral. |
| | 2. Nomear oficialmente os membros da Comissão Eleitoral. |
| | 3. Realizar treinamento - Palestra (Responsável: Comissão Eleitoral). |
| | 4. Publicar edital de convocação das eleições (Responsável: Comissão Eleitoral). |
| | 5. Realizar a inscrição das chapas (Responsável: Comissão Eleitoral). |
| | 6. Realizar a eleição, publicar o resultado. |
| | 7. Informar o resultado da eleição ao Conselho Estadual de Medicina |
| | 8. Elaboração de um Plano de Ações. |
| M3 | 1. Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno. |
| | 2. Realizar reunião ordinária. |
| | 3. Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão. |
| M4 | 1. Elaboração de relatório mensal. |
| | 2. Realizar reunião ordinária. |
| | 3. Realização de Oficinas de Estudos sobre o Código de Ética médica. |
| M5 | 1. Elaboração de relatório mensal. |
| | 2. Realizar reunião ordinária. |
| M6 | 1. Elaboração de relatório mensal. |
| | 2. Realizar reunião ordinária. |
| | 3. Realização de Oficinas de Estudos sobre o Código de Ética médica. |

AM

| | |
|-----|--|
| M7 | 1. Elaboração de relatório mensal. |
| | 2. Realizar reunião ordinária. |
| M8 | 1. Elaboração de relatório mensal. |
| | 2. Realizar reunião ordinária. |
| | 3. Realização de Oficinas de Estudos sobre o Código de Ética Médica. |
| M9 | 1. Elaboração de relatório mensal. |
| | 2. Realizar reunião ordinária. |
| M10 | 1. Elaboração de relatório mensal. |
| | 2. Realizar reunião ordinária. |
| | 3. Realização de Oficinas de Estudos sobre o Código de Ética Médica. |
| M11 | 1. Elaboração de relatório mensal. |
| | 2. Realizar reunião ordinária. |
| | 3. Realização de Oficinas de Estudos sobre o Código de Ética Médica. |
| M12 | 1. Elaboração de relatório mensal. |
| | 2. Realizar reunião ordinária. |
| | 3. Realização de Oficinas de Estudos sobre o Código de Ética Médica. |

ITEM 2.1.4 - COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Ética de Enfermagem, é formada por enfermeiros, técnicos de Enfermagem como membros efetivos e com seus respectivos suplentes, se houver, de acordo com a Resolução COFEN 593/2018 e Decisão COREN-GO 469/2014, que normatiza, no âmbito dos Conselhos Regionais de Enfermagem, a criação e funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem nas Instituições de Saúde com Serviço de Enfermagem, estabelecendo com a mesma uma relação de independência e autonomia, em assuntos pertinentes à ética assumindo função educativa, consultiva, de conciliação, de orientação e vigilância do exercício profissional, ético e disciplinar de Enfermagem nesta instituição.

A Comissão de Ética em Enfermagem do Serviço de Enfermagem do Hospital Estadual de Formosa, é órgão representativo do Conselho Estadual de Enfermagem de Goiás em caráter permanente.

A Comissão de Ética de Enfermagem será um órgão que estará subordinado ao COREN-GO e assessorará a Direção Geral e Gerência de Enfermagem do Hospital Estadual de Formosa, terá um presidente, um secretário e membros efetivos e suplentes e a função de presidente deverá ser exercida exclusivamente por enfermeiro(a).

A Comissão de Ética de Enfermagem tem seus membros, preferencialmente, escolhidos por meio de voto facultativo, direto e secreto, pelos profissionais da equipe de Enfermagem do Hospital Estadual de Formosa, onde o Enfermeiro Responsável Técnico - Gerente do Serviço de Enfermagem designará uma comissão eleitoral que será responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados do pleito, nomeada por ato próprio do Diretor Geral do Hos-

pital Estadual de Formosa e representantes do COREN-GO e norteadas por Regimento Interno com proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação à comunidade interna de colaboradores.

Atuação da Comissão é técnico-científica, educativa, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva. As diretrizes para as ações educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício em conformidade com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) Resolução Cofen nº 0564/2017.

Como objetivo de implantar os princípios de uma gestão participativa junto ao Hospital Estadual de Formosa, a Comissão, de modo fundamentado, poderá levar suas orientações à diretoria da unidade competente pelo tema, a fim de adotar as referidas orientações. Caso a diretoria não adote referidas orientações, a Comissão poderá encaminhar a matéria ao diretor presidente da organização social, expondo suas razões.

ORIGEM

A Comissão de Ética de Enfermagem exerce mediante delegação do COREN-GO, atividade destinada à prestação idônea de serviços

de Enfermagem na instituição, assumindo função educativa, consultiva, de conciliação, de orientação e vigilância do exercício profissional, ético e disciplinar de Enfermagem nesta instituição.

MEMBROS

A Comissão de Ética de Enfermagem será composta por membros efetivos e membros suplentes, eleitos dentre o quadro funcional de Enfermagem do Hospital Estadual de Formosa, tendo um Presidente e um Secretário, como membros titulares.

I. A Comissão de Ética de Enfermagem será composta por membros enfermeiros e técnicos de enfermagem;

II. Os membros titulares poderão solicitar a participação dos membros suplentes no desenvolvimento dos trabalhos;

III. Na ausência do Presidente, as atribuições serão desempenhadas pelo Secretário da Comissão de Ética de Enfermagem (quando este (a) for Enfermeiro (a)).

MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão de Ética de Enfermagem Saúde do Hospital Estadual de Formosa fará

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato da Comissão de Ética de Enfermagem será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com nova eleição podendo ocorrer após 1 (um) ano do empossamento da Comissão anterior, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido deles, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral. Caso não haja inscritos dentro o quadro funcional da instituição o Responsável Técnico de Enfermagem deve entrar em contato com o COREN através de ofício e sugerir indicação dos membros. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos suplentes eleitos deverão ser encaminhados a Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação.

Os membros sejam eles eleitos ou indicados não podem estar exercendo a função de Coordenação Geral ou Gerente de Enfermagem do Hospital Estadual de Formosa, devem estar em pleno gozo dos direitos profissionais e civis e não ter condenação em processos de qualquer natureza, devem ter no mínimo 02 (dois) anos de Inscrição Definitiva e estar em dia com as obrigações junto ao COREN-GO além de ter no mínimo 02 (dois) anos de experiência profissional e/ou pelo menos 01

(um) ano na Instituição.

FINALIDADE DA COMISSÃO

As ações da Comissão de Ética de Enfermagem, no âmbito da qualidade abrange a definição das ações que visem:

I. Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;

II. Verificar as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, sugerindo modificações que venham julgar necessárias;

III. Denunciar às instâncias superiores, inclusive o Conselho Estadual de Enfermagem (COREN), as eventuais más condições de trabalho na instituição;

IV. Colaborar com o Conselho Estadual de Enfermagem divulgando resoluções, normas e pareceres;

V. Assessorar a Gerência de Enfermagem, Diretorias Técnica e Geral dentro de sua área de competência;

VI. Orientar a diretoria responsável do Hospital Estadual de Formosa, em relação a práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação;

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

VII. Realizar sindicância a pedido de interessados, enfermeiros, COREN-GO ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão de Ética de Enfermagem deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações da Comissão de Ética de Enfermagem, visando à correção, reparação ou prevenção de distorções e irregularida-

des verificadas na implantação, análises e ações educativas ou fiscalizatórias, devem ser encaminhadas primeiramente ao COREN, Responsável Técnico de Enfermagem e Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa, que irá auxiliar nas questões sobre sua competência.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será assinada pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa.

Quando este for o entendimento da maioria dos integrantes da Comissão, esta deverá encaminhar, por escrito, orientações à diretoria do Hospital Estadual de Formosa, competente.



REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento Comissão de Ética de Enfermagem, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão de Ética de Enfermagem junto à Administração e ao Departamento de Enfermagem.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º. A Comissão de Ética de Enfermagem, tem por finalidade a definição das ações que visem orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição.

Artigo 3º. A Comissão tem funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ética de Enfermagem, verificando as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, bem como

à qualidade do atendimento prestado aos pacientes, sugerindo modificações que venham julgar necessárias.

Artigo 4º. Denunciar às instâncias superiores, inclusive o Conselho Estadual de Enfermagem (COREN), as eventuais más condições de trabalho na instituição.

Artigo 5º. Fortalecer o componente ético dos profissionais de enfermagem do Serviço de Enfermagem através da análise das intercorrências notificadas, por meio de denúncia formal e/ou auditoria.

Artigo 6º. Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.

Artigo 7º. Colaborar com o COREN-GO no combate ao exercício ilegal da profissão.

Artigo 8º. Colaborar com o Conselho Estadual de Enfermagem divulgando resoluções, normas e pareceres.

Artigo 9º. Assessorar o Coordenador Geral e de Enfermagem dentro de sua área de competência:

Artigo 10º. Realizar sindicância a pedido de interessados, enfermeiros, COREN-GO ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 11º. A Comissão de Ética de Enfermagem será composta por: 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário e demais membros efetivos e suplentes, eleitos das categorias: Enfermeiro e Técnico de Enfermagem, com vínculo empregatício com a Instituição.

Parágrafo Único: O cargo de Presidente somente poderá ser preenchido por Enfermeiro.

Artigo 12º. As Comissões de Ética serão compostas por: 5 (cinco) membros efetivos, sendo 3 Enfermeiros e 2 (dois) Técnicos e igual número de suplentes;

Artigo 13º. O tempo de mandato das CEE será de 3 (três) anos, sendo admitida uma reeleição.

Artigo 14º. Os membros titulares poderão solicitar a participação dos membros suplentes no desenvolvimento dos trabalhos.

Artigo 15º. Na ausência do Presidente, as atribuições serão desempenhadas pelo Secretário da Comissão de Ética de Enfermagem (quando este (a) for Enfermeiro (a)).

Artigo 16º. A Comissão de Ética de Enfermagem será composta por membros enfermeiros e técnicos de enfermagem, que atendam os seguintes critérios:

- I. Não estar exercendo a função de Coordenação Geral ou Gerente de Enfermagem do Hospital Estadual de Formosa;
- II. Estar em pleno gozo dos direitos profissionais e civis e não ter condenação em processos de qualquer natureza;
- III. Ter no mínimo 02 (dois) anos de Inscrição Definitiva e estar em dia com as obrigações junto ao COREN;
- IV. Ter no mínimo 02 (dois) anos de experiência profissional e/ou pelo menos 01 (um) ano na Instituição.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 17º. Garantir a conduta ética dos profissionais de Enfermagem da Instituição, através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal e auditoria.

Artigo 18º. Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem.

Artigo 19º. Colaborar com o COREN, no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à Ética dos profissionais de Enfermagem.

Artigo 20º. Divulgar o Código de Ética dos

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Profissionais de Enfermagem (CEPE) e demais normas disciplinares e Éticas do Exercício Profissional.

Artigo 21º. Conscientizar os profissionais de Enfermagem da necessidade e importância do comportamento ético-profissional e das implicações da atitude.

Artigo 22º. Assessorar e orientar a Diretoria Geral e Gerente de Enfermagem do Hospital Estadual de Formosa, e os membros da equipe, clientes e familiares, as questões éticas, emitindo parecer, inclusive sobre projetos de pesquisas que envolvem profissional de Enfermagem.

Parágrafo Único: Encaminhar, por escrito, orientações à unidade competente pelo tema e, em caso de recusa quanto à implantação das orientações, levar a matéria ao diretor presidente da organização social.

Artigo 23º. Fiscalizar o exercício ético dos profissionais de Enfermagem, incluindo a averiguação de denúncias e encaminhamentos necessários e das condições oferecidas pela Instituição para o desempenho profissional.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 24º. A Comissão de Ética de Enferma-

gem do Hospital Estadual de Formosa, terá sede em locação a ser disponibilizada pela unidade hospitalar, com infraestrutura básica para seu funcionamento. A Direção Geral e Gerência de Enfermagem da Instituição garantirá condições necessárias para o desenvolvimento das Atividades da Comissão de Ética.

Artigo 25º. As reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem serão realizadas mensalmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente, com local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 26º. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 27º. As deliberações da Comissão de Ética de Enfermagem serão por maioria simples, sendo prerrogativa do Presidente o "voto Minerva" em caso de empate.

Artigo 28º. Os casos omissos da presente Decisão serão resolvidos pelo COREN.

Artigo 29º. O mandato da Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável somente por mais 1 (um) mandato.

Artigo 30º. Todos os membros serão nomeados pelo Conselho Estadual de Enfermagem e Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa. Os cargos de presidente e secretá-

rio poderão ser definidos pela Comissão de Ética de Enfermagem em votação simples pelos membros.

Artigo 31º. Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões e ações da Comissão, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 32 - As reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa, contendo: data e hora dela, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 33º. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser anexado a ata da reunião ordinária ou extraordinária.

Artigo 34º. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 35º. Nenhum membro da Comissão de Ética de Enfermagem, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão em eventos formais, institucionais ou extra institucionais sem que para isso esteja devidamente autorizado pelo presidente, em caso de impedimentos dele, e em situações não padronizadas pela Co-

missão de Ética de Enfermagem.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 36º. São atribuições da Comissão de Ética de Enfermagem:

I. Divulgar e fiscalizar o cumprimento do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, da Lei e do Decreto acerca do Exercício Profissional, assim como as Resoluções emanadas pelo COFEN e Decisões do COREN-GO;

II. Colaborar com o COREN na tarefa de discutir, divulgar, educar e orientar os temas relativos à Enfermagem;

III. Comunicar ao COREN a ausência de condições de trabalho da equipe de enfermagem, que venham a comprometer a qualidade da assistência de Enfermagem prestada ao cliente;

IV. Comunicar ao COREN o exercício ilegal da profissão, bem como quaisquer indícios de infração à Lei do Exercício Profissional ou dispositivos éticos vigentes;

V. Instaurar sindicância, instruí-la e elaborar relatório, sem emitir juízo encaminhando-a ao Coordenador de Enfermagem, para as providências administrativas se houver e ao COREN conforme norma própria;

VI. Solicitar ao Presidente da COREN, apoio técnico de um Conselheiro, quando o fato ocorrido assim o requeira;

VII. Encerrar a sindicância nos casos de não se constatar indícios de infração ética, arrolando todos os documentos, elaborando relatório para arquivo na Instituição e enviando ao COREN, via web, formulário disponibilizado pelo Conselho;

VIII. Comunicar ao COREN indícios de exercício ilegal, bem como a prática irregular da assistência aos pacientes por qualquer membro da equipe de Saúde da Instituição;

IX. Manter junto ao COREN o cadastro dos profissionais de enfermagem atualizado;

X. Propor e participar em conjunto com o Coordenador de Enfermagem ações preventivas junto à equipe de Enfermagem.

Artigo 37º. São atribuições do Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem:

- I. Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;
- II. Planejar e controlar as atividades programadas;
- III. Elaborar relatório com os resultados dos casos analisados e encaminhar à Direção Geral e de Enfermagem

para ciência e demais

IV. Providências administrativas;

V. Elaborar relatório de acordo com o preconizado e encaminhar ao COREN;

VI. Representar a Comissão de Ética de Enfermagem perante as instâncias superiores, inclusive no COREN;

VII. Solicitar a participação de membros suplentes nos trabalhos, quando necessário;

VIII. Solicitar ao Presidente do COREN, apoio da Superintendência Técnica, quando o caso assim requeira;

IX. Nomear os membros sindicantes para convocar e realizar audiências.

Artigo 38º. São atribuições do Secretário da Comissão de Ética de Enfermagem:

- I. Secretariar as reuniões e registrá-la em ata;
- II. Verificar o quórum nas sindicâncias;
- III. Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética de Enfermagem;
- IV. Realizar as convocações dos denunciados e denunciantes, bem como das testemunhas;
- V. Organizar arquivo referente aos relatórios de sindicância.

Artigo 39º. São atribuições dos membros da Comissão de Ética de Enfermagem:

- I. Eleger Presidente e Secretário;
- II. Comparecer às reuniões da Comissão, discutindo e opinando sobre as matérias em pauta;
- III. Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem responder sindicâncias;
- IV. Desenvolver demais atribuições previstas no presente regimento;
- V. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros;
- VI. Nenhum membro da Comissão de Ética de Enfermagem, com exceção do Presidente, pode falar em nome da comissão sem que para isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pela Comissão de Ética de Enfermagem.

CAPÍTULO VII - DO PROCESSO DE SINDICÂNCIA

Artigo 40º. A sindicância deverá ser instruída mediante:

- I. Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

II. Denúncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem;

III. Deliberação da própria Comissão de Ética de enfermagem

IV. Determinação do Conselho Estadual de Enfermagem.

Artigo 41º. Aberta a sindicância, a Comissão de Ética de Enfermagem informará o fato aos envolvidos, procedendo a convocação, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes no prazo de 7 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Parágrafo Único: O profissional de enfermagem que não atender as convocações ou solicitações da Comissão de Ética de Enfermagem, deverá ser encaminhado para análise do COREN.

Artigo 42º. Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, livros de registros administrativos, ou outros que possam auxiliar na elucidação dos fatos, deverão ser mantidos junto à sindicância.

Parágrafo Único: O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética de Enfermagem, preservando assim o sigilo.

Artigo 43º. O Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem nomeará um membro sindicante para realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Artigo 44º. Concluída a coleta de informações, a Comissão deverá reunir-se para analisar e emitir relatório final, sem emitir juízo.

Parágrafo Único: Caso necessário, a Comissão poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.

Artigo 45º. Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada à Comissão de Ética de Enfermagem para a tramitação competente.

Artigo 46º. Quando o fato for de menor gravidade e não tenha acarretado danos a terceiros, sem infringir ao Código de Ética, poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas, proceder orientações e emitir relatório para o COREN.

Parágrafo Primeiro: Ocorrendo à conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

Parágrafo Segundo: Não ocorrendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal.

Artigo 47º. Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética de Enfermagem, o mesmo deverá ser afastado da Comissão, enquanto perdurar a sindicância.

CAPÍTULO VIII - DAS ELEIÇÕES

Artigo 48º. Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem serão eleitos através de voto facultativo, secreto e direto de todos os profissionais de enfermagem da instituição.

Artigo 49º. A Comissão de Ética de Enfermagem vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral, composta de 03 (três) profissionais de enfermagem, que serão responsáveis pela organização, apuração e divulgação dos resultados do pleito.

Parágrafo Primeiro: Enquanto a instituição não possuir Comissão de Ética de Enfermagem, a escolha da Comissão Eleitoral deverá ser feita pelo Enfermeiro que ocupa o cargo de Responsável Técnico de Enfermagem.

Parágrafo Segundo: Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos, assim como aqueles que possuem cargos de Coordenação de Enfermagem na instituição ou Diretoria de Entidades de Classe de Enfermagem.

Parágrafo Terceiro: A Convocação para eleição será feita através de ampla divulgação interna, com antecedência mínima de 45 (quarenta e cinco dias) da data estabelecida para as inscrições das chapas.

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

Parágrafo Quarto: Todas as categorias de Enfermagem presentes na instituição deverão estar representadas na chapa.

Artigo 50º. Somente poderá votar os profissionais regulamente inscritos no COREN e com vínculo empregatício efetivo na instituição.

Artigo 51º. A eleição somente terá legitimidade se o número de votantes for, no mínimo a metade mais um dos profissionais em condições de votar.

Artigo 52º. As chapas inscritas poderão indicar no momento da inscrição até 02 fiscais para acompanhar o processo eleitoral e fiscalização da apuração.

Artigo 53º. Não será computado as cédulas rasuradas ou que contiverem qualquer vício, inclusive que possibilite a violação do sigilo do voto.

Artigo 54º. Protestos e recursos relativos ao processo eleitoral deverão ser formalizados por escrito dentro de no máximo 48 (quarenta e oito) horas após as eleições e encaminhadas em primeira instância à Comissão Eleitoral e em seguida e última instância ao COREN.

CAPÍTULO IX - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 55º. A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes a Comissão de Ética de Enfermagem, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação do Enfermeiro Responsável Técnico e da Diretoria Geral.

Artigo 56º. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.



CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

| MÊS | ATIVIDADES |
|-----|--|
| M1 | 1. Identificar, entre os profissionais enfermeiros da unidade de saúde, aqueles que possuem perfil adequado para compor a Comissão Eleitoral |
| | 2. Nomear oficialmente os membros da Comissão Eleitoral. |
| M2 | 3. Realizar treinamento - Palestra (Responsável: Comissão Eleitoral). |
| | 4. Publicar edital de convocação das eleições (Responsável: Comissão Eleitoral). |
| | 5. Realizar a inscrição dos chapas (Responsável: Comissão Eleitoral). |
| | 6. Realizar a eleição, publicar o resultado. |
| | 7. Informar o resultado da eleição ao Conselho Estadual de Enfermagem |
| | 8. Elaboração de um Plano de Ações. |
| M3 | 1. Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno. |
| | 2. Realizar reunião ordinária. |
| | 3. Reunião com o Corpo de Enfermagem para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão. |
| M4 | 1. Realizar reunião ordinária, mensal. |
| | 2. Realização de Oficinas de Estudos sobre o Código de ética em Enfermagem. |
| | 3. Elaboração de relatório |
| M5 | 1. Realizar reunião ordinária. |
| | 2. Realizar auditorias em prontuários (registros de Enfermagem) |
| | 3. Elaboração de relatório mensal |

AM

| | |
|-----|--|
| M6 | 1. Realizar reunião ordinária. |
| | 2. Rondas quinzenais: 02 membros da CEEEn realizam rondas nas unidades assistenciais para "diálogo com ética" com os profissionais do plantão. |
| | 3. Elaboração de relatório mensal. |
| M7 | 1. Realizar reunião ordinária. |
| | 2. Realizar auditorias em prontuários (registros de Enfermagem) |
| | 3. Elaboração de relatório mensal. |
| M8 | 1. Realizar reunião ordinária. mensal. |
| | 2. Realização de Oficinas de Estudos sobre o Código de ética em Enfermagem. |
| | 3. Elaboração de relatório |
| M9 | 1. Realizar reunião ordinária. |
| | 2. Realizar auditorias em prontuários (registros de Enfermagem) |
| | 3. Elaboração de relatório mensal |
| M10 | 1. Realizar reunião ordinária. mensal. |
| | 2. Realização de Oficinas de Estudos sobre o Código de ética em Enfermagem. |
| | 3. Elaboração de relatório |
| M11 | 1. Realizar reunião ordinária. |
| | 2. Realizar auditorias em prontuários (registros de Enfermagem) |
| | 3. Elaboração de relatório mensal. |
| M12 | 1. Realizar reunião ordinária. mensal. |
| | 2. Realização de Oficinas de Estudos sobre o Código de ética em Enfermagem. |
| | 3. Elaboração de relatório. |

ITEM 2.1.5 – COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

740

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH deve ser constituída em atendimento a Portaria nº 2616 de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde que instituiu o "Programa de Controle das Infecções Hospitalares".

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH é de suma importância para que a gestão da saúde seja realizada com maior segurança, qualidade e efetividade, visto que infecções hospitalares são uma das principais causas de mortalidade entre pacientes hospitalizados e as ações desenvolvidas para

o seu controle têm grande importância na promoção da saúde em geral. De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde, infecção hospitalar é toda infecção adquirida durante a internação hospitalar e geralmente provocada pela própria flora bacteriana humana, que se desequilibra com os mecanismos de defesa anti-infecciosa em decorrência da doença, dos procedimentos invasivos (soros, cateteres e cirurgias) e do contato com a flora hospitalar.

A CCIH deve ser constituída por equipe multiprofissional e sua composição deve levar em consideração a complexidade dos serviços, bem como seu caráter funcional e as diretrizes para as ações investigatórias, educativas e com vistas a padronização e demais atividades relacionadas serão definidas nas reuniões da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH e motivadas pelo Presidente em exercício.

Como objetivo de implantar os princípios de

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

uma gestão participativa junto à unidade de saúde, a Comissão, de modo fundamentado, poderá levar suas orientações à diretoria da unidade competente pelo tema, a fim de adotar as referidas orientações. Caso a diretoria não adote referidas orientações, a Comissão poderá encaminhar a matéria ao diretor presidente da organização social, expondo suas razões.

ORIGEM

As responsabilidades sociais do Hospital Estadual de Formosa, em relação à assistência segura, oportuna e efetiva, educação permanente e pesquisa serão de alta relevância. O compromisso com o paciente será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH desempenhará um papel importante.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH é um órgão de assessoria à autoridade máxima de uma instituição de saúde e serve de meio para o planejamento e normatização das ações de controle de infecção hospitalar, que serão executadas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

MEMBROS

A Comissão será composta por membros do

quadro funcional do Hospital Estadual de Formosa, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral será norteada pelo Regimento Interno da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH.

A Comissão será composta por membros executores, sendo profissionais da área da saúde, com nível superior, nomeados pela Diretoria Geral da Unidade de saúde com formação e capacitações em Controle de Infecção Hospitalar, e por membros consultores, sendo profissionais da saúde, de nível superior que façam parte do quadro funcional assistencial e gestor da Unidade.

Parágrafo Primeiro: Os membros executores, lotados ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH indicados pela Direção do Hospital, serão encarregados da execução das ações programadas pela Comissão e pela implantação do Programa de Controle de Infecção relacionado a Assistência em Saúde (PCIH).

A comissão poderá ser composta por:

- I. Médico infectologista do SCIH;
- II. Enfermeiro do SCIH;
- III. Representante do Laboratório de Microbiologia;
- IV. Representante de Nutrição;
- V. Representante da Administração da Unidade;

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

VI. Representante Farmacêutica.

Parágrafo Primeiro: Além desses existirão os membros consultores que serão outros especialistas na área a ser consultada e serão convidados as reuniões, quando oportuno.

MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH do Hospital Estadual de Formosa, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados a Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

FINALIDADE DA COMISSÃO

As ações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

- I. Identificar aspectos clínicos e epidemiológicos relacionados ao perfil de uso de medicamentos antimicrobianos da unidade de saúde;
- II. Cumprir e fazer cumprir o disposto na Portaria Ministerial N° 2.616, de 12 de Maio de 1998, e seus anexos;
- III. Propor diretrizes em assuntos relevantes para a atuação do controle de Infecção Hospitalar;
- IV. Avaliar sistematicamente o Programa de Controle de Infecção Hospitalar - PCIH, e o Sistema Operacional de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológicas do Hospital;
- V. Propiciar intercâmbio técnico-científico com serviços similares de outras instituições;
- VI. Comunicar, regular, mensalmente informar aos Coordenadores dos Serviços da unidade de saúde, as atividades desenvolvidas e a situação interna relativa ao controle de Infecção Hospitalar;
- VII. Comunicar, regular e informar semestralmente, ao Sistema Único de Saúde do Município, as atividades desenvolvidas e a situação interna relativa ao controle de Infecção Hospitalar.

Handwritten signature

- VIII. Integrar-se com o SCIH;
- IX. Desenvolver um conjunto de ações buscando a redução máxima possível na incidência, gravidade e desdobramentos das Infecções Hospitalares;
- X. Estimular o quadro técnico da unidade de saúde, no desenvolvimento de pesquisas que venham a contribuir, direta ou indiretamente, para o controle das Infecções Hospitalares;
- XI. Definir a padronização dos insumos médico-hospitalares, e outros que impactem na qualidade dos serviços prestados no hospital;
- XII. Diagnosticar, documentar e centralizar registros comprobatórios das inadequações técnicas - operacionais dos insumos de baixa qualidade, déficits técnicos assistências e controles, pareceres emitidos pela Comissão;
- XIII. Fixar critérios para melhor seleção de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;
- XIV. Fomentar investigações sobre a utilização de medicamentos antimicrobianos;
- XV. Promover atividades de educação continuada para o uso seguro e racional de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;
- XVI. Participar da elaboração de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos;
- XVII. Informar o Setor de Compras, através da ficha queixa técnica, quaisquer não conformidades apresentadas pelos medicamentos, materiais hospitalares e equipamentos;
- XVIII. Gerenciar e controlar as notificações de Infecções e lançar no sistema próprio de controle do Ministério da Saúde, ANVISA e Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde;
- XIX. Interagir com o Setor de Compras, visando o alinhamento das políticas e práticas desenvolvidas e o compartilhamento dos resultados alcançados;
- XX. Enviar parecer técnico dos produtos e materiais médico-hospitalares ao Setor de Compras, se solicitado;
- XXI. Realizar especificação dos produtos, quando se fizer necessário;
- XXII. Emitir parecer de aprovação aos insumos médico hospitalares aprovados nos testes/avaliações na lista de produtos padronização;
- XXIII. Contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada a população da região;
- XXIV. Orientar a diretoria responsável da unidade com relação a práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação.

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Através das avaliações e das atividades da CCIH, assim como dos indicadores resultantes destas avaliações, espera-se atingir a qualidade na realização dos processos que balizam a comissão, sendo estes:

- Distribuição mensal de IRAS por clínica (%).
- Topografia das IRAS (%). Exemplo: % IPCS Infecção Primária de Corrente Sanguínea, % ISC Infecção de Sítio Cirúrgico, % ITU - Infecção do Trato Urinário, % PNM Pneumonia não associada a Ventilação Mecânica, PAV - Pneumonia associada à Ventilação Mecânica;
- Distribuição Mensal de IRAS por Unidade de Terapia Intensiva (UTI-%), segundo Instrução Normativa ANVISA/DC nº 4, de 24/02/2010;
- % de adesão às Práticas de Inserção Segura de Cateter Venoso Central.

As deliberações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, devem ser encaminhadas primeiramente à Diretoria Técnica do Hospital Estadual de Formosa, que irá avaliar as demandas e auxiliar a Comissão nas questões sobre sua competência.

Compete a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar a missão referente a tudo o que se refere ao controle de infecção hospitalar objetivando a todo momento oferecer aos pacientes atendidos na instituição cuidado seguro e oportuno, desta forma possuindo importante função clínica e administrativa.

Nota: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH deverá manter estreita relação com as Comissões do Hospital Estadual de Formosa, com as quais deverá ser discutidos os resultados das avaliações, sugestões, padronizações, implantações, enviando seus relatórios as Diretorias Técnica e Geral.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa.

Quando este for o entendimento da maioria dos integrantes da Comissão, esta deverá encaminhar, por escrito, orientações à diretoria da unidade competente.



REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão junto à administração e ao corpo clínico.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º. A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar tem por finalidade:

- I. Cumprir e fazer cumprir o disposto na Portaria Ministerial N° 2.616, de 12 de Maio de 1998, e seus anexos;
- II. Propor diretrizes de atuação em assuntos relevantes para o controle de Infecção Hospitalar;

III. Avaliar sistematicamente o Programa de Controle de Infecção Hospitalar - PCIH, e o Sistema Operacional de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológicas do hospital;

IV. Propiciar intercâmbio técnico-científico com serviços similares de outras instituições;

V. Comunicar, regular mensalmente, aos Coordenadores dos Serviços da unidade de saúde, as atividades desenvolvidas e a situação interna relativa ao controle de Infecção Hospitalar;

VI. Comunicar, regular semestralmente, ao Sistema Único de Saúde do Município, as atividades desenvolvidas e a situação interna relativa ao controle de Infecção Hospitalar;

VII. Integrar-se com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH;

VIII. Desenvolver um conjunto de ações buscando a redução máxima possível na incidência, gravidade e desdobramentos das Infecções Hospitalares;

IX. Estimular o quadro técnico da unidade de saúde, no desenvolvimento de pesquisas que venham a contribuir, direta ou indiretamente, para o controle das Infecções Hospitalares.

Artigo 3º. O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH tem por finalidade:



REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- I. Elaborar, implementar, manter, avaliar e adequar, se necessário, o PCIH, compreendendo aspectos de prevenção e controle propriamente dito;
- II. Estabelecer um Sistema Operacional de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológicas, para as Infecções Hospitalares em pacientes internados, pacientes de alta Hospitalar e corpo funcional da unidade de saúde;
- III. Propor o controle efetivo no uso de antimicrobianos, bem como assessorar e supervisionar esta atividade junto ao Serviço de Farmácia Hospitalar-SFH da Unidade de Saúde;
- IV. Planejar e implementar cursos de atualização em controle de Infecção Hospitalar, estabelecendo sistematicamente um programa de Educação Médica Continuada para a equipe multiprofissional que lida direta ou indiretamente com a comunidade hospitalar;
- V. Planejar, padronizar, treinar e supervisionar técnicas, procedimentos, normatizações e medidas de prevenções universais relativas à prevenção e ao controle das Infecções Hospitalares em todos os setores da unidade de saúde;
- VI. Coletar, consolidar, analisar e divulgar, mensalmente, dados estatísticos por meio de relatório padronizado objetivando informar ao quadro técnico da unidade de saúde, a situação existente relativa à Infecção Hospitalar;
- VII. Assegurar a qualidade das informações necessárias para as atividades de assistência, docência, pesquisa e estatística da unidade de saúde, relativas ao conhecimento, controle, prevenção e investigação de Infecções Hospitalares;
- VIII. Interagir com a CCIH, objetivando desenvolver um conjunto de ações visando a redução máxima possível na incidência, gravidade e desdobramento das Infecções Hospitalares.

Artigo 4°. São A CCIH, é um órgão de assessoramento de caráter técnico normativo/consultivo, subordinado diretamente a Direção Geral da unidade de saúde.

Artigo 5°. O SCIH é um órgão de caráter técnico-executivo, sendo responsável pela execução do PCIH, estando subordinado diretamente ao Presidente da CCIH.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 6°. A CCIH, deve ser composta por profissionais de nível universitário que exerçam atividades na unidade de saúde, sendo representada pelo Presidente, responsável pela coordenação e condução das atividades da Comissão, que deverá ser representada na sua essência pelas seguintes áreas profissionais:



REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- I. Medicina;
- II. Enfermagem;
- III. Nutrição;
- IV. Farmácia;
- V. Laboratório;
- VI. Administração;
- III. Técnico de Enfermagem: 1 (um) profissional para cada 100 leitos ou fração deste, com dedicação exclusiva;
- IV. Responsável pelo Serviço de Higiene Hospitalar;
- V. Responsável pelo Serviço de Lavanderia;
- VI. Secretária.

Parágrafo Único: A Presidência da CCIH é exercida por profissional de nível superior que é designado pelo Diretor da unidade de saúde, sendo substituído nos seus impedimentos eventuais por outro membro da CCIH, delegado por ele.

Artigo 7°. O SCIH deverá ser integrado por profissionais e técnicos em atividade na unidade de saúde, sendo representado por uma coordenação, responsável pela coordenação e condução dos trabalhos deste Serviço, compreendendo as seguintes categorias:

- I. Médico: 1 (um) profissional para cada 200 leitos ou fração deste, com carga horária mínima de 4h/dia;
- II. Enfermeira: 1 (um) profissional para cada 200 leitos ou fração deste, com carga horária mínima de 6h/ dia e dedicação exclusiva;
- I. Ratificar o programa anual de trabalho do SCIH;
- II. Avaliar o PICH da unidade de saúde proposto pelo SCIH;
- III. Avaliar permanentemente as informações providas pelo Sistema de Vigilância e Notificação e aprovar medidas de controle propostas pelo SCIH.

Parágrafo Único: O enfermeiro do SCIH poderá acumular a responsabilidade pelo Serviço de Higiene Hospitalar e Lavanderia Hospitalar.

Artigo 8°. O SCIH desenvolverá ações de prevenção e controle de Infecção Hospitalar junto aos diversos segmentos da unidade de saúde.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 9°. Compete à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH:



REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- IV. Comunicar, regular e mensalmente, à Direção Geral dos diversos serviços da unidade de saúde, a situação do controle de Infecção Hospitalar, promovendo o debate e a participação da comunidade Hospitalar;
- V. Assessorar a Direção da unidade de saúde em assuntos relacionados à prevenção e ao controle de Infecção Hospitalar;
- VI. Propor diretrizes de atuação em assuntos relevantes para a prevenção e o controle de Infecção Hospitalar;
- VII. Assessorar a Direção da unidade, em projetos de reforma e construção de estruturas físicas hospitalares, bem como na estruturação de serviços;
- VIII. Acompanhar e participar das ações do Ministério da Saúde, Sistema Único de Saúde, associação de profissionais e instituições de ensino, para envolvimento em atividades de prevenção e controle de Infecção Hospitalar;
- III. Cumprir e fazer cumprir as deliberações da CCIH e do SCIH;
- IV. Dirigir, coordenar, supervisionar e avaliar todas as atividades desenvolvidas pela CCIH e pelo SCIH;
- V. Apresentar ao Diretor da unidade, mensalmente e atualizado, relatório elaborado pelo SCIH, informando a situação existente no aspecto da Infecção Hospitalar;
- VI. Apresentar ao SUS, semestralmente ou quando solicitado, as atividades desenvolvidas e a situação interna relativa ao controle de Infecção Hospitalar;
- VII. Encaminhar oficialmente ao Diretor Geral da unidade de saúde as resoluções da CCIH e do SCIH;
- VIII. Apresentar ao Diretor da unidade os nomes de profissionais para comporem a CCIH e o SCIH;
- IX. Propor à Direção da unidade diretrizes, contratação de pessoal e normalização de medidas que visem a melhoria do padrão de assistência relacionado com a prevenção e controle de Infecção Hospitalar;
- X. Exercer demais atividades relacionadas às finalidades desta Comissão.

Artigo 10º. Ao Presidente da CCIH compete:

- I. Exercer a Presidência e representar a Comissão em todos os órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política institucional existente (ou que venham a existir) na unidade de saúde, bem como a nível externo, quando solicitado;
- II. Convocar, presidir e elaborar as pautas de reuniões da CCIH;

Artigo 11º. Aos demais membros da CCIH, conjuntamente com seu Presidente, compete:



REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

- I. Ratificar o programa anual de trabalho do SCIH;
- II. Avaliar a unidade de saúde de modo contínuo;
- III. Avaliar rotineiramente as informações promovidas pelo sistema de vigilância epidemiológica e aprovar as medidas de controle propostas pelo SCIH;
- IV. Colaborar com o Presidente da Comissão em todas as suas atribuições;
- V. Participar com os demais membros do SCIH, da elaboração de propostas de atuação e implementação em assuntos relevantes para o controle de Infecção Hospitalar;
- I. Elaborar levantamento do consumo de antimicrobianos, e informar ao SCIH;
- II. Cooperar efetivamente com a política de controle de antimicrobianos, adotadas na unidade de saúde;
- III. Informar ao SCIH o uso inadequado de produtos e materiais que visem o controle profilático ou terapêutico da Infecção Hospitalar;
- IV. Colaborar para avaliação microbiológica dos produtos usados na unidade de saúde;
- V. Emitir parecer técnico sobre germicidas usados no processamento de áreas, artigos, superfícies fixas e assepsias realizadas na unidade de saúde;

Parágrafo Primeira: Ao representante do serviço médico também compete colaborar com a CCIH na implementação das ações de controle de Infecções Hospitalares, nas áreas específicas de sua responsabilidade.

Parágrafo Segundo: Ao representante do serviço de enfermagem compete colaborar com a CCIH para que haja uma adesão máxima do Serviço de Enfermagem à política de controle de infecções adotadas pela instituição.

Parágrafo Terceiro: Ao representante do serviço de farmácia compete:

- VI. Avaliar e agilizar as solicitações cabíveis, que auxiliem o bom desempenho do SCIH, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- VII. Apoiar os atos do SCIH para difusão de medidas de prevenção e controle de Infecção Hospitalar.

Parágrafo Quarto: Ao representante da administração compete:

- I. Avaliar e agilizar as solicitações cabíveis, que auxiliem no bom desempenho do SCIH, no que diz respeito à prevenção e controle das Infecções



REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Hospitalares;

- II. Apoiar os atos do SCIH para difusão de medidas de prevenção e controle das Infecções Hospitalares.

Artigo 12º. Compete ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH:

- I. Elaborar, implantar, manter e avaliar permanentemente o PCIH dos pacientes internados e de alta hospitalar;
- II. Elaborar, implantar, manter e avaliar permanentemente o Sistema de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológicas de Infecção Hospitalar, investigando casos de surtos, sempre que necessário, bem como a implantação de medidas imediatas de controle;
- III. Elaborar e acompanhar, conjuntamente com os Chefes de Serviços da unidade de saúde, normas, rotinas, procedimentos, padronização e recomendações específicas, pertinentes à prevenção e ao controle de Infecções Hospitalares;
- IV. Estabelecer e acompanhar rotinas e precauções específicas da unidade de saúde;
- V. Elaborar e acompanhar rotinas, normas, procedimentos e precauções específicas, bem como estabelecer responsabilidades para utilização de recursos e emprego de determinadas técnicas que ofe-

recem maiores riscos de Infecção Hospitalar, tais como: Anestesia, Terapia de Inalação, Traqueostomia, Cateterização de Vasos, Sondagem, Esterilização Química e Física e Cirurgias Laparoscópicas.

- VI. Elaborar e acompanhar técnicas e rotinas para pacientes internos no isolamento;
- VII. Elaborar e acompanhar os padrões de circulação de pessoas, do sistema de transporte de materiais, equipos e resíduos hospitalares (destinação), do sistema de ventilação e controle de circulação de ar, de controle de insetos e roedores etc.;
- VIII. Elaborar, implantar e avaliar permanentemente um sistema de fiscalização e avaliação de serviços, de recursos humanos, de estrutura física e de equipamentos hospitalares no aspecto da prevenção e controle de Infecção Hospitalar;
- IX. Elaborar e implantar rotineiramente programa de treinamento e cursos de atualização em Infecção Hospitalar dirigidos ao quadro de recursos humanos da unidade de saúde ou de outras Instituições participantes do SUS;
- X. Elaborar, implantar, acompanhar e avaliar um programa de identificação, avaliação prevenção e tratamento de infecção no corpo funcional da unidade de saúde;
- XI. Elaborar, implantar, acompanhar e avaliar regularmente programa para acompanhantes e visitantes;



REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

- XII. Emitir parecer de ordem técnica para licitação e compra de materiais médicos hospitalares, levando-se em consideração a qualidade, custo/benefício e a realidade administrativo-financeira da unidade de saúde;
- XIII. Elaborar e divulgar, mensalmente, relatório referente à situação do controle de Infecção Hospitalar, fornecendo ampla divulgação a todos os serviços existentes no hospital;
- XIV. Cooperar amplamente com o SUS, cumprindo todas as normas e exigências estabelecidas relativas à prevenção e ao controle de Infecção Hospitalar, bem como fornecer informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades sanitárias competentes;
- XV. Notificar aos organismos de gestão estadual e/ou municipal do SUS os casos diagnosticados ou suspeitos sob vigilância epidemiológica ocorridos na unidade de saúde, bem como atuar cooperativamente com os serviços de saúde pública, sempre que solicitado.
- Artigo 13º. Ao chefe do SCIH compete:
- I. Exercer a Chefia e representar o Serviço em atividades internas técnico administrativas e acadêmico-científicas e externas à na unidade de saúde, quando solicitado;
- II. Convocar, coordenar e elaborar pautas das reuniões do SCIH;
- III. Cumprir e fazer cumprir as deliberações do SCIH;
- IV. Dirigir, coordenar, supervisionar, avaliar e participar efetivamente de todas as atividades executivas desenvolvidas pelo SCIH;
- V. Apresentar aos membros da CCIH, mensalmente e atualizado, relatório das atividades desenvolvidas e situação interna relativa ao controle de Infecção Hospitalar;
- VI. Elaborar e executar, após ratificação pela CCIH, o programa anual de trabalho do SCIH;
- VII. Elaborar e executar, após ratificação pela CCIH, o Programa de Controle de Infecção Hospitalar;
- VIII. Elaborar e executar, após ratificação pela CCIH, o Sistema de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológicas da unidade de saúde;
- IX. Colaborar com a ação fiscalizadora do Serviço de Vigilância Sanitária do SUS, fornecendo as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades sanitárias;
- X. Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos identificados e executar as medidas de controle necessárias;
- XI. Elaborar, executar, supervisionar e avaliar normas e rotinas técnico-administrativas visando a prevenção e controle de Infecção Hospitalar, bem como a limitação da



REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

disseminação de agentes presentes nas infecções em curso na unidade de saúde, por meio de medidas de isolamento e outras de natureza preventiva;

XII. Elaborar e implementar programa de Educação Continuada para o quadro de recursos humanos da unidade de saúde, executando treinamento para capacitação adequada no que diz respeito ao controle de Infecção Hospitalar;

XIII. Informar ao SUS, as doenças de notificação compulsória bem como os casos ou surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e produtos industrializados;

XIV. Exercer demais atividades relacionadas às finalidades deste Serviço.

V. Participar de discussões de casos clínicos e da adoção de medidas para a prevenção e controle de Infecção Hospitalar;

VI. Participar das reuniões do serviço;

VII. Colaborar na investigação epidemiológica de casos e surtos, participando da implementação de medidas de controle;

VIII. Elaborar parecer técnico em relação ao controle de Infecção Hospitalar quando solicitado;

IX. Participar do controle do uso de antimicrobiano;

X. Avaliar pacientes com Infecção Hospitalar quanto à conduta terapêutica;

XI. Participar da consolidação e análise dos dados estatísticos.

Artigo 14º. Ao Médico Infectologista do SCIH, compete:

I. Participar da elaboração, implementação e avaliação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar;

II. Realizar busca ativa de casos de Infecção hospitalar;

III. Participar da Programação de Treinamento do SCIH;

IV. Realizar trabalhos científicos em controle de Infecção Hospitalar;

Artigo 15º. À Enfermeira do SCIH compete:

I. Participar da elaboração, implementação e avaliação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar;

II. Realizar busca ativa de casos de Infecção Hospitalar;

III. Participar das atividades de ensino em colaboração com Recursos Humanos;

IV. Realizar trabalhos científicos em



REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

controle de Infecção Hospitalar:

- V. Participar de discussões de casos clínicos e da adoção de medidas para a prevenção e controle de infecção hospitalar;
- VI. Participar das reuniões de serviços;
- VII. Colaborar na investigação epidemiológica de casos e surtos, participando da implementação de medidas de controle;
- VIII. Elaborar parecer técnico em relação do controle de Infecção Hospitalar, quando solicitado;
- IX. Participar da consolidação e análise dos dados estatísticos;
- X. Assumir a responsabilidade técnica do Serviço de Higienização e da Lavanderia.

Artigo 16º. São atribuições da Secretária do SCIH:

- I. Organizar administrativamente o setor;
- II. Arquivar documentos e relatórios em geral;
- III. Digitar os documentos e trabalhos produzidos;

IV. Auxiliar todos os membros da equipe para o bom andamento do serviço;

V. Realizar trabalhos externos do serviço, na área interna da unidade de saúde, quando necessário;

VI. Participar do levantamento de dados para pesquisa ou relatórios;

VII. Gerar dados no computador e retirar relatórios;

VIII. Manter atualizada a agenda de atividade do SCIH;

IX. Secretariar reuniões do SCIH, quando convocado;

X. Organizar materiais didáticos e de pesquisa;

XI. Transcrever as notificações compulsórias para formulários apropriados;

XII. Receber profissionais e estudantes que procurem o SCIH, encaminhando-os aos membros do serviço, quando necessário;

XIII. Desempenhar outras atribuições ocasionais, que contribuam para o bom andamento do SCIH.

Parágrafo Único: A Secretária é exercida por auxiliar administrativa indicada e nomeada pela Direção da unidade.



REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 17º. A Comissão de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH do Hospital Estadual de Formosa, será presidida por membro capacitado em controle de infecção hospitalar e nomeado através de Portaria Interna pela Diretoria Geral.

Artigo 18º. A Comissão de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH funciona como um órgão assessor da Diretoria Geral sendo tecnicamente ligada a Diretoria Técnico, tendo assegurada a sua autonomia funcional.

Parágrafo Primeiro: A autonomia funcional se caracteriza pela independência em estabelecer normas de gerência sobre todas as atividades relacionadas ao controle de infecções na instituição.

Artigo 19º. A duração do mandato da Comissão de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar os membros da Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

Artigo 20º. Em caso de substituição dos

membros, os nomes dos suplentes eleitos deverão ser encaminhados a Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação.

Artigo 21º. O SCIH reunir-se-á ordinariamente mensalmente e extraordinariamente por convocação de sua Chefe ou em decorrência de preposição da maioria simples dos seus componentes.

Parágrafo Único: As reuniões deverão obrigatoriamente ser registradas em atas escritas que quando solicitadas serão apresentadas como documentos ao sistema de vigilância sanitária das diferentes instâncias municipal, estadual e federal.

Artigo 22º. Os membros poderão solicitar a participação de outros profissionais no desenvolvimento dos trabalhos, desde o mesmo tenha qualificação técnica comprovada e a aprovação dos demais membros.

Artigo 23º. As reuniões da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH serão realizadas mensalmente, convocadas pelo Presidente com local e horário, previamente definidos e informados pelo secretário desta.

Artigo 24º. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 25º. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.



REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Artigo 26º. O presidente da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa. Os cargos de presidente serão indicados pelas Diretorias Técnica e Geral, vice-presidente e secretário poderão ser definidos pelos demais membros da Comissão através de votação simples pelos membros nomeados.

Artigo 27º. As decisões da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 28º. As reuniões da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 29º. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal e anexado a ata da reunião ordinária.

Artigo 30º. Os assuntos tratados pelo da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 31º. Será solicitada a exclusão do

membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 32º. Nenhum membro Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão sem que para isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pela Comissão.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 33º. São atribuições de todos os membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar:

- I. Comparecer e participar efetivamente das reuniões ordinárias e extraordinárias;
- II. Divulgar o trabalho da Comissão;
- III. Colaborar na resolução de problemas e participar de ocorrências relacionadas com o controle de infecção hospitalar na Instituição;
- IV. Receber representantes e fornecedores, na ausência do presidente da Comissão, procurando obter e registrar as principais informações referentes aos novos produtos e aos já padronizados;
- V. Conhecer os produtos em uso no hospital, que sejam pertinentes à



REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

sua área de atuação;

VI. Propor diretrizes de atuação em assuntos relevantes para o controle de Infecção Hospitalar;

VII. Avaliar sistematicamente o Programa de Controle de Infecção Hospitalar - PCIH, e o Sistema Operacional de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológicas da unidade de saúde;

VIII. Propiciar intercâmbio técnico-científico com serviços similares de outras instituições;

IX. Integrar com o SCIH, objetivando desenvolver um conjunto de ações buscando a redução máxima possível na incidência, gravidade e desdobramentos das Infecções Hospitalares;

X. Estimular o quadro técnico da unidade de saúde, ao desenvolvimento de pesquisas que venham a contribuir, direta ou indiretamente, para o controle da Infecção Hospitalar.

III. Organizar e manter o arquivo da comissão;

IV. Preparar a correspondência.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 35º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, em conjunto com a Diretoria Geral Hospital Estadual de Formosa.

Artigo 36º. A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral.

Artigo 37º. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Artigo 34º. São atribuições do Secretário da Comissão:

I. Receber e protocolar os processos e expedientes;

I. Lavrar a ata das sessões/reuniões;

II. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.

AM

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH foi nomeada pela Diretoria Clínica do Hospital Estadual de Formosa em 05 de agosto de 2020 conforme Portaria Interna N°02 de agosto de 2020.

Regimento Interno da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH já aprovado e implantado desde 10/08/2020.

| MÊS | ATIVIDADES |
|---------|--|
| M1 e M2 | Reunião ordinária da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH. (primeira quinta-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| | Reunião ordinária da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH. (primeira quinta-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M3 | Reunião ordinária da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH. (primeira quinta-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| | Realizar treinamento – avaliar demandas. |
| M4 | Reunião ordinária da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH. (primeira quinta-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| | Elaborar o Programa de Controle de Infecção – PCIH para implantação pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. |
| M5 | Reunião ordinária da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH. (primeira quinta-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| | Realizar treinamento – avaliar demandas. |
| M6 | Reunião ordinária da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH. (primeira quinta-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |

| | |
|----------|---|
| M7 | Reunião ordinária da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH. (primeira quinta-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M8 | Reunião ordinária da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH. (primeira quinta-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M9 e M10 | Reunião ordinária da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH. (primeira quinta-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| | Realizar treinamento - avaliar demandas. |
| | Reunião ordinária da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH. (primeira quinta-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M11 | Reunião ordinária da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH. (primeira quinta-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M12 | Reunião ordinária da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH. (primeira quinta-feira do mês). |
| M13 | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| | Reunião ordinária da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH. (primeira quinta-feira do mês). Definir cronograma anual |

AC

INDICADORES DE IRA 3
INSTITUIÇÃO Nº 17/2016, DE 06/04/2016 (TOM)
NOTA TÉCNICA QWESGG/10 Nº 3/2016

Instituição: _____
 Presidente da CCIR: _____
 Coordenador de SCS: _____
 Mês de referência: _____ / _____

1. Distribuição mensal de IRA 3 por clínica

| Nº | Clínica | Nº IRAS | Total de IRAS | Nº de pacientes que receberam atendimento em Pronto-Socorro | Nº de pacientes que receberam atendimento em Ambulatório |
|----|---------|---------|---------------|---|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

2. Topografia

| Nº | Local de Clínica | Nº IRAS | Total de IRAS |
|----|---|---------|---------------|
| U1 | PLCS – Serviço Cirúrgico de Lactante e Neonato | | |
| U2 | CLC – Serviço de São Carlos | | |
| U3 | CLC – Serviço de São Carlos | | |
| U4 | PRB – Cirurgias nas estruturas e Vertébrico Cervicais | | |

3. Cirúrgico

| Nº | Intervenção de São Carlos | Nº IRAS | Total de IRAS |
|----|--|---------|---------------|
| U1 | Cesarianas | | |
| U2 | Implante Mamário | | |
| U3 | Ampliação de próstata* ¹ | | |
| U4 | Ampliação total de próstata* ¹ | | |
| U5 | Operar com videolaparoscopia com ou sem anastomose de intestinos | | |
| U6 | Operar com videolaparoscopia implante de servetes intracavitárias neurotóxicas amoladas (VIRGOL) | | |

* procedimentos procedentes de cirurgia ambulatorial (exceto videolaparoscopia)

Endereço: Av. Marechal José Luis de Espinoza, 176 - Parque Laguna II.

759

ITEM 2.1.6 - COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (COREME)

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM CLÍNICA MÉDICA

CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Residência Médica, doravante denominada COREME é órgão de assessoria vinculado à Diretoria da Técnica do Hospital Estadual de Formosa Dr. César Saad Fayad, encarregado da Coordenação da Residência Médica, com a finalidade de planejar e zelar pela perfeita execução dos seus Programas de Residência Médica e atividades correlatas, no âmbito da Unidade, de acordo com as normas nacionais em vigor.

São da competência específica da COREME

- HEF as seguintes ações:

- I - deliberar sobre o oferecimento de novos Programas de Residência Médica;
- II - analisar e definir, em conjunto com a diretoria geral do HEF, o número de vagas a ser oferecido por Programa de Residência Médica no edital do processo seletivo;
- III - definir, providenciar a execução e acompanhar o processo seletivo para os Programas de Residência Médica da Instituição;
- IV - avaliar os Programas de Residência Médica em curso;
- V - opinar sobre os conteúdos curriculares dos Programas de Residência Médica, quando solicitado;
- VI - elaborar e revisar, periodicamente, o regimento interno;
- VII - responsável pela emissão dos certificados de conclusão de programa dos médicos residentes, tendo por base o registro em sistema de informação da Comissão Nacional

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

de Residência Médica (CNRM):

VIII - participar das atividades e reuniões da Comissão Nacional de Residência Médica, sempre que convocada.

César Saad Fayad e seu respectivo suplente indicados pela Direção Geral.

A duração do mandato de cada representante é igual à duração oficial do Programa de Residência Médica correspondente, podendo haver recondução sequencial.

Parágrafo 1º - Substituir-se-á compulsoriamente o representante de qualquer categoria que se desvincule do grupo representado, ou que não compareça a 3 (três) reuniões seguidas ou no prazo de 1 (um) ano por mais de 4 (quatro) vezes alternadas, sem justificativa legal.

Parágrafo 2º - Os coordenadores eleitos, mesmo sem a condição de Supervisor de Programa durante seus mandatos, são membros da COREME com direito a voz e voto.

ESTRUTURA DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

CAPÍTULO I - Da Composição da COREME - HEF

A Comissão de Residência Médica do Hospital Estadual de Formosa Dr. César Saad Fayad será composta por:

- I. Um Coordenador Geral, que será o Presidente, e seu respectivo Vice-Coordenador Geral;
- II. Um Supervisor de cada área dos Programas de Residência Médica e seu respectivo Vice Supervisor;
- III. Um representante geral dos Médicos Residentes, eleito entre os demais representantes de cada Programa de Residência Médica e seu respectivo suplente;
- IV. Um Representante da Direção do Hospital Estadual de Formosa Dr.

CAPÍTULO II - Da Coordenação da COREME - HEF

Dentre os seus membros Supervisores de Programa de Residência Médica do Hospital Estadual de Formosa Dr. César Saad Fayad, serão eleitos, por todos os membros do colegiado, o Coordenador Geral da COREME, o 1º Vice-Coordenador e o 2º Vice Coordenador.

A duração do mandato do Coordenador Geral, do 1º Vice-Coordenador e do 2º Vice Coordenador, será de 4 (quatro) anos, podendo

haver apenas uma recondução sequencial.

Parágrafo 1º Se o Coordenador Geral da COREME - HEF perder a condição de Supervisor de Programa durante o exercício do seu mandato, este será mantido no cargo, desde que se mantenha como membro do corpo clínico. O mesmo procedimento será adotado para o 1º Vice-Coordenador e 2º Vice Coordenador.

Parágrafo 2º O Coordenador Geral, o 1º Vice-coordenador e o 2º Vice-Coordenador, mesmo sem a condição de Supervisor de Programa durante seus mandatos, são membros da COREME - HEF com direito a voz e voto.

São atribuições do Coordenador Geral da Comissão de Residência Médica:

- I - Dirigir a COREME - HEF, respondendo diretamente à Direção do Hospital Estadual de Formosa Dr. César Saad Fayad;
- II - Convocar e presidir as reuniões;
- III - Elaborar a pauta das reuniões;
- IV - Encaminhar aos órgãos competentes as solicitações de informações requeridas pela COREME - HEF;
- V - Encaminhar à Diretoria Geral as deliberações tomadas pela COREME - HEF;

VI - Representar a COREME - HEF nas reuniões colegiadas;

VII - Nomear, entre os coordenadores, representante substituto em caso de impedimento temporário do exercício de suas funções;

VIII - Coordenar o processo seletivo aos Programas de Residência Médica.

CAPÍTULO III - Da Comissão De Residência Médica

São atribuições da COREME - HEF:

- I - Viabilizar a infra-estrutura para o desenvolvimento dos Programas de Residência Médica, incluindo o financiamento e pagamento das bolsas, mantendo interface com a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e demais instituições afins;
- II - Encarregar-se da divulgação interna e externa, a fim de agilizar e facilitar a comunicação entre os diferentes programas e a COREME - HEF, bem como de outros assuntos de interesse em benefício do aprimoramento dos programas;
- III Zelar pelo cumprimento das normas e bom andamento dos Programas de Residência Médica, no tocante ao conteúdo formativo;
- IV - Encarregar-se dos assuntos relacionados diretamente aos médicos residentes, tais como

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

moradia, ajustes à Instituição, ao regulamento da Instituição e ao Programa de Residência Médica.

CAPÍTULO IV - Da Secretaria

Ao(A) Secretário(a) da COREME - HEF compete:

- I - dirigir o serviço de secretaria;
- II - assistir às reuniões da COREME - HEF, gravando-as e lavrando as atas;
- III - submeter ao Coordenador Geral os assuntos em pauta;
- IV - cumprir o que for determinado pelo Coordenador Geral.

CAPÍTULO IV - Do Processo Seletivo Para Residência

A seleção para preenchimento das vagas de todos os Programas de Residência Médica é anual e de acordo com as normas específicas estabelecidas em edital, publicado na imprensa, e em observância ao prazo legal.

Parágrafo 1º O candidato deverá apresentar a documentação em conformidade com o es-

tabelecido em edital.

Parágrafo 2º Todo o processo de seleção será de acordo com a legislação vigente.

Os candidatos selecionados deverão efetivar a matrícula no prazo determinado pelo edital.

Parágrafo Único. O trancamento de matrícula no Programa de Residência Médica só será possível nos casos previstos pela CNRM.

DOS ATOS FORMAIS DAS COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

CAPÍTULO I - Das Reuniões

A COREME - HEF fará reuniões mensais ordinárias, sempre que possível na última terça-feira do mês e, extraordinariamente, serão realizadas quantas reuniões se fizerem necessárias.

Parágrafo 1º O calendário de reuniões ordinárias será divulgado amplamente, no início de cada ano letivo.

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Parágrafo 2º Será instalada sessão com a presença mínima de 1/3 (um terço) dos membros da COREME - HEF.

As convocações para as reuniões deverão ser realizadas com antecedência mínima de 3 (três) dias úteis para as reuniões ordinárias e de 24 (vinte e quatro) horas para as extraordinárias.

Parágrafo Único. As reuniões extraordinárias serão convocadas pelo Coordenador Geral ou por solicitação da maioria dos membros da COREME - HEF.

As deliberações serão aprovadas por maioria simples dos votos dos membros presentes e, em caso de empate, prevalecerá o voto do Coordenador Geral.

O Coordenador Geral, após aprovação da COREME - HEF, poderá constituir subcomissões assessoras.

O Coordenador Geral, após aprovação da COREME - HEF, poderá convidar, temporariamente, assessores para auxiliar em assuntos específicos.

A COREME - HEF poderá propor a alteração, complementação ou retificação dos termos do presente Regimento Interno a qualquer tempo.

Parágrafo 1º As propostas referidas no caput deste artigo, poderão ser apresentadas por qualquer dos membros da COREME, acompanhadas de justificativas, e deverão ser discutidas e aprovadas pelo voto de no mínimo 2/3 (dois terços) dos membros da COREME - HEF, em reunião convocada especificamente para esta finalidade.

Parágrafo 2º As propostas de alteração, complementação ou retificação deste Regimento Interno aprovadas pela COREME - HEF, deverão ser apresentadas à Direção Geral da Instituição.

CAPÍTULO II - Das Disposições Finais

As dúvidas e os casos omissos surgidos na aplicação deste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor da Instituição, ouvido o Coordenador Geral da COREME - HEF e o demais Coordenador ao qual o assunto estiver relacionado.

As disposições deste Regimento Interno passam a vigorar a partir da data de sua publicação.

AM

ITEM 2.1.7 COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL (COREMU)

LOGO DA
UNIDADE

PROPOSTA DE
REGIMENTO DA
RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE HOSPITAL
ESTADUAL DE
FORMOSA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

CONSTITUIÇÃO

Este regimento orienta e disciplina os programas de residência multiprofissional em Saúde desenvolvidos no Hospital Estadual de Formosa e instituições parceiras.

A Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que institui a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e que cria, no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS;

A Portaria Interministerial nº 2.117, de 03 de novembro de 2005, que institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação a Residência Multiprofissional em Saúde;

A Portaria Interministerial nº 45 (Ministério da Educação e Ministério da Saúde), de 12

de janeiro de 2007, que instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde;

A Resolução MEC/CNS nº 1 (Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação), de 8 de junho de 2007, que estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação lato sensu, em nível de especialização.

A Portaria Interministerial nº 1.077 (Ministério da Educação e Ministério da Saúde), de 12 de novembro de 2009, que dispõe sobre a orientação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Área Profissional da Saúde baseada nos princípios e diretrizes do SUS, a partir das realidades locais e regionais e de forma a contemplar 12 eixos norteadores elencados na portaria;

A Portaria Interministerial nº 1.320 (Ministério da Educação e Ministério da Saúde), de 11 de novembro de 2010, que dispõe so-

LOGO DA
UNIDADE

PROPOSTA DE
REGIMENTO DA
RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE HOSPITAL
ESTADUAL DE
FORMOSA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

bre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde:

A Resolução MEC/CNS nº 2 (Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação), de 12 de fevereiro de 2014, que institui o cadastro nacional de oferta de cursos de pós-graduação lato sensu das instituições credenciadas no Sistema Federal de Ensino.

A Portaria Interministerial nº 16 (Ministério da Educação e Ministério da Saúde), de 22 de dezembro de 2014, que inclui áreas profissionais para a Realização de Programas de Residência e em Área Profissional da Saúde;

A atualização do regimento interno da COREMU/HEF também está pautada nas recomendações ou obrigatoriedades apresentadas em todas as resoluções e regulamentações vigentes da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde, a saber:

A Resolução CNRMS nº 02, de 04 de maio de 2010, que dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);

A Resolução CNRMS nº 02, de 02 de fevereiro de 2011, que dispõe sobre a transferência de profissionais da saúde residentes;

A Resolução CNRMS nº 03, de 17 de fevereiro

de 2011, que dispõe sobre licenças, trancamentos e outras ocorrências de afastamento de profissionais da saúde residentes;

A Resolução CNRMS nº 01, de 30 de janeiro de 2012, que institui as Câmaras Técnicas da CNRMS, estruturadas e organizadas segundo as 6 áreas temáticas;

A Resolução CNRMS nº 02, de 13 de abril de 2012, que institui as diretrizes gerais para a criação e operacionalização dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde construídos em interface com as áreas temáticas que compõem as diferentes Câmaras Técnicas da CNRMS;

A Resolução CNRMS nº 03, de 16 de abril de 2012, que dispõe sobre a data de início dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, preenchimento de vagas e desistências;

A Resolução CNRMS nº 05, de 23 de novembro de 2012, que institui o Sistema de Informação da CNRMS (SisCNRMS);

A Resolução CNRMS nº 05, de 7 de novembro de 2014, que dispõe sobre a duração e a carga horária dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde e sobre a avaliação e frequência dos profissionais de saúde residentes;

AM

A Resolução CNRMS nº 07, de 13 de novembro de 2014, que regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde:

Este regimento conduzirá todos os Programas de Residência Multiprofissional executados pelo Hospital Estadual de Formosa. Atualmente o Hospital oferece Programa de Residência Multiprofissional em duas áreas temáticas: especialidades clínicas (Saúde do adulto e do idoso). Podendo ser ampliado a outros campos de prática.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE DO REGIMENTO

Art. 1º. A Residência Multiprofissional em Saúde do HEF destina-se aos profissionais de saúde. A Residência Multiprofissional do HEF caracteriza-se por ensino de pós-graduação lato sensu, sob forma de curso de especialização e treinamento em serviço, sob orientação de profissionais de qualificação adequada.

Art. 2º. A Residência Multiprofissional em Saúde do HEF tem como objetivo desenvolver competências e habilidades profissionais para a atuação em equipe interdisciplinar com base nos princípios do SUS e considerando a concepção biopsicossocial do processo saúde-doença. Visa desenvolver a

capacidade crítica no processo de atuação em saúde fundamentada nos princípios éticos, científicos e sociais.

Art. 3º. A Residência Multiprofissional em Saúde do HEF será realizada sob orientação dos professores do quadro da universidade parceira e/ou de preceptores dos diversos setores do Hospital Estadual de Formosa ou ainda dos campos de prática.

CAPÍTULO II - DA GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA (GEP)

Art. 4º. A Residência Multiprofissional em Saúde do HEF está vinculada à GEP nos moldes do Programa de Residência Médica já existente.

Art. 5º. A coordenação será de responsabilidade da Comissão de Residência Multidisciplinar (COREMU).

Art. 6º. São atribuições da GEP:

- I- Coordenar técnica e pedagogicamente o Programa de Residência Multiprofissional em suas diversas modalidades, em parceria com a COREMU;
- II- Nomear os preceptores do programa de residência, indicados como responsáveis pela supervisão das diversas áreas, uma vez aprovados pela COREMU;

- III- Apoiar técnica e administrativamente o Programa de Residência Multiprofissional, zelando pelo cumprimento das normas legais da COREMU;
- IV- Coordenar, em conjunto com a COREMU, a tutoria e preceptoria da Residência Multiprofissional;
- V- Convocar reuniões com a COREMU ou reuniões com tutores e preceptores quando necessário ou por solicitação do coordenador da COREMU;
- VI- Proporcionar recursos para manutenção e desenvolvimento do Programa de Residência Multiprofissional;
- VII- Analisar o pedido de credenciamento e/ou recondição do Programa de Residência Multiprofissional, emitindo pareceres técnicos, obedecendo as normas legais relativas à matéria;
- VIII- Homologar e fazer cumprir o Regimento da Residência Multiprofissional;
- IX- Coordenar, em parceria com a COREMU, o processo de seleção da residência por concurso público;
- X- Legitimar as alterações, que se fizerem necessárias neste Regimento, propostas pela COREMU;
- XI- Aplicar sanções disciplinares após parecer da COREMU, obedecendo as normas regimentais;
- XII- Estar presente nas reuniões da COREMU.

CAPÍTULO III - DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL (COREMU)

SEÇÃO I - Competências

Art. 7º. A Comissão de Residência Multiprofissional - COREMU compete:

- I- Fazer cumprir o Programa da Residência Multiprofissional e este Regimento;
- II- Coordenar, organizar, articular, supervisionar, avaliar e acompanhar técnica e pedagogicamente todos os Programas de Residência Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde não médica do HEP;
- III- Eleger o coordenador e o coordenador adjunto da Residência Multiprofissional;
- IV- Coordenar, em parceria com a GEP, a seleção pública dos residentes, definindo diretrizes, elaborando editais e acompanhando o processo seletivo;

- V- Elaborar parecer em casos de desacordo às normas desse regimento propondo as penalidades disciplinares cabíveis;
- VI- Propor as alterações que se fizerem necessárias no Regimento do Programa de Residência Multiprofissional do HEF junto à GEP;
- VII- Acompanhar e avaliar o desempenho dos discentes;
- VIII- Elaborar, acompanhar e avaliar a programação do Programa de Residência Multiprofissional do HEF nos diversos setores do HEF, obedecendo às normas contidas neste regimento.

SEÇÃO II Constituição

Art. 8º. A COREMU é constituída por:

- I- Um coordenador geral e um coordenador adjunto eleitos, bienalmente;
- II- Um coordenador do Programa;
- IV- Um coordenador docente, indicado bienalmente pela instituição de ensino parceira, e um coordenador técnico-administrativo de cada área de atuação;
- V- Um representante e um suplente dos residentes, indicados por seus pares anualmente;

VI- Um representante do gestor da Secretaria de Estado de Saúde-GO.

§ 1º. Todos os membros da COREMU, com exceção do representante do gestor, deverão ter vínculo com o HEF. No caso dos representantes dos alunos, os mesmos devem estar regularmente matriculados.

§ 2º. O coordenador geral e adjunto, assim como os docentes e técnicos, poderão ter direito a uma recondução aos respectivos cargos.

SEÇÃO III - Reuniões

Art. 9º. A COREMU reunir-se-á em caráter ordinário uma vez por mês com calendário previamente determinado ou extraordinariamente quando se fizer necessário.

§ 1º O membro que não comparecer a pelo menos metade das reuniões anuais será automaticamente desligado, sendo a equipe da área profissional representada a responsável por indicar um novo membro em substituição.

§ 2º. Decorrido quinze minutos da hora marcada para o início da sessão e inexistindo quórum mínimo, serão instalados os trabalhos com os membros presentes.

§ 3º. As sessões da COREMU serão registradas em atas, cuja elaboração ficará a cargo do auxiliar administrativo da GEP, na qual deverão constar os nomes dos membros presentes, os assuntos debatidos e as decisões emanadas.

§ 4º. Após aprovação a ata torna-se documento homologado.

§ 5º. Sempre que constatada a inobservância das atribuições inerentes aos membros da COREMU, bem como o descumprimento deste Regimento, a comissão solicitará sua substituição à equipe representada.

III- Apresentar o voto de desempate em deliberações da COREMU;

IV- Em caso de impedimento do coordenador, as atribuições descritas nos artigos 10º e 11º serão de responsabilidade do coordenador adjunto;

V- Em caso de impedimento do coordenador e do coordenador adjunto, deverá ser

VI- designado um representante entre os coordenadores docentes e técnicos (tutores e preceptores) membros da COREMU.

SEÇÃO IV - Atribuições do Coordenador

Art. 10. O coordenador da COREMU será eleito bianualmente, entre seus membros, por maioria simples dos votos dos presentes em assembleia ordinária divulgada previamente.

Art. 11. Incumbirá ao coordenador:

- I- Representar a COREMU em situações que se fizerem necessárias;
- II- Organizar e coordenar as reuniões da COREMU;

SEÇÃO V - Atribuições do Coordenador Adjunto

Art. 12. O coordenador adjunto da COREMU será eleito bianualmente, entre seus membros, por maioria simples dos votos dos presentes em assembleia ordinária divulgada previamente.

§ 1º. Quando do conflito de interesse com o coordenador, caberá ao coordenador adjunto gerenciá-lo.

§ 2º. Em caso de impedimento do coordenador, as atribuições descritas nos artigos 10 e 11 serão de responsabilidade do coordenador adjunto.

AL

LOGO DA
UNIDADE

PROPOSTA DE
REGIMENTO DA
RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE HOSPITAL
ESTADUAL DE
FORMOSA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

SEÇÃO VI – Demais Membros da COREMU

Art. 13. Compete aos membros da COREMU:

- I- Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da COREMU;
- II- Ter voz e voto nas deliberações e votações da COREMU;
- III- Eleger por maioria simples dos votos, com no mínimo 50% mais um dos membros da COREMU presentes, o coordenador e o coordenador adjunto da COREMU;
- IV- Entre os membros serão eleitos os coordenadores dos programas de residência, bianualmente;
- V- Representar, quando indicados, o coordenador e o coordenador adjunto da COREMU, no caso de seu impedimento;
- VI- Organizar e coordenar as reuniões com os demais tutores, preceptores e residentes da sua área profissional;
- VII- Participar de reuniões com os Departamentos, Faculdades e Institutos da UnB para apresentar os relatórios de acompanhamento do Programa de Residência Multiprofissional da HEF e discutir temas relativos à Residência.

SEÇÃO VII – Representação do Gestor da Secretaria de Estado de Saúde - GO

Art. 14. Compete ao gestor:

- I- Representar a Secretaria de Saúde do Estado de Goiás- SES/GO;
- II- Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da COREMU;
- III- Ter voz e voto nas deliberações e votações da COREMU.

SEÇÃO VIII – Representação de Residentes

Art. 15. Compete aos representantes dos residentes:

- I- Representar o interesse dos grupos de residentes junto à COREMU e à unidade de pós-graduação da GEP;
- II- Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da COREMU;
- III- Ser responsável por divulgar entre os residentes todas as informações necessárias para a realização da Residência;
- IV- Ter voz e voto nas deliberações e votações da COREMU;

- V- Zelar pelo cumprimento deste regimento e outras deliberações concernentes ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HEF;

Parágrafo 1. Os residentes elegerão, anualmente, por maioria simples dos votos, seus representantes e encaminharão por escrito à COREMU;

Parágrafo 2. Cada Programa deverá eleger um representante de R1 e de R2 e seus suplentes, sendo eleitos pelos residentes do seu ano de ingresso, regularmente matriculados.

CAPÍTULO IV – DOS RESIDENTES

SEÇÃO I - Direitos dos Residentes

Art. 16. Os direitos dos Residentes serão regidos pelas normas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde do Ministério da Educação.

Art. 17. São direitos do residente:

- I- Receber mensalmente auxílio financeiro sob a forma de bolsa da Residência fornecida pelo Ministério da Educação e definido pela legislação vigente;
- II- Realizar as refeições no refeitório ou opção que substitua;

- III- Ser informado semestralmente sobre o seu desempenho;

- IV- Obter licença médica mediante atestado médico, segundo norma vigente, com posterior compensação da carga horária;

- V- Obter licença nojo, com direito a 8 (oito) dias de afastamento, por ocasião do óbito de genitor(es), irmão(s), filho(s) e cônjuge, com posterior compensação de carga horária. É obrigatória a apresentação da cópia do atestado de óbito para ser afixado à frequência;

- VI- Obter licença gala, com direito a 7 (sete) dias de afastamento com posterior compensação de carga horária, sendo obrigatória a apresentação de cópia da certidão de casamento ou equivalente;

- VII- Fazer jus à licença maternidade ou licença adoção de até cento e vinte dias, prorrogáveis, nos termos da Lei n. 11.770, de 9 de setembro de 2008, a pedido da residente, por até sessenta dias. Ao iniciar a licença deverá ser apresentada cópia da certidão de nascimento do filho(a) ou de adoção;

- VIII- Obter licença de 5 (cinco) dias de afastamento para auxiliar a mãe de seu filho recém-nascido ou adotado a partir da data de nascimento do filho(a) ou do termo de adoção. Ao iniciar a licença deverá apresentar cópia da certidão de nascimento do filho(a) ou do termo de adoção. Ao final da residência haverá a compensação da carga horária.

Parágrafo Único. É de responsabilidade do residente se reportar à Divisão de Gestão de Pessoal para dar entrada nos trâmites do auxílio.

- IX- Receber certificado emitido pela instituição de ensino parceira, após aprovação na Residência, no prazo estipulado pela mesma;
- X- Usufruir 1 (um) dia de repouso semanal;
- XI- Gozar 30 dias de repouso anuais, para cada ano de atividades com percepção integral da bolsa. O período de repouso poderá ser concedido após seis meses de atividade no programa de residência e fracionado no máximo em dois períodos de quinze dias e não acumulativas. Este deverá ser definido previamente com os preceptores e tutores da sua área de atuação e comunicado à COREMU com 30 dias de antecedência do primeiro período, já prevendo o segundo período de férias;
- XII- Nos afastamentos por motivo de saúde por período superior a 15 dias, a bolsa de estudos será bloqueada a partir 16º dia, ocorrendo o desbloqueio quando do retorno do residente as suas atividades, e o programa será prorrogado por prazo equivalente à duração do afastamento.

Parágrafo 1- As regras apresentadas no inciso XI, em caráter de excepcionalidade, poderão ser modificadas após aprovação da COREMU.

Parágrafo 2. Se houver reprogramação das férias deverá ser comunicado a COREMU com 60 dias de antecedência.

Art. 18. Os residentes serão estimulados a participar de congressos. Para tanto, estes estarão relacionados à área de formação do programa à qual o residente se vincula, e os resultados serão socializados.

Parágrafo único. A COREMU regulará as participações de acordo com sua realidade.

Art. 19. O residente terá direito a afastamento para comparecer a Congressos Científicos, desde que não cause prejuízo as suas atividades no programa nem ao funcionamento adequado do serviço ao qual esteja vinculado.

Art. 20. A solicitação deverá ser feita, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ao preceptor e ao tutor da área.

Parágrafo único. A participação a partir do segundo congresso no ano estará condicionada a submissão um trabalho científico, preferencialmente com a apresentação deste. O residente deverá apresentar o comprovante de participação e o relatório do evento, sob pena de impedimento em futuras participações. Deverá, ainda, repor os dias correspondentes ao evento, sem remuneração, no término da residência.

Art. 21. O residente que se afastar do programa por motivo devidamente justificado e autorizado deverá completar a carga horária prevista, repondo as atividades perdidas em razão do afastamento, garantindo a aquisição das competências estabelecidas no programa.

Art. 22. Em caso de desistência do programa de residência, o residente deve informar o Coordenador do Programa e formalizá-la junto à COREMU para que possam ser tomadas as medidas administrativas cabíveis. O não cumprimento acarretará em ressarcimento dos valores pagos com a Bolsa.

SEÇÃO II – Deveres dos Residentes

Art. 22. Os deveres dos Residentes serão regidos pelas normas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde do Ministério da Educação.

Art. 23. São deveres do residente:

- I- Cumprir a carga horária estabelecida neste Regimento, sendo observada a dedicação exclusiva ao Programa;
- II- Seguir a escala de serviço elaborada pelo coordenador da área profissional. Qualquer

modificação na escala só poderá ser realizada com autorização dos coordenadores de área, ouvidos os outros membros do programa na área específica ou pela COREMU;

- III- Ter postura ética, multiprofissional e humanizada com os usuários e com as equipes que trabalham no hospital;
- IV- Respeitar as normas e rotinas estabelecidas para o Residente, e de trabalho do HEP, como também a hierarquia do serviço;
- V- Comunicar previamente, em até 48 horas, ao preceptor qualquer necessidade de afastamento do hospital durante o período de trabalho, para que sejam tomadas as providências cabíveis ao cumprimento das atividades no setor;
- VI- Comunicar aos tutores ou preceptores e à GEP os casos de licença ou atestado médico, para que estes tomem as providências cabíveis. O não comparecimento ao plantão, sem justificativa, será considerado falta grave, sendo o fato levado ao conhecimento da COREMU;
- VII- Assinar a frequência diariamente. O horário de chegada e saída deverá ser cumprido, havendo um prazo de 15 (quinze) minutos de tolerância em caso de atraso. Ultrapassado este

tempo, o residente deverá justificar-se ao tutor ou preceptor e receberá advertência verbal. A reincidência de atrasos superiores a quinze minutos por mais de três vezes ao mês será punida com advertência escrita. A frequência deve ser entregue mensalmente à COREMU;

VIII- Apresentar-se uniformizado, com jaleco da cor branca, e usar crachá nas dependências do HEF;

IX- Comparecer às reuniões convocadas pelas instâncias superiores, observando pontualidade e assiduidade;

X- Responsabilizar-se pela assistência profissional prestada aos usuários do hospital, por meio de suas ações. As condutas deverão ser sempre orientadas e/ou discutidas com o tutor ou preceptor. Em caso de discordância de condutas entre residente e tutor ou preceptor, o coordenador da área e do programa devem ser informados e auxiliar na resolução.

XI- Proceder aos registros de modo conveniente, incluindo a sua identificação profissional;

XII- Apresentar os trabalhos exigidos de acordo com a programação e normas estabelecidas pela COREMU;

XIII- Substituir, eventualmente, outros

residentes em suas funções, caso seja de necessidade do serviço (sempre sob supervisão);

XIV- Disponibilizar e manter atualizado, junto à COREMU, endereço residencial, e-mail e telefones de contato;

XV- Zelar pelas instalações do hospital e pelo material entregue aos seus cuidados;

XVI- Registrar-se no Conselho Regional da classe profissional e manter em dia as obrigações com essa entidade, de acordo com a normas vigentes para o exercício da profissão;

XVII- Filiar-se ao Sistema Previdenciário na qualidade de segurado contribuinte individual, de acordo com a normatização vigente;

XVIII- Apoiar as atividades dos acadêmicos da instituição de ensino parceira.

Art. 24. Em caso de alterações informais na escala entre Residentes, a responsabilidade por faltas, omissões e rotinas incompletas será do Residente que estiver escalado. Não poderá ser feita troca de plantão entre qualquer profissional técnico e residente.

Art. 25. Nos casos de solicitação de desliga-

mento ou trancamento da Residência Multiprofissional, por ato formal e de iniciativa do residente, deverá ser encaminhada uma solicitação à COREMU contendo o motivo da solicitação.

Art. 26. A COREMU estabelece que:

- I- O trancamento de matrícula, parcial ou total, exceto para cumprimento de obrigações militares, poderá ser concedido excepcionalmente mediante aprovação da COREMU;
- II- Em caso de solicitação de trancamento, deverá ser encaminhada uma COREMU, após ciência do coordenador de área, contendo o prazo e o motivo do trancamento solicitado. Tal solicitação será apreciada pela COREMU, podendo esta optar por aprovar ou não o trancamento;
- III- O órgão financiador e a CNRMS deverão ser informados imediatamente para procederem com o cancelamento da bolsa, a partir da data de desligamento ou trancamento, e tomar outras providências. O não cumprimento dos trâmites legais acarretará em ressarcimento dos valores pagos com a Bolsa.

Art. 27. Em períodos de férias, licenças ou folgas, os residentes em serviço assumirão as atividades do ausente, com esquema combinado previamente com os tutores e preceptores da área.

SEÇÃO III - Avaliações

Art. 28. A avaliação da COREMU será realizada durante todo o Programa, sendo consideradas: assiduidade, pontualidade, atitudes, ética, habilidades, competências, atividades científicas, avaliações formativas e trabalho de conclusão.

Art. 29. A avaliação teórica será realizada abrangendo temas relacionados aos conteúdos dos eixos comuns e específicos ministrados nas aulas teóricas, bem como aos temas discutidos nas atividades práticas por área de atuação e interdisciplinar.

Art. 30. A avaliação prática levará em conta os conteúdos cognitivos, comportamentais e afetivos, como também o desenvolvimento das capacidades e competências para a atuação integral no contexto de uma equipe de saúde.

Art. 31. Os Residentes serão avaliados ao término de cada disciplina, seja teórica ou prática, onde serão contemplados todos os critérios estabelecidos no regimento.

Art. 32. Os Residentes serão avaliados pelos tutores, docentes e preceptores do programa de acordo com os critérios estabelecidos neste regimento descritos nos artigos acima. O processo avaliativo deve acontecer trimestralmente, mas a sistematização do processo dar-se-á ao final de cada semestre.

Art. 33. A promoção do Residente para o semestre seguinte e a obtenção do certificado de conclusão do programa estão condicionados:

- I - ao cumprimento integral da carga horária prática e teórico/prática do programa;
- II - ao cumprimento de um mínimo de 85% (oitenta e cinco por cento) da carga horária teórica;
- III - à aprovação obtida por meio de valores ou critérios adquiridos pelos resultados das avaliações realizadas durante o semestre. Para isso o Residente deverá obter a média final igual ou superior a cinco (MM) em todas as disciplinas teóricas e práticas realizadas.

Art. 34. O trabalho de conclusão (TCC) da COREMU será apresentado no último ano do programa de residência e deverá seguir as normas instituídas no regimento específico para tal finalidade.

Parágrafo Único: O não cumprimento do art.33 e 34 deste regimento será motivo de desligamento do Profissional de Saúde Residente do programa.

Art. 35. Para receber o Certificado de Conclusão, o Residente deverá obter a média final igual ou superior a cinco (MM) em todas as disciplinas teóricas e práticas re-

alizadas, como também no trabalho final que deverá ser aprovado por banca constituída para esse fim.

Art. 36. O Programa da COREMU será avaliado pelos Residentes, com objetivo de adequação e melhorias contínuas na capacitação e aprimoramento de seus tutores, preceptores e da sua estrutura física e acadêmica.

SEÇÃO IV – Penalidades

Art. 37. As faltas disciplinares ou técnicas dos residentes serão apreciadas pela COREMU e comunicadas à GEP.

Art. 38. O não cumprimento no disposto sobre os deveres dos residentes é passível de sanções disciplinares.

Art. 39. Na aplicação de sanções disciplinares serão considerados os fatos e sua natureza, a gravidade da falta cometida, os danos que dela provierem e os antecedentes do Residente e seguirão as normas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde do Ministério da Educação.

Art. 40. São consideradas faltas plausíveis para sanções disciplinares, além do não cumprimento dos deveres do residente:

- I-Falta de assiduidade reiterada às atividades programadas pela COREMU;
- II-Faltas sem justificativas;
- III- Insubordinação;
- IV- Conduta desabonadora, no âmbito do HEF e em outros campos assistenciais ou fora deles, que comprometa o nome da Instituição;
- V- Ofensa física e/ou verbal em serviço, salvo em legítima defesa;
- VI- Falta sem justificativa por mais de sete dias consecutivos ou quinze dias intercalados;
- VII-Em decorrência de problemas éticos;
- VIII Baixo índice de aproveitamento, conforme critérios estabelecidos neste Regimento;
- IX- Não enquadramento nas exigências deste Regimento.
- X- Não atendimento à exigência da dedicação exclusiva.

Art. 41. Os Residentes ficam sujeitos às seguintes sanções disciplinares: advertência verbal, advertência escrita, suspensão e desligamento, nesta ordem.

Art. 42. A advertência verbal será aplicada pelo tutor ou preceptor e comunicada à COREMU, no caso de falta considerada leve, nos casos I e II do artigo 40.

Art. 43. A advertência por escrito será aplicada pela COREMU e registrada em ficha de avaliação individual, nos casos de reincidência da falta leve ou uma falta grave. A falta leve é considerada o não cumprimento dos itens I e II; a falta grave, o não cumprimento dos itens III a X do artigo 40.

Art. 44. Após uma advertência por escrito, a COREMU emitirá parecer à GEP para aplicação da suspensão do Residente. Art. 45. A pena de suspensão pode ser aplicada por 15 (quinze) ou 30 (trinta) dias, devendo o residente cumprir a carga horária ao final do ano de treinamento.

Art. 46. A penalidade de suspensão é aplicada em casos de desobediência grave, falta de cumprimento dos deveres, bem como, reincidência em transgressão funcional com pena de advertência (após três advertências escritas).

Art. 47. O desligamento é aplicado nos casos avaliados como mais graves ou reincidência da suspensão, principalmente nos itens de IV a X.

- I- O desligamento pode ser proposto pela COREMU e encaminhado à GEP e posteriormente à CNRMS;
- II- Os casos sujeitos ao desligamento serão apreciados pela COREMU, que poderá realizar sindicância visando o esclarecimento dos fatos;
- III- O desligamento também pode ocorrer a pedido do residente ou ao término da residência.
- IV- O não atendimento a exigência da dedicação exclusiva será considerada falta grave, punida com o desligamento do residente, após sindicância visando esclarecimento dos fatos.

Art. 48. A aplicação da pena de desligamento é da competência da GEP e da CNRMS, por proposição da COREMU, devidamente fundamentada.

Art. 49. Ao residente será garantido pleno direito de defesa.

Parágrafo único. Caso o residente não concorde com a decisão da COREMU, poderá recorrer, por escrito, à GEP, que poderá emitir seu parecer e encaminhar à COREMU para que seja enviado à CNRMS.

CAPÍTULO IV - DA SUPERVISÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA

SEÇÃO I - Preceptores

Art. 50. Os preceptores são profissionais vinculados ao HEP, que integram as equipes multiprofissionais, designados por área de atuação profissional e responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços que integram o programa.

Art. 51. O preceptor deve pertencer ao quadro de profissionais contratados pelo HEP ou cedidos de pelo parceiro educacional.

Art. 52. O requisito mínimo para o profissional ser preceptor é ter formação mínima de especialista e disponibilidade para ingressar no programa, como também para participar dos programas de atualização e capacitação permanente.

Art. 53. O preceptor deverá, necessariamente, ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão e estar presente no cenário de prática.

Art. 54. A necessidade de o preceptor ser da mesma área profissional do residente não se aplica às atividades que possam ser de-

sempenhadas por quaisquer profissionais da saúde habilidades na área de atuação específica.

Art. 55. Das atribuições dos preceptores:

- I- Participar das reuniões por área de atuação com os tutores e residentes;
- II- Exercer a função de orientador de referência para o residente no desempenho das atividades práticas, participando da supervisão e avaliação do residente;
- III- Orientar e acompanhar, com suporte de tutores, o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas dos residentes, observando-se as diretrizes do projeto pedagógico;
- IV- Elaborar, com o suporte de tutores e demais preceptores da área de concentração, as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução;
- V- Participar da implementação e avaliação do projeto pedagógico do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;
- VI- Facilitar a integração entre os residentes em formação, e destes com a equipe de saúde, com os usuários (indivíduos, família e grupos), com residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática;
- VII- Participar, junto com os residentes e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS;
- VIII- Participar da elaboração de relatórios periódicos e documentos desenvolvidos pelos residentes sob sua supervisão;
- IX- Proceder, em conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima trimestral;
- X- Orientar e avaliar o trabalho técnico e científico do residente, inclusive o TCC (Trabalho de Conclusão de Curso), respeitada a exigência mínima de titulação de mestre;
- XI- Programar grupos de estudo e sessões clínicas com os residentes na sua clínica;
- XII- Identificar dificuldades e problemas de qualificação dos residentes relacionadas ao desenvolvimento das atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no programa pedagógico, encaminhando-as ao(s) tutor(es) quando necessário;
- XIII- Identificar e informar para o(s) tutor(es) sobre as dificuldades vivenciadas no campo de prática.

de forma a manter a COREMU informada sobre as barreiras ao bom desempenho das atividades dos residentes;

- XIV- Solicitar ao tutor que discuta com a COREMU a aplicação de sanções disciplinares.

SEÇÃO II - Tutores

Art. 56. Os tutores são profissionais de instituições de ensino parceira do HEP, com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 03 anos designados por área de atuação profissional, para orientar academicamente preceptores e residentes nos diferentes campos de prática.

Art. 57. O tutor precisa ser da mesma área profissional do residente ou preceptor sob sua orientação.

Art. 58. Os tutores de núcleo serão responsáveis pela orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos preceptores e residentes por área profissional.

Art. 59. Os tutores de campo serão responsáveis pela orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos preceptores e residentes no âmbito do campo de conhecimento, integrando os núcleos

desaberes e práticas das diferentes profissões que compõe a área de concentração.

Art. 60. Das atribuições dos tutores:

- I- Planejar e implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino-serviço, possibilitando a aquisição das competências previstas no projeto pedagógico;
- II- Organizar, em conjunto com os preceptores, reuniões periódicas para implementação e avaliação do projeto pedagógico;
- III- Planejar, implementar e avaliar em conjunto com a COREMU o projeto pedagógico do programa de Residência, contribuindo para o seu aprimoramento;
- IV- Participar do planejamento e implementação das atividades de educação permanente para preceptores;
- V- Planejar e implementar, junto aos preceptores, equipes de saúde, docentes e residentes, ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias para atenção e gestão em saúde;
- VI- Articular a integração dos preceptores e os residentes em formação com seus respectivos pares de outros programas, incluindo a residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde;

- VII- Articular a integração dos preceptores e residentes com a equipe de saúde presente no campo de prática, bem como com os usuários e seus cuidadores;
- VIII- Atuar como supervisor nos processos de treinamento em serviço e avaliação dos Residentes;
- IX- Orientar o trabalho técnico e científico do residente, inclusive o TCC (Trabalho de Conclusão de Curso), acompanhando-o em todas as etapas e buscando soluções em conjunto para os problemas surgidos no exercício das atividades;
- X- Manter a COREMU informada sobre o desempenho das atividades e as dificuldades enfrentadas pelos residentes e preceptores;
- XI- Solicitar à COREMU a aplicação de sanções disciplinares.

SEÇÃO III – Disposições Gerais

Art. 61. Os residentes terão supervisão permanente de tutores ou preceptores na proporção máxima de três residentes para um supervisor em regime de tempo integral ou dedicação exclusiva, ou de três residentes para dois supervisores em tempo parcial.

Parágrafo único. Em relação à proporção de residente por supervisor, quando houver reso-

lução específica em conselhos das Áreas Profissionais da Saúde, essa prevalecerá e será utilizada para determinar tal quantitativo.

Art. 62. O HEF se compromete em incentivar a constante atualização dos profissionais responsáveis pela preceptoria e tutoria.

Art. 63. Poderá haver, a critério da Direção do HEF, a liberação de carga horária de trabalho para o desempenho das atribuições das atividades de ensino.

Art. 64. Os tutores e preceptores receberão um certificado correspondente a sua atuação no programa de residência, expedido pela GEP.

CAPÍTULO V - DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DO HEF

SEÇÃO I – Finalidade da Residência Multiprofissional em Saúde do HEF

Art. 65. O programa de Residência Multiprofissional do HEF caracteriza-se por ensino de pós-graduação lato sensu, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por treinamento em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, com duração mínima de 02 (dois) anos e regime de dedicação exclusiva.

Parágrafo 1º. O programa de Residência

Multiprofissional do HEP poderá abranger as seguintes áreas de saúde: biomedicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, serviço social.

Parágrafo 2º. O programa de Residência Multiprofissional do HEP será orientado pelos princípios e diretrizes do SUS, de forma a contemplar os seguintes eixos norteadores:

- I- Cenários de educação em serviço representativos da realidade sócio-epidemiológica do Estado de Goiás e do País;
- II- Concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural;
- III- Política nacional de gestão da educação na saúde para o SUS;
- IV- Abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais;
- V- Estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar;
- VI- Integração ensino-serviço-comunidade, por intermédio de

parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários;

VII- Integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde;

VIII- Integração dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a educação profissional, a graduação e a pós-graduação na área da saúde; IX- Articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica;

X- Descentralização e regionalização, contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde;

XI- Estabelecimento de sistema de avaliação formativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos, visando o desenvolvimento de atitude crítica e reflexiva do profissional, com vistas à sua contribuição ao aperfeiçoamento do SUS;

XII- Integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema.

Parágrafo 3º. O programa de Residência Multiprofissional do HEP será realizado sob

orientação dos preceptores dos diversos setores do Hospital Estadual de Formosa e tutores das respectivas instituições de ensino parceiras.

- I- Parágrafo 4º O programa de Residência Multiprofissional é estruturada e organizada segundo as 6 áreas temáticas da CNRMS:
- II- Apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades clínicas;
- III- Intensivismo, Urgência e Emergência;
- IV- Atenção Básica, Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva;
- V- Saúde Mental;
- VI- Saúde Funcional;
- VII- Saúde e meio ambiente.

SEÇÃO II - Organização

Art. 66. A Residência Multiprofissional acontece em regime de dedicação exclusiva, nos termos da Lei Federal 1129 de 30 de junho de 2005, art. 13º, parágrafo segundo. As atividades ocorrem com carga horária de 60 horas semanais, com 2 anos de duração e um total de 5760h, sendo 2880h anuais, divididos em semestres letivos de 24 semanas a respeitar

o período de Março a Agosto e de Setembro a Fevereiro. Das 60 horas semanais, 48h (80%) serão destinadas a atividades práticas e teórico-práticas e 12h (20%) a atividades teórico-complementares ou de ensino.

- I- No momento da efetivação do ingresso junto à GEP o residente deverá dar ciência da exigência de dedicação exclusiva. O não cumprimento dessa exigência configurará falta grave, possível de desligamento, previsto no Art.47.
- II- As atividades práticas são relacionadas ao treinamento em serviço de acordo com as especificidades das áreas de concentração e das categorias profissionais da saúde, obrigatoriamente sob supervisão de corpo docente assistencial.
- III- Estratégias educacionais teóricas são aquelas cuja aprendizagem se desenvolve em estudos individuais e em grupos, em que o Residente conta formalmente com a orientação do corpo docente assistencial e convidados.
- IV- As estratégias educacionais teórico-práticas são aquelas que se fazem por meio de simulação em laboratório, ações em territórios de saúde e em instâncias de controle social, em ambientes virtuais de aprendizagem, análises de casos clínicos e ações de saúde coletiva, entre outras, sob orientação do corpo docente assistencial

Parágrafo Único- Todas as estratégias educacionais devem necessariamente, além de formação específica voltada as áreas de concentração e categorias profissionais, contemplar temas relacionados à bioética, ética profissional, metodologia científica, epidemiologia, estatística, segurança do paciente, políticas públicas de saúde e sistema único de saúde

Art. 67. As atividades dos Residentes R1 e R2 serão distribuídas em 4 semestres de 24 semanas cada, com conteúdos curriculares em três eixos principais: o eixo 1 referentes às disciplinas teóricas comuns; o eixo 2 de atuação multiprofissional específica e o eixo 3 de formação em serviço. A distribuição da carga horária de atuação dos residentes será apresentada no momento de ingresso no programa de residência.

Art. 68. As atividades da residência serão desenvolvidas prioritariamente das 7h às 19h (quando plantio diurno), das 7h às 13h (turno matutino) e das 13h às 19h (turno vespertino), podendo haver horário noturno, de acordo com a a de atuação, lista de oferta das disciplinas e conforme solicitação feita pela COREMU.

Art. 69. O residente poderá optar pela realização de estágio de caráter eletivo: I-Permitido apenas para o R2;

II- O estágio terá duração de 30 a 60 dias;

III- É de responsabilidade do Residente a tramitação dos acertos com o programa de origem e instituição de ensino;

IV- Necessário de formulação de convenio entre as instituições que garanta ao Residente supervisão e avaliação durante o estágio, além de medidas de proteção como o seguro para o estágio;

V- Deverá ser homologada pela COREMU.

SEÇÃO III – Inscrição e Vagas

Art. 70. As inscrições para a admissão no programa de residência multiprofissional serão anunciadas em edital publicado no Diário Oficial da União e em órgãos de divulgação nacional, do qual constarão: número de vagas, informações sobre o programa de residência e exigências do HEF, seguindo as normas para a realização de uma seleção pública.

Art. 71. O número de vagas serão proporcionais ao número de bolsas financiadas pelo MEC/CNRMS para o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HEF.

LOGO DA
UNIDADE

PROPOSTA DE
REGIMENTO DA
RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE HOSPITAL
ESTADUAL DE
FORMOSA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

SEÇÃO IV – Seleção e Matrícula

Art. 72. A seleção compreenderá o exame de habilidades e conhecimentos mediante aplicação de prova objetiva, de caráter eliminatório e classificatório e de análise e defesa de currículo, de caráter classificatório, de acordo com as normas regulamentadoras da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde do Ministério da Educação.

Art. 73. A relação dos candidatos aprovados, após homologação pela COREMU.

Art. 74. A matrícula no programa de residência será realizada no junto a instituição de ensino parceira em data a ser divulgada em edital específico. Os candidatos aprovados devem atender às exigências estabelecidas nos textos de ordenamento da instituição de ensino parceira: comprovar a conclusão da graduação na área pretendida e assinar o Termo de Ciência sobre a necessidade de dedicação exclusiva durante o período que estiver cursando o programa de residência.

Art. 75. O candidato aprovado, que não confirmar sua matrícula no prazo estipulado em edital e não entregar os documentos comprobatórios dos requisitos exigidos será

considerado desistente e o próximo imediatamente classificada será chamado.

Art. 76. O candidato matriculado que não se apresentar no dia marcado para o início das atividades, ou não justificar a ausência, após 24 horas, será considerado desistente e o próximo imediatamente classificada será chamado.

Art. 77. O candidato classificado, que for chamado em razão da desistência do candidato inicialmente aprovado, disporá de 24 horas para confirmar a sua aceitação e, findo este prazo, será também desclassificado, caso não atenda aos requisitos para a confirmação da matrícula.

Art. 78. A manutenção da matrícula do residente no segundo ano do Programa de Residência Multiprofissional se condiciona à sua aprovação no ano anterior, conforme art.33 deste regimento.

SEÇÃO V – Disposições Gerais

Art. 79. A COREMU poderá organizar oficinas de trabalho ou outros eventos que congreguem áreas de conhecimento e tecnologia, visando subsidiar o exercício de suas competências.

AL

LOGO DA
UNIDADE

PROPOSTA DE
REGIMENTO DA
RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE HOSPITAL
ESTADUAL DE
FORMOSA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

Art. 80. Os casos omissos serão objeto de discussão e deliberação dos membros da COREMU em conjunto com a GEP.

Art. 81. As alterações neste Regimento só terão validade quando aprovadas pela CO-

Art. 84. Cronograma de Atividades:

REMU e homologadas pela GEP.

Art. 82. Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação, homologado pela COREMU GEP e pelo Diretor da instituição de ensino parceira.

| MÊS | ATIVIDADES |
|-----|---|
| M1 | Aprovar o regimento da COREMU |
| | - Elaborar o programa de atuação para o primeiro ano de atuação da COREMU; |
| | Definir em conjunto com a Diretoria Geral da unidade hospitalar o número de vagas para o processo seletivo para novos residentes; |
| | Elaborar em conjunto com os preceptores de cada área, o banco de questões para prova a prova de residência; |
| | Reunião ordinária da COREMU (Última terça-feira de cada mês); |
| M3 | Elaborar e apresentar normas de condutas para todos residentes nas dependências do HEF; |
| | Realizar a reunião com representante dos residentes para discutir assuntos pertinentes a residência; |
| | Reunião ordinária da COREMU (última terça-feira do mês); |
| M5 | Preparar / IDiscutir avaliação semestral dos residentes; |
| | Reunião ordinária da COREMU (última terça-feira do mês) |
| M7 | Reunião com Preceptores de cada área; |
| | Reunião ordinária da COREMU (última terça-feira do mês); |
| M9 | Preparativos para próxima certame para novos residentes; |
| | Reunião ordinária da COREMU (última terça-feira do mês); |
| M11 | Avaliação formal dos residentes presentes; |
| | Reunião ordinária da COREMU (última terça-feira do mês); |

ITEM 2.1.8 - COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

788

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

CONSTITUIÇÃO

A Comissão Interna de Prevenção de Acidente - CIPA deverá ser constituída em cada estabelecimento da organização social, mantendo-a regularmente ativa, propiciando condições para seu ideal funcionamento.

Havendo em uma mesma cidade outros estabelecimentos, deverá ser possibilitado à CIPA constituída em cada um destes a integração com as demais, a fim de uniformizar as regras e orientações quanto a saúde e segurança nas atividades laborais.

ORIGEM

A CIPA tem por objetivo adequar a relação entre trabalho e homem, aperfeiçoando, de forma contínua, as atividades desenvolvidas pelos colaboradores da organização social, tornando-as compatíveis e seguras para a condição humana.

Os estudos e acompanhamentos realizados pela CIPA buscam prevenir doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, detectando as possíveis riscos no exercício da atividade laboral.

MEMBROS

A CIPA perfaz autêntico instrumento de prevenção dos trabalhadores, e como tal, deve ser constituída por empregados representantes do empregador e dos trabalhadores, em igual número, tomando por base o número total de colaboradores com vínculo de em-



LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

prego, isto é, aqueles regidos pela CLT.

Os empregados representantes do empregador serão por este nomeados, devendo ser destacada um Presidente da CIPA.

Os empregados que representarão os trabalhadores serão eleitos por meio de escrutínio secreto, de forma que a votação terá a participação exclusiva e não obrigatória dos empregados interessados, independentemente de

filiação sindical. Dentre os eleitos para o cargo efetiva, deverá ser destacado pelos empregados eleitores um Vice-Presidente da CIPA.

O dimensionamento da CIPA de cada estabelecimento deve observar o Grupo C34 - CNAE 86.60-7-00, determinando-se a quantidade de empregados efetivos e suplentes pelo número total de empregados celetistas vinculados ao estabelecimento, conforme "Quadro I" da NR nº 05.

| GRUPOS | Nº de empregados no estabelecimento | Nº de membros da CIPA | | | | | | | | | | | |
|--------|-------------------------------------|-----------------------|---------|---------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-------------|-------------|---------------|
| | | 0 a 20 | 20 a 30 | 31 a 50 | 51 a 100 | 101 a 150 | 151 a 200 | 201 a 300 | 301 a 500 | 501 a 1000 | 1001 a 2500 | 2501 a 5000 | 5001 a 10.000 |
| C - 34 | Efetivos | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 6 | 10 | 12 | 2 |
| | Suplentes | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 5 | 8 | 9 | 2 |

Os suplentes são os empregados eleitos com número de votos imediatamente inferior aos titulares.

Não ocorrendo o enquadramento no "Quadro I" da NR 05, a organização social deverá designar um empregado responsável para o cumprimento dos objetivos da CIPA.

O mandato dos empregados eleitos para integrar a CIPA terá vigência de 1 (hum) ano, sendo possível uma única reeleição.

Os membros da CIPA decidirão, conjuntamente, pela nomeação de 1 (hum) secretário e 1 (hum) secretário substituto, os quais poderão ser integrantes ou não da Comissão formada. Havendo nomeação de empregado não integrante da Comissão, será necessária a concordância do empregador.

A documentação relativa à constituição da CIPA (atas de eleição e posse, cronograma anual de reunião ordinária, regimento inter-

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

no, plano anual de prevenção de acidentes) deverão permanecer à disposição nos estabelecimentos possibilitando a fiscalização da DRT e SRTE.

O início do processo eleitoral deverá ser comunicado ao Sindicato da categoria, e a documentação mencionada no item 3.6 deverá ser enviada à entidade de classe, caso solicitada.

A Comissão não poderá em hipótese alguma ter reduzido o número de membros ou ser desativada, ainda que haja alteração no número total de empregados, devendo, neste caso, ser concluído o mandato dos representantes, exceto se houver o encerramento das atividades da organização social.

MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão deverá promover reuniões ordinárias mensais, conforme datas pré-estabelecidas no Cronograma de Atividades Anual.

As reuniões ordinárias ocorrerão durante o expediente normal da organização social e nos locais apropriados, destinados para tanto.

Poderá haver reuniões extraordinárias quando:

A. HOUVER DENÚNCIA DE SITUAÇÃO DE RISCO GRAVE E IMINENTE QUE DETERMINE APLICAÇÃO DE MEDIDAS CORRETIVAS DE EMERGÊNCIA;

B. OCORRER ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE OU FATAL;

C. HOUVER SOLICITAÇÃO EXPRESSA DE UMA DAS REPRESENTAÇÕES.

As atas de reunião deverão ficar disponíveis no estabelecimento para consulta dos Agentes da Inspeção do Trabalho -AIT.

Havendo afastamento definitivo do Presidente, o empregador deverá indicar em até 2 (dois) dias úteis o substituto, preferencialmente entre os integrantes da Comissão. Sendo afastado de forma definitiva o Vice-Presidente, incumbirá aos membros efetivos, representantes dos trabalhadores, escolher entre eles o substituto, em até 2 (dois) dias úteis.

AM

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

FINALIDADE DA COMISSÃO

São atribuições da CIPA:

A IDENTIFICAR OS RISCOS DO PROCESSO DE TRABALHO, E ELABORAR O MAPA DE RISCOS, COM A PARTICIPAÇÃO DO MAIOR NÚMERO DE TRABALHADORES, COM APOIO DO SESMT, ONDE HOUVER;

B ELABORAR PLANO DE TRABALHO QUE POSSIBILITE A AÇÃO PREVENTIVA NA SOLUÇÃO DE PROBLEMAS DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO;

C PARTICIPAR DA IMPLEMENTAÇÃO E DO CONTROLE DA QUALIDADE DAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO NECESSÁRIAS, BEM COMO DA AVALIAÇÃO DAS PRIORIDADES DE AÇÃO NOS LOCAIS DE TRABALHO;

D REALIZAR, PERIODICAMENTE, VERIFICAÇÕES NOS AMBIENTES E CONDIÇÕES DE TRABALHO VISANDO A IDENTIFICAÇÃO DE SITUAÇÕES QUE VENHAM A TRAZER RISCOS PARA A SEGURANÇA E SAÚDE DOS TRABALHADORES;

E REALIZAR, A CADA REUNIÃO, AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS METAS FIXADAS EM SEU PLANO DE TRABALHO E DISCUTIR AS SITUAÇÕES DE RISCO QUE FORAM IDENTIFICADAS;

F DIVULGAR AOS TRABALHADORES INFORMAÇÕES RELATIVAS À SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO;

G PARTICIPAR, COM O SESMT, ONDE HOUVER, DAS DISCUSSÕES PROMOVIDAS PELO EMPREGADOR, PARA AVALIAR OS IMPACTOS DE ALTERAÇÕES NO AMBIENTE E PROCESSO DE TRABALHO RELACIONADOS À SEGURANÇA E SAÚDE DOS TRABALHADORES;

H REQUERER AO SESMT, QUANDO HOUVER, OU AO EMPREGADOR, A PARALISAÇÃO DE MÁQUINA OU SETOR ONDE CONSIDERE HAVER RISCO GRAVE E IMINENTE À SEGURANÇA E SAÚDE DOS TRABALHADORES;

I COLABORAR NO DESENVOLVIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DO PCMSO E PPRA E DE OUTROS PROGRAMAS RELACIONADOS À SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO;

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

J DIVULGAR E PROMOVER
O CUMPRIMENTO
• DAS NORMAS
REGULAMENTADORAS, BEM
COMO CLÁUSULAS DE ACORDOS
E CONVENÇÕES COLETIVAS DE
TRABALHO, RELATIVAS À SEGURANÇA
E SAÚDE NO TRABALHO;

P PARTICIPAR, ANUALMENTE,
EM CONJUNTO COM A
• EMPRESA, DE CAMPANHAS
DE PREVENÇÃO DA AIDS E OUTRAS
DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS;

L PARTICIPAR, EM CONJUNTO
COM O SESMT, ONDE HOVER,
• OU COM O EMPREGADOR, DA
ANÁLISE DAS CAUSAS DAS DOENÇAS
E ACIDENTES DE TRABALHO E
PROPOR MEDIDAS DE SOLUÇÃO DOS
PROBLEMAS IDENTIFICADOS;

A REALIZAR A CONVOCAÇÃO
DOS MEMBROS PARA AS
• REUNIÕES ORDINÁRIAS DA
CIPA;

M REQUISITAR AO
EMPREGADOR E ANALISAR
• AS INFORMAÇÕES SOBRE
QUESTÕES QUE TENHAM INTERFERIDO
NA SEGURANÇA E SAÚDE DOS
TRABALHADORES;

B INFORMAR O EMPREGADOR
SOBRE OS TRABALHOS
• REALIZADOS PELA
COMISSÃO;

N REQUISITAR À EMPRESA
AS CÓPIAS DAS CAT
• EMITIDAS;

C COORDENAR E
SUPERVISIONAR AS
• ATIVIDADES DE SECRETARIA
E DELEGAR ATRIBUIÇÕES AO VICE-
PRESIDENTE.

O PROMOVER, ANUALMENTE,
EM CONJUNTO COM O
• SESMT, ONDE HOVER, A
SEMANA INTERNA DE PREVENÇÃO DE
ACIDENTES DO TRABALHO - SIPAT.

São atribuições do Presidente da CIPA:

AM

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

As atribuições do Presidente serão delegadas ao Vice-Presidente nos casos de afastamentos temporários e situações impeditivas.

São atribuições a serem realizadas em conjunto pelo Presidente e Vice-Presidente:

A. CUIDAR PARA QUE A CIPA DISPONHA DE CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE SEUS TRABALHADOS;

B. COORDENAR E SUPERVISIONAR AS ATIVIDADES DA CIPA, ZELANDO PARA O ALCANCE DOS OBJETIVOS PROPOSTOS SEJAM ALCANÇADOS;

C. DELEGAR ATRIBUIÇÕES AOS MEMBROS DA CIPA;

D. PROMOVER O RELACIONAMENTO DA CIPA COM O SESMT, QUANDO HOUVER;

E. DIVULGAR AS DECISÕES DA CIPA A TODOS OS TRABALHADORES DO ESTABELECIMENTO;

F. ENCAMINHAR OS PEDIDOS DE RECONSIDERAÇÃO DAS DECISÕES DA CIPA;

G. CONSTITUIR A COMISSÃO ELEITORAL;

São atribuições do Secretário da CIPA:

(A) ACOMPANHAR AS REUNIÕES DA CIPA E REDIGIR AS ATAS APRESENTANDO-AS PARA APROVAÇÃO E ASSINATURA DOS MEMBROS PRESENTES;

(B) PREPARAR AS CORRESPONDÊNCIAS, E OUTRAS TAREFAS CORRELATAS QUE LHE FOREM CONFERIDAS.

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

CÓDIGO: XXX-XXX-XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A organização social deverá promover treinamento para os membros da CIPA antes do empossamento, ainda que em casos de reeleição.

Os treinamentos deverão ser ministrados no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

Não se enquadrando no Quadro I da NR nº 05, a organização social deverá promover treinamento anual para o designado responsável pelo cumprimento do objetivo estabelecido no item 1 desta Proposta.

O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal da empresa, podendo ser objeto de Acordo ou Convenção Coletiva.

Constituem matérias a serem abordados no treinamento:

A • ESTUDO DO AMBIENTE,
CONDIÇÕES DE TRABALHO
E DOS RISCOS QUE
DERIVAM DAS ATIVIDADES LABORAIS;

B • METODOLOGIA DE
INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE
DE ACIDENTES E DOENÇAS
DO TRABALHO;

C • NOÇÕES SOBRE AS
DOENÇAS OCUPACIONAIS
E ACIDENTE TÍPICOS
DECORRENTES DA EXPOSIÇÃO AOS
RISCOS EXISTENTES NAS ATIVIDADES
DESENVOLVIDAS PELA ORGANIZAÇÃO;

D • CONCEPÇÃO SOBRE AS
LEGISLAÇÕES TRABALHISTA
E PREVIDENCIÁRIA
RELATIVAS À SEGURANÇA E SAÚDE NO
TRABALHO;

E • NOÇÕES SOBRE COVID-19
E OUTRAS DOENÇAS
INFECTOCONTAGIOSAS, BEM
COMO AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO;

F • PRINCÍPIOS GERAIS DE
HIGIENE DO TRABALHO E AS
MEDIDAS PARA CONTENÇÃO
DOS RISCOS;

G • A ORGANIZAÇÃO,
DISPOSIÇÃO E
FUNCIONAMENTO DA CIPA,
BEM COMO OUTROS ASSUNTOS
NECESSÁRIOS AO CUMPRIMENTO DAS
ATRIBUIÇÕES.

ML

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

O treinamento poderá ser ministrado pelo SESMT da organização ou outra entidade profissional que possua conhecimentos específicos sobre o tema, sendo que neste último caso, a entidade deverá ser aprovada pela CIPA.

TERMINOLOGIAS

CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho;

CNAE - Classificação Nacional de Atividades Econômicas;

NR - Norma Regulamentadora;

DRT - Delegacia Regional do Trabalho;

SRTE - Superintendência Estadual do Trabalho e Emprego;

AIT - Agente da Inspeção do Trabalho;

SESMT - Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho;

PCMSO - Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional;

PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais;

CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho;

SIPAT - Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho;

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

798

Base legal - LEI FEDERAL nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977, PORTARIA Nº 3.214 - Norma Regulamentadora 5 - NR-5.

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA deverá desenvolver suas atividades baseadas no seguinte Regimento Interno.

CAPÍTULO I - DO OBJETIVO

Artigo 1º. A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA constituída pela organização social na gestão do Hospital Estadual de Formosa, tem por objetivo adequar a relação entre trabalho e homem, aperfeiçoando, de forma contínua, as atividades desenvolvidas pelos colaboradores da organização social, tornando-as compatíveis e seguras para a condição humana.

Artigo 2º. Para o cumprimento de seu objetivo e atribuições, a CIPA deverá desenvolver as seguintes atividades:

- I. Realizar inspeções nos respectivos ambientes de trabalho, visando à detecção de riscos ocupacionais;
- II. Estudar as situações de trabalho potencialmente nocivas à saúde e ao bem-estar dos empregados, estabelecendo medidas preventivas ou corretivas para eliminar ou neutralizar os riscos existentes;
- III. Investigar as causas e consequências dos acidentes e das doenças associadas ao trabalho e acompanhar a execução das medidas corretivas até a sua finalização;
- IV. Discutir todos os acidentes ocorridos no mês, visando cumprir o estabelecido no item anterior;
- V. Realizar, quando houver denúncia de risco ou por iniciativa própria, inspeção no ambiente de trabalho, dando conhecimento dos riscos encontrados ao responsável pela área, à chefia da unidade e ao Setor de Segurança do Trabalho;
- VI. Promover a divulgação das normas de segurança e medicina do trabalho, emitidas pelos setores de Segurança e Medicina do Trabalho, zelando pela sua observância;
- VII. Despertar o interesse dos empregados pela prevenção de

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

acidentes e doenças ocupacionais, por meio de trabalho educativo, estimulando-os a adotar comportamento preventivo;

VIII. Participar de campanhas de prevenção de acidentes do trabalho promovidas pelo hospital;

IX. Promover em conjunto com o setor de Segurança do Trabalho, anualmente a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - SIPAT;

X. Promover a realização de cursos, treinamentos e campanhas que julgar necessários para melhorar o desempenho dos empregados quanto à Segurança e Medicina do Trabalho e outros afins.

CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO, ELEIÇÃO E MANDATO

Artigo 3º. A CIPA será composta por representantes dos empregados e do empregador.

Parágrafo Primeiro: O número de membros que comporão a CIPA será determinado de acordo com o dimensionamento previsto no Grupo C-34, Quadro I da NR 05, sendo:

A. PRESIDENTE;

B. VICE-PRESIDENTE;

C. SECRETÁRIO;

D. MEMBROS TITULARES;

E. MEMBROS SUPLENTE.

Artigo 4º. Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes serão designados pela organização social gestora do Hospital.

Artigo 5º. Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, em votação por lista nominal, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados, sendo vedada a formação de chapas.

Parágrafo Primeiro: O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto na NR-05 ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

Parágrafo Segundo: Em caso de empate, assumirá o empregado que tiver mais tempo de serviço no hospital.

Parágrafo Terceiro: O mandato dos membros terá a duração de 1 (um) ano, com direito à reeleição para os titulares e suplentes da representação dos empregados.

Parágrafo Quarto: As eleições serão convocadas 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso, devendo ser realizadas de modo a permitir que nos 30 (trinta) dias antecedentes ao início do mandato possam os novos membros preparar-se para exercer suas funções.

Parágrafo Quinto: O prazo para as inscrições de candidatos deve ser de 15 (quinze) dias antes da votação.

Parágrafo Sexto: O cargo de Presidente será escolhido pelo empregador e do Vice-Presidente pelos membros da CIPA, entre os titulares eleitos.

Parágrafo Sétimo: O Presidente da CIPA será substituído pelo Vice-Presidente nos seus impedimentos eventuais, afastamentos temporários ou afastamento definitivo.

CAPÍTULO III - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 6º. A CIPA reunirá todos os seus membros uma vez por mês, em local apropriado e durante o horário normal de expediente, obedecendo ao calendário anual, não podendo sofrer restrições que impeçam ou dificultem seu comparecimento.

Parágrafo Primeiro: O membro que tiver mais de três faltas injustificadas ou se recusar a comparecer às reuniões da CIPA perderá o mandato, sendo que, nesta hipótese, será convidado para assumir o candidato suplente mais votado.

Parágrafo Segundo: Qualquer empregado poderá participar das reuniões da CIPA como convidado.

Parágrafo Terceiro: As proposições da CIPA serão aprovadas em reunião, mediante votação, e será considerada aprovada aquela que obtiver maioria simples de votos.

Parágrafo Quarto: A CIPA deverá apresentar mensalmente, por meio de material escrito, relatório de suas atividades.

AM

CAPÍTULO IV - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 7º. Compete ao Presidente da CIPA:

- I. Convocar os membros para as reuniões da CIPA;
- II. Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando à Administração e ao SESMT, as decisões da comissão;
- III. Presidir as reuniões, encaminhando à Direção do Hospital Estadual de Formosa, as recomendações aprovadas e acompanhar a sua execução;
- IV. Manter e promover o relacionamento da CIPA com os setores de Segurança e Medicina do Trabalho;
- V. Delegar atribuições ao Vice-presidente.

Artigo 8º. Compete ao Vice-Presidente da CIPA:

- I. Executar as atribuições que lhe forem delegadas;
- II. Substituir o presidente nos seus impedimentos eventuais, ou nos seus afastamentos temporários.

Artigo 9º. Competem ao Presidente e ao Vice-Presidente, em conjunto, as seguintes atribuições:

- I. Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento dos trabalhos;
- II. Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
- III. Delegar atribuições aos membros da CIPA;
- IV. Promover o relacionamento da CIPA com o SESMT;
- V. Divulgar as decisões da CIPA a todos os servidores da sua área de abrangência;
- VI. Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA.

Artigo 10º. Compete aos Secretários da CIPA:

- I. Acompanhar as reuniões da CIPA, e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;
- II. Preparar a correspondência geral e as comunicações para as reuniões;
- III. Manter o arquivo da CIPA atualizado;
- IV. Outras que lhe forem conferidas.

Artigo 11º. Compete a todos os membros, titulares e suplentes da CIPA:

- I. Participar do planejamento do trabalho e da organização do calendário anual da CIPA;
- II. Participar das reuniões da CIPA, discutindo os assuntos em pauta e deliberando sobre as recomendações;
- III. Investigar os acidentes de trabalho, isoladamente ou em grupo e discutir os acidentes ocorridos;
- IV. Frequentar o curso para os componentes da CIPA, na forma que vier a ser regulamentado;
- V. Cuidar para que todas as atribuições da CIPA sejam cumpridas durante a respectiva gestão.

Artigo 12º. Compete ao Empregador:

- I. Proporcionar os meios necessários para o desempenho integral das atribuições da CIPA;
- II. Possibilitar uma sala própria para a CIPA desenvolver suas atividades;
- III. Autorizar o fornecimento de material de escritório completo e outros que forem necessários para o desenvolvimento das atividades da CIPA;

IV. Assessorar a implantação da CIPA;

- V. Zelar pelo cumprimento das normas de Segurança e Medicina do Trabalho, estabelecidas pelo órgão competente;
- VI. Divulgar amplamente as atividades da CIPA entre os empregados.

Artigo 13º. Competem aos colaboradores, servidores e funcionários:

- I. Participar da eleição de seus representantes;
- II. Colaborar com a gestão da CIPA;
- III. Indicar à CIPA, ao SESMT e à administração situações de riscos e apresentar sugestões para a melhoria das condições de trabalho;
- IV. Observar as recomendações quanto à prevenção de acidentes, transmitidas por membros da CIPA;
- V. Informar à CIPA a ocorrência de todo e qualquer acidente de trabalho;
- VI. Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Artigo 14º. Ao término do processo eleitoral, o presidente da comissão eleitoral terá o prazo

LOGO DA
UNIDADE

RÉGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

máximo de 10 (dez) dias para encaminhar ao Ministério do Trabalho cópia das atas de eleição e de posse dos membros eleitos e para registrar a CIPA na Superintendência Estadual do Trabalho - Ministério do Trabalho.

A documentação referente ao processo eleitoral da CIPA, incluindo as atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias, deve ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

Artigo 15º. A Diretoria do Hospital Estadual de Formosa, reconhecerá, através de Portaria, a CIPA eleita e empossada.

CAPÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 16º. Os casos omissos e dúvidas surgidas na aplicação deste Regimento serão solucionados pela CIPA e setor de Segurança do Trabalho, ouvindo-se a Direção do Hospital.



CRONOGRAMA E PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES ANUAL

| MÊS | PROCEDIMENTO | JUSTIFICATIVA | AÇÃO | LOCAL |
|-----|---|---|---|--|
| M1 | Criação do calendário anual de atividades e plano anual de prevenção de acidentes | Atendimento ao Regimento Interno e NR 05 | Primeira reunião ordinária | Auditório centro administrativo |
| M1 | Treinamento e capacitação dos profissionais da CIPA | Atendimento ao Regimento Interno e NR 05 | Proporcionar treinamento aos empregados da CIPA | Auditório centro administrativo |
| M1 | Cuidados na prevenção da COVID-19 | Campanha educativa visando a redução de novos casos da COVID-19 | Palestras virtuais sobre os cuidados com a utilização de máscaras, aventais, distanciamento e utilização de álcool em gel | Acesso a plataforma virtual |
| M2 | SIPAT - Prevenção de Doenças ocupacionais e acidentes de trabalho | Atendimento ao Regimento Interno e NR 05 | Promoção de palestras virtuais com sugestão de medidas de prevenção e proteção | Acesso a plataforma virtual |
| M3 | Importância na utilização dos EPIs - óculos e luvas | Atendimento ao Regimento Interno e NR 05 | Videos demonstrando a eficácia dos equipamentos de proteção na neutralização de agentes nocivos | Dependências do hospital |
| M4 | Estresse no ambiente de trabalho | Bem-estar dos empregados | Divulgação de vídeos motivacionais quanto a importância do trabalho desenvolvido pelos profissionais da saúde | Auditório centro administrativo |
| M5 | Cuidados na prevenção da COVID-19 | Campanha educativa visando a redução de novos casos da COVID-19 | Palestras virtuais sobre os cuidados com a utilização de máscaras, aventais, distanciamento e utilização de álcool em gel | Acesso a plataforma virtual |
| M6 | Outubro Rosa | Campanha educativa | Prevenção ao câncer de mama e colo do útero | Emissão de documentos informativos e palestra sobre auto prevenção |
| M7 | Novembro Azul | Campanha educativa | Prevenção ao câncer de próstata | Emissão de documentos informativos e palestra sobre auto prevenção |

| | | | | |
|-----|---|---|---|---|
| M8 | Princípios de Higiene e formas de contenção de riscos | Atendimento ao Regimento Interno e NR 05 | Importância da higiene na prevenção de doenças | Vídeos explicativos sobre cuidados de higiene pessoal |
| M9 | Importância na utilização dos EPIs - óculos e luvas | Atendimento ao Regimento Interno e NR 05 | Vídeos demonstrando a eficácia dos equipamentos de proteção na neutralização de agentes nocivos | Dependências do hospital |
| M10 | Combate à dengue | Campanha educativa | Medidas de combate à dengue e exposição dos efeitos da doença | Auditório centro administrativo |
| M11 | Divulgação do Relatório de Riscos ocupacionais | Atendimento ao Regimento Interno e NR 05 | Fixação em mural de mapa de riscos ocupacionais em evidência e métodos de prevenção | Nos setores do hospital |
| M11 | Convocação de Eleições CIPA Gestão 2021/2022 | Atendimento ao Regimento Interno e NR 05 | Fixação em mural do edital de convocação | Nos setores do hospital |
| M12 | Abril Verde - Qualidade de vida com hábitos saudáveis | Incentivo de hábitos saudáveis entre os colaboradores que resultam na saúde ocupacional | Exposição em quiosque com aferição de pressão, glicemia, alongamentos e fornecimento de frutas. | Auditório centro administrativo |
| M12 | Definição de membros para comissão de eleição da CIPA | Atendimento ao Regimento Interno e NR 05 | Eleição e posse de novos componentes da CIPA gestão 2021/2022 | Dependências do hospital |

ITEM 2.1.9 - SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

804

SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO

CONSTITUIÇÃO

A Norma Regulamentadora nº 4 - Serviços Especializados em Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT prevê em seu item 4.1 que as empresas devem, obrigatoriamente, manter o SESMT com a

finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho, sendo que o dimensionamento do serviço vincula-se a gradação de risco da atividade principal da empresa e ao número total de empregados do estabelecimento, devendo ser observado o quadro II da NR-4 que estabelece quais e quantos profissionais (Médico do Trabalho, Engenheiro de Segurança do Trabalho, Técnico de Segurança do Trabalho, Enfermeiro do Trabalho e Auxiliar ou Técnico em Enfermagem do Trabalho) deverão compor o SESMT.

Atuação do SESMT é de promover a saúde e integridade física e reduzir acidentes ou doenças ocupacionais.

As diretrizes para as ações de conscientiza-

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

ção e treinamentos serão definidas nas reuniões do SESMT.

Como objetivo de implantar os princípios de uma gestão participativa junto à unidade de saúde, o SESMT, de modo fundamentado, poderá levar suas orientações à diretoria da unidade competente pelo tema, a fim de adotar as referidas orientações. Caso a diretoria não adote referidas orientações, o SESMT poderá encaminhar a matéria ao diretor-presidente da organização social, expondo suas razões.

ORIGEM

As responsabilidades sociais do Hospital Estadual de Formosa, em relação a Segurança do Trabalho será de alta relevância. O compromisso com os colaboradores e pacientes será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, o SESMT desempenhará um papel de suma importância, promovendo a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos colaboradores agindo na prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais.

MEMBROS

O SESMT do Hospital Estadual de Formosa, será composto por 02 Técnicos de Segurança do Trabalho, de acordo o quadro II da NR 04,

Segundo a NR-4 no item 4.12. Compete aos profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho:

A APLICAR OS CONHECIMENTOS DE ENGENHARIA DE SEGURANÇA E DE MEDICINA DO TRABALHO AO AMBIENTE DE TRABALHO E A TODOS OS SEUS COMPONENTES, INCLUSIVE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS DE MODO A REDUZIR ATÉ ELIMINAR OS RISCOS ALI EXISTENTES A SAÚDE DO TRABALHADOR;

B DETERMINAR, QUANDO ESGOTADOS TODOS OS MEIOS CONHECIDOS PARA A ELIMINAÇÃO DO RISCO E ESSE PERSISTIR, MESMO REDUZIDO A UTILIZAÇÃO PELO TRABALHADOR DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL DE ACORDO COM A NR-6, DESDE QUE A INTENSIDADE OU CARACTERÍSTICA DO AGENTE ASSIM O EXIJA;

C COLABORAR, QUANDO SOLICITADO NOS PROJETOS E NA IMPLANTAÇÃO DE NOVAS INSTALAÇÕES FÍSICAS E TECNOLÓGICAS DA EMPRESA;

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO
DO SERVIÇO
ESPECIALIZADO
EM ENGENHARIA
DE SEGURANÇA
EM MEDICINA DO
TRABALHO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

D RESPONSABILIZAR-SE
TECNICAMENTE PELA
• ORIENTAÇÃO QUANTO AO
CUMPRIMENTO DO DISPOSTO NAS
NR'S APLICÁVEIS AS ATIVIDADES
EXECUTADAS PELA EMPRESA OU SEUS
ESTABELECIMENTOS;

TRABALHO, DOENÇAS OCUPACIONAIS
DESCREVENDO A HISTÓRIA E AS
CARACTERÍSTICAS DO ACIDENTE OU
DOENÇA OCUPACIONAL;

E MANTER PERMANENTE
RELACIONAMENTO COM A
• CIPA VALENDO-SE O MÁXIMO
DE SUAS OBSERVAÇÕES ALÉM DE
APOIÁ-LA, TREINÁ-LA E ATENDÊ-LA;

D REGISTRAR MENSALMENTE
OS DADOS ATUALIZADOS DE
ACIDENTES DO TRABALHO,
DOENÇAS OCUPACIONAIS E AGENTES
DE INSALUBRIDADE.

F PROMOVER ATIVIDADES
DE CONSCIENTIZAÇÃO.
• EDUCAÇÃO E ORIENTAÇÃO
DOS TRABALHADORES PARA
A PREVENÇÃO DE ACIDENTES
DO TRABALHO E DOENÇAS
OCUPACIONAIS, TANTO ATRAVÉS
DE CAMPANHAS QUANTO DE
PROGRAMAS DE DURAÇÃO
PERMANENTE;

ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO:

G ESCLARECER E
CONSCIENTIZAR OS
• EMPREGADOS SOBRE
ACIDENTE DE TRABALHO E DOENÇAS
OCUPACIONAIS, ESTIMULANDO-OS EM
FAVOR DA PREVENÇÃO;

1. ORIENTAR E COORDENAR O
SISTEMA DE SEGURANÇA DO
TRABALHO, INVESTIGANDO
RISCOS E CAUSAS DE ACIDENTES,
ANALISANDO POLÍTICA DE
PREVENÇÃO;

H ANALISAR E REGISTRAR EM
DOCUMENTO ESPECÍFICO
• TODOS OS ACIDENTES DE

2. INSPECIONAR LOCAIS,
INSTALAÇÕES E
EQUIPAMENTOS DA
INSTITUIÇÃO E DETERMINAR FATORES
DE RISCOS E DE ACIDENTES;

3. PROPOR NORMAS
E DISPOSITIVOS DE
SEGURANÇA, SUGERINDO
EVENTUAIS MODIFICAÇÕES NOS
EQUIPAMENTOS E INSTALAÇÕES E

AL

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO
DO SERVIÇO
ESPECIALIZADO
EM ENGENHARIA
DE SEGURANÇA
EM MEDICINA DO
TRABALHO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

VERIFICANDO SUA OBSERVÂNCIA,
PARA PREVENIR ACIDENTES;

4. INSPECIONAR OS SISTEMAS
DE COMBATE A INCÊNDIO E
DEMAIS EQUIPAMENTOS DE
PROTEÇÃO;

5. ELABORAR RELATÓRIOS DE
INSPEÇÕES QUALITATIVAS E
QUANTITATIVAS, CONFORME
O CASO;

6. REGISTRAR EM DOCUMENTO
PRÓPRIO OCORRÊNCIA DE
ACIDENTE DE TRABALHO;

7. MANTER CONTATO JUNTO
AOS SERVIÇOS MÉDICO E
SOCIAL DA INSTITUIÇÃO PARA
O ATENDIMENTO NECESSÁRIO AOS
ACIDENTADOS;

8. INVESTIGAR ACIDENTES
OCORRIDOS, EXAMINAR AS
CONDIÇÕES, IDENTIFICAR
SUAS CAUSAS E PROPOR AS
PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS;

9. ELABORAR RELATÓRIOS
TÉCNICOS, PERICIAIS
E DE ESTATÍSTICAS DE
ACIDENTES;

10. ORIENTAR OS SERVIDORES
DA INSTITUIÇÃO NO
QUE SE REFERE A
OBSERVÂNCIA DAS NORMAS DE
SEGURANÇA;

11. PROMOVER E MINISTRAR
TREINAMENTOS SOBRE
SEGURANÇA E QUALIDADE DE
VIDA NO TRABALHO;

12. PROMOVER CAMPANHAS E
COORDENAR PUBLICAÇÃO
DE MATERIAL EDUCATIVO
SOBRE SEGURANÇA E MEDICINA DO
TRABALHO;

13. PARTICIPAR DE PROGRAMA
DE TREINAMENTOS;

14. PARTICIPAR DE REUNIÕES
DE TRABALHO RELATIVAS
À SUA ÁREA DE ATUAÇÃO;

15. EXECUTAR TAREFAS
PERTINENTES A ÁREA DE
ATUAÇÃO, UTILIZANDO-SE
DE EQUIPAMENTO DE MEDIÇÃO E DE
PROGRAMAS DE INFORMÁTICA;

16. EXECUTAR OUTRAS
TAREFAS COMPATÍVEIS
COM AS EXIGÊNCIAS PARA
O EXERCÍCIO DA FUNÇÃO.

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO
DO SERVIÇO
ESPECIALIZADO
EM ENGENHARIA
DE SEGURANÇA
EM MEDICINA DO
TRABALHO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

MECANISMO DE CONTROLE

O SESMT do Hospital Estadual de Formosa, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

FINALIDADE DO SESMT

É proteger os colaboradores e pacientes do Hospital Estadual de Formosa, promovendo a saúde e integridade física e reduzindo acidentes ou doenças ocupacionais, ou até mesmo eliminar os riscos existentes à saúde e segurança dos trabalhadores.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, visando à correção, reparação ou prevenção de distorções e irregularidades verificadas na implantação, análises e

ações educativas ou fiscalizatórias, devem ser encaminhadas primeiramente às Diretorias Técnica e Geral do Hospital Estadual de Formosa, que irá auxiliar nas questões sobre sua competência.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa.



REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer o SESMT junto à administração e aos colaboradores da unidade.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º. O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, tem por finalidade proteger o funcionário em seu local de atuação, promovendo a saúde e integridade física e reduzindo acidentes ou

doenças ocupacionais, vinculado a NR 4.

Artigo 3º. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Técnica e Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º. O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho terá composição conforme dispõe o dimensionamento da NR4, na forma que segue:

- I. Representante da Diretoria Geral;
- II. Representante da Diretoria Técnica;
- III. Representante da Gerência Administrativa;
- IV. Técnico de Segurança do Trabalho.

Parágrafo Único: Entre os membros deverá estar o responsável pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, obrigatoriamente.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 5º. É competência do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho promover e desenvol-

ver, de forma articulada com todos os setores do hospital, ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade e segurança do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais, e através destas:

- I. Aplicar os conhecimentos de Engenharia de Segurança e de Medicina do trabalho ao ambiente de trabalho e a todos os seus componentes, inclusive máquinas e equipamentos de modo a reduzir até eliminar os riscos ali existentes a saúde do trabalhador;
- II. Determinar, quando esgotados todos os meios conhecidos para a eliminação do risco e esse persistir, mesmo reduzido a utilização pelo trabalhador de equipamentos de proteção individual de acordo com a NR-6, desde que a intensidade ou característica do agente assim o exija;
- III. Colaborar, quando solicitado nos projetos e na implantação de novas instalações físicas e tecnológicas da empresa;
- IV. Responsabilizar-se tecnicamente pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas NR's aplicáveis as atividades executadas pela empresa ou seus estabelecimentos e manter permanente relacionamento com a CIPA valendo-se o máximo de suas observações além de apoiá-la, treiná-la e atendê-la.
- V. Promover atividades de

conscientização, educação e orientação dos trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente;

- VI. Esclarecer e conscientizar os empregados sobre acidente de trabalho e doenças ocupacionais, estimulando-os em favor da prevenção;
- VII. Analisar e registrar em documento específico todos os acidentes de trabalho, doenças ocupacionais descrevendo a história e as características do acidente ou doença ocupacional;
- VIII. Registrar mensalmente os dados atualizados de acidentes do trabalho, doenças ocupacionais e agentes de insalubridade;
- IX. Monitorar por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras.

Artigo 6º. Compete aos membros nomeados da Comissão eleger o Presidente e o Secretário através de votação simples dos membros da comissão. o Vice-Presidente será indicado pelo Presidente eleito da Comissão.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 7º. O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho do Hospital Estadual de Formosa, terá sede em locação a ser disponibilizada pela unidade hospitalar, com infraestrutura básica para seu funcionamento.

Artigo 8º. As reuniões do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho serão realizadas mensalmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente, com local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 9º. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 10º. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral para os encaminhamentos necessários.

Artigo 11º. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral.

Artigo 12º. Todos membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa. Os cargos de presidente, vice-presidente e secretário poderão ser definidos pelo Serviço Especializado em Engenharia

de Segurança em Medicina do Trabalho.

Artigo 13º. As decisões do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 14º. Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões e ações da Comissão, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 15º. As reuniões do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 16º. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser anexado a ata da reunião ordinária ou extraordinária.

Artigo 17º. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 18º. Nenhum membro do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e

em Medicina do Trabalho, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão em eventos formais, institucionais ou extra institucionais sem que para isso esteja devidamente autorizado pelo presidente ou seu vice-presidente em caso de impedimentos do mesmo, e em situações não padronizadas pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 19º. São atribuições do presidente do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, além das outras instituídas neste regimento:

- I. Encaminhar a pauta da reunião para o secretário da Comissão fazer a convocação, com pelo menos 48 (quarenta e oito) horas de antecedências das reuniões ordinárias;
- II. Presidir as reuniões;
- III. Representar a Comissão junto às Gerências ou Superintendência da instituição, ou indicar seu representante;
- IV. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, normatizar as rotinas de fiscalização e acompanhamentos das boas práticas da segurança do trabalho, previamente aprovados pelos membros desta;
- V. Coordenar a elaboração do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais-PPRA da instituição adequando-os às formas de lei específica;
- VI. Coordenar a elaboração e implantação das normas de segurança do trabalho dos colaboradores, supervisionando o cumprimento destas;
- VII. Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade para avaliação das atividades implementadas;
- VIII. Divulgar aos colaboradores o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais-PPRA e promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos colaboradores agindo na prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais. Este trabalho pode ser feito, tanto por meio de campanhas internas, quanto por meio de programas permanentes;
- IX. Representar a instituição junto a institutos, órgãos de controle públicos e outros ligados ao Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho com anuência da presidência da comissão de forma acordada com a Reitoria;
- X. Estabelecer um programa de atividades e metas para o Serviço

Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho definindo prazos a serem cumpridos;

XI. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais-PPRA;

XII. Fazer cumprir o regimento interno do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho do Hospital Estadual de Formosa;

XIII. Nas decisões do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

XIV. Indicar seu vice-presidente/ coordenador.

Artigo 20º. Ao vice-presidente Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, além das outras instituições neste regimento, é atribuído:

I. Assumir as atividades do presidente na sua ausência, presidindo as reuniões, coordenando os debates;

II. Executar atribuições que lhe forem delegadas;

III. Zelar pelo sigilo ético

das informações e cumprimento do regimento interno do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho do Hospital Estadual de Formosa.

Artigo 21º. São atribuições do Presidente e do Vice-Presidente, em conjunto:

I. Cuidar para que a Comissão disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;

II. Coordenar e supervisionar as atividades da Comissão, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

III. Delegar atribuições aos membros da Comissão;

IV. Divulgar as decisões da Comissão a todos os trabalhadores do estabelecimento.

Artigo 22º. São atribuições da Secretária do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho:

I. Receber e protocolar os processos e expedientes;

II. Lavrar a ata das sessões/reuniões;

III. Convocar os membros Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho para as reuniões determinadas pelo presidente;

IV. Organizar e manter o arquivo do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho;

V. Preparar a correspondência;

VI. Solicitar ao demais setores e/ou comissões documentação necessária a avaliação, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

representa e em toda unidade hospitalar;

IV. Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão devendo estas ser entregues à secretaria do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho e aos demais membros informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 23º. São atribuições de todos os membros do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho:

I. Participar de todas as reuniões convocadas e em caso de situações que inviabilizem sua participação realizar por escrito a justificativa para a falta;

II. Desenvolver e participar ativamente das atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes;

III. Ser um agente ativo nos que se refere aos assuntos de educação e prevenção de acidentes do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho na unidade a qual

Artigo 24º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho e, em conjunta com a Diretoria Geral Hospital Estadual de Formosa.

Artigo 25º. A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral.

Artigo 26º. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO

| MÊS | ATIVIDADES |
|-------------|--|
| M1, M2 e M3 | 1. Criar o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, através de Resolução do Diretor Geral. |
| | 2. Elaboração do Plano de implantação da Brigada de incêndio e verificação do sistema geral de incêndio da unidade. |
| | 3. Analisar o relatório de acidentes de trabalho do mês. |
| M4 e M5 | 1. Aprovação e ou correções pertinentes do Plano de implantação da Brigada de incêndio e verificação do sistema geral de incêndio elaborado. |
| | 2. Elaboração do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA da unidade. |
| | 3. Analisar o relatório de acidentes de trabalho do mês. |
| | 4. Fixar possíveis datas para as reuniões. |
| | 5. Enviar para aprovação pela Diretoria-Geral. |
| M6 | 1. Aprovação e ou correções pertinentes do Plano de implantação da Brigada de incêndio e verificação do sistema geral de incêndio elaborado. |
| | 2. Discussão de medidas educativas. |
| M7 | 1. Discorrer sobre a eficácia da implantação dos planos e programas. |
| M8 e M9 | 2. Discussão de medidas educativas. |
| | 1. Analisar o relatório de acidentes de trabalho do mês. |
| M10 e M11 | 2. Discussão de medidas educativas. |
| | 2. Discussão de medidas educativas. |
| | 3. Processo da nova gestão da CIPA. |
| M12 | 1. Analisar o relatório de acidentes de trabalho do mês. |
| | 2. Discussão de medidas educativas. |

ITEM 2.1.10 - COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

816

COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA

essoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares.

ORIGEM

As responsabilidades sociais do Hospital Estadual de Formosa em relação à assistência e pesquisa serão de alta relevância. O compromisso com o paciente será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a CDME desempenhará um papel importante.

CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Documentação Médica e Estatística - CDME deve ser constituída em atendimento a determinação a Resolução nº 1638/2002, que define prontuário médico e torna obrigatória a criação desta comissão nas instituições de saúde, além de atender a Portaria Interministerial nº 285 de 24 de março de 2015 que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino e determina a constituição, e o permanente funcionamento, das comissões as-

MEMBROS

A Comissão será composta pelos seguintes profissionais do quadro funcional do Hospital Estadual de Formosa, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral que será norteada pelo Regimento Interno da CDME, conforme segue:

1. Um representante da Comissão de Ética Médica;

AM

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- II. Um representante da Divisão de Enfermagem;
- III. Um representante da Unidade Multiprofissional;
- IV. Um representante do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação;
- V. Um representante da Diretoria Geral;
- VI. Um representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
- VII. Um representante da Unidade de Planejamento;
- VIII. Um representante da Comissão de Revisão de Prontuários;
- IX. Um representante do Serviço de Regulação Assistencial.

Será eleito 1 presidente que terá sua indicação nomeada por Portaria e exercerá seu mandato por tempo indeterminado.

Será eleito um secretário que será eleito pelos seus pares, em concordância com a Diretoria Geral, para exercer sua função por tempo indeterminado.

MECANISMO DE CONTROLE

A duração do mandato da CDME será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral.

Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados a Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

FINALIDADE DA COMISSÃO

A CDME promove medidas normativas e técnicas de controle da elaboração e avaliação de dados estatísticos, além de supervisionar a guarda de documentos efetuada pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME, solicitar esclarecimentos de profissionais envolvidos, sempre que julgar necessário, e proporcionar subsídios de apoio à pesquisa.

A CDME objetiva promover as medidas normativas e técnicas de Controle de Execução das normas de preenchimento, arquivamento, guarda e recuperação dos dados

contidos nos mesmos, segundo a Resolução nº 1.638/2002, que define prontuário médico e torna obrigatória a criação desta comissão nas instituições de saúde.

São objetivos da CDME:

I. Zelar pelo cumprimento correto e sistemático das normas de natureza técnica e administrativa, relativas ao prontuário médico;

II. A perfeita identificação do paciente;

III. O registro das evoluções médicas, de enfermagem e multiprofissional;

IV. Os anexos relativos à solicitação de procedimentos de diagnóstico;

V. Privacidade dos registros;

VI. Guarda dos documentos junto ao arquivo próprio;

VII. A legibilidade da letra de todos os profissionais que atenderam o paciente, com sua respectiva identificação;

VIII. Monitorar indicadores hospitalares obrigatórios e definir outros que são considerados necessários no setor;

IX. Discutir e sugerir planos de melhorias de acordo com os indicadores e metas.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A CDME deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será assinada pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa.



REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA – CDME

CAPÍTULO I - DA LEGISLAÇÃO E FINALIDADE

Artigo 1º. A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) do Hospital Estadual de Formosa (HEF), será instituída por Portaria nº XXX, de xx de xxxx de 20XX.

Parágrafo Primeiro: A CDME é vinculada diretamente à Diretoria Geral do HEF que deve assegurar-lhe os meios adequados para seu funcionamento.

Parágrafo Segundo: A CDME terá seu funcionamento regulamentado por este regimento e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis.

Artigo 2º. A CDME tem por finalidade formular diretrizes para a escolha e adoção de impressos a serem utilizados na composição dos

prontuários de atendimento hospitalar e ambulatorial dos pacientes atendidos no HEF, orientar e sugerir a correta maneira de seu preenchimento, monitorar a qualidade da sua informação e propor, a partir dos dados levantados nos atendimentos registrados, a geração de relatórios estatísticos úteis para o conhecimento qualitativo e quantitativo do funcionamento da instituição, subsidiando também a pesquisa científica em Saúde.

CAPÍTULO II - DOS OBJETIVOS

Artigo 3º. A CDME objetiva:

- I. Atender a Portaria Interministerial nº 285 de 24 de março de 2015 que redefine:

O Programa de Certificação de Hospitais de Ensino e determina a constituição, e o permanente funcionamento, das comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares.

- II. Atender a Resolução CFM Nº 1638/2002, que define prontuário como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal.

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

VIII. Um representante da Comissão de Revisão de Prontuários.

IX. Um representante do Serviço de Regulação Assistencial.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4°. A CDME terá composição multiprofissional, contando com 09 membros titulares.

Artigo 5°. As indicações para integrar a CDME serão submetidas à aprovação da Superintendência e se processarão da seguinte forma:

I. Um representante da Comissão de Ética Médica;

II. Um representante da Divisão de Enfermagem;

III. Um representante da Unidade Multiprofissional;

IV. Um representante do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação;

V. Um representante da Diretoria Geral;

VI. Um representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;

VII. Um representante da Unidade de Planejamento;

Artigo 6°. O presidente terá sua indicação na portaria de nomeação da comissão e exercerá seu mandato por tempo indeterminado.

Artigo 7°. O secretário será eleito pelos seus pares, em concordância com a superintendência, para exercer sua função por tempo indeterminado.

CAPÍTULO IV - DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 8°. Compete à CDME:

- I. Validar modelos de impressos que irão compor o prontuário médico do HEF;
- II. Validar modelos de impressos a serem utilizados em quaisquer outras situações em que dados sobre pacientes do HEF venham a ser registrados ou divulgados;
- III. Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade destes.

All

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO
INTERNO DA
COMISSÃO DE
DOCUMENTAÇÃO
MÉDICA E
ESTATÍSTICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

IV. Orientar o correto preenchimento dos impressos e monitorar os itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário:

A. IDENTIFICAÇÃO DO
PACIENTE EM TODOS OS
IMPRESSOS;

B. ANAMNESE;

C. EXAME FÍSICO;

D. EXAMES COMPLEMENTARES,
BEM COMO SEUS
RESPECTIVOS RESULTADOS;

E. HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS;

F. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO;

G. TRATAMENTO EFETUADO;

H. REGISTRO DIÁRIO DA
EVOLUÇÃO CLÍNICA DO
PACIENTE, BEM COMO A
PRESCRIÇÃO MÉDICA, CONSIGNANDO
DATA E HORA;

I. OUTROS DOCUMENTOS
PERTINENTES AO ATENDIMENTO;

V. Validar regras de acesso e manuseio do prontuário, para os diversos fins: assistência, ensino, demanda judicial e do próprio paciente ou do respectivo representante legal;

VI. Examinar e emitir pareceres quando da solicitação de inclusão de novos impressos ou modificação dos já adotados pelo HEF;

VII. Criar e aprovar normas que regulamentem o fluxo de prontuários da instituição;

VIII. Colaborar com as normas de arquivamento/guarda dos prontuários, abrangendo os processos de trabalho e a estrutura física necessária;

IX. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica, Comissão de Revisão de Prontuários e Núcleo de Educação Permanente do HEF, com as quais deverão ser discutidos assuntos de sua competência;

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO
INTERNO DA
COMISSÃO DE
DOCUMENTAÇÃO
MÉDICA E
ESTATÍSTICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

X. Propor relatórios estatísticos que deverão ser gerados pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico - SAME do HEP;

XI. Discutir, em conjunto com a administração e SAME, como obter os dados e sugerir os cálculos estatísticos a serem utilizados;

XII. Informar a obrigatoriedade dos registros com letra legível por todos os profissionais que atenderam ao paciente, bem como da assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;

XIII. Normatizar o preenchimento das contrarreferências/resumos de altas hospitalares, conforme orientação da legislação do SUS e dos Conselhos de classe.

V. Suscitar pronunciamento da CDME quanto a questões relativas à documentação e informação médica e de dados estatísticos;

VI. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

VII. Indicar membros para a realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;

VIII. Repassar todos os documentos, informativos, fluxogramas, estruturação, regimento para Gerência de Atenção à Saúde - GAS e Superintendência;

IX. Elaborar relatório anual das atividades da Comissão.

Artigo 9º. Ao presidente incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CDME e, especificamente:

- I. Representar a CDME em suas relações internas e externas;
- II. Presidir as reuniões;
- III. Promover a convocação das reuniões;
- IV. Fazer cumprir o regimento;

Parágrafo Único: Na ausência ou impedimento temporário do presidente da CDME, suas funções serão exercidas interinamente pelo secretário, e em caso de ausência ou impedimento temporário de ambos, será eleito um membro pelos seus pares para exercer essa função interinamente.

Artigo 10º. Aos membros incumbe:

- I. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

- II. Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
- III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- IV. Desempenhar atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- V. Apresentar proposições sobre as questões pertinentes à Comissão;
- VI. Ao membro eleito de forma interina, substituir o presidente quando das suas ausências e impedimentos.

Artigo 11º. Ao secretário da CDME incumbe:

- I. Assistir as reuniões;
- II. Preparar e encaminhar o expediente;
- III. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da Comissão;
- IV. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- V. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão.

Parágrafo Único: Na ausência do secretário, no início da reunião, será eleito um membro

pelos seus pares para exercer a função de secretariar a reunião.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 12º. A CDME reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por mês, na primeira sexta-feira do mês, e extraordinariamente sempre que necessário, por convocação do seu Presidente, sendo suas decisões tomadas por maioria de votos. Em processos considerados excepcionais, a critério do Presidente, a CDME decidirá pelo voto da maioria absoluta (metade mais um de todos os seus integrantes).

Parágrafo Primeiro: A CDME instalar-se-á e deliberará com a presença de, no mínimo, 70% dos seus membros, devendo ser verificado o quórum no início de cada sessão.

Parágrafo Segundo: As decisões da Comissão serão aprovadas por maioria simples.

Parágrafo Terceiro: Os membros da Comissão que faltarem a vinte e cinco por cento do total de reuniões ordinárias durante o ano corrente, consecutivas ou não, sem justificativa, serão sumariamente destituídos.

Parágrafo Quarto: No caso da saída de qualquer membro da CDME deverá haver indicação de novo membro pela Gerência de Atenção à Saúde e Superintendência.

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO
INTERNO DA
COMISSÃO DE
DOCUMENTAÇÃO
MÉDICA E
ESTATÍSTICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 13º. A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CDME, a equipe de governança do HEF proporcionará a infraestrutura necessária.

Artigo 14º. A CDME, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Artigo 15º. A CDME no desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário, poderá criar subcomissões para assuntos específicos.

Artigo 16º. Os membros poderão requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas nacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos.

Artigo 17º. Os membros não receberão qualquer remuneração por sua participação na CDME e seus serviços prestados serão considerados, para todos os efeitos, como participação de atividade institucional.

Artigo 18º. Os casos omissos serão resolvidos pela CDME, em conjunto com a Superintendência do HEF.

Artigo 19º. Este regimento entrará em vigor após aprovação dos membros desta comissão e validação do Setor de Vigilância do HEF.



CRONOGRAMA DE ATIVIDADE

| MÊS | ATIVIDADES |
|---------|---|
| M1 e M2 | 1 - Criar a Comissão de Documentação Médica e estatística (CDME), através de uma Resolução do Diretor Geral, indicando nominalmente seus membros. |
| | 2 - Aprovar o regimento da CDME |
| | 3 - Elaborar o programa de atuação para o primeiro ano de atuação da CDME |
| | 4 - Elaborar relatório de avaliação e acompanhamento das atividades desenvolvidas. |
| | 5 - Elaborar programa de palestras |
| | 6 - Reunião ordinária da CDME (Primeira sexta-feira do mês) |
| | 7 - Realizar a revisão dos prontuários e proceder a emissão de documentos de acordo com demanda externa ou interna solicitada. |
| M3 | 1 - Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que saíram de alta. |
| | 2 - Realizar a revisão dos prontuários e proceder a emissão de documentos de acordo com demanda externa ou interna solicitada. |
| | 3 - Reunião ordinária da CDME (Primeira sexta-feira do mês) |
| M4 | 1 - Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% das altas |
| | 2 - Reunião ordinária da CDME (Primeira sexta-feira do mês) |
| M5 | 1 - Realizar a revisão dos prontuários e proceder a emissão de documentos de acordo com demanda externa ou interna solicitada. |
| | 2 - Reunião ordinária da CDME (Primeira sexta-feira do mês) |
| M6 | 1 - Realizar a revisão dos prontuários e proceder a emissão de documentos de acordo com demanda externa ou interna solicitada. |
| | 2 - Reunião ordinária da CDME (Primeira sexta-feira do mês) |
| M7 | 1 - Realizar a revisão dos prontuários e proceder a emissão de documentos de acordo com demanda externa ou interna solicitada. |
| | 2 - Reunião ordinária da CDME (Primeira sexta-feira do mês) |
| M8 | 1 - Realizar a revisão dos prontuários e proceder a emissão de documentos de acordo com demanda externa ou interna solicitada. |
| | 2 - Reunião ordinária da CDME (Primeira sexta-feira do mês) |

| | |
|-----|--|
| M9 | 1 - Realizar a revisão dos prontuários e proceder a emissão de documentos de acordo com demanda externa ou interna solicitada. |
| | 2 - Reunião ordinária da CDME (Primeira sexta-feira do mês) |
| M10 | 1 - Realizar a revisão dos prontuários e proceder a emissão de documentos de acordo com demanda externa ou interna solicitada. |
| | 2 - Reunião ordinária da CDME (Primeira sexta-feira do mês) |
| M11 | Realizar a revisão dos prontuários e proceder a emissão de documentos de acordo com demanda externa ou interna solicitada. |
| | 2 - Reunião ordinária da CDME (Primeira sexta-feira do mês) |
| M12 | 1 - Realizar a revisão dos prontuários e proceder a emissão de documentos de acordo com demanda externa ou interna solicitada. |
| | 2 - Reunião ordinária a CRP (última quarta-feira do mês). |



AA

ITEM 2.1.11 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

LOGO DA UNIDADE

PROPOSTA
REGIMENTO DO
COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA (CEP) DO
HOSPITAL ESTADUAL
DE FORMOSA - HEF.

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

REGIMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS DE HOSPITAL ESTADUAL DE FORMOSA - HEF.

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º - O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do HOSPITAL ESTADUAL DE HOSPITAL ESTADUAL DE FORMOSA - HEF, é um órgão colegiado, de natureza técnico-científica, vinculado à Diretoria Geral do HEF, constituído nos termos da Resoluções 466/12, 510/16 e demais reso-

luções do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Parágrafo Único - Caracteriza-se como um colegiado interdisciplinar e independente, com *mânus público*, de caráter consultivo, educativo e deliberativo, tem como principal objetivo a defesa dos interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões técnicos, legais e éticos.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES DO CEP

Artigo 2º - O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do HEF, tem por finalidade:

divulgar e capacitar os membros do CEP, pesquisadores, médicos, enfermeiros e toda equipe multidisciplinar além de funcionários e participantes de pesquisas, em relação às normas relativas à ética em pesquisa envolvendo seres humanos;

LOGO DA
UNIDADE

PROPOSTA
REGIMENTO DO
COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA (CEP) DO
HOSPITAL ESTADUAL
DE FORMOSA - HEF.

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

II. analisar todos os protocolos de pesquisa apresentados, desde que em conformidade com os critérios estabelecidos no item VI da Resolução 466/12, no item V da Resolução 510/16 e demais resoluções, cabendo-lhe a decisão sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas;

III. tramitar os protocolos de pesquisa, de acordo com o contido na Resolução CNS nº 466/12 complementada pela Norma Operacional nº 001/13, no prazo de 10 (dez) dias para checagem documental e 30 (trinta) dias, após aceite do protocolo, para emissão do parecer consubstanciado, on-line, por meio do Sistema Plataforma Brasil, enquadrando-o em uma das seguintes categorias:

OU COMPLEMENTAÇÕES DO PROTOCOLO DE PESQUISA. POR MAIS SIMPLES QUE SEJA A EXIGÊNCIA FEITA, O PROTOCOLO CONTINUA EM "PENDÊNCIA" ENQUANTO ESTA NÃO ESTIVER COMPLETAMENTE ATENDIDA. O PESQUISADOR TERÁ O PRAZO MÁXIMO DE TRINTA (30) DIAS CONTADOS A PARTIR DA EMISSÃO DO PARECER CONSUBSTANCIADO, NA PLATAFORMA BRASIL, PARA RESPONDER A(S) PENDÊNCIA(S) E O CEP NO MÁXIMO MAIS (30) TRINTA DIAS PARA LIBERAÇÃO DO PARECER CONSUBSTANCIADO FINAL.

A) APROVADO: QUANDO O PROTOCOLO SE ENCONTRA TOTALMENTE ADEQUADO PARA EXECUÇÃO.

B) COM PENDÊNCIA: QUANDO A DECISÃO É PELA NECESSIDADE DE CORREÇÃO. HIPÓTESE EM QUE SERÃO SOLICITADAS ALTERAÇÕES

C) NÃO APROVADO: QUANDO A DECISÃO CONSIDERA QUE OS ÔBICES ÉTICOS DO PROTOCOLO SÃO DE TAL GRAVIDADE QUE NÃO PODEM SER SUPERADOS PELA TRAMITAÇÃO EM "PENDÊNCIA".

D) NAS DECISÕES DE NÃO APROVAÇÃO CABE RECURSO AO PRÓPRIO CEP E /OU A CONEP, NO PRAZO MÁXIMO DE 30 DIAS, SEMPRE QUE ALGUM FATO NOVO FOR APRESENTADO PARA FUNDAMENTAR A NECESSIDADE DE REANÁLISE.

AM

LOGO DA
UNIDADE

PROPOSTA
REGIMENTO DO
COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA (CEP) DO
HOSPITAL ESTADUAL
DE FORMOSA - HEF.

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

E ARQUIVADO: QUANDO
O PESQUISADOR
DESCUMPRIR O PRAZO
PARA ENVIAR AS RESPOSTAS ÀS
PENDÊNCIAS APONTADAS OU PARA
RECORRER.

F SUSPENSO: QUANDO A
PESQUISA APROVADA, JÁ
EM ANDAMENTO, DEVE
SER INTERROMPIDA POR MOTIVO
DE SEGURANÇA, ESPECIALMENTE
REFERENTE AO PARTICIPANTE DA
PESQUISA.

G RETIRADO: QUANDO O
SISTEMA CEP/CONEP
ACATAR A SOLICITAÇÃO
DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL
MEDIANTE JUSTIFICATIVA PARA A
RETIRADA DO PROTOCOLO, ANTES
DE SUA AVALIAÇÃO ÉTICA. NESTE
CASO, O PROTOCOLO É CONSIDERADO
ENCERRADO.

Parágrafo Único: O CEP, ao analisar e decidir sobre as pesquisas submetidas à sua apreciação, se torna corresponsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa.

Artigo 3º Havendo modificação no projeto original da pesquisa, poderá o pesquisador formular

emenda ao projeto, que carecerá de análise.

Parágrafo Único: emenda é toda proposta de modificação ao projeto original, apresentada com a justificativa que a motivou. as emendas devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. A emenda será analisada pelas instâncias de sua aprovação final (CEP e/ou CONEP).

Artigo 4º Havendo modificações importantes de objetivos e métodos, deve ser apresentado outro protocolo de pesquisa.

Parágrafo Único: extensão é a proposta de prorrogação ou continuidade da pesquisa com os mesmos participantes recrutados, sem mudança essencial nos objetivos e na metodologia do projeto original. Havendo modificações importantes de objetivos e métodos, deve ser apresentado outro protocolo de pesquisa.

Artigo 5º . Analisar ocorrência de eventos adversos (EAS).

Parágrafo Único: Evento Adverso SériO é qualquer ocorrência médica desfavorável que resulta em:

LOGO DA
UNIDADE

PROPOSTA
REGIMENTO DO
COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA (CEP) DO
HOSPITAL ESTADUAL
DE FORMOSA - HEF.

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

1) MORTE;

2) AMEAÇA OU RISCO DE VIDA;

3) HOSPITALIZAÇÃO OU
PROLONGAMENTO DE
UMA HOSPITALIZAÇÃO
PREEXISTENTE, EXCETUANDO-SE AS
CIRURGIAS ELETIVAS E AS INTERNAÇÕES
PREVISTAS NO PROTOCOLO;

4) INCAPACIDADE
PERSISTENTE OU
SIGNIFICATIVA;

5) ANOMALIA CONGÊNITA OU
DEFEITO DE NASCIMENTO;

6) OCORRÊNCIA MÉDICA
SIGNIFICATIVA
QUE, BASEADA EM
JULGAMENTO MÉDICO APROPRIADO,
PODE PREJUDICAR O PACIENTE
E/OU REQUERER INTERVENÇÃO
MÉDICA OU CIRÚRGICA PARA
PREVENIR QUAISQUER DAS DEMAIS
OCORRÊNCIAS SUPRACITADAS ;

7) TODA E QUALQUER
INTERCORRÊNCIA QUE
ACOMETA O PARTICIPANTE
DE PESQUISA, ENQUANTO INDIVÍDUO
VULNERÁVEL, A SITUAÇÕES
DETERMINADAS POR FATORES
PSICOSSOCIAIS EM PESQUISAS DE
QUALQUER NATUREZA.

CAPÍTULO III- DA COMPOSIÇÃO

Artigo 6º - O CEP do HEF do será assim
constituído:

- I. O CEP deverá ser constituído por
no mínimo 3 (três) membros do
quadro funcional da instituição,
indicados pela diretoria geral, pelo
menos 1 (um) representante de
usuários, indicado pela sociedade
civil, conforme Resolução CNS nº
240/1997 de 05 de julho de 1997,
e pelo menos 1(um) representante
religioso com formação em teologia;
- II. A representação dos médicos deverá
ser composta por no mínimo 2(dois)
membros, com experiência em
pesquisa clínica;
- III. Pelo menos 50% dos membros do CEP
deverão ter experiência em pesquisa;
- IV- Os representantes dos usuários
e de órgãos suplementares só
poderão analisar e emitir parecer
consubstanciado se tiverem
reconhecida experiência em pesquisa;

LOGO DA
UNIDADE

PROPOSTA
REGIMENTO DO
COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA (CEP) DO
HOSPITAL ESTADUAL
DE FORMOSA - HEF.

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

V. o mandato dos membros terá duração de 2 (dois) anos, a partir da data de sua designação por meio de documento institucional;

VI. será permitida recondução e garantida permanência de 50% de seus membros.

Parágrafo Único: A escolha da Coordenação e Vice Coordenação do CEP será realizada dentre os membros que o compõem.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 7º - Compete ao CEP assumir, com o pesquisador, a corresponsabilidade pela preservação de condutas eticamente corretas no projeto e no desenvolvimento da pesquisa, cabendo-lhe, ainda, comunicar à CONEP e à ANVISA a ocorrência de eventos adversos graves.

- Receber denúncias de situações antiéticas e infrações éticas.
- Ao receber denúncias ou perceber situações de infrações éticas, sobretudo as que impliquem em riscos aos participantes de pesquisa, os fatos deverão ser comunicados às instâncias competentes para averiguação e, quando couber, ao Ministério Público

CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO

Artigo 8º Todos os trabalhos para protocolo no CEPE deverão ser entregues de segunda a sexta feira, na secretaria da diretoria geral do HEF das 8 às 12 horas.

Artigo 9º - Todos os membros do CEP se obrigam, nos termos da Resolução CNS 466/12, a manter sigilo e confidencialidade de todo o conteúdo durante todo o procedimento de análise dos protocolos tramitados no CEP. Suas reuniões são sempre fechadas ao público, e os membros do CEP e todos os funcionários que tem acessos a todos os documentos, inclusive virtuais, e as reuniões, devem manter sigilo comprometendo-se por declaração escrita, sob pena de responsabilidade.

- I. o membro do CEP que infringir este artigo ou que, por qualquer razão, incorrer em falta de ética profissional no exercício de suas atribuições ou para com o pesquisador, devidamente apurada e comprovada, deverá ser afastado do Comitê, não podendo voltar a ocupar a vaga novamente;
- II. as denúncias de infração deverão ser formuladas, por escrito, ao CEP que, se entender procedentes, as encaminhará à Instituição para abertura de sindicância.

Artigo 10º - O CEP poderá contar com consultores ad hoc, pertencentes ou não à Instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

- I. no caso de pesquisas que envolvem grupos vulneráveis, comunidades e coletividades, poderá ser convidado um representante, como membro ad hoc do CEP, para participar da análise do projeto específico;
- II. nas pesquisas envolvendo população indígena deverá participar um consultor ad hoc, familiarizado com os costumes e tradições da respectiva etnia.

Artigo 11º - O CEP deverá se reunir uma vez ao mês, em caráter ordinário, conforme calendário definido na última reunião anual, respeitando períodos de recesso institucional. O CEP deverá se reunir em caráter extraordinário, quando convocado pela Coordenação, ou por 2/3 (dois terços) de seus membros:

- I. o CEP se reunirá e deliberará com a presença de 50% (cinquenta por cento) mais um dos representantes de sua constituição, e terá suas convocações feitas pelo coordenador;
- II. os membros do CEP deverão ter total independência na tomada das decisões no exercício de suas funções;

III. o controle da participação nas reuniões será realizado por meio de assinatura em lista de presença e na pauta, gerada pelo Sistema Plataforma Brasil;

IV. O membro que faltar a três reuniões ao ano, sem justificativa escrita, será dispensado e substituído do Conselho, na forma do artigo 4º, inciso I;

IV. As justificativas das faltas serão avaliadas pela coordenação e, se fizer necessário, pelo colegiado;

V. a análise ética de todo e qualquer protocolo de pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser dissociada da sua análise científica.

Artigo 12º - Seguindo as Resoluções 466/12, 510/16 e demais resoluções quando cabíveis do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, os projetos conduzidos nas dependências do HEF ou coordenados por pesquisadores da instituição devem ter o parecer do CEP.

Artigo 13º - Os Projetos de Pesquisa somente poderão ser analisados pelo CEP se forem devidamente cadastrados no Sistema Plataforma Brasil.

LOGO DA
UNIDADE

PROPOSTA
REGIMENTO DO
COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA (CEP) DO
HOSPITAL ESTADUAL
DE FORMOSA - HEF.

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

CAPÍTULO VI- DAS ATRIBUIÇÕES DO CEP

Artigo 14º São atribuições orgânicas do CEP entre outras, enviar os relatórios de pesquisa a cada 2 meses, comunicando a ocorrência de eventos adversos esperados ou não esperados a todos os membros do CEP para monitoramento colegiado.

1 - MANTER SOB SUA GUARDA E RESPONSABILIDADE, OS PROTOCOLOS DE PESQUISA E DEMAIS DOCUMENTOS, INCLUSIVE DIGITALIZADOS, PELO PRAZO MÍNIMO DE CINCO (5) ANOS A CONTAR DO ENCERRAMENTO DO PROTOCOLO. DECORRIDO ESTE TEMPO, O CEP DEVERÁ AVALIAR OS DOCUMENTOS COM VISTAS A SUA DESTINAÇÃO FINAL, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE.

2 - ACOMPANHAR O DESENVOLVIMENTO DOS PROJETOS POR MEIO DE RELATÓRIOS SOLICITADOS AOS PESQUISADORES TANTO INTERMEDIÁRIOS COMO FINAIS, DA PESQUISA.

3 - MANTER COMUNICAÇÃO REGULAR COM A CONEP.

4 - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS DO HEF
NÃO ANALISA PESQUISA COM ANIMAIS;

5 - COMPROMETER-SE COM AS ATIVIDADES RELATIVAS AO PROCESSO DE TRABALHO DO CEP (REUNIÃO, ASSESSORIA, CAPACITAÇÃO DE PESQUISADORES, EDUCAÇÃO CONTINUADA SOBRE A ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS, ANÁLISE DE PROJETOS, ORGANIZAÇÃO DE EVENTOS CIENTÍFICOS).

6 - EMITIR PARECER CONSUBSTANCIADO, ON LINE, NO SISTEMA PLATAFORMA BRASIL, NO PRAZO MÁXIMO DE 48 HORAS A PARTIR DO PARECER APRESENTADO EM REUNIÃO. O CONTATO DO PARECERISTA COM O PESQUISADOR É PROIBIDO CASO SEJAM NECESSÁRIOS ESCLARECIMENTOS ESPECÍFICOS SOBRE O PROJETO DE PESQUISA. O PARECERISTA DEVERÁ CONSULTAR A COORDENAÇÃO DO CEP.

7 - RELATAR PARECER E ATENDER ÀS RECOMENDAÇÕES INDICADAS EM REUNIÃO DO COLEGIADO DO CEP.

Capítulo VII- Das Disposições Gerais

Artigo 15º - Caberá ao Coordenador do CEP encaminhar o registro do Comitê junto à CONEP.

Artigo 16º - Os membros do CEP não poderão ser remunerados no desempenho desta tarefa.

Artigo 17º - Para cada membro do CEP será disponibilizada carga horária semanal de 2 (duas) horas para suas atividades. Para a coordenação do CEP, serão computadas 4 (quatro) horas semanais e 2 horas semanais para a vice- coordenação.

Artigo 18º - Cabe ao HEF o provimento de condições para o funcionamento do CEP, conforme as Resoluções 003/2007 e 370/2007, bem como, a Norma Operacional 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Artigo 19º - Cabe ao CEP e ao HEF informar as instâncias institucionais, a comunidade de pesquisadores, o público em geral e a CONEP situações de recesso institucional ou paralizações do CEP por período superior a 30(trinta) dias com devida antecedência, por via eletrônica, indicando o período exato de duração e a forma de contato com o CEP durante o período.

Artigo 20º - Quando um membro do CEP estiver envolvido em pesquisa sob análise, o mesmo ficará impedido de participar do processo decisório desta.

Artigo 21º - Sempre que necessário este Regimento Interno poderá ser analisado, revisado e reformulado.

Artigo 22º - Revogam-se as disposições em contrário.



LOGO DA
UNIDADE

PROPOSTA
REGIMENTO DO
COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA (CEP) DO
HOSPITAL ESTADUAL
DE FORMOSA - HEF.

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

CRONOGRAMA DE REUNIÕES

| | |
|---------|--|
| 1º Mês | Reunião Ordinária - Instalação e Posse do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DO HOSPITAL ESTADUAL DE FORMOSA - HEF. |
| 2º Mês | Capacitação dos Membros conforme Normas da CONEP; |
| 3º Mês | Reunião Ordinária - Discursão de casos; |
| 4º Mês | Reunião Ordinária. Avaliação Trimestral; |
| 5º MÊS | Reunião Ordinária - Discursão de casos; Debate sobre Eventos Adversos e Eventos Clínicos; |
| 6º Mês | Reunião Ordinária - Discursão de casos; |
| 7º Mês | Reunião Ordinária- Palestra Bioética; |
| 8º Mês | Reunião Ordinária - Avaliação semestral; |
| 9º Mês | Reunião Ordinária - Discursão de casos; |
| 10º Mês | Reunião Ordinária - Discursão de casos; |
| 11º Mês | Reunião Ordinária - Ética e Humanização na pesquisa clínica; |
| 12º Mês | Reunião Ordinária - Avaliação dos 12 meses |

835



ITEM 2.1.12 – EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

836

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL

CONSTITUIÇÃO

A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional deve ser constituída em atendimento à legislação sobre a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional Resolução do SVS/MS Nº 272/1998 e a resolução RCD Nº 63/2000 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Atuação da Equipe é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da Equipe e motivadas pelo Presidente em exercício.

Como objetivo de implantar os princípios de uma gestão participativa junto à unidade de saúde, a equipe, de modo fundamentado, poderá levar suas orientações à diretoria da unidade competente pelo tema, a fim de adotar as referidas orientações. Caso a diretoria não adote referidas orientações, a Equipe poderá encaminhar a matéria ao diretor presidente da organização social, expondo suas razões.

ORIGEM

As responsabilidades sociais do Hospital Es-

tadual de Formosa, em relação à assistência e pesquisa serão de alta relevância. O compromisso com o paciente será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional desempenhará um papel importante.

MEMBROS

A equipe será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de Formosa, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral, será norteadada pelo Regimento Interno da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional.

A equipe deverá ser composta por no mínimo 4 (quatro) membros, sendo formada por profissionais de saúde de diferentes formações.

Caso a equipe seja formada por mais de 4 (quatro) membros, pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 2 (dois) médicos. Outros profissionais da saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional. O presidente da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional deverá obrigatoriamente ter formação em Terapia Nutricional, podendo ser médico nutrólogo ou nutricionista e acrescida dos seguintes profissionais da

Unidade de Saúde:

- I. Médico;
- II. Enfermeiro;
- III. Nutricionista;
- IV. Farmacêutico.

MECANISMO DE CONTROLE

A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional do Hospital Estadual de Formosa, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados a Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar a equipe em parte ou na totalidade

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

de seus membros.

FINALIDADE DA EQUIPE

As ações da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

I. Normatizar as indicações, uso e controle do suporte nutricional;

II. Divulgar os conhecimentos sobre suporte nutricional aos profissionais da área de saúde;

III. Promover a profilaxia da desnutrição nos pacientes internados do hospital;

IV. Racionalizar custo/benefício maximizando os benefícios e minimizando as complicações.

V. Através das avaliações, estudos e indicações da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional, assim como dos indicadores resultantes destas avaliações, espera-se atingir a qualidade na realização dos processos que balizam a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional, sendo que estes indicadores resultantes das avaliações, auxiliem atingir a qualidade, sendo estes:

- Nº de pacientes em jejum por mais de 72 horas antes do início da Terapia Nutricional (TN);

- Porcentagem (%) de avaliação nutricional nas primeiras 48 horas de internação;
- Prevalência de pacientes com déficit ou em risco nutricional;
- Mensurar o número de pacientes em Terapia de Nutrição Enteral (TNE) que apresentem diarreia (três ou mais evacuações líquidas por dia);
- Mensurar a frequência de pacientes com resíduo gástrico aspirado maior que 250 mL em Terapia de Nutrição Enteral (TNE);
- Mensurar o índice de infecção de cateter venoso central em pacientes sob Terapia Nutricional Parenteral (TNP);
- Mensurar o número de sondas de nutrição enteral (gástricas ou enterais) obstruídas.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações da Equipe Multiprofissional

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

de Terapia Nutricional, visando à correção ou reparação de condutas, procedimentos, distorções ou irregularidades verificadas na análise dos indicadores, devem ser encaminhadas primeiramente à Diretoria Técnica do Hospital Estadual de Formosa, que irá notificar os profissionais a respeito das orientações da equipe e métodos a serem utilizados para correções.

Compete a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional através da justa e rigorosa observância dos itens a serem monitorados e avaliados periodicamente, gerando os indicadores acompanhados no Hospital Estadual de Formosa.

Nota: A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional deverá manter estreita relação com as Comissões do Hospital Estadual de Formosa, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações, enviando seus relatórios as Diretorias Técnica e Geral.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa.

Quando este for o entendimento da maioria dos integrantes da equipe, esta deverá encaminhar, por escrito, orientações à diretoria da unidade competente.

839



REGIMENTO INTERNO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional junto à administração e ao corpo clínico.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º. A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional atende a legislação sobre a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional Resolução do SVS/MS Nº 272/1998 e a resolução RCD Nº 63/2000 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Artigo 3º. É um órgão de assessoria direta-

mente vinculado à Direção Técnica Hospital Estadual de Formosa.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º. A composição mínima da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional deverá ser de 4 (quatro) membros, podendo ser superior a isso de acordo com a necessidade.

Artigo 5º. Os serviços abaixo definidos, conforme sua existência/perfil na unidade de saúde devem contar com representantes:

- I. Médico;
- II. Enfermeiro;
- III. Nutricionista;
- IV. Farmacêutico.

Parágrafo Único: A critério da Direção Técnica e da própria equipe, a carga horária total de 1 (um) ou mais membros poderá ser de uso exclusivo da equipe, desde que respeitadas às necessidades dos serviços.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 6º. Ao presidente da Equipe Multipro-

AM

fissional de Terapia Nutricional, além das outras instituídas neste regimento, compete:

- I. Presidir as reuniões ordinárias;
- II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;
- III. Encaminhar aos membros da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional as propostas técnicas e administrativas de funcionamento da equipe para apreciação e aprovação;
- IV. Representar Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional sempre que solicitado;
- V. Nos impedimentos, este indicará um representante para substituí-lo;
- VI. Subscrever todos os documentos e resoluções da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional previamente aprovados pelos membros desta;
- VII. Fazer cumprir o regimento;
- VIII. Nas decisões da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);
- IX. Indicar seu vice-presidente/ coordenador.

Artigo 7º. Ao vice-presidente da Equipe Multi-

profissional de Terapia Nutricional, além das outras instituídas neste regimento, compete:

- I. Assumir as atividades do presidente na sua ausência;
- II. Zelar pelo sigilo ético das informações.

Artigo 8º. À Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional compete:

- I. Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Equipe de Análise e Revisão de Prontuários ou outro serviço interessado;
- II. Assessorar a Direção Geral em assuntos de sua competência;
- III. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- IV. Desenvolver atividades de caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição;
- V. Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações e orientações da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional;
- VI. Divulgar e promover ações que viabilizem o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões da

equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional;

VII. Avaliar periodicamente os dados referentes à análise dos prontuários e suas inconsistências para correções;

VIII. Zelar pelo sigilo ético das informações;

IX. Encaminhar, por escrito, orientações à unidade competente pelo tema e, em caso de recusa quanto à implantação das orientações, levar a matéria ao diretor presidente da organização social.

das mensalmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente, com local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 12º. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 13º. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 15º. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral.

Artigo 16º. Todos membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional.

Artigo 17º. As decisões equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 18º. Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões e ações da equipe, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 19º. As reuniões da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional deverão ser

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 9º. A equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional do Hospital Estadual de Formosa, será presidida por médico ou nutricionista, com formação em Terapia Nutricional, nomeado através de Portaria Interna pela Diretoria Geral.

Artigo 10º. A equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional do Hospital Estadual de Formosa, terá sede em locação a ser disponibilizada pela unidade hospitalar, com infraestrutura básica para seu funcionamento.

Artigo 11º. As reuniões da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional serão realiza-

registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 20º. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser anexado a ata da reunião ordinária ou extraordinária.

Artigo 21º. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 22º. Nenhum membro da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional, com exceção do Presidente, pode falar em nome da equipe em eventos formais, institucionais ou extra institucionais sem que para isso esteja devidamente autorizado pelo presidente ou seu vice-presidente em caso de impedimentos do mesmo, e em situações não padronizadas pela equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 23º. São atribuições de todos os membros da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional:

- I. Normatizar as indicações, uso e controle do suporte nutricional;
- II. Divulgar os conhecimentos sobre suporte nutricional aos profissionais da área de saúde;
- III. Promover a profilaxia da desnutrição nos pacientes internados do hospital;
- IV. Racionalizar custo/benefício maximizando os benefícios e minimizando as complicações;
- V. Participar nas discussões sobre a necessidade de suporte nutricional nos casos propostos;
- VI. Participar das programações educacionais da equipe (palestras, aulas, reuniões, etc);
- VII. Participar do desenvolvimento, introduções, modificações e revisões de protocolo e fichas utilizadas pela equipe;
- VIII. Comparecer às reuniões convocadas e colaborar com o trabalho da equipe;
- IX. Criar mecanismos para que se desenvolvam as etapas de triagem e vigilância nutricional, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de terapia nutricional a serem encaminhados aos cuidados da equipe multiprofissional;

X. Atender às condições de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a Terapia Nutricional, quando necessário, e em comum acordo com o médico e nutricionista responsáveis pelo paciente, até que sejam atingidos os critérios de reabilitação nutricional preestabelecidos;

XI. Assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, conservação, transporte e administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final, da Terapia Nutrição Parenteral, visando obter os benefícios máximos do procedimento e evitar riscos;

XII. Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação dos procedimentos relacionados a Terapia Nutricional, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;

XIII. Documentar todos os resultados do controle e da avaliação da Terapia Nutrição Parenteral visando a garantia de sua qualidade;

XIV. Estabelecer auditorias periódicas a serem realizadas por um dos membros da equipe, para verificar o cumprimento e o registro dos controles e avaliação da Terapia Nutrição Parenteral;

XV. Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a

suspensão da Terapia Nutrição Parenteral;

XVI. Desenvolver, rever e atualizar regularmente as diretrizes e procedimentos relacionados à Terapia Nutrição Parenteral;

XVII. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos que lhe forem enviados;

XVIII. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes.

Artigo 24º. São atribuições do Secretário da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional:

I. Receber e protocolar os processos e expedientes;

II. Lavrar a ata das sessões/reuniões;

III. Convocar os membros da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional para as reuniões determinadas pelo presidente;

IV. Organizar e manter o arquivo da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional;

V. Preparar a correspondência;

VI. Solicitar aos Departamentos

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

correspondentes documentação, fichas, controles, prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los ou arquivá-lo em 24 horas após o trabalho realizado.

Artigo 26º. Os assuntos tratados equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 25º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional, em conjunto com a Diretoria Geral Hospital Estadual de Formosa.

Artigo 27º. A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral.

Artigo 28º. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

845



CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL

| MÊS | ATIVIDADES |
|---------|---|
| M1 e M2 | Criar a equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional , através de uma Resolução do Diretor Geral, indicando nominalmente seus membros. |
| | Aprovar o regimento da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional |
| | Elaborar o programa de atuação para o primeiro ano de atuação da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional |
| | Elaborar relatório de avaliação e acompanhamento das atividades desenvolvidas. |
| | Elaborar programa de palestras |
| | Reunião ordinária da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (dia da semana a ser definido) |
| | Definir indicadores prioritários da equipe assim como elementos ou instrumentos de coleta de dados utilizados. |
| | Reunião ordinária da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional |
| | Realizar treinamento e palestra. |
| M3 | Divulgar indicadores |
| | Reunião ordinária da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional |
| | Realizar treinamento e palestra. |
| M4 | Divulgar indicadores |
| | Reunião ordinária da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional |
| | Realizar treinamento e palestra. |
| M5 | Divulgar indicadores |
| | Reunião ordinária da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional |
| | Realizar treinamento e palestra. |

| | |
|-----|--|
| M6 | Reunião ordinária da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional |
| | Realizar treinamento e palestra. |
| | Divulgar indicadores. |
| M7 | Reunião ordinária da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional |
| | Realizar treinamento e palestra. |
| | Divulgar indicadores. |
| M8 | Reunião ordinária da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional |
| | Realizar treinamento e palestra. |
| | Divulgar indicadores. |
| M9 | Reunião ordinária da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional |
| | Realizar treinamento e palestra. |
| | Divulgar indicadores. |
| M10 | Reunião ordinária da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional |
| | Realizar treinamento e palestra. |
| | Divulgar indicadores. |
| M11 | Reunião ordinária da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional |
| | Realizar treinamento e palestra. |
| | Divulgar indicadores. |
| M12 | Reunião ordinária da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional |
| | Realizar treinamento e palestra. |
| | Divulgar indicadores. |

ITEM 2.1.13 - COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

848

CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) deve ser constituída em atendimento à Portaria nº 2616 de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde que instituiu o "Programa de Controle das Infecções Hospitalares", trazendo, como uma das Competências, "Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição". A lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, alterada pela lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011, dispõe sobre a assistência farmacêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de

Saúde -SUS, devendo esta ser pautada em evidências científicas sobre eficácia, acurácia, efetividade e segurança do medicamento, além de avaliação econômica de benefícios e dos custos.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica é de suma importância para que a gestão da saúde seja realizada com maior segurança, qualidade e efetividade. De acordo com o Ministério da Saúde, a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) pode ser definida como uma instância colegiada, de natureza técnico-científica, permanente, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por finalidade assessorar a Diretoria Técnica e Geral do Hospital Estadual de Formosa, e os diversos departamentos de assistência à saúde em assuntos referentes a medicamentos, visando garantir o uso seguro e racional, realizando como atividades principais a seleção de medicamentos da instituição (com base em critérios pré-estabelecidos), elaboração do formulário ou guia farmacoterapêutico,

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÉUTICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

validação de protocolos terapêuticos, apoio à assistência farmacêutica, ações educativas permanentes, dentre outras, sendo assim um importante instrumento para que a Gestão possa tomar decisões acertadas a respeito dos medicamentos e demais insumos farmacêuticos utilizados na instituição.

A CFT deve ser constituída por equipe multiprofissional e sua composição deve levar em consideração a complexidade dos serviços, bem como seu caráter funcional e as diretrizes para as ações investigatórias, educativas e com vistas a padronização ou de continuação de medicamentos ou insumos serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício.

Como objetivo de implantar os princípios de uma gestão participativa junto à unidade de saúde, a Comissão, de modo fundamentado, poderá levar suas orientações à diretoria da unidade competente pelo tema, a fim de adotar as referidas orientações. Caso a diretoria não adote referidas orientações, a Comissão poderá encaminhar a matéria ao diretor presidente da organização social, expondo suas razões.

ORIGEM

As responsabilidades sociais do Hospital Estadual de Formosa em relação à assistência

segura, oportuna e efetiva, educação permanente e pesquisa serão de alta relevância. O compromisso com o paciente será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comissão de Farmácia e Terapêutica desempenhará um papel importante.

MEMBROS

A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de Formosa, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral será norteadada pelo Regimento Interno da Comissão de Farmácia e Terapêutica.

A Comissão será composta por membros executores, sendo profissionais da área da saúde, com nível superior, nomeados pela Diretoria Geral da Unidade de saúde e por membros consultores, sendo profissionais da saúde, de nível superior que façam parte do quadro funcional da Unidade.

Parágrafo Primeiro: Os membros executores, indicados pela Direção do Hospital, serão encarregados da execução das ações programadas pela Comissão.

Caso a Comissão seja formada por mais de 4 (quatro) membros, pode haver no máximo 3 (três) enfermeiros e 3 (três) médicos. Outros profissionais da saúde, além de médicos

e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Farmácia e Terapêutica, sendo 1 (um) representante por profissão e/ou setor. O presidente da Comissão será obrigatoriamente farmacêutico. A comissão poderá ser composta por:

- I. Diretor clínico;
- II. Enfermeiro Responsável Técnico;
- III. Representante do SCIRAS;
- IV. Representante do Setor da Qualidade;
- V. Representante do Corpo clínico;
- VI. Representante do Almoxarifado;
- VII. Representante do Corpo Gestor.

Parágrafo Segundo: Além desses existirão os membros consultores que serão outros especialistas na área a ser consultada.

MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital Estadual de Formosa, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato da Comissão de Farmácia e Terapêutica será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados a Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

FINALIDADE DA COMISSÃO

As ações da Comissão de Farmácia e Terapêutica, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

- I. Identificar aspectos clínicos e epidemiológicos relacionados ao perfil de uso de medicamentos e insumos ocorridos na unidade de saúde;
- II. Definir a padronização dos insumos médico-hospitalares, e outros que impactem na qualidade dos serviços prestados no hospital;
- III. Manter atualizada listagem dos artigos padronizados;
- IV. Orientar e acompanhar o uso dos insumos médicos - hospitalares nas

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÉUTICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

unidades e serviços, especialmente dos materiais novos;

V. Diagnosticar, documentar e centralizar registros comprobatórios das inadequações técnicas - operacionais dos insumos de baixa qualidade;

VI. Manter conhecimento atualizado referente aos materiais médicos - hospitalares comercializados no país e aprovados pela ANVISA, através do atendimento aos fornecedores e representantes dos diversos insumos, de comparecimento em congressos, simpósios e visitas de avaliação à fábricas, dentre outros;

VII. Fixar critérios para melhor seleção de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;

VIII. Promover estudos de custo efetividade de medicamentos e insumos hospitalares;

IX. Fomentar investigações sobre a utilização de medicamentos;

X. Promover atividades de educação continuada para o uso seguro e racional de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;

XI. Participar da elaboração de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos;

XII. Propor política de prescrição, dispensação e utilização de

medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;

XIII. Informar o Setor de Compras, através da ficha queixa técnica, quaisquer não conformidade apresentada pelos medicamentos, materiais hospitalares e equipamentos;

XIV. Gerenciar e controlar as notificações e eventos adversos decorrentes do uso de quaisquer, medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares em conjunto com o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;

XV. Os eventos adversos que ocorrem durante a utilização dos medicamentos e alguns correlatos de aplicação direta ao paciente deverão ser notificados diretamente à ANVISA, por site próprio;

XVI. Interagir com o Setor de Compras, visando o alinhamento das políticas e práticas desenvolvidas e o compartilhamento dos resultados alcançados;

XVII. Enviar parecer técnico dos produtos e materiais médico-hospitalares ao Setor de Compras;

XVIII. Realizar especificação dos produtos, quando se fizer necessário;

XIX. Inserir insumos médico hospitalares aprovados nos testes/ avaliações na lista de produtos padronização;

XX. Divulgar e disponibilizar a lista de insumos médico hospitalares;

XXI. Contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada a população da região;

XXII. Orientar a diretoria responsável da unidade com relação a práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação.

Através das avaliações e das atividades da CFT, assim como dos indicadores resultantes destas avaliações, espera-se atingir a qualidade na realização dos processos que balizam a comissão, sendo estes:

- Nº de Produtos Padronizados;
- Nº de Produtos descontinuados/reprovados;
- Nº de Queixas Técnicas.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão de Farmácia e Terapêutica deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações da Comissão de Farmácia e Terapêutica, devem ser encaminhadas primeiramente à Diretoria Técnica do Hospital Estadual de Formosa, que irá avaliá-las as demandas e auxiliar a Comissão nas questões sobre sua competência.

Compete a Comissão de Farmácia e Terapêutica a missão referente a tudo o que se refere aos medicamentos e materiais médicos, desde sua recepção, armazenamento, seleção até sua dispensação e logística reversa, objetivando a todo o momento sua adequada utilização, desta forma possuindo importante função clínica e administrativa.

Nota: A Comissão de Farmácia e Terapêutica deverá manter estreita relação com as Comissões do Hospital Estadual de Formosa, com as quais deverá ser discutidos os resultados das avaliações, sugestões, padronizações, enviando seus relatórios as Diretorias Técnica e Geral. Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será assinada pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa.

Quando este for o entendimento da maioria dos integrantes da Comissão, esta deverá encaminhar, por escrito, orientações à diretoria da unidade competente.

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO
DA COMISSÃO
DE FARMÁCIA E
TERAPÊUTICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão de Farmácia e Terapêutica, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão de Farmácia e Terapêutica junto à administração e ao corpo clínico.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º. A Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT tem por finalidade regulamentar e padronizar medicamentos e materiais médicos utilizados no hospital devendo para tal elaborar uma listagem de medicações que estarão disponíveis na Unidade de Saúde. Esses materiais devem ser identificados:

- I. Medicamento: por sua nomenclatura genérica (princípio ativo), conforme Denominação

Comum Brasileira (DCB), acrescida das concentrações, forma farmacêutica e volume da embalagem (quando aplicável).

- II. Materiais: Nome genérico, numeração ou modelo e outras especificações técnicas necessárias.

Artigo 3º. A inclusão e exclusão de produtos nesta listagem dependerá de análise de diversos pontos sendo os principais:

- I. Ser adequado ao perfil da Unidade;
- II. Interesse e aceitação do corpo clínico e equipe assistencial;
- III. Resposta ao tratamento com a medicação;
- IV. Qualidade do produto;
- V. Facilidade de utilização;
- VI. Facilidade de Armazenamento;
- VII. Facilidade de Aquisição;
- VIII. Valor.

Parágrafo Primeiro: Nos casos de solicitação de inclusão de medicamentos o solicitante deverá trazer a comprovação científica que justifique a inclusão na lista de medicamen-

tos padronizados.

Artigo 4°. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Técnica do Hospital Estadual de Formosa.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 5°. A Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT será composta por membros executores, sendo profissionais da área da saúde, com nível superior, nomeados pela Diretoria Geral da Unidade de saúde e por membros consultores, sendo profissionais da saúde, de nível superior que façam parte do quadro funcional da Unidade.

Parágrafo Primeiro: os membros executores, indicados pela Direção do Hospital, serão encarregados da execução das ações programadas pela Comissão.

Para indicação dos membros deverão ser considerados aspectos como competência técnica, habilidade e perfil. Dentre os membros efetivos será escolhido o secretário, por consenso ou votação dos membros.

Artigo 6°. São membros executores:

- I. Presidente: Farmacêutico;

- II. Diretor clínico;

- III. Enfermeiro Responsável Técnico;

- IV. Representante do SCIRAS;

- V. Representante do Setor da Qualidade;

- VI. Representante do Corpo clínico;

- VII. Representante do Almoxarifado;

- VIII. Representante do Corpo Gestor.

Parágrafo Primeiro: Além desses existirão os membros consultores que serão outros especialistas na área a ser consultada

Parágrafo Segundo: Todos os membros deverão assinar o Termo de Isenção, onde afirmem a ausência de conflitos de interesse, principalmente no que se refere a vínculos empregatícios ou contratuais, compromissos e obrigações com indústrias privadas, produtoras de medicamentos, que resultem em obtenção de remunerações, benefícios ou vantagens pessoais na padronização dos produtos hospitalares.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 7°. A Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT, além das outras instituídas

neste regimento, compete:

- I. Definir a padronização dos insumos médico-hospitalares, e outros que impactem na qualidade dos serviços prestados no hospital;
- II. Manter atualizada listagem dos artigos padronizados;
- III. Orientar e acompanhar o uso dos insumos médicos - hospitalares nas unidades e serviços, especialmente dos materiais novos;
- IV. Diagnosticar, documentar e centralizar registros comprobatórios das inadequações técnicas - operacionais dos insumos de baixa qualidade;
- V. Manter conhecimento atualizado referente aos materiais médicos - hospitalares comercializados no país e aprovados pela ANVISA, através do atendimento aos fornecedores e representantes dos diversos insumos, de comparecimento em congressos, simpósios e visitas de avaliação à fabricas, dentre outros;
- VI. Fixar critérios para melhor seleção de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;
- VII. Promover estudos de custo efetividade de medicamentos e insumos hospitalares;
- VIII. Fomentar investigações sobre a utilização de medicamentos;
- IX. Promover atividades de educação continuada para o uso seguro e racional de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;
- X. Participar da elaboração de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos;
- XI. Propor política de prescrição, dispensação e utilização de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;
- XII. Informar o Setor de Compras, através da ficha queixa técnica, quaisquer não conformidade apresentada pelos medicamentos, materiais hospitalares e equipamentos;
- XIII. Gerenciar e controlar as notificações e eventos adversos decorrentes do uso de quaisquer, medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares em conjunto com o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;
- XIV. Os eventos adversos que ocorrem durante a utilização dos medicamentos e alguns correlatos de aplicação direta ao paciente deverão ser notificados diretamente à ANVISA, por site próprio;
- XV. Interagir com o Setor de Compras, visando o alinhamento das políticas e práticas desenvolvidas e o compartilhamento dos resultados alcançados;
- XVI. Enviar parecer técnico dos

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

produtos e materiais médico-hospitalares ao Setor de Compras;

XVII. Realizar especificação dos produtos, quando se fizer necessário;

XVIII. Inserir insumos médico hospitalares aprovados nos testes/avaliações na lista de produtos padronização;

XIX. Divulgar e disponibilizar a lista de insumos médico hospitalares;

XX. Encaminhar, por escrito, orientações à unidade competente pelo tema e, em caso de recusa quanto à implantação das orientações, levar a matéria ao diretor presidente da organização social.

Artigo 8º. Ao presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica, além das outras instituídas neste regimento, compete:

I. Presidir as reuniões ordinárias;

II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;

III. Encaminhar aos membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica as propostas técnicas e administrativas de funcionamento da Comissão para apreciação e aprovação;

IV. Representar Comissão Comissão

de Farmácia e Terapêutica sempre que solicitado;

V. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão Comissão de Farmácia e Terapêutica previamente aprovados pelos membros desta;

VI. Fazer cumprir o regimento;

VII. Nas decisões da Comissão Comissão de Farmácia e Terapêutica, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

VIII. Indicar seu vice-presidente/ coordenador.

Artigo 9º. Ao vice-presidente da Comissão Comissão de Farmácia e Terapêutica, além das outras instituídas neste regimento, compete:

I. Assumir as atividades do presidente na sua ausência;

II. Zelar pelo sigilo ético das informações.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 10º. A Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital Estadual de Formosa será presidida por um Farmacêutico, nomeado através de Portaria Interna pela Diretoria Geral.

AM

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Artigo 11º. A Comissão de Farmácia e Terapêutica funciona como um órgão assessor da Diretoria Geral sendo tecnicamente ligada a Diretoria Técnico, tendo assegurada a sua autonomia funcional.

Parágrafo Primeiro: A autonomia funcional se caracteriza pela independência em estabelecer normas de gerência sobre todas as atividades relacionadas a padronização de medicamentos e farmacovigilância.

Artigo 12º. A duração do mandato da Comissão de Farmácia e Terapêutica será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar os membros do Núcleo em parte ou na totalidade de seus membros.

Artigo 13º. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos suplentes eleitos deverão ser encaminhados a Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação.

Artigo 14º. Os membros poderão solicitar a participação de outros profissionais no desenvolvimento dos trabalhos, desde o mesmo tenha qualificação técnica comprovada e a aprovação dos demais membros.

Artigo 15º. As reuniões da Comissão de Farmácia e Terapêutica serão realizadas mensalmente, convocadas pelo Presidente, com local e horário, previamente definidos e informados pelo secretário desta.

Artigo 16º. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 17º. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 18º. O presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa. Os cargos de presidente serão indicados pelas Diretorias Técnica e Geral, vice-presidente e secretário poderão ser definidos pelos demais membros da Farmácia e Terapêutica através de votação simples pelos membros nomeados.

Artigo 19º. As decisões da Comissão de Farmácia e Terapêutica serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 20º. As reuniões da Comissão de Farmácia e Terapêutica deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa, contendo:

data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 21º. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal e anexado a ata da reunião ordinária.

Artigo 22º. Os assuntos tratados pelo da Comissão de Farmácia e Terapêutica deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 23º. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 24º. Nenhum membro da Comissão de Farmácia e Terapêutica, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão sem que para isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pela Comissão de Farmácia e Terapêutica.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 25º. São atribuições de todos os membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica: Comparecer e participar efetivamente das reuniões ordinárias e extraordinárias;

II. Colaborar com o trabalho de

padronização dos materiais médico-hospitalares em todas as etapas;

III. Divulgar o trabalho da Comissão;

IV. Diagnosticar, documentar e centralizar registros comprobatórios de inadequações técnico-operacionais dos insumos médico-hospitalares de baixa qualidade;

V. Colaborar na resolução de problemas e participar de ocorrências relacionadas com qualidade dos produtos médicos - hospitalares utilizados na Instituição;

VI. Receber representantes e fornecedores, na ausência do presidente da Comissão, procurando obter e registrar as principais informações referentes aos novos produtos e aos já padronizados;

VII. Conhecer os produtos em uso no hospital, que sejam pertinentes à sua área de atuação.

Artigo 26º. São atribuições do Secretário da Comissão:

I. Receber e protocolar os processos e expedientes;

I. Lavrar a ata das sessões/reuniões;

II. Convocar os membros da comissão

para as reuniões determinadas pelo presidente;

- III. Organizar e manter o arquivo da comissão;
- IV. Preparar a correspondência.

Artigo 27º. São atribuições específicas do presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica:

- I. Convocar e presidir as reuniões;
- II. Estabelecer as pautas das reuniões ordinárias e extraordinárias;
- III. Dirigir os trabalhos da Comissão;
- IV. Representar a Comissão perante a Diretoria Geral;
- V. Subscrever os documentos e resoluções da Comissão;
- VI. Distribuir tarefas para os membros da Comissão de Padronização;
- VII. Receber representantes e fornecedores em dias e horários pré-estabelecidos, procurando obter e registrar as principais informações referentes a cada um dos produtos a serem avaliados ou a serem padronizados;
- VIII. Receber parecer técnico dos produtos avaliados e encaminhar a

comissão para avaliar.

- IX. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 28º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica, em conjunto com a Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa.

Artigo 29º. A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral.

Artigo 30º. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

| MÊS | ATIVIDADES |
|---------|---|
| M1 e M2 | 1. Criar a CFT, através de uma Resolução da Diretor Geral, indicando nominalmente seus membros. |
| | 2. Aprovar o Regimento Interno da CFT e realizar a escolha do vice-presidente e secretário. |
| | 3. Elaborar o Programa de Ação para o primeiro ano de atuação da CFT. |
| | 1. Reunião ordinária da CFT |
| | 2. Elaborar relatórios de avaliação e acompanhamento das atividades desenvolvidas. |
| | 3. Elaborar programa de palestras. |
| | 4. Realizar divulgação da lista de produtos padronizados |
| M4 | 1. Reunião ordinária da CFT |
| | 2. Realizar orientações in loco |
| M5 | 1. Reunião ordinária da CFT |
| | Realizar treinamento - avaliar demandas. |
| M6 | 1. Reunião ordinária da CFT |
| | 2. Realizar treinamento - Palestra |
| M7 | 1. Reunião ordinária da CFT |
| | 2. Realizar orientações in loco |
| M8 | 1. Reunião ordinária da CFT |
| | Realizar treinamento - avaliar demandas. |

AM

| | |
|----------|--|
| M9 e M10 | 1. Reunião ordinária da CFT |
| | 2. Realizar treinamento - Palestras. |
| | 3. Analisar atuação da CFT e reajustar pontos a melhorar. |
| | 4. Realizar orientações in loco |
| | 5. Elaborar relatórios de avaliação e acompanhamento das atividades desenvolvidas. |
| M11 | 1. Reunião ordinária da CFT |
| | 2. Realizar treinamento - Palestras. |
| M12 | 1. Reunião ordinária da CFT |
| | 2. Realizar treinamento - avaliar demandas. |
| | 3. Realizar atualização da lista de produtos padronizados. |



ITEM 2.1.14 - COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

862

COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Proteção Radiológica - CPR é um órgão de natureza técnico-científica que busca sua ação das diretrizes da radioproteção na área de radiologia médica e diagnóstico por imagem estabelecida e embasada na RDC Nº 330 de 26 de dezembro de 2019 da Anvisa, na NR-32 de 16 de novembro de 2005 do Ministério do Trabalho, na Portaria Federal nº 453 de 01 de junho de 1998 e, por fim, na Portaria Interministerial MEC/MS nº285 de 24 de março de 2015, que determina a criação de uma comissão de proteção radiológica.

ORIGEM

A CPR tem por princípios básicos: otimização da proteção radiológica, limitação de doses individuais e prevenção de acidentes.

As responsabilidades técnicas do Hospital Estadual de Formosa em relação à proteção radiológica serão de alta relevância. O compromisso com o paciente, bem como com os colaboradores, será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comissão de Proteção Radiológica desempenhará um papel importante.

MEMBROS

A CPR do Hospital Estadual de Formosa será integrada por equipe multidisciplinar designada pela direção da instituição, por meio de ato normativo.

O mandato dos membros da Comissão deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável.

AM

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

conforme definição da própria Comissão. No caso de substituição de um ou mais membros por indicação da supervisão de cada departamento do hospital, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à direção da comissão para alteração da Portaria de nomeação.

As indicações dos membros deverão recair em profissionais especializados, com suas respectivas atribuições sempre um titular e um vice caso a falta sempre terá substituto.

- I. Supervisor de Proteção Radiológica;
- II. Chefe do setor de Radiologia;
- III. Enfermeiro ou médico do setor de Radiologia;
- IV. Representante da Segurança do Trabalho;
- V. Representante da Diretoria;
- VI. Secretário.

MECANISMO DE CONTROLE

As reuniões da comissão deverão ocorrer trimestralmente.

As reuniões terão atas lavradas, após leitura dos teores assinados pelos presentes, com

encaminhamento posterior para o Núcleo de Qualidade Hospitalar, para que elas fiquem à disposição de qualquer fiscalização.

Reuniões extraordinárias poderão ser solicitadas a qualquer momento pelo Presidente ou Vice-Presidente, desde que haja denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência, e quando houver solicitação expressa da Diretoria.

Será necessário o quórum, calculado pela maioria simples, de membros efetivos para a edição de resoluções.

- I. Não havendo quórum, será feita nova convocação;
- II. Havendo impasse, a situação deverá ser votada;
- III. Em caso de empate em votação, o (a) Presidente terá "Voto de Minerva";
- IV. Membros consultivos não terão direito a voto.

A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda quatro reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática, devendo o mesmo ser substituído de acordo com sua representação.

FINALIDADE DA COMISSÃO

- I. Assumir a responsabilidade técnica e legal perante as questões relativas à proteção radiológica.
- II. Definir prazos e divisão de tarefas das ações propostas em reunião, consultoria técnica especializada em proteção radiológica.
- III. Fiscalizar a perfeita execução dos procedimentos de proteção radiológica pelos técnicos de radiologia (ou similares) sob sua responsabilidade.
- IV. Fiscalizar o cumprimento da RDC Nº 330, de 20 de dezembro de 2019.
- V. Quando necessário adequar escalas de trabalho para cobertura nos casos de falta ou afastamentos (p.ex. causados por exposição excessiva à radiação).

- VI. Validar, juntamente com o Técnico de segurança do trabalho, os relatórios mensais de dosimetria individual, relatando à Diretoria possíveis problemas.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão deverá revisar sistematicamente o programa de proteção radiológica para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de proteção radiológica.

A Comissão deverá recomendar as medidas cabíveis para garantir o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação existentes no Hospital Estadual de Formosa.



REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

CAPÍTULO I - OBJETIVOS

Artigo 1º. A Comissão de Proteção Radiológica - CPR é um órgão de natureza técnico-científica que busca sua ação das diretrizes da radioproteção na área de radiologia médica e diagnóstico por imagem estabelecida e embasada na RDC Nº 330 de 26 de dezembro de 2019 da Anvisa, na NR-32 de 16 de novembro de 2005 do Ministério do Trabalho, na Portaria Federal nº 453 de 01 de junho de 1998 e, por fim, na Portaria Interministerial MEC/MS nº285 de 24 de março de 2015, que determina a criação de uma comissão de proteção radiológica.

Artigo 2º. Revisar sistematicamente o programa de proteção radiológica para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de proteção radiológica.

Artigo 3º. Recomendar as medidas cabíveis para garantir o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação existentes na instituição.

CAPÍTULO II - COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Artigo 4º. A CPR do Hospital Estadual de Formosa será integrada por equipe multidisciplinar designada pela direção da instituição, por meio de ato normativo.

Artigo 5º. O mandato dos membros da Comissão deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável, conforme definição da própria Comissão. No caso de substituição de um ou mais membros por indicação da supervisão de cada departamento do hospital, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à direção da comissão para alteração da Portaria de nomeação.

Artigo 6º. As indicações dos membros deverão recair em profissionais especializados, com suas respectivas atribuições sempre um titular e um vice caso a falta sempre terá substituto.

- I. Supervisor de Proteção Radiológica;
- II. Chefe do setor de Radiologia;
- III. Enfermeiro ou Médico do setor de Radiologia;
- IV. Representante da Segurança do Trabalho;

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

V. Representante da Diretoria;

em proteção radiológica.

VI. Secretário.

Artigo 8°. Compete o Responsável Técnico ou Supervisor de Proteção Radiológica:

CAPÍTULO III - COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DOS MEMBRÓS

Artigo 7°. Compete ao presidente:

I. Assessorar o Presidente da CPR nas suas funções por meio de esclarecimentos técnicos e legais em proteção radiológica, incluindo RDC Nº 330, de 20 de dezembro de 2019;



I. Assumir a responsabilidade técnica e legal perante as questões relativas à proteção radiológica;

II. Definir e divulgar a pauta das reuniões ordinárias e extraordinárias da CPR;

III. Conduzir as reuniões ordinárias e extraordinárias da CPR como moderador;

VI. Definir prazos e divisão de tarefas das ações propostas em reunião, consultoria técnica especializada

II. Manter contato com autoridades sanitárias responsáveis pela fiscalização da proteção radiológica;

III. Realizar adequações necessárias no Plano de Proteção Radiológica do Hospital;

VI. Realizar, quando contratada, os procedimentos de garantia da qualidade e testes radiométricos e de constância, treinamentos e controle de qualidade de equipamentos, e EPI's.

Artigo 9º. Compete ao Chefe do setor de Radiologia:

- I. Elaborar e apresentar trimestralmente relatórios gerenciais relacionados à proteção radiológica;
- II. Efetivar contratações necessárias para o bom andamento das atividades de proteção radiológica;
- III. Validar contratos do serviço de dosimetria individual;
- IV. Manter a documentação de proteção radiológica atualizada e organizada;
- V. Garantir recursos financeiros para manter os serviços terceirizados necessários a garantia da qualidade;
- VI. Informar à CPR a contratação e demissão de colaboradores dos serviços radiológicos;
- VII. Instituir medidas punitivas ao não cumprimento das obrigações aqui relacionadas;
- VIII. Fiscalizar a perfeita execução dos procedimentos de proteção radiológica pelos colaboradores do setor sob sua responsabilidade;
- IX. Fiscalizar o cumprimento da RDC Nº 330, de 20 de dezembro de 2019;
- X. Quando necessário adequar escalas

de trabalho para cobertura nos casos de falta ou afastamentos (p.ex. causados por exposição excessiva à radiação);

- XI. Validar, juntamente com o Técnico de segurança do trabalho, os relatórios mensais de dosimetria individual, relatando à CPR possíveis problemas.

Artigo 10º. Compete a Enfermagem ou Médicos do setor de Radiologia:

- I. Conhecer protocolos de imagens radiológicas nos diversos serviços do Hospital Estadual de Formosa propondo adequações para melhorar a qualidade das imagens com redução da exposição radioativa para pacientes, colaboradores e para o meio ambiente;
- II. Propor temas para treinamentos e reciclagens dos colaboradores.

Artigo 11º. Compete ao Técnico de Segurança do Trabalho:

- I. Validar, juntamente com os chefes de radiologia, os relatórios mensais de dosimetria individual, relatando à CPR possíveis problemas;
- II. Cobrar e acompanhar os relatórios de dosimetria individual dos colaboradores do Serviço de Radiologia do Hospital de Estadual

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

de Formosa que atuem em serviços externos;

III. Fiscalizar cumprimento integral da NR-32.

Artigo 12º. Compete ao representante da Diretoria:

I. Garantir perfeito funcionamento dos equipamentos médico-hospitalares da área diagnóstica, incluindo calibrações e procedimentos de manutenção preventiva e corretiva, procedimentos de manutenção preventiva e corretiva;

II. Comunicar imediatamente ao Presidente da CPR qualquer ocorrência com os equipamentos médico-hospitalares, propondo medidas para a resolução rápida dos problemas.

CAPÍTULO VI - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 13º. As reuniões da Comissão ocorrerão no Escritório Administrativo da Unidade.

Artigo 14º. As reuniões deverão ocorrer trimestralmente.

Artigo 15º. As reuniões terão atas lavradas, após leitura dos teores assinados pelos presentes, com encaminhamento posterior para o

Núcleo de Qualidade Hospitalar, para que elas fiquem à disposição de qualquer fiscalização.

Artigo 16º. Reuniões extraordinárias poderão ser solicitadas a qualquer momento pelo Presidente ou Vice-Presidente, desde que haja denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência, e quando houver solicitação expressa da Diretoria.

Artigo 17º. Será necessário o quórum, calculado pela maioria simples, de membros efetivos para a edição de resoluções.

I. Não havendo quórum, será feita nova convocação;

II. Havendo impasse, a situação deverá ser votada;

III. Em caso de empate em votação, o (a) Presidente terá "Voto de Minerva";

IV. Membros consultivos não terão direito a voto.

Artigo 18º. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda quatro reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática, devendo o mesmo ser substituído de acordo com sua representação.

CAPÍTULO V - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 19º. Todos os membros deverão assinar a Portaria de Nomeação, onde afirmam o compromisso assumindo a responsabilidade descrito neste regimento, como membro desta comissão.

Artigo 20º. O presente Regimento Interno entra em vigor após a provação dos membros da comissão e do Diretor Geral, revogadas as disposições em contrário.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

| MÊS | ATIVIDADES |
|-----|---|
| M1 | 1. Criar a Comissão de Proteção Radiológica através de uma Resolução da Diretoria Geral, indicando nominalmente seus membros. |
| | 2. Aprovar o Regimento Interno da Comissão de Proteção Radiológica |
| | 3. Elaborar programa de palestras. |
| | 4. Reunião ordinária a Comissão de Proteção Radiológica (primeira terça-feira do mês). |
| M4 | 1 Reunião ordinária a Comissão de Proteção Radiológica (primeira terça-feira do mês). |
| M7 | 1 Reunião ordinária a Comissão de Proteção Radiológica (primeira terça-feira do mês). |
| M10 | 1 Reunião ordinária a Comissão de Proteção Radiológica (primeira terça-feira do mês). |



ITEM 2.1.15 - COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Biossegurança, é constituída para acompanhamento das ações e proposição de ações em cumprimento à Norma Regulamentadora nº 32, aprovada pela Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005, do Ministério do Trabalho e Emprego, visando estabelecer a implementação de medidas de proteção à segurança e saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde.

Atuação da Comissão é técnico-científica, educativa, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício.

Como objetivo de implantar os princípios de uma gestão participativa junto à unidade de saúde, a Comissão, de modo fundamentado, poderá levar suas orientações à diretoria da unidade competente pelo tema, a fim de adotar as referidas orientações. Caso a diretoria não adote referidas orientações, a Comissão poderá encaminhar a matéria ao diretor presidente da organização social, expondo suas razões.

ORIGEM

As responsabilidades sociais do Hospital Estadual de Formosa, em relação à assistência e segurança de seus colaboradores são metas prioritárias e de alta relevância. O compromisso com o colaborador será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comissão de Biossegurança desempenhará um papel importante.

MEMBROS

A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

de Formosa e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral, será norteadada pelo Regimento Interno da Comissão de Biossegurança.

A Comissão de Biossegurança deve ser constituída, de preferência, pelos seguintes membros:

- I. Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Núcleo de Segurança do Paciente;
- II. Representante da Comissão de Prevenção de Riscos de Acidentes com Perfurocortantes;
- III. Representante da Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SESMT);
- IV. Representante da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA;
- V. Representante da Comissão de Proteção Radiológica;
- VI. Representante do Centro Cirúrgico e do Centro Obstétrico;
- VII. Representante do Laboratório Clínico;
- VIII. Representante da Divisão de Enfermagem;
- IX. Representante da Unidade Multiprofissional;
- X. Representante do Conselho Gestor.

MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão de Biossegurança do Hospital Estadual de Formosa, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato da Comissão de Biossegurança será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados a Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

FINALIDADE DA COMISSÃO

As ações da Comissão de Biossegurança, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

- I. Identificar aspectos clínicos e epidemiológicos relacionados aos acidentes com material biológico ocorridos na unidade de saúde, relacionados aos acidentes com material biológico ocorridos na

unidade de saúde;

II. Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;

III. Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;

IV. Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição;

V. Monitoramento por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras;

VI. Orientar a diretoria responsável da unidade com relação a práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação.

Através da avaliação dos incidentes e riscos de exposição avaliados, assim como dos indicadores resultantes destas avaliações, espera-se atingir a qualidade na realização

dos processos que balizam a Comissão de Biossegurança, sendo que estes indicadores resultantes das avaliações, auxiliem atingir a qualidade, sendo estes:

- Nº de Acidentes com materiais biológicos ocorridos/investigados;
- Nº de eventos notificados ao SESMT;
- Nº de Comunicação de Acidentes de Trabalho - CAT por exposição a material biológico abertas.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão de Biossegurança deverá reunir-se bimestralmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações da Comissão de Biossegurança, visando à correção, reparação ou prevenção de distorções e irregularidades verificadas nas análises e ações educativas ou fiscalizatórias, devem ser encaminhadas primeiramente à Diretoria Técnica do Hospital Estadual de Formosa, que irá auxiliar nas questões sobre sua competência.

Compete a Comissão de Biossegurança a

AM

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

análise de 100% (cem por cento) dos acidentes e riscos destes com material biológico ocorridos no Hospital Estadual de Formosa.

NOTA: A Comissão de Biossegurança deverá manter estreita relação com as Comissões Interna de Prevenção de Acidentes e de Prevenção de Riscos de Acidentes com Material Perfurocortante do Hospital Estadual de Formosa, com as quais deverão ser discutidos os resultados das avaliações, enviando seus relatórios individuais ou coletivos as Diretorias Técnica e Geral.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa.

Quando este for o entendimento da maioria dos integrantes da Comissão, esta deverá encaminhar, por escrito, orientações à diretoria da unidade competente.



REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão de Biossegurança, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão de Biossegurança junto à administração e ao corpo clínico.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º. A Comissão de Biossegurança do Hospital Estadual de Formosa, tem como objetivo conscientizar as equipes de trabalho na prevenção, em especial, por agentes biológicos, ou mesmo pela incorporação de novas tecnologias e insumos que afetem diretamente os aspectos de saúde, mitigando os riscos gerados.

Parágrafo Único: A biossegurança é um processo tanto funcional quanto operacional nos diferentes serviços de saúde e deve ser

vista como um mecanismo de proteção, tanto para o paciente, quanto para os atores envolvidos nos cuidados de saúde.

Artigo 3º. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Técnica do Hospital Estadual de Formosa.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º. A Comissão de Biossegurança terá composição multiprofissional de membros efetivos, com representantes de diversos segmentos, na forma que segue:

- I. Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Núcleo de Segurança do Paciente;
- II. Representante da Comissão de Prevenção de Riscos de Acidentes com Perfurocortantes;
- III. Representante da Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT);
- IV. Representante da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA;
- V. Representante da Comissão de Proteção Radiológica;
- VI. Representante do Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico;

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

VII. Representante do Laboratório Clínico;

VIII. Representante da Divisão de Enfermagem;

IX. Representante da Unidade Multiprofissional;

X. Representante do Conselho Gestor.

Parágrafo Único: Caberá à área da Segurança do Trabalho a articulação das ações, no que se refere à biossegurança, garantindo a unificação destas ações.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 5º. É competência da Comissão de Biossegurança promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores do hospital, ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais, e através destas:

- I. Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;
- II. Promover ações voltadas à

prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição;

- III. Monitorar por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras.

- IV. Encaminhar, por escrito, orientações à unidade competente pelo tema e, em caso de recusa quanto à implantação das orientações, levar a matéria ao diretor presidente da organização social.

Artigo 6º. Compete aos membros nomeados da Comissão eleger o Presidente e o Secretário através de votação simples dos membros da comissão, o Vice-Presidente será indicado pelo Presidente eleito da Comissão.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 7º. A Comissão de Biossegurança do Hospital Estadual de Formosa, terá sede em locação a ser disponibilizada pela unidade hospitalar, com infraestrutura básica para seu funcionamento.

Artigo 8º. As reuniões da Comissão de Bios-

segurança serão realizadas bimestralmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente; com local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 9º. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 10º. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 11º. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral.

Artigo 12º. Todos membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa. Os cargos de presidente, vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão de Biossegurança.

Artigo 13º. As decisões da Comissão de Biossegurança serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 14º. Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões e ações da Comissão, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 15º. As reuniões da Comissão de Biossegurança deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hos-

pitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 16º. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser anexado a ata da reunião ordinária ou extraordinária.

Artigo 17º. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 18º. Nenhum membro da Comissão de Biossegurança, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão em eventos formais, institucionais ou extra institucionais sem que para isso esteja devidamente autorizado pelo presidente ou seu vice-presidente em caso de impedimentos do mesmo, e em situações não padronizadas pela Comissão de Biossegurança.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 19º. São atribuições do presidente da Comissão de Biossegurança, além das outras instituídas neste regimento:

- I. Encaminhar a pauta da reunião para o secretário da Comissão fazer a convocação, com pelo

AM

menos 48 (quarenta e oito) horas de antecedências das reuniões ordinárias;

- II. Presidir as reuniões;
- III. Representar a Comissão junto às Gerências ou Superintendência da instituição, ou indicar seu representante;
- IV. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, previamente aprovados pelos membros desta;
- V. Fazer cumprir o regimento interno da Comissão de Biossegurança do Hospital Estadual de Formosa;
- VI. Nas decisões da Comissão de Biossegurança, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);
- VII. Indicar seu vice-presidente/ coordenador;

Artigo 20º. Ao vice-presidente da Comissão de Biossegurança, além das outras instituídas neste regimento, é atribuído:

- I. Assumir as atividades do presidente na sua ausência;
- II. Executar atribuições que lhe forem delegadas;
- III. Zelar pelo sigilo ético das

informações e cumprimento do regimento interno da Comissão de Biossegurança do Hospital Estadual de Formosa.

Artigo 21º. São atribuições do Presidente e do Vice-Presidente, em conjunto:

- I. Cuidar para que a Comissão disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;
- II. Coordenar e supervisionar as atividades da Comissão, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
- III. Delegar atribuições aos membros da Comissão;
- IV. Divulgar as decisões da Comissão a todos os trabalhadores do estabelecimento.

Artigo 22º. São atribuições da Secretaria da Comissão de Biossegurança:

- I. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- II. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- III. Convocar os membros da Comissão de Biossegurança para as reuniões determinadas pelo presidente;

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

IV. Organizar e manter o arquivo da Comissão de

V. Biossegurança;

VI. Preparar a correspondência;

VII. Solicitar ao demais setores e/ou comissões documentação necessária a avaliação, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

III. Ser um agente ativo nos que se refere aos assuntos de educação e prevenção da Comissão de Biossegurança na unidade a qual representa e em toda unidade hospitalar.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 23º. São atribuições de todos os membros da Comissão de Biossegurança:

I. Participar de todas as reuniões convocadas e em caso de situações que inviabilizem sua participação realizar por escrito a justificativa para a falta;

II. Desenvolver e participar ativamente das atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes;

Artigo 24º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de Biossegurança, em conjunto com a Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa.

Artigo 25º. A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral.

Artigo 26º. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.



CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

| MÊS | ATIVIDADES |
|---------|--|
| M1 e M2 | 1. Criar a Comissão de Biossegurança, através de Resolução do Diretor Geral. |
| | 2. Dar a conhecimento, realizar as correções pertinentes e aprovar o Regulamento Interno da Comissão de Biossegurança. |
| M3 | 1. Elaboração do plano de Biossegurança. 2. Fixar possíveis datas para as reuniões. |
| | 3. Aprovação pela Diretoria-Geral. |
| M4 | 1. Análise de acidentes do Trabalho do mês anterior; |
| | 2. Discussão de medidas educativas; |
| M5 | 1. Análise de acidentes do Trabalho do mês anterior; |
| | 2. Discussão de medidas educativas; |
| M6 | 1. Análise de acidentes do Trabalho do mês anterior; |
| | 2. Discussão de medidas educativas; |
| M7 | 1. Análise de acidentes do Trabalho do mês anterior; |
| | 2. Discussão de medidas educativas; |
| M8 | 1. Análise de acidentes do Trabalho do mês anterior; |
| | 2. Discussão de medidas educativas; |
| M9 | 1. Análise de acidentes do Trabalho do mês anterior; |
| | 2. Discussão de medidas educativas; |
| M10 | 1. Análise de acidentes do Trabalho do mês anterior; |
| | 2. Discussão de medidas educativas; |

| | |
|-----|--|
| M11 | 1. Análise de acidentes do Trabalho do mês anterior; |
| | 2. Discussão de medidas educativas; |
| M12 | 1. Análise de acidentes do Trabalho do mês anterior; |
| | 2. Discussão de medidas educativas; |



AM

ITEM 2.1.16 - COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS EM SAÚDE

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde, é constituída atendendo a Lei nº 12.305/10, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS), dando instrumentos para permitir o avanço necessário ao país no enfrentamento dos principais problemas ambientais, sociais e econômicos decorrentes do manejo inadequado dos resíduos sólidos.

A criação da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde do Hospital Estadual de For-

mosa, atenderá a RDC N ° 222, 28 de Março de 2018, do Ministério da Saúde - Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências, a qual norteia as diretrizes e normas para a prevenção e controle das complicações infecciosas no âmbito das unidades hospitalares.

Atendendo a Portaria Ministerial citada, a Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde do Hospital Estadual de Formosa será criada e nomeada por ato próprio do Diretor Geral da unidade de saúde e será norteada por Regimento Interno com proposição da periodicidade das reuniões e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

Atuação da Comissão é técnico-científica-educativa, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

As diretrizes para as ações educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício.

Como objetivo de implantar os princípios de uma gestão participativa junto à unidade de saúde, a Comissão, de modo fundamentado, poderá levar suas orientações à diretoria da unidade competente pelo tema, a fim de adotar as referidas orientações. Caso a diretoria não adote referidas orientações, a Comissão poderá encaminhar a matéria ao diretor presidente da organização social, expondo suas razões.

ORIGEM

As responsabilidades sociais do Hospital Estadual de Formosa em relação as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde norteia o compromisso com a prevenção e a redução na geração de resíduos, tendo como proposta a prática de hábitos de consumo sustentável e um conjunto de instrumentos para propiciar o aumento da reciclagem e da reutilização dos resíduos sólidos (aquilo que tem valor econômico e pode ser reciclado ou reaproveitado) e a destinação ambientalmente adequada dos

rejeitos (aquilo que não pode ser reciclado ou reutilizado), questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde desempenhará um papel importante.

MEMBROS

A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de Formosa, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral será norteada pelo Regimento Interno da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde.

A Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde deve ser constituída, de preferência, pelos seguintes membros:

- I. Representante do Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde;
- II. Representante do Serviço de Medicina e Segurança do Trabalho (SESMT ou SOST);
- III. Representante do Departamento de Assistência Farmacêutica;
- IV. Representante do Laboratório Clínico;
- V. Representante da Divisão de Enfermagem;

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

VI. Representante do Departamento de Higienização e Conservação.

MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde do Hospital Estadual de Formosa, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido deles, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados à Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

FINALIDADE DA COMISSÃO

As ações da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde, no âmbito da qualidade abrange a definição das ações que visem à

implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) no Hospital Estadual de Formosa, de acordo com as normas vigentes (Lei 12.305/10, RDC 222/18).

Através da avaliação das coletas, verificação da correta segregação dos rejeitos, entre outros, orientar a diretoria responsável da unidade com relação a práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação, analisando os indicadores resultantes destas avaliações, espera-se atingir a qualidade na realização dos processos que balizam a Comissão Resíduos dos Serviços de Saúde, sendo que estes indicadores resultantes das avaliações, auxiliem atingir a qualidade, sendo estes:

- Peso do total dos resíduos gerados na unidade hospitalar mensal;
- Peso dos resíduos gerados por setor gerador mensal;
- Peso por tipo de rejeito gerado, total e por setores mensal.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde



LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

de deverá reunir-se bimestralmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde, visando à correção, reparação ou prevenção de distorções e irregularidades verificadas na implantação, análises e ações educativas ou fiscalizatórias, devem ser encaminhadas primeiramente às Diretorias Técnica e Geral do Hos-

pital Estadual de Formosa, que irá auxiliar nas questões sobre sua competência

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa.

Quando este for o entendimento da maioria dos integrantes da Comissão, esta deverá encaminhar, por escrito, orientações à diretoria da unidade competente.



REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde junto à administração e ao corpo clínico.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º. A Comissão de Gerenciamento de Resíduos, tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde Hospitalar no Hospital Estadual de Formosa, de acordo com as normas vigentes (Lei 12.305/10, RDC 222/18).

Artigo 3º. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Técnica Hospital Estadual de Formosa.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º. A Comissão de Resíduos terá composição multiprofissional de membros efetivos, com representantes de diversos segmentos, na forma que segue:

- I. Representante da Diretoria Administrativa;
- II. Representante da Diretoria Técnica;
- III. Representante da Equipe Interdisciplinar;
- IV. Representante da Gerência Administrativa;
- V. Representante da Comissão de Prevenção de Riscos de Acidentes com Perfurocortantes;
- VI. Representante do Laboratório Clínico;
- VII. Representante da Divisão de Enfermagem.

Parágrafo Único: Entre os membros deverá estar o responsável pelo Serviço de Gerenciamento de Resíduos, obrigatoriamente

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 5º. É competência de a Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores do hospital, ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais, e através destas:

- I. Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;
- II. Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição;
- III. Monitorar por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras;
- IV. Encaminhar, por escrito, orientações à unidade competente pelo tema e, em caso de recusa quanto à implantação das orientações, levar a matéria ao diretor presidente da

organização social.

Artigo 6º. Compete aos membros nomeados da Comissão eleger o Presidente e o Secretário através de votação simples dos membros da comissão, o Vice-Presidente será indicado pelo Presidente eleito da Comissão .

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 7º. A Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde do Hospital Estadual de Formosa terá sede em locação a ser disponibilizada pela unidade hospitalar, com infraestrutura básica para seu funcionamento.

Artigo 8º. As reuniões da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde serão realizadas bimestralmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente, com local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 9º. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 10º. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 11º. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral.

Artigo 12º. Todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa. Os cargos de presidente, vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde.

Artigo 13º. As decisões da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 14º. Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões e ações da Comissão, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 15º. As reuniões da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa, contendo: data e hora dela, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 16º. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser anexado a ata da reunião ordinária ou extraordinária.

Artigo 17º. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 18º. Nenhum membro da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão em eventos formais, institucionais ou extra institucionais sem que para isso esteja devidamente autorizado pelo presidente ou seu vice-presidente em caso de impedimentos dele, e em situações não padronizadas pela Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 19º. São atribuições do presidente da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde, além das outras instituídas neste regimento:

- I. Encaminhar a pauta da reunião para o secretário da Comissão fazer a convocação, com pelo menos 48 (quarenta e oito) horas de antecedências das reuniões ordinárias;
- II. Presidir as reuniões;
- III. Representar a Comissão junto às Gerências ou Superintendência da instituição, ou indicar seu representante;
- IV. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, normatizar as rotinas de armazenamento e descarte de todos os tipos de resíduos gerados na unidade, previamente aprovados pelos membros desta;

- V. Coordenar a elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos da instituição adequando-os às formas de lei específica;
- VI. Coordenar a elaboração e implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;
- VII. Coordenar a elaboração e implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;
- VIII. Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade para avaliação das atividades implementadas;
- IX. Orientar os colaboradores em relação a manipulação de resíduos, e, em caso de acidente envolvendo resíduo, tomar decisões, visando minimizar os impactos, e avaliar a causa;
- X. Divulgar aos colaboradores o Plano de Gerenciamento de Resíduos e manter uma rotina de educação e orientação quanto ao gerenciamento dos resíduos gerados na instituição por meio de cursos, manuais, palestras, vídeos, cartazes, etc.;
- XI. Representar a instituição junto a institutos, órgãos de controle sanitário e limpeza pública e outros ligados ao gerenciamento dos resíduos com anuência da presidência da comissão de forma acordada com a Reitoria;
- XII. Estabelecer um programa de atividades e metas para o gerenciamento dos resíduos definindo prazos a serem cumpridos;
- XIII. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos do Serviços e Saúde - PGRSS.
- XIV. Fazer cumprir o regimento interno da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde do Hospital Estadual de Formosa;
- XV. Nas decisões da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);
- XVI. Indicar seu vice-presidente/ coordenador.
- Artigo 21º. Ao vice-presidente da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde, além das outras instituídas neste regimento, é atribuído:
- I. Assumir as atividades do presidente na sua ausência, presidindo as reuniões, coordenando os debates;
 - II. Executar atribuições que lhe

forem delegadas;

III. Zelar pelo sigilo ético das informações e cumprimento do regimento interno da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde do Hospital Estadual de Formosa.

Artigo 22º. São atribuições do Presidente e do Vice-Presidente, em conjunto:

- I. Cuidar para que a Comissão disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;
- II. Coordenar e supervisionar as atividades da Comissão, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
- III. Delegar atribuições aos membros da Comissão;
- IV. Divulgar as decisões da Comissão a todos os trabalhadores do estabelecimento.

Artigo 23º. São atribuições da Secretária da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde:

- I. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- II. Lavrar a ata das sessões/reuniões;

III. Convocar os membros da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde para as reuniões determinadas pelo presidente;

IV. Organizar e manter o arquivo da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;

V. Preparar a correspondência;

VI. Solicitar ao demais setores e/ou comissões documentação necessária a avaliação, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

Artigo 24º. São atribuições de todos os membros da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde:

I. Participar de todas as reuniões convocadas e em caso de situações que inviabilizem sua participação realizar por escrito a justificativa para a falta;

II. Desenvolver e participar ativamente das atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes;

III. Ser um agente ativo nos que se refere aos assuntos de educação e prevenção da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde na unidade a qual representa e em toda unidade hospitalar;

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

IV. Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão devendo estas ser entregues à secretária da Comissão de Resíduos e aos demais membros informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições.

conjunto com a Diretoria Geral Hospital Estadual de Formosa.

Artigo 26º. A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 25º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde, em

Artigo 27º. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

890



ML

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

| MÊS | ATIVIDADES |
|---------|--|
| M1 e M2 | 1. Criar a Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde, através de Resolução do Diretor Geral. |
| | 2. Elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS). |
| | 3. Dar a conhecimento, realizar as correções pertinentes e aprovar o Regimento Interno da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde. |
| | 4. Analisar o relatório de pesagem dos resíduos gerados no mês anterior. |
| M4 | 1. Aprovação e ou correções pertinentes do Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS) elaborado. |
| | 2. Desenvolver plano de ações para implantação e treinamento do Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS) aprovado. |
| | 3. Analisar o relatório de pesagem dos resíduos gerados nos meses anteriores e analisar variações e incidentes, elaborar relatório. |
| | 4. Fixar possíveis datas para as reuniões. |
| | 5. Enviar para aprovação pela Diretoria-Geral. |
| M6 | 1. Analisar o relatório de pesagem dos resíduos gerados nos meses anteriores e analisar variações e incidentes, elaborar relatório; |
| | 2. Discussão de medidas educativas; |
| | 3. Discorrer sobre a eficácia da implantação; |
| | 4. Discussão de medidas educativas; |
| | |
| M8 | 1. Analisar o relatório de pesagem dos resíduos gerados nos meses anteriores e analisar variações e incidentes, elaborar relatório; |
| | 2. Discussão de medidas educativas; |
| M10 | 1. Analisar o relatório de pesagem dos resíduos gerados nos meses anteriores e analisar variações e incidentes, elaborar relatório; |
| | 2. Discussão de medidas educativas; |
| M12 | 1. Analisar o relatório de pesagem dos resíduos gerados nos meses anteriores e analisar variações e incidentes, elaborar relatório; |
| | 2. Discussão de medidas educativas; |

ITEM 2.1.17 - COMITÊ TRANSFUSIONAL

LOGO DA UNIDADE

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ TRANSFUSIONAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

COMITÊ TRANSFUSIONAL

CONSTITUIÇÃO

O COMITE TRANSFUSIONAL deverá ser constituído de acordo com as Legislações, Resoluções e Portarias listadas abaixo:

- I. Portaria nº 158, de 04 de fevereiro de 2016 Ministério da Saúde - Redefine o regulamento Técnico de procedimentos hemoterápicos.
- II. RDC nº 34, de 11 de junho de 2014 Ministério da Saúde / Agência Nacional e Vigilância Sanitária - Dispõe sobre as boas práticas no ciclo do sangue.
- III. Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância-Guia para a Hemovigilância no Brasil Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA 2015.
- IV. RDC nº 75 de maio de 2016 - Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Altera a RDC nº 34, de 11

de junho de 2014, que dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.

- V. Guia para uso de Hemocomponentes/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 2ª edição 3ª reimpressão. Brasília 2016.

ORIGEM

As responsabilidades sociais do Hospital Estadual de Formosa em relação à assistência e pesquisa serão de alta relevância.

O compromisso com o paciente será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comissão de Verificação de Óbitos desempenhará um papel importante.

MEMBROS

O Comitê terá na sua composição membros da equipe multidisciplinar e e será formado multiprofissionalmente, considerar a complexidade, características e normas de cada instituição. Será composta oficialmente por

LOGO DA
UNIDADE

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ TRANSFUSIONAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

um coordenado e seus membros:

COORDENADOR: médico indicado pela direção da instituição.

MEMBROS: representantes médicos e/ou enfermeiros das principais unidades do hospital que transfundem com frequência; um profissional do laboratório; administrativo; do serviço hemoterápico e do setor educacional.

Deverão ser indicados representantes dos principais departamentos e serviços; e as indicações deverão recair em profissionais com experiência e participação em atividades ligadas à administração de sangue e hemocomponentes.

O responsável técnico da Agência Transfusional fará parte do Comitê Transfusional, podendo ser designado como Presidente ou Vice-Presidente.

O Diretor Clínico poderá a qualquer tempo e por motivo justificado promover a substituição dos integrantes do Comitê.

MECANISMO DE CONTROLE

O Comitê reunir-se-á ordinariamente a cada 03 meses 02 meses e extraordinariamente quando convocado pelo Diretor Clínico, Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.

O Comitê instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quorum" em cada sessão:

As deliberações do Comitê tomadas "Ad Referendum" deverão ser encaminhadas ao plenário do Comitê para deliberação desta, na primeira sessão seguinte; e

As deliberações do Comitê serão consubstanciadas em cartas endereçadas à Diretoria Clínica.

FINALIDADE DO COMITÊ TRANSFUSIONAL

- I. Elaborar normas, analisar e emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas ao processo de hemotransfusão;
- II. Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para aumentar a segurança transfusional, dentro da área de abrangência estabelecida pela Secretaria Estadual de Saúde em consonância às disposições legais e às orientações normativas emanadas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde;
- III. Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas aos assuntos de sua competência;

LOGO DA
UNIDADE

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ TRANSFUSIONAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- IV. Monitorar as reações transfusionais;
- V. Promover educação continuada na área transfusional para profissionais de saúde integrantes da equipe assistencial;
- VI. Revisar periodicamente a legislação relacionada à política transfusional e sua aplicação na legislação;
- VII. Estabelecer critérios transfusionais em conhecimento científico adequado ao atendimento dos pacientes na instituição; e

Ao Presidente caberá dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Comitê, especificamente:

- I. Representar o Comitê em suas relações internas e externas;
- II. Instalar o Comitê e presidir as reuniões;
- III. Promover a convocação das reuniões;

694



- VIII. Desenvolver mecanismos para avaliação das requisições transfusionais.

Atribuições do Presidente do Comitê

- IV. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer o direito do voto de desempate;
- V. Indicar entre os membros do Comitê os relatores dos expedientes;

AM

LOGO DA
UNIDADE

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ TRANSFUSIONAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

VI. Indicar membros para realização de estudos, levantamento e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade do Comitê; e

VII. Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

IV. Número reserva de bolsa entregue / devolvidas;

V. Número bolsas vencidas ano / total transfusões ano;

VI. Número de transfusões / reações transfusionais/ano;

VII. Número de reações transfusionais / notificações/ano

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

O Comitê reunir-se-á ordinariamente a cada 03 meses 02 meses e extraordinariamente quando convocado pelo Diretor Clínico, Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.

Nessas reuniões periódicas registradas em ata, todas as deliberações e estas devem ficar na Agência Transfusional da unidade de saúde, assim como deverão ser relatadas todas as atividades relacionadas a hemovigilância e hemotransfusão à Direção Geral (Médica e Enfermagem) do hospital e divulgação para a comunidade hospitalar através de boletins periódicos.

Sugestões de Indicadores

- I. Número de transfusões / Leito / Ano;
- II. Número de transfusões / Mês;
- III. Número reserva de bolsa / Tipo de cirurgia;



LOGO DA
UNIDADE

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ TRANSFUSIONAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ TRANSFUSIONAL

CAPÍTULO I - CATEGORIA E FINALIDADES

Artigo 1º - O Comitê Transfusional do Hospital Estadual de Formosa é de natureza técnico científica permanente, com funções educativas. Tem por finalidade o desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento das práticas hemoterápicas na unidade de saúde.

Artigo 2º - Atender à resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, RDC n 34 de 11 de junho de 2014, que dispõe:

Art. 145. Todos os serviços de saúde que realizem procedimentos transfusionais e possuam serviço de hemoterapia devem constituir comitê transfusional do qual faça parte um representante do serviço de hemoterapia.

Parágrafo único. O serviço de saúde que realize transfusão mas não possua serviço de hemoterapia deverá participar das atividades do comitê transfusional relacionado ao serviço de hemoterapia que o assiste ou constituir o seu próprio comitê.

CAPÍTULO II

Seção I - Composição do Colegiado

Artigo 3º - O Comitê terá composição multidisciplinar e multiprofissional. Deverão ser indicados representantes dos principais departamentos e serviços; e as indicações deverão recair em profissionais com experiência e participação em atividades ligadas à administração de sangue e hemocomponentes.

Artigo 4º - O responsável técnico da Agência Transfusional fará parte do Comitê Transfusional, podendo ser designado como Presidente ou Vice-Presidente.

Artigo 5º - O Diretor Clínico poderá a qualquer tempo e por motivo justificado promover a substituição dos integrantes do Comitê.

Artigo 6º - As funções dos membros do Comitê não serão remuneradas, sendo feita a nomeação publicada em boletim de serviço.

Artigo 7º - O Comitê poderá convidar pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento de suas funções, sempre que julgar necessário.

Artigo 8º - Será dispensado o componente que sem motivo justificado deixar de comparecer.

recer a 03 (três) reuniões consecutivas ou a 06 (seis) intercaladas.

Artigo 9º – Afim de assegurar o suporte técnico e operacional indispensável à eficiência do Comitê, a Diretoria Técnica, por meio do serviço de apoio administrativo, proporcionará a infra- estrutura necessária.

Seção II: Funcionamento:

Artigo 10º – O Comitê reunir-se-á ordinariamente a cada 03 meses 02 meses e extraordinariamente quando convocado pelo Diretor Clínico, Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.O Comitê instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quorum" em cada sessão;

O Presidente terá voto de qualidade;

As deliberações do Comitê tomadas "Ad Referendum" deverão ser encaminhadas ao plenário do Comitê para deliberação desta, na primeira sessão seguinte; e

As deliberações do Comitê serão consubstanciadas em cartas endereçadas à Diretoria Clínica.

Artigo 11º – É facultativo ao Presidente o aos

membros do Comitê solicitar o reexame de qualquer decisão deliberada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Artigo 12º – A votação será nominal.

Artigo 13º – O Comitê, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativa ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Artigo 14º – Os expedientes serão sujeitos à análise do Comitê que poderão ser encaminhados pela Diretoria Técnica.

Parágrafo único: Os expedientes serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros pelo Secretário, por indicação do Presidente ou por membro designado.

Artigo 15º – A sequência das reuniões do Comitê será a seguinte:

- I. A verificação da presença do Presidente, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice-Presidente;
- II. Verificação da presença e existência de quorum;

- III. Votação e assinatura da ata da reunião anterior;
- IV. Leitura e despacho do expediente;
- V. Ordem do dia, compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- VI. Organização da pauta da próxima reunião;
- VII. Distribuição de expedientes aos relatores; e
- VIII. Comunicação breve e franqueamento da palavra.

Parágrafo Único: Qualquer membro poderá requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais ou internacionais para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Artigo 16º - Após a leitura do parecer, o Presidente deve submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do processo, propor diligências ou adiamento da discussão da votação;

O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária; e

Após adentrada na pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente votada no prazo máximo de até 02 (duas) reuniões.

Artigo 17º - Após o encerramento das discussões, o assunto será aberto a discussões.

Artigo 18º - A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecidas pelos presentes.

Artigo 19º - A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e o Secretário lavrará uma Ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes.

CAPITULO III - Competências e Atribuições

Seção I Competência do Comitê Transfusional:

Artigo 20º – Compete ao Comitê:

- I. Elaborar normas, analisar e emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas ao processo de hemotransusão;
- II. Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para aumentar a segurança transfusional, dentro da área de abrangência estabelecida pela Secretaria Estadual de Saúde em consonância às disposições legais e às orientações normativas emanadas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde;
- III. Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas aos assuntos de sua competência;
- IV. Monitorar as reações transfusionais;
- V. Promover educação continuada na área transfusional para profissionais de saúde integrantes da equipe assistencial;
- VI. Revisar periodicamente a legislação relacionada à política transfusional e sua aplicação na legislação;

VII. Estabelecer critérios transfusionais em conhecimento científico adequado ao atendimento dos pacientes na instituição; e

VIII. Desenvolver mecanismos para avaliação das requisições transfusionais.

Seção II - Atribuições

Artigo 21º - Ao Presidente caberá dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Comitê, especificamente:

- I. Representar o Comitê em suas relações internas e externas;
- II. Instalar o Comitê e presidir as reuniões;
- III. Promover a convocação das reuniões;
- IV. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer o direito do voto de desempate;
- V. Indicar entre os membros do Comitê os relatores dos expedientes;
- VI. Indicar membros para realização de estudos, levantamento e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade do Comitê; e

VII. Cabe ao Vice-Presidente substituir o

Presidente em seus impedimentos.

Artigo 22º - Aos membros do Comitê, caberá:

- I. Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as
- II. matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- III. Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito das matérias em discussão;
- IV. Requerer votação de matéria em regime de urgência; e
- V. Apresentar proposições sobre as questões atinentes ao Comitê.

Artigo 23º - Ao Secretário do Comitê caberá:

- I. Assistir as reuniões;
- II. Encaminhar e preparar o expediente do Comitê;
- III. Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes ao processos que devam ser examinados nas reuniões do Comitê;

IV. Providenciar por determinação do Presidente, a convocação das reuniões ordinárias e extraordinárias;

V. Distribuir aos membros do Comitê as pautas das reuniões; e

VI. Lavrar e assinar as Atas das reuniões do Comitê

CAPITULO IV - Disposições finais

Artigo 24º - O mandato dos membros do Comitê se extinguirá se houver motivo que justifique a cessação.

Artigo 25º - O presente regimento interno poderá ser alterado mediante proposta do Comitê, por meio da maioria absoluta de seus membros submetidos ao Diretor Clínico para aprovação.

Artigo 26º - O presente regimento interno estará em vigor na data de sua aprovação pelo Diretor Clínico, revogadas as disposições em contrário.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES:

LOGO DA
UNIDADE

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ TRANSFUSIONAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

As reuniões são realizadas a cada três meses, na segunda terça-feira do mês.

| MÊS | DIA | HORA | LOCAL |
|-----|-----|----------------|---|
| M1 | XX | 10:00 às 11:00 | Sala de Reuniões do Banco de Sangue Centro Administrativo |
| M4 | XX | 10:00 às 11:00 | Sala de Reuniões do Banco de Sangue Centro Administrativo |
| M7 | XX | 10:00 às 11:00 | Sala de Reuniões do Banco de Sangue Centro Administrativo |
| M12 | XX | 10:00 às 11:00 | Sala de Reuniões do Banco de Sangue Centro Administrativo |

901



ITEM 2.1.18 - COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO E INFANTIL

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO E INFANTIL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

902

COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO E INFANTIL

CONSTITUIÇÃO

O Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil deve ser constituído em atendimento a determinação da Portaria Interministerial MEC/ Nº 2.400 de 2 de outubro de 2007, que torna obrigatório a existência da Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil para as instituições de saúde, que possuam maternidade. Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM n° 2171/2017 que instituiu a rede Nacional de Serviços de Veri-

ficação de Óbito e Esclarecimentos da Causa Mortis. Portaria Nº 1119, de 5 de junho de 2008, do Ministério da Saúde, que regulamenta a Vigilância de óbitos Maternos e a Portaria Nº 72, de 11 de janeiro de 2010, do Ministério da Saúde, que torna obrigatória a Vigilância do Óbito materno Infantil e Fetal, pelo corpo clínico Hospital Estadual de Formosa - HEF.

Atuação da Comissão é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício

Como objetivo de implantar os princípios de uma gestão participativa junto ao hospital, o Comitê, de modo fundamentado, poderá levar suas orientações à diretoria da unidade competente pelo tema, a fim de adotar as referidas orientações.

Caso a diretoria não adote referidas orientações, o Comitê poderá encaminhar a matéria ao diretor presidente da organização social, expondo suas razões.

ORIGEM

As responsabilidades sociais do Hospital Estadual de Formosa em relação à assistência e pesquisa serão de alta relevância. O compromisso com o paciente será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil desempenhará um papel importante.

Levando em consideração a existência da Comissão de Verificação de Óbitos do Hospital Estadual de Formosa e que o número de casos com desfechos desfavoráveis para o binômio mãe-feto é pequeno, este comitê será composto pelos membros que já fazem parte da Comissão de Verificação de Óbitos do HEP e analisará os óbitos materno e infantil com base nas mesmas premissas utilizadas por esta comissão.

MEMBROS

O Comitê será composto por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de Formosa, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral e será norteadada pelo Regimento Interno do Comitê de Investiga-

ção do Óbito Materno e Infantil.

O Comitê deverá ser composta por no mínimo 4 (quatro) membros, sendo 2 (dois) representantes médicos, enfermeiro e assistente social.

Caso o Comitê seja formada por mais de 4 (quatro) membros, pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos. Outros profissionais da saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor o Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, sendo 1 (um) representante por profissão. O presidente do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil será obrigatoriamente médico. O comitê será composto por um representante de cada unidade existente no serviço:

- I. Representante da Unidade Ginecologia e Obstetria;
- II. Representante da Unidade do Alojamento Conjunto
- III. Representante da Unidade de Neonatologia;
- IV. Representante do Setor de Vigilância em Saúde, Segurança do Paciente ou Serviço de Controle de Infecções.

MECANISMO DE CONTROLE

O Comitê de Investigação do Óbito Materno

e Infantil do Hospital Estadual de Formosa, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados a Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar a Comitê em parte ou na totalidade de seus membros.

FINALIDADE DO COMITÊ

As ações do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

I. Identificar aspectos clínicos e epidemiológicos relacionados aos óbitos ocorridos na unidade de saúde;

II. Analisar questões éticas e legais relacionadas ao atendimento aos

pacientes que evoluíram a óbito;

III. Contribuir para a identificação de questões relacionadas à mortalidade da região;

IV. Contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada a população da região;

V. Orientar a diretoria responsável da unidade com relação a práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação.

Através da avaliação dos óbitos, assim como dos indicadores resultantes destas avaliações, espera-se atingir a qualidade na realização dos processos que balizam o Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, sendo que estes indicadores resultantes das avaliações, auxiliem atingir a qualidade, sendo estes:

- Nº de Declarações de Óbitos preenchidas corretamente;
- Nº de Declarações de Óbitos canceladas;
- Nº de Declaração de Óbitos extraviadas.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

AM

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO E INFANTIL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

O Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, visando à correção ou reparação de distorções e irregularidades verificadas nas análises dos óbitos e no preenchimento das Declarações de Óbito (D.Os), devem ser encaminhadas primeiramente à Diretoria Técnica do Hospital Estadual de Formosa, que irá notificar os médicos a respeito do preenchimento incorreto.

Compete ao Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, a análise de 100% (cem por cento) dos óbitos ocorridos no Hospital Estadual de Formosa.

NOTA: O Comitê de Investigação do Óbito Materno e infantil, deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica do Hospital Estadual de Formosa, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações, enviando seus relatórios as Diretorias Técnica e Geral.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa.





REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO E INFANTIL

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1°. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer o Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, junto à administração e ao corpo clínico.

Artigo 2°. A atuação do Comitê de Investigação Materno Infantil é técnico-científica, sigilosa, não coercitiva ou punitiva, com função eminentemente educativa.

Artigo 3°. É considerado óbito fetal a morte de um produto da concepção antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe (a partir de 22 semanas de gestação ou 500 gramas de peso ao nascer) (MS, 2009). O

óbito fetal é indicado pelo fato de o feto, depois da separação, não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

Artigo 4°. É considerado óbito infantil a morte de uma criança no primeiro ano de vida (MS, 2009). O óbito infantil se subdivide em:

- I - Óbito neonatal, que ocorre nos primeiros 28 dias de vida (zero a 27 dias);
- II - Neonatal precoce (zero a seis dias de vida);
- III - Neonatal tardio (sete a 27 dias de vida);
- IV - Óbito pós-neonatal, que ocorre após os 28 dias de vida.

Artigo 5°. Óbito Materno é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada Morte Materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais (MS, 2009).



REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO E INFANTIL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Artigo 6º. O instrumento para notificação compulsória e também para embasamento das investigações é a Declaração de Óbito (DO), que deve ser preenchida conforme a portaria n.º 474, de 31 de agosto de 2000, da Fundação Nacional de Saúde, que regulamenta o Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 7º. Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

Artigo 8º. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Técnica do Hospital Estadual de Formosa.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 9º. A composição mínima do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil deverá ser de dois membros médicos, um enfermeiro e um assistente social podendo ser superior a isso de acordo com a necessidade.

Artigo 10º. Poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos, conforme sua existência/perfil na unidade de saúde:

- I. Representante da Unidade Ginecologia e Obstetria;
- II. Representante da Unidade do Alojamento Conjunto;
- III. Representante da Unidade de Neonatologia;
- IV. Representante do Setor de Vigilância em Saúde, Segurança do Paciente ou Serviço de Controle de infecções.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 11º. Ao presidente da Comissão de Verificação de Óbitos, além das outras instituídas neste regimento, compete:

- I. Presidir as reuniões ordinárias;
- II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;
- III. Encaminhar aos membros do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil as propostas técnicas e administrativas de funcionamento do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil para apreciação e aprovação;
- IV. Representar Comitê de Investigação de Óbitos Materno e



REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO E INFANTIL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Infantil;

V. Nos impedimentos, este indicará um representante para substituí-lo;

VI. Subscrever todos os documentos e resoluções do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil previamente aprovados pelos membros desta;

VII. Fazer cumprir o regimento;

VIII. Nas decisões do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

IX. Indicar seu vice-presidente/ coordenador;

Artigo 12°. Ao vice-presidente do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil, além das outras instituídas neste regimento, compete:

I. Assumir as atividades do presidente na sua ausência;

II. Zelar pelo sigilo ético das informações;

Artigo 13°. O Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil compete:

I. Emitir parecer técnico ou relatório

quando solicitado pelo Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil de Ética Médica ou outro serviço interessado;

II. Assessorar a Direção Geral em assuntos de sua competência;

III. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

IV. Desenvolver atividades de caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição;

V. Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações e orientações da Comitê de Investigação de Óbitos Materno e infantil;

VI. Divulgar e promover ações que viabilizem o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil;

VII. Avaliar periodicamente os dados referentes à ocorrência de óbitos;

VIII. Zelar pelo sigilo ético das informações;

IX. Encaminhar, por escrito, orientações à unidade competente pelo tema e, em caso de recusa quanto à implantação das orientações, levar a matéria ao diretor presidente da organização social.

AM



CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 15°. São atribuições de todos os membros da Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil:

Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes.

Artigo 16°. São atribuições da Secretária do Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil:

I. Receber e protocolar os processos e expedientes;

II. Lavrar a ata das sessões/reuniões;

III. Convocar os membros do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil para as reuniões determinadas pelo presidente;

IV. Organizar e manter o arquivo do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil;

V. Preparar a correspondência;

VI. Solicitar ao SAME todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 17°. As reuniões do Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil serão realizadas mensalmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente, com local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 18°. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 19°. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 20°. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral.

Artigo 21°. O presidente do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pelo Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil.

Artigo 22°. As decisões do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.



REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO E INFANTIL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Artigo 23°. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatórios de biópsias, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido.

Artigo 24°. Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 25°. As reuniões do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 26°. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal e anexado a ata da reunião ordinária.

Artigo 27°. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, em conjunto com a Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa.

Artigo 28°. Os assuntos tratados pela Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 29°. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 30°. Nenhum membro do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, com exceção do Presidente, pode falar em nome do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil sem que para isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pelo Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil.

Artigo 31°. A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral.

Artigo 32°. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

AM

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DO COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS MATERNO E INFANTIL

| MÊS | ATIVIDADES |
|---------|---|
| M1 e M2 | 1. Criar o Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil, através de uma Resolução do Diretoria Geral, indicando nominalmente seus membros. |
| | 2. Aprovar o Regimento Interno do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil. |
| | 3. Elaborar programa de palestras. |
| | 4. Reunião ordinária o Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil (primeira quarta-feira do mês). |
| | 5. Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% dos óbitos. |
| M3 | 1. Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito. |
| | 2. Normatizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos. |
| | 3. Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% dos óbitos. |
| | 4. Reunião ordinária o Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil (primeira quarta-feira do mês). |
| | 5. Realizar treinamento – Palestra |
| M4 | 1. Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% dos óbitos. |
| | 2. Reunião ordinária o Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil (primeira quarta-feira do mês). |
| M5 | 1. Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% dos óbitos. |
| | 2. Reunião ordinária o Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil (primeira quarta-feira do mês). |
| M6 | 1. Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% dos óbitos. |
| | 2. Reunião ordinária o Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil (primeira quarta-feira do mês). |
| | 3. Realizar treinamento – Palestra |
| M7 | 1. Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% dos óbitos. |
| | 2. Reunião ordinária o Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil (primeira quarta-feira do mês). |

| | |
|----------|--|
| M8 | 1. Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% dos óbitos; |
| | 2. Reunião ordinária o Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil (primeira quarta-feira do mês). |
| M9 e M10 | 1. Realizar a revisão dos prontuários relacionadas a 100% dos óbitos; |
| | 2. Reunião ordinária o Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil (primeira quarta-feira do mês). |
| | 3. Realizar treinamento – Palestra. |
| | 1. Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% dos óbitos; |
| | 2. Reunião ordinária o Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil (primeira quarta-feira do mês). |
| M11 | 1. Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% dos óbitos; |
| | 2. Reunião ordinária o Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil (primeira quarta-feira do mês). |
| M12 | 1. Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% dos óbitos; |
| | 2. Reunião ordinária Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil. (primeira quarta-feira do mês). |
| | 3. Realizar treinamento – Palestra. |



ALL

ITEM 2.1.19 - NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

CONSTITUIÇÃO

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente deve ser constituído em atendimento à determinação regulamentada pela Portaria Portaria Nº 529/MS de 1º de abril de 2011 (consolidada pela portaria Nº 5/MS de 28 de setembro de 2017).

Os protocolos utilizados para o Núcleo de

Qualidade e Segurança do Paciente serão baseados pelas premissas da Portaria Nº 2.095/MS de 24 de setembro de 2013, Portaria que apresenta e aprova os protocolos básicos de segurança do paciente e Portaria Nº 1.377/MS 9 de julho de 2013, que aprova os Protocolos de Segurança do Paciente, assim como as orientações da RCD 36 da ANVISA de 25 de julho de 2013, (que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências); da Nota Técnica da ANVISA Nº 01 de 2015, que dispõe sobre as orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde e Nota Técnica da ANVISA Nº 2 que apresenta as orientações gerais para a implantação da Sub-rede Analítica de Resistência Microbiana em Serviços de Saúde.

Os eventos adversos serão notificados por

melo da NOTIVISA/ANVISA. O NOTIVISA é um sistema informatizado desenvolvido pela ANVISA para receber notificações de incidentes, eventos adversos (EA) e queixas técnicas (QT) relacionadas ao uso de produtos e de serviços sob vigilância sanitária.

As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões do Núcleo e motivadas pelo Presidente em exercício.

Como objetivo de implantar os princípios de uma gestão participativa junto à unidade de saúde, o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, de modo fundamentado, poderá levar suas orientações à diretoria da unidade competente pelo tema, a fim de adotar as referidas orientações. Caso a diretoria não adote referidas orientações, o Núcleo poderá encaminhar a matéria ao diretor presidente da organização social, expondo suas razões.

ORIGEM

As responsabilidades sociais do Hospital Estadual de Formosa, em relação à assistência de segura e de qualidade aos pacientes, se desenvolve a partir de ações que visam à detecção e a investigação de qualquer situação que possa motivar ou facilitar a quebra de barreiras de segurança aos pacientes atendidos no hospital, utilizando para isso as normas vi-

gentes, nacionais e internacionais (Metas Internacionais de Segurança do Paciente).

MEMBROS

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente será composto por membros efetivos, deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral será norteadada pelo Regimento Interno do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

Contará com profissionais do quadro funcional do Hospital Estadual de Formosa, que atuam em consonância com a legislação vigente, deverá ser composta por uma equipe técnico-administrativa formalmente designada pelo diretor do hospital, cujo quantitativo e qualificação deverão estar de acordo com as atribuições do Núcleo, a equipe preferencialmente terá como coordenador um profissional da área de saúde de nível superior, com formação em Segurança do Paciente, e no mínimo 4 (quatro) membros, sendo

- I. 1 (um) Representante do Serviço de Epidemiologia;
- II. 1 (um) Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- III. 1 (um) Representante do Laboratório de Microbiologia;

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- IV. 1 (um) Representante do Departamento de Farmácia;
- V. 1 (um) Representante do Corpo Clínico;
- VI. (1) Representante (s) da Diretoria Técnica e/ou Geral, de acordo com as demandas, em número a ser decido conjuntamente.

caminhados à Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação.

FINALIDADE DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

As ações do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

MECANISMO DE CONTROLE

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente do Hospital Estadual de Formosa, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar os membros do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente em parte ou na totalidade de seus membros.

Em caso de substituição dos membros, os nomes dos suplentes eleitos deverão ser en-

I. Identificar aspectos clínicos e epidemiológicos relacionados as notificações de Eventos Adversos (E.A) ocorridas na unidade de saúde;

II. Cumprir e fazer cumprir o disposto na Portaria Ministerial nº 529/MS de 1º de abril de 2011 (consolidada pela portaria Nº 5/MS de 28 de setembro de 2017);

III. Instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria contínua da qualidade na prestação dos serviços da Instituição;

IV. Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da Instituição;

V. Promover ações de envolvimento dos pacientes e familiares nas ações de segurança assistencial;

VI. Produzir, sistematizar e difundir

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

conhecimentos sobre segurança do paciente;

VII. Fomentar a inclusão do tema segurança do paciente na instituição.

VIII. Promover ações para a gestão de risco na Instituição;

IX. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional;

X. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

XI. Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

XII. Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente;

XIII. Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;

XIV. Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

XV. Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do

paciente e qualidade em serviços de saúde;

XVI. Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XVII. Compartilhar e divulgar para as Coordenações e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XVIII. Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XIX. Manter sob sua guarda e disponibilizar a autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

XX. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;

XXI. Contribuir para a melhoria da qualidade assistencial prestada a população da região;

XXII. Orientar a diretoria responsável da unidade com relação a práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação.

O Gerenciamento de Risco, conjunto de ati-

vidade coordenadas para dirigir e controlar a organização no que se refere ao risco. O Núcleo, através de aplicação sistêmica e contínua de procedimentos e recursos de avaliação e controle de riscos e eventos adversos que possam afetar a segurança, a saúde humana, integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

No sentido de minimizar os riscos potenciais de eventos adversos que se faz necessário conhecer e controlar esses riscos, que são fontes de danos no ambiente hospitalar.

O Gerenciamento de Risco é parte integrante do Programa de Melhoria Contínua da Qualidade e Segurança do Paciente e deverá conter prioritariamente ações de identificação do risco, notificação do risco, gerenciamento do risco, investigação de eventos adversos e gerenciamentos de queixas relacionadas as causas que, quando identificadas e tratadas resultam numa melhor qualidade do serviço.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, promovem as medidas a serem adotadas no Hospital Estadual de Formosa, de ser uma "instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas a segurança do paciente".

É um órgão diretamente vinculado a Coordenação e ao setor de Qualidade, cujas ações devem estar voltadas à promoção de uma assistência de qualidade e um ambiente seguro.

Nota: O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente deverá manter estreita relação com as Comissões Hospitalares e equipes do Hospital Estadual de Formosa, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações, enviando seus relatórios as Diretorias Técnica, Geral e órgãos fiscalizadores e solicitantes, quando necessário.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será assinada pelos presentes e encaminhada a Comissão Interna de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa.

Quando este for o entendimento da maioria dos integrantes do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, esta deverá encaminhar, por escrito, orientações à diretoria da unidade competente.

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente e estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer o Núcleo perante a Equipe do Hospital Estadual de Formosa.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º. Cumprir e atender ao Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído no Brasil pela Portaria Nº 529/MS, de 1º de abril de 2013, sendo consolidada pela Portaria de Consolidação Nº 5/MS de 28 de setembro de 2017 e atender à RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

Artigo 3º. Analisar as notificações, notificar e investigar os Eventos Adversos e Near Miss ocorridos na Unidade.

Artigo 4º. O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente tem por finalidade especialmente, prevenir, monitorar e desenvolver estratégias para reduzir a incidência de incidentes nos atendimentos prestados, promovendo melhorias relacionadas à segurança do paciente e a qualidade em serviço de saúde.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 5º. O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente será composto por membros efetivos, deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral será norteadada pelo Regimento Interno do Núcleo de Segurança do Paciente.

Artigo 6º. Contará com profissionais do quadro funcional do Hospital Estadual de Formosa, que atuam em consonância com a legislação vigente, deverá ser composta por uma equipe interdisciplinar, técnico-administrativa, cujo quantitativo e qualificação deverão estar de acordo com as atribuições do Núcleo, a equipe preferencialmente terá como coordenador um profissional da área de saúde de nível superior, com formação em Segurança do Paciente, e no mínimo 4 (quatro) membros, sendo escolhidos:

- I. 1 (um) Representante do Serviço de Epidemiologia;
 - II. 1 (um) Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
 - III. 1 (um) Representante do Laboratório de Microbiologia;
 - IV. 1 (um) Representante do Departamento de Farmácia;
 - V. 1 (um) Representante do Corpo Clínico;
 - VI. 1 (um) Representante (s) da Diretoria, Técnica e/ou Geral, de acordo com as demandas, em número a ser decidido conjuntamente.
- sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- III. Desenvolver ações para a integração e a articulação interdisciplinar no âmbito da instituição;
 - IV. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
 - V. Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
 - VI. Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
 - VII. Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição;
 - VIII. Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
 - IX. Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA e

Nota: Poderá o número de membros ser superior de acordo com as necessidades.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 7º. Compete ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente:

- I. Promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- II. Analisar e avaliar as notificações

realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;

- X. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XI. Acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XII. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;
- XIII. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- XIV. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- XV. Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;

XVI. Elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;

XVII. Participar de eventos e demais ações promovidos pela unidade, sobre segurança do paciente e qualidade;

XVIII. Sensibilizar os profissionais e os usuários quanto a importância da Segurança do Paciente;

XIX. Disseminar a cultura de segurança do paciente.

Artigo 8º. Ao presidente do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente compete:

- I. Presidir as reuniões ordinárias;
- II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;
- III. Encaminhar aos membros do Núcleo, as propostas técnicas e administrativas de funcionamento do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente para apreciação e aprovação;
- IV. Exercer ativamente a Presidência e representar o Núcleo em todos os órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política institucional existente (ou que venham a existir) na unidade de saúde, bem como a nível externo, quando solicitado;

- V. Cumprir e fazer cumprir as deliberações do Núcleo de Segurança do Paciente;
- VI. Apresentar a Diretoria Técnica e Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa, relatório mensal elaborado com as atividades do Núcleo, resultados de coleta e análise das notificações e investigações na unidade de saúde;
- VII. Apresentar a Diretoria Técnica e Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa, relatório mensal elaborado com a análise dos indicadores acompanhados;
- VIII. Organizar, delegar e juntamente aos demais membros realizar investigações e executar as medidas de controle necessárias;
- IX. Exercer demais atividades relacionadas às finalidades deste Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

Artigo 9º. Ao vice-presidente do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente compete:

- I. Assumir as atividades e competências do presidente na suas ausências e impedimentos;
- II. Zelar pelo sigilo ético das informações;
- III. Cumprir e fazer cumprir as deliberações do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

Artigo 10º. A todos os membros do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente compete:

- I. Avaliar a unidade de saúde de modo contínuo;
- II. Avaliar rotineiramente as informações promovidas pelo sistema de vigilância epidemiológica, propostas pelo SCIH e CCIH deliberando sobre as medidas/barreiras de controle a serem implementadas;
- III. Colaborar com o Presidente do Núcleo em todas as suas atribuições;
- IV. Participar com os demais membros do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, da elaboração de propostas de atuação e implementação em assuntos relevantes para o Núcleo;
- V. Realizar investigação de casos eventos adversos e near miss identificados e executar as medidas de controle necessárias.
- VI. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- VII. Desenvolver atividades de caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 11º. A duração do mandato do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar os membros do Núcleo em parte ou na totalidade de seus membros.

Artigo 12º. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos membros eleitos deverão ser encaminhados a Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação.

Artigo 13º. Os membros poderão solicitar a participação de outros profissionais no desenvolvimento dos trabalhos, desde o mesmo tenha qualificação técnica comprovada e a aprovação dos demais membros.

Artigo 14º. As reuniões do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente serão realizadas mensalmente, convocadas pelo Presidente, com local e horário previamente definidos e informados pelo secretário desta.

Artigo 15º. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 16º. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 17º. O presidente do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa. Os cargos de presidente, vice-presidente e secretário poderão ser definidos pelos membros do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente através de votação simples pelos membros nomeados.

Artigo 18º. As decisões do Núcleo de Qualidade de Segurança do Paciente Hospitalar serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 19º. As reuniões do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 20º. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal e anexo a ata da reunião ordinária.

Artigo 21º. Os assuntos tratados pelo do Nú-

cleo de Qualidade e Segurança do Paciente deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 22º. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 23º. Nenhum membro do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, com exceção do Presidente, pode falar em nome do Núcleo sem que para isso esteja devidamente autorizado.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 24º. São atribuições do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente:

I. Realizar reuniões periódicas para analisar e avaliar os dados sobre Eventos Adversos e Near Miss decorrentes da prestação de serviços, além de busca ativa e auditorias;

II. Promover ações para a gestão do risco;

III. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional na unidade de saúde;

IV. Elaborar, implantar, divulgar

e manter atualizado a Política de Segurança na unidade de saúde;

V. Implantar protocolos de Segurança do Paciente e realizar monitoramento dos seus indicadores;

VI. Desenvolver, implantar e acompanhar programa de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde em parceria com a Educação Permanente;

VII. Difundir o conhecimento sobre o tema, capacitando, periodicamente, profissionais em segurança do paciente;

VIII. Compartilhar e divulgar para as coordenações e aos profissionais os resultados das análises de eventos ou near miss registrados e decorrentes da prestação de serviço.

Artigo 25º. São atribuições do Presidente do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, além de outras que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I. Presidir as reuniões manifestar-se em nome do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;

II. Assinar documentos (salvo se delegar formalmente a algum membro do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente);

III. Organizar as atividades do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;

IV. Agendar e confirmar datas e horários das reuniões do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, informando ao secretário do Núcleo;

V. Convocar os membros do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente para as reuniões ordinárias ou extraordinárias, se julgar necessário com o auxílio do secretário;

VI. Aprovar as atas e as encaminhar ao secretário do Núcleo;

VII. Atribuir responsabilidades na divisão de tarefas;

VIII. Apresentar resultados mensais às Coordenações da unidade;

IX. Nas decisões do Núcleo, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

X. Escolher um membro como vice-presidente do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

Nota: Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá o vice-presidente ou secretário. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Artigo 26º. São atribuições e competências do secretário do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente:

- I. Auxiliar na comunicação dos membros para as reuniões;
- II. Registrar as reuniões em ata;
- III. Organizar a pauta além de colher assinatura dos membros em lista de presença;
- IV. Deverá ainda cumprir atribuições designadas pelo presidente e substituí-lo, assim como seu vice, quando assim designado formalmente, presidindo as reuniões ou comparecendo a reunião;
- V. Na ausência do secretário, no momento da reunião cabe ao presidente designar outro membro para cumprimento das atribuições designadas.

Artigo 27º. São atribuições de todos os membros do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente:

- I. Participar das reuniões e cumprir as atribuições designadas pelo presidente;
- II. Aprovar as atas enviadas para este fim;

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

III. Sugerir pautas para a reunião do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;

III. Participar da divisão de tarefas do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente e executá-las;

IV. Fazer relatório dos planos de ação quando solicitado.

de Qualidade e Segurança do Paciente, em conjunto com a Diretoria Geral Hospital Estadual de Formosa.

Artigo 29º. A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral e Diretoria Técnica.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 28º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros do Núcleo

Artigo 30º. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

925



CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente foi nomeada pela Diretoria Clínica do Hospital Estadual de Formosa em 05 de agosto de 2020 conforme Portaria Interna N°01 de agosto de 2020.

As atividades, discussões, levantamentos e providências acerca da temática de Qualidade estão sendo tratadas no Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

Regimento Interno da Comissão já aprovado e implantado desde 10/08/2020.

Notificações de Eventos Adversos ou Quase Falha já aprovado e implantado desde 10/02/2021.

- FCH.HEF.NSP.001

| MÊS | ATIVIDADES |
|---------|--|
| M1 e M2 | Reunião ordinária do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (primeira quarta-feira do mês). |
| | Monitorar e tratar as notificações de eventos adversos. |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M3 | Reunião ordinária do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (primeira quarta-feira do mês). |
| | Monitorar e tratar as notificações de eventos adversos. |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M4 | Reunião ordinária do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (primeira quarta-feira do mês). |
| | Monitorar e tratar as notificações de eventos adversos. |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M5 | Reunião ordinária do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (primeira quarta-feira do mês). |
| | Monitorar e tratar as notificações de eventos adversos. |

| | |
|-----|--|
| M6 | Implementação dos Protocolos de Qualidade e Segurança do Paciente. |
| | Reunião ordinária do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (primeira quarta-feira do mês). |
| | Monitorar e tratar as notificações de eventos adversos |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M7 | Reunião ordinária do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (primeira quarta-feira do mês). |
| | Monitorar e tratar as notificações de eventos adversos |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| | Implementação dos Protocolos de Qualidade e Segurança do Paciente. |
| M8 | Reunião ordinária do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (primeira quarta-feira do mês). |
| | Monitorar e tratar as notificações de eventos adversos |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| | Implementação dos Protocolos de Qualidade e Segurança do Paciente |
| M9 | Reunião ordinária do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (primeira quarta-feira do mês). |
| | Monitorar e tratar as notificações de eventos adversos |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| | Implementação dos Protocolos de Qualidade e Segurança do Paciente |
| M10 | Reunião ordinária do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (primeira quarta-feira do mês). |
| | Monitorar e tratar as notificações de eventos adversos |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| | Implementação dos Protocolos de Qualidade e Segurança do Paciente |

| | |
|-----|--|
| M11 | Reunião ordinária do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (primeira quarta-feira do mês). |
| | Monitorar e tratar as notificações de eventos adversos |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| | Implementação dos Protocolos de Qualidade e Segurança do Paciente |
| M12 | Reunião ordinária do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (primeira quarta-feira do mês). |
| | Monitorar e tratar as notificações de eventos adversos |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| | Implementação dos Protocolos de Qualidade e Segurança do Paciente |
| M13 | Divulgação dos resultados dos 1º ao 12º meses de atuação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente. |
| M13 | Reunião ordinária do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (primeira quarta-feira do mês). Definição do Cronograma anual |

Dados do Paciente:



INDICADORES DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Instituição: _____
 Responsável pelo NSP: _____
 Mês / Ano: ____ / ____

| PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA | Total |
|---|-------|
| Porcentual de pacientes que recebem antibiótico profilático no momento adequado | |
| Número de cirurgias em local errado | |
| Número de cirurgias em paciente errado | |
| Número de procedimentos errados | |
| Taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar ajustada ao risco | |
| Taxa de adoção à Lista de Verificação | |
| PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS | |
| Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão | |
| Número de quedas com dano | |
| Número de quedas sem dano | |
| Índice de queda [(nº de eventos/nº de pacientes-dia)*1000] | |
| PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | |
| Porcentual (%) de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP na admissão | |
| Porcentual (%) de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para LPP | |
| Porcentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LPP | |
| Incidência de LPP | |
| PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS | |
| Número de erros na prescrição de medicamentos | |
| Número de erros na dispensação de medicamentos | |
| Número de erros na administração de medicamentos | |
| PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | |
| Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente | |

ITEM 2.1.20 - NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

CONSTITUIÇÃO

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar deve ser constituído em atendimento à determinação regulamentada pela Portaria nº 2.254, de 5 de agosto de 2010, do Ministério da Saúde, a qual institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define as competências para a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, os critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência nacio-

nal e define também o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia.

Atendendo a Portaria Ministerial citada, o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar será criado e nomeado por ato próprio do Diretor Geral da unidade de saúde e será norteado por Regimento Interno com proposição da periodicidade das reuniões e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores do Hospital Estadual de Formosa.

As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões do Núcleo e motivadas pelo Presidente em exercício.

Como objetivo de implantar os princípios de

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

uma gestão participativa junto à unidade de saúde, o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, de modo fundamentado, poderá levar suas orientações à diretoria da unidade competente pelo tema, a fim de adotar as referidas orientações. Caso a diretoria não adote referidas orientações, o Núcleo poderá encaminhar a matéria ao diretor presidente da organização social, expondo suas razões.

ORIGEM

As responsabilidades sociais do Hospital Estadual de Formosa em relação à assistência de qualidade aos pacientes, se desenvolve à partir de ações que visam à detecção e a investigação de qualquer agravo suspeito ou confirmado de doença de notificação compulsória (DNC) atendido no Hospital, utilizando para isso as normas de vigilância epidemiológica nacionais, estaduais e municipais.

MEMBROS

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar será composto por membros efetivos, deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral será norteadada pelo Regimento Interno do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar.

Contará com profissionais do quadro fun-

cional do Hospital Estadual de Formosa que atuam em consonância com a legislação vigente, deverá ser composta por uma equipe técnico-administrativa formalmente designada pelo diretor do hospital, cujo quantitativo e qualificação deverão estar de acordo com as atribuições do Núcleo, a equipe preferencialmente terá como coordenador um profissional da área de saúde, nível superior, com formação em Saúde Pública, Coletiva, Epidemiologia ou experiência comprovada em Saúde Pública, Vigilância Epidemiológica, e no mínimo 4 (quatro) membros, sendo:

- I. 1 (um) Representante do Serviço de Epidemiologia;
- II. 1 (um) Representante da Comissão de Controle de Infecção relacionada à Assistência em Saúde;
- III. 1 (um) Representante da coordenação de enfermagem;
- IV. 1 (um) Representante da equipe interdisciplinar,

MECANISMO DE CONTROLE

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Hospital Estadual de Formosa fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, co-

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

municações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar os membros do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar em parte ou na totalidade de seus membros.

Em caso de substituição dos membros, os nomes dos suplentes eleitos deverão ser encaminhados a Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação.

FINALIDADE DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

As ações do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

I. Identificar aspectos clínicos e epidemiológicos relacionados as notificações ocorridas na unidade de saúde;

II. Cumprir e fazer cumprir o disposto na Portaria Ministerial nº 2.254, de 5 de agosto de 2010;

III. Notificar e investigar doenças e agravos de interesse para a saúde pública;

IV. Notificar em tempo oportuno os agravos de notificação imediata;

V. Analisar os dados coletados rotineiramente e divulgar as informações;

VI. Coletar, consolidar, analisar e divulgar, mensalmente, dados estatísticos por meio de relatório padronizado objetivando informar os casos notificados na unidade;

VII. Elaborar normas e rotinas técnico-operacionais, visando a detecção, prevenção e controle das Doenças de Notificação Compulsória (DNC) no âmbito hospitalar;

VIII. Participar das Comissões Internas da Instituição;

IX. Contribuir para a identificação de questões relacionadas ao perfil epidemiológico da região;

X. Contribuir para a melhoria da qualidade assistencial prestada a população da região;

XI. Orientar a diretoria responsável da unidade com relação a práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação.

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Através das atividades e avaliações do Núcleo, assim como dos indicadores resultantes destas avaliações, espera-se atingir a qualidade na realização dos processos que balizam o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, sendo estes indicadores:

- Nº total de Notificações de Agravos realizadas/mês;
- Nº de Notificações por tipo de agravo notificado;
- Perfil epidemiológico e cidade de origem dos pacientes notificados.

Epidemiológicas das doenças e agravos de notificação compulsórios, investigando casos de surtos, sempre que necessário, bem como a implantação de medidas imediatas de controle as doenças e agravos de notificação compulsória, além da orientação e educação permanente relativas ao tema a todos os colaboradores da instituição.

Nota: O Núcleo de Vigilância Epidemiológica deverá manter estreita relação com a Vigilância Epidemiológica Municipal, Estadual, Federal e com toda a equipe interdisciplinar do Hospital Estadual de Formosa, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações, enviando seus relatórios as Diretorias Técnica, Geral e órgãos fiscalizadores e solicitantes, quando necessário.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, promovem as medidas a serem adotadas no Hospital Estadual de Formosa, realização da elaboração, implantação, avaliação permanente do Sistema de Vigilância, Notificação e Investigação

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa.

Quando este for o entendimento da maioria dos integrantes do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, esta deverá encaminhar, por escrito, orientações à diretoria da unidade competente.

AM

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer o Núcleo perante a Equipe do Hospital Estadual de Formosa.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º. Cumprir e fazer cumprir o disposto na Portaria Ministerial nº 2.254, de 5 de agosto de 2010;

Artigo 3º. Notificar e investigar doenças e agravos de interesse para a saúde pública;

Artigo 4º. Notificar em tempo oportuno os agravos de notificação imediata;

Artigo 5º. Analisar os dados coletados rotineiramente e divulgar as informações;

Artigo 6º. Coletar, consolidar, analisar e divulgar, mensalmente, dados estatísticos por meio de relatório padronizado objetivando informar os casos notificados na unidade.

Artigo 7º. Elaborar normas e rotinas técnico-operacionais, visando a detecção, prevenção e controle das Doenças de Notificação Compulsória no âmbito hospitalar.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 8º. A composição mínima do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar será de 4 (quatro) membros:

- I. 1 (um) Representante do Serviço de Epidemiologia;
- II. 1 (um) Representante da Comissão de Controle de Infecção relacionada à Assistência em Saúde;
- III. 1 (um) Representante da coordenação de enfermagem;
- IV. 1 (um) Representante da equipe interdisciplinar.

Nota: Poderá o número de membros ser superior de acordo com as necessidades.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 9º. Compete ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar:

- I. Desenvolver ações que visam à detecção e a investigação de qualquer agravo suspeito ou confirmado de doença de notificação compulsória (DNC) atendido no hospital, utilizando para isso as normas de vigilância epidemiológica nacionais, estaduais e municipais;
- II. Elaborar, implementar e manter o sistema de busca ativa para os pacientes internados ou atendidos em pronto-socorro para a detecção de doença de notificação compulsória (DNC);
- III. Notificar e investigar, no âmbito hospitalar, as doenças de notificação compulsória (DNC), utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação/ SINAN;
- IV. Realizar a notificação imediata para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação imediata segundo normas e procedimentos estabelecidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde;
- V. Promover um trabalho integrado com o laboratório do hospital e com outros laboratórios de referência, estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às doenças de notificação compulsória (DNC);
- VI. Estabelecer um fluxo com a farmácia para recebimento de informação de pacientes em uso de medicamentos próprios usados com frequência nos casos agudos e/ou crônicos de doença de notificação compulsória (DNC);
- VII. Promover a integração com o serviço de arquivo médico e a Comissão de revisão de prontuário do Hospital Estadual de Formosa para o acesso às informações necessárias à vigilância epidemiológica contidas nos prontuários e outros registros de atendimento;
- VIII. Trabalhar em parceria com a Comissão de Controle de Infecção relacionada a Assistência em Saúde;
- IX. Realizar estudos epidemiológicos complementares das doenças de notificação compulsória (DNC) no ambiente hospitalar;
- X. Elaborar e divulgar periodicamente, relatórios das doenças notificadas no hospital e realizar sistematicamente reuniões com as equipes médicas e de outros profissionais;
- XI. Participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, capacitando-os para a realização de Vigilância Epidemiológica no ambiente hospitalar.

- XII. Avaliar as ações de Vigilância Epidemiológica no ambiente hospitalar por meio de indicadores;
- XIII. Elaborar, implantar, manter e avaliar permanentemente o Sistema de Vigilância, Notificação e Investigação;
- XIV. Epidemiológicas de doenças e agravos de notificação compulsória em âmbito Hospitalar, investigando casos de surtos, sempre que necessário, bem como a implantação de medidas imediatas de controle;
- XV. Estabelecer e acompanhar rotinas e precauções específicas da unidade de saúde;
- XVI. Elaborar e acompanhar técnicas e rotinas para pacientes internos no isolamento;
- XVII. Encaminhar, por escrito, orientações à unidade competente pelo tema e, em caso de recusa quanto à implantação das orientações, levar a matéria ao diretor presidente da organização social.
- Artigo 10º. Ao presidente do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar compete:
- I. Presidir as reuniões ordinárias;
 - II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;
 - III. Encaminhar aos membros do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, as propostas técnicas e administrativas de funcionamento do Núcleo para apreciação e aprovação;
 - IV. Exercer ativamente a Presidência e representar o Núcleo em todos os órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política institucional existente (ou que venham a existir) na unidade de saúde, bem como a nível externo, quando solicitado;
 - V. Cumprir e fazer cumprir as deliberações do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;
 - VII. Apresentar a Diretoria Técnica e Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa relatório mensal elaborado com as atividades do Núcleo, resultados de coleta e análise das notificações e investigações epidemiológicas unidade de saúde;
 - VIII. Organizar, delegar e juntamente aos demais membros realizar investigação epidemiológica de casos e surtos identificados e executar as medidas de controle necessárias;
 - IX. Exercer demais atividades relacionadas às finalidades deste Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar.
- Artigo 11º. Ao vice-presidente do Núcleo de Vi-

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

gilância Epidemiológica Hospitalar compete:

I. Assumir as atividades e competências do presidente na suas ausências e impedimentos;

II. Zelar pelo sigilo ético das informações;

III. Cumprir e fazer cumprir as deliberações do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar.

V. Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos identificados e executar as medidas de controle necessárias.

VI. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

VII. Desenvolver atividades de caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

938

Artigo 12º. A todos os membros do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, compete:

I. Avaliar a unidade de saúde de modo contínuo;

II. Avaliar rotineiramente as informações promovidas pelo sistema de vigilância epidemiológica e aprovar as medidas de controle propostas pelo SCIRAS e CCIRAS;

III. Colaborar com o Presidente do Núcleo em todas as suas atribuições;

IV. Participar com os demais membros do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, da elaboração de propostas de atuação e implementação em assuntos relevantes para o Núcleo,

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 13º. A duração do mandato do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar os membros do Núcleo em parte ou na totalidade de seus membros.

Artigo 14º. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos suplentes eleitos deverão ser encaminhados a Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação.

Artigo 15º. Os membros poderão solicitar a participação de outros profissionais no de-

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

envolvimento dos trabalhos, desde o mesmo tenha qualificação técnica comprovada e a aprovação dos demais membros.

Artigo 16º. As reuniões do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar serão realizadas mensalmente, convocadas pelo Presidente, com local e horário, previamente definidos e informados pelo secretário desta.

Artigo 17º. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 18º. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 19º. O presidente do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa. Os cargos de presidente, vice-presidente e secretário poderão ser definidos pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar através de votação simples pelos membros nomeados.

Artigo 20º. As decisões do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 21º. As reuniões do Núcleo de Vig-

ilância Epidemiológica Hospitalar deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 22º. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal e anexado a ata da reunião ordinária.

Artigo 23º. Os assuntos tratados pelo do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 24º. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 25º. Nenhum membro do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, com exceção do Presidente, pode falar em nome do Núcleo sem que para isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 26º. São atribuições de todos os mem-

bros do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar:

I. As atividades a serem desenvolvidas prioritariamente têm como objetivos a detecção, a notificação e a investigação dos agravos constantes da Portaria nº 264/GM/MS, de fevereiro de 2020, priorizando os agravos constantes, em estreita articulação com a Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública (Rede CIEVS), bem como a detecção de óbitos de mulheres em idade fértil, de óbitos maternos declarados, de óbitos infantis e fetais, de óbitos por doença infecciosa e por causa mal definida;

II. Deverá desenvolver, as seguintes atividades, de acordo com as normas do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) e das respectivas normas estaduais e municipais complementares;

III. Elaborar e manter em operação um sistema de busca ativa para os pacientes internados e atendidos em pronto-socorro da unidade hospitalar, para a detecção das doenças e agravos constantes da Portaria nº 264/GM/MS, de fevereiro de 2020;

IV. Elaborar e manter em operação sistema de busca ativa para detecção e notificação dos óbitos ocorridos no ambiente hospitalar, prioritariamente dos óbitos maternos declarados, de mulher em idade fértil, infantil e fetal, nos termos das Portarias nºs 1.119/GM/

MS, de 5 de junho de 2008, e 72/GM/MS, de 11 de janeiro de 2010, e dos óbitos por doença infecciosa e mal definidos;

V. Notificar ao primeiro nível hierárquico superior da vigilância epidemiológica as doenças e agravos de notificação compulsória (DNC) detectados no âmbito hospitalar, de acordo com os instrumentos e fluxos de notificações definidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS);

VI. Realizar a investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos constantes da Portaria nº 264/GM/MS, de fevereiro de 2020, detectados no ambiente hospitalar, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela SVS/MS;

VII. Participar da investigação de óbitos maternos declarados e de mulheres em idade fértil, ocorridos no ambiente hospitalar, em conjunto com a comissão de análise de óbitos e em articulação com a SMS e com a SES, nos termos da Portaria nº 1.119/GM/MS, de 2008;

VIII. Participar da investigação dos óbitos infantis e fetais ocorridos no ambiente hospitalar, em conjunto com a comissão de análise de óbitos e em articulação com a SMS

e com a SES, nos termos definidos na Portaria n° 72/GM/MS, de 2010;

IX. Incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológicos e anátomo - patológicos, em caso de óbitos por causa mal definida ocorridos no ambiente hospitalar;

X. Desenvolver processo de trabalho integrado aos setores estratégicos da unidade hospitalar, para fins de implementação das atividades de vigilância epidemiológica - tais como os Serviços de Arquivo Médico, as Comissões de Revisão de Prontuário de Óbitos e de Controle de Infecção Relacionada a Assistência em Saúde, a farmácia e o laboratório - para acesso às informações necessárias à detecção, monitoramento e encerramento de casos ou surtos sob investigação;

XI. Validar as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) cujo código da Classificação Internacional de Doenças (CID) indique tratar-se de internação por doença de notificação compulsória, nos termos definidos na Portaria Conjunta n° 20/SAS/SVS/MS, de 25 de maio 2005;

XII. Promover treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar;

XIII. Monitorar e avaliar o preenchimento das declarações de óbitos e de nascidos vivos;

XIV. Monitorar, avaliar e divulgar o perfil de morbimortalidade hospitalar, incluindo as Doenças de Notificação Compulsória detectadas nesse ambiente, subsidiando o processo de planejamento e a tomada de decisão dos gestores do hospital, dos gestores estaduais e dos municipais dos sistemas de vigilância e de atenção à saúde;

XV. Realizar o monitoramento de casos hospitalizados por doenças e agravos prioritários para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, de acordo com as prioridades definidas pela SVS/MS, com base na situação epidemiológica e na viabilidade operacional;

XVI. Apoiar ou desenvolver estudos epidemiológicos ou operacionais complementares de Doenças de Notificação Compulsória - DNC, no ambiente hospitalar, incluindo a avaliação de protocolos clínicos das DNC, em consonância com as prioridades definidas pelos gestores do SNVS.

Artigo 27º. São atribuições da Secretaria do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar:

I. Receber e protocolar os processos e expedientes;

II. Lavrar a ata das reuniões;

III. Convocar os membros do Núcleo de Vigilância Epidemiológica

Hospitalar para as reuniões determinadas pelo presidente:

IV. Organizar e manter o arquivo do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;

V. Preparar a correspondência, se necessário.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 28º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, em conjunto com a Diretoria Geral Hospital Estadual de Formosa.

Artigo 29º. A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral e Diretoria Técnica.

Artigo 30º. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.



CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar foi nomeada pela Diretoria Clínica do Hospital Estadual de Formosa em 05 de agosto de 2020 conforme Portaria Interna N° 03 de agosto de 2020.

Regimento Interno do O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar já aprovado e implantado desde 17/08/2020.

| MÊS | ATIVIDADES |
|---------|--|
| M2 e M3 | Reunião ordinária do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (primeira quarta-feira do mês). Definição do Cronograma anual. |
| | Elaboração de relatório mensal. |
| | Normalizar a comunicação efetiva com a equipe Interdisciplinar, visando o rastreo constante das DNC |
| | Monitorar notificações |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M4 | Reunião ordinária do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (primeira quarta-feira do mês). |
| | Monitorar notificações |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M5 | Reunião ordinária do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (primeira quarta-feira do mês). |
| | Monitorar notificações |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M6 | Reunião ordinária do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (primeira quarta-feira do mês). |
| | Monitorar notificações |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |

| | |
|-----|--|
| M7 | Reunião ordinária do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (primeira quarta-feira do mês). |
| | Monitorar notificações |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M8 | Reunião ordinária do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (primeira quarta-feira do mês). |
| | Monitorar notificações |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M9 | Reunião ordinária do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (primeira quarta-feira do mês). |
| | Monitorar notificações |
| | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M10 | Realizar treinamento – Capacitação conforme dificuldades da equipe. |
| | Reunião ordinária do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (primeira quarta-feira do mês). |
| | Monitorar notificações |
| M11 | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| | Reunião ordinária do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (primeira quarta-feira do mês). |
| | Monitorar notificações |
| M12 | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| | Reunião ordinária do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (primeira quarta-feira do mês). |
| | Monitorar notificações |
| M13 | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| | Reunião ordinária a Comissão de Verificação de Óbitos (primeira quinta-feira do mês). Definição do Cronograma anual. |

Núcleo de Vigilância Epidemiológica

Responsável Núcleo de Vigilância Epidemiológica: _____

| Relatório Epidemiológico Covid-19 | | | | | | | | | | Período: _____/_____/_____ a _____/_____/_____ | | |
|-----------------------------------|---------------|-------|------|--------------------------------|------------|----------------|-------------|--------------------------------------|-------|--|------------|--------------------------|
| Data | Identificação | | | Classificação Final | | Dia Internação | | Evolução | | | Observação | |
| | Paciente | Idade | Sexo | Confirmado | Descartado | UTI | Endemologia | Alta | Óbito | Internado | | Data |
| 03/04 | DN | 71 | M | | X | | 4 | 3 | | | 03/04 | Paciente de alto risco |
| 03/04 | MDN | 81 | F | X | | 6 | 1 | | X | | 10/04 | |
| 05/05 | MR | 35 | M | X | | | 10 | 3 | | | 12/05 | |
| 21/05 | DP | 00 | F | | X | 1 | 3 | | X | | 23/05 | Paciente na qual AVC+PNM |
| 08/05 | FI | 35 | M | X | | 1 | * | | | Permanece internado | | |
| Total suspeitas: 5 pacientes | | | | Total confirmados: 3 pacientes | | | | Total óbito por covid-19: 1 paciente | | | | |

Observação: Descrição em vermelho são meramente observativas.

Enfermeiro do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar
 Nome
 Conselho

Diretoria Técnica
 nome
 conselho

ITEM 2.1.21 - COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE

946

CONSTITUIÇÃO

A Comissão Interna da Qualidade deve ser constituída em cumprimento a resolução da ANVISA - RDC nº 36 de 25 de julho de 2013, que estabeleceu a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente. É responsável por disseminar as orientações, normas e diretrizes que devem ser seguidas por todos os profissionais no exercício da profissão, independentemente da função ou cargo que ocupem.

As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da Comissão Interna da Qualidade e motivadas pelo Presidente em exercício.

Como objetivo de implantar os princípios de uma gestão participativa junto à unidade de saúde, a Comissão Interna da Qualidade, de modo fundamentado, poderá levar suas orientações à diretoria da unidade competente pelo tema, a fim de adotar as referidas orientações. Caso a diretoria não adote referidas orientações, a Comissão poderá encaminhar a matéria ao diretor presidente da organização social, expondo suas razões.

ORIGEM

As responsabilidades sociais do Hospital Estadual de Formosa, em relação à assistência de segura e de qualidade aos pacientes, se desenvolve a partir de ações que visam auxiliar a Instituição no treinamento e aplicação das ferramentas da Qualidade para implementação de ações assertivas na melhoria dos serviços prestados aos pacientes atendidos no Hospital.

MEMBROS

A Comissão Interna da Qualidade será composta por membros efetivos, deverá ser no-

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

meada por ato próprio da Diretoria Geral será norteadada pelo Regimento Interno a Comissão Interna da Qualidade. Esta comissão é composta pelos seguintes membros:

- I. Diretor Clínico;
- II. Enfermeiro da Qualidade ;
- III. Gerente de Enfermagem;
- IV. Gerente Administrativo;
- V. Gerencia Assistencial ;
- VI. Representante da Educação Permanente;
- VII. Representante da Coordenação de Enfermagem
- VIII. Representante do Serviço de Farmácia;
- IX. Representante do Serviço Nutrição Clínica;
- X. Representante da SCIH;
- XI. Supervisor do Núcleo de Informação em Saúde.

Contará com profissionais do quadro funcional do Hospital Estadual de Formosa, que atuam em consonância com a legislação vigente, deverá ser composta por uma

equipe técnico-administrativa formalmente designada pela Diretoria do hospital, cujo quantitativo e qualificação deverão estar de acordo com as atribuições; a equipe preferencialmente terá como presidente um profissional da área de saúde, de nível superior, com formação em Qualidade.

MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão Interna da Qualidade do Hospital Estadual de Formosa, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato da Comissão Interna da Qualidade será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar os membros da Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

Em caso de substituição dos membros, os nomes dos suplentes eleitos deverão ser encaminhados a Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação.

FINALIDADE DA COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE

As ações da Comissão Interna da Qualidade, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

I. Ações conjuntas de promoção da qualidade para uma aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, as condições de trabalho e a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional;

II. Promover melhorias relacionadas à Qualidade e Segurança do Paciente, assegurando uma assistência segura e na orientação aos pacientes, familiares e acompanhantes de pessoas internadas;

III. Definir diretrizes para monitorar e promover a melhoria contínua necessária ao desenvolvimento da Instituição;

IV. Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre Qualidade;

V. Fomentar a inclusão do tema Qualidade e Melhoria contínua de Processos na instituição;

VI. Promover ações para a gestão de risco na Instituição;

VII. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional;

VIII. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, processos de trabalho e interações entre setores, propondo ações preventivas e corretivas;

IX. Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Programa de Gestão da Qualidade;

X. Acompanhar as ações vinculadas ao Programa de Gestão da Qualidade;

XI. Implantar as Ferramentas da Qualidade e realizar o monitoramento dos resultados;

XII. Contribuir para a melhoria da qualidade assistencial prestada a população da região;

XIII. Orientar a diretoria responsável da unidade com relação a práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação.

Através das atividades e avaliações da Comissão, e dos dados gerados resultantes destas avaliações, espera-se atingir a qualidade na realização dos processos que balizam a Comissão Interna de Qualidade, e à

partir daí gerar indicadores para o acompanhamento das ações.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão Interna de Qualidade deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações da Comissão Interna de Qualidade, promovem as medidas a serem adotadas no Hospital Estadual de Formosa, de ser uma "instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas a Gestão de Qualidade e Melhoria Contínua dos Processos". É um órgão diretamente vinculado a Diretoria Geral, Técnica e ao Núcleo de Qualidade, cujas ações devem estar voltadas à promoção de uma assistência de qualidade e um ambiente seguro.

Nota: A Comissão Interna de Qualidade deverá manter estreita relação com as Comissões Hospitalares e equipes do Hospital Estadual de Formosa, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações, enviando seus relatórios as Diretorias Técnica, Geral e órgãos fiscalizadores e solicitantes, quando necessário.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa.

Quando este for o entendimento da maioria dos integrantes da Comissão Interna de Qualidade, esta deverá encaminhar, por escrito, orientações à diretoria da unidade competente.



LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO
DA COMISSÃO
INTERNA DE
QUALIDADE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam a melhoria da Qualidade e Segurança de forma abrangente, garantindo a a premissa de que a qualidade e segurança esteja presente no dia a dia assistência e operacional com critérios baseados em normativas de melhores práticas, estruturando a Comissão Interna da Qualidade, estabelecendo condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão perante a Equipe do Hospital Estadual de Formosa.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º. Cumprir e atender à RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

Artigo 3º. Instituir ações de promoção a melhoria contínua dos processos e gestão da qualidade no Hospital Estadual de Formosa.

Artigo 4º. A Comissão Interna de Qualidade tem por finalidade especialmente, prevenir, monitorar e desenvolver estratégias para reduzir a incidência de incidentes nos atendimentos prestados, promovendo melhorias relacionadas à segurança do paciente e a qualidade em serviço de saúde.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 5º. A Comissão Interna de Qualidade será composto por membros efetivos, deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral será norteada pelo Regimento Interno da Comissão Interna de Qualidade.

Artigo 6º. Contará com profissionais do quadro funcional do Hospital Estadual de Formosa, que atuam em consonância com a legislação vigente, deverá ser composta por uma equipe interdisciplinar, técnico-administrativa, cujo quantitativo e qualificação deverão estar de acordo com as atribuições da Comissão, a equipe preferencialmente terá como coordenador um profissional da área de saúde de nível superior, com formação em Qualidade, juntamente com representantes dos diversos serviços do hospital, sendo em áreas assistenciais e não assistenciais, sendo estes:

I. Diretor Clínico;

ALL

- II. Enfermeiro da Qualidade;
- III. Gerente de Enfermagem;
- IV. Gerente Administrativo;
- V. Gerência Assistencial;
- VI. Representante da Educação Permanente;
- VII. Representante da Coordenação de Enfermagem;
- VIII. Representante do Serviço de Farmácia;
- IX. Representante do Serviço Nutrição Clínica;
- X. Representante da SCIH;
- XI. Supervisor do Núcleo de Informação em Saúde.

Nota: Poderá o número de membros ser superior de acordo com as necessidades.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 7º. Compete a Comissão Interna de Qualidade:

- I. Promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;

- II. Desenvolver ações para a integração e a articulação interdisciplinar no âmbito da instituição;
- III. Auxiliar no redesenho e a reengenharia dos processos assistenciais, tanto daqueles relacionados às atividades fim desenvolvidas numa unidade de saúde devem ser balizados por ações prudentes, com a previsão de nulidade de erros ou a menor falha possível diretamente ou indiretamente ao paciente;
- IV. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas, se valendo das ferramentas da qualidade para padronizar ações;
- V. Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- VI. Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de qualidade e segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;
- VII. Elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- VIII. Participar de eventos e demais ações promovidos sobre qualidade em saúde;
- IX. Sensibilizar os profissionais e os usuários quanto a importância da qualidade e melhoria dos processos da Unidade;

Artigo 8º. Ao presidente da Comissão Interna de Qualidade compete:

- I. Presidir as reuniões ordinárias;
- II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;
- III. Encaminhar aos membros da Comissão, as propostas técnicas e administrativas de funcionamento da Comissão Interna de Qualidade para apreciação e aprovação;
- IV. Exercer ativamente a Presidência e representar a Comissão em todos os órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política institucional existente (ou que venham a existir) na unidade de saúde, bem como a nível externo, quando solicitado;
- V. Cumprir e fazer cumprir as deliberações da Comissão Interna de Qualidade;
- VI. Apresentar a Diretoria Técnica e Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa, relatório mensal elaborado com as atividades da Comissão;

- VII. Apresentar a Diretoria Técnica e Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa, relatório mensal elaborado com a análise dos indicadores eleitos e acompanhados;
- VIII. Organizar, delegar e juntamente aos demais membros realizar investigações e executar as medidas de controle necessárias;
- IX. Exercer demais atividades relacionadas às finalidades desta Comissão.

Artigo 9º. Ao vice-presidente da Comissão Interna de Qualidade compete:

- I. Assumir as atividades e competências do presidente na suas ausências e impedimentos;
- II. Zelar pelo sigilo ético das informações;
- III. Cumprir e fazer cumprir as deliberações da Comissão Interna de Qualidade.

Artigo 10º. A todos os membros da Comissão Interna de Qualidade compete:

- I. Avaliar a unidade e atividades da Instituição de saúde de modo contínuo;
- II. Colaborar com o Presidente

AM

da Comissão em todas as suas atribuições;

III.Participar com os demais membros da Comissão Interna da Qualidade, da elaboração de propostas de atuação e implementação em assuntos relevantes para a Comissão;

IV.Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

V. Desenvolver atividades de caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 11º. A duração do mandato da Comissão Interna da Qualidade será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar os membros da Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

Artigo 12º. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos suplentes eleitos deverão ser encaminhados a Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da

Portaria de Nomeação.

Artigo 13º. Os membros poderão solicitar a participação de outros profissionais no desenvolvimento dos trabalhos, desde o mesmo tenha qualificação técnica comprovada e a aprovação dos demais membros.

Artigo 14º. As reuniões da Comissão Interna da Qualidade serão realizadas mensalmente, convocadas pelo Presidente com local e horário, previamente definidos e informados pelo secretário desta.

Artigo 15º. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 16º. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 17º. O presidente da Comissão Interna da Qualidade assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa. Os cargos de presidente, vice-presidente e secretário poderão ser definidos pelos membros da Comissão Interna da Qualidade através de votação simples pelos membros nomeados.

Artigo 18º. As decisões da Comissão Interna da Qualidade serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 19º. As reuniões da Comissão Interna da Qualidade deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 20º. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal e anexado a ata da reunião ordinária.

Artigo 21º. Os assuntos tratados pela Comissão Interna de Qualidade deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 22º. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 23º. Nenhum membro da Comissão Interna de Qualidade com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão sem que para isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pela Comissão Interna de Qualidade.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 24º. São atribuições da Comissão Interna de Qualidade:

- I. Estabelecer diretrizes de trabalho a fim de promover e apoiar a implementação de ações voltadas à qualidade, visando a qualidade dos processos, por meio do suporte para o planejamento, desenvolvimento, controle e reavaliação dos processos que envolvem o trabalho cotidiano;
- II. Promover a gestão de riscos e definir ações e estratégias envolvendo as áreas e processos de maior risco;
- III. Fazer cumprir a resolução da ANVISA - RDC nº 36 de 25 de julho de 2013, que estabeleceu a criação da Comissão Interna de Qualidade.
- IV. Nas reuniões mensais são apresentados os resultados das auditorias internas e externas realizadas, comunicados referentes à melhoria de processos e a apresentação dos eventos adversos ocorridos no mês.
- V. Os eventos adversos considerados como graves e sentinelas são analisados pelo gerenciamento de risco em conjunto com as áreas envolvidas e discutidos na Comissão Interna da Qualidade. Esta discussão conta com a participação de convidados como equipe assistencial, gestores das áreas, equipes médicas e demais envolvidos. As análises têm caráter educativo, afastando a ideia de punição, mantendo o foco nos processos e não em pessoas.
- VI. Difundir o conhecimento sobre o tema, capacitando, periodicamente, profissionais em qualidade.

Artigo 25º. São atribuições do Presidente da Comissão Interna de Qualidade, além de outras que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I. Presidir as reuniões manifestar-se em nome da Comissão Interna de Qualidade;

II. Assinar documentos (salvo se delegar formalmente a algum membro da Comissão Interna de Qualidade);

III. Organizar as atividades da Comissão Interna de Qualidade;

IV. Agendar e confirmar datas e horários das reuniões da Comissão Interna de Qualidade, informando ao secretário da Comissão;

V. Convocar os membros da Comissão Interna de Qualidade para as reuniões ordinárias ou extraordinárias, se julgar necessário com o auxílio do secretário;

VI. Aprovar as atas e as encaminhar ao secretário da Comissão;

VII. Atribuir responsabilidades na divisão de tarefas;

VIII. Apresentar resultados mensais às Coordenações da unidade.

IX. Nas decisões da Comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

X. Escolher um membro como vice-presidente da Comissão Interna de Qualidade.

Nota: Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá o vice-presidente ou secretário. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Artigo 26º. São atribuições e competências do secretário da Comissão Interna de Qualidade:

I. Auxiliar na comunicação dos membros para as reuniões;

II. Registrar as reuniões em ata;

III. Organizar a pauta além de colher assinatura dos membros em lista de presença;

IV. Deverá ainda cumprir atribuições designadas pelo presidente e substituí-lo, assim como seu vice, quando assim designado formalmente, presidindo as reuniões ou comparecendo a reunião;

V. Na ausência do secretário, no momento da reunião cabe ao presidente designar outro membro para cumprimento das atribuições designadas.

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Artigo 27º. São atribuições de todos os membros da Comissão Interna de Qualidade:

- I. Participar das reuniões e cumprir as atribuições designadas pelo presidente;
- II. Aprovar as atas enviadas para este fim;
- III. Sugerir pautas para a reunião da Comissão Interna de Qualidade;
- IV. Participar da divisão de tarefas da Comissão Interna de Qualidade e executá-las;
- V. Fazer relatório dos planos de ação quando solicitado.

mente submetida à apreciação da Diretoria Geral e Diretoria Técnica.

Artigo 30º. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

956

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 28º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão Interna de Qualidade, em conjunto com a Diretoria Geral Hospital Estadual de Formosa.

Artigo 29º. A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes à Comissão Interna de Qualidade, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatória-



CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE

| MÊS | ATIVIDADES |
|---------|--|
| M1 e M2 | 1. Criação Comissão Interna de Qualidade, através de uma Resolução da Direção Geral, indicando nominalmente seus membros. |
| | 2. Elaboração dos relatórios de avaliação, eleição de indicadores e acompanhamento das atividades desenvolvidas. |
| | 3. Elaboração do programa de capacitações. |
| M3 | 1. Reunião de formação da Equipe Estratégica. |
| | 2. Capacitação da Equipe Estratégica para utilização das principais ferramentas da qualidade. |
| | 3. Realização da reunião da Equipe Estratégica. |
| | 5. Realizar treinamento - Palestra |
| | 5. Divulgação/apresentação da Comissão Interna de Qualidade perante os colaboradores da unidade de saúde - Palestras |
| M4 | 1. Reunião ordinária da Comissão Interna de Qualidade. |
| | 2. Elaboração dos relatórios de avaliação das atividades, dos indicadores e acompanhamento das capacitações desenvolvidas. |
| | 3. Capacitação da equipe para utilização das principais ferramentas da qualidade. |
| M5 | 1. Reunião ordinária da Comissão Interna de Qualidade. |
| | 2. Elaboração dos relatórios de avaliação das atividades, dos indicadores e acompanhamento das capacitações desenvolvidas. |
| M6 | 1. Reunião ordinária da Comissão Interna de Qualidade. |
| | 2. Elaboração dos relatórios de avaliação das atividades, dos indicadores e acompanhamento das capacitações desenvolvidas. |
| M7 | 1. Reunião ordinária da Comissão Interna de Qualidade. |
| | 2. Elaboração dos relatórios de avaliação das atividades, dos indicadores e acompanhamento das capacitações desenvolvidas. |
| | 3. Avaliar resultados do uso das ferramentas implantadas e prosseguir programa de capacitação da equipe para utilização das principais ferramentas da qualidade. |

| | |
|-----|---|
| M8 | 1. Reunião ordinária da Comissão Interna de Qualidade. |
| | 2. Elaboração dos relatórios de avaliação das atividades, dos indicadores e acompanhamento das capacitações desenvolvidas. |
| M9 | 1. Reunião ordinária da Comissão Interna de Qualidade. |
| | 2. Elaboração dos relatórios de avaliação das atividades, dos indicadores e acompanhamento das capacitações desenvolvidas. |
| | 3. Avaliar resultados do uso das ferramentas implantadas e prosseguir programa de capacitação da equipe para utilização das principais ferramentas da qualidade |
| M10 | 1. Reunião ordinária da Comissão Interna de Qualidade. |
| | 2. Elaboração dos relatórios de avaliação das atividades, dos indicadores e acompanhamento das capacitações desenvolvidas. |
| M11 | 1. Reunião ordinária da Comissão Interna de Qualidade. |
| | 2. Elaboração dos relatórios de avaliação das atividades, dos indicadores e acompanhamento das capacitações desenvolvidas. |
| | 3. Avaliar resultados do uso das ferramentas implantadas e prosseguir programa de capacitação da equipe para utilização das principais ferramentas da qualidade |
| M12 | 1. Reunião ordinária da Comissão Interna de Qualidade. |
| | 2. Elaboração dos relatórios de avaliação das atividades, dos indicadores e acompanhamento das capacitações desenvolvidas. |
| | 3. Divulgação dos resultados dos 1º ao 12º meses de atuação da Comissão Interna de Qualidade. |



ITEM 2.1.22 - COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Padronização de Produtos para Saúde deve ser constituída de acordo com a Lei 9.784/1999 (Processo administrativo) e Lei 8666/1993, artigos 14^º e 15^º (Licitações e Contratos) através da racionalização sistemática e garantindo a qualidade dos itens adquiridos nas unidades de saúde.

A Comissão De Padronização De Produtos Para Saúde é um órgão colegiado do Hospital Estadual de Formosa, de natureza consultiva, deliberativa, normativa e educativa, que tem por objetivo normatizar e implementar na Instituição de Saúde o processo de padronização

dos produtos para saúde e está vinculada à Direção Geral, em decorrência de sua transversalidade por tratar de questões relacionadas a pesquisa, ensino e assistência.

ORIGEM

A responsabilidade técnico-científica do Hospital Estadual de Formosa em relação à qualidade da assistência e pesquisa serão de alta relevância. O compromisso com o paciente será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comissão De Padronização De Produtos Para Saúde - HEF desempenhará um importante papel. Sendo constituída de acordo com a Lei 9.784/1999 (Processo administrativo) e Lei 8666/1993, artigos 14^º e 15^º (Licitações e Contratos) e respeitando o preconizado no âmbito da avaliação legal, técnica e funcional dos produtos para saúde, segundo pelo Governo Federal, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078 de 11/09/90). Isto compreende a

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

apresentação por parte dos fornecedores dos registros dos artigos na ANVISA, conforme a RDC N° 185/2001 da ANVISA/MS, com sua publicação no D.O.U. ou o documento de cadastramento (RDC 260/02) dos produtos, nos casos aplicáveis.

MEMBROS

A Comissão De Padronização De Produtos Para Saúde será composta por membros do quadro funcional da Instituição de Saúde, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral. A Comissão será norteadá pelo Regimento Interno da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde.

A Comissão deverá ser multiprofissional e composta, preferencialmente, por no mínimo 07 (sete) membros. A Comissão de Padronização de Produtos para Saúde deverá ser composta pelos seguintes membros:

- I. 01 (um) representante da Gerência de Risco ou da Comissão de Segurança do Paciente;
- II. 01 (um) representante da Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde;
- III. 01 (um) representante da Central de Materiais e Esterilização - CME;

- IV. 01 (um) representante da Engenharia Clínica;
- V. 01 (um) representante do Setor da Farmácia Hospitalar;
- VI. 01 (um) representante da Divisão Médica;
- VII. 01 (um) representante da Unidade de Compras ou Suprimentos.

MECANISMO DE CONTROLE

Hospital Estadual de Formosa, com proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação à comunidade interna de colaboradores.

Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados a Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação.

Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixe de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano de trabalho, sendo solicitadas novas indicações pelo serviço/diretoria.

A Comissão De Padronização De Produtos Para Saúde - HEF terá um Presidente, Vice-Presidente e Secretário eleitos pelos seus pares, com mandato de 02 (dois) anos, podendo ser reeleitos.

FINALIDADE DA COMISSÃO

As ações da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

- I. Elaborar a padronização dos produtos para saúde, utilizando o método descritivo identificando-o com clareza e contemplando as características físicas, mecânicas, de acabamento e de desempenho, possibilitando a orientação do processo licitatório;
- II. Promover estudos pertinentes à padronização de Produtos para Saúde, visando economicidade, qualidade e segurança na aquisição destes materiais, para melhoria da assistência dos serviços prestados, pelos profissionais da saúde e para os pacientes;
- III. Estabelecer normas e rotinas para análise de produtos para saúde visando assegurar a qualidade desses materiais a serem adquiridos no hospital;
- IV. Elaborar a revisão da padronização de produtos para saúde, uniformizando as especificações na rede;
- V. Elaborar fichas para análise (protocolo de testes) de amostras dos produtos para saúde, considerando suas características técnicas;
- VI. Definir o quantitativo das amostras, período dos testes, prazo e local de entrega das amostras;
- VII. Analisar, testar e emitir parecer técnico dos produtos para saúde de uso do hospital, em conjunto com os demandantes e/ou utilizadores;
- VIII. Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;
- IX. Analisar e validar os pareceres emitidos pelos consultores;
- X. Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres emitidos pelos consultores;
- XI. Criar e manter atualizado banco de dados com as queixas técnicas notificadas e encaminhadas pela Gerência de Risco Sanitário Hospitalar;
- XII. Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de produtos para saúde utilizados no hospital;
- XIII. Coordenar a avaliação técnica de materiais em processo de compra;
- XIV. Realizar estudos acerca do custo benefício dos produtos para saúde para verificar a viabilidade econômica de sua padronização;
- XV. Estabelecer critérios para a utilização dos produtos para saúde não padronizados no hospital, para os casos excepcionais;

- XVI. Divulgar no hospital as atualizações da padronização;
- XVII. Encaminhar solicitações de inclusão de novos produtos na lista de padronização para avaliação do NATS (Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde), quando houver;
- XVIII. Emitir parecer sobre os produtos para saúde analisados, considerando o parecer técnico científico encaminhado pelo NATS, quando existente;
- XIX. Recomendar a Direção geral, por meio da emissão de parecer técnico, a padronização dos produtos para saúde, considerando as evidências científicas e o perfil assistencial do hospital (nos casos em que ficar evidenciado o aumento nos custos);
- XX. Assegurar que os produtos para saúde a serem adquiridos cumpram a Legislação Sanitária, as Normas técnicas vigentes e estejam dentro dos padrões de qualidade estabelecidos por esta Comissão;
- XXI. Subsidiar as áreas administrativa e jurídica nas demandas que envolvam o uso dos produtos para saúde;
- XXII. Receber assessoria jurídica do hospital, sempre que necessário, para consultas e orientações;
- XXIII. Assessorar a governança do hospital em assuntos relacionados à gestão de produtos para saúde;
- XXIV. Assessorar a Diretoria de Ensino e Pesquisa quanto às questões relacionadas a pesquisas que utilizam produtos para saúde;
- XXV. Prestar assessoria técnica à Unidade de Compras e a Unidade de Abastecimento (ou unidade equivalente) do hospital;
- XXVI. Consultar o setor de Vigilância e Segurança do Paciente, acerca das notificações identificadas no uso dos produtos para saúde;
- XXVII. Estimular que os profissionais utilizem o NOTIVISA (Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária) para notificações de desvios de qualidade ou reações adversas aos produtos de saúde utilizados na prática assistencial;
- XXVIII. Orientar a notificação imediata à ANVISA, quando da suspeita de surtos de infecções e de eventos adversos relacionados aos produtos para saúde;
- XXIX. Estimular os profissionais a preencherem a "Ficha de Notificação de Desvio de Qualidade Técnica de Produto para Saúde";
- XXX. Solicitar a Unidade de Abastecimento a convocação de fornecedor para formalizar a queixa e informá-los das providências requeridas que incluirão solicitação de emissão de laudo técnico do fabricante (ou seja, o fornecedor deve levar amostras para avaliação do fabricante) e/ou troca dos lotes e/ou modelos do produto questionado

até que a questão se resolva adequadamente;

XXXI. Promover a gestão do conhecimento em temas relacionados ao gerenciamento de produtos para saúde no hospital;

XXXII. Manter o processo permanente de atualização da padronização de produtos para saúde, necessários à realização dos procedimentos médicos, de enfermagem e de outras atividades hospitalares, através de análise para melhor assistência ao paciente;

XXXIII. Revisar anualmente a Lista de Produtos para Saúde Padronizados, utilizando o método descritivo, identificando com clareza as especificações, possibilitando a orientação do processo licitatório;

XXXIV. Construir e monitorar indicadores de produtividade de uso dos produtos para saúde padronizados e/ou a serem padronizados.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão reunir-se-á ordinariamente uma vez ao mês, em local e data a serem definidos previamente, e extraordinariamente, sempre que necessário, devendo todas as reuniões ser registradas em forma de ata com o registro fidedigno de todas as delibe-

rações feitas, que após lida e achada conforme, será assinada pelos participantes e deverá ser arquivado toda sua documentação em local a ser designado em sua primeira reunião ordinária.

As reuniões extraordinárias acontecerão sempre que necessário, por convocação da Presidência, constando da pauta da reunião com antecedência mínima de 24 horas, contendo as razões que justifiquem e ordem do dia, vedada a discussão de quaisquer outros assuntos.

As decisões serão tomadas por consenso, e ou se necessária votação, com necessidade de maioria absoluta e decidirá pela aprovação ou não da padronização e/ou envio ao NATS (quando houver) para avaliação científica. A comissão deliberará no horário marcado, com o "quórum" presente de metade mais um de seus membros.

Os membros deverão comparecer pontualmente às reuniões das quais foram convocados. Em caso de ausência, a mesma deve ser justificada por escrito, ou por e-mail antecipadamente, ou no máximo em 48 horas após a reunião, sendo os casos emergenciais justificados por telefone para um dos membros. Os membros, quando em gozo de férias, não poderão comparecer às reuniões, enviando os seus suplentes, que caso não possam comparecer devem justificar sua ausência.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão de Padronização de Produtos para Saúde junto à administração e ao corpo clínico.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º. A Comissão de Padronização de Produtos para Saúde é uma instância colegiada, consultiva e deliberativa, com a finalidade de normatizar e implementar na Instituição de Saúde o processo de padronização dos produtos para saúde e está vinculada à Direção Geral, em decorrência de sua transversalidade por tratar de questões re-

lacionadas a pesquisa, ensino e assistência.

Artigo 3º. Tem por objetivo elaborar, com racionalização sistemática, a relação dos produtos para saúde com os descritivos (marcas/fabricações) aprovadas na Instituição de Saúde e posterior validação para inclusão ou exclusão de qualquer item à lista dos produtos padronizados.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º. A Comissão deverá ser multiprofissional e composta, preferencialmente, por no mínimo 07 (sete) membros. A Comissão de Padronização de Produtos para Saúde deverá eleger Presidente, Vice-Presidente e um secretário, sendo composta em sua totalidade pelos seguintes membros efetivos:

A 01 (UM) REPRESENTANTE
DA GERÊNCIA DE RISCO
• OU DA COMISSÃO DE
SEGURANÇA DO PACIENTE.

B 01 (UM) REPRESENTANTE DA
COMISSÃO DE CONTROLE DE
• INFECÇÕES RELACIONADAS
A ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

C 01 (UM) REPRESENTANTE DA
CENTRAL DE MATERIAIS E
• ESTERILIZAÇÃO - CME.

AM

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO
DA COMISSÃO DE
PADRONIZAÇÃO DE
PRODUTOS PARA
SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

D. 01 (UM) REPRESENTANTE DA
ENGENHARIA CLÍNICA;

E. 01 (UM) REPRESENTANTE
DO SETOR DA FARMÁCIA
HOSPITALAR;

F. 01 (UM) REPRESENTANTE DA
DIVISÃO MÉDICA;

G. 01 (UM) REPRESENTANTE DA
UNIDADE DE COMPRAS OU
SUPRIMENTOS.

Artigo 5º. Os membros da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde - HEF serão indicados pelos respectivos serviços e nomeados pela Diretoria da Instituição de Saúde, sendo permitido convite a consultores técnicos externos convidados, quando necessário.

Artigo 6º. A Comissão de Padronização de Produtos para Saúde - HEF será composta por colaboradores das áreas de interesse do hospital ou outros consultores quando necessário.

Artigo 7º. Todos os integrantes da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde deverão assinar um documento de conflito de interesses, declarando que não têm interesse econômico ou pessoal em relação a ne-

nhum fabricante ou distribuidor de Produtos para Saúde, e que seu trabalho será isento de qualquer favorecimento pessoal.

Artigo 8º. O membro da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde deverá guardar sigilo sobre dados e informações pertinentes aos assuntos a que tiver acesso em decorrência do exercício de suas funções, utilizando-os, exclusivamente, para a análise e revisão dos processos, sob pena de responsabilidade

Artigo 9º. O presidente, vice-presidente e o secretário da Comissão de Padronização de Produtos serão escolhidos entre seus membros, com o aval da Diretoria da Instituição de Saúde.

Artigo 10º. O mandato de cada representante será de 02 (dois) anos, a contar da data da posse, podendo ser prorrogado por igual período em comum acordo com os membros da comissão.

Artigo 11º. Deverá ser indicado um suplente para cada membro titular, que o represente em suas ausências e impedimentos.

Artigo 12º. A designação dos membros da comissão deverá ser precedida, sem prejuízo de outras formalidades, do preenchimento anual do Termo de Compromisso e Confidencialidade e da Declaração de Conflitos de Interesse

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO
DA COMISSÃO DE
PADRONIZAÇÃO DE
PRODUTOS PARA
SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

CAPÍTULO IV - DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Artigo 13º. São atribuições do(a) Presidente
da Comissão De Padronização De Produtos
Para Saúde - HEP:

A. CONVOCAR E PRESIDIR
AS REUNIÕES MENSAIS
E AS REUNIÕES
EXTRAORDINÁRIAS DA COMISSÃO DE
PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA
SAÚDE;

B. ASSINAR TODOS OS
DOCUMENTOS OFICIAIS
DA COMISSÃO DE
PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA
SAÚDE;

C. ASSESSORAR O DIRETOR
GERAL QUANDO
SOLICITADO;

D. RECEBER DOS
FORNECEDORES AS
AMOSTRAS DOS MATERIAIS
EM PROCESSO DE COMPRA OU NÃO, E
ENCAMINHAR AS EQUIPES TÉCNICAS
RESPONSÁVEIS PELA AVALIAÇÃO DO
MATERIAL, CONFORME PROTOCOLO
E FLUXO ESTABELECIDO PELA
COMISSÃO;

E. DISTRIBUIR AOS
CONSULTORES TÉCNICOS
OS MATERIAIS A SEREM
TESTADOS E RESPECTIVOS
FORMULÁRIOS CONFORME
ORIENTAÇÃO DESSA COMISSÃO;

F. COORDENAR E
SUPERVISIONAR O PROCESSO
DE AQUISIÇÃO DOS
PRODUTOS PARA SAÚDE NA ETAPA
DE JULGAMENTO TÉCNICO PARA
ESCOLHA DOS MATERIAIS A SEREM
ADQUIRIDOS.

G. INFORMAR A SEÇÃO DE
COMPRAS DO HOSPITAL
AS ESPECIFICAÇÕES
DOS PRODUTOS PARA SAÚDE
PADRONIZADOS NA INSTITUIÇÃO,
PARA DAR SUPORTE TÉCNICO A
TODOS PROCESSOS LICITATÓRIOS DA
INSTITUIÇÃO DE SAÚDE;

H. PARTICIPAR DA
ELABORAÇÃO DO EDITAL
DE LICITAÇÃO PRESTANDO
SUPORTE TÉCNICO AO SETOR DE
LICITAÇÃO;

I. COORDENAR A ELABORAÇÃO DE
INDICADORES DE QUALIDADE
E DE PRODUTIVIDADE PARA
AVALIAÇÃO TÉCNICA DOS INSUMOS
DA RELAÇÃO DE MATERIAIS

AM

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO
DA COMISSÃO DE
PADRONIZAÇÃO DE
PRODUTOS PARA
SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

PADRONIZADOS E/OU A SEREM
PADRONIZADOS:

J. PARTICIPAR DO PROCESSO
DE ANÁLISE DOS EVENTOS
• ADVERSOS IDENTIFICADOS
PELA GERÊNCIA DE RISCO SANITÁRIO
HOSPITALAR (LEVANDO O CASO A
COMISSÃO E PODENDO RETIRAR
O PRODUTO DA LISTA DOS ITENS
PADRONIZADOS, CASO SE JULGUEM
NECESSÁRIO):

K. SOLICITAR TREINAMENTO
AOS COLABORADORES (E
• INDICAR PARA O SETOR
ESPECÍFICO DE TREINAMENTO
DA UNIDADE HOSPITALAR AS
NOVAS TECNOLOGIAS QUE ESTÃO
SENDO ADQUIRIDAS PARA QUE
ESTES VIABILIZEM JUNTO AOS
FORNECEDORES A CAPACITAÇÃO DOS
FUNCIONARIOS) COM O OBJETIVO
DE OFERECER SUBSÍDIOS PARA
A ANÁLISE TÉCNICA, QUANDO
NECESSÁRIO:

L. ENCAMINHAR PARA CIÊNCIA
E AVALIAÇÃO DOS DEMAIS
• MEMBROS DA COMISSÃO AS
DEMANDAS SURGIDAS NO HOSPITAL:

M. ENCAMINHAR A LISTAGEM
DE PRODUTOS PARA
• SAÚDE PADRONIZADOS,

PARA A UNIDADE DE APOIO
CORPORATIVO, PARA QUE A
MESMA SEJA DIVULGADA NO SITE
DO INSTITUIÇÃO HOSPITALAR,
E UTILIZADOS NO SETOR DE
SUPRIMENTOS PARA O PROCESSO
LICITATÓRIO:

N. ELABORAR RELATÓRIO
ANUAL DE ATIVIDADES
• DA COMISSÃO DE
PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA
SAÚDE - HEF:

O. DESEMPENHAR OUTRAS
ATIVIDADES AFINS,
• SOLICITADAS PELO
DIRETOR GERAL

Artigo 14º. São atribuições do(a) Vice-Presidente da Comissão De Padronização De Produtos Para Saúde - HEF:

A. Representar e desenvolver as atividades do Presidente em suas ausências e impedimentos.

Artigo 15º. São atribuições do(a) Secretário(a) da Comissão De Padronização De Produtos Para Saúde - HEF:

A. RECEBER E ORDENAR
OS FORMULÁRIOS DOS
• LAUDOS TÉCNICOS DAS
ANÁLISES DOS MATERIAIS TESTADOS

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO
DA COMISSÃO DE
PADRONIZAÇÃO DE
PRODUTOS PARA
SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

ORINDOS DOS CONSULTORES E
COMUNICAR O RECEBIMENTO À
PRESIDÊNCIA DA COMISSÃO;

DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS (SIG)
PROTOCOLO;

B SECRETARIAR AS
REUNIÕES DA COMISSÃO
DE PADRONIZAÇÃO DE
PRODUTOS PARA SAÚDE E ELABORAR
AS RESPECTIVAS ATAS;

H PROVIDENCIAR A CÓPIA DE
IMPRESSOS NECESSÁRIOS
AO DESENVOLVIMENTO DAS
ATIVIDADES DA COMISSÃO;

C ENVIAR A UNIDADE DE
APOIO CORPORATIVO
AS INFORMAÇÕES
REFERENTES AS ATAS, NOMEAÇÕES E
DOCUMENTOS PARA DIVULGAÇÃO NO
SITE DA UNIDADE HOSPITALAR;

I ELABORAR, ATUALIZAR E
DISPONIBILIZAR PARA A
PRESIDÊNCIA, UM BANCO
DE DADOS INFORMATIZADO DOS
PRODUTOS APROVADOS E/OU
REPROVADOS NOS TESTES;

D ENVIAR AS ATAS DAS
REUNIÕES MENSAIS A UM
ENDEREÇO ELETRÔNICO
CRIADO PARA ESSA FINALIDADE;

J DESEMPENHAR TAREFAS
AFINS;

E DIGITAR, ORDENAR E
ARQUIVAR DOCUMENTOS
DA COMISSÃO SEGUINDO
CRITÉRIOS DE ARQUIVAMENTO PRÉ-
ESTABELECIDOS;

K ENCAMINHAR, NO INÍCIO DE
CADA ANO, O CALENDÁRIO
ANUAL DAS REUNIÕES DA
COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE
PRODUTOS PARA SAÚDE - HEF PARA
A UNIDADE DE APOIO CORPORATIVO E
PARA OS MEMBROS DA COMISSÃO;

F CONTROLAR A ENTRADA E
SAÍDA DE DOCUMENTOS DA
COMISSÃO;

L MANTER O BANCO DE
DADOS DE MATERIAIS E DE
FORNECEDORES ATUALIZADO;

G ENCAMINHAR E RECEBER
DOCUMENTOS ATRAVÉS DE
REGISTRO NO SISTEMAS

Artigo 16º. São atribuições dos membros
da Comissão De Padronização De Produtos



LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO
DA COMISSÃO DE
PADRONIZAÇÃO DE
PRODUTOS PARA
SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Para Saúde - HEP:

A. ELEGER O PRESIDENTE,
O VICE-PRESIDENTE E O
● SECRETÁRIO DA COMISSÃO;

B. RECEBER DA PRESIDÊNCIA
AS AMOSTRAS DOS
● MATERIAIS EM PROCESSO DE
COMPRA OU NÃO, A FIM DE PROCEDER
AOS TESTES PERTINENTES;

C. ENCAMINHAR AS AMOSTRAS
DOS MATERIAIS PARA
● TESTE AOS CONSULTORES,
ACOMPANHADAS DOS FORMULÁRIOS
PRÓPRIOS PARA DOCUMENTAÇÃO
DAS ANÁLISES TÉCNICAS;

D. PRESTAR SUPORTE TÉCNICO
AOS CONSULTORES, PARA
● ESCOLHA DO PRODUTO
PARA O PROCESSO DE COMPRA EM
ANDAMENTO;

E. CABE AO REPRESENTANTE
TÉCNICO (DA COMISSÃO) DE
● CADA ÁREA PROFISSIONAL,
COORDENAR O PROCESSO DE
AVALIAÇÃO DOS MATERIAIS ATRAVÉS
DE SEUS CONSULTORES;

F. NO CASO DE AUSÊNCIA
DA PRESIDÊNCIA, VICE
● PRESIDÊNCIA E DO
SECRETÁRIO, ATENDER AOS

FORNECEDORES PARA INFORMAR
ACERCA DAS MARCAS APROVADAS
E REPROVADAS NOS TESTES
REALIZADOS NA INSTITUIÇÃO;

G. DESEMPENHAR OUTRAS
ATIVIDADES AFINS,
● SOLICITADAS PELO
PRESIDENTE.

Artigo 17º. O profissional que atuará na comissão deverá apresentar habilidades para:

A. TOMADA DE DECISÕES;
O TRABALHO DO
● PROFISSIONAL DEVE ESTAR
FUNDAMENTADO NA CAPACIDADE
DE TOMAR DECISÕES MEDIANTE
ANÁLISE DE CRITÉRIOS TAIS COMO:
EFICÁCIA, EFICIÊNCIA, EFETIVIDADE,
SEGURANÇA E CUSTO-EFETIVIDADE
DO PRODUTO ANALISADO;

B. COMUNICAÇÃO: O
PROFISSIONAL DEVE SER
● ACESSÍVEL E DEVE MANTER
A CONFIDENCIALIDADE ÉTICA E
BIOÉTICA DAS INFORMAÇÕES QUE LHE
FOREM CONFIADAS NA INTERAÇÃO
COM OUTROS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE E COM O PÚBLICO EM GERAL.
DEVE, TAMBÉM, PROMOVER A GESTÃO
DO CONHECIMENTO REFERENTE ÀS
AÇÕES REALIZADAS PELA COMISSÃO.

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

C LIDERANÇA: NO TRABALHO EM EQUIPE

- MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE. O PROFISSIONAL DEVE ESTAR APTO A ASSUMIR POSIÇÕES DE LIDERANÇA SOB O ENFOQUE DA PROTEÇÃO DA SAÚDE E DOS INTERESSES PÚBLICOS, ENVOLVENDO COMPROMISSO, RESPONSABILIDADE E IMPLICAÇÃO ÉTICA PARA APOIAR A TOMADA DE DECISÕES E GERENCIAMENTO DE FORMA EFETIVA E EFICAZ.

D ADMINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTO: O

- PROFISSIONAL DEVE ESTAR APTO A TOMAR INICIATIVAS, ESTABELECEER APRECIACÕES, APRESENTAR PROPOSIÇÕES E CONSTRUIR ESTRATÉGIAS DE ACOMPANHAMENTO E COORDENAÇÃO NO ÂMBITO DAS AÇÕES DA COMISSÃO

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 18º. A Comissão reunir-se-á ordinariamente uma vez ao mês, em local e data a serem definidos previamente, e extraordinariamente, sempre que necessário, devendo todas as reuniões ser registradas em forma de ata com o registro fidedigno de todas as deliberações feitas, que após lida e achada

conforme, será assinada pelos participantes e deverá ser arquivado toda sua documentação em local a ser designado em sua primeira reunião ordinária.

Artigo 19º. As reuniões extraordinárias acontecerão sempre que necessário, por convocação da Presidência, constando da pauta da reunião com antecedência mínima de 24 horas, contendo as razões que justifiquem e ordem do dia, vedada a discussão de quaisquer outros assuntos.

Artigo 20º. As decisões serão tomadas por consenso, e ou se necessária votação, com necessidade de maioria absoluta e decidirá pela aprovação ou não da padronização e/ou envio ao NATS (quando houver) para avaliação científica. A comissão deliberará no horário marcado, com o "quórum" presente de metade mais um de seus membros.

Artigo 21º. Só ocorrerá a reunião da Comissão De Padronização De Produtos Para Saúde com a presença da maioria de seus membros, devendo ser verificado o "quórum" em cada sessão, antes da votação. Membros consultivos não terão direito a voto. Nenhum membro da comissão presente poderá escusar-se de votar. Em caso de empate a decisão será dada pelo voto da Presidência.

Artigo 22º. O quórum será apurado no início de cada reunião pela contagem das assi-

naturas dos membros em lista de presença. Não havendo quórum, o presidente declarará a impossibilidade de efetuar a reunião, o que constará em Ata, registrando-se os nomes de todos os membros ausentes para os efeitos do disposto neste Regimento.

Artigo 23º. Os membros deverão comparecer pontualmente às reuniões das quais foram convocados. Em caso de ausência, a mesma deve ser justificada por escrito, ou por e-mail antecipadamente, ou no máximo em 48 horas após a reunião, sendo os casos emergenciais justificados por telefone para um dos membros. Os membros, quando em gozo de férias, não poderão comparecer às reuniões, enviando os seus suplentes, que caso não possam comparecer devem justificar sua ausência.

Artigo 24º. Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixe de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano de trabalho, sendo solicitadas novas indicações pelo serviço/diretoria.

Artigo 25º. Os membros poderão ser substituídos, a qualquer tempo, mediante ato formal motivado por iniciativa própria, através de requerimento escrito com justificativa.

Artigo 26º. Compete ao presidente estabelecer a ordem do dia da reunião. Na impossibili-

dade do presidente e do vice-presidente estarem em reunião ordinária, a mesma será conduzida por um membro indicado pela Comissão.

Artigo 27º. As reuniões terão duração máxima de 2 horas.

Artigo 28º. Caso as recomendações e pareceres da Comissão De Padronização De Produtos Para Saúde não sejam aceitas para a homologação final da Direção Geral, o Presidente deverá apresentar justificativa, por escrito, à referida Comissão.

Artigo 29º. Enquanto pertencer à Comissão De Padronização De Produtos Para Saúde, nenhum dos membros poderá ter vantagens pessoais, proporcionadas por indústrias de produtos para saúde.

Artigo 30º. O encaminhamento das reuniões da Comissão De Padronização De Produtos Para Saúde obedecerá a seguinte rotina:

A. APROVAÇÃO DA
ATA DA REUNIÃO
• ANTERIOR, SEGUIDA DE
ASSINATURA;

B. REVISÃO DAS
DEMANDAS PENDENTES;

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

C. DELIBERAÇÃO DOS ITENS DA PAUTA, E VOTAÇÃO QUANDO FOR O CASO;

D. SUGESTÃO DE PAUTA DA PRÓXIMA REUNIÃO.

Artigo 31º. A pauta da reunião deverá ser pré-definida com clareza dos temas.

Artigo 32º. O expediente deverá conter a natureza da reunião, dia, hora e local de sua realização, nome de quem a presidiu e dos membros presentes e seus cargos.

Artigo 33º. O resumo da discussão da ordem-do-dia e os resultados da votação (e o registro das decisões tomadas, a motivação que levou algumas ideias a serem abandonadas, evitando que a mesma discussão ocorra outras vezes).

Artigo 34º. Encaminhamentos: onde são registrados os prazos para execução de tarefas e é estabelecido o dia, horário, local e participantes da próxima reunião.

Artigo 35º. A ata deve ser um documento sucinto, de fácil leitura e identificação (em especial) das decisões tomadas.

Artigo 36º. A seleção de produtos para padronização levará em conta a avaliação da

efetividade, da segurança, de sua inserção em protocolos ou rotinas assistenciais e sua relação de custo-efetividade durante o uso.

Artigo 37º. A inclusão de itens na Padronização exigirá a visão completa dos programas assistenciais, tanto no que se refere à compatibilidade entre os diversos produtos, quanto ao suporte e ao seu impacto inerente, por exemplo, quando se tratar de inclusão de uma tecnologia que necessitará uso de outros artigos e processos de esterilização, será obrigatória uma justificativa plena para a aquisição, impacto sobre a saúde e agilização do trabalho.

Artigo 38º. Qualquer alteração que gerar aumento de custo orçamentário (O custo efetividade do uso, proposto em procedimentos frente aos recursos disponíveis justifica a alteração na padronização) deverá ser encaminhado para aprovação do Colegiado Executivo.

A. DETERMINAR A QUALIDADE DOS PRODUTOS MÉDICOS QUE SÃO DISPONIBILIZADOS PARA OS PROFISSIONAIS, COM IMPACTO DIRETO NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE:

B. DIMINUIR O NÚMERO DE ITENS NO ESTOQUE EM ASPECTOS TÉCNICOS E

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO
DA COMISSÃO DE
PADRONIZAÇÃO DE
PRODUTOS PARA
SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

ECONÔMICOS:

C. SIMPLIFICAR OS
MATERIAIS, ELIMINANDO
• OS TIPOS INEFICIENTES,
EVITANDO O DESPERDÍCIO;

D. PERMITIR A COMPRA EM
GRANDES LOTES;

E. OTIMIZAR O TRABALHO
DO SETOR DE LOGÍSTICA
• E UNIDADE DE COMPRAS;

F. DIMINUIR OS CUSTOS DE
ESTOCAGEM REDUZINDO
• A QUANTIDADE DE ITENS
ESTOCADOS;

G. ADQUIRIR MATERIAIS
COM MAIOR RAPIDEZ;

H. EVITAR A
DIVERSIFICAÇÃO DE
• MATERIAIS DE MESMA
APLICAÇÃO;

I. OBTER MAIOR QUALIDADE
E UNIFORMIDADE.

Artigo 39º. Os critérios de seleção de Produtos para Saúde (inclusão e exclusão) para a lista dos padronizados serão consenso entre os membros da Comissão presentes na reunião e rediscutidos sempre que houver necessidade, sendo quaisquer modificações documentadas e oficializadas.

Artigo 40º. Membros da equipe assistencial (Médicos, Enfermeiros, Nutricionistas, Fisioterapeutas e demais profissionais da saúde) e a Segurança Ocupacional e Segurança do Trabalho (em casos que envolvam Equipamento de Proteção Individual) terão a prerrogativa de solicitar a inclusão ou exclusão de produtos na padronização.

Artigo 41º. A solicitação de inclusão ou exclusão de produtos na padronização será analisada pela Comissão De Padronização De Produtos Para Saúde que emitirá parecer favorável ou não à inclusão ou exclusão do produto na lista de padronizados, conforme instrumento próprio.

Artigo 42º. A resposta ao solicitante será através de Carta Resposta, elaborada pelo secretário, contendo a deliberação da Comissão.

973

**CAPÍTULO VII -
DISPOSIÇÕES GERAIS**

Artigo 43º. Os artigos aprovados, sem registro negativo ou alterações de especificações, terão sua qualificação revalidada. Artigos aprovados que, porventura, após o processo de compra e aquisição apresentarem não conformidades, notificadas e investigadas pela Gerência de Risco Sanitário Hospitalar, serão automaticamente colocados como pauta na próxima reunião da Comissão.

Artigo 44º. Os produtos reprovados somente poderão ser submetidos a novos testes mediante comprovação oficial das alterações efetuadas pelo fabricante de modo a atender as especificações da instituição.

Artigo 45º. É vedado à Comissão de Padronização de Produtos para Saúde, o fornecimento extra institucional de laudos técnicos referentes aos produtos testados na Unidade Hospitalar.

Artigo 46º. Só poderão participar do processo de licitação os produtos aprovados pela Comissão de Padronização de Produtos para Saúde do hospital.

Artigo 47º. Os produtos a serem licitados deverão seguir as especificações padronizadas, fornecidos pela Comissão de Padronização de Produtos para Saúde.



ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

| MÊS | ATIVIDADES |
|----------|---|
| M1 e M2 | 1. Criar a Comissão de Padronização de Produtos para Saúde, através de uma Resolução da Diretoria Geral, indicando nominalmente seus membros de acordo com o perfil profissional. |
| | 2. Aprovar o Regimento Interno da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde. |
| | 3. Reunião ordinária da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde. |
| | 4. Estabelecer Plano de Ação e calendário anual de reuniões. |
| M3 e 4 | 1. Reunião ordinária da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde. |
| | 2. Elaborar diagnóstico situacional da Instituição quanto a Padronização de produtos para saúde. |
| | 3. Realizar estudos pertinentes à padronização de Produtos para Saúde na Instituição. |
| | 4. Elaborar as normas e rotinas para análise de produtos para saúde. |
| M5 e 6 | 1. Reunião ordinária da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde. |
| | 2. Elaborar fichas para análise (protocolo de testes) de amostras dos produtos para saúde disponíveis na instituição. |
| | 3. Criar e manter atualizado um banco de dados para registro dos pareceres emitidos e para queixas técnicas notificadas. |
| M7 e 8 | 1. Reunião ordinária da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde. |
| | 2. Elaborar fichas para análise (protocolo de testes) de amostras dos produtos para saúde disponíveis na instituição. |
| | 3. Manter atualizado um banco de dados para registro dos pareceres emitidos e para queixas técnicas notificadas. |
| M9 e 10 | 1. Reunião ordinária da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde. |
| | 2. Manter atualizado um banco de dados para registro dos pareceres emitidos e para queixas técnicas notificadas. |
| M11 e 12 | 1. Reunião ordinária da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde. |
| | 2. Manter atualizado um banco de dados para registro dos pareceres emitidos e para queixas técnicas notificadas. |
| | 3. Redigir relatório anual das ações e resultados da Comissão. |
| M12 | 1. Finalizar e apresentar relatório anual da Comissão. |

ANEXO I

NOTIFICAÇÃO DE DESVIO DE QUALIDADE TÉCNICA HEF

| NOTIFICAÇÃO DE DESVIO DE QUALIDADE TÉCNICA HEF | |
|--|--|
| PRODUTOS PARA SAÚDE - QUEIXA TÉCNICA | |
| Nome do Notificador: | |
| Cargo: e-mail: | |
| Setor/Unidade: | |
| Data da identificação/ocorrência: ____/____/____ | |
| IDENTIFICAÇÃO DO MATERIAL | |
| Descrição do Produto: | |
| Empresa (Fabricante): | |
| Marca: | |
| CNPJ do fabricante: | |
| Tel/SAC: | |
| Lote ou Nº Série: | |
| Registro da ANVISA: | |
| Data de fabricação: ____/____/____ Data de validade: ____/____/____ | |
| DESCRIÇÃO DETALHADA DA QUEIXA TÉCNICA: | |
| Levou agravo a saúde do paciente? () Não () | |
| Levou risco a saúde do profissional? () Não () | |
| Causou transtornos técnicos com: () Retrabalho () Onerou custos () Desperdício de Material | |
| A utilização do produto seguiu as instruções do fabricante? () Não () Sim | |
| Houve comunicação a indústria / distribuidor? () Não () Sim Em caso afirmativo, quais providências? | |

Carimbo e Assinatura

ALL

ANEXO II

TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado XXX (NOME), NACIONALIDADE), (ESTADO CIVIL), lotado no Departamento XXXXX, da presente Instituição de Saúde.

Considerando que para o bom e fiel desempenho das atividades da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde faz-se necessária a disponibilização de informações técnicas e confidenciais dos produtos a serem analisados.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO - O objeto do presente termo é a proteção das INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS disponibilizadas a Comissão de Padronização de Produtos para Saúde, em razão da atividade desenvolvida pelas partes.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS DEFINIÇÕES - Todas as informações técnicas obtidas através da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde e relacionadas a projeto, especificação, funcionamento, organização ou desempenho dos produtos serão tidas como CONFIDENCIAIS E SIGILOSAS.

PARÁGRAFO ÚNICO: Serão consideradas para efeito deste termo toda e qualquer informação, documentos, contratos, papéis, estudos, pareceres e pesquisas a que o empregado tenha acesso:

a) por qualquer meio físico (documentos expressos, manuscritos, mensagens eletrônicas (e-mail), fotografias etc);

b) por qualquer forma registrada em mídia eletrônica (cd's, dvd's, disquetes etc);

c) oralmente.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA RESPONSABILIDADE - O empregado compromete-se a manter sigilo não utilizando tais informações confidenciais em proveito próprio ou alheio.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: As informações confidenciais confiadas aos empregados somente poderão ser abertas a terceiro mediante consentimento prévio e por escrito da COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE, ou em caso de determinação judicial, hipótese em que o empregado deverá informar de imediato, por escrito, à comissão para que esta procure obstar e afastar a obrigação de revelar as informações.

CLÁUSULA QUARTA - DAS INFORMAÇÕES NÃO CONFIDENCIAIS - Não configuram informações confidenciais aquelas:

a) Já disponíveis ao público em geral sem culpa do empregado;

b) Que já eram do conhecimento do empregado antes de seu ingresso na comissão e que não foram adquiridas direta ou indiretamente na COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE;

c) Que não são mais tratadas como confidenciais pela COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE.

CLÁUSULA QUINTA - DA GUARDA DAS IN-

FORMAÇÕES - Todas as informações de confidencialidade e sigilo previstas neste termo terão validade durante toda a vigência deste instrumento, enquanto perdurar a relação de trabalho e, ainda, por um período mínimo de 01 (um) ano do rompimento do vínculo do empregado com a COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE.

CLÁUSULA SEXTA - DAS OBRIGAÇÕES - Deverá o empregado:

I) Usar tais informações apenas com o propósito de bem e fiel cumprir os fins da COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE;

II) Manter o sigilo relativo às informações confidenciais e revelá-las apenas aos empregados que tiverem necessidade de ter conhecimento sobre elas;

III) Proteger as informações confidenciais que lhe foram divulgadas, usando o mesmo grau de cuidado utilizado para proteger suas próprias informações confidenciais;

IV) Manter procedimentos administrativos adequados à prevenção de extravio ou perda de quaisquer documentos ou informações confidenciais, devendo comunicar à comissão, imediatamente, a ocorrência de incidentes desta natureza, o que não excluirá sua responsabilidade.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: O empregado fica desde já proibido de produzir cópias ou backup, por qualquer meio ou forma, de qualquer dos documentos a ele fornecidos ou documentos que tenham chegado ao seu conhecimento em virtude da relação de emprego.

PARÁGRAFO SEGUNDO: O empregado deverá devolver, íntegros e integralmente, todos os documentos a ele fornecidos, inclusive as cópias porventura necessárias, na data estipulada pela comissão para entrega, ou quando não for mais necessária a manutenção das informações confidenciais, comprometendo-se a não reter quaisquer reproduções, cópias ou segundas vias, sob pena de incorrer nas responsabilidades previstas neste instrumento.

PARÁGRAFO TERCEIRO: O empregado deverá destruir todo e qualquer documento por ele produzido que contenha informações confidenciais da COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE, quando não mais for necessária a manutenção dessas informações confidenciais, comprometendo-se a não reter quaisquer reproduções, sob pena de incorrer nas responsabilidades previstas neste instrumento.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS DISPOSIÇÕES ESPECIAIS - Ao assinar o presente instrumento, o empregado manifesta sua concordância no seguinte sentido:

I) Todas as condições, termos e obrigações ora constituídas serão regidas pelo presente Termo, bem como pela legislação e regulamentação brasileira pertinente;

II) O presente termo só poderá ser alterado mediante a celebração de novo termo, posterior e aditivo;

III) As alterações do número, natureza e quantidade das informações confidenciais disponibilizadas pela empresa não descaracterizarão ou reduzirão o compromisso

ou as obrigações pactuadas neste Termo de Compromisso e Confidencialidade, que permanecerá válido e com todos os seus efeitos legais em qualquer das situações tipificadas neste instrumento;

IV) O acréscimo, complementação, substituição ou esclarecimento de qualquer das informações confidenciais disponibilizadas para o empregado, em razão do presente objetivo, serão incorporadas a este Termo, passando a fazer parte integrante dele, para todos os fins e efeitos, recebendo também a mesma proteção descrita para as informações iniciais disponibilizadas, não sendo necessário, nessas hipóteses, a assinatura ou formalização de Termo aditivo.

CLÁUSULA OITAVA - DA VALIDADE - Este termo tornar-se-á válido a partir da data de sua efetiva assinatura pelas partes.

Parágrafo Único: As disposições deste instrumento devem, contudo, ser aplicadas retroativamente a qualquer informação confidencial que possa já ter sido divulgada, antes da data de sua assinatura.

CLÁUSULA NONA - DAS PENALIDADES - A não-observância de quaisquer das disposições de confidencialidade estabelecidas

neste instrumento, sujeitará ao empregado infrator, como também ao agente causador ou facilitador, por ação ou omissão de qualquer daqueles relacionados neste Termo, ao pagamento, ou recomposição, de todas as perdas e danos comprovadas pela COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE, bem como as de responsabilidade civil e criminal respectivas, as quais

serão apuradas em regular processo judicial ou administrativo.

CLÁUSULA DÉCIMA - DO FORO - O foro competente para dirimir quaisquer dúvidas ou controvérsias resultantes da execução deste Instrumento é o da cidade de XXXXXX, Estado XXXXXXX, caso não sejam solucionadas administrativamente.

E por estarem assim justas e acordadas, as Partes assinam o presente Termo em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Cidade, de de 2021

Empregado

Diretoria Institucional

ANEXO III

HOSPITAL Estadual DE FORMOSA.

COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CONFLITO DE INTERESSE

EU _____

MATRÍCULA: _____ CARGO: _____

VOCÊ, OU ALGUÉM DE SUA FAMÍLIA, TEM INTERESSE FINANCEIRO OU DE OUTRA NATUREZA EM ALGUMA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA, QUE PODERÁ CONSTITUIR UM REAL, POTENCIAL OU APARENTE CONFLITO DE INTERESSE EM RELAÇÃO À SUA PARTICIPAÇÃO NESTA COMISSÃO?

SIM NÃO

VOCÊ TEVE, DURANTE OS ÚLTIMOS 5 ANOS, QUALQUER EMPREGO OU RELAÇÃO PROFISSIONAL COM ALGUMA ORGANIZAÇÃO QUE É FABRICANTE DE MEDICAMENTOS OU QUE REPRESENTA ORGANIZAÇÕES DESTES TIPOS?

SIM NÃO

SE VOCÊ RESPONDEU SIM A UMA DAS QUESTÕES ACIMA, POR FAVOR, EXPLIQUE NO ESPAÇO ABAIXO OS DETALHES.

EXISTE ALGUM OUTRO TIPO DE CONFLITO QUE AFETE SUA OBJETIVIDADE OU INDEPENDÊNCIA EM SEU TRABALHO NESTA COMISSÃO? _____

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO EXPRESSÃO DA VERDADE E QUE NENHUMA OUTRA SITUAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE REAL OU POTENCIAL É CONHECIDA POR MIM. COMPROMETO-ME A COMUNICÁ-LOS SOBRE QUAISQUER MUDANÇAS NESTAS CIRCUNSTÂNCIAS.

ASSINATURA: _____ DATA: ____ / ____ / ____

AM

ANEXO IV

HOSPITAL Estadual DE FORMOSA.

COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS

SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO NA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

TIPO DE SOLICITAÇÃO:

INCLUSÃO EXCLUSÃO ALTERAÇÃO

1. IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO:

NOME GENÉRICO: _____

APRESENTAÇÃO (FORMA FARMACÊUTICA E CONCENTRAÇÃO): _____

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

A INDICAÇÃO TERAPÊUTICA ESTÁ APROVADA EM BULA? SIM NÃO USO OFF-LABEL

É PRODUZIDO E COMERCIALIZADO NO BRASIL? SIM NÃO

2. ESQUEMA TERAPÊUTICO RECOMENDADO:

DOSE PEDIÁTRICA: USUAL: _____ MÁXIMA: _____ MÍNIMA: _____

DOSE ADULTA: USUAL: _____ MÁXIMA: _____ MÍNIMA: _____

DURAÇÃO DO TRATAMENTO: _____

3. PREVISÃO DE CONSUMO:

NÚMERO DE PACIENTES TRATADOS MENSALMENTE: _____

NÚMERO DE PACIENTES/MÊS QUE PREENCHEM CRITÉRIOS PARA USAR O NOVO PRODUTO

JUSTIFICATIVA PARA INCLUSÃO/EXCLUSÃO/SUBSTITUIÇÃO




6. O PRINCÍPIO ATIVO SUGERIDO SUBSTITUI COM VANTAGENS OUTRO MEDICAMENTO PADRONIZADO?

() SIM () NÃO

QUAL(IS) MEDICAMENTO(S) JÁ PADRONIZADO(S) PODERÁ(ÃO) SER EXCLUÍDO(S)?

7. REFERÊNCIAS

FICA A CRITÉRIO DO SOLICITANTE APENAS INDICAR A REFERÊNCIA OU ANEXÁ-LA. EM CASO DE INDISPONIBILIDADE DE CONSULTA ON-LINE SERÁ OBRIGATÓRIO SEU ENVIO.

REFERÊNCIAS DE ESTUDOS CLÍNICOS: PUBLICADAS EM PERIÓDICOS CIENTÍFICOS NACIONAIS E/OU INTERNACIONAIS QUE TENHAM POLÍTICA EDITORIAL SELETIVA E ARBITRADA PELOS PARES, PREFERENCIALMENTE DE NÍVEL DE EVIDÊNCIA 1. GRAU A (REVISÕES SISTEMÁTICAS, METANÁLISES OU ENSAIOS CLÍNICOS RANDOMIZADOS).

ESTUDOS FARMACOECONÔMICOS: PREFERENCIALMENTE ESTUDO DE CUSTO-EFETIVIDADE QUANDO COMPARADO COM TRATAMENTOS CONSAGRADOS.

INDICAÇÃO DE DIRETRIZES E CONSENSOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS: CASO HAJA, O SOLICITANTE DEVERÁ INFORMAR O NOME DE CADA SOCIEDADE DE ESPECIALISTAS E A RECOMENDAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DO MEDICAMENTO DOM O NÍVEL DE EVIDÊNCIA.

8. SOLICITANTE

NOME COMPLETO/Nº REGISTRO PROFISSIONAL: _____

SERVIÇO: _____

TELEFONE: _____ E-MAIL: _____

9. DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE:

DECLARO NÃO APRESENTAR CONFLITO DE INTERESSES NA RECOMENDAÇÃO ACIMA.

ASSINATURA E CARIMBO: _____

DATA: __/__/____

ASSINATURA E CARIMBO CHEFE DO SERVIÇO: _____

__ DATA: __/__/____

10. USO EXCLUSIVO SERVIÇO DE FARMÁCIA OU COMPRAS

CUSTO MENSAL: _____

RELACIONAR MEDICAMENTOS JÁ PADRONIZADOS PERTENCENTES A MESMA CLASSE TERAPÊUTICA:

AM

11. PARECER TÉCNICO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO:

12. É NECESSÁRIA A INSTITUIÇÃO DE PROTOCOLO CLÍNICO? () SIM () NÃO

OBS: EM CASO AFIRMATIVO O SOLICITANTE DEVERÁ ENCAMINHÁ-LO AO SERVIÇO DE FARMÁCIA NO PRAZO DE 30 DIAS, A CONTAR DA DATA DE RECEBIMENTO DO PARECER TÉCNICO DA CPMI PARA SUA APRECIÇÃO E CONSIDERAÇÕES.

DATA:

___/___/___

CARIMBO E ASSINATURA DO PRESIDENTE DA COM

ITEM 2.1.23 - COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

984

COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE

CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele do Hospital Estadual De Formosa Dr. César Saad Fayad deve ser constituída tendo em vista A Resolução da Diretoria Colegiada-RDC Nº 63, de 25 de novembro de 2011, que estabelece que os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de, mais precisamente no Capítulo I, Seção III, Art. 4º, alínea X - trata sobre a segurança do paciente: "conjunto de

ações voltadas à proteção do paciente contra riscos, eventos adversos e danos desnecessários durante a atenção prestada nos serviços de saúde". E no Capítulo II, Seção II, Da Segurança do Paciente, no Art. 8º, dispõe que o serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações voltadas para a segurança do paciente, tais como: alínea III. Ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionados à assistência à saúde; e a alínea VII. Mecanismos para a prevenção de úlceras por pressão. A Portaria Nº 529 de 1º de abril de 2013 institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente e visa prevenir e reduzir incidentes que resultam em danos ao paciente nos serviços de saúde públicos e privados. O programa tem como ações a implementação de seis protocolos de segurança do paciente com foco nos problemas de maior incidência, dentre eles o de "Prevenção de úlceras por pressão".

As diretrizes para as ações investigatórias e

educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício.

As responsabilidades sociais do HEP em relação à assistência e pesquisa serão de alta relevância.

ORIGEM

O compromisso com o paciente será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele desempenhará um papel importante.

MEMBROS

A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual De Formosa Dr. César Saad Fayad e deverá ser multiprofissional e multidisciplinar nomeados por seus pares, em concordância com a Direção Geral.

A comissão deverá ser composta por no mínimo 07 (sete) membros que prestem assistência direta ao paciente com lesão de pele, sendo representantes de diferentes categorias profissionais em saúde. O Presidente da Comissão deverá ser um enfermeiro especialista em estomatoterapia e/ou dermatologia e/ou especialista em assistência em

lesões de pele.

A comissão será composta por representantes profissionais das seguintes áreas:

- I. Representante da Equipe de Enfermagem;
- II. Representante da Equipe Médica;
- III. Representante da Nutrição;
- IV. Representante da Fisioterapia;
- V. Representante Farmacêutico;
- VI. Representante da Educação Permanente da Instituição.

MECANISMO DE CONTROLE

Hospital Estadual De Formosa Dr. César Saad Fayad com proposição da periodicidade mensal das reuniões ordinárias, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele será de 24 (vinte e quatro) meses, permitindo-se a recondução, segundo a avalia-

ção por pares em reunião, disponibilidade dos membros titulares e ato da Direção Geral de publicar a portaria de recondução.

FINALIDADE DA COMISSÃO

A Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele do HEF é um órgão de assessoria e de autoridade da instituição e tem por finalidade o desenvolvimento de ações para a prevenção e tratamento de feridas, com o compromisso de oferecer qualidade na assistência e otimizar recursos.

- I. Considera-se como atividade desta comissão o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente para a redução da incidência e da gravidade das feridas;
- II. Entende-se por ferida qualquer perda da continuidade da pele;
- III. Entende-se por curativo o tratamento, utilizando técnicas com produtos químicos, físicos e mecânicos no local da ferida.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões ex-

traordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

A Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele irá realizar acompanhamento dos pacientes internados na instituição após solicitação de parecer do enfermeiro ou médico responsável pelo paciente ou através da busca ativa de pacientes nas unidades de internação.

Compete a Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade Da Pele Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem atribuídas, comparecer às reuniões, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito do assunto em discussão, desempenhar as ações atribuídas pela comissão, requerer a votação de assuntos em regime de urgência e auxiliar na formação, treinamento e aprimoramento de pessoal na realização de curativos.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será assinada pelos presentes, encaminhada para as instâncias superiores e armazenada em local específico para registros da Comissão.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º - O presente Regimento disciplina a organização e o funcionamento da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele do Hospital Estadual De Formosa Dr. César Saad Fayad, bem como, estabelece a dinâmica de suas atividades e de seu funcionamento. Esta comissão tem por objetivo oferecer um atendimento de qualidade ao paciente portador de lesões, através da padronização de saberes entre os profissionais da Instituição de Saúde, assim como, prevenir o surgimento de lesões evitáveis nos pacientes desta instituição.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º - A Comissão de Prevenção e Cui-

dados com a Integridade da Pele do HEF é um órgão de assessoria e de autoridade da instituição e tem por finalidade o desenvolvimento de ações para a prevenção e tratamento de feridas, com o compromisso de oferecer qualidade na assistência e otimizar recursos.

- I. Considera-se como atividade desta comissão o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente para a redução da incidência e da gravidade das feridas;
- II. Entende-se por ferida qualquer perda da continuidade da pele;
- III. Entende-se por curativo o tratamento, utilizando técnicas com produtos químicos, físicos e mecânicos no local da ferida.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º - A Comissão terá composição multiprofissional e multidisciplinar, contando com membros titulares.

Artigo 4º - A Comissão poderá contar com consultores "ad hoc", que não fazem parte da comissão como membro titular, podendo auxiliar em uma reunião determinada, sendo convidado formalmente para esta. Os con-

sultores são pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos a determinado assunto.

Artigo 5º - Os membros titulares, serão representantes do serviço de enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia, farmácia e representante do serviço de educação permanente da instituição, preferencialmente de nível superior.

Artigo 6º - A CCP deve contar com, no mínimo 07 (sete) membros titulares, podendo ser ampliado este número conforme a necessidade da Comissão.

Artigo 7º - A comissão será composta por representantes profissionais das seguintes áreas:

- I. Representantes da Equipe de Enfermagem;
- II. Representante da Equipe Médica;
- III. Representante da Nutrição;
- IV. Representante da Fisioterapia;
- V. Representante Farmacêutica;
- VI. Representante da Educação Permanente da Instituição.

Artigo 8º - Os membros titulares da Comis-

são serão escolhidos por seus pares em votação aberta em reunião, em concordância com a Direção Geral, para exercerem estas funções por um período de no mínimo 2 (dois) anos, permitindo-se a recondução.

Artigo 9º - O critério para recondução dos membros será avaliado pelos pares presentes na reunião, através da disponibilidade dos membros em auxiliar com os trabalhos.

Artigo 10º - A Comissão deverá ser formada por profissionais da área de saúde, que prestem assistência direta ao paciente com lesão de pele, seja no cuidado ambulatorial ou em uma unidade de internação e que atuem como sujeitos na prevenção do surgimento de lesões e atuem na evolução de feridas nesses indivíduos.

Artigo 11º - O presidente da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele do Hospital Estadual De Formosa Dr. César Saad Fayad deve necessariamente ser um enfermeiro especialista em Estomatoterapia e/ou Dermatologia e/ou especialização em Assistência em Lesões de Pele.

Artigo 12º - O vice-presidente deve ser um profissional de nível superior enfermeiro que tenha interesse pelo tema, não tendo a obrigatoriedade de possuir especialização em áreas fins relacionados ao atendimento ao paciente com lesões.

Artigo 13º - O mandato do presidente, vice-presidente e dos membros da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele do Hospital Estadual De Formosa Dr. César Saad Fayad será de no mínimo 02 (dois) anos, podendo haver recondução ao cargo por prazo indeterminado, visto que, este é um serviço de caráter técnico-científico que se beneficia com a experiência de seus membros, através de indicação da comissão e nomeação pela Direção Geral da Instituição.

Artigo 14º - Após a nomeação pela Direção Geral, permanecendo os mesmos membros, caberá somente a recondução, ou seja, após a indicação da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele no sentido de reconduzir seus membros, caberá como ato da Direção Geral a publicação de portaria de recondução.

Artigo 15º - Qualquer membro da comissão poderá solicitar afastamento no período de mandato, desde que comunique a Direção Geral da Instituição de Saúde com antecedência mínima de 30 dias.

Artigo 16º - O mandato poderá ter um período inferior, desde que por motivo de força maior que justifique o término do vínculo com a Comissão ou por ausência em 03 (três) reuniões consecutivas, sem aviso prévio, ou

06 (seis) alternadas, mesmo que com aviso prévio.

Artigo 17º - As ausências justificadas e não computadas são: férias, licença maternidade ou paternidade, licença médica ou odontológica, licença gala, licença por morte de familiar, licença para capacitação ou possibilidade de prejuízo assistencial.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA E ATRIBUIÇÕES

Artigo 18º - À Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele do Hospital Estadual De Formosa Dr. César Saad Fayad, compete:

- I. Garantir aos pacientes da Instituição de Saúde um cuidado biopsicossocial no tratamento de suas lesões;
- II. Amenizar o estresse do paciente durante a sua internação, através do uso de coberturas e produtos para curativos que otimizem a cicatrização e melhorem sua qualidade de vida;
- III. Implantar ações sistematizadas para a realização de curativos e o tratamento do paciente com feridas;
- IV. Reduzir o período de internação dos pacientes com lesões de pele, sempre que possível.

V. Decidir sobre o produto utilizado na ferida, após a avaliação da mesma;

VI. Reduzir os custos hospitalares;

VII. Alterar, sempre que necessário, o produto escolhido para o tratamento da lesão do paciente, após comprovado seu malefício e acordado com o médico;

VIII. Capacitar a equipe multiprofissional no tratamento de feridas;

IX. Elaborar protocolos e implantá-los com o intuito de melhorar a assistência ao paciente com lesões de pele dentro da Instituição hospitalar;

X. Supervisionar o cumprimento do protocolo elaborado pela comissão;

XI. Acompanhar a evolução das feridas dos pacientes da Instituição de Saúde, quando solicitado pela equipe multidisciplinar, após a análise da real necessidade de acompanhamento do paciente pelo enfermeiro supervisor do setor ou do médico, e após a avaliação da lesão por esta comissão;

XII. Promover subsídios que forneçam uma assistência qualificada e efetiva, proporcionando reabilitação dos pacientes com lesões de pele;

XIII. Orientar os pacientes e/ou cuidadores acompanhados por esta comissão no momento da sua alta hospitalar em relação aos cuidados

domiciliares com as suas lesões;

XIV. Acompanhar os pacientes com lesões que receberam alta hospitalar da instituição ambulatorialmente, e os demais pacientes encaminhados de outros serviços de saúde.

Artigo 19º - Ao presidente da Comissão compete:

I - Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão de Cuidados com a Pele;

II - Instalar a comissão e presidir suas reuniões;

III - Promover convocação formal das reuniões;

IV - Representar a Comissão em suas relações internas e externas;

V - Tomar parte das discussões e, quando for o caso, exercer o direito de voto de desempate;

VI - Indicar, dentre os membros da comissão, os relatores dos expedientes, quando da ausência do secretário;

VII - Indicar os membros para a realização de estudos, levantamento de pareceres e outros, quando necessários ao cumprimento da finalidade da comissão;

VIII - Promover a interação da comissão com a equipe multidisciplinar da instituição e demais comissões;

IX- Solicitar, quando necessário e na ausência de um médico disponível, exames complementares para melhor acompanhamento do paciente, respeitando competências para cada profissional, sendo que estes exames serão posteriormente avaliados conjuntamente com o médico do paciente e cabe ao médico a prescrição de medicamentos para uso sistêmico.

Artigo 20º - Ao vice-presidente da Comissão compete:

I - Auxiliar na direção, coordenação e supervisão das atividades da Comissão de Cuidados com a Pele;

II - Auxiliar na promoção da comissão com a equipe multidisciplinar da instituição e demais comissões;

III - Na ausência do presidente, o vice presidente realizará suas atribuições.

Artigo 21º - Ao secretário da Comissão compete:

I - Assistir as reuniões;

II - Manter controle dos prazos legais e

regimentais referentes aos estudos de casos ou outros que devam ser examinados nas reuniões da comissão;

III - Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata;

IV - Fazer registros de atas, deliberações, entre outros;

V - Lavrar e assinar as atas de reuniões da comissão;

VI - Auxiliar administrativamente as atividades da comissão;

VII - Na ausência do secretário, o presidente nomeará um dos membros presentes para redigir a ata;

VIII - Encaminhar as atas das reuniões anteriores com antecedência de 48 horas da próxima reunião para o presidente e/ou vice-presidente.

Artigo 22º - Ao serviço de educação permanente compete:

I - Auxiliar na promoção de capacitações sobre feridas e curativos com os profissionais da instituição e demais interessados;

II - Elaborar, conjuntamente com a comissão, projetos de capacitações

estabelecendo datas, locais, conteúdos programáticos e público alvo;

- III - Buscar parcerias e patrocinadores para a realização das capacitações quando necessário;
- IV - Realizar relatórios de todas as capacitações realizadas;
- V - Avaliar se as capacitações estão atingindo os objetivos esperados.

Artigo 23º - Aos enfermeiros membros da Comissão compete:

- I - Avaliar as feridas dos pacientes desta instituição em parceria com esta Comissão quando solicitado;
- II - Comunicar ao presidente ou vice-presidente da Comissão a admissão de pacientes com lesões;
- III - Comunicar ao presidente ou vice-presidente da Comissão a alta de pacientes com lesões;
- IV - Acompanhar, quando solicitado pela Comissão, os pacientes com lesões de pele, sendo que, este acompanhamento não exime a equipe de enfermagem assistencial das unidades de internação da responsabilidade de execução de curativos e da avaliação da ferida.

Artigo 24º - Aos membros da Comissão com-

pete:

- I - Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem atribuídas;
- II - Comparecer às reuniões, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito do assunto em discussão;
- III - Desempenhar as ações atribuídas pela comissão;
- IV - Requerer a votação de assuntos em regime de urgência;
- V - Auxiliar na formação, treinamento e aprimoramento de pessoal na realização de curativos.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 25º - A Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade Pele irá realizar acompanhamento dos pacientes internados na instituição após solicitação de parecer do enfermeiro ou médico responsável pelo paciente ou através da busca ativa de pacientes nas unidades de internação.

Artigo 26º - As respostas de parecer, ou seja, a avaliação das lesões pode ser realizada por qualquer enfermeiro ou médico membro titular da Comissão de Prevenção e Cuida-

dos com a Integridade Pele.

Artigo 27º - As solicitações de parecer do período noturno e final do período vespertino, serão realizadas com prazo máximo de 48 horas, salvo se os integrantes da comissão estiverem envolvidos em outras atividades.

Artigo 28º - As avaliações de parecer solicitadas aos sábados, domingos ou feriados serão realizadas no primeiro dia útil conforme a escala.

Artigo 29º - Dias de Funcionamento:

- I - Esta comissão atenderá os pacientes desta instituição em dias úteis da semana.

Artigo 30º - Das reuniões:

- I - As reuniões ordinárias e extraordinárias Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade Pele serão realizadas em sala previamente agendada, localizada dentro da Instituição de Saúde.
- II - As reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas mensalmente, com dia e horário previamente agendados.
- III - Poderá haver reuniões

extraordinárias requeridas pela maioria de seus membros.

Artigo 31º - Os assuntos que demandarem decisão da Comissão serão colocados em pauta para votação pelo Presidente.

§ 1º. Após entrar em pauta, o assunto deverá ser estudado e votado no prazo máximo de 02 (duas) reuniões.

§ 2º. Os membros consultores, quando convocados, terão direito ao voto.

§ 3º. Será considerado "quórum" para votação, a maioria simples dos membros desta comissão.

§ 4º. Em caso de empates nas votações, caberá ao Presidente o desempate ("voto Minerva").

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 32º - Este regimento poderá ser alterado, mediante proposta, através da aprovação de 3/5 de seus membros executores.

Artigo 33º - A proposta para alteração regimental poderá ser feita por qualquer membro titular da Comissão de Prevenção e Cui-

dados com a Integridade Pele.

Artigo 34º - Os casos omissos neste Regimento serão decididos pelo presidente desta comissão, ouvidos os membros desta e demais atores envolvidos.

data de sua publicação da Portaria pela Direção Geral do hospital, revogado o Regimento anterior e as demais disposições em contrário.

Artigo 35º - Este Regimento entra em vigor na

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE

| MÊS | ATIVIDADES |
|---------|---|
| M1 e M2 | 1. Criar a Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele, por meio de uma Resolução da Direção Geral do hospital, bem como indicar seus membros. |
| | 2. Aprovar o Regimento Interno da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele. |
| | 3. Reunião ordinária mensal e treinamento interno para atuação. |
| | 4. Realizar Diagnóstico situacional e levantar dados sobre lesões de pele na Instituição. |
| | 5. Iniciar criação de programa de educação permanente no tema de prevenção e gerenciamento de lesões de pele na Instituição. |
| M3 | 1. Reunião ordinária mensal e apresentação do relatório sobre pacientes com lesões ou risco para lesões na Instituição. |
| | 2. Finalizar o projeto de educação permanente no tema junto ao setor da Instituição responsável. |
| | 3. Atender as demandas para avaliação de lesões, conforme solicitação das equipes de diferentes unidades da instituição. |
| M4 e M5 | 1. Reunião ordinária mensal e apresentação do último relatório mensal sobre pacientes com lesões ou risco para lesões na Instituição. |
| | 2. Iniciar implementação do Programa de boas práticas na prevenção e gerenciamento de lesões na Instituição. |
| | 3. Atender as demandas para avaliação de lesões, conforme solicitação das equipes de diferentes unidades da instituição. |

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO
DA COMISSÃO DE
PREVENÇÃO E
CUIDADOS COM A
INTEGRIDADE DA PELE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

| | |
|-------------|--|
| M6 e 7 | 1. Reunião ordinária mensal e apresentação do último relatório mensal sobre pacientes com lesões ou risco para lesões na Instituição. |
| | 2. Continuidade do Programa de boas práticas na prevenção e gerenciamento de lesões na Instituição. |
| | 3. Atender as demandas para avaliação de lesões, conforme regimento e solicitação das equipes de diferentes unidades da Instituição. |
| M8 e 9 | 1. Reunião ordinária mensal e apresentação do último relatório mensal sobre pacientes com lesões ou risco para lesões na Instituição. |
| | 2. Continuidade do Programa de boas práticas na prevenção e gerenciamento de lesões na Instituição. |
| | 3. Atender as demandas para avaliação de lesões, conforme solicitação das equipes de diferentes unidades da instituição. |
| M10 e 11 | 1. Reunião ordinária mensal e apresentação do último relatório mensal sobre pacientes com lesões ou risco para lesões na Instituição. |
| | 2. Finalização do Programa de boas práticas na prevenção e gerenciamento de lesões na Instituição e análise do impacto do programa nos dados referentes ao gerenciamento e prevenção de lesões na Instituição. |
| | 3. Atender as demandas para avaliação de lesões, conforme solicitação das equipes de diferentes unidades da instituição. |
| | 4. Elaboração de relatório anual da Comissão. |
| M12 | 1. Reunião ordinária mensal e apresentação do último relatório mensal sobre pacientes com lesões ou risco para lesões na Instituição. |
| | 2. Apresentação do relatório anual da Comissão com análise do impacto do programa nos dados referentes ao gerenciamento e prevenção de lesões na Instituição. |
| | 3. Atender as demandas para avaliação de lesões, conforme solicitação das equipes de diferentes unidades da instituição. |
| | 4. Elaboração com as metas e objetivos para o próximo ano no que tange às obrigações da Comissão. |
| | 5. Divulgação dos relatórios para a Direção Geral e demais colaboradores da Instituição. |

ITEM 2.1.24 - COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

896

COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR

-RDC Nº 63, de 25 de novembro de 2011, que estabelece que os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. A atuação do Comitê é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões do Comitê e motivadas pelo Presidente em exercício.

CONSTITUIÇÃO

O Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar deve ser constituída a fim de corroborar com a Resolução da Diretoria Colegiada

ORIGEM

A responsabilidade social do Hospital Estadual de Formosa Dr. César Saad Filho em relação à humanização da assistência e pesquisa serão de alta relevância. O com-

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

promisso com o paciente será questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, o Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar desempenhará um papel importante.

MEMBROS

A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de Formosa Dr. César Saad Filho, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral será norteadada pelo Regimento Interno do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar.

A composição do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar deverá contar com no mínimo 07 (sete) membros e deverá ser de caráter multiprofissional e multidisciplinar, nomeados por seus pares, em concordância com a Diretoria Geral.

A Comissão será composta por representantes profissionais das seguintes áreas:

- I. Representante da Equipe de Enfermagem;
- II. Representante da Equipe Médica;

- III. Representante da Nutrição;
- IV. Representante da Fisioterapia;
- V. Representante da Assistência Social;
- VI. Representante do serviço de educação permanente.

O presidente do Comitê deverá, preferencialmente, ser profissional enfermeiro com especialização em gerontologia ou médico fisiatra ou geriatra.

MECANISMO DE CONTROLE

Hospital Estadual de Formosa Dr. César Saad Filho, com proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar será de 24 (vinte e quatro) meses, permitindo-se a recondução, segundo a avaliação por pares em reunião, disponibilidade dos membros titulares e ato da Diretoria Geral de publicar a portaria de recondução.

FINALIDADE DO COMITÊ

As ações do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

- I. Preparar o paciente, a família e os cuidadores para a tarefa de autogestão da saúde, auxiliando-os e apoiando-os no desenvolvimento de habilidades para monitorar sua saúde dentro do contexto de seu próprio estilo de vida, a fim de prepará-los para o momento da alta e/ou transferência;
- II. Estimular os papéis biográficos dos pacientes durante a internação, auxiliando no processo de desospitalização;
- III. Planejar a alta juntamente com a equipe multidisciplinar que assiste o paciente, preparando-os, quando necessário, para a continuidade da assistência no domicílio;
- IV. Otimizar o tempo de recuperação do paciente;
- V. Possibilitar o retorno do paciente ao conforto do ambiente familiar de forma segura e com qualidade;
- VI. Reduzir complicações clínicas e re-internações;
- VII. Diminuir os riscos de infecção nesses pacientes.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

O Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

O Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar será responsável pelo mapeamento e inclusão de pacientes com risco para longa permanência em programa específico da instituição que visa conduzir esses casos específicos por meio de cuidado especializado e capacitação para continuidade do cuidado em domicílio para familiares e cuidadores do paciente.

Compete ao Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar a análise dos casos indicados para inclusão no programa após 15 dias de internação.

O Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar deverá manter estreita relação com a equipe multidisciplinar e com o departamento de serviço social do Hospital Estadual de Formosa Dr. César Saad Filho, com a qual

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO
DO COMITÊ DE
GERENCIAMENTO
DOS PACIENTES COM
RISCO PARA LONGA
PERMANÊNCIA
HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

deverão ser discutidos os casos e resultados das ações educativas e terapêuticas implementadas.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa Dr. César Saad Filho.

O presente Comitê tem como resultados esperados:

- I. Redução do tempo médio de hospitalização;
- II. Diminuição do índice de re-internações;
- III. Propiciar melhora da qualidade de vida de pacientes com doenças e condições crônicas;
- IV. Fortalecimento do vínculo de responsabilidade entre paciente crônico e familiares e/ou cuidadores;
- V. Redução do custo assistencial.



LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO
DO COMITÊ DE
GERENCIAMENTO
DOS PACIENTES COM
RISCO PARA LONGA
PERMANÊNCIA
HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR

1000

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º - Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar, estabelecer condições mínimas de composição e fortalece-lo junto à administração e ao corpo clínico.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º - O Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar será responsável pelo

mapeamento e inclusão de pacientes com risco para longa permanência em programa específico da instituição que visa conduzir esses casos específicos por meio de cuidado especializado e capacitação para continuidade do cuidado em domicílio para familiares e cuidadores do paciente.

Artigo 3º - O Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar tem por finalidade reparar o paciente, a família e/ou os cuidadores para a tarefa de autogestão da saúde, auxiliando-os e apoiando-os no desenvolvimento de habilidades para monitorar sua saúde dentro do contexto de seu próprio estilo de vida, a fim de prepará-los para o momento da alta e/ou transferência, sendo um órgão vinculado à Direção Técnica Hospital Estadual de Formosa Dr. César Saad Filho.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º - A composição do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar deverá contar com no mínimo 07 (sete) membros, entre presidente, vice-presidente, secretário e demais membros titulares e deverá ser de caráter multiprofissional e multidisciplinar, nomeados por seus pares, em concordância com a Diretoria Geral.

Artigo 5º - O Comitê será composto por representantes profissionais das seguintes áreas:

- I. Representante da Equipe de Enfermagem;
- II. Representante da Equipe Médica;
- III. Representante da Nutrição;
- IV. Representante da Fisioterapia;
- V. Representante da Assistência Social;
- VI. Representante do serviço de educação permanente.

Artigo 6º - O presidente do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar deverá, preferencialmente, ser profissional enfermeiro com especialização em gerontologia ou médico fisiatra ou geriatra.

Artigo 7º - O vice-presidente deve ser um profissional do setor de assistência social.

Artigo 8º - O mandato do presidente, vice-presidente e dos membros do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar do Hospital Estadual de Formosa Dr. César Saad Filho será de no mínimo 02 (dois) anos, podendo

haver recondução ao cargo por prazo indeterminado, visto que, este é um serviço de caráter técnico-científico que se beneficia com a experiência de seus membros, através de indicação do Comitê e nomeação pela Diretoria Geral da Instituição.

Artigo 9º - Os membros titulares do Comitê serão escolhidos por seus pares em votação aberta em reunião, em concordância com a Diretoria Geral, para exercerem estas funções por um período de no mínimo 2 (dois) anos, permitindo-se a recondução.

Artigo 10º - O critério para recondução dos membros será avaliado pelos pares presentes na reunião, através da disponibilidade dos membros em auxiliar com os trabalhos.

Artigo 11º - A Comissão poderá contar com consultores "ad hoc", que não fazem parte do Comitê como membro titular, podendo auxiliar em uma reunião determinada, sendo convidado formalmente para esta. Os consultores são pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos a determinado assunto.

Artigo 12º - Após a nomeação pela Diretoria Geral, permanecendo os mesmos membros, caberá somente a recondução, ou seja, após a indicação do Comitê no sentido de reconduzir seus membros, caberá como ato da Diretoria Geral a publicação de portaria de

recondução.

Artigo 13º - Qualquer membro do Comitê poderá solicitar afastamento no período de mandato, desde que comunique a Diretoria Geral da Instituição de Saúde com antecedência mínima de 30 dias.

Artigo 14º - O mandato poderá ter um período inferior, desde que por motivo de força maior que justifique o término do vínculo com a Comissão ou por ausência em 03 (três) reuniões consecutivas, sem aviso prévio, ou 06 (seis) alternadas, mesmo que com aviso prévio.

Artigo 15º - As ausências justificadas e não computadas são: férias, licença maternidade ou paternidade, licença médica ou odontológica, licença gala, licença por morte de familiar, licença para capacitação ou possibilidade de prejuízo assistencial.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 16º - Ao presidente do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar, além das outras instituídas neste regimento, compete:

- I. Presidir as reuniões ordinárias;
- II. Convocar reuniões extraordinárias

sempre que necessário;

- III. Encaminhar aos membros do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar as propostas técnicas e administrativas de funcionamento para apreciação e aprovação;
- IV. Representar o Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar sempre que solicitado;
- V. Nos impedimentos, este indicará um representante para substituí-lo, sendo o vice-presidente a primeira escolha sempre que possível;
- VI. Subscrever todos os documentos e resoluções do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar previamente aprovados pelos membros desta;
- VII. Fazer cumprir o regimento;
- VIII. Nas decisões do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);
- IX. Indicar seu vice-presidente.



Artigo 17º - Ao vice-presidente do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar, além das outras instituídas neste regimento, compete:

- I - Assumir as atividades do presidente na sua ausência;
- II - Auxiliar na promoção do comitê com a equipe multidisciplinar da instituição e demais comissões;
- III - Na ausência do presidente, o vice-presidente realizará suas atribuições.

Artigo 18º - Ao Secretário do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar compete:

- I - Assistir as reuniões;
- II - Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos estudos de casos ou outros que devam ser examinados nas reuniões do Comitê;
- III - Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata;
- IV - Fazer registros de atas, deliberações, entre outros;
- V - Lavrar e assinar as atas de reuniões

do Comitê;

VI - Auxiliar administrativamente as atividades do Comitê;

VII - Na ausência do secretário, o presidente nomeará um dos membros presentes para redigir a ata;

VIII - Encaminhar as atas das reuniões anteriores com antecedência de 48 horas da próxima reunião para o presidente e/ou vice-presidente.

Artigo 19º - Aos membros do Comitê compete:

- I - Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem atribuídas;
- II - Comparecer às reuniões, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito do assunto em discussão;
- III - Desempenhar as ações atribuídas pela comissão;
- IV - Requerer a votação de assuntos em regime de urgência;
- V - Auxiliar no desenvolvimento e implementação do programa de gerenciamento de risco para longa internação hospitalar.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO E ATRIBUIÇÕES

Artigo 20º - O Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar irá realizar acompanhamento dos pacientes internados na instituição após o décimo quinto dia e que forem clinicamente elegíveis.

Artigo 21º - O Comitê fica ainda responsável por registrar e avaliar durante as reuniões, caso a caso, as medidas necessárias para avançar no processo de desospitalização, assegurando a continuidade dos cuidados e medidas terapêuticas necessárias após a alta e capacitando cuidadores e/ou familiares e responsáveis do paciente para que de fato exerçam os cuidados necessários.

Artigo 22º - As respostas de parecer, ou seja, a avaliação das pacientes de longa permanência hospitalar deve ser realizada por qualquer enfermeiro ou médico membro titular do Comitê.

Artigo 23º - As avaliações de pacientes elegíveis para o programa instituído pelo Comitê, devem ser solicitadas pelos enfermeiros ou médicos responsáveis pelas unidades, em dias úteis da semana.

Artigo 24º - As avaliações de parecer solici-

tadas aos sábados, domingos ou feriados serão realizadas no primeiro dia útil conforme a escala.

Artigo 25º - As avaliações iniciais para averiguação da pertinência da inclusão ou não no programa do Comitê, devem ser realizadas por no mínimo dois membros do grupo, sendo um deles necessariamente médico ou enfermeiro.

Artigo 26º - Das reuniões:

- I - As reuniões ordinárias e extraordinárias do Comitê serão realizadas em sala previamente agendada, localizada dentro da Instituição de Saúde;
- II - As reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas mensalmente, com dia e horário previamente agendados;
- III - Poderá haver reuniões extraordinárias requeridas pela maioria de seus membros.

Artigo 27º - Os assuntos que demandarem decisão do Comitê serão colocados em pauta para votação pelo Presidente.

§ 1º. Após entrar em pauta, o assunto deverá ser estudado e votado no prazo máximo de 02 (duas)

reuniões.

§ 2º. Os membros consultores, quando convocados, terão direito ao voto.

§ 3º. Será considerado "quórum", para votação, a maioria simples dos membros desta comissão.

§ 4º. Em caso de empates nas votações, caberá ao Presidente o desempate ("voto Minerva").

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 28º - Este regimento poderá ser alte-

rado, mediante proposta, através da aprovação de 3/5 de seus membros executores.

Artigo 29º - A proposta para alteração regimental poderá ser feita por qualquer membro titular da presente Comitê.

Artigo 30º - Os casos omissos neste Regimento serão decididos pelo presidente deste Comitê, ouvidos os membros desta e demais atores envolvidos.

Artigo 31º - Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação da Portaria pela Diretoria Geral do hospital.



CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DO COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR

| MÊS | ATIVIDADES |
|----------|--|
| M1 e M2 | 1. Criar o Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar, por meio de uma Resolução da Diretoria Geral do hospital, bem como indicar seus membros. |
| | 2. Aprovar o Regimento Interno do Comitê |
| | 3. Reunião ordinária mensal e treinamento interno para atuação. |
| | 4. Realizar Diagnóstico situacional e levantamento de dados sobre os pacientes crônicos hospitalizados na Instituição de Saúde. |
| | 5. Iniciar criação de programa de gerenciamento de longa permanência hospitalar e de capacitação para familiares e/ou cuidadores. |
| M3 | 1. Reunião ordinária mensal, apresentação do relatório sobre pacientes crônicos hospitalizados na Instituição de Saúde e discussão de novos candidatos ao programa. |
| | 2. Finalizar e iniciar implementação do projeto de capacitação para familiares e/ou cuidadores. |
| | 3. Atender as demandas para avaliação de candidatos ao programa do Comitê. |
| M4 e M5 | 1. Reunião ordinária mensal, apresentação do último relatório mensal sobre pacientes de longa permanência hospitalizados e discussão de novos candidatos ao programa. |
| | 2. Implementação do projeto de capacitação para familiares e/ou cuidadores |
| | 3. Atender as demandas para avaliação de candidatos ao programa do Comitê. |
| M6 e 7 | 1. Reunião ordinária mensal, apresentação do último relatório mensal sobre pacientes de longa permanência hospitalizados e discussão de novos candidatos ao programa. |
| | 2. Implementação do projeto de capacitação para familiares e/ou cuidadores |
| | 3. Atender as demandas para avaliação de candidatos ao programa do Comitê. |
| M8 e 9 | 1. Reunião ordinária mensal, apresentação do último relatório mensal sobre pacientes de longa permanência hospitalizados e discussão de novos candidatos ao programa. |
| | 2. Implementação do projeto de capacitação para familiares e/ou cuidadores |
| | 3. Atender as demandas para avaliação de candidatos ao programa do Comitê. |
| M10 e 11 | 1. Reunião ordinária mensal, apresentação do último relatório mensal sobre pacientes de longa permanência hospitalizados e discussão de novos candidatos ao programa. |
| | 2. Implementação do projeto de capacitação para familiares e/ou cuidadores |
| | 3. Atender as demandas para avaliação de candidatos ao programa do Comitê. |
| | 4. Elaboração de relatório anual do Comitê |
| M12 | 1. Reunião ordinária mensal, apresentação do último relatório mensal sobre pacientes de longa permanência hospitalizados e discussão de novos candidatos ao programa. |
| | 2. Apresentação dos resultados do relatório anual para a Diretoria Geral e demais colaboradores. |
| | 3. Atender as demandas para avaliação de candidatos ao programa do Comitê. |
| | 4. Elaboração com as metas e objetivos para o próximo ano no que tange às obrigações do Comitê |

ALL

ITEM 2.1.25 COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES - CIHDOTT

LOGO DA
UNIDADE

PROPOSTA DE
CONSTITUIÇÃO DA
COMISSÃO INTRA-
HOSPITALAR DE DOAÇÃO
DE ÓRGÃOS E TECIDOS
PARA TRANSPLANTE
(CIHDOTT) DO HOSPITAL
ESTADUAL DE FORMOSA.

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

1007

COMISSÃO INTRA- HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE (CIHDOTT) DO HOSPITAL ESTADUAL DE FORMOSA

CONSTITUIÇÃO

A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) é uma Comissão Intra-hospitalar constituída por equipe multiprofissional da área de saúde, que tem a finalidade de organizar, no âmbito da instituição, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes, conforme portaria nº 2.600/GM/MS/2009, tem como objetivos permitir uma melhor organização do processo de captação de órgãos, melhor identificação dos potenciais doadores, mais adequada abordagem de seus familiares, melhor

LOGO DA
UNIDADE

PROPOSTA DE
CONSTITUIÇÃO DA
COMISSÃO INTRA-
HOSPITALAR DE DOAÇÃO
DE ÓRGÃOS E TECIDOS
PARA TRANSPLANTE
(CIHDOTT) DO HOSPITAL
ESTADUAL DE FORMOSA.

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

articulação do Hospital com a respectiva Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO, e viabilizar uma ampliação qualitativa e quantitativa na captação de órgãos conforme a legislação vigente, para fins de transplantes de órgãos e tecidos, nas dependências do Hospital Estadual de Formosa - HEF.

ORIGEM

A CIHDOTT tem sua origem na portaria nº 2.600/GM/MS/2009, que a institui com a missão de organizar, no âmbito da instituição rotinas, processos e protocolos que possibilitem o trâmite de doação de órgãos e tecidos para transplantes.

MEMBROS

A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante deve ser composta por no mínimo três membros de nível superior, integrantes do corpo funcional do estabelecimento de saúde, dentre os quais 1 (um) médico ou enfermeiro, designado como Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante.

Os membros da Comissão não podem ser integrantes de equipe de transplante e/ou remoção de órgãos ou tecidos ou integrar equipe de diagnóstico de morte encefálica;

O coordenador deverá ter certificação de Curso de Formação de Coordenadores Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, ministrado pelo Sistema Nacional de Transplante (SNT) ou pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos dos Estados validado pelo SNT.

MECANISMO DE CONTROLE

Todos os atos e atividades da CIHDOTT deverão ser registrados conforme determinam as portarias nº 1262/GM/MS e nº 2.600/GM/MS/2009.

É de responsabilidade da CIHDOTT o controle, arquivamento e guarda adequada dos documentos do doador, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento esclarecido, exames laboratoriais e outros, de acordo com a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997.

LOGO DA
UNIDADE

PROPOSTA DE
CONSTITUIÇÃO DA
COMISSÃO INTRA-
HOSPITALAR DE DOAÇÃO
DE ÓRGÃOS E TECIDOS
PARA TRANSPLANTE
(CIHDOTT) DO HOSPITAL
ESTADUAL DE FORMOSA.

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

FINALIDADE DA COMISSÃO

1) ARTICULAR-SE COM A CENTRAL DE NOTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓRGÃOS DO ESTADO (CNCDO), NOTIFICANDO AS SITUAÇÕES DE POSSÍVEIS DOAÇÕES DE ÓRGÃOS E TECIDOS.

2) ORGANIZAR, NO ÂMBITO DO HEF, ROTINAS E PROTOCOLOS QUE POSSIBILITEM O PROCESSO DE CAPTAÇÃO E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS.

3) PROMOVER PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA DE TODOS OS PROFISSIONAIS DO HEF PARA COMPREENSÃO DO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS.

PRINCÍPIOS E DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão de que trata este artigo deverá ser instituída por ato próprio e formal da direção Geral do HEF e ficará diretamente vinculada à diretoria técnica.

A CIHDOTT do HEF, reunirá ordinariamente de dois em dois meses, para deliberação de assunto pertinentes as atividades da comissão, e extraordinariamente sempre que algum fato relevante e urgente assim necessite.

Para cada reunião realizada se lavrará uma ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao núcleo de qualidade hospitalar.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Caberá ao Coordenador da CIHDOTT homologar a comissão junto a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado (CNCDO), para articularem-se quanto as situações de possíveis doações de órgãos e tecidos.

Os membros do CIDOTT não poderão ser remunerados no desempenho desta tarefa.

Cabe ao HEF o provimento de condições para o funcionamento do CIHDOTT, conforme normatização da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado (CNCDO).

LOGO DA
UNIDADE

PROPOSTA DE
CONSTITUIÇÃO DA
COMISSÃO INTRA-
HOSPITALAR DE DOAÇÃO
DE ÓRGÃOS E TECIDOS
PARA TRANSPLANTE
(CIHDOTT) DO HOSPITAL
ESTADUAL DE FORMOSA.

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

CRONOGRAMA DE REUNIÕES

| MÊS | ATIVIDADES |
|-----|--|
| M1 | Aprovar o regimento da CIHDOTT |
| | - Elaborar o cronograma de treinamento de todos os envolvidos nos procedimentos de captação de órgãos para transplantes; |
| M3 | Elaborar e apresentar protocolos de condutas para captação de órgãos de doador não vivo; |
| | Elaborar e apresentar programação de campanha de captação de órgãos na região Oeste I e Oeste II; |
| | Reunião ordinária da CIHDOTT (última terça-feira do mês); |
| M5 | Preparar encontro de familiares de doadores e receptores; |
| | Reunião ordinária da CIHDOTT (última terça-feira do mês) |
| M7 | Reunião com cirurgiões que realizam a retirada de órgãos para transplantes; |
| | Reunião ordinária da CIHDOTT (última terça-feira do mês); |
| M9 | Campanha de captação de doadores : |
| | Reunião ordinária da CIHDOTT (última terça-feira do mês); |
| M11 | Apresentar proposta de treinamento para equipe assistencial para abordagem de familiares; |
| | Reunião ordinária da CIHDOTT (última terça-feira do mês); |

1010



ITEM 2.1.26 – NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR)

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - NIR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - NIR

CONSTITUIÇÃO

A criação e funcionamento do Núcleo Interno de Regulação- NIR obedece à Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, instituída através da Portaria nº 1559 de 1º de agosto de 2008, e trata-se de um mecanismo estratégico para o acesso do usuário do SUS aos serviços especializados disponíveis na rede de atenção à saúde - RAS, ratificado na atual política com as RAS. A nova diretriz estabelecida, é para quais Centrais de Regulação devem buscar a articulação necessária entre os pontos de atenção definidos pelos gestores de saúde.

Tem como objetivo regular o acesso aos leitos considerando-se a origem da condição

do paciente, se eletiva ou de urgência, sendo importante mecanismo para a garantia da equidade no acesso aos serviços especializados, do fluxo dos pacientes para os níveis mais complexos do sistema estadual, reorganização da oferta de serviços, buscando assim, a melhor alternativa assistencial para a necessidade apresentada,

No Hospital Estadual de Formosa - HEF desempenhara seu papel mantendo canal permanente de comunicação com a Central de Regulação Estadual 24 horas/dia, 7 (sete) dias por semana, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivos coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, garantindo que o tempo de resposta seja inferior a 1(uma) hora.

O NIR também regulará os pacientes destinados ao serviço ambulatorial, SADT, além de buscar vagas externas de apoio diagnóstico e terapêutico quando necessário e otimizar a contra referência para unidades de menor complexidade.

ORIGEM

O NIR é um órgão colegiado ligado hierarquicamente à direção das Unidades Hospitalares Públicas e conveniadas ao SUS podendo ser composto por representantes do corpo clínico, setores ligados a admissão e alta, informações, faturamento, coordenadores ou chefias das áreas: clínica, cirúrgica, de emergência, bem como de outros setores julgados como necessários pela direção do estabelecimento de saúde hospitalar.

A Portaria nº 3.390 de 30 de dezembro de 2013, define sobre a Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do SUS através das diretrizes para os componentes Hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). No artigo nº 5 inciso XIV descreve que:

Núcleo Interno de Regulação (NIR): constitui a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário (BRASIL, 2013, p.1).

MEMBROS

Seguindo a orientação do Ministério da Saúde, consideramos a complexidade e a capacidade instalada do HEP para definir a composição do quadro de funcionários do NIR.

O NIR será composto por:

01 ENFERMEIRO
COORDENADOR ATUANDO
DE SEGUNDA A SEXTA
FEIRA DAS 07:00H. AS 17:00 HORAS;

02 ENFERMEIROS EM
ESCALA DE PLANTÃO
DE 12X36 HORAS NO
PERÍODO DIURNO E 02 TÉCNICOS
DE ENFERMAGEM EM ESCALA DE
PLANTÃO DE 12X36 HORAS NO
PERÍODO NOTURNO, EM PLANTÕES
ESCALONADOS, GARANTINDO A
COBERTURA 24/DIA, 7 DIAS DA
SEMANA;

01 ASSISTENTE SOCIAL COM
ESCALA DE 6 HORAS
DIÁRIAS DE SEGUNDA
A SEXTA FEIRA, SENDO, 1 NO
PERÍODO MATUTINO E 1 NO PERÍODO
VESPERTINO;

05 ASSISTENTES
ADMINISTRATIVOS,
SENDOS 02 ASSISTENTES

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - NIR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

ADMINISTRATIVOS NO PERÍODO
DIURNO E 02 NO PERÍODO NOTURNO,
EM PLANTÕES ESCALONADOS,
GARANTINDO A COBERTURA 24/DIA, 7
DIAS DA SEMANA.

01 ASSISTENTE
ADMINISTRATIVO
ATUANDO DE SEGUNDA A
SEXTA FEIRA DAS 07H00 ÀS 17H00.

MECANISMO DE CONTROLE

A implantação do NIR no Hospital Estadual de Formosa permitirá promover práticas assistenciais seguras, mediante a utilização de protocolos clínicos e instrumentos de boas práticas, que elevam a qualidade do atendimento prestado ao usuário.

O NIR do HEF trabalhará para que os leitos de internação hospitalar sejam ocupados de maneira eficiente, de modo controlado e ágil, sendo responsável pela avaliação e reavaliação constante do plano terapêutico dos pacientes, atuando junto à equipe multidisciplinar para evitar eventuais atrasos dos processos a fim de possuir maior controle e monitoramento de cada paciente internado.

O NIR estará em pleno funcionamento 24/dia, 7 dias por semana a fim de garantir o acesso da população ao serviço de saúde. Todas as solicitações encaminhadas pelo

complexo regulador serão avaliadas por médico responsável que emitirá a resposta em menos de 1h da emissão da solicitação.

O NIR terá número maior de funcionários nos dias úteis para garantir a disponibilização, acompanhamento e avaliação da grade de agendamentos ambulatoriais e de SADT.

Este também disponibilizará informações diárias, semanais, mensais e trimestrais a SES, munindo de informações sobre os atendimentos realizados, preenchimento das vagas disponibilizadas, índice de absenteísmo aos agendamentos, transferências, filas de consultas, procedimentos e demais informações que se mostrar necessárias.

FINALIDADE

O Núcleo Interno de Regulação tem por finalidade trabalhar o gerenciamento de leitos no nível hospitalar de forma centralizada, disponibilizar e organizar a grade de atendimentos ambulatoriais e de SADT e organizar o atendimento de urgência e emergência, servindo de interface com as instâncias reguladoras através do Complexo Regulador Estadual.

Constitui as principais atribuições do Núcleo Interno de Regulação os seguintes itens:

1. Permitir o conhecimento da necessidade de leitos, por



especialidades e patologias:

II. Regular e gerenciar as diferentes ofertas hospitalares existentes, a saber: Ambulatório, Internação, Urgência e Emergência, Agenda Cirúrgica;

III. Permitir e aprimorar a interface entre a gestão interna hospitalar e a regulação de acesso hospitalar.

IV. Estabelecer e/ou monitorar o painel de indicadores da capacidade instalada hospitalar.

propiciando o ajuste da oferta disponível às necessidades imediatas da população. Trata-se de um sistema que monitora a disponibilidade de vagas em atendimento especializado, tornando mais ágil a marcação de consultas e exames.

O SADT Externo do HEF, disponibilizará exames de análises clínicas, eletrocardiograma, raios-x, ultrassonografia e ultrassonografia / doppler para o Complexo Regulador Estadual.

As unidades que se depararem, com insuficiência de recursos para procedimentos de urgências também terão acesso aos serviços ofertados, para isto deverão solicitar o requerido exame ao Complexo Regulador Estadual (CRE), e médico regulador do HEF, realizará o aceite dos pacientes via regulação para realização do mesmo.

O serviço de Urgência e Emergência do Hospital Estadual de Formosa, funcionará 24 horas por dia, atendendo a demanda espontânea (porta aberta), a demanda referenciada conforme fluxo estabelecido pela SES e regulado pelo NIR.

As diversas especialidades estarão à disposição para atendimento também dos pacientes conduzidos pelo Serviço móvel de Urgência (SAMU) e/ou Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE).

AM

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAIS

O NIR do Hospital Estadual de Formosa, seguirá todos os protocolos do Complexo Regulador Estadual.

Realizará elaboração de protocolo visando definir critérios e perfis para atendimento AMBULATORIAL e ELETIVO, bem como estabelecer fluxograma de atendimento. Através de protocolos, iremos gerar agilidade e eficácia, priorizando assistir o paciente com respeito e humanidade, garantindo ao paciente, segurança em relação ao acompanhamento e tratamento de sua patologia.

A Regulação Ambulatorial tem como objetivo principal unir as ações voltadas para a regulação do acesso na área ambulatorial,

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º. O Núcleo Interno de Regulação tem por objetivo:

- I. Cumprir e fazer cumprir o disposto por meio da Portaria de Consolidação n.º 2 de 28 de setembro de 2017, em seu art. 6º, inciso IV, define e recomenda a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais, de forma a realizar a interface com as Centrais de Regulação.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º. O Núcleo Interno de Regulação - NIR é composto por uma equipe multiprofissional, com a finalidade de gerenciar os processos assistenciais junto às equipes e otimizar os recursos hospitalares, monitorando o paciente desde sua chegada, processo de internação, movimentação e alta.

Artigo 3º. O Núcleo Interno de Regulação - NIR terá seu funcionamento regulamentado por este regimento, normas internas do Hospital Estadual de Formosa, e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis: PORTARIA MS Nº 312 de 02 de maio de 2002; PORTARIA MS Nº 529, de 1º de abril de 2013; PORTARIA MS Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008; PORTARIA MS Nº 2048, de 5 de novembro de 2002; PORTARIA MS Nº 2.657, DE 16 de dezembro de 2004; PORTARIA MS Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013; PORTARIA MS Nº 3432, de 12 de agosto de 1998; RESOLUÇÃO CFM Nº 2.156, de 28 de outubro de 2016.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º. O Núcleo Interno de Regulação - NIR terá composição multiprofissional e multisetorial, contando com a seguinte equipe operacional:

- I. 01 Coordenador;
- II. 04 Médicos plantonistas;
- III. 02 Enfermeiros plantonistas;
- IV. 02 Técnicos de enfermagem plantonistas;
- V. 05 Assistentes Administrativos plantonistas.

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Artigo 5º. As indicações para integrar o Núcleo Interno de Regulação - NIR serão submetidas à aprovação da Diretoria.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 6º. Compete ao Núcleo Interno de Regulação:

I. Fortalecer o processo de regulação assistencial atuando como interface entre o Complexo Regulador Estadual e Núcleo Interno de Regulação - NIR;

II. Qualificar a informação gerencial intra-hospitalar e fornecer diariamente a situação dos leitos hospitalares sob regulação para a Central de Regulação de Leitos, contribuindo para a redução do tempo de espera para a internação;

III. Participar da construção dos protocolos assistenciais para fins da regulação de leitos;

IV. Atuar em consonância com os serviços ofertados pelo hospital através do instrumento formal de contratualização;

V. Elaborar relatórios mensais contendo os indicadores gerenciais de movimentação de leitos e correlatos, para que estes sejam discutidos em instância colegiada da instituição;

VI. Permitir o conhecimento da necessidade de leitos, por especialidades e patologias;

VII. Otimizar a utilização dos leitos hospitalares, para redução da Taxa de Ocupação, Tempo Médio de Permanência, nos diversos setores do hospital, além de ampliar o acesso aos leitos, tanto no âmbito intra-hospitalar, quanto para outros serviços disponibilizados pelas RAS;

VIII. Promove o uso dinâmico os leitos hospitalares, por meio do aumento da rotatividade e monitoramento das atividades de gestão da clínica desempenhadas pelas equipes assistenciais.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 7º. O Núcleo Interno de Regulação - NIR atuará na regulação dos leitos do HEF, e em todas as especialidades médicas e ambulatoriais. São parâmetros essenciais para melhor utilização dos leitos:

I. Critérios bem definidos de internação e alta;

II. Agilidade nos resultados de exames e procedimentos necessários;

III. Planejar a alta desde a internação (plano terapêutico).

- IV. Melhoria da qualidade da informação disponível - monitoramento de indicadores: de demanda, de movimentação de leitos, de eficiência, etc.;
- V. Cuidado integrado do paciente;
- VI. Os leitos serão readaptados em casos de epidemias ou pandemias para melhor satisfazer às necessidades da população.
- VI. Gerenciar escalas de folgas e férias, em conjunto com a Gerência de Enfermagem em casos de enfermeiros.
- VII. Informar e orientar a equipe a atuar em consonância com os serviços ofertados pelo hospital por meio do instrumento formal de contratualização.
- VIII. Prezar pelo funcionamento dos fluxos regulatórios em consonância com o preconizado pela Política Nacional de Regulação e de acordo com as diretrizes e grades de referência definidas pelo gestor local do Sistema Único de Saúde - SUS;

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 8º. Ao coordenador incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Núcleo Interno de Regulação - NIR e, especificamente:

- I. Representar o Núcleo Interno de Regulação - NIR em suas relações internas e externas;
- II. Coordenar e orientar as ações da equipe em relação a regulação;
- III. Fornecer suporte técnico relacionado a questões de operacionalização do sistema de regulação;
- IV. Discutir com as equipes médicas e chefias de unidades para agilizar transferências e permanências prolongadas de pacientes na instituição;
- V. Gerenciar folha de frequência de toda equipe do Núcleo Interno de Regulação - NIR;
- IX. Elaborar relatórios das atividades do Núcleo Interno de Regulação - NIR;
- X. Elaborar, em conjunto com médico e enfermeiro regulador, Procedimentos Operacionais Padrão - POP referente aos processos de trabalho do núcleo;
- XI. Coordenar e orientar o trabalho do auxiliar administrativo em relação às pautas de reunião, atas, memorandos, organização de documentos em geral e rotina administrativa;
- XII. Reunir documentos oficiais do Núcleo Interno de Regulação - NIR (atas assinadas, Procedimentos Operacionais Padrão - POP publicados, memorandos etc.) sempre que houver solicitação da gestão do hospital, auditoria ou de

órgão externo.

Artigo 9º. Ao médico do Núcleo Interno de Regulação - NIR, incumbe:

- I. Identificar as pendências (avaliações médicas, exames, marcação de cirurgias) e providenciar junto à equipe assistencial a sua resolução;
- II. Identificar pacientes com critérios de Alta Hospitalar e discutir o caso com a equipe assistente;
- III. Regular os leitos disponíveis no próprio hospital de acordo com as especialidades;
- IV. Realizar a interface entre as especialidades médicas e os setores da unidade hospitalar, a fim de promover as interconsultas de modo mais eficiente e ágil;
- V. Contribuir com o desenvolvimento do NIR;
- VI. Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.

Artigo 10º. Aos enfermeiros do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

- I. Gerenciar a ocupação e movimentação de leitos, monitorando os leitos disponíveis na instituição e suas destinações;

- II. Interagir com a equipe multidisciplinar assistencial, para aperfeiçoar o processo de transferência;
- III. Conferência diária in loco nas enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva - UTIs do censo hospitalar com a situação física do leito;
- IV. Realizar interface entre a Regulação e a equipe da emergência e após a avaliação médica, determinar conjuntamente os usuários elegíveis para ocupação de leitos internos e externos;
- V. Adequar os leitos disponíveis por especialidade e gênero (feminino/masculino);
- VI. Analisar as solicitações de internação recebidas pelo SERVIR ao Complexo Regulador Estadual (CRE);
- VII. Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente;
- VIII. Orientar a realização de remanejamentos internos, quando necessário tanto nos casos de isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas;
- IX. Acompanhar o cumprimento do fluxo de pacientes nas diversas portas de entrada da instituição (Pronto Atendimento Clínico - PAC, Pronto Atendimento Pediátrico - PAP, Pronto Atendimento Ginecológico e Obstétrico - PAGO, Ambulatório);

AM

- X. Monitorar as respostas de solicitação de vagas externas, com a finalidade de agilizar o fluxo de transferência de pacientes;
- XI. Enviar adendos com atualização clínica via sistema de regulação (SERVIR) para o Complexo Regulador Estadual;
- XII. Monitorar os leitos disponíveis na instituição e suas destinações;
- VI. Analisar as solicitações de internação recebidas pelo SERVIR ao Complexo Regulador Estadual (CRE);
- VII. Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente;
- VIII. Orientar a realização de remanejamentos internos, quando necessário tanto nos casos de isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas;

Artigo 11°. Aos Técnicos de enfermagem do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

- I. Gerenciar a ocupação e movimentação de leitos, monitorando os leitos disponíveis na instituição e suas destinações;
- II. Interagir com a equipe multidisciplinar assistencial, para aperfeiçoar o processo de transferência;
- III. Conferência diária in loco nas enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva - UTIs do censo hospitalar com a situação física do leito;
- IV. Realizar interface entre a Regulação e a equipe da emergência e após a avaliação médica, determinar conjuntamente os usuários elegíveis para ocupação de leitos internos e externos;
- V. Adequar os leitos disponíveis por especialidade e gênero (feminino/masculino);
- IX. Acompanhar o cumprimento do fluxo de pacientes nas diversas portas de entrada da instituição (Pronto Atendimento Clínico - PAC, Pronto Atendimento Pediátrico - PAP, Pronto Atendimento Ginecológico e Obstétrico - PAGO, Ambulatório);
- X. Monitorar as respostas de solicitação de vagas externas, com a finalidade de agilizar o fluxo de transferência de pacientes;
- XI. Enviar adendos com atualização clínica via sistema de regulação (SERVIR) para o Complexo Regulador Estadual;
- XII. Monitorar os leitos disponíveis na instituição e suas destinações;

Artigo 12°. Aos Assistentes Sociais do Núcleo Interno de Regulação - NIR, incumbe:

- I. Abordar e orientar usuários e

- familiares para as transferências internas e externas;
- II. Apoiar e esclarecer toda e qualquer dúvida do usuário e/ou familiar com relação à transferência para os hospitais de maior complexidade;
 - III. Realizar investigação social do paciente, nos casos pertinentes;
 - IV. Orientar o paciente que ele é responsável pelos seus objetos e documentos pessoais;
 - V. Explicar as particularidades da questão social e construir propostas de trabalho capazes de preservar e efetivar direitos dos usuários, conforme legislação específica;
 - VI. Participar no cuidado da saúde do indivíduo em sua totalidade Bio-Psico-Social-Espiritual;
 - VII. Potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso aos direitos sociais;
 - VIII. Contribuir com o desenvolvimento do NIR;
 - IX. Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.
- Art. 13º. Aos auxiliares administrativos do Núcleo Interno de Regulação - NIR, incumbe:
- I. Entregar para os médicos reguladores/auditores, conforme o caso cópia do Relatório dos Pacientes internados;
 - II. Enviar os prontuários dos pacientes ao SAME transferidos para outros hospitais do dia anterior devidamente protocolado, envelopado e etiquetado;
 - III. Alimentar a planilha de dados no computador dos pacientes transferidos para outros hospitais;
 - IV. Checar no mapa cirúrgico se tem algum dos usuários em monitoramento, para procedimentos cirúrgicos, no dia seguinte;
 - V. Separar a documentação e o prontuário dos pacientes que irão ser transferidos no dia. A documentação que deve ser enviada para a hospital codificada com o paciente, deverá conter: Relatório Médico com o Termo de Consentimento, Cópia dos exames laboratoriais do dia, Cópia dos laudos dos exames de imagem e filmes dos exames de imagem mais recentes, Cópia da prescrição do dia, Cópia da evolução de enfermagem;
 - VI. Realizar controles de solicitações enviadas e recebidas;
 - VII. Realizar o arquivamento de toda documentação relacionada à regulação (Solicitações de internação, Memorandos, Atas, entre outros);

- VIII. Receber e protocolar os documentos;
- IX. Lavrar e assinar as atas de reuniões do Núcleo Interno de Regulação - NIR até 2 dias úteis após sua realização;
- X. Solicitar materiais de consumo;
- XI. Manter a organização do serviço;
- XII. Realizar outras funções determinadas pelo Coordenador do Núcleo Interno de Regulação - NIR, relacionadas ao serviço.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 14º. A fim de assegurar o suporte téc-

nico, científico e operacional indispensável à eficiência das atividades do NIR, a equipe do HEF, proporcionará a infraestrutura necessária para o desenvolvimento dos trabalhos.

Artigo 15º. O NIR, observará a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Artigo 16º. Os casos omissos referentes à matéria do NIR serão resolvidos pelo próprio núcleo, em conjunto com a Direção Hospitalar.

Artigo 17º. Este Regimento entra em vigor após sua aprovação, revogando-se todas as disposições em contrário.



CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ANUAIS DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO.

| MESES | ATIVIDADES PROPOSTAS |
|-----------|--|
| Jan e Fev | Implantação do Núcleo Interno de Regulação e nomeação dos profissionais. |
| | Realizar treinamentos aos profissionais lotados ao Núcleo Interno de Regulação nos sistemas de regulação Estadual, SERVIR e SISREG III. |
| | Criar acessos ao sistema de regulação de urgência SERVIR e sistema de regulação eletivos SISREG III, dos membros do Núcleo Interno de Regulação. |
| | Elaboração do Protocolo de Regulação de acesso Ambulatorial e Eletivo. |
| | Elaboração do Roteiro para Configuração SISREG, disponibilizando os serviços ambulatoriais eletivos e diagnósticos e terapêuticos |
| | Execução dos atendimentos ofertados. |
| Mar | Revisar roteiro de agenda ambulatorial eletivo. |
| | Apresentação de relatório mensal para diretoria do Hospital Estadual de Formosa (HEF), para análise de dados e tomada de decisões para definição de melhorias. |
| | Atividades e reuniões ordinárias e extraordinárias (conforme demanda) e Criar POP de Regulação Ambulatorial. |
| Abr | Revisar roteiro de agenda ambulatorial eletivo. |
| | Realizar atualização do Regimento Interno do NIR. |
| | Apresentação de relatório mensal para diretoria do Hospital Estadual de Formosa (HEF), para análise de dados e tomada de decisões para definição de melhorias. |
| Mai | Revisar roteiro de agenda ambulatorial eletivo. |
| | Apresentação de relatório mensal para diretoria do Hospital Estadual de Formosa (HEF), para análise de dados e tomada de decisões para definição de melhorias. |
| Jun | Revisar roteiro de agenda ambulatorial eletivo. |
| | Reunião ordinária com todos os membros da equipe do NIR. |
| | Apresentação de relatório mensal para diretoria do Hospital Estadual de Formosa (HEF), para análise de dados e tomada de decisões para definição de melhorias. |
| Jul | Revisar roteiro de agenda ambulatorial eletivo. |
| | Apresentação de relatório mensal para diretoria do Hospital Estadual de Formosa (HEF), para análise de dados e tomada de decisões para definição de melhorias. |
| | Criar POP de Referência e Contra Referência Hospitalar. |
| Ago | Revisar roteiro de agenda ambulatorial eletivo. |
| | Apresentação de relatório mensal para diretoria do Hospital Estadual de Formosa (HEF), para análise de dados e tomada de decisões para definição de melhorias. |
| | Atividades e reuniões ordinárias e extraordinárias (conforme demanda). |
| Set e Out | Revisar roteiro de agenda ambulatorial eletivo. |
| | Criação de Fluxogramas. |
| | Apresentação de relatório mensal para diretoria do Hospital Estadual de Formosa (HEF), para análise de dados e tomada de decisões para definição de melhorias. |
| | Revisar roteiro de agenda ambulatorial eletivo. |
| | Realizar treinamento operacional com a equipe NIR conforme atualização dos sistemas de regulação. |
| Nov | Revisar roteiro de agenda ambulatorial eletivo. |
| | Apresentação de relatório mensal para diretoria do Hospital Estadual de Formosa (HEF), para análise de dados e tomada de decisões para definição de melhorias. |
| | Reunião ordinária com todos os membros da equipe do NIR. |
| Dec | Revisar roteiro de agenda ambulatorial eletivo. |
| | Apresentação de relatório mensal para diretoria do Hospital Estadual de Formosa (HEF), para análise de dados e tomada de decisões para definição de melhorias. |
| | Elaboração do Plano de Ação de 2022. |

ITEM 2.1.27 - COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO
COMISSÃO DE
ACIDENTES COM
MATERIAL BIOLÓGICO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO

CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) constitui um grupo técnico, formado por profissionais de níveis superior e médio da área da saúde e segurança do trabalhador. É de caráter obrigatório em instituições hospitalares e pré-hospitalares e atende a Norma Regulamentadora 32 (NR32) do Ministério do Trabalho e Emprego e a Portaria Nº 1.748, de 30 de agosto de 2011, que dispõe sobre o Plano de Riscos de Acidentes com materiais Perfurocortantes.

A CAMB tem por objetivo geral reduzir os riscos de acidentes com insumos biológicos dentro das instituições de saúde, propor

adequações estruturais e tecnológicas, garantir a disponibilidade de equipamentos de proteção individual e coletiva e prover capacitação profissional no tema.

As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício.

ORIGEM

A responsabilidade técnica e científica da presente Instituição de Saúde em relação à qualidade e segurança da assistência serão de alta relevância. Nesse sentido, o compromisso com os colaboradores e pacientes será alicerce fundamental e, para isso, a Comissão de Acidentes com Material Biológico desempenhará importante papel.

MEMBROS

A Comissão será composta por membros do



quadro funcional da Instituição de Saúde, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa, sendo norteadada pelo Regimento Interno da Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB). Contará ainda com um presidente, um vice-presidente, um secretário e os membros efetivos.

A CAMB deverá ser composta pelos seguintes membros:

- I. Um representante do setor de Recursos Humanos;
- II. Um representante do SESMT;
- III. Um representante da CIPA;
- IV. Um representante da Comissão de Segurança do Paciente ou Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- V. Um representante da Enfermagem;
- VI. Um representante da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
- VII. Um representante do setor de compras e logística.

gico (CAMB) deverá funcionar com apoio do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e caberá à Direção da Instituição constituir formalmente CAMB através de ato próprio e propiciar a infraestrutura necessária à sua correta operacionalização.

Deverá ainda a Direção da Instituição garantir a participação do Presidente da CAMB nos órgãos colegiados, deliberativos e formuladores da política da Instituição.

O mandato dos membros da Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar os membros da Comissão de Acidentes Material Biológico em parte ou na totalidade de seus membros.

Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados à Direção Geral da Instituição de Saúde, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação.

MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão de Acidentes com Material Bioló-

FINALIDADE DA COMISSÃO

Dentre as responsabilidades e atribuições gerais da CAMB, destacam-se:

- I. Elaborar e executar ações programadas para prevenção de acidentes com material biológico;
- II. Adequar, implementar e supervisionar as normas e rotinas técnico-operacionais, que se relacionem com a prevenção e controle de acidentes com materiais biológicos;
- III. Propor e conduzir investigação epidemiológica de casos e implementar medidas de controle;
- IV. Realizar a elaboração e divulgação periódica de relatórios relacionados aos acidentes com material biológico, reportando-se à autoridade máxima da instituição e às chefias de todos os setores do hospital;
- V. Estimular e promover o amplo debate dos resultados obtidos na investigação pela CAMB na comunidade hospitalar;
- VI. Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais propostas pela CAMB, visando a prevenção e diminuição dos acidentes com materiais biológicos, por meio da utilização de medidas de precaução e controle;
- VII. Promover treinamentos e capacitação dos colaboradores da Instituição na utilização de produtos e dispositivos de segurança disponíveis, prevenção, notificação e demais condutas relacionadas aos acidentes com materiais biológicos;
- VIII. Elaborar as diretrizes e protocolos de seguimento e análise sistemática dos funcionários em acompanhamento de tratamento de doença infectocontagiosa junto com o SESMT, com elaboração periódica de relatórios;
- IX. Elaborar periodicamente um relatório com os indicadores epidemiológicos interpretados e analisados. Esse deverá ser divulgado a todos os serviços e à direção;
- X. Conduzir a elaboração de Diretrizes específicas, bem como a implementação de um plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais biológicos, tendo em vista a segurança e proteção à saúde dos colaboradores dos serviços de saúde e daqueles que exercem outras atividades relacionadas e também estão expostos;
- XI. Analisar as informações existentes no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), além dos acidentes de trabalho ocorridos com materiais biológicos;
- XII. Formular e implantar protocolos e instrumentos para o registro

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO

CÓDIGO: XXX-XXX-XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

e investigação de acidentes e situações de risco, estabelecendo as prioridades considerando os seguintes aspectos:

A) SITUAÇÕES DE RISCO E ACIDENTES QUE POSSUAM MAIOR PROBABILIDADE DE TRANSMISSÃO DE AGENTES BIOLÓGICOS VEICULADOS PELO SANGUE;

B) FREQUÊNCIA DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES EM PROCEDIMENTOS COM UTILIZAÇÃO DE UM MATERIAL PERFUROCORTANTE ESPECÍFICO;

C) PROCEDIMENTOS DE LIMPEZA, DESCONTAMINAÇÃO OU DESCARTE QUE CONTRIBUEM PARA UMA ELEVADA OCORRÊNCIA DE ACIDENTES;

D) NÚMERO DE TRABALHADORES EXPOSTOS ÀS SITUAÇÕES DE RISCO DE ACIDENTES COM MATERIAIS BIOLÓGICOS.

XIII. Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital, a situação do controle dos acidentes com material biológico;

XIV. Estabelecer parceria com a Comissão de Padronização, para a substituição de materiais perfurocortantes por materiais com dispositivos de segurança sempre que possível;

XV. Firmar parceria com centro de estudos, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, sobretudo na utilização de dispositivos de segurança e outras práticas de prevenção de acidentes com material biológico;

XVI. Elaborar relatórios bimestrais e enviar para a Direção Geral, SESMT, Gerência de Riscos e Setor de Recursos Humanos da Instituição.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão de Acidentes Com Material Biológico (CAMB) deverá reunir-se bimestralmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

AM

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

A CAMB terá obrigatoriedade de manter reuniões periódicas, que serão registradas em atas e os registros devem indicar com clareza a existência de um programa de ação para o controle acidentes biológicos e treinamento de colaboradores sobre biossegurança.

Ocorrerá pela Instituição de Saúde, com proposição da periodicidade das reuniões, e

registro das atividades por meio de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação aos demais colaboradores.

Deverá ainda a Direção da Instituição garantir a participação do Presidente da CAMB nos órgãos colegiados, deliberativos e formuladores da política da Instituição.



REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão de Acidentes com Material Biológico; estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão de Acidentes com Material Biológico junto à administração e ao corpo clínico.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º. Reduzir os riscos de acidentes com insumos biológicos dentro das instituições de saúde, propor adequações estruturais e tecnológicas, garantir a disponibilidade de equipamentos de proteção individual e coletiva e prover capacitação profissional no tema.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º. A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de Formosa, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral, sendo norteadada pelo Regimento Interno da Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB).

A CAMB deverá ser composta pelos seguintes membros:

- I. Um representante do setor de Recursos Humanos;
- II. Um representante do SESMT;
- III. Um representante da CIPA;
- IV. Um representante da Comissão de Segurança do Paciente ou Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- V. Um representante da Enfermagem;
- VI. Um representante da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
- VII. Um representante do setor de compras e logística.

CAPÍTULO IV - DA



LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

COMPETÊNCIA

Artigo 5º. A CAMB deverá ser presidida pelo representante da SESMT, sendo de sua responsabilidade dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão. Dentre suas atribuições, destacam-se:

- I. Conduzir a instalação da Comissão e presidir as reuniões;
- II. Proceder à convocação das reuniões da Comissão;
- III. Representar a Comissão em suas relações internas e externas;
- IV. Participar ativamente nas discussões e votações, tendo o voto de desempate, quando necessário;
- V. Indicar, dentre os membros da Comissão, os relatores dos expedientes;
- VI. Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;
- VII. Elaborar cotas decorrentes de deliberações da Comissão e "ad referendum" desta, nos casos de manifesta urgência.

Artigo 6º. É de responsabilidade do Vice-Presidente da CAMB:

- I. Substituir o Presidente da Comissão sempre que se fizer necessário.

Artigo 7º. É de responsabilidade do(a) Secretário(a) da Comissão:

- I. Participar das reuniões;
- II. Elaborar o expediente da Comissão;
- III. Encaminhar aos demais membros o expediente da Comissão;
- IV. Fazer o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos a serem discutidos nas reuniões da Comissão;
- V. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- VI. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
- VII. Elaborar relatório bimestralmente das atividades da Comissão;
- VIII. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;
- IX. Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias;
- X. Distribuir aos Membros da Comissão

a pauta das reuniões.

Artigo 8º. São obrigações dos membros da CAMB:

- I. Participar das reuniões, relatando os expedientes, manifestando pareceres ou votos à respeito das matérias em discussão;
- II. Estudar e relatar as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente, obedecendo aos prazos estabelecidos;
- III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- IV. Desempenhar atribuições designadas pelo Presidente;
- V. Apresentar proposições sobre as questões pertinentes à Comissão.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 9º. A Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) deverá funcionar com apoio do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e caberá à Direção da Instituição constituir formalmente CAMB através de ato próprio e propiciar a infraestrutura necessária à sua correta operacionalização.

Artigo 10º. Deverá ainda a Direção da Instituição garantir a participação do Presidente da CAMB nos órgãos colegiados, deliberativos e formuladores da política da Instituição.

Artigo 11º. A CAMB terá obrigatoriedade de manter reuniões periódicas, que serão registradas em atas e os registros devem indicar com clareza a existência de um programa de ação para o controle acidentes biológicos e treinamento de colaboradores sobre biossegurança.

Artigo 12. Ocorrerá pela Instituição de Saúde, com proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades por meio de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação aos demais colaboradores.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 13º. O mandato dos membros da Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) encerrar-se-á quando houver mudança da Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa ou, antecipadamente, se houver motivo que justifique a cessação.

Artigo 14º. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados à Direção Geral do Hospital Estadual de Formosa, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação.

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO
INTERNO DA
COMISSÃO DE
ACIDENTES COM
MATERIAL BIOLÓGICO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

CAPÍTULO VIII – INDICADORES

Artigo 15º. Para cálculo do percentual de acidentes com material biológico utilizar-se-á a seguinte fórmula: número de profissionais expostos ao risco multiplicado por 100 (cem), dividido pelo número de acidentes ocorridos em um determinado período de tempo.

Artigo 16º. Para análise da abrangência do

programa de treinamento de prevenção de acidentes com material biológico, utilizar-se-á a seguinte fórmula para cálculo: Número de profissionais existentes multiplicados por 100 (cem), dividido pelo número de profissionais que compareceram ao treinamento em um determinado período de tempo.

Artigo 17º. A CAMB poderá adotar, quando julgar necessário, outros indicadores para análise do programa de prevenção de acidentes.



CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO

A Comissão de Acidentes com Material Biológico foi nomeada pela Diretoria Geral e Clínica do Hospital Estadual de Formosa em 15 de fevereiro de 2021 conforme Portaria Interna N°03 de fevereiro de 2021.

Regimento Interno do O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar já aprovado e implantado desde 23/02/2021.

O Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes - PPRAMP, já aprovado e implantado desde 18/03/2021.

| MÊS | ATIVIDADES |
|-----|---|
| M2 | Reunião ordinária a Comissão de Acidentes com Material Biológico (primeira terça-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório bimestral e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M4 | Reunião ordinária a Comissão de Acidentes com Material Biológico (primeira terça-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório bimestral e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M6 | Reunião ordinária a Comissão de Acidentes com Material Biológico (primeira terça-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório bimestral e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M8 | Reunião ordinária a Comissão de Acidentes com Material Biológico (primeira terça-feira do mês). |
| | Elaboração de relatório bimestral e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M10 | Reunião ordinária a Comissão de Acidentes com Material Biológico (primeira terça-feira do mês). |
| | Reunião ordinária a Comissão de Acidentes com Material Biológico (primeira terça-feira do mês). |
| M12 | Elaboração de relatório bimestral e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral |
| M13 | Reunião ordinária a Comissão de Acidentes com Material Biológico (primeira terça-feira do mês). Definir cronograma anual. |

ITEM 2.1.28 - COMITÊ DE COMPLIANCE

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

COMITÊ DE COMPLIANCE

CONSTITUIÇÃO

O Comitê de Compliance, deve ser constituído em atendimento as Leis: n.12.846/2013 (lei anticorrupção), lei n.7.209/84 (Código Penal), lei n. 9.613/98 (lei de lavagem de capitais), lei n. 8666/93 (Lei de licitações), bem como Lei Estadual do Estado de Goiás Anticorrupção n. 18.762/2014 e seus decretos, que torna essencial a existência do Programa de Ética e respectivo Comitê de Compliance, e pela diretoria do IMED no Hospital Estadual de Formosa.

A Comissão atuará como canal direto, através da figura do compliance officer para o recebimento, análise, orientação de dúvidas, bem como monitoramento e eventual aplica-

ção de medidas coercitivas, disciplinadoras e até punitivas quanto a casos de possíveis práticas ilícitas ou antiéticas na condução dos negócios, além da responsabilidade pelo processo de melhoria contínua.

As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício.

PROGRAMA DE COMPLIANCE

Objetivo: Gestão transparente e responsável e em Conformidade com a Lei e os Princípios Éticos Universais.

Aplicação: Todos Colaboradores, administradores, empregados, estagiários, aprendizes do Instituto, assim como terceiros contratados.

Responsabilidade: Qualquer Colaborador que se envolva em conduta ilegal ou antiética estará sujeito a sanções disciplinares, ou até mesmo procedimentos criminais, sendo responsável por

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

conduzir todas suas atribuições no Hospital Estadual de Formosa de maneira íntegra e em cumprimento de todas as leis aplicáveis;

dores de serviços temporários, trabalhadores temporários).

O IMED e todos os colaboradores e parceiros do Hospital Estadual de Formosa, não manterão qualquer relacionamento com quem viole os seus princípios e regras de conduta contidos nos Padrões de Conduta abaixo, que resumem os valores, a cultura corporativa e as regras de conduta do Instituto.

PADRÕES DE CONDUTA

VALORES ÉTICOS

O Programa de Compliance não é regido apenas pelos Padrões de Conduta do Instituto, mas também pelos Métodos de Aplicação, Controle e Monitoramento que identifica os responsáveis pela implementação da Política de Compliance e explica como aplicar os valores e padrões de comportamentos definidos, para que se confirmem nas práticas cotidianas.

Objetivo: Os Padrões de conduta do Instituto ("Padrões") identificam valores e princípios que norteiam suas relações. O Instituto realiza negócios e trabalha junto com um forte senso de ética. O Instituto tem como compromisso a honestidade, a integridade e a lealdade em tudo o que faz; portanto, nossas atividades refletem positivamente sobre seus stakeholders no mercado ao atendido pelo mesmo, na comunidade e em seus colaboradores e Parceiros.

ESCOPO DE APLICAÇÃO

Os Padrões de Conduta aplicam-se aos administradores, Colaboradores, Parceiros e todos os demais que, por motivos diversos, agem em nome ou por conta e no interesse do Instituto e do Hospital Estadual de Formosa, independentemente da qualificação jurídica da relação (a título de exemplo, Colaboradores de projetos específicos, presta-

Uma tomada de decisão ética exige a compreensão dos valores e dos princípios pessoais e do Instituto, além de muito bom senso. Todos seus colaboradores e Parceiros desempenham o papel mais importante no processo de tomada de decisão ética e, portanto, na implementação dos padrões éticos do mesmo.

Seu gerente pode ser a primeira fonte de consulta sobre questões éticas. Como alternativa, você também pode relatar qualquer preocupação ética ou de conformidade pelo

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

telefone ou por e-mail à linha direta de ética do Instituto ou para qualquer representante da empresa indicado nos Métodos de Aplicação destes Padrões.

Aplicabilidade: Os gerentes do Instituto são responsáveis por discutir estes padrões de Conduta com todos os colaboradores da organização e por garantir que suas condições sejam entendidas e observadas. Cada gerente é responsável por praticar uma supervisão atenta a fim de garantir o comportamento comercial ético e legal desses colaboradores sobre os quais tem responsabilidade operacional. Cada colaborador também tem responsabilidade pessoal direta por seguir as condições destes Padrões de Conduta e por tomar a iniciativa de buscar ajuda ou esclarecimento a fim de evitar decisões comerciais ilegais ou antiéticas.

Quando tiver dúvida sobre uma questão ética, pergunte a si mesmo:

SE ESTA AÇÃO FOSSE DIVULGADA, PREJUDICARIA A REPUTAÇÃO DO INSTITUTO, OU DE ALGUÉM, INCLUINDO EU MESMO?;

EU FICARIA CONSTRANGIDO SE OUTRAS PESSOAS

SOUBESSEM QUE FIZ ISSO?;

SE A SITUAÇÃO FOSSE INVERSA, COMO EU ME SENTIRIA COMO VÍTIMA DESSA AÇÃO?;

HÁ UMA AÇÃO ALTERNATIVA QUE NÃO REPRESENTE UM CONFLITO ÉTICO?;

DEVO CONVERSAR COM ALGUÉM QUE TENHA AUTORIDADE NO INSTITUTO ANTES DE EXECUTAR ESSA AÇÃO?;

RELAÇÕES DO INSTITUTO

O colaborador do Instituto, será visto como um reflexo do mesmo. Isso se aplicará tanto ao horário comercial quanto às demais horas do dia.

Espera-se que seja leal e fiel aos princípios do mesmo, de honestidade, integridade e lealdade, bem como às responsabilidades de seu trabalho, e que se comporte de uma maneira ética que seja benéfica para você e para o Instituto.

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO COMITÉ DE COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Uma tomada de decisão ética exige a compreensão dos valores e dos princípios pessoais e do Instituto, além de muito bom senso. Qualquer colaborador ou parceiro do Instituto deve agir apenas conforme o escopo de sua contratação e descrição de suas atribuições. Qualquer dúvida a esse respeito deve ser levada ao seu superior imediato.

São alguns temas que merecem atenção específica:

Fraudes Internas - nenhum Colaborador poderá agir sem poderes de representação, elaborar ou induzir a elaboração de documentos fraudulentos a fim de obter a aprovação do Instituto para decisões, despesas, relatório de despesas ou algum benefício individual.

Contratações em nome do Instituto - nenhum Colaborador poderá celebrar contratos ou acordos, salvo os contratos e acordos padrão do mesmo, sem a ciência e aprovação do gerente responsável.

Assinaturas - nenhum Colaborador poderá assinar por outro sem o devido consentimento desse, também não poderá forjar a assinatura (rubrica ou outro sinal) de outro.

Discursos e apresentações - a realização de discursos, apresentações, seminários em que o nome do Instituto esteja

ou possa estar envolvido, deve ser previamente aprovada pelo responsável pela área de Comunicação.

Relações com e entre Colaboradores

O Instituto está firmemente comprometida com as oportunidades iguais, sem preconceito de idade, sexo, raça, religião, cor, preferência sexual, nacionalidade, deficiência ou outra condição protegida por lei. O Instituto respeita as diferenças de formação, experiência e perspectivas que as pessoas trazem com elas para o mesmo. O Instituto está interessado em contratar pessoas íntegras que, com certeza, serão os melhores executores.

Esperamos que todos os Colaboradores se aceitem e se respeitem como iguais, com atitudes de cooperação, cortesia e consideração. Nenhum indivíduo ou grupo deve ser considerado de "segunda classe". O Instituto não tolerará, da parte de qualquer Colaborador, uma conduta que assedie, perturbe ou interfira no desempenho do trabalho de outra pessoa ou que crie um ambiente de trabalho constrangedor, ofensivo, abusivo ou hostil.

Caracteriza-se o assédio sexual quando alguém em posição privilegiada usa dessa condição para coagir ou ofertar benefícios

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

a um Colaborador para obter vantagem ou favor sexual. Formas mais graves de assédio sexual podem ser caracterizadas pelo pedido de favores sexuais ou qualquer forma de chantagem sexual, explícita ou implícita, que possa ter influência na carreira, salário, funções ou condições de trabalho. Outros exemplos, menos graves, de assédio sexual incluem comentários sexualmente sugestivos, insinuações, gracejos ou piadas. A caracterização da conduta de assédio sexual depende das circunstâncias e contexto em que o incidente tiver ocorrido. Tal tipo de comportamento pode interferir no exercício do trabalho e criar um ambiente de trabalho hostil. Quando este tipo de violação tiver ocorrido o Instituto atuará para frear o assédio, prevenir sua ocorrência, bem como tomar as medidas disciplinares e legais contra os responsáveis. As reclamações sobre assédio sexual devem ser realizadas ao Compliance Officer e devem ser prontamente analisadas e resolvidas.

O Instituto apoia e defende a proteção de direitos humanos internacionais em nossa esfera de influência, garantindo que não exista participação em abusos de direitos humanos e além de reforçar a mesma exigência de seus parceiros comerciais e fornecedores. O Instituto respeita as leis relacionadas a mão de obra infantil e demais exigências trabalhistas.

O Instituto garante que nenhum trabalho é realizado de maneira forçada, obrigado ou involuntário, sendo certo que seus contratos de trabalho respeitam todos os direitos dos trabalhadores em se organizar de acordo com as leis e as práticas estabelecidas.

O Instituto está dedicado em manter um ambiente de trabalho que seja seguro e em conformidade com as leis que regem a segurança e a saúde no local de trabalho. Seus colaboradores devem seguir as regras estabelecidas de segurança, meio ambiente e saúde e deve ter consciência de que as precauções apropriadas relacionadas à saúde e à segurança em todas as ocupações foram tomadas por cada indivíduo e pelo Instituto. Caso tal regra não seja respeitada, o colaborador deve imediatamente reportar para a gerência apropriada qualquer incidente ou ferimento sofrido no trabalho ou qualquer preocupação ambiental, de saúde ou de segurança que possa ter. Ações apropriadas e oportunas serão tomadas para corrigir condições inseguras.

Atos violentos ou ameaças de violência não serão tolerados.

Relações com fornecedores e prestadores de serviços

Os fornecedores e prestadores de servi-

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

ços que oferecem produtos, material médico, medicamentos e serviços de qualidade são uma parte importante da capacidade do Instituto de oferecer serviços superiores para seus pacientes. O Instituto espera que seus fornecedores e prestadores de serviços sejam pessoas íntegras que produzam componentes de qualidade excelente, com entregas no prazo e por preços competitivos. O Instituto utiliza sempre as práticas de ética comercial de mais alto nível na seleção, negociação e administração de todas as atividades de compras, respeitando e protegendo as informações de propriedade exclusiva de seus parceiros.

Relações com a comunidade

O Instituto visa fornecer às comunidades onde se encontra o Hospital Estadual de Formosa, colaboração com pessoas capazes que ajudarão nas tarefas de liderança. Desde que essas tarefas externas atendam aos nossos interesses e não interfiram no desempenho de seu trabalho, encorajamos a sua participação. Para qualquer tarefa externa que envolva uma quantidade significativa de tempo durante o horário de trabalho normal, é preciso obter aprovação prévia do gerente.

CONFORMIDADE COM LEIS E NORMAS

O Instituto realiza seu trabalho e gestão de suas Unidades de Saúde de acordo com todas as leis e normas aplicáveis. Cada indivíduo do Instituto é pessoalmente responsável por cumprir essa obrigação. Os gerentes devem garantir que os funcionários conheçam as exigências legais e compreendam a importância de adequar sua conduta às leis. Obedecer às leis não é a única responsabilidade ética; é uma condição absolutamente mínima e essencial na execução de nossas funções. Se você tiver dúvidas sobre leis ou normas específicas, entre em contato com o departamento jurídico do Instituto.

Antissuborno/Anticorrupção

A Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013 (lei brasileira sobre responsabilidade de empresas por atos de corrupção) e várias outras leis relacionadas proíbem o Instituto de oferecer ou pagar qualquer quantia em dinheiro ou outro item de valor, direta ou indiretamente, a qualquer agente público nacional, partido político nacional ou seus representantes e candidatos a cargos públicos, com a finalidade de obter ou manter indevidamente os negócios ou de influen-

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

ciar uma ação do governo em favor do Instituto. Esses pagamentos proibidos incluem taxas de consultoria, corretagem, assessoria ou outras taxas pagas a terceiros quando haja motivo para acreditar que qualquer parte dessas taxas será distribuída para representantes ou partidos políticos de governo nacional visando a realização desses objetivos indevidos.

Atividades políticas

O Instituto encoraja todos os funcionários a votarem e a serem ativos no processo político. No entanto, várias leis regem o uso de fundos e recursos corporativos ligados a eleições. Contribuições políticas por ou em nome da Instituto são proibidas.

CONFLITOS DE INTERESSES

O Instituto espera que seus colaboradores e parceiros se dediquem com lealdade e sinceridade em seu horário de trabalho e que evitem qualquer conflito de interesses, pois são proibidos. Um conflito de interesses ocorre quando seu interesse particular interfere de alguma maneira, ou aparenta interferir, nos interesses do mesmo como um todo. Por exemplo, seus colaboradores e parceiros de-

vem evitar qualquer relação, influência, interesse externo ou atividade que possa prejudicar sua capacidade de tomar decisões objetivas e justas ao exercer sua função ou que possa levar outras pessoas a acreditarem que suas decisões não são objetivas. Também deve evitar qualquer situação na qual qualquer colaborador ou um familiar receba benefícios pessoais impróprios como resultado de sua posição no Instituto.

Sempre que surgir um conflito ou uma possibilidade de conflito, o colaborador deverá revelar a todos os detalhes da questão ao Compliance Officer, a fim de determinar se há um conflito de interesses e, se houver, para determinar se suas atividades podem ser estruturadas de uma maneira que o conflito, ou até mesmo a aparência de conflito, não interfira no desempenho de seu trabalho ou se é necessária uma dispensa relacionada com a situação de conflito de interesses.

O Compliance Officer, juntamente com outros membros da gerência sênior, deve avaliar as informações fornecidas, o conflito de interesses apresentado e outros fatos e circunstâncias conforme apropriado, a fim de estabelecer uma determinação consistente com estes Padrões de Conduta. O Compliance Officer deve, então, informar os funcionários e seus supervisores, bem como a diretoria do Hospital Estadual de Formosa, sobre a determinação estabelecida.

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Subornos, presentes e entretenimento

Os funcionários do Instituto não podem oferecer nem aceitar qualquer presente que possa, real ou aparentemente, influenciar indevidamente uma relação ou decisão comercial. Presentes podem incluir desde brindes promocionais de valor nominal amplamente distribuídos, que qualquer colaborador possa oferecer ou aceitar, até subornos, que inquestionavelmente não devem ser oferecidos nem aceitos. Nenhum presente ou entretenimento deve ser oferecido a nenhum agente público brasileiro, independentemente da intenção ser real ou aparente. Oferecer ou receber presentes inapropriados ou pagamentos não autorizados prejudica a objetividade, compromete as relações e pode ser ilegal.

PROTEÇÃO DOS ATIVOS DO HOSPITAL ESTADUAL DE FORMOSA

Todo colaborador do Instituto é responsável por proteger os ativos do Hospital Estadual de Formosa, incluindo seus ativos físicos,

como instalações, equipamentos e estoques, e ativos intangíveis. Todo colaborador deve usar e manter esses ativos com a maior cuidado e respeito, protegendo-os contra danos, abuso, roubo e descuido, estando o mesmo sempre atento às oportunidades de melhorar o desempenho e reduzir custos. Os ativos do Hospital Estadual de Formosa, só podem ser usados para fins da gestão e operação do mesmo.

Precisão de livros, registros e dos relatórios públicos

Colaboradores, executivos e diretores devem relatar, de maneira honesta, precisa e completa, todas as transações contábeis. Todos os colaboradores são responsáveis pela precisão e pela integridade de seus registros e relatórios. Informações precisas e completas são essenciais à capacidade do Instituto de cumprir as obrigações legais e normativas. Todos os livros, registros e contas da empresa devem ser mantidos de acordo com todas as normas, padrões e políticas contábeis e financeiras aplicáveis e devem refletir, com precisão, a real natureza das transações que registraram. Isso é obrigatório. As declarações financeiras do Instituto devem estar em conformidade com todas as regras e práticas contábeis aceitas em geral e exigidas pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás.

AM

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Nenhuma conta ou fundo não divulgado ou não registrado deve ser estabelecido para qualquer finalidade. Faz parte da política do Instituto fornecer informações completas, idôneas, precisas, imediatas e compreensíveis em relatórios e documentos que serão consolidados e apresentados à Secretaria de Saúde do Estado de Goiás.

Proteção de Dados Pessoais

Todo Colaborador deve agir para proteger os dados pessoais de terceiros ou pacientes tratados pelo Instituto.

Por dados pessoais entende-se toda informação relacionada a pessoa física identificada ou identificável.

Por tratamento de dados pessoais entende-se toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.

Dados pessoais mantidos em arquivos físicos devem ter acesso controlado e registrado, devendo-se registrar inclusive a justificativa para o acesso a dados pessoais.

Dados pessoais mantidos em arquivos eletrônicos devem ser protegidos por senha. Equipamentos que contenham dados pessoais devem ser protegidos por senha.

Dados pessoais não podem ser compartilhados com terceiros estranhos ao Instituto. Antes de se enviar qualquer documento ou informação a terceiros (inclusive antes de se repassar um e-mail) deve-se checar se no documento em questão há dados pessoais e se houve autorização para uso desses dados. Na ausência de autorização, esses dados devem ser apagados ou anonimizados. Citamos como exemplo os pedidos de prontuários de pacientes por pessoas não autorizadas pela família.

Sempre que um colaborador se deparar com uma reclamação quanto ao uso incorreto ou quanto à inexatidão de dados pessoais, deve encaminhá-la imediatamente a seu superior e ao responsável pela proteção de dados do Instituto.

Nenhum colaborador pode manter em seus arquivos dados pessoais, a não ser, que haja uma justificativa para tanto.

Qualquer dúvida quanto a dados pessoais deve ser encaminhada ao responsável pela proteção de dados do Instituto.

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

MÉTODOS DE APLICAÇÃO, CONTROLE E MONITORAMENTO

A Política de Compliance é levada ao conhecimento de todos os destinatários por meio de atividades de comunicação específicas. Treinamentos e cursos são periodicamente realizados, na frequência a ser estabelecida pelo Compliance Officer.

Qualquer dúvida de aplicação relacionada a este documento deve ser prontamente discutida com o Compliance Officer.

Qualquer colaborador do Instituto, tem uma obrigação para com a empresa de relatar a conduta que, de boa-fé, acredite ser uma violação das leis, das normas, destes Padrões de Conduta ou das políticas do Instituto, incluindo qualquer questão contábil ou de auditoria.

Esses relatos podem ser feitos anonimamente. Nenhum colaborador sofrerá represália por relatar, de boa-fé, informações que acredite estejam violando as leis, as normas ou estes Padrões de Conduta. O Instituto não punirá, discriminará nem fará retaliações contra qualquer funcionário que relate uma reclamação ou preocupação, a menos que

seja determinado que o relato foi intencionalmente falso.

Procedimentos para relatar

O Instituto encoraja os funcionários a discutir com o gerente questões relacionadas à interpretação e à aplicação destes Padrões de Conduta e a relatar para ele qualquer suspeita de violação. Cada gerente do Instituto tem como responsabilidade especial criar e manter um ambiente de trabalho que encoraje o comportamento ético e a comunicação aberta em relação a questões e preocupações éticas.

Se, no entanto, sentir-se constrangido em procurar seu gerente ou se as questões ou preocupações não forem satisfatoriamente resolvidas por ele, você poderá contactar o responsável pela aplicação do Programa de Compliance. O acesso ao conteúdo das mensagens ou denúncias é estritamente limitado aos indivíduos cujo acesso a elas é indispensável.

Qualquer colaborador poderá fornecer as informações anonimamente, se preferir. No entanto, lembre-se de que, normalmente, é mais difícil investigar totalmente os problemas levantados anonimamente e não receberá o resultado da investigação.

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Procedimentos de investigação

Se o Instituto receber informações sobre uma suposta violação da lei, das normas ou destes Padrões, o responsável pela aplicação do Programa de Compliance (ou alguém nomeado por ele) deverá, conforme apropriado, com a colaboração de outros membros da gerência sênior: (a) avaliar as informações; (b) se a violação alegada envolver um executivo ou diretor, informar a diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa; (c) determinar se é necessário iniciar uma investigação informal ou formal e, nesse caso, iniciar a investigação; (d) ter os resultados de qualquer investigação, bem como uma recomendação para disposição do problema, relatados ou, se a violação alegada envolver um executivo ou diretor, relatar os resultados de qualquer investigação para a diretoria ou um comitê responsável. Espera-se a total cooperação de funcionários, executivos e diretores em qualquer investigação realizada pelo Instituto que envolva uma alegação de violação dos Padrões. A não cooperação com qualquer investigação desse tipo poderá resultar em ações disciplinares, levando até à demissão.

O Instituto deverá determinar se as violações dos Padrões ocorreram e, se forem constatadas, deverá determinar as medidas disci-

plinares a serem tomadas contra qualquer funcionário que os tenha violado. Se a violação alegada envolver um executivo ou diretor, a diretoria deverá determinar se ocorreu a violação dos Padrões e, se for constatada, serão tomadas as devidas medidas disciplinares contra esse executivo ou diretor.

Lembre-se de que uma pessoa que relata uma violação alegada da lei, das normas ou destes Padrões, mesmo que o relato não seja anônimo, não será necessariamente informada do andamento, da conclusão ou dos resultados da investigação. O não cumprimento dos Padrões poderá resultar em ação disciplinar, incluindo, sem limitação, advertências, medidas de controle, suspensão sem pagamento e demissão.

Determinadas violações dos Padrões poderão exigir que o Instituto encaminhe a questão para as autoridades governamentais ou normativas competentes para investigação ou ação legal. Além disso, qualquer supervisor que ordene ou aprove qualquer conduta que viole os Padrões, ou que tenha conhecimento dessa conduta e não a relate imediatamente, também estará sujeito à ação disciplinar, levando até à demissão.

Medidas Disciplinares

Compete ao Compliance Officer a verificação



LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

e apuração de eventuais violações dos deveres previstos na Política de Compliance. Em caso de violação, as funções competentes, titulares do poder disciplinar, comprometem-se a impor, com coerência, imparcialidade e uniformidade, sanções proporcionais às respectivas violações e no cumprimento das disposições em vigor sobre a regulamentação das relações de trabalho.

Compliance Officer da Unidade Hospitalar, conforme descrito abaixo:

- I. Compliance Officer a ser definido;
- II. Representante da Diretoria Administrativa;
- III. Representante da Diretoria Assistencial;

ORIGEM

As responsabilidades do Hospital Estadual de Formosa, em relação ao Programa de Compliance serão de alta relevância. O compromisso do Instituto com o mesmo será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comissão de Compliance desempenhará um papel importante.

MEMBROS

A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de Formosa, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral será norteadas pelas regras do Programa de Compliance dispostas nesse documento.

A comissão deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, e presidida pelo

MECANISMO DE CONTROLE

O Comitê de Compliance do Hospital Estadual de Formosa, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato do Comitê de Compliance será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Administrativa ou Assistencial.

Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados a Direção Geral, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação. Ao término do mandato, a Direção Geral poderá renovar o Comitê em parte ou na totalidade de seus membros.

AM

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

FINALIDADE DO COMITÊ

As ações do Comitê de Compliance, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

- I. Receber as denúncias e avaliar;
- II. Analisar questões éticas e legais relacionadas às denúncias;
- III. Promover a divulgação do Programa de Compliance e seu respectivo canal;
- IV. Monitorar o cumprimento e observação das regras do Programa de Compliance;
- V. Instaurar os eventuais procedimentos de investigação;
- VI. Proceder a aplicação de medidas disciplinadoras quando necessário;
- VII. Orientar a diretoria responsável da unidade com relação a práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação;
- VIII. Principais Elementos do Programa de Compliance;
- IX. Envolvimento Alta Direção;
- X. Códigos de Ética;
- XI. Políticas e procedimentos Internos;

- XII. Autonomia;
- XIII. Recursos, treinamentos;
- XIV. Análise periódica de riscos;
- XV. Registros contábeis;
- XVI. Controles Internos;
- XVII. Diligências;
- XVIII. Canal de Comunicação;
- XIX. Medidas disciplinadoras e melhoria contínua.

Através do monitoramento do cumprimento das regras do Programa e Compliance, espera-se garantir o compromisso com trabalho ético, responsável e dentro das normas, leis e regras aplicáveis, no Hospital Estadual de Formosa.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comitê de Compliance deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações do Comitê de Compliance, visando à correção ou reparação de dis-

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

torções e irregularidades verificadas no cumprimento do Programa de Compliance devem ser encaminhadas primeiramente ao Compliance Officer do Hospital Estadual de Formosa, que irá notificar os demais a respeito do ocorrido.

Compete ao Comitê de Compliance a análise de 100% (cem por cento) dos casos de

denúncia contra as normas do Programa de Compliance ocorridos no Hospital Estadual de Formosa.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada à Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa.

1046





REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE COMPLIANCE

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento do Comitê de Compliance, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comitê de Compliance junto à administração e todo grupo de colaboradores do Hospital Estadual de Formosa.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º. Receber e analisar os casos de denúncia, os procedimentos e condutas, bem como instaurar os procedimentos de investigação e as medidas disciplinadoras quando cabíveis.

Artigo 3º. É um órgão de assessoria independente e ligado ao Jurídico e Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º. A composição mínima da Comitê de Compliance deverá ser de três membros, sendo um compliance officer, um membro da Diretoria Administrativa e um membro da Diretoria Assistencial, podendo ser superior a isso de acordo com a necessidade.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 6º. Ao presidente do Comitê de Compliance, além das outras instituídas neste regimento, compete:

- I. Presidir as reuniões ordinárias;
- II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;
- III. Encaminhar aos membros do Comitê de Compliance as propostas técnicas e administrativas de funcionamento da Comitê de Compliance para apreciação e aprovação;
- IV. Representar Comitê de Compliance sempre que solicitado;
- V. Nos impedimentos, este indicará um representante para substituí-lo;
- VI. Subscrever todos os documentos e resoluções do Comitê de Compliance previamente aprovados pelos membros desta;



CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

VII. Fazer cumprir o regimento;

VIII. Nas decisões do Comitê de Compliance, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

IX. Indicar seu vice-presidente/ coordenador;

X. Instaurar procedimento de investigação relativo as denúncias quando cabível.

de Compliance a todos os colaboradores e Parceiros do Instituto;

V. Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações e orientações do Programa de Compliance e do Comitê de Compliance;

VI. Divulgar e promover ações que viabilizem o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões do Comitê de Compliance;

VII. Avaliar e tratar todas as denúncias de Compliance;

VIII. Zelar pelo sigilo ético das informações.

Artigo 7º. Ao vice-presidente do Comitê de Compliance compete, além das outras instituídas neste regimento, compete:

I. Assumir as atividades do presidente na sua ausência;

II. Zelar pelo sigilo ético das informações.

Artigo 8º. Ao Comitê de Compliance compete:

I. Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comitê de Compliance;

II. Assessorar a Direção Geral em assuntos de sua competência;

III. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias;

IV. Desenvolver atividades de disseminação do Programa

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 9º. O Comitê de Compliance do Hospital Estadual de Formosa será presidido pelo Compliance Officer que nomeado através de Portaria Interna pela Diretoria Geral.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 10º. São atribuições de todos os membros do Comitê de Compliance:

I. Promover o monitoramento das regras Programa de Compliance.



REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

Artigo 11º. São atribuições da Secretaria do comitê de Compliance :

I. Receber e protocolar os processos e expedientes;

II. Lavrar a ata das sessões/reuniões;

III. Convocar os membros da Comitê de Compliance para as reuniões determinadas pelo presidente;

IV. Organizar e manter o arquivo do Comitê de Compliance;

V. Preparar a correspondência.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 12º. As reuniões do Comitê de Compliance serão realizadas mensalmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente, com local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 13º. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 14º. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 15º. O mandato deverá ser de 24 me-

ses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral.

Artigo 16º. O presidente do Comitê de Compliance, assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pelo Comitê de Compliance.

Artigo 17º. As decisões do Comitê de Compliance serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 18º. Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 19º. As reuniões do Comitê de Compliance deverão ser registradas em ata contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 20º. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal e anexado a ata da reunião ordinária.

Artigo 21º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros do Comitê de Compliance, em conjunto com a Diretoria Geral Hospital Estadual de Formosa.



REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Artigo 22º. Os assuntos tratados pelo Comitê de Compliance deverão ser guardados em sigilo ético e em obediência a Lei Geral de Proteção de Dados pessoais, por todos os membros.

Artigo 23º. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 24º. Nenhum membro do Comitê de Compliance, com exceção do Presidente, pode falar em nome do Comitê sem que para

isso esteja devidamente autorizado.

Artigo 25º. A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral.

Artigo 26º. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.



CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DO COMITÊ DE COMPLIANCE

| MÊS | ATIVIDADES |
|---------|--|
| M1 e M2 | 1. Criar o Comitê de Compliance, através de uma Resolução do Diretoria Geral, indicando nominalmente seus membros. |
| | 2. Aprovar o Regimento Interno do Comitê de Compliance; |
| | 3. Elaborar programa de palestras; |
| | 4. Reunião ordinária do Comitê de Compliance: (primeira terça-feira do mês). |
| | 5. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas; |
| M3 | 1. Elaborar normas para aplicação dos processos de melhoria contínua de monitoramento do Programa de Compliance; |
| | 2. Normatizar o adequado registro das denúncias e dos procedimentos de investigação instauradas; |
| | 3. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas; |
| | 4. Reunião ordinária do Comitê de Compliance: (primeira terça-feira do mês). |
| | 5. Realizar treinamento – Palestra |
| M4 | 1. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas; |
| | 2. Reunião ordinária do Comitê de Compliance (primeira terça-feira do mês). |
| M5 | 1. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas; |
| | 2. Reunião ordinária do Comitê de Compliance (primeira terça-feira do mês). |
| M6 | 1. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas; |
| | 2. Reunião ordinária do Comitê de Compliance (primeira terça-feira do mês). |
| | 3. Realizar treinamento – Palestra |
| M7 | 1. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas; |
| | 2. Reunião ordinária do Comitê de Compliance (primeira terça-feira do mês). |

| | |
|----------|---|
| M8 | 1. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas; |
| | 2. Reunião ordinária do Comitê de Compliance (primeira terça-feira do mês). |
| M9 e M10 | 1. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas; |
| | 2. Reunião ordinária do Comitê de Compliance (primeira terça-feira do mês). |
| | 3. Realizar treinamento – Palestra. |
| | 1. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas; |
| M11 | 2. Reunião ordinária do Comitê de Compliance (primeira terça-feira do mês). |
| | 1. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas; |
| M12 | 2. Reunião ordinária do Comitê de Compliance (primeira terça-feira do mês). |
| | 3. Realizar treinamento – Palestra. |
| | 1. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas; |



ITEM 2.1.29 - COMISSÃO DE PROCESSAMENTO DE PRODUTOS DE SAÚDE

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO COMISSÃO DE PROCESSAMENTO DE PRODUTOS DE SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

COMISSÃO DE PROCESSAMENTO DE PRODUTOS DE SAÚDE

CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Processamento de Produtos de Saúde (CPPS) deve ser constituída em atendimento a determinação da Resolução RDC nº 15 de 15 de março de 2012. A CPPS é um órgão colegiado do Hospital Estadual de Formosa, de natureza consultiva, deliberativa, normativa e educativa, que tem por objetivo instituir ações para promoção de boas práticas para o processamento de produtos para saúde, visando a segurança do paciente e dos profissionais envolvidos.

Atuação da Comissão é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício.

ORIGEM

A responsabilidade técnico-científica do Hospital Estadual de Formosa, em relação à qualidade da assistência e pesquisa serão de alta relevância. O compromisso com o paciente será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a CPPS/HEF desempenhará um importante papel.

MEMBROS

A CPPS será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de Formosa, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral através de Portaria conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar ações das

boas práticas para o processamento de produtos para a saúde. A Comissão será norteadada pelo Regimento Interno da Comissão de Processamento de Produtos de Saúde.

A comissão deverá ser composta por no mínimo 6 (seis) membros, nomeados após indicação e conhecimento acerca de assuntos relacionados às boas práticas para o processamento de produtos para a saúde. Deverá obrigatoriamente constar entre os membros:

- I. Representante da Diretoria;
- II. Responsável pela CME - Central de Material e Esterilização;
- III. Representante da Enfermagem;
- IV. Representante da Equipe Médica;
- V. Representante da CCIH;
- VI. Representante do Centro Cirúrgico.

MECANISMO DE CONTROLE

Hospital Estadual de Formosa, com proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação à comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato da Comissão de Processamento de Produtos de Saúde será de 24 (vinte e quatro) meses, sendo permitida a

recondução de acordo com parecer favorável da Diretoria Geral do HEF.

Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados à Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação.

Será substituído o membro que deixar de comparecer sem justificativa por escrito a 03 (três) reuniões seguidas ou a 03 (três) reuniões intercaladas durante o ano.

A CPPS/HEF terá um COORDENADOR, um Subcoordenador e um Secretário eleitos pelos seus pares, com mandato de 02 (dois) anos, podendo ser reeleitos.

FINALIDADE DA COMISSÃO

As ações da Comissão de Processamento de Produtos de Saúde CPPS/HEF, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

- I. Promover a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologia da saúde;
- II. Promover a disseminação sistemática da cultura de segurança;
- III. Promover a articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- IV. Garantir as boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO COMISSÃO DE PROCESSAMENTO DE PRODUTOS DE SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

V. Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;

VI. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

VII. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos;

VIII. Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em processamento de produtos para saúde;

IX. Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes do processamento de produtos para prestação do serviço de saúde;

X. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde, os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes do processamento de produtos para saúde e prestação do serviço de saúde;

XI. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;

XII. Definir os produtos para saúde a serem processados no CME ou que devam ser encaminhados a serviços terceirizados contratados;

XIII. Participar da especificação para a aquisição de produtos para a saúde, equipamentos e insumos a

serem utilizados no processamento de produtos para saúde;

XIV. Participar da especificação para aquisição de produtos para a saúde a serem processados pelo CME;

XV. Estabelecer critérios de avaliação das empresas processadoras terceirizadas, para a contratação desses serviços e proceder a sua avaliação sempre que julgar necessário;

XVI. Analisar e aprovar os indicadores para o controle de qualidade do processamento dos produtos propostos pelo responsável pelo CME;

XVII. Manter registros das reuniões realizadas e decisões tomadas.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão de Processamento de Produtos de Saúde deverá reunir-se a cada 60 (sessenta) dias, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As reuniões serão realizadas com a presença mínima de metade mais um dos membros e para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada às instâncias superiores.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PROCESSAMENTO DE PRODUTOS DE SAÚDE

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão de Processamento de Produtos de Saúde (CPPS), estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão de Processamento de Produtos de Saúde junto à administração e ao corpo clínico.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º. A CPPS, tem como finalidade:

I. Definir junto a CME, os produtos para Saúde que poderão ser processados na Instituição;

II. Promover a disseminação sistemática da cultura de segurança;

III. Promover a articulação e a integração dos processos de gestão de risco;

IV. Garantir as boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;

V. Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;

VI. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

VII. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos;

VIII. Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em processamento de produtos para saúde;

IX. Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes do processamento de produtos para prestação do serviço de saúde;

X. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde, os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes do processamento de produtos para saúde e prestação do serviço de saúde;

XI. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;

XII. Definir os produtos para saúde

a serem processados no CME ou que devam ser encaminhados a serviços terceirizados contratados;

XIII. Participar da especificação para a aquisição de produtos para a saúde, equipamentos e insumos a serem utilizados no processamento de produtos para saúde;

XIV. Participar da especificação para aquisição de produtos para a saúde a serem processados pelo CME;

XV. Estabelecer critérios de avaliação das empresas processadoras terceirizadas, para a contratação desses serviços e proceder a sua avaliação sempre que julgar necessário;

XVI. Analisar e aprovar os indicadores para o controle de qualidade do processamento dos produtos propostos pelo responsável pelo CME;

XVII. Manter registros das reuniões realizadas e decisões tomadas.

III. Secretário

IV. Membros

Artigo 4º. A comissão deverá ser composta por no mínimo 6 (seis) membros, nomeados após indicação e conhecimento acerca de assuntos relacionados às boas práticas para o processamento de produtos para a saúde. Deverá obrigatoriamente constar entre os membros:

- I. Representante da Diretoria;
- II. Responsável pela CME - Central de Material e Esterilização;
- III. Representante da Enfermagem;
- IV. Representante da Equipe Médica;
- V. Representante da CCIH;
- VI. Representante do Centro Cirúrgico.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º. A estrutura da Comissão de Processamento de Produtos (CPPS) deverá compreender:

- I. Coordenador;
- II. Vice Coordenador;

CAPÍTULO IV - DAS COMPE- TÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Artigo 5º. Ao Coordenador da CPPS compete dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Grupo e, especificamente:

- I. Representar a CPPS em suas relações internas e externas;

II. Convocar e coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CPPS;

III. Estabelecer a pauta para as reuniões ordinárias e extraordinárias;

IV. Indicar relatores para matérias que necessitem de apreciação;

V. Convidar profissionais para participarem da realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução das finalidades da Comissão;

VI. Propor, a qualquer tempo e por motivo justificado, a substituição de membro da representante de área;

VII. Subscrever os documentos e resoluções da Comissão;

VIII. Dar encaminhamento das resoluções da CPPS, junto a CCIH do HEF;

IX. Cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno.

Artigo 6º. Ao vice Coordenador da CPPS compete:

- I. Auxiliar o trabalho do Coordenador e substituí-lo em suas faltas e impedimentos.

Artigo 7º. Ao Secretário da CPPS compete:

- I. Preparar as atas das reuniões;
- II. Estabelecer com o respectivo setor administrativo o local para guardar as atas e outros documentos da Comissão, preparo de documentos e encaminhamentos de correspondência;
- III. Substituir o Vice Coordenador em suas faltas e impedimentos.

Artigo 8º. Aos membros da CPPS compete:

- I. Comparecer às reuniões, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;
- II. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem atribuídas pelo Coordenador;
- III. Apresentar proposições sobre assuntos ligados à finalidade desta Comissão;
- IV. Requerer votação de matéria, em regime de urgência;
- V. Efetuar estudos e solicitar ou sugerir medidas de aperfeiçoamento dos trabalhos da Comissão.

Artigo 9º. Na falta ou impedimento do secretário da CPPS os membros presentes, em comum acordo, elegerão um membro que fi-

cará responsável pelas atribuições de secretariado pelo período necessário.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 10º. A CPPS reunir-se-á ordinariamente uma vez a cada dois meses, de acordo com agenda pré-estabelecida.

Artigo 11º. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Coordenador da CPPS ou a requerimento da maioria dos membros.

Artigo 12º. As reuniões deverão, preferencialmente, acontecer com a presença de pelo menos metade dos membros mais um.

Artigo 13º. Quando não houver quórum a reunião se realizará 15 minutos após a hora previamente estabelecida, com qualquer número de membros presentes.

Artigo 14º. Será solicitada a substituição do membro da CPPS que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a 3 reuniões intercaladas ou consecutivas no período de um ano.

Artigo 15º. Os membros da CPPS podem, a qualquer tempo e por motivo justificado, propor à Diretoria Geral a substituição do Coordenador.

Artigo 16º. A sequência dos trabalhos das reuniões deverá seguir a seguinte ordem:

- I. Verificação da presença do Coordenador ou, na sua ausência, do membro indicado para coordenar a reunião;
- II. Verificação de presença e existência de quórum para instalação do plenário;
- III. Leitura da ata da reunião anterior e discussão das pendências;
- IV. Avisos, comunicações, apresentação de proposições, correspondência e documentos de interesse e franqueamento da palavra;
- V. Discussão e votação da matéria incluída em pauta;
- VI. Organização da pauta da próxima reunião, com impressão e assinatura da ata do dia.

Artigo 17º. O relator designado emitirá parecer por escrito contendo o histórico e o resumo da matéria e as considerações que entender cabíveis a sua conclusão.

Artigo 18º. A matéria que entrar em pauta na reunião deverá ser, obrigatoriamente, dado andamento ou solução, no prazo máximo de até duas reuniões.

Artigo 19º. Para fins das atividades da CPPS, entenda-se:

- I. Protocolo teste: a descrição dos procedimentos necessários a teste da metodologia proposta para o reprocessamento do produto médico;
- II. Protocolo de Reprocessamento: a descrição dos procedimentos necessários à realização do reprocessamento do produto médico, que deve ser instituído por meio de um instrumento normativo interno da Instituição e validado pela equipe por meio da execução de protocolo teste;
- III. Validação: o processo estabelecido por evidências documentadas que comprovam que uma atividade específica apresenta conformidade com as especificações predeterminadas e atende aos requisitos de qualidade.



CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 20º. O presente Regimento Interno poderá ser alterado mediante proposta da Comissão, submetida ao Coordenador e com apoio da maioria absoluta de seus membros e aprovada pela Direção Geral da Instituição de saúde.

Artigo 13º. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 14º. O presente Regimento entrará em vigor na data da sua aprovação.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE PROCESSAMENTO DE PRODUTOS DE SAÚDE

| MÊS | ATIVIDADES |
|----------|--|
| M1 e M2 | 1. Criar a Comissão de Processamento de Produtos de Saúde, através de uma Resolução da Diretoria Geral, indicando nominalmente seus membros. |
| | 2. Aprovar o Regimento Interno da Comissão de Processamento de Produtos de Saúde. |
| | 3. Reunião ordinária da Comissão de Processamento de Produtos de Saúde. |
| | 4. Estabelecer Plano de Ação e calendário anual de reuniões. |
| | 5. Verificar junto a CME e Comissão de Padronização de Produtos para Saúde possíveis demandas iniciais. |
| M3 e 4 | 1. Elaborar normas para auditoria e revisão dos produtos destinados a processamento na Instituição. |
| | 2. Reunião ordinária da Comissão de Processamento de Produtos de Saúde. |
| | 3. Fomentar a criação de um programa de capacitação em processamento de produtos de Saúde. |
| | 4. Realizar diagnóstico Situacional sobre incidentes e eventos adversos decorrentes do processamento de produtos para prestação do serviço de saúde. |
| M5 e 6 | 1. Reunião ordinária da Comissão de Processamento de Produtos de Saúde. |
| | 2. Iniciar a implementação do programa de treinamento em processamento de produtos de saúde. |
| | 3. Divulgação do diagnóstico situacional sobre incidentes e eventos adversos decorrentes do processamento de produtos para prestação dos serviços de saúde. |
| M7 e 8 | 1. Reunião ordinária da Comissão de Processamento de Produtos de Saúde. |
| | 2. Continuidade da implementação do programa de treinamento em processamento de produtos de saúde. |
| M9 e 10 | 1. Reunião ordinária da Comissão de Processamento de Produtos de Saúde. |
| | 2. Finalização do Programa de treinamento em processamento de produtos de saúde com todos os profissionais elegíveis da Instituição. |
| | 3. Reavaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes do processamento de produtos para prestação dos serviços de saúde, pós-treinamento. |
| | 4. Iniciar formulação do relatório anual da CPPS. |
| M11 e 12 | 1. Reunião ordinária da Comissão de Processamento de Produtos de Saúde. |
| | 2. Finalização do relatório anual da CPPS, com ênfase nos resultados das ações e programas de capacitação realizados na Instituição. |
| M12 | 1. Divulgação dos resultados das ações da CPPS para Direção Geral, CME, CCIH e demais colaboradores. |

ITEM 2.1.30 - OUTRAS COMISSÕES

ITEM 2.1.30.1 - COMISSÃO DE APOIO A DESOSPITALIZAÇÃO SEGURA

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE APOIO A DESOSPITALIZAÇÃO SEGURA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

1062

CONSTITUIÇÃO COMISSÃO DE APOIO A DESOSPITALIZAÇÃO SEGURA

CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Apoio a Desospitalização Segura deve ser constituída em atendimento à determinação regulamentada pela Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, legislação que Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar. Portaria nº 825, de 25 de abril

de 2016, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas e pelo corpo clínico Hospital Estadual de Formosa.

As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício.

Como objetivo de implantar os princípios de uma gestão participativa junto à unidade de saúde, a Comissão, de modo fundamentado, poderá levar suas orientações à diretoria da unidade competente pelo tema, a fim de adotar as referidas orientações. Caso a diretoria não adote referidas orientações, a Comissão poderá encaminhar a matéria ao

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE APOIO A DESOSPITALIZAÇÃO SEGURA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

diretor presidente da organização social, expondo suas razões.

O Hospital Estadual de Formosa, defende a importância do atendimento voltado a proporcionar qualidade de vida aos pacientes e é através da atuação da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura que avalia as necessidades de desospitalização dos pacientes em internações prolongadas, além de avaliar as necessidades do paciente durante a internação, mitigando fatores que possam contribuir a um tempo prolongado de internação, atuando de maneira preventiva nesses casos. A desospitalização está associada à humanização e oferece aos usuários uma recuperação mais rápida no domicílio buscando racionalizar a utilização dos leitos hospitalares. Um dos eixos é a desospitalização, que proporciona celeridade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio por meio da educação do paciente, familiar e cuidador elegível. A relação da equipe multidisciplinar e cuidadores é estratégica e fundamental para viabilizar a desospitalização, permitindo que usuários internados continuem o tratamento em casa, de forma abrangente e responsável, abreviando o tempo de internação e risco de reinternações precoces.

ORIGEM

As responsabilidades sociais do Hospital Estadual de Formosa, em relação à assistência e qualidade de vida aos pacientes, cuidadores, familiares e comunidade, através da atuação da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura está associada à humanização, cuidado integrado com a Rede de Assistência à Saúde (RAS), oferecendo aos usuários uma recuperação, reabilitação e cuidados, de acordo com suas condições clínicas, personalizando seu cuidado, o que muitas vezes promove uma recuperação mais rápida, com menores riscos e ainda buscando otimizar a utilização dos leitos hospitalares.

MEMBROS

A Comissão de Apoio a Desospitalização Segura será composta por membros efetivos, deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral será norteadada pelo Regimento Interno da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura.

A comissão contará com profissionais que atuam de forma humanizada e em consonância com a legislação vigente, deverá ser composta por no mínimo 4 (quatro) mem-

bro, sendo 1 (um) médico, 2 (dois) enfermeiros, 1 (um) Psicólogo e 1 (um) Assistente Social, preferencialmente, podendo outros profissionais da área de saúde compor a Comissão, desde sendo 1 (um) representante por profissão, seja de forma efetiva ou como membros convidados, todos atuarão de forma para que a promoção da alta hospitalar seja segura e eficaz.

O presidente da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura não define obrigatoriamente a qualificação profissional.

MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão de Apoio a Desospitalização Segura do Hospital Estadual de Formosa, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

Em caso de substituição dos membros, os nomes dos suplentes eleitos deverão ser encaminhados a Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação.

FINALIDADE DA COMISSÃO

As ações da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

I. Identificar aspectos clínicos e epidemiológicos relacionados aos paciente permanência na unidade de saúde acima de dez (10) dias;

II. Identificar pacientes com necessidade do uso de dispositivos, medicamentos especiais ou dietas em domicílio;

III. Pacientes submetidos a curativos especiais (LPP), procedimentos (sondagem intermitente, trocas de bolsas em ostomias, entre outras);

IV. Pacientes institucionalizados;

V. Orientar a diretoria responsável da unidade com relação a práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação.

Através da avaliação dos critérios estabelecidos para a desospitalização segura, assim como dos indicadores resultantes destas

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE APOIO A DESOSPITALIZAÇÃO SEGURA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

avaliações, esperasse atingir a qualidade na realização dos processos que balizam a Comissão de Apoio a Desospitalização Segura, sendo estes:

- I. Nº de Pacientes elegíveis;
- II. Nº de Desospitalizações Seguras efetuadas;
- III. Nº de reinternações (pacientes que reinternam com menos de 29 dias de alta hospitalar na Instituição).

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão de Apoio a Desospitalização Segura deverá reunir-se semanalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura, promove a inclusão do paciente com implantação de informativo diário promovendo o programa de alta hospitalar interprofissional e avaliação clínica do paciente promovendo a educação do paciente/cuidador/familiar até o momento da alta e desenvolvendo um Plano Terapêutico Individual.

Compete a Comissão de Apoio a Desospitalização Segura aplicar o processo de alta no início da internação hospitalar, bem estruturado, evitando eventos adversos que possam aumentar a permanência hospitalar.

Nota: A Comissão de Apoio a Desospitalização Segura deverá manter estreita relação com toda a equipe multidisciplinar do Hospital Estadual de Formosa, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações, enviando seus relatórios as Diretorias Técnica e Geral.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa.

Quando este for o entendimento da maioria dos integrantes da Comissão, esta deverá encaminhar, por escrito, orientações à diretoria da unidade competente.

REGIMENTO IN- TERNO DA CO- MISSÃO DE APOIO A DESOSPITALI- ZAÇÃO SEGURA

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão de Apoio a Desospitalização Segura.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º. Promover diretrizes cruciais para desenvolvimento do Plano Terapêutico que norteará as ações interdisciplinares que culminarão com a saída/alta hospitalar.

Artigo 3º. Promover a melhor adesão a terapia proposta e redução de risco de reinternação precoce.

Artigo 4º. Avaliar o score de avaliações do paciente durante sua internação, a geração

de informações em quantidade e qualidade que devem ser tratadas e transformadas em ações, informadas ao paciente seu cuidador e/ou familiar durante a alta hospitalar.

Artigo 5º. Promover a educação do paciente, familiar e cuidador elegível.

Artigo 6º. Paciente com risco de queda ou lesão por pressão deve receber orientações e informações por escrito de como mitigar esse e outros riscos em casa.

Artigo 7º. Orientar a reconciliação medicamentosa.

CAPÍTULO III - DA COMPETÊNCIA

Artigo 6º. Ao presidente da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura, além das outras instituídas neste regimento, compete:

- I. Presidir as reuniões ordinárias;
- II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;
- III. Encaminhar aos membros da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura, as propostas técnicas e administrativas de funcionamento da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura para apreciação e aprovação;
- IV. Representar Comissão de Apoio

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE APOIO A DESOSPITALIZAÇÃO SEGURA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

a Desospitalização Segura sempre que solicitado;

V. Nos impedimentos, este indicará um representante para substituí-lo;

VI. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura previamente aprovados pelos membros desta;

VII. Fazer cumprir o regimento;

VIII. Nas decisões da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

IX. Indicar seu vice-presidente/coordenador.

Artigo 7º. Ao vice-presidente da Comissão de Apoio a Desospitalização , além das outras instituídas neste regimento, compete:

I. Assumir as atividades do presidente na sua ausência;

II. Zelar pelo sigilo ético das informações.

Artigo 8º. À Comissão de Apoio a Desospitalização Segura compete:

I. Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de

Apoio a Desospitalização Segura ou outro serviço interessado;

II. Assessorar a Direção Geral em assuntos de sua competência;

III. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

IV. Desenvolver atividades de caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição;

V. Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações e orientações da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura;

VI. Divulgar e promover ações que viabilizem o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura;

VII. Avaliar periodicamente os dados referentes à ocorrência relacionadas ao plano de alta dos pacientes;

VIII. Zelar pelo sigilo ético das informações;

IX. Encaminhar, por escrito, orientações à unidade competente pelo tema e, em caso de recusa quanto à implantação das orientações, levar a matéria ao diretor presidente da organização social.

1067

CAPÍTULO IV- DA COMPOSIÇÃO

Artigo 8º. A composição mínima da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura será de:

- I. 1 (um) médico;
- II. 2 (dois) enfermeiros;
- III. 1 (um) assistente social;
- IV. 1 (um) psicólogo.

Nota: Poderá o número de membros ser superior de acordo com as necessidades.

Artigo 10º. Ao vice-presidente da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura compete:

- I. Assumir as atividades e competências do presidente na suas ausências e impedimentos;
- II. Zelar pelo sigilo ético das informações.

Artigo 11º. A Comissão de Apoio a Desospitalização Segura compete:

- I. Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Direção Geral, Direção Técnica ou outro serviço interessado;

- II. Assessorar a Direção Geral em assuntos de sua competência;
- III. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- IV. Desenvolver atividades de caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição;
- V. Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações e orientações da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura;
- VI. Divulgar e promover ações que viabilizem o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura;
- VII. Avaliar periodicamente os dados referentes à performance dos resultados da comissão;
- VIII. Zelar pelo sigilo ético das informações.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 12º. A duração do mandato da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Dire-

toria Técnica ou Diretoria Geral. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

Artigo 13º. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos suplentes eleitos deverão ser encaminhados a Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação.

Artigo 14º. Os membros poderão solicitar a participação de outros profissionais no desenvolvimento dos trabalhos, desde o mesmo tenha qualificação técnica comprovada e a aprovação dos demais membros.

Artigo 15º. As reuniões da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura serão realizadas semanalmente, convocadas pelo Presidente, com local e horário, previamente definidos e informados pelo secretário da comissão.

Artigo 16º. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 17º. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 18º. O presidente da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de

Formosa. Os cargos de presidente, vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão de Apoio a Desospitalização Segura através de votação simples pelos membros nomeados.

Artigo 19º. As decisões da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 20º. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido.

Artigo 21º. As reuniões da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 22º. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal e anexado a ata da reunião ordinária.

Artigo 23º. Os assuntos tratados pela Comissão de Apoio a Desospitalização Segura deverão ser guardados em sigilo ético por todos

os membros.

Artigo 24º. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 25º. Nenhum membro Comissão de Apoio a Desospitalização Segura, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão sem que para isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pela Comissão de Apoio a Desospitalização Segura.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 26º. São atribuições de todos os membros da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura:

I. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes.

Artigo 27º. São atribuições da Secretaria da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura:

I. Receber e protocolar os processos e expedientes;

II. Lavrar a ata das reuniões;

III. Convocar os membros da Co-

missão de Apoio a Desospitalização Segura para as reuniões determinadas pelo presidente;

IV. Organizar e manter o arquivo da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura;

V. Preparar a correspondência, se necessário.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 28º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura, em conjunto com a Diretoria Geral Hospital Estadual de Formosa.

Artigo 29º. A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes a Comissão de Apoio a Desospitalização Segura, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral E Diretoria Técnica.

Artigo 30º. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

AM

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE DESOSPITALIZAÇÃO SEGURA

| MÊS | ATIVIDADES |
|---------|--|
| M1 e M2 | 1. Criar a Comissão de Apoio a Desospitalização Segura através de uma Resolução da Diretoria Geral, indicando nominalmente seus membros. |
| | 2. Realizar votação para escolha do presidente e secretário da comissão. |
| | 3. Aprovar o Regimento Interno da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura |
| | 4. Elaborar programa de palestras. |
| | 5. Reunião ordinária a Comissão de Apoio a Desospitalização Segura (primeira quinta-feira do mês). |
| | 6. Definir os critérios relevantes da desospitalização segura |
| M3 | 1. Elaborar normas para operacionalização da busca ativa e monitoramento dos pacientes para a desospitalização segura |
| | 2. Normatizar a comunicação efetiva com a equipe multidisciplinar |
| | 3. Monitorar resultados mensal |
| | 4. Reunião ordinária a Comissão de Apoio a Desospitalização Segura (primeira quinta-feira do mês). |
| | 5. Realizar treinamento - Palestra |
| M4 | 1 Realizar o relatório mensal |
| | 2. Reunião ordinária a Comissão de Apoio a Desospitalização Segura (primeira quinta-feira do mês) |
| M5 | 1 Realizar o relatório mensal |
| | 2. Reunião ordinária a Comissão de Apoio a Desospitalização Segura (primeira quinta-feira do mês) |
| M6 | 1 Realizar o relatório mensal |
| | 2. Reunião ordinária a Comissão de Apoio a Desospitalização Segura (primeira quinta-feira do mês) |
| | 3. Realizar treinamento - Palestra |
| M7 | 1 Realizar o relatório mensal |
| | 2. Reunião ordinária a Comissão de Apoio a Desospitalização Segura (primeira quinta-feira do mês) |
| M8 | 1 Realizar o relatório mensal |
| | 2. Reunião ordinária a Comissão de Apoio a Desospitalização Segura (primeira quinta-feira do mês) |

| | |
|----------|---|
| M9 e M10 | 1 Realizar o relatório mensal |
| | 2. Reunião ordinária a Comissão de Apoio a Desospitalização Segura (primeira quinta-feira do mês) |
| | 3. Realizar treinamento - Palestra. |
| M11 | 1 Realizar o relatório mensal |
| | 2. Reunião ordinária a Comissão de Apoio a Desospitalização Segura (primeira quinta-feira do mês) |
| M12 | 1 Realizar o relatório mensal |
| | 2. Reunião ordinária a Comissão de Apoio a Desospitalização Segura (primeira quinta-feira do mês) |
| | 3. Realizar treinamento - Palestra. |



ML

ITEM 2.1.30.2 - COMISSÃO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

COMISSÃO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL

CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Responsabilidade Social do Hospital Estadual de Formosa é constituída; primordialmente, a partir da própria visão de futuro projetada para o Hospital - a saber, ser um hospital integrado à sociedade como um todo, concebendo a saúde como algo maior do que a mera terapêutica curativa.

Sob esse prisma, não se pode deixar de reconhecer que, a despeito dos múltiplos esforços empreendidos por Governo e sociedade civil, a população menos abastada do País, em face dos avassaladores efeitos da Covid-19 (inclusive sob o aspecto social e econômico), viu agravarem-se dramaticamente as difi-

culdades históricas que, em maior ou menor grau, sempre estiveram presentes.

Tão nefastos foram os efeitos da pandemia que, para além das dificuldades quanto à empregabilidade e ao processo educacional (o qual, como se sabe, a médio prazo afeta a produtividade dos futuros trabalhadores), a própria segurança alimentar daquela população tornou-se tema prioritário em todas as cidades brasileiras - demovendo iniciativas de empresas, instituições financeiras, meios de comunicação, associações de moradores de comunidades em situação de vulnerabilidade e cidadãos em geral.

Nem por isso, no entanto, a situação (e a urgência) é de dramaticidade menor e, se o comprometimento de qualquer hospital também deve se dar junto à sua comunidade externa, é incontestável que também cumpre à unidade de saúde coordenar e ser protagonista de iniciativas em prol desta comuni-

dade, em especial no campo da assistência social – valendo lembrar que o conceito de saúde integral pressupõe, no mínimo, a segurança alimentar como elemento necessário ao desenvolvimento social e educacional.

Além disso, a constituição desta Comissão vai ao encontro das diretrizes que inspiraram a elaboração do Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar, em especial por conta de sua vocação para estimular o voluntariado entre os colaboradores do Hospital e estabelecer alianças junto a entidades da sociedade civil atuantes na área (cf. “Programa Nacional de Humanização Hospitalar”, elaborado pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, 2001. <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>)

Detalhe importante: os programas em questão não implicarão em maiores ônus financeiros ao contrato de gestão, eis que o papel destinado ao HEF, operacionalizado pela Comissão, será o de identificar carências da comunidade e empreender esforços na captação de recursos, articulando e liderando esse processo de evidente natureza colaborativa.

ORIGEM

As responsabilidades sociais do Hospital Estadual de Formosa em relação à comunida-

de como um todo terão papel de destaque. O compromisso com a comunidade externa será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comissão de Responsabilidade Social desempenhará papel visceral importância, inclusive quanto à ressignificação da relação entre colaboradores da saúde e sociedade.

MEMBROS

A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de Formosa, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral, sendo norteadada pelo Regimento Interno da Comissão de Responsabilidade Social.

A comissão deverá ser composta por no mínimo 7 (sete) membros, sendo que, destes, 5 (cinco) serão, obrigatoriamente, representantes, respectivamente, da área da assistência social, psicologia, ouvidoria, unidade de Neonatologia e Pediatria (qualquer que seja sua formação acadêmica) e setor de Recursos Humanos. Quanto aos demais integrantes, estes serão livremente escolhidos por ato da Diretoria Geral.

I. Representante da Assistência Social;

II. Representante da Psicologia;

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- III. Representante da Ouvidoria;
- IV. Representante da Neonatologia e Pediatría;
- V. Representante do Setor de Recursos Humanos;
- VI. 2 (dois) integrantes escolhidos pela Diretoria Geral;

MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão de Responsabilidade Social do Hospital Estadual de Formosa, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato da Comissão será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, sendo que seus membros só poderão ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, ou da Diretoria Geral.

Em caso de substituição dos membros, a representação já mencionada neste documento deverá ser observada. Ao término do mandato, a Direção Geral poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

FINALIDADE DA COMISSÃO

As ações da Comissão de Responsabilidade Social abrangem os seguintes itens:

- I. Sensibilizar os colaboradores do HEP para a participação de ações de voluntariado junto à comunidade;
- II. Identificar carências sociais observadas junto à comunidade, para fins de ulterior análise e discussão acerca de possibilidades de atuação do Hospital e de seus colaboradores para fins de atenuação ou resolução do problema;
- III. Estabelecer alianças com entidades ou lideranças da sociedade para fins de suprir necessidades da população mais carente, coordenando projetos e ações a partir de critérios impessoais e objetivos, sem que disso resultem quaisquer dispêndios de recursos do Hospital;
- IV. Analisar questões éticas relacionadas às ações a serem propostas;
- V. Contribuir para a identificação de questões sociais da região;
- VI. Contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população da região.

Todas as iniciativas da Comissão serão documentadas e formalizadas em relatório próprio, bem como encaminhadas à Direção

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Geral, para que delas tome conhecimento, em consonância com os princípios estabelecidos para a atuação da Comissão. Cumprirá também a Comissão informar à Direção Geral a respeito do início, da execução e de eventual descontinuação de suas ações.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão de Responsabilidade Social deverá reunir-se mensalmente, podendo rea-

lizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada à Direção Geral do Hospital Estadual de Formosa.

1076



LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

REGIMENTO IN- TERNO DA CO- MISSÃO DE RES- PONSABILIDADE SOCIAL

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam regulamentar o funcionamento da Comissão de Responsabilidade Social, bem como reforçar os princípios que a instituíram.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º. A comissão tem por finalidade:

I. Sensibilizar os colaboradores do HEF para a participação de ações de voluntariado junto à comunidade;

II. Identificar carências sociais observadas junto à comunidade, para fins de ulterior análise e discussão acerca de possibilidades de atuação do Hospital e de seus colaboradores para fins de atenuação ou resolução do problema;

III. Estabelecer alianças com entidades ou lideranças da sociedade para fins de suprir necessidades da

população mais carente, coordenando projetos e ações a partir de critérios impessoais e objetivos, sem que disso resultem quaisquer dispêndios de recursos do Hospital;

IV. Analisar questões éticas relacionadas às ações a serem propostas;

V. Contribuir para a identificação de questões sociais da região;

VI. Contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população da região.

Parágrafo Primeiro: Todas as iniciativas da Comissão serão documentadas e formalizadas em relatório próprio, bem como encaminhadas à Direção Geral, para que delas tome conhecimento, em consonância com os princípios estabelecidos para a atuação da Comissão. Cumprirá também a Comissão informar à Direção Geral a respeito do início, da execução e de eventual descontinuação de suas ações.

Parágrafo Segundo: Não haverá qualquer acréscimo sobre os vencimentos dos integrantes da Comissão, seja natureza remuneratória ou compensatória.

Artigo 3º. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Geral do Hospital Estadual de Formosa.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4°. A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de Formosa, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral, atentando-se ao disposto no artigo 5º deste Regimento.

Artigo 5°. A comissão deverá ser composta por no mínimo 7 (sete) membros, sendo que, destes, 5 (cinco) serão, obrigatoriamente, representantes, respectivamente, da área da assistência social, psicologia, ouvidoria, unidade de Neonatologia e Pediatria (qualquer que seja sua formação acadêmica) e do setor de Recursos Humanos. Quanto aos demais integrantes, estes serão livremente escolhidos por ato da Diretoria Geral, sendo então sua composição a seguinte:

- I Representante da Assistência Social;
- II Representante da Psicologia;
- III Representante da Ouvidoria;
- IV Representante da Neonatologia e Pediatria;
- V Representante do setor de Recursos Humanos;
- VI 2 (dois) integrantes escolhidos pela Diretoria Geral.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 6°. Ao presidente da Comissão, além das outras instituídas neste regimento, compete:

- I. Presidir as reuniões ordinárias;
- II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;
- III. Encaminhar aos membros da Comissão de as propostas técnicas e administrativas de seu funcionamento para apreciação e aprovação;
- IV. Representar Comissão sempre que solicitado;
- V. Nos seus impedimentos, indicar um representante para substituí-lo;
- VI. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão previamente aprovados por seus membros;
- VII. Fazer cumprir o Regimento;
- VIII. Nas decisões da Comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);
- IX. Indicar seu vice-presidente/coordenador;

Artigo 7°. Ao vice-presidente da Comissão,

AM

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

além das outras instituídas neste regimento,
compete:

- I. Assumir as atividades do presidente na sua ausência;
- II. Zelar pelo sigilo ético das informações, quando for o caso.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 8º. À Comissão de Responsabilidade Social cabe:

- I Documentar e formalizar todas as suas iniciativas e ações em relatórios próprios, os quais deverão ser encaminhadas sempre e imediatamente à Direção Geral, para que delas tome conhecimento, em consonância com os princípios estabelecidos para a atuação da Comissão;
- II Informar à Direção Geral a respeito do início, da execução e de eventual descontinuação de suas ações;
- III Assessorar a Direção Geral em assuntos de sua competência.

Artigo 9º. Caberá ao Presidente da Comissão nomear, dentre os seus integrantes, um Secretário, cujas atribuições as seguintes:

I. Receber e protocolar os processos e expedientes;

II. Lavrar a ata das sessões/reuniões;

III. Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente;

IV. Organizar e manter o arquivo da Comissão;

V. Preparar a correspondência;

VI. Solicitar aos setores do Hospital os documentos que a Comissão entender pertinente às suas ações, devolvendo-os assim que encerrados os trabalhos que ensejaram a requisição ou a pedido do setor solicitado.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 10º. As reuniões da Comissão de Responsabilidade Social serão realizadas mensalmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente, com local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 11º. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 12º. As decisões consideradas Reso-

luções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 13º. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral.

Artigo 14º. O Presidente da Comissão, assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa.

Artigo 15º. As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 16º. Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em votação plenária prévia, nos moldes do artigo 15 deste Regimento.

Artigo 17º. As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata, a qual será encaminhada à Direção Geral, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 18º. O envio de informações e relatório de atividades, inclusive quanto ao andamento de projetos estabelecidos, deverá ser mensal e anexado à ata da reunião ordinária.

Artigo 19º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Direção Geral do Hospital Estadual de Formosa.

Artigo 20º. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 21º. Nenhum membro da Comissão, com exceção do Presidente, poderá falar em seu nome, sem que para isso esteja prévia e devidamente autorizado.

Artigo 22º. A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente Regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral.

Artigo 23º. Este regimento entra em vigor na data abaixo consignada, devendo ser afixado em locais de fácil visualização pelos colaboradores do Hospital.

CRONOGRAMA MÍNIMO DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL

| MÊS | ATIVIDADES |
|-----|--|
| M1 | 1. Criação da Comissão de Responsabilidade Social, através de uma Resolução da Diretoria Geral, instituindo o Regimento Interno e indicando nominalmente seus membros. |
| | 2. Primeira reunião da Comissão, com o estabelecimento da agenda de reuniões mensais ordinárias. |
| | 3. Coleta das sugestões, por parte de cada membro, para as primeiras atividades da Comissão, inclusive quanto à distribuição de tarefas por integrantes. |
| | 4. Reunião ordinária, com ulterior encaminhamento da ata respectiva à Direção Geral. Coleta das sugestões, por parte de cada membro, para as atividades da Comissão, inclusive quanto à distribuição de tarefas por integrantes, bem como acompanhamento das ações implementadas. |
| M2 | Reunião ordinária, com ulterior encaminhamento da ata respectiva à Direção Geral. Coleta das sugestões, por parte de cada membro, para as atividades da Comissão, inclusive quanto à distribuição de tarefas por integrantes, bem como acompanhamento das ações implementadas e sua análise e verificação. |
| | Realização de palestra, junto a colaboradores, realçando-se a importância do envolvimento com ações voluntárias de responsabilidade social. |
| M3 | Reunião ordinária, com ulterior encaminhamento da ata respectiva à Direção Geral. Coleta das sugestões, por parte de cada membro, para as atividades da Comissão, inclusive quanto à distribuição de tarefas por integrantes, bem como acompanhamento das ações implementadas e sua análise e verificação. |
| | Realização de palestra, junto a colaboradores, realçando-se a importância do envolvimento com ações voluntárias de responsabilidade social. |
| M4 | Reunião ordinária, com ulterior encaminhamento da ata respectiva à Direção Geral. Coleta das sugestões, por parte de cada membro, para as atividades da Comissão, inclusive quanto à distribuição de tarefas por integrantes, bem como acompanhamento das ações implementadas e sua análise e verificação. |
| | Realização de palestra, junto a colaboradores, realçando-se a importância do envolvimento com ações voluntárias de responsabilidade social. |

| | |
|--------------|--|
| M5 | Reunião ordinária, com ulterior encaminhamento da ata respectiva à Direção Geral. Coleta das sugestões, por parte de cada membro, para as atividades da Comissão, inclusive quanto à distribuição de tarefas por integrantes, bem como acompanhamento das ações implementadas e sua análise e verificação. |
| | Realização de palestra, junto a colaboradores, realçando-se a importância do envolvimento com ações voluntárias de responsabilidade social. |
| M6 | Reunião ordinária, com ulterior encaminhamento da ata respectiva à Direção Geral. Coleta das sugestões, por parte de cada membro, para as atividades da Comissão, inclusive quanto à distribuição de tarefas por integrantes, bem como acompanhamento das ações implementadas e sua análise e verificação. |
| M7 | Reunião ordinária, com ulterior encaminhamento da ata respectiva à Direção Geral. Coleta das sugestões, por parte de cada membro, para as atividades da Comissão, inclusive quanto à distribuição de tarefas por integrantes, bem como acompanhamento das ações implementadas e sua análise e verificação. |
| M8, M9 e M10 | Reunião ordinária, com ulterior encaminhamento da ata respectiva à Direção Geral. Coleta das sugestões, por parte de cada membro, para as atividades da Comissão, inclusive quanto à distribuição de tarefas por integrantes, bem como acompanhamento das ações implementadas e sua análise e verificação. |
| M11 | Reunião ordinária, com ulterior encaminhamento da ata respectiva à Direção Geral. Coleta das sugestões, por parte de cada membro, para as atividades da Comissão, inclusive quanto à distribuição de tarefas por integrantes, bem como acompanhamento das ações implementadas e sua análise e verificação. |
| M12 | Reunião ordinária, com ulterior encaminhamento da ata respectiva à Direção Geral. Coleta das sugestões, por parte de cada membro, para as atividades da Comissão, inclusive quanto à distribuição de tarefas por integrantes, bem como acompanhamento das ações implementadas e sua análise e verificação. |
| | Realização de palestra, junto a colaboradores, realçando-se a importância do envolvimento com ações voluntárias de responsabilidade social, destacando-se os projetos já implementados junto ao hospital. |



ITEM 2.1.30.3 - COMISSÃO DE MANUTENÇÃO DE ENGENHARIA CLÍNICA

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ENGENHARIA CLÍNICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

COMISSÃO DE ENGENHARIA CLÍNICA

CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Engenharia Clínica é constituída com o intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas dos Setor de Engenharia Clínica, tendo como foco principal a possibilidade de implementar a política de gestão tecnológica e de assessorar a ampliação e qualificação, incorporação e uso das novas tecnologias no parque tecnológico e estrutura física do Hospital Estadual de Formosa.

A Engenharia Clínica são áreas de extrema importância para uma unidade de saúde, pois devem garantir a continuidade operacional com o mínimo de falhas e interrup-

ções, resguardando a segurança de seus usuários. Elas são definidas como "o conjunto de atividades e recursos aplicados aos sistemas e equipamentos, visando garantir a continuidade de sua função dentro de parâmetros de disponibilidade, de qualidade, de prazo, de custos e de vida útil adequados".

A Comissão de Engenharia Clínica do Hospital Estadual de Formosa será criada e nomeada por ato próprio do Diretor Geral da unidade de saúde e será norteada por Regulamento Interno com proposição da periodicidade das reuniões e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

Atuação da Comissão é técnico-científica, educativa, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva. As diretrizes para as ações educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício.

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ENGENHARIA CLÍNICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

ORIGEM

A responsabilidade do Hospital Estadual de Formosa em relação as Boas Práticas de Gerenciamento de Manutenção de Equipamento norteia o compromisso com a conservação e recuperação da capacidade funcional dos equipamentos, de forma que atendam às necessidades e garantam a segurança de seus usuários. Tais serviços envolvem os processos de identificação, solicitação de serviços, orçamentos, laudos técnicos e a contratação desses serviços por parte dos departamentos da unidade de saúde, para isso, a Comissão de Engenharia Clínica desempenhará um papel importante.

MEMBROS

A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de Formosa, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria. Geral será norteadada pelo Regimento Interno da Comissão de Engenharia Clínica.

A Comissão de Engenharia Clínica deve ser constituída, de preferência, pelos seguintes

membros:

- I. Representante da Engenharia Clínica;
- II. Representante do Serviço de Medicina e Segurança do Trabalho (SESMT ou SOST);
- III. Representante da Divisão de Enfermagem;
- IV. Representante do Departamento de Higienização e Conservação;
- V. Representante do Conselho.

MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão de Engenharia Clínica do Hospital Estadual de Formosa, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato da Comissão de Engenharia Clínica será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser enca-

AM

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ENGENHARIA CLÍNICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

minhados a Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

FINALIDADE DA COMISSÃO

As ações da Comissão de Engenharia Clínica, com a evolução da complexidade dos métodos e dos equipamentos em hospitais e unidades de saúde, cada vez mais se necessita, nestes locais, de métodos de manutenção e instalações que atendam às exigências técnicas e que não venham a causar riscos às pessoas envolvidas nos procedimentos assistenciais e de apoio.

Tal proteção, que abrange quem assiste e quem é assistido (colaboradores e pacientes), é obtida através do correto planejamento das manutenções e por meio da elaboração de procedimentos padronizados, normatizando fluxos, sistemas de segurança, e demais cuidados necessários para o perfeito funcionamento dos equipamentos médico-hospitalares.

Através da avaliação das atividades, verificação da correta execução dos serviços, en-

tre outros, assim como dos indicadores resultantes destas avaliações, espera-se atingir a qualidade na realização dos processos que balizam a Comissão de Engenharia Clínica, sendo que estes indicadores resultantes das avaliações, auxiliem a atingir a qualidade.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão de Engenharia Clínica deverá reunir-se bimestralmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações da Comissão de Engenharia Clínica, visando à correção, reparação ou prevenção de distorções e irregularidades verificadas na implantação, análises e ações educativas ou fiscalizatórias, devem ser encaminhadas primeiramente às Diretorias Técnica e Geral do Hospital de Formosa, que irá auxiliar nas questões sobre sua competência.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ENGENHARIA CLÍNICA

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão de Engenharia Clínica, estabelecer condições mínimas de desenvolver serviços de qualidade para o ambiente hospitalar e ter renome com relação ao gerenciamento e manutenção de tecnologia médico-hospitalar, junto à administração e ao corpo clínico.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º. A Comissão de Engenharia Clínica tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação, manutenção, gestão das tecnologias utilizadas nas atividades produtivas de procedimentos ligados à assistência ao paciente, estabelecendo as estratégias de gestão da vida útil dessas tecnologias incorporadas através de

rotinas de manutenções preventivas e corretivas dos equipamentos médico-hospitalares do Hospital Estadual de Formosa, de acordo com as normas vigentes.

Artigo 3º. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Geral Hospital Estadual de Formosa.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º. A Comissão de Engenharia Clínica terá composição multiprofissional de membros efetivos, com representantes de diversos segmentos, na forma que segue:

- I. Representante da Engenharia Clínica;
- II. Representante do Serviço de Medicina e Segurança do Trabalho (SESMT ou SOST);
- III. Representante da Divisão de Enfermagem;
- IV. Representante do Departamento de Higienização e Conservação;
- V. Representante do Conselho.

Parágrafo Único: Entre os membros deverá estar o responsável pelo Serviço de Engenharia Clínica obrigatoriamente.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 5º. É competência da Comissão de Engenharia Clínica promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores do hospital, ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais, e através destas:

- I. Elaborar Manual de Padronização: Normas, Rotinas e Procedimentos;
- II. Realizar avaliação técnica dos fornecedores para contratação de serviços terceirizados;
- III. Especificação, recebimento, instalação, operação e desativação de equipamentos;
- IV. Gerenciamento da conservação de equipamentos;
- V. Gerenciamento da manutenção corretiva e preventiva dos Sistemas e equipamentos;
- VI. Elaboração dos Planos de Contingência e o Plano Diretor;
- VII. Elaborar e colocar em prática o Plano de Manutenção de Equipamentos;
- VIII. Elaborar e executar o Plano de

Manutenção de Equipamentos que deverá considerar a aplicação das tecnologias que privilegiem, além de seu desempenho técnico, a segurança do paciente e os profissionais que atuam na unidade de saúde;

Artigo 6º. Compete aos membros nomeados da Comissão eleger o Presidente e o Secretário através de votação simples dos membros da comissão, o Vice-Presidente será indicado pelo Presidente eleito da Comissão .

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 7º. A Comissão de Engenharia Clínica do Hospital Estadual de Formosa terá sede em locação a ser disponibilizada pela unidade hospitalar, com infraestrutura básica para o seu funcionamento.

Artigo 8º. As reuniões da Comissão de Engenharia Clínica serão realizadas bimestralmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente; com local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 9º. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 10º. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 11º. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral.

Artigo 12º. Todos membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa. Os cargos de presidente, vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão de Engenharia Clínica.

Artigo 13º. As decisões da Comissão de Engenharia Clínica serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 14º. Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões e ações da Comissão, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 15º. As reuniões da Comissão de Engenharia Clínica deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar Estadual de Formosa, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 16º. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser anexado a ata da reunião ordinária ou extraordinária.

Artigo 17º. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar

a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 18º. Nenhum membro da Comissão de Engenharia Clínica, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão em eventos formais, institucionais ou extrainstitucionais sem que para isso esteja devidamente autorizado pelo presidente ou seu vice-presidente em caso de impedimentos do mesmo, e em situações não padronizadas pela Comissão de Engenharia Clínica.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 19º. São atribuições do presidente da Comissão de Engenharia Clínica, além das outras instituídas neste regimento:

- I. Encaminhar a pauta da reunião para o secretário da Comissão fazer a convocação, com pelo menos 48 (quarenta e oito) horas de antecedências das reuniões ordinárias;
- II. Presidir as reuniões;
- III. Representar a Comissão junto às Gerências ou Superintendência da instituição, ou indicar seu representante;
- IV. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, normalizar as rotinas, previamente aprovados pelos

- membros desta;
- V. Coordenar a elaboração do Plano de Manutenção de Equipamentos da instituição adequando-os às formas de lei específica;
- VI. Coordenar a elaboração e implantação das normas de segurança para manipulação de equipamentos, supervisionando o cumprimento destas;
- VII. Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade para avaliação das atividades implementadas;
- VIII. Orientar os colaboradores em relação a utilização da estrutura física e mobiliário.;
- IX. Divulgar aos colaboradores o Plano de Manutenções Preventivas e manter uma rotina de educação e orientação quanto a utilização de equipamentos médico hospitalares da Unidade, por meio de cursos, manuais, palestras, vídeos, cartazes, etc.
- X. Representar a instituição junto a institutos, órgãos de controle públicos e outros ligados ao gerenciamento de Engenharia Clínica com anuência da presidência da comissão de forma acordada com a Reitoria;
- XI. Estabelecer um programa de atividades e metas para o gerenciamento da Manutenção definindo prazos a serem cumpridos;
- XII. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Manutenção de Equipamentos.
- XIII. Fazer cumprir o regimento interno da Comissão de Engenharia Clínica do Hospital Estadual de Formosa;
- XIV. Nas decisões da Comissão de Engenharia Clínica, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);
- XV. Indicar seu vice-presidente/ coordenador.
- Artigo 20º. Ao vice-presidente da Comissão de Engenharia Clínica, além das outras instituídas neste regimento, é atribuído:
- I. Assumir as atividades do presidente na sua ausência, presidindo as reuniões, coordenando os debates;
- II. Executar atribuições que lhe forem delegadas;
- III. Zelar pelo sigilo ético das informações e cumprimento do regimento interno da Comissão de Engenharia Clínica do Hospital Estadual de Formosa.
- Artigo 21º. São atribuições do Presidente e do Vice-Presidente, em conjunto:

- I. Cuidar para que a Comissão disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;
- II. Coordenar e supervisionar as atividades da Comissão, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
- III. Delegar atribuições aos membros da Comissão;
- IV. Divulgar as decisões da Comissão a todos os trabalhadores do estabelecimento.

Artigo 22º. São atribuições da Secretaria da Comissão de Engenharia Clínica:

- I. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- II. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- III. Convocar os membros da Comissão de Engenharia Clínica para as reuniões determinadas pelo presidente;
- IV. Organizar e manter o arquivo da Comissão de Engenharia Clínica e preparar a correspondência;
- V. Solicitar ao demais setores e/ou comissões documentação necessária a avaliação, assim como devolvê-los em 24 horas após o

trabalho realizado.

Artigo 23º. São atribuições de todos os membros da Comissão de Engenharia Clínica:

- I. Participar de todas as reuniões convocadas e em caso de situações que inviabilizem sua participação realizar por escrito a justificativa para a falta;
- II. Desenvolver e participar ativamente das atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes;
- III. Ser um agente ativo nos que se refere aos assuntos de educação e orientação da Comissão de Engenharia Clínica na unidade a qual representa e em toda unidade hospitalar;
- IV. Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão devendo estas ser entregues à secretaria da Comissão de Engenharia Clínica e aos demais membros informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 24º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de Engenharia Clínica, em conjunto

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ENGENHARIA CLÍNICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

com a Diretoria Geral Hospital Estadual de Formosa.

Artigo 25º. A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado

o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral.

Artigo 26º. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.



CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE ENGENHARIA CLÍNICA

| MÊS | ATIVIDADES |
|---------|--|
| M1 e M2 | 1. Criar a Comissão de Engenharia Clínica, através da Resolução do Diretor Geral. |
| | 2. Elaboração do Plano de Manutenção Preventiva de Equipamentos. |
| | 3. Dar conhecimento e realizar as correções pertinentes e aprovar o Regimento Interno da Comissão de Engenharia Clínica. |
| | 4. Analisar os relatórios de Ordens de Serviço da Engenharia Clínica e discutir melhorias. |
| M4 | 1. Aprovação e ou correções pertinentes do Plano de Manutenção Preventiva de Equipamentos elaborado. |
| | 2. Desenvolver plano de ações para implantação e treinamento do Plano de Manutenção Preventiva de Equipamentos. |
| | 3. Analisar os relatórios de Ordens de Serviço da Engenharia Clínica e discutir melhorias. |
| | 4. Fixar possíveis datas para as reuniões. |
| | 5. Enviar para aprovação pela Diretoria-Geral. |
| M6 | 1. Analisar os relatórios de Ordens de Serviço da Engenharia Clínica e discutir melhorias. |
| | 2. Discussão de medidas educativas; |
| | 3. Discorrer sobre a eficácia da implantação; |
| M8 | 1. Analisar os relatórios de Ordens de Serviço da Engenharia Clínica e discutir melhorias. |
| | 2. Discussão de medidas educativas; |
| M10 | 1. Analisar os relatórios de Ordens de Serviço da Engenharia Clínica e discutir melhorias. |
| | 2. Discussão de medidas educativas; |
| M12 | 1. Analisar os relatórios de Ordens de Serviço da Engenharia Clínica e discutir melhorias. |
| | 2. Discussão de medidas educativas; |

ML

ITEM 2.1.30.4 - COMISSÃO DE MANUTENÇÃO PREDIAL

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE MANUTENÇÃO PREDIAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

COMISSÃO DE MANUTENÇÃO PREDIAL

CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Manutenção Predial, é constituída com o intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas do Setor de Manutenção Predial, tendo como foco principal a possibilidade de implementar a política de gestão tecnológica e de assessorar a ampliação e qualificação, incorporação e uso das novas tecnologias na estrutura física do Hospital Estadual de Formosa.

A Manutenção Predial engloba áreas de extrema importância para uma unidade de saúde, pois devem garantir a continuidade operacional com o mínimo de interrupções, resguardando a segurança de seus usuários. É defini-

da como "o conjunto de atividades e recursos aplicados a estrutura física, visando garantir a continuidade de sua função dentro de parâmetros de disponibilidade, de qualidade, de prazo, de custos e de vida útil adequados".

A Comissão de Manutenção Predial do Hospital Estadual de Formosa será criada e nomeada por ato próprio do Diretor Geral da unidade de saúde e será norteadada por Regimento Interno com proposição da periodicidade das reuniões e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

Atuação da Comissão é técnico-científica, educativa, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

As diretrizes para as ações educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício.

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE MANUTENÇÃO PREDIAL

CÓDIGO: XXX-XXX-XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

ORIGEM

A responsabilidade do Hospital Estadual de Formosa em relação as Boas Práticas de Gerenciamento de Manutenção Predial norteia o compromisso com a conservação e recuperação da capacidade funcional da edificação e suas partes constituintes, de forma que atendam às necessidades e garantam a segurança de seus usuários. Tais serviços envolvem os processos de identificação, solicitação de serviços, elaboração de projetos, orçamentos, laudos técnicos e a contratação desses serviços ou obras por parte dos departamentos da unidade de saúde. Os serviços de conservação e manutenção correspondem às atividades de inspeção, limpeza e reparos dos componentes, além de sistemas da edificação, sendo executados em obediência a um plano ou programa de manutenção, baseado em rotinas e procedimentos periodicamente aplicados aos componentes da edificação, questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comissão de Manutenção Predial desempenhará um papel importante.

MEMBROS

A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de Formosa, e deverá ser nomeada por ato pró-

prio da Diretoria Geral será norteadada pelo Regimento Interno da Comissão de Manutenção Predial.

A Comissão de Manutenção Predial deve ser constituída, de preferência, pelos seguintes membros:

- I. Representante da Manutenção Predial;
- II. Representante do Serviço de Medicina e Segurança do Trabalho (SESMT ou SOST);
- III. Representante da Divisão de Enfermagem;
- IV. Representante do Departamento de Higienização e Conservação;
- V. Representante do Conselho.

MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão de Manutenção Predial do Hospital Estadual de Formosa, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato da Comissão de Manutenção Predial será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE MANUTENÇÃO PREDIAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados a Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

FINALIDADE DA COMISSÃO

As ações da Comissão de Manutenção Predial, com a evolução da complexidade dos métodos e dos equipamentos em hospitais e unidades de saúde, cada vez mais se necessita, nestes locais, de métodos de manutenção e instalações que atendam às exigências técnicas e que não venham a causar riscos às pessoas envolvidas nos procedimentos assistenciais e de apoio.

Tal proteção, que abrange quem assiste e quem é assistido (colaboradores e pacientes), é obtida através do enquadramento das instalações prediais às normas pertinentes, do correto planejamento das manutenções e por meio da elaboração de procedimentos padronizados, normatizando fluxos, sistemas de segurança, e demais cuidados necessários para o perfeito funcionamento da estrutura hospitalar.

Através da avaliação das atividades, verificação da correta execução dos serviços, entre outros, assim como dos indicadores resultantes destas avaliações, espera-se atingir a qualidade na realização dos processos que balizam a Comissão de Manutenção Predial, sendo que estes indicadores resultantes das avaliações, auxiliem a atingir a qualidade.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão de Manutenção Predial deverá reunir-se bimestralmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações da Comissão de Manutenção Predial, visando à correção, reparação ou prevenção de distorções e irregularidades verificadas na implantação, análises e ações educativas ou fiscalizatórias, devem ser encaminhadas primeiramente às Diretorias Técnica e Geral do Hospital Estadual de Formosa, que irá auxiliar nas questões sobre sua competência.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE MANUTENÇÃO PREDIAL

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão de Manutenção Predial, estabelecer condições mínimas de desenvolver serviços de qualidade para o ambiente hospitalar e ter renome com relação ao gerenciamento e manutenção de infraestrutura hospitalar, junto à administração e ao corpo clínico.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º. A Comissão de Manutenção Predial, tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação, manutenção, estabelecendo as estratégias de gestão incorporando através de rotinas de manutenções preventivas e corretivas das instalações físicas do Hospital Estadual de Formosa, de acordo com as normas vigentes.

Artigo 3º. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Geral do Hospital Estadual de Formosa.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º. A Comissão de Manutenção Predial terá composição multiprofissional de membros efetivos, com representantes de diversos segmentos, na forma que segue:

- I. Representante da Manutenção Predial;
- II. Representante do Serviço de Medicina e Segurança do Trabalho (SESMT ou SOST);
- III. Representante da Divisão de Enfermagem;
- IV. Representante do Departamento de Higienização e Conservação;
- V. Representante do Conselho.

Parágrafo Único. Entre os membros deverá estar o responsável pelo Serviço de Manutenção Predial, obrigatoriamente.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 5º. É competência da Comissão de

Manutenção Predial promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores do hospital, ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais, e através destas:

- I. Elaborar Manual de Padronização; Normas, Rotinas e Procedimentos;
- II. Realizar avaliação técnica dos fornecedores para contratação de serviços terceirizados;
- III. Gerenciamento da conservação da estrutura física predial, mobiliário e equipamentos;
- IV. Gerenciamento da potabilidade da água e reservatórios de acordo com as normas técnicas;
- V. Gerenciamento da operação e controle dos equipamentos de infraestrutura: aquecedores de água, geradores de energia, montacargas, entre outros;
- VI. Gerenciamento da operação e controle dos sistemas de: água, energia elétrica, gases, vapor, efluentes líquidos, SPDA, climatização, combate a incêndios/alerta e emergência, telefonia e rede lógica;
- VII. Gerenciamento da manutenção corretiva e preventiva da estrutura física predial;

- VIII. Elaboração dos Planos de Contingência e o do Plano Diretor;
- IX. Elaborar e colocar em prática o Plano de Manutenção Preventiva Predial;
- X. Elaborar e executar o Plano de Manutenção Predial que privilegiem, além de seu desempenho técnico, a segurança do paciente e os profissionais que atuam na unidade de saúde;

Artigo 6º. Compete aos membros nomeados da Comissão eleger o Presidente e o Secretário através de votação simples dos membros da comissão, o Vice-Presidente será indicado pelo Presidente eleito da Comissão.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 7º. A Comissão de Manutenção Predial do Hospital Estadual de Formosa terá a sede em locação a ser disponibilizada pela unidade hospitalar, com infraestrutura básica para seu funcionamento.

Artigo 8º. As reuniões da Comissão de Manutenção Predial serão realizadas bimestralmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente, com local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 9º. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 10º. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 11º. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral.

Artigo 12º. Todos membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de Formosa. Os cargos de presidente, vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão de Manutenção Predial.

Artigo 13º. As decisões da Comissão de Manutenção Predial serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 14º. Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões e ações da Comissão, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 15º. As reuniões da Comissão de Manutenção Predial deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros

presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 16º. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser anexado a ata da reunião ordinária ou extraordinária.

Artigo 17º. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 18º. Nenhum membro da Comissão de Manutenção Predial, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão em eventos formais, institucionais ou extrainstitucionais sem que para isso esteja devidamente autorizado pelo presidente ou seu vice-presidente em caso de impedimentos do mesmo, e em situações não padronizadas pela Comissão de Manutenção Predial.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 19º. São atribuições do presidente da Comissão de Manutenção Predial, além das outras instituídas neste regimento:

1. Encaminhar a pauta da reunião para o secretário da Comissão fazer a convocação, com pelo menos 48 (quarenta e oito) horas de antecedências das reuniões ordinárias;



- II. Presidir as reuniões;
- III. Representar a Comissão junto às Gerências ou Superintendência da instituição, ou indicar seu representante;
- IV. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, normatizar as rotinas, previamente aprovados pelos membros desta;
- V. Coordenar a elaboração do Plano de Manutenção Predial da instituição adequando-os às formas de lei específica;
- VI. Coordenar a elaboração e implantação das normas de segurança para manipulação de equipamentos, supervisionando o cumprimento destas;
- VII. Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade para avaliação das atividades implementadas;
- VIII. Orientar os colaboradores em relação a utilização da estrutura física e mobiliário;
- IX. Divulgar aos colaboradores o Plano de Manutenções Preventivas e manter uma rotina de educação e orientação quanto a utilização da estrutura física ares da Unidade, por meio de cursos, manuais, palestras, vídeos, cartazes, etc.
- X. Representar a instituição junto a institutos, órgãos de controle públicos e outros ligados ao gerenciamento de Engenharia e Manutenção com anuência da presidência da comissão;
- XI. Estabelecer um programa de atividades e metas para o gerenciamento da Manutenção definindo prazos a serem cumpridos;
- XII. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Manutenção Predial;
- XIII. Fazer cumprir o regimento interno da Comissão de Manutenção Predial do Hospital Estadual de Formosa;
- XIV. Nas decisões da Comissão de Manutenção Predial, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);
- XV. Indicar seu vice-presidente/coordenador.
- Artigo 20º. Ao vice-presidente da Comissão de Manutenção Predial, além das outras instituídas neste regimento, é atribuído:
- I. Assumir as atividades do presidente na sua ausência, presidindo as reuniões, coordenando os debates;
- II. Executar atribuições que lhe forem delegadas;
- III. Zelar pelo sigilo ético das informações e cumprimento do regimento interno da Comissão de

Manutenção Predial do Hospital
Estadual de Formosa,

IV. Organizar e manter o arquivo da
Comissão de Manutenção Predial
Preparar a correspondência;

Artigo 21º. São atribuições do Presidente e
do Vice-Presidente, em conjunto:

V. Solicitar ao demais setores e/
ou comissões documentação
necessária a avaliação, assim como
devolvê-los em 24 horas após o
trabalho realizado.

- I. Cuidar para que a Comissão
disponha de condições necessárias
para o desenvolvimento de seus
trabalhos;
- II. Coordenar e supervisionar as
atividades da Comissão, zelando
para que os objetivos propostos
sejam alcançados;
- III. Delegar atribuições aos membros
da Comissão;
- IV. Divulgar as decisões da Comissão
a todos os trabalhadores do
estabelecimento.

Artigo 23º. São atribuições de todos os mem-
bros da Comissão de Manutenção Predial:

I. Participar de todas as reuniões
convocadas e em caso de situações
que inviabilizem sua participação
realizar por escrito a justificativa
para a falta;

II. Desenvolver e participar
ativamente das atividades de
caráter técnico-científico com
fins de subsidiar conhecimentos
relevantes;

III. Ser um agente ativo nos que se
refere aos assuntos de educação
e orientação da Comissão de
Manutenção Predial na unidade a
qual representa e em toda unidade
hospitalar;

Artigo 22º. São atribuições da Secretaria da
Comissão de Manutenção Predial:

- I. Receber e protocolar os processos
e expedientes;
- II. Lavrar a ata das sessões/
reuniões;
- III. Convocar os membros da
Comissão de Manutenção Predial
para as reuniões determinadas pelo
presidente;

IV. Encaminhar quaisquer matérias
que tenham interesse de submeter
à Comissão devendo estas ser
entregues à secretaria da Comissão
de Manutenção Predial e aos
demais membros informações
que julgarem relevantes para o
desempenho de suas atribuições.

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO
INTERNO DA
COMISSÃO DE
MANUTENÇÃO
PREDIAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

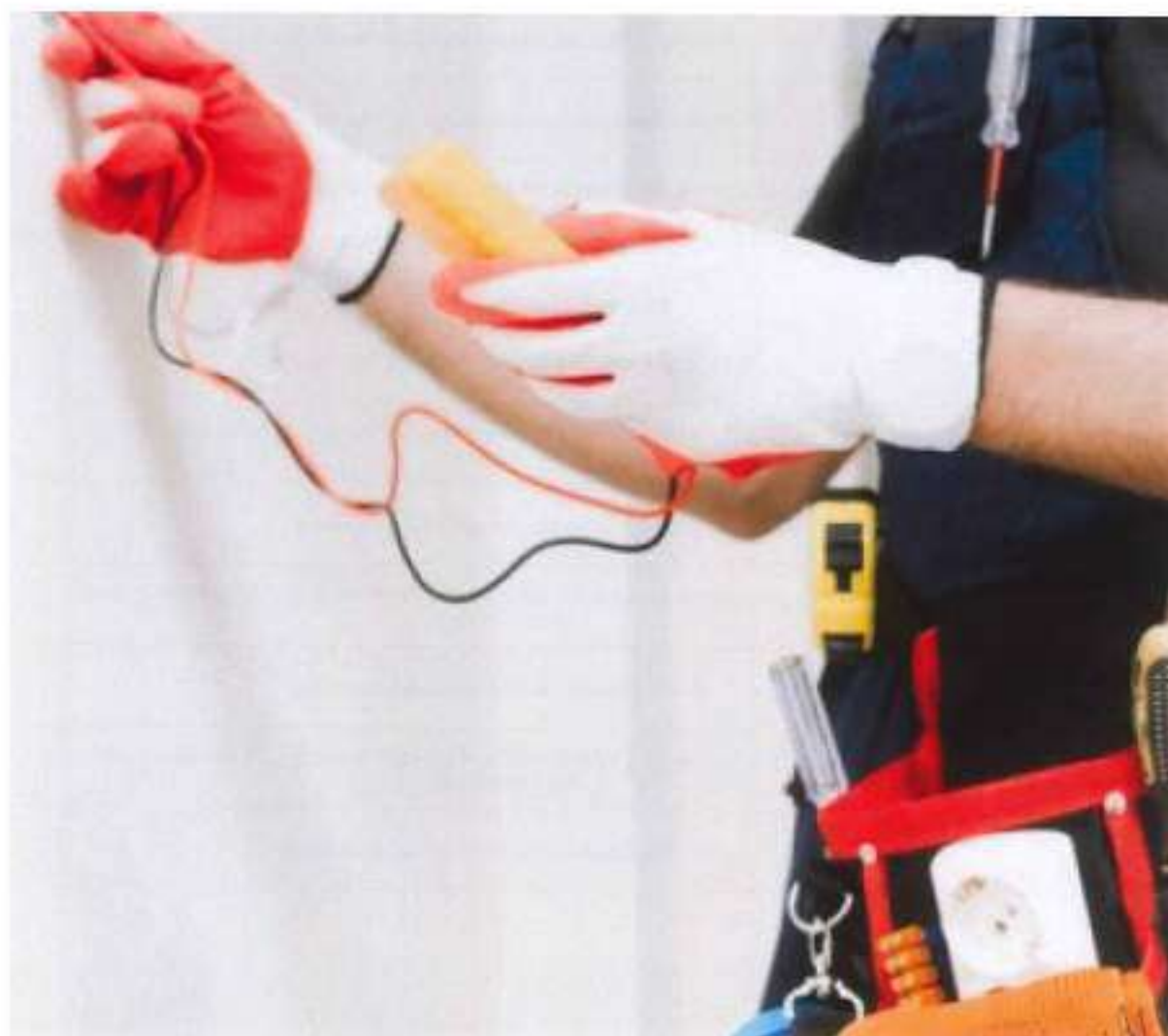
CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 24º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de Manutenção Predial, em conjunto com a Diretoria Geral Hospital Estadual de Formosa.

Artigo 25º. A qualquer tempo, por decisão da

maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral.

Artigo 26º. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.



CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE MANUTENÇÃO PREDIAL

| MÊS | ATIVIDADES |
|---------|--|
| M1 e M2 | 1. Criar a Comissão de Manutenção Predial, através de Resolução do Diretor Geral. |
| | 2. Elaboração do Plano de Manutenção Preventiva Predial. |
| | 3. Dar conhecimento e realizar as correções pertinentes e aprovar o Regimento Interno da Comissão de Manutenção Predial. |
| | 4. Analisar os relatórios de Ordens de Serviços de Manutenção Predial e discutir melhorias. |
| M4 | 1. Aprovação e ou correções pertinentes do Plano de Manutenção Preventiva de Estrutura Predial. |
| | 2. Desenvolver plano de ações para implantação e treinamento do Plano de Manutenção Preventiva de Estrutura Predial. |
| | 3. Analisar os relatórios de Ordens de Serviço da Manutenção predial e discutir melhorias. |
| | 4. Fixar possíveis datas para as reuniões. |
| | 5. Enviar para aprovação pela Diretoria-Geral. |
| M6 | 1. Analisar os relatórios de Ordens de Serviço da Manutenção predial e discutir melhorias. |
| | 2. Discussão de medidas educativas; |
| | 3. Discorrer sobre a eficácia da implantação; |
| M8 | 1. Analisar os relatórios de Ordens de Serviço da Manutenção predial e discutir melhorias. |
| | 2. Discussão de medidas educativas; |
| M10 | 1. Analisar os relatórios de Ordens de Serviço da Manutenção predial e discutir melhorias. |
| | 2. Discussão de medidas educativas; |
| M12 | 1. Analisar os relatórios de Ordens de Serviço da Manutenção predial e discutir melhorias. |
| | 2. Discussão de medidas educativas; |

AM

ITEM 2.1.30.5 - COMISSÃO DE GESTÃO DE RECURSOS NATURAIS E SUSTENTABILIDADE

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE GESTÃO DE RECURSOS NATURAIS E SUSTENTABILIDADE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

CONSTITUIÇÃO

Hospitais são estabelecimentos com rotinas e demandas intensas. Com funcionamento 24 horas por dia, 365 dias ao ano, possuem alto consumo de água e energia e contam com atividades de grande potencial para a geração de resíduos.

A busca da citada sustentabilidade está fundamentada na implementação de uma cultura voltada ao desenvolvimento sustentável, sobretudo a sustentabilidade ambiental, no ambiente intra-hospitalar.

Entre as práticas de sustentabilidade considerada necessária para o HEF, podemos citar o uso de fontes de captação alternativa de água, a implementação de energia renovável e o gerenciamento e tratamento de efluentes (esgoto), redução da geração de resíduos recicláveis e outros resíduos.

ORIGEM

Como disse o filósofo alemão Arthur Schopenhauer, "A tarefa não é tanto ver o que ninguém tinha visto, mas pensar o que ninguém pensou a respeito do que todo mundo vê".

Sabemos que a importância do meio ambiente e de sermos sustentáveis são temáticas muito debatidas atualmente, não se tratando de conceitos novos. Mas o que é necessário para que esse discurso realmente passe a ter resultados práticos no nosso dia-a-dia é enxergar a situação de uma forma nova e eficiente.

As responsabilidades socioambientais do Hospital Estadual de Formosa - Dr. Cesar Saad Fayad, em relação gestão de recursos naturais e ambientais partem do compromisso com o uso dos recursos naturais não renováveis como água, energia elétrica e redução na geração de resíduos. Esta deverá ser uma questão fundamental, para isso, a presente

comissão realizará periodicamente campanhas internas para conscientização dos colaboradores e definirá metas de redução de consumo de água e energia, onde serão realizadas ações para a redução dos mesmos por meio de rotinas de inspeção periódicas, substituições de torneiras, troca de lâmpadas incandescente por lâmpadas de baixo consumo e maior poder de iluminação entre outras ações que serão descritas a seguir.

MEMBROS

A Comissão será composta pelos seguintes profissionais do quadro funcional do Hospital Estadual de Formosa - Dr. Cesar Saad Fayad, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral que será norteadas pelo Regulamento Interno do HEF, conforme segue:

- I. Um representante do serviço de engenharia e segurança do trabalho;
- II. Um representante da Divisão de Enfermagem;
- III. Um representante do Departamento de Facilités;
- IV. Um representante do Setor de Manutenção;
- V. Um representante do PGRSS;
- VI. Um representante do Serviço de Higienização e Limpeza Hospitalar;
- VII. Um representante da administração;

Será eleito 1 coordenador que terá sua indicação nomeada por Portaria e terá seu mandato por 24 meses, podendo ser reconduzido por aclamação.

Será eleito um secretário por eleição direta entre pares, em concordância com a Diretoria Geral, para exercer sua função por 24 meses.

MECANISMO DE CONTROLE

A duração do mandato da Comissão de Gestão de Recursos Naturais e Sustentabilidade será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral.

Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados a Direção Geral, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação. Ao término do mandato, a Direção Geral poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

AM

LOGO DA
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE GESTÃO DE RECURSOS NATURAIS E SUSTENTABILIDADE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

FINALIDADE DA COMISSÃO

A Comissão de Gestão de Recursos Naturais e Sustentabilidade tem por finalidade a promoção de medidas normativas e técnicas de controle do uso dos recursos naturais, além de elaboração e avaliação de novas metodologias para minimizar o uso de recursos existentes, como também propor novas tecnologias para garantir o consumo consciente, evitar desperdícios, reduzir custos, tratar efluentes e proporcionar subsídios de apoio à pesquisa.

A Comissão de Gestão de resíduos objetiva promover as medidas normativas e técnicas de controle para garantir a sustentação dos principais pilares do projeto que são:

- Eficiência hídrica e energética;
- Gestão de resíduos;
- Consumo consciente
- Gestão de bens inservíveis.

São objetivos da Comissão de :

- I. Zelar pelo cumprimento correto e sistemático do Plano de Gerenciamento de Resíduos;

II. Destinação adequada de rejeitos hospitalares não recicláveis;

III. Reciclagem ou reaproveitamento de materiais residuais;

IV. Práticas de sustentabilidade e de racionalização do uso de materiais e serviços;

V. Política de aquisição de materiais e equipamentos de baixo consumo energético e maior durabilidade para evitar o descarte prematuro;

VI. Quando aplicável, contemplar os procedimentos locais definidos pelo processo de logística reversa para os diversos RSS.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A comissão de gestão de recursos naturais e sustentabilidade, deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será assinada pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Formosa - Dr. Cesar Saad Fayad.

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO
DA COMISSÃO
DE GESTÃO DE
RECURSOS NATURAIS
E SUSTENTABILIDADE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

CRONOGRAMA DE REUNIÃO DA COMISSÃO DE GESTÃO DE RECURSOS NATURAIS E SUSTENTABILIDADE.

| MÊS | ATIVIDADES |
|-----|--|
| M1 | Aprovação do regimento interno da comissão |
| M2 | Reunião ordinária: |
| | Discursão do plano de trabalho da comissão; |
| M3 | Reunião ordinária; Discutir o consumo de recursos hídricos e elétricos e propor medidas e metas para redução |
| M4 | Reunião ordinária: |
| | Redução radical no volume de impressões geradas no HEF |
| M5 | Reunião ordinária: |
| | Levantamento de equipamentos obsoletos com grande consumo de energia e realizar sua substituição; |
| M6 | Reunião ordinária: |
| | Reduzir o consumo de papéis e impressões ; |
| | Reunião ordinária: |
| M8 | Analisar consumo de recursos naturais no primeiro semestre; |
| | Reunião ordinária: |
| M9 | Propor medidas de redução de recursos naturais para 2º semestre; |
| | Reunião ordinária: |
| M10 | Discutir PGRSS |
| | Reunião ordinária: |
| M11 | Discutir medidas de redução na geração de resíduos comuns; |
| | Reunião ordinária: |
| M12 | Apresentar medidas de gestão de recursos naturais para implementação no próximo ano; |
| | Reunião ordinária: |
| M12 | Elaboração e discursão do relatório de atividades da CGRNS. |

ITEM 2.1.30.6 - COMISSÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS

LOGO DA UNIDADE

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

COMISSÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS

CONSTITUIÇÃO

A Comissão de cuidados paliativos do Hospital Estadual De Formosa Dr. César Saad Fayad, deve ser constituída em atendimento a determinação da Resolução CFM nº 1.805/2006 que dispõe sobre a fase terminal de enfermidades graves e incuráveis e permitir ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

ORIGEM

Curar algumas vezes, aliviar quase sempre, consolar sempre, serão as bases da respon-

sabilidade social do Hospital Estadual De Formosa Dr. César Saad Fayad em relação à assistência ampla geral e irrestrita em todas as fases da vida da pessoa humana com alta relevância ética, moral e humanitária. O compromisso com o paciente e sua família serão uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a MISSÃO da Comissão de cuidados paliativos, será desempenhar um papel importante na qualidade de vida de todos aqueles que por ventura estejam em fase terminal de alguma patologia.

MEMBROS

A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual De Formosa Dr. César Saad Fayad e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral, suas ações serão norteadas pelo Regimento Interno da Comissão de Cuidados Paliativos;

A comissão deverá ser composta por no mínimo 7 (sete) membros, sendo 2 (dois) representantes médicos, 2 enfermeiros, 1 assistente social, 1 psicólogo, e 1 capelão;

LOGO DA
UNIDADE

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

O presidente da Comissão de Cuidados paliativos será obrigatoriamente médico com vivência em terapia intensiva ou oncologia;

- I. Representante médico do serviço de clínica médica;
- II. Representante dos enfermeiros devem ter vivência em terapia intensiva ou oncologia;
- III. Demais representantes do Staff hospitalar.

MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão de Cuidados Paliativos do Hospital Estadual De Formosa dr. César Saad Fayad, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato da Comissão de Cuidados Paliativos será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, a substituição dos membros neste período, poderá ser realizada a pedido dos mesmos, em caso de substituição, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados a Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação. Ao término do mandato, a

Direção Técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

FINALIDADE DA COMISSÃO

As ações da Comissão de Cuidados paliativos do HEF no âmbito da humanização dos cuidados e da assistência abrangem os seguintes itens:

- I. Identificar aspectos clínicos de patologias irreversíveis que prolongam a dor e o sofrimento do paciente na unidade de saúde;
- II. Analisar questões éticas e legais relacionadas ao atendimento aos pacientes em cuidados paliativos;
- III. Contribuir para o apoio à família neste momento tão difícil;
- IV. Estimular o início dos cuidados paliativos o mais precocemente possível, juntamente com o tratamento modificador da doença, e início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes;
- V. Oferecimento de um sistema de suporte que permita ao paciente viver o mais autônomo e ativo possível até o momento de sua morte.

AM

LOGO DA
UNIDADE

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS

CÓDIGO: XXX-XXX-XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão de Cuidados Paliativos do HEP, deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações da Comissão devem ser encaminhadas primeiramente à Diretoria Técnica do Hospital Estadual De Formosa Dr. César Saad Fayad, para conhecimento, validação e homologação junto a diretoria jurídica, diretoria geral e diretoria clínica;

A Comissão de Cuidados Paliativos deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica do Hospital Estadual De Formosa Dr. César Saad Fayad, com a qual deverão ser discutidos os protocolos clínicos, suas mudanças e atualizações, enviando seus relatórios as Diretorias Técnica, Geral e jurídica.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual De Formosa Dr. César Saad Fayad.



LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º - Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para o funcionamento da Comissão de Cuidados Paliativos do HEP, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão de Cuidados Paliativos junto à diretoria institucional, corpo clínico e comunidade hospitalar;

Parágrafo Único - Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais, que afligem o paciente e sua família;

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º- A Comissão de Cuidados Paliativos do HEP, tem por finalidade definir as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito da instituição conforme prerrogativas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único: Será elegível para cuidados paliativos toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição.

CAPÍTULO III - DA COMPETÊNCIA

Artigo 3º - Ao presidente da Comissão de Cuidados Paliativos, além das outras instituições neste regimento, compete:

Artigo 4º - Presidir as reuniões ordinárias;

Artigo 5º - Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;

Parágrafo Único - Cumprir e fazer cumprir o presente regimento e todas as normativas referentes a organização dos cuidados paliativos, além de:

AM

- I - Integrar os cuidados paliativos a toda rede de atenção do HEF;
- II - Promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes;
- III - Incentivar o trabalho em equipe multidisciplinar;
- V Ofertar educação permanente em cuidados paliativos para os trabalhadores do HEF;
- VII - Ofertar medicamentos que promovam o controle dos sintomas dos pacientes em cuidados paliativos;
- VIII - Pugar pelo desenvolvimento de uma atenção à saúde humanizada, baseada em evidências, com acesso equitativo e custo efetivo, abrangendo toda a linha de cuidado e todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, domiciliar e integração com os serviços especializados.
- Artigo 6º - A Comissão de Cuidados Paliativos compete:
- I - Fomentar os princípios norteadores para a organização dos cuidados paliativos;
- II - Estimular o início dos cuidados paliativos o mais precocemente possível, juntamente com o tratamento modificador da doença, seus sintomas e suas mazelas, no início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes;
- III - Promoção do alívio da dor e de outros sintomas físicos, do sofrimento psicossocial, espiritual e existencial, incluindo o cuidado apropriado para familiares e cuidadores;
- IV - Afirmação da vida e aceitação da morte como um processo natural;
- V - Aceitação da evolução natural da doença, não acelerando nem retardando a morte e repudiando as futilidades diagnósticas e terapêuticas;
- VI- Promoção da qualidade de vida por meio da melhoria do curso da doença;
- VII- Integração dos aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
- VIII- oferecimento de um sistema de suporte que permita ao paciente viver o mais autônomo e ativo possível até o momento de sua morte;
- IX- Oferecimento de um sistema de apoio para auxiliar a família a lidar com a doença do paciente e o luto;
- X - Trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar para abordar as necessidades do paciente e de seus familiares.

incluindo aconselhamento de luto, se indicado;

- XI - Comunicação sensível e empática, com respeito à verdade e à honestidade em todas as questões que envolvem pacientes, familiares e profissionais;
- XII - respeito à autodeterminação do indivíduo;
- XIII- promoção da livre manifestação de preferências para tratamento médico através de diretiva antecipada de vontade (DAV);
- XIV - esforço coletivo em assegurar o cumprimento de vontade manifesta por DAV.

Artigo 7º - Estimular a oferta dos cuidados paliativos, quando cabível, a qualquer uma das especialidades clínicas atendidas no HEF;

- I - Atenção Ambulatorial: deverá ser capacitada para atender as demandas em cuidados paliativos de pacientes que se encontram em atenção domiciliar;
- II - Urgência e Emergência: os serviços prestarão cuidados no alívio dos sintomas agudizados, focados no conforto e na dignidade da pessoa, de acordo com as melhores práticas e evidências disponíveis;
- III- Atenção Hospitalar: voltada para o

controle de sintomas que não sejam passíveis de controle em outro nível de assistência.

Artigo 8º - Os especialistas em cuidados paliativos atuantes no HEF serão referência e potenciais matriciadores dos demais serviços da instituição, podendo isso ser feito in loco ou por tecnologias de comunicação à distância.

Artigo 9º- O acesso aos medicamentos para tratamentos dos sintomas relacionados aos cuidados paliativos, notadamente opioides, deverá seguir as normas sanitárias vigentes, considerando a relação nacional de medicamentos essenciais (Rename) e observando as pactuações entre as instâncias de gestão do SUS.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 10º - As reuniões da Comissão de cuidados paliativos serão realizadas mensalmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente; com local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 11º - As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 12º - As decisões consideradas Reso-

LOGO DA
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

luções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários;

Artigo 13º - O presidente da Comissão de cuidados paliativos, assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital De Formosa Dr. César Saad Fayad. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão na reunião de instalação e posse da comissão;

Artigo 14º - As decisões da Comissão de cuidados paliativos serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes;

Artigo 15º - Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia;

Artigo 16º - As reuniões da Comissão de cuidados paliativos, deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual De Formosa Dr. César Saad Fayad, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 17º - O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal e anexado a ata da reunião ordinária.

Artigo 18º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de cuidados paliativos, em conjunto com a Diretoria Geral Hospital Estadual De Formosa Dr. César Saad Fayad.

Artigo 19º - Os assuntos tratados pela Comissão de cuidados paliativos, deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros;

Artigo 20º - Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano;

Artigo 21º - Nenhum membro da Comissão Cuidados Paliativos, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão sem que para isso esteja devidamente autorizado;

Artigo 22º - A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral.

Artigo 23º - Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

LOGO DA
UNIDADEREGIMENTO INTERNO
DA COMISSÃO
DE CUIDADOS
PALIATIVOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE
CUIDADOS PALIATIVOS

| MÊS | ATIVIDADES |
|-------------|---|
| M1 e M2 | Criar a Comissão de Cuidados Paliativos, através de uma Resolução do Diretoria Geral, indicando nominalmente seus membros; |
| | Aprovar o Regimento Interno da Comissão de Cuidados Paliativos; |
| | Elaborar programa de palestras. |
| | Reunião ordinária a Comissão de Cuidados Paliativos (primeira quarta-feira de cada mês). |
| | Criar e divulgar protocolos de assistência em Cuidados Paliativos; |
| | Normalizar o adequado registro das informações referentes ao quadro de cada paciente e conduta utilizada para cada situação clínica de cuidado paliativo; |
| | Realizar treinamento - Palestra |
| M4 | Reunião ordinária a Comissão de Cuidados Paliativos. |
| M5 | Reunião ordinária a Comissão de Cuidados Paliativos. |
| | Discutir as condutas e desfecho de todos os casos relacionados a Cuidados Paliativos ocorridos no mês |
| M6 | Discutir as condutas e desfecho de todos os casos relacionados a Cuidados Paliativos ocorridos no mês |
| | Reunião ordinária a Comissão de Cuidados Paliativos; |
| | Realizar treinamento - Palestra |
| M7 | Realizar discursão de todos os casos de Cuidados Paliativos atendidos no mês; |
| | Reunião ordinária a Comissão de Cuidados Paliativos (primeira quarta-feira do mês). |
| M8 | Realizar discursão de todos os casos de Cuidados Paliativos atendidos no mês; |
| | Reunião ordinária a Comissão Cuidados Paliativos (primeira quarta-feira do mês). |
| M9 e M10 | Realizar discursão dos casos de Cuidados Paliativos atendidos no mês; |
| | Reunião ordinária a Comissão de Cuidados Paliativos (primeira quarta-feira do mês). |
| | Realizar treinamento - Palestra. |
| | Realizar discursão dos casos de Cuidados Paliativos atendidos no mês; |
| | Reunião ordinária a Comissão de Cuidados Paliativos (primeira quarta-feira do mês). |
| M11 | Realizar discursão dos casos de cuidados Paliativos atendidos no mês; |
| | Reunião ordinária a Comissão de Cuidados Paliativos (primeira quarta-feira do mês). |
| M12 | Realizar discursão dos casos de Cuidados Paliativos atendidos no mês; |
| | Reunião ordinária a Comissão de Cuidados Paliativos (primeira quarta-feira do mês). |
| | Realizar treinamento - Palestra. |

1114

ITEM 2.2 - QUALIDADE SUBJETIVA

ITEM 2.2.1 - ACOLHIMENTO

ITEM 2.2.1.1 - MANUAL COM INDICAÇÃO DAS FORMAS DE NOTIFICAÇÃO, RECEPÇÃO, ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS E ACOMPANHANTES NA EMERGÊNCIA CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

INTRODUÇÃO

Um serviço de saúde que se preze, norteia todas as suas atividades utilizando-se das premissas conceituais, técnicas e práticas de gestão da qualidade, seja como metodologias e ferramentas de trabalho ou perfil institucional.

O avanço tecnológico associado ao aumento de conhecimento e das exigências do cliente são fatores impulsionadores de elaboração/criação de serviços de excelência, pois as atividades são coordenadas no sentido de possibilitar a melhoria contínua de produtos e serviços a fim de garantir a completa satisfação das necessidades dos clientes relacionados ao que é oferecido ou ainda a superação de suas expectativas.

Serviços de Saúde são estabelecimentos destinados a promover a saúde do indivíduo, protegê-lo de doenças e agravos, prevenir e limitar os danos a ele causados e reabilitá-lo quando sua capacidade física, psíquica ou social for afetada.

Contudo, sabemos que nenhuma procura por atendimento no hospital é por diversão. Na maioria dos casos, o paciente, seus familiares e/ou acompanhantes estão em situação vulnerável e sensível, muitas vezes sem saber o que fazer e nem sempre contam com o auxílio de alguém que lhes ofereça o suporte necessário.


Neste momento, as estratégias de acolhimento devem entrar em cena de modo a considerar que, é dever da instituição/equipe acolher a todos da melhor maneira e for-

necer os requisitos básicos para transmitir confiança e conforto assistencial. Afinal, de nada adianta para a imagem institucional ofertar os melhores tratamentos e fazer uma ótima gestão hospitalar se o atendimento for de qualidade questionável.

Afim de garantir atendimento de qualidade, respeitando e priorizando o indivíduo, a Humanização deve se fazer presente e estar inserida em todas as estruturas de saúde de forma robusta, pois, suas diretrizes norteiam, estimulam e conduzem a debates e desenvolvimento de estratégias que conver-

*pliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde** (Ministério da Saúde, 2015).

De modo especial, o Hospital Estadual de Formosa, se importa com as questões relacionadas a humanização dos processos de trabalho, pois, é certo dizer que a comunidade, a instituição, os usuários, os profissionais e a gestão ganham, não só nas questões mensuráveis estatisticamente, mas, no



A comunicação é a principal ferramenta utilizada nesta unidade e é capaz de garantir o sucesso do atendimento

gem na direção de mudanças que proporcionem melhor forma de cuidar e novas formas de organizar o trabalho.

**A humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ami-*

atendimento às expectativas do usuário tornando sua a experiência menos traumática, mais satisfatória.

Para garantir que os preceitos da Política Nacional de Humanização (PNH) sejam cumpridos, o Hospital Estadual de Formosa investirá esforços na organização dos pro-

AM

cessos de trabalho, na qualificação de seus funcionários, na aquisição de tecnologias, na participação efetiva do usuário, no desenvolvimento contínuo da gestão e na educação e valorização social.

Metodologias, estratégias e ferramentas de trabalho bem definidas associadas a competência multiprofissional da equipe garantirão atendimento de qualidade, resolutivo e humanizado ao usuário.

RECEPÇÃO E FORMAS DE NOTIFICAÇÃO

Ao procurar um hospital, o indivíduo está necessitando cuidados, de atenção, de orientação e é papel primordial da equipe humanizar as relações, estreitar os laços, transmitir confiança e segurança ao usuário e familiares.

É na recepção do hospital que os processos de estabelecimento de vínculo e confiança se estabelecem (ou não), por isso, a equipe deve estar treinada a ouvir com atenção, olhar diretamente para a pessoa, procurar entender as necessidades de cada um e esclarecer dúvidas com boa vontade. Por mais que a rotina seja corrida, é essencial dedicar alguns minutos para estabelecer essa proximidade e transmitir confiança e segurança aos pacientes.

A comunicação é a principal ferramenta utilizada nesta unidade e é capaz de garantir o sucesso do atendimento ou colocar tudo a perder. Por isso, o Hospital Estadual de Formosa terá o cuidado de treinar e desenvolver sua equipe periodicamente, garantindo que o profissional atuante na recepção tenha perfil para tal. Reuniões, simulações, troca de experiências, estratégias de moti-

vação e desenvolvimento profissional serão rotineiras no hospital, uma vez que há de se considerar a necessidade de profissionais que conheçam outros idiomas além do português e libras (Língua Brasileira de Sinais).

O serviço de recepção terá como papel principal acolher pacientes, familiares e /ou acompanhantes e indicar a próxima etapa do fluxo de atendimento/acolhimento, informando com clareza quais os próximos passos deverão ser seguidos.

Outra questão altamente relevante que a equipe de recepção inevitavelmente se deparará em sua rotina está relacionada com as necessidades especiais dos pacientes, familiares e acompanhantes. Nestes casos, a equipe multiprofissional será envolvida na resolução dos problemas a fim de oferecer medidas de segurança e conforto aos usuários.

Sendo assim, ao identificar situações que fogem da responsabilidade da equipe da recepção, o profissional notificará as unidades/setores e/ou profissionais de apoio que possam acolher as demandas (Serviço Social, Serviço Psicologia, Setor de Acolhimento com Classificação de Risco etc), de modo especial os casos em que familiares e/ou acompanhantes ficam aguardando atendimento/notícias do paciente que está na sala de emergência.

É preciso que os funcionários estejam engajados no processo, assim, todos saberão orientar os pacientes com abordagem adequada e transmitir a serenidade necessária que o usuário precisa no estabelecimento das relações de apoio, confiança e segurança.

O Hospital Estadual de Formosa promoverá o máximo possível de conforto e acessibilidade para seus usuários, a começar, por oferecer ambiente que possa acolher dignamente portadores de necessidades especiais (cadeirantes, usuários de dispositivos para locomoção, idosos ou pessoas com algum tipo de dificuldade). Ainda, buscará ter espaços amplos, arejados, com corredores largos, rampas e chão nivelado, iluminação e sinalização adequadas, purificador de água e disponibilidade de wi-fi. Ambientes agradáveis geram experiências agradáveis.

necer e receber orientações, tornando o ato de comunicar uma atividade essencial para a vida em sociedade.

Nesse sentido, o Hospital Estadual de Formosa se dedicará em estabelecer mecanismos de orientação quanto aos serviços realizados, normas hospitalares, canais de comunicação, notícias e informações relevantes ao contexto institucional. Diversas metodologias serão utilizadas afim de garantir à sociedade o acesso às orientações, empregando o uso das tecnologias disponíveis e acessíveis como: rádio e TV local, rede social,



Ilustração | Obernet

ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL

Uma das fragilidades frequentemente encontradas nos serviços de saúde é a falta de orientação dos usuários. Para garantir que os processos de orientação sejam efetivos é necessário o emprego correto das formas de comunicar com as pessoas. É através das diversas formas de comunicação que se é possível estabelecer acesso às informações entre si e o meio em que vive, realizar, for-

site, cartilhas, folders, panfletos, boletins periódicos em formato digital e físico, entre outros. A realização de palestras, congressos, seminários e cursos voltados aos profissionais e usuários serão estratégias adicionais no processo de orientação social.

O Hospital Estadual de Formosa realizará atendimentos de Urgência e Emergência 24 horas por dia, com porta aberta e referência de alta e média complexidade. Este é um fator que pressupõe demanda considerável do

AM

serviço de urgência e emergência, e, conseqüentemente alto fluxo de usuários e acompanhantes que necessitarão de orientação e apoio psicológico e social. Além disso, o número de leitos de internação, de modo especial, os de terapia intensiva adulto e neonatologia falam por si, só quanto a necessidade de atuação multiprofissional das equipes de Psicologia e Serviço Social.

O acolhimento psicossocial constitui uma ferramenta importante que será utilizada pelo Hospital Estadual de Formosa na garantia de atendimento humanizado. O ambiente desconhecido, o estresse decorrente das condições de perda e/ou agravamento clínico de saúde e as incertezas quanto a recuperação do paciente, são alguns fatores que provocam medo e insegurança nos usuários levando-os a apresentarem sinais e/ou sintomas que podem interferir no tratamento e na reabilitação do quadro clínico do paciente, bem como, adoecer o familiar/acompanhante.

As famílias que estão diante de tragédias pessoais, vivendo a perda inesperada de entes queridos (ou a possibilidade de perdê-los) na emergência, devem ser acolhidas e tratadas por profissionais especializados tão logo que se identifique a situação. O mesmo deve ocorrer para aqueles que estão nas unidades de internação (pacientes e acompanhantes). Tão logo sejam identificados sinais de fragilidade socioemocional, o Serviço Social e de Psicologia deverão ser acionados. O atendimento se dará pela utilização da psicoterapia focal buscando contribuir para o alívio do medo, da insegurança, da tensão e do estresse dos usuários, estabelecendo

melhoria do nível da saúde mental, melhor adesão ao tratamento, reabilitação social e psicológica, garantindo que os direitos dos usuários sejam atendidos em todas as fases do cuidado, desde a admissão até a alta.

SERVIÇO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

No Brasil, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), proposto pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Política Nacional de Humanização (PNH), representa uma das intervenções com potencial decisivo para reorganizar o atendimento dos serviços de urgência e implementar a produção de saúde em rede. É uma ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade.

Entendido como um dispositivo tecnológico relacional de intervenção, o AACR se norteia pela escuta qualificada, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização, resolutividade dos serviços de saúde, bem como pela priorização dos pacientes mais graves para atendimento.

Trata-se, portanto, de uma forma de ressignificar o processo de triagem, que, em geral, se esgota na recepção do paciente, o que o torna ao processo uma ação de inclusão que permeia todos os espaços e momentos do cuidado nos serviços de saúde a exemplo das unidades de pronto atendimento (UPA) e/ou pronto socorro (P.S.).

As principais finalidades do ACCR são:

- Humanizar o atendimento mediante

te escuta qualificada do cidadão que busca os serviços de urgência/emergência;

- Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;
- Utilizar o encontro com o cidadão como instrumento de educação no que tange ao atendimento de urgência/emergência;
- Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência considerando a rede dos serviços de prestação de assistência à saúde.

Nessa proposta, O Hospital Estadual de Formosa terá em sua estrutura de atendimento de urgência/emergência o Serviço de Classificação de Risco, devidamente preparado/equipado para receber os pacientes e seus acompanhantes. O ACCR será realizado por enfermeiros devidamente capacitados que realizarão escuta qualificada, avaliação e aplicação de fluxogramas norteadores, seguido da classificação das necessidades de saúde daquele indivíduo, conforme critérios e riscos estabelecidos em protocolos que sustentam a classificação da gravidade da situação de cada paciente.

É um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Ao chegar ao serviço de urgência, o usuário será acolhido pelos funcionários da portaria/recepção e será encaminhado para abertura da ficha

de atendimento. Após a sua identificação, o usuário será encaminhado ao espaço destinado à Classificação de Risco onde será acolhido pelo enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o quadro clínico em:

VERMELHO



Atendimento imediato, pacientes que se encontram em estado gravíssimo e com risco de morte;

LARANJA



O tempo máximo de espera deve ser de 10 minutos, casos considerados muito urgente e com risco significativo de morte;

AMARELO



Abrange os casos urgentes de gravidade moderada com necessidade de atendimento médico, mas sem riscos imediatos, o tempo de espera é de até 60 minutos;

VERDE



Sem risco de morte, sendo o tempo de espera de até 2 horas;

AZUL



Classificação mais simples para casos que o paciente pode aguardar atendimento ou ser encaminhado para outra unidade de saúde. O tempo de espera pode ser de até 4 horas.

É importante ressaltar que a gravidade do caso é determinante na agilidade do atendimento ao paciente, portanto, nos casos de emergência o atendimento ao paciente poderá ser iniciado antes da abertura da ficha.

O ACCR é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos os usuários de maneira ética, respeitosa, acolhedora, ouvindo suas queixas, fornecendo as informações e orientações necessárias, de maneira empática. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência, estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

GESTÃO DE LEITOS

A gestão de leitos consiste na realização de diversas ações de apoio à administração das internações (clínicas e cirúrgicas - de todas as especialidades médicas), exames complementares, exames diagnósticos e terapêuticos, ensino e pesquisa e tem papel fundamental no controle da ocupação hospitalar.

Para que a gestão de leitos ocorra de maneira adequada, é necessário que as estruturas envolvidas nos processos estejam afinadas de modo a garantir que nenhum usuário fique aguardando na fila enquanto se tenha leito disponível. O processo gestão dos leitos é realizado pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR) de forma protocolar e minuciosa considerando a origem e a condição clínica do paciente, tipo de internação (caráter eletivo ou de urgência) garantindo a equidade no acesso aos serviços especializados.

No Hospital Estadual de Formosa as atividades de gestão de leitos serão realizadas por profissionais devidamente treinados, os quais estarão envolvidos com as unidades de atendimento a pacientes externos (ambulatórios), unidade de atendimento a pacientes internados, unidade de processamento e estatística e unidades de arquivamento de prontuários (SAME), de acordo com protocolos técnicos operacionais próprios.

Para garantir o efetivo funcionamento da gestão de leitos, o Hospital Estadual De Formosa estabelecerá, meios para manter o entrosamento com o corpo clínico e os diferentes serviços do Hospital, colaborando com os mesmos no aperfeiçoamento da assistência hospitalar; fornecerá informações de caráter legal da documentação do prontuário médico, dentro do que preceitua a ética profissional, às autoridades legais e sanitárias e aos próprios pacientes ou responsáveis, e, atuará por meio de comissões específicas no estudo para atualização, adequação ou alteração dos formulários.

As seguintes terminologias técnicas fazem parte da rotina hospitalar na gestão de leitos:

A. REGISTRO: NUMERAÇÃO RECEBIDA PELO PACIENTE PARA O ATO DE SUA MATRÍCULA NO HOSPITAL ESTADUAL DE FORMOSA, A QUAL O HABILITA AO ATENDIMENTO DE ACORDO COM O PROTOCOLO DE CADASTRO;

B. MATRÍCULA: INSCRIÇÃO DE UM PACIENTE NO HOSPITAL COM A FINALIDADE DE INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO;

C. PRONTUÁRIO MÉDICO: SÃO TODAS AS INFORMAÇÕES CONCERNENTES À VIDA CLÍNICA DO PACIENTE NO PERÍODO DE INTERNAÇÃO (EXAMES, EVOLUÇÕES, LAUDOS, PRESCRIÇÕES, ETC.);

D. ARQUIVO CORRENTE: LOCAL ONDE SE ARQUIVAM OS PRONTUÁRIOS MÉDICOS NO PERÍODO EM QUE FREQUENTEMENTE SÃO CONSULTADOS;

E. ORGANOGRAMA: GRÁFICO REPRESENTATIVO DA ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DE UMA ORGANIZAÇÃO OU UNIDADE, INDICANDO AS RELAÇÕES DE AUTORIDADE E RESPONSABILIDADE EXISTENTE;

F. FLUXOGRAMA: REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA SEQUÊNCIA DE UMA OU MAIS ATIVIDADES CARACTERIZANDO AS FASES, OPERAÇÕES E OS AGENTES EXECUTORES;

G. CENSO DIÁRIO: É O PROCESSO MEDIANTE O QUAL SE CONHECE DIARIAMENTE O MOVIMENTO DOS PACIENTES HOSPITALIZADOS E A UTILIZAÇÃO DOS LEITOS EM CADA ENFERMARIA.

Além das diretrizes operacionais para a gestão de leitos estabelecidas e executadas pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR), algumas atividades complementam o serviço como:

- Ética e sigilo no que se refere ao conteúdo dos prontuários; Cuidado para manutenção da integridade dos prontuários;
- Estabelecimento de critérios especiais de guarda;
- Classificação e controle da circulação dos prontuários;
- Manutenção de sistema de registro que controle toda a movimentação dos pacientes no Hospital;
- Zelo pela clareza e exatidão dos prontuários médicos, pelo preciso preenchimento de todos os formulários que os compõem, especificamente com referência aos dados obrigatórios.

VALORIZAÇÃO DA EQUIPE – CAPITAL HUMANO

Com tantas inovações na área da saúde, é extremamente necessário que todos os funcionários estejam atualizados e saibam quais processos e procedimentos devem ser implementados mediante a cada demanda, a cada situação que ocorra.

All

A garantia de assistência qualificada está diretamente ligada a valorização da instituição na formação de sua equipe. Pensando nisso, o Hospital Estadual de Formosa manterá programa permanente de capacitações, treinamentos, workshops, lives, simulações realísticas, rodas de conversa e diversas outras metodologias de ensino/aprendizagem para toda equipe, considerando as particularidades, desenvolvendo as fragilidades e valorizando pontos fortes de cada profissional.

Outra maneira de valorizar o potencial hu-

mano do Hospital Estadual De Formosa será envolver as equipes de linha de frente na participação de projetos e comissões, dando visibilidade às experiências individuais e coletivas, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho, incluindo-os na tomada de decisão.

Acredita-se que incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde.



Conscientização | Banca de Log INMED

ITEM 2.2.1.2 - INSTRUÇÃO COM DEFINIÇÃO DE HORÁRIOS, CRITÉRIOS E MEDIDAS DE CONTROLE PARA VISITAS AOS USUÁRIOS

INTRODUÇÃO

O gerenciamento de risco consiste em medidas de controle e prevenção para evitar e reduzir a probabilidade de uma situação de perigo ou erro acontecer. Em instituições de saúde, uma falha pode levar a severas complicações ou até mesmo a morte do paciente. Na área da saúde, o gerenciamento de riscos tem a finalidade de implantar ações preventivas, corretivas e contingenciais para garantir eficácia e eficiência operacional e oferecer um serviço de saúde com qualidade e segurança ao paciente.

A Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, define gestão de riscos da seguinte forma: "(...) *aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional*", sendo esta uma definição importante a ser seguida no Hospital Estadual de Formosa.

A segurança assistencial é premissa no atendimento à saúde, fator este que faz com que Hospital Estadual de Formosa esteja preparado para receber o paciente, seus acompanhantes, familiares e visitantes com segurança, desde a emergência até as consultas ambulatoriais, realização de exames, procedimentos, tratamentos terapêuticos e cirurgias. É muito importante que a família saiba como proceder durante a visita ao ambiente hospitalar a fim de evitar exposições e de correr riscos desnecessários.

Para bem atender os visitantes/acompanhantes do Hospital Estadual de Formosa, na medida das possibilidades da estrutura física disponível para a(s) recepção(ões), busca-se separar espaços para receber os visitantes/acompanhantes, onde os mesmos poderão receber as devidas orientações de segurança para si e para os pacientes visitados. Os ambientes serão mantidos arejados ao máximo possível, de forma que possibilite circulação de ar natural e serão demarcados

visualmente para evitar o contato próximo entre as pessoas, principalmente nas salas de espera, cadeiras e nos balcões. A rotina de higienização e limpeza dos espaços, mobiliários e equipamentos seguirá protocolos institucionais rigorosos.

Outra questão fundamental a ser considerada são as orientações do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) do Hospital Estadual de Formosa, o qual exercerá vigilância constante em todas as áreas a fim de controlar, impedir ou minimizar a transmissão de infecção no hospital.

1.1 Prevenção de riscos

As principais ações que serão empregadas na prevenção de riscos no Hospital Estadual de Formosa, estão ligadas às questões de:

A IDENTIFICAÇÃO DAS DEMANDAS QUE EXPONHAM A INSTITUIÇÃO, SEUS FUNCIONÁRIOS E SEUS USUÁRIOS BEM COMO A IDENTIFICAÇÃO DAS MEDIDAS DE SOLUÇÃO;

B ANÁLISE CONTÍNUA DOS PROCESSOS DE TRABALHO;

C IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS E PROCEDIMENTOS BEM DEFINIDOS, ENVOLVENDO A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL TANTO NA CONSTRUÇÃO QUANTO NA CAPACITAÇÃO, DIVULGAÇÃO E CUMPRIMENTO DOS MESMOS;

D ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES, NORMAS, ROTINAS E PROCEDIMENTOS, BUSCANDO A MELHORIA CONTÍNUA DOS PROCESSOS;

E INTERNAÇÃO DO PACIENTE PELO MENOR PERÍODO POSSÍVEL;

F REGISTRO E ORGANIZAÇÃO RIGOROSA DA DOCUMENTAÇÃO;

G COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL ACESSÍVEL E RESOLUTIVA;

H CONTROLE E AVALIAÇÃO PERIÓDICA DOS PROCESSOS DE TRABALHO.

Serão elaborados, implantados e divulgados amplamente protocolos e fluxos que contenham as orientações que acolham e protejam os usuários internos e externos de qualquer risco no ambiente hospitalar.

De modo especial, considerando as experiências, ainda em andamento, relacionadas à pandemia COVID-19, protocolos rigorosos serão instituídos e seguidos, garantindo, assim, a segurança geral que envolve a equipe, os pacientes, seus familiares, acompanhantes e visitantes (este último, de acordo com as possibilidades orientadas pelos órgãos responsáveis pelo combate e prevenção da disseminação do SARS-CoV-2, no Brasil).

1.2 Prevenção e controle de riscos relacionados aos usuários

Dentre as ações que serão cumpridas no Hospital Estadual de Formosa como medida de controlar e evitar riscos aos visitantes, acompanhantes e pacientes, destaca-se:

A. CADASTRO DE TODOS OS VISITANTES (FAMILIARES DE PACIENTES, FORNECEDORES, PROFISSIONAIS, RELIGIOSOS, ACOMPANHANTES E OUTROS USUÁRIOS DO HOSPITAL NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR);

B. IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA DE VIGILÂNCIA POR CÂMERAS;

C. AJUSTE DO TEMPO IDEAL ENTRE UM ATENDIMENTO E OUTRO (PARA OS ATENDIMENTOS AGENDADOS COMO CONSULTAS, EXAMES, CIRURGIAS E INTERNAÇÕES ELETIVAS);

D. DEMARCAÇÃO DAS ÁREAS COM CIRCULAÇÃO OU PERMANÊNCIA RESTRITA;

E. IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA DE SINALIZAÇÃO DE SOLO (OU DE PAREDE) A FIM DE FACILITAR O TRÂNSITO DO ACOMPANHANTE/VISITANTE DENTRO DO HOSPITAL, CONTEMPLANDO ESTRATÉGIA DE IDENTIFICAÇÃO DAS CORES PARA DALTÔNICOS;

F. ORIENTAÇÃO CONSTANTE QUANTOS AS REGRAS INSTITUCIONAIS EM TODOS OS PONTOS ESTRATÉGICOS DO HOSPITAL;

G. DISPONIBILIZAÇÃO DE PROFISSIONAL "POSSO AJUDAR?" PARA ESCLARECER E ORIENTAR QUALQUER DÚVIDA DOS VISITANTES/ACOMPANHANTES, GARANTINDO A TRANSPARÊNCIA QUANTO ÀS MEDIDAS DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA, DETALHANDO AS DIRETRIZES ESTABELECIDAS PARA



MANTER O MANDAMENTO MAIOR: A PRESERVAÇÃO DA VIDA!

Os principais resultados que se espera com a adoção dos critérios e medidas de controle de risco para visitantes e acompanhantes no Hospital Estadual de Formosa são:

AM

A. REDUÇÃO E/OU ELIMINAÇÃO DA EXPOSIÇÃO DOS VISITANTES/ACOMPANHANTES A SITUAÇÕES QUE OFEREÇAM QUALQUER TIPO DE RISCO;

B. AUMENTO E MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS VISITANTES, FORTALECIMENTO DA IMAGEM DO HOSPITAL;

E. REDUÇÃO DE CUSTOS E ECONOMIA NO USO DOS RECURSOS;

F. TOMADA DE DECISÃO ASSERTIVA;

G. GESTÃO PROATIVA E PREVENTIVA;

H. SUSTENTABILIDADE INSTITUCIONAL



C. VALORIZAÇÃO E CONFIANÇA NOS SERVIÇOS PRESTADOS;

D. PREVENÇÃO DE POSSÍVEIS PROCESSOS JURÍDICOS E INDENIZAÇÕES;

1. INSTRUÇÕES PARA VISITANTES E ACOMPANHANTES DE PACIENTES INTERNADOS NO HOSPITAL Estadual DE FORMOSA

Para cumprir com as normas de controle de infecção, o bom andamento do fluxo de visitantes/acompanhantes e garantia de serviço de qualidade, deve-se seguir algumas instruções:

A. ESTABELECEM O NÚMERO MÍNIMO DE VISITANTES POR PACIENTE;

B. NÃO VISITAR PACIENTES SE ESTIVER COM ALGUMA INFECÇÃO (INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS, COMO GRIPE E RESFRIADOS, INFECÇÕES DE PELE, CONJUNTIVITE, DIARREIA, VÔMITO E OUTRAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS);

C USAR MÁSCARA DE PROTEÇÃO FÁCIL.
 • OBRIGATORIAMENTE, CASO O USUÁRIO, ACOMPANHANTE E/OU VISITANTE SE ESQUEÇA, SERÁ OFERECIDO ESTE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL COMO FORMA DE GARANTIR A SEGURANÇA DE TODOS. NOS CASOS EM QUE HAJA INDICAÇÃO ADICIONAL DE USO DE AVENTAL E LUVAS, OS VISITANTES/ACOMPANHANTES SERÃO ORIENTADOS PELA EQUIPE DO HOSPITAL.

A CONDUTA A SER SEGUIDA NESTE PROCEDIMENTO. CASO APRESENTE AUMENTO DA TEMPERATURA OU ALGUM SINTOMA QUE INDIQUE ALTERAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE, ESTE SERÁ CONDUZIDO À UNIDADE DE ATENDIMENTO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO E CONDUTA;

G É OBRIGATÓRIA A IDENTIFICAÇÃO DO VISITANTE E ACOMPANHANTE NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR.

D VISITAR PACIENTES INTERNADOS NOS ISOLAMENTOS E UTIS, REQUER ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS QUE SERÃO FORNECIDAS PELOS PROFISSIONAIS DO HOSPITAL. EM SITUAÇÕES ESPECIAIS QUE VISAM A SEGURANÇA DO PACIENTE E DO VISITANTE/ACOMPANHANTE, AS VISITAS PODERÃO SER RESTRINGIDAS.

H INFORME-SE ANTES DE IR FAZER A VISITA.
 • TENHA OS DADOS MÍNIMOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE, POIS, ISSO AGILIZARÁ O PROCEDIMENTO DE LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE E EVITARÁ O RISCO DE NÃO O LOCALIZAR NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO HOSPITAL;

E HIGIENIZAR AS MÃOS COM ÁGUA E SABÃO, OU ÁLCOOL EM GEL, ANTES E APÓS CONTATO COM O PACIENTE. ÁLCOOL EM GEL ESTARÁ DISPONÍVEL EM TODOS OS PONTOS ESTRATÉGICOS DO HOSPITAL, AFIM DE FACILITAR E GARANTIR O SEU USO.

I USE, SEMPRE, A ETIQUETA FORNECIDA NA ENTRADA DO HOSPITAL. É IMPORTANTE QUE O VISITANTE SEJA IDENTIFICADO PARA QUE RECEBA A DEVIDA ATENÇÃO E QUE RESPEITE OS HORÁRIOS DE ENTRADA E SAÍDA DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO.

F A AFERIÇÃO DA TEMPERATURA SERÁ PROCEDIMENTO DE ROTINA ANTES DA ENTRADA DO VISITANTE/ACOMPANHANTE NO HOSPITAL TANTO NO PRONTO SOCORRO, QUANTO NAS UNIDADES AMBULATORIAIS E DE INTERNAÇÃO. PROTOCOLOS NORTEARÃO AS EQUIPES QUANTO

J SERÁ ORIENTADO SOBRE A IMPORTÂNCIA DE SE TER APENAS UM ACOMPANHANTE POR PACIENTE NOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS, (SALVO SITUAÇÕES ESPECIAIS), DESDE QUE ESTEJA ASSINTOMÁTICO PARA QUALQUER DOENÇA, DE MODO ESPECIAL AS RESPIRATORIAS.

K FLORES NÃO SERÃO PERMITIDAS NAS ÁREAS DE INTERNAÇÃO, POIS, ASSIM QUE COMEÇAM A MURCHAR, ATRAEM MOSQUITOS E OUTROS INSETOS QUE PODEM INCOMODAR O PACIENTE. DE PREFERÊNCIA POR OUTRO PRESENTE, POR EXEMPLO, UM LIVRO.

L AO VISITAR UM PACIENTE É PRECISO LEMBRAR QUE ELE ESTÁ EM RECUPERAÇÃO E PRECISA DESCANSAR. POR ISSO, É IMPORTANTE SER BREVE, PARA EVITAR SITUAÇÕES COMO A ANSIEDADE, ESTRESSE E CANSAÇO;

M EVITE FALAR ALTO OU FAZER BARULHOS DESNECESSÁRIOS, SÃO CUIDADOS IMPORTANTES QUE O VISITANTE PRECISA TER PARA NÃO INCOMODAR OS PACIENTES. SE FOR POSSÍVEL, FECHER A PORTA DO QUARTO, EVITANDO EXPOSIÇÃO E ESTABELECE PRIVACIDADE.

N EVITE DIZER O QUE O PACIENTE DEVE OU NÃO FAZER OU TOMAR. EXPERIÊNCIA PESSOAL NÃO SÃO PARÂMETROS DE CUIDADO, POIS, CADA CASO É ÚNICO E SÓ A EQUIPE DE SAÚDE TEM CONDIÇÕES DE AVALIAR O QUE DEVE SER FEITO. DESSA FORMA, EVITA-SE INTERFERÊNCIA NO TRATAMENTO E PROMOVE O REESTABELECIMENTO DA SAÚDE DO PACIENTE MAIS RÁPIDO.

O SEJA POSITIVO. TRAGA INFORMAÇÕES OTIMISTAS. PERGUNTE COMO O PACIENTE ESTÁ, PRECISA DE ALGUMA

COISA. DESTA FORMA, ESTIMULA O PROCESSO DE RECUPERAÇÃO POR PARTE DO PACIENTE E MINIMIZA OU ELIMINA SINAIS/SINTOMAS OU SENTIMENTOS DEPRESSIVOS;

P É PERMITIDA A VISITA DE APENAS UM REPRESENTANTE DE SEGMENTOS RELIGIOSOS POR VEZ, DESDE QUE SOLICITADO PELO PACIENTE E/OU SEU FAMILIAR, MEDIANTE CONTATO PRÉVIO COM O SERVIÇO DE CAPELANIA HOSPITALAR E USO DE IDENTIFICAÇÃO FORNECIDA PELO HOSPITAL;

Q É RECOMENDÁVEL E PREFERÍVEL QUE VISITANTES E ACOMPANHANTES ESTEJAM NA FAIXA ETÁRIA DE 18 A 59 ANOS E QUE ESTEJAM ISENTOS DE DOENÇAS AGUDAS E/OU CRÔNICAS. MAIORES DE 60 ANOS DEVEM ESTAR ACOMPANHADOS DE UM FAMILIAR;

R NÃO É PERMITIDA A ENTRADA DE MENORES PARA FINS DE VISITAÇÃO. NO ENTANTO, EM SITUAÇÕES ESPECIAIS, CONSIDERANDO A INDIVIDUALIDADE DE CADA CASO E OS PROCESSOS DE HUMANIZAÇÃO, A VISITA DO(A) MENOR PODERÁ SER AUTORIZADA, MEDIANTE AUTORIZAÇÃO DA EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE;

S OBJETOS PESSOAIS, PRINCIPALMENTE DE VALOR, NÃO DEVEM SER DEIXADOS NOS APOSENTOS DO PACIENTE. O HOSPITAL NÃO SE RESPONSABILIZA PELA GUARDA DOS MESMOS;

T AS ROUPAS DO PACIENTE USADAS NO MOMENTO DA INTERNAÇÃO, DEVERÃO SER LEVADAS PARA CASA, POIS, NÃO PODERÃO SER LAVADAS NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL.

U VISITANTES OU ACOMPANHANTES DEVERÃO EVITAR CONTATO DIRETO COM O PACIENTE. SE FOR NECESSÁRIO, DEVERÃO SER FORNECIDAS LUVAS E ORIENTAR HIGIENE DAS MÃOS SEMPRE QUE TOCAR O PACIENTE.

V VESTIR-SE ADEQUADAMENTE DURANTE A VISITA. NÃO USAR SHORT, BERMUDA, CHAPÉU, CAMISETA CAVADA, ROUPA TRANSPARENTE, CALÇADOS ABERTOS E MINISSAIA NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL ESTADUAL DE FORMOSA. AS UNHAS DEVEM ESTAR APARADAS E OS CABELOS DEVEM SER MANTIDOS PRESOS.

W EM CASO DE SITUAÇÕES ESPECIAIS, COMO A PANDEMIA COVID-19, SERÁ ESTABELECIDO FLUXO DIFERENCIADO PARA CIRCULAÇÃO DE VISITANTES E ACOMPANHANTES NO HOSPITAL. E, DE ACORDO COM AS ORIENTAÇÕES DAS AUTORIDADES SANITÁRIAS, SE FOR NECESSÁRIO, AS VISITAS SERÃO SUSPENSAS.

necessário for, o familiar será contatado.

2. AO VISITAR UM PACIENTE, É PROIBIDO:

A TIRAR FOTOS NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL.

B FUMAR NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL, CONFORME LEI FEDERAL Nº 9.294 (15 DE JULHO DE 1996) E/OU ESTAR ALCOOLIZADO.

C ENTRADA DE MENORES (EXCETO EM CASOS ESPECIAIS, COM AUTORIZAÇÃO POR ESCRITO, DA EQUIPE QUE ASSISTE AO PACIENTE);

D ENTRADA DE ALIMENTOS E MEDICAMENTOS EXTERNOS, SE FOR NECESSÁRIO, SOMENTE COM AUTORIZAÇÃO, POR ESCRITO, DO ENFERMEIRO (A) RESPONSÁVEL PELO SETOR.

E OFERECER ALIMENTOS AO PACIENTE SEM AUTORIZAÇÃO.

Importante: Hospital Estadual de Formosa não repassará informações dos pacientes por telefone, salvo em condições especiais avaliadas pela equipe multiprofissional e pacientes em internação COVID-19. Se

All

F ENTRADA DE VISITANTES E ACOMPANHANTES COM

- SINTOMAS GRIPAIS, FEBRE OU OUTRA CONDIÇÃO CONHECIDA DE FRAGILIDADE À SAÚDE;

G. EXTRAPOLAR O HORÁRIO DE VISITAS;

H. ENTRAR COM BOLSAS, CAPACETES, PACOTES EM

- TODAS AS UNIDADES DE INTERNAÇÃO;

I. USAR ADORNOS (ANEIS, PULSEIRAS, RELÓGIOS, BONÉS,

- ETC) EM VISITA ÀS UTIS;

J. INGRESSAR COM APARELHO CELULAR

- NAS SEGUINTE DEPENDÊNCIAS: UTI, PRONTO-SOCORRO, RAIO-X E UNIDADES DE EXAMES PARA EVITAR INTERFERÊNCIA DOS EQUIPAMENTOS;

K. TRANSITAR EM QUARTOS QUE NÃO SEJA DO PACIENTE/

- FAMILIAR QUE FOI VISITAR;

L. SENTAR NO LEITO DO PACIENTE, NEM NO LEITO QUE

- ESTIVER DESOCUPADO;

M. SOLICITAR PESSOAL DA ENFERMAGEM E

- DEMAIS FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL PARA SERVIÇOS QUE NÃO SEJAM DA COMPETÊNCIA DOS MESMOS;

N. ENTRAR NOS POSTOS DE ENFERMAGEM NA COPA

- DOS FUNCIONÁRIOS, NAS ROUPARIAS OU QUALQUER OUTRA UNIDADE DO HOSPITAL. MANTENHA-SE SEMPRE JUNTO AO PACIENTE QUE VEIO VISITAR/ACOMPANHAR;

O. MANUSEAR POR CONTA PRÓPRIA, MATERIAL

- E EQUIPAMENTO QUE SÓ PODEM SER OPERADOS POR PROFISSIONAIS DO HOSPITAL, TREINADOS PARA ESTE SERVIÇO, TAIS COMO: MONITORES, CONTROLES DE GOTEJAMENTO DE SOLUÇÕES E/OU MEDICAMENTOS, REGISTROS DE FLUXO OXIGÊNIO, VÁCUO E ETC.;

P. ENTRAR COM VENTILADORES, CIRCULADORES DE AR E/

- OU QUALQUER OUTRO EQUIPAMENTO ELETRÔNICO SEM A PRÉVIA AUTORIZAÇÃO DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELA UNIDADE.

3. PROPOSTA DE HORÁRIOS DE VISITAS

| UNIDADE DE INTERNAÇÃO | HORÁRIO DE SEGUNDA-FEIRA A DOMINGO | VISITANTES |
|---|--|----------------------|
| CLÍNICA MÉDICA | 14h às 15h | até 01 visitante |
| CLÍNICA CIRÚRGICA | 14h às 15h | até 01 visitante |
| UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) COVID | a partir das 15h (boletim médico) | Via telefone |
| UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) ADULTO | 16h às 17h (boletim médico) | 01 visitante/horário |
| MATERNIDADE | 17h às 18h | 01 visitante/horário |
| PRONTO SOCORRO | 16h às 17h (boletim médico/ salavermelha) A partir das 11hs | 01 visitante/horário |
| VISITA RELIGIOSA | Conforme o horário do Religioso | 01 visitante |

1132

Estas instruções estarão disponíveis nos canais de comunicação do hospital juntamente com meios de contato (telefone, e-mail). Havendo situações que não foram contempladas nas instruções para o visitante/acompanhante, serão tratadas pontualmente, de forma individualizada, por profissionais habilitados.

All

ITEM 2.2.2 - ATENDIMENTO

ITEM 2.2.2.1 - PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE ORIENTAÇÕES QUANTO ÀS FORMAS DE ACOMODAÇÕES E CONDUTA PARA ACOMPANHANTES COM ÊNFASE AOS USUÁRIOS IDOSOS, CRIANÇAS, ADOLESCENTES E PNE - PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS.

No Serviços de Saúde evidencia-se com frequência situações em que a instituição e seus profissionais são confrontados com realidades muito distintas e complexas, relacionada ao processo de assistência ao paciente, necessitando de ações integradas da equipe multidisciplinar com foco nas necessidades emocionais e físicas do paciente e familiar, bem como fortalecer o conhecimento sobre a promoção da saúde ou o processo da doença. Para minimizar os impactos e riscos oriundos dessas condições faz-se necessário a implantação de um projeto educativo sistemático, visando a integração dos profissionais envolvidos na assistência ao paciente, familiares e o próprio paciente.

A Educação de pacientes, familiares e ou/acompanhantes tem o propósito de assegurar a continuidade do cuidado, promover a adesão aos planos de tratamento, envolver ativamente a participação no cuidado visando uma assistência livre de riscos.

Nosso desafio na educação de pacientes, familiares e/ou acompanhantes tem início na compreensão sobre as diferenças entre os pacientes pela idade, cultura, etnia, religião e por possuírem estilos diferentes de aprendizagem.

Desta forma faz-se necessário a implantação de um plano de educação voltado ao preparo dos cuidados contendo demonstrações teóricas e práticas por parte dos profissionais e acompanhamento constante da equipe multidisciplinar para garantir a correta realização e atendimento do processo por parte do cuidador ou paciente. Para subsidiar esses processos, os profissionais precisam estar capacitados, assim, um programa de Educação Permanente, com foco nos procedimentos e satisfação do cliente, além da atualização técnica e comportamental, deve ser estabelecido e estimulado, otimizando o tempo de aprendizado e reduzindo os riscos assistenciais.

Como forma de otimizar os processos de aprendizagem é comum contarmos com a



disponibilidade de folhetos e cartilhas ilustradas contextualizando a situação do paciente, principais cuidados e a forma de realizar as ações propostas, e com o avanço da tecnologia podemos contar com utilização de mídias digitais para facilitar o entendimento e visualização das informações, essa nova condição proporciona maior alcance do conhecimento e facilita a promoção da saúde em ambientes como sala de estar e rede sociais.

A relação com familiares, notadamente nos

Nesta nota, abordaremos políticas baseadas na legislação para os casos que envolvem a tomada de decisões por familiares ou representantes de incapazes e relativamente incapazes, notadamente as hipóteses de conflitos ou de ausência de representante legalmente designado.

Será apresentado um panorama geral da legislação e suas implicações para a representação e assistência de incapazes e relativamente incapazes, respectivamente.

A Educação de pacientes, familiares e ou/acompanhantes tem o propósito de assegurar a continuidade do cuidado, promover a adesão aos planos de tratamento,

casos de pacientes incapazes, ou relativamente incapazes, é uma questão que merece atenção por parte do Hospital Estadual de Formosa, sendo prudente adotarmos condutas específicas que resguardem os interesses dos pacientes em relação a eventuais conflitos entre seus representantes ou familiares que acompanhe seu tratamento.

Ressaltamos que o Hospital Estadual de Formosa, deverá atuar em prol do consenso nas decisões envolvendo pacientes com certo grau de incapacidade, por meio da mediação de eventuais conflitos pela equipe multiprofissional responsável pelo paciente, primando pelo relacionamento e participação dos familiares no tratamento.

AL

A lei nº 10.406/02 ("Código Civil") determina, em seu artigo 3º, que são absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 (dezesseis) anos. Tal incapacidade implica na prática de atos por meio de seus representantes legais.

A cerca dos relativamente incapazes, o artigo 4º do Código Civil estabelece que são incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer, (i) os maiores de 16 (dezesseis) e menores de 18 (dezoito) anos, (ii) os ébrios habituais, viciados em tóxicos e pródigos e (iii) aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderam exprimir sua vontade. Tal incapacidade relativa implica na prática de determinados atos assistidos por seus representantes legais.

A representação de crianças e adolescentes é estabelecida no artigo 142 da Lei nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), que prevê que os menores de 16 (dezesseis) anos serão representados por seus pais ou tutores e os maiores de 16 (dezesseis) e menores de 18 (dezoito) anos serão assistidos por seus pais ou curadores. Assim, os incapazes serão representados ou assistidos por aqueles legalmente designados, respectivamente.

Faz-se necessário destacar que o idoso e enfermos - com exceção dos pródigos e viciados em tóxicos são, enquanto possuem condições clínicas de expressar sua vontade, plenamente capazes nos termos da lei civil, podendo, portanto, livremente nomear responsável legal através de Termo de Nomeação de Responsável Legal, ou outorgar procuração com os poderes de representação, sem a necessidade de assistência.

Em relação aos relativamente incapazes maiores, o Código Civil, determina que eles estão, necessariamente, sujeitos à curatela, ainda que por causa transitória não possam exprimir sua vontade.

O processo de judicial de interdição é longo e custoso, e a curatela provisória exige que estejam presentes os requisitos da tutela de urgência, quais sejam a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo. Além disso, a interdição implica em uma série de obrigações ao curador que, muitas vezes não são tratadas aos familiares do paciente.

A despeito da disposição legal, a prática diária do Hospital Estadual de Formosa acaba inviabilizando a designação de curador responsável pelos relativamente incapazes, especificamente se a incapacidade for transitória.

Os Conselhos de Medicina, representados pelo corpo clínico, não emitiram posicionamento sobre o tema, apenas exigindo a assistência do relativamente incapaz nos termos da lei civil. O Conselho Federal de Medicina ("CFM") previu, na Resolução CFM n 1.995/2012, a possibilidade de paciente definir as suas diretivas antecipadas de vontade, ou conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados, sobre os cuidados e tratamentos que queira ou não receber quando estiver incapacitado de expressar sua vontade.

A única menção à nomeação de representação legal previamente à situação transitória ou definitiva de incapacidade, detectada em documentos do CFM, consta do Parecer nº 12/2014, que trata das Reivindicações das

Testemunhas de Jeová. O parecer afirma que o artigo 41 do Código de Ética Médica, que determina a necessidade de levar-se em consideração a vontade expressa do paciente, na definição dos cuidados médicos.

"Não alcança os pacientes menores de idade e particularmente outros, relativamente ou totalmente incapazes, que não tenham em período anterior as suas incapacidades e com segurança jurídica, registrada as suas diretivas antecipadas de vontade ou que ainda no pressuposto da impossibilidade de expressá-la não tenham nomeado, com a segurança jurídica, representante legal para fazê-lo"

Tal afirmação, ainda que não seja o objeto da presente nota orientativa, pode ser interpretada como um acerto à nomeação de representante legal antes da situação de incapacidade relativa, por parte do CFM. Diante de todo o exposto, é recomendável que o paciente recebido pela clínica em condições de expressar a sua vontade designe, imediatamente, seu responsável legal, indicando em termo ou em procuração pública ou privada, que tal responsável terá poderes para tomar decisões em seu nome durante o período em que estiver sendo atendido pelo Hospital Estadual de Formosa, podendo autorizar ou negar procedimentos, decidir acerca do tratamento clínico a ser procedido, requisitar alta, bem como determinar todos os demais atos relativos à assistência médica ofertada a ele, autorizando-o a expressar a sua vontade para todos os efeitos legais relacionados à prestação assistencial.

Neste contexto, na hipótese de incapacidade

transitória, não haverá obstáculo à prestação dos serviços assistenciais necessários à saúde do paciente, quando determinado por seu responsável legal prévia e devidamente nomeado.

Sabemos, que tais orientações representam risco para o Hospital Estadual de Formosa, na medida em que o Judiciário poderá invalidar atos praticados por não curadores de relativamente incapaz. A jurisprudência, porém, aponta para a invalidação apenas de atos praticados em desfavor do relativamente incapaz, mantida a validade daqueles praticados em seu benefício. Desta forma, será remoto o risco de invalidação destes atos. A intenção do Hospital Estadual de Formosa é seguir as legislações vigentes promovendo as boas práticas em prol da saúde e integridade dos pacientes relativamente incapazes. Nos atendimentos de urgência e emergência, o Hospital Estadual de Formosa, realizará a exigência a jurisprudência de atender os pacientes relativamente incapazes ainda que não representado.

Na ausência dos pais e pendente a nomeação de curador, em se tratando de maiores de dezesseis anos e menores de dezoito, como são eles enquadrados pela legislação civil como relativamente incapazes, entende que há a possibilidade, em analogia ao disposto pelo CFM na Resolução CFM nº 1.995/2012, do paciente definir suas diretivas antecipadas de vontade, ou conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestado pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que queira ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar sua vontade.

Além disso, se não houver nomeação de representante legal pelo incapaz ou relativamente incapaz, o médico responsável pelo paciente deverá aferir se este tem condições de decidir sobre o seu tratamento ou não, e se sim, poderá seguir as orientações do paciente, resguardada a sua saúde e integridade.

Quando se tratar de incapazes ou relativa-

Estadual de Formosa, que caberá à equipe médica definir o tratamento do paciente, tendo em vista a saúde e a integridade dele.

Desde modo, o médico deverá informar os representantes do paciente ou familiares envolvidos no seu tratamento acerca das práticas diagnósticas ou terapêuticas que entender necessárias ao quadro clínico do paciente,



mente incapaz que não consigam decidir ou manifestar sua vontade, ausente o representante legal, não há que se pensar na possibilidade de nomeação de responsável legal, devendo a equipe médica promover todo o tratamento necessário à manutenção da saúde e integridade do paciente acionando as autoridades competentes.

Divergências entre familiares ou Representantes legais é uma ocorrência possível de acontecer, caso haja mais de um representante legal ou na ausência de curador legalmente designado, havendo divergência quanto ao procedimento a ser adotado e pendente a tutela ou curatela, ainda que provisória será estabelecido em política interna do Hospital

devendo usar de todos os meios disponíveis para tratamento dele, desde que cientificamente reconhecidos e ao seu alcance.

Quando a divergência de opinião entre os representantes ou familiares representar riscos ao paciente em virtude da espera, caberá a equipe médica decidir qual dentre os métodos eleitos pelos representantes ou familiares e o mais adequado e eficaz ao tratamento.

Ademais, deverão ser observadas as disposições da Resolução CFM nº 1931/09 ("Código de Ética Médica"), notadamente a ressalva em relação à obrigação de observar a decisão do paciente ou de seu representante legal no caso de iminentes riscos de morte.

Tal previsão determina que, diante de risco de morte, caberá exclusivamente à equipe definir o procedimento a ser adotado, não sendo necessário a consulta aos representantes ou familiares.

O Hospital Estadual de Formosa definirá uma política interna clara acerca da participação dos familiares que não sejam representantes nomeados ou legalmente constituídos, definidos como e quais informações serão oferecidas a estes familiares e procedimentos a ser adotado pela equipe médica em caso de discordância entre os representantes.

Proposta de Formulários e Termos:

A padronização de formulários do Hospital Estadual de Formosa, será implantado com objetivo de garantir uma comunicação efetiva, que comuniquem adequadamente os pacientes acerca dos seus direitos e deveres durante a assistência à saúde, estabelecendo regras claras sobre questões sensíveis, tais como o consentimento livre e esclarecido e as consequências da recusa de tratamento ou de alta a pedido.

Nossa proposta é o aprimoramento e padronização de formulários do Hospital Estadual de Formosa, estabelecendo, em termo firmado pelo paciente, quais são as limitações da responsabilidade do hospital em determinadas situações adversas, garantido melhores resultados em eventuais demandas judiciais.

Os formulários permitem ainda, que o hospital tenha um controle maior das situações adversas, na medida em que padronizam tomada de decisão e orientam os profissionais

sobre como proceder em determinados casos.

A adoção de formulários, em linguagem clara e objetiva, tende aproximar o paciente do seu tratamento e melhorar o relacionamento entre paciente e hospital, garantindo que as situações adversas, devidamente informadas e documentadas, não serão recepcionadas com surpresa ou rejeição.

Termos:

01 REQUERIMENTO DE DIVULGAÇÃO DE BOLETIM MEDICO;

02 NOMEAÇÃO DE RESPONSÁVEL LEGAL;

03 RECUSA DE TRATAMENTO;

04 ALTA A PEDIDO DO PACIENTE;

05 CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO;

06 TERMO DE INTERNAÇÃO;

07 EVASÃO DE PACIENTE (PARA PACIENTE INTERNADO).

Com esses critérios, a "proposta" tem como principal objetivo, esclarecer as dúvidas dos pacientes, familiares, acompanhantes ou responsável, legal além de orientar sobre as normas e rotinas da instituição, visando proporcionar uma permanência mais segura e confortável nas dependências da unidade de saúde durante a assistência recebida, internação hospitalar, pré-internação e pós alta, durante o processo de desospitalização segura, atendimento ambulatorial e realização dos exames de diagnóstico.

Será elaborado em forma de um documento (Política Institucional) com a participação de representantes do serviço social, serviço de enfermagem, serviço médico com suporte do departamento jurídico e aprovação da Diretoria da unidade de saúde.

Nesta proposta serão descritos os itens sobre as formas de permanência e conduta para os acompanhantes, sendo:

1 - Orientações e permanência dos acompanhantes durante a realização dos exames.

Durante a realização dos exames na unidade de saúde, será permitida a permanência de acompanhante nos seguintes casos:

- Pacientes com até 18 anos incompletos, conforme Estatuto da Criança e Adolescente (Lei nº 8.069 de 13/07/1990, art. 12 e suas alterações);
- Pacientes maiores de 60 anos, conforme Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741 de 01/10/2003, art. 16 e suas alterações);
- Pacientes com necessidades especiais, segundo Estatuto do Portador de Necessidades Especiais (Lei nº 3.939 de 02/01/2007, art. 18 e suas alterações).

01 ORIENTAÇÕES E PERMANÊNCIA DOS ACOMPANHANTES DURANTE A ASSISTÊNCIA RECEBIDA, INTERNAÇÃO HOSPITALAR, ATENDIMENTO AMBULATORIAL E REALIZAÇÃO DOS EXAMES DE DIAGNÓSTICO;

02 INFORMAÇÕES SOBRE OS EXAMES;

03 DIREITOS E DEVERES DOS FAMILIARES;

2 - Informações sobre os exames

As informações sobre a realização dos exames serão fornecidas em momento prévio à realização do mesmo, pelo enfermeiro da unidade.

O paciente/usuário será informado sobre o tempo de realização do exame, assim como sobre a forma de como o exame será procedido (aplicação de gel com transdutor na área examinada no caso de exames de ultrassom, colocação de eletrodos com caso da realização de eletrocardiograma etc.).

As informações sobre o resultado dos exames serão fornecidas em documento próprio, após ser laudado pelo médico especialista e endereçado ao médico solicitante.

O paciente será informado sobre a data para a retirada do resultado no setor de emissão de resultados no próprio Centro de Diagnósticos.

Eventuais dúvidas sobre o resultado do exame poderão ser fornecidas imediatamente após a finalização do procedimento pelo médico executor.

DIAGNÓSTICA E AÇÕES TERAPÊUTICAS QUE ESTÃO SENDO OU QUE PORVENTURA SERÃO REALIZADAS NO PACIENTE QUE ESTÁ SENDO ACOMPANHADO;

04 SER DEVIDAMENTE ORIENTADO E TREINADO, SE NECESSÁRIO, SOBRE COMO CONDUZIR O TRATAMENTO DO PACIENTE APÓS A ALTA, RECEBENDO INSTRUÇÕES E ESCLARECIMENTOS MÉDICOS CLAROS, ESCRITOS DE FORMA LEGÍVEL, VISANDO BUSCAR SUA CURA, REABILITAÇÃO ALÉM DA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES.

3 - Direitos e deveres dos familiares

Direitos dos familiares

01 OBTER UM ATENDIMENTO DIGNO, ATENCIOSO E RESPEITOSO POR PARTE DE TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, SEM DISCRIMINAÇÃO DE QUALQUER NATUREZA;

02 IDENTIFICAR O PROFISSIONAL POR CRACHÃ, QUE DEVERÁ CONTER A FOTOGRAFIA DO PROFISSIONAL, SEU NOME E SETOR LEGÍVEIS, MANTIDO EM LOCAL VISÍVEL;

03 OBTER INFORMAÇÕES CLARAS, OBJETIVAS, RESPEITOSAS E COMPREENSÍVEIS SOBRE HIPÓTESE

Deveres dos familiares

01 O PACIENTE E/OU SEU REPRESENTANTE LEGAL TEM O DEVER DE DAR INFORMAÇÕES PRECISAS E COMPLETAS NAS CONSULTAS E INTERNAÇÕES SOBRE O SEU HISTÓRICO DE SAÚDE, DOENÇA PRÉVIAS, QUEIXAS, ENFERMIDADES E HOSPITALIZAÇÕES ANTERIORES, HISTÓRICO DE USO DE MEDICAMENTOS, DROGAS, REAÇÕES ALÉRGICAS E DEMAIS INFORMAÇÕES RELACIONADAS À SUA SAÚDE;

02 O ACOMPANHANTE NÃO DEVE ADMINISTRAR QUAISQUER OUTROS TIPOS DE MEDICAÇÃO DURANTE A INTERNAÇÃO DO PACIENTE. O

PACIENTE DEVE UTILIZAR SOMENTE AS MEDICAÇÕES PRESCRITAS PELO MÉDICO, SALVO AS AUTORIZADAS POR ELE MESMO.

03 EXPRESSAR SE COMPREENDEU AS INFORMAÇÕES E ORIENTAÇÕES RECEBIDAS, VISANDO A CURA DOS AGRAVOS À SUA SAÚDE, A PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES OU SEQUELAS, SUA REABILITAÇÃO E A PROMOÇÃO DE SUA SAÚDE, FAZENDO PERGUNTAS SEMPRE QUE TIVER DÚVIDAS.

04 INFORMAR AO PROFISSIONAL DE SAÚDE OU À EQUIPE RESPONSÁVEL SOBRE QUALQUER FATO QUE OCORRA EM RELAÇÃO A CONDIÇÃO DE SAÚDE DO PACIENTE.

05 SER INDICADO PELO PACIENTE COMO RESPONSÁVEL PARA DECIDIR EM SEU NOME ACERCA DE TRATAMENTO, CASO ESTEJA IMPOSSIBILITADO DE FAZÊ-LO.

06 TER EM MÃOS OU EM SUA GUARDA OS DOCUMENTOS DO PACIENTE NA IMPOSSIBILIDADE DE ELE FAZÊ-LO E, QUANDO SOLICITADOS, OS RESULTADOS DE EXAMES QUE ESTEJAM EM SEU PODER.

07 PROVIDENCIAR TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA AUTORIZAÇÃO E APROVAÇÃO DE ATENDIMENTO E TRATAMENTO NA

UNIDADE DE SAÚDE;

08 ZELAR E SOLICITAR QUE OUTROS ACOMPANHANTES CONTRIBUAM PARA O BEM-ESTAR DE TODOS NAS DEPENDÊNCIAS DA UNIDADE DE SAÚDE, ATENDENDO E RESPEITANDO A PROIBIÇÃO DE USO DE FUMO E DERIVADOS DE TABACO, BEBIDAS ALCOÓLICAS E RUIDOS, COLABORANDO COM A SEGURANÇA E LIMPEZA DO AMBIENTE.

4 - Direitos e deveres dos pacientes

Direitos dos pacientes

01 OBTER UM ATENDIMENTO DIGNO, ATENCIOSO E RESPEITOSO POR PARTE DE TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, SEM DISCRIMINAÇÃO DE QUALQUER NATUREZA.

02 SER IDENTIFICADO E TRATADO PELO SEU NOME E SOBRENOME, E NÃO POR CÓDIGOS, NÚMEROS, NOME DE SUA DOENÇA OU DE FORMA GENÉRICA, DESRESPEITOSA OU PRECONCEITUOSA.

03 IDENTIFICAR O PROFISSIONAL POR CRACHÁ, QUE DEVERÁ CONTER A FOTOGRAFIA DO

PROFISSIONAL, SEU NOME E SETOR LEGÍVEIS, ASSIM COMO SER MANTIDO EM LOCAL VISÍVEL;

04 OBTER INFORMAÇÕES CLARAS, OBJETIVAS, RESPEITOSAS E COMPREENSÍVEIS SOBRE HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E AÇÕES TERAPÊUTICAS, O QUE PODE OCORRER DELAS, DURAÇÃO PREVISTA DOS TRATAMENTOS PROPOSTOS, BEM COMO OS RISCOS DE NÃO OS REALIZAR, SE EXISTE A NECESSIDADE OU NÃO DE UTILIZAÇÃO DE ANESTESIA, O TIPO A SER APLICADA E O INSTRUMENTAL A SER UTILIZADO, AS PARTES DO CORPO AFETADAS, OS RISCOS E CONSEQUÊNCIAS INDESEJÁVEIS E DURAÇÃO ESPERADA DO PROCEDIMENTO;

05 SER PRÉVIA E EXPRESSAMENTE INFORMADO, BEM COMO CONSENTIR OU RECUSAR DE FORMA LIVRE, VOLUNTÁRIA E ESCLARECIDA, QUANDO O TRATAMENTO PROPOSTO FOR, TOTAL OU PARCIALMENTE, EXPERIMENTAL, OU FIZER PARTE DE PROTOCOLOS DE PESQUISA;

06 RECEBER DO PROFISSIONAL ADEQUADO, PRESENTE NO LOCAL, AUXÍLIO PARA MELHORIA DO SEU CONFORTO E BEM-ESTAR;

07 EXIGIR QUE A UNIDADE DE SAÚDE CUMPRA TODAS AS NORMAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CONFORME O REGULAMENTADO PELOS ÓRGÃOS

COMPETENTES;

08 TER SUA PRIVACIDADE, INDIVIDUALIDADE E INTEGRIDADE FÍSICA, ASSEGURADAS EM QUALQUER MOMENTO DO ATENDIMENTO, E NA SATISFAÇÃO DE SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS, RESPEITANDO OS SEUS VALORES ÉTICOS, CULTURAIS E A CONFIDENCIALIDADE DE TODA E QUALQUER INFORMAÇÃO PESSOAL E SEGURANÇA DO PROCEDIMENTO;

09 TER A GESTANTE A PRESENÇA DO MARIDO, COMPANHEIRO OU OUTRO ACOMPANHANTE, POR ELA ESCOLHIDO NOS EXAMES PRÉ-NATAIS;

10 RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE MEDICAMENTOS QUE LHE SERÃO ADMINISTRADOS;

11 SER DEVIDAMENTE ORIENTADO E TREINADO, SE NECESSÁRIO, SOBRE COMO CONDUZIR SEU TRATAMENTO REALIZAÇÃO DOS EXAMES, RECEBENDO INSTRUÇÕES E ESCLARECIMENTOS MÉDICOS CLAROS, ESCRITOS DE FORMA LEGÍVEL, VISANDO BUSCAR SUA CURA, REABILITAÇÃO ALÉM DA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES;

12 REVOGAR A QUALQUER TEMPO, OU RECUSAR LIVREMENTE, UMA VEZ DEVIDAMENTE ESCLARECIDO OS RISCOS INERENTES, OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS, SEJAM ELES DIAGNÓSTICOS, TERAPÊUTICOS

OU MESMO AVALIAÇÕES CLÍNICAS, DESDE QUE NÃO HAJA RISCO DE MORTE;

13 GESTANTES, IDOSOS, CRIANÇAS E ADOLESCENTES TEM LEGALMENTE GARANTIDA PRIORIDADE DE ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE;

14 EM CASO DE MENOR, INCAPACIDADE OU IMPOSSIBILIDADE DE MANIFESTAÇÃO DE CONSENTIMENTO, O MESMO PODERÁ SER REALIZADO POR REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO;

15 PODER INDICAR FAMILIAR OU RESPONSÁVEL PARA TOMAR DECISÕES A RESPEITO DOS PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS OU TERAPÊUTICOS, INCLUSIVE NO QUE SE REFEREM A TRATAMENTOS, CUIDADOS E PROCEDIMENTOS EXTRAORDINÁRIOS PARA PROLONGAMENTO DA VIDA;

16 ADOLESCENTE, SE DESEJAR, SEM ACOMPANHANTE EM CONSULTAS E OUTROS ATENDIMENTOS, COM GARANTIA DE SUA INDIVIDUALIDADE E CONFIDENCIALIDADE E QUANTO AO ACESSO A RECURSOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS, SALVO QUANDO A NÃO REVELAÇÃO POSSA ACARRETTAR DANO AO PACIENTE. NO ENTANTO, FRENTE A SITUAÇÕES CONSIDERADAS DE RISCO E QUANDO INDICADO QUALQUER PROCEDIMENTO DE ALGUMA COMPLEXIDADE, SERÃO

NECESSÁRIOS A PARTICIPAÇÃO E O CONSENTIMENTO DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS;

17 SER INFORMADO SOBRE TODOS OS DIREITOS ACIMA, SOBRE AS NORMAS E REGULAMENTOS DA UNIDADE DE SAÚDE E SOBRE OS CANAIS DE COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAIS PARA OBTENÇÃO DE INFORMAÇÕES, ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS, PODENDO EXPRESSAR SUAS PREOCUPAÇÕES E QUEIXAS PARA A DIREÇÃO DA INSTITUIÇÃO ATRAVÉS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO.

Deveres dos pacientes

01 O PACIENTE E/OU SEU REPRESENTANTE LEGAL TEM O DEVER DE DAR INFORMAÇÕES PRECISAS E COMPLETAS NO MOMENTO DA REALIZAÇÃO DOS EXAMES SOBRE O SEU HISTÓRICO DE SAÚDE, DOENÇA PRÉVIAS, QUEIXAS, ENFERMIDADES E HOSPITALIZAÇÕES ANTERIORES, HISTÓRICO DE USO DE MEDICAMENTOS, DROGAS, REAÇÕES ALÉRGICAS E DEMAIS INFORMAÇÕES RELACIONADAS À SUA SAÚDE;

02 DURANTE A REALIZAÇÃO DOS EXAMES DEVE UTILIZAR SOMENTE AS MEDICAÇÕES

PRESCRITAS PELO MÉDICO DO CENTRO DE DIAGNÓSTICO, SALVO AS AUTORIZADAS PELO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO SEU ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO;

03 EXPRESSAR SE COMPREENDEU AS INFORMAÇÕES E ORIENTAÇÕES RECEBIDAS, VISANDO A CURA DOS AGRAVOS À SUA SAÚDE, A PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES OU SEQÜELAS, SUA REABILITAÇÃO E A PROMOÇÃO DE SUA SAÚDE, FAZENDO PERGUNTAS SEMPRE QUE TIVER DÚVIDAS;

04 INFORMAR AO PROFISSIONAL DE SAÚDE OU À EQUIPE RESPONSÁVEL SOBRE QUALQUER FATO QUE OCORRA EM RELAÇÃO A SUA CONDIÇÃO DE SAÚDE;

05 ASSUMIR A RESPONSABILIDADE PELA RECUSA A PROCEDIMENTOS, EXAMES OU TRATAMENTOS RECOMENDADOS E PELO DESCUMPRIMENTO DAS ORIENTAÇÕES DO PROFISSIONAL OU DA EQUIPE DE SAÚDE;

06 INDICAR UM FAMILIAR OU RESPONSÁVEL PARA DECIDIR EM SEU NOME ACERCA DE TRATAMENTO, CASO ESTEJA IMPOSSIBILITADO DE FAZÊ-LO;

07 TER EM MÃOS SEUS DOCUMENTOS E, QUANDO SOLICITADOS, OS RESULTADOS DE EXAMES QUE ESTEJAM EM SEU PODER;

08 PROVIDENCIAR TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA AUTORIZAÇÃO E APROVAÇÃO DE ATENDIMENTO E TRATAMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE;

09 ZELAR E SOLICITAR QUE OS SEUS ACOMPANHANTES CONTRIBUAM PARA O BEM-ESTAR DE TODOS NAS DEPENDÊNCIAS DA UNIDADE DE SAÚDE, ATENDENDO E RESPEITANDO A PROIBIÇÃO DE USO DE FUMO E DERIVADOS DE TABACO, BEBIDAS ALCOÓLICAS E RUÍDOS, COLABORANDO COM A SEGURANÇA E LIMPEZA DO AMBIENTE;

10 AGIR COM URBANIDADE, CORTESIA E DISCRIÇÃO NAS DEPENDÊNCIAS DA UNIDADE DE SAÚDE, RESPEITANDO E FAZENDO SER RESPEITADO POR SEU ACOMPANHANTE E VISITANTES, OS DIREITOS DOS DEMAIS PACIENTES, EMPREGADOS E PRESTADORES DE SERVIÇOS, BEM COMO AS NORMAS E REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE DE SAÚDE.

5 - Proposta de Critérios - Guia de Orientação aos Acompanhantes e Visitantes:

Direito de Acompanhante:

- Toda mulher que esteja em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; (Lei nº 11.108/2005)

- Idoso acima de 60 anos. (Lei nº 10.741/2003);
- Criança e adolescentes menores de 18 anos; (Lei nº 18.063/1993);
- Pacientes com deficiência e ou/ necessidades especiais
- PNE. (Lei nº 13.146/2015);
- O acompanhante deverá ser maior de 18 anos e, preferencialmente, menor de 65;
- A troca de acompanhante será feita na Portaria nos horários que serão estabelecidos;
- Apresentar-se ao Serviço Social, caso necessite de Declaração de Permanência no hospital.

Deveres do Acompanhante:

- Permanecer junto à paciente, prestando o cuidado necessário;
- Usar a identificação de acompanhante;
- Preservar a higiene da enfermaria;
- Seguir as orientações da equipe de saúde;
- Informar à equipe de saúde alterações importantes que ocorram com o paciente;
- Seguir o protocolo de higienização das mãos;
- Utilizar somente as cadeiras e poltronas disponíveis para acompanhantes;
- Não se deitar e se sentar nas camas hospitalares;
- Manter um relacionamento tranquilo com paciente;
- Utilizar o celular na sala de parto;
- Fumar nas dependências do Hospital Estadual de Formosa;
- Acompanhantes na UTI e Sala de Recuperação;
- Transitar no hospital após às 21h00 e em caso de saída, não será autorizado o retorno;
- Filmar ou fotografar na Sala de Parto, Centro Cirúrgico, Berçário, UTI e Enfermarias sem autorização da equipe assistencial;
- Não é permitido entrar no hospital trazendo alimentos, cigarros, roupas e objetos de valor (rádio, televisão, notebook e similares);
- A guarda de capacetes é de responsabilidade do portador;
- Não é permitida a entrada de mulheres trajando "top", minibluza, minissaia e shorts com altura acima do meio da coxa e homens trajando blusa regata e/ou calção;

6 - Critérios relacionadas aos acompanhantes e visitantes:

- Horário de Visitas;
- Informações de alta;
- Entrada de material de higiene pessoal (escova, creme dental, sabonete, desodorante, xampu);
- Horário para troca de acompanhantes;
- Idade mínima permitida para visitação nos leitos de enfermarias;
- Horário do boletim médico aos familiares.

7 - Conclusão da Proposta:

A presença do familiar no processo de hospitalização é de grande importância para a recuperação do paciente, o acompanhante e as visitas dos familiares contribuem para o bem-estar, trabalhando a autoestima e dando apoio emocional que o paciente necessita.

Durante a permanência no hospital, a família pode conviver de maneira favorável, propiciando estímulos capazes de qualificar o tempo vivido, tornando este período menos estressante, para o paciente.

PROPOSTA DE ORIENTAÇÃO QUANTO A ROTINA DO CONTROLE DE ACESSO, PARA ACOMPANHANTES E VISITANTES

1. OBJETIVO:

- Reduzir e controlar a circulação de pessoas, durante a internação hospitalar. Evitar aglomeração de pessoas.
- Evitar aglomerações de pessoas
- Garantir a segurança dos pacientes, da população e dos profissionais
- Evitar infecções hospitalares e cruzas

2. RESPONSABILIDADE:

- Controladores de acesso e recepção.

3. ABRANGÊNCIA:

- Em todo âmbito hospitalar e Ambulatorial: unidades de internação, ambulatório, emergências.



- Visitantes, acompanhantes, tanto de pacientes internados como os que acompanham o paciente em consulta, exames e procedimentos.

4. DESCRIÇÃO DA ROTINA:

Normas para o acompanhante, pacientes internados e visitantes:

- Mediante as orientações do MINISTÉRIO DA SAÚDE para enfrentamento a pandemia COVID-19 fica PROIBIDO visita ao paciente internado na unidade, seguindo as seguintes orientações:
 - É autorizada a permanência de 01 (um) acompanhante para os seguintes pacientes:
 - Acima de 60 anos;
 - Pacientes portadores de necessidades especiais;
 - Gestantes no pré-parto, parto e pós-parto;
 - Acompanhantes no pré-parto, parto e pós-parto;
 - Pacientes menores de 18 anos (o acompanhante deverá ser o pai, a mãe ou o responsável pelo mesmo comprovado mediante documentação). O acompanhante preferencialmente, deverá ter idade entre 18 à 59 anos;
 - O acompanhante não deve ser portador de doenças crônicas,
- deve estar assintomático e não ter contato domiciliar com pessoas com síndrome gripal ou infecção respiratória comprovada por SARS-CoV-2;
- Torna OBRIGATÓRIO a utilização de máscaras durante toda a permanência no hospital.
- Pessoas com sintomas como febre, gripe forte, tosse ou contato com pessoas com suspeitada doença COVID-19 não devem vir ao hospital. Se durante a internação o acompanhante desenvolver sintomas, deve informar imediatamente à um profissional da equipe de saúde da unidade.
- Todos os acompanhantes devem realizar a higiene das mãos antes de tocar o paciente, bem como os equipamentos (bancadas, celulares, entre outros objetos pessoais).
- Em hipótese alguma deve-se visitar pacientes em outros leitos, acompanhe somente o seu familiar e evite circular pelas dependências do hospital;
- Manter os cuidados de higiene, unhas curtas e não pintadas, retirar os adornos (brincos, anel, pulseira, colar etc.), manter cabelos presos, evitar trazer sacolas e bolsas.
- Não é permitido entrar no hospital com malas, mochilas alimentos, cigarros, roupas de cama e objetos de valor (rádio, televisão, notebook e similares);
- Pacientes e acompanhantes não devem sair dos quartos para

receberem outras visitas na área externa do hospital:

- Não será permitido acompanhantes e/ou visitantes para pacientes que estão nas alas de COVID com suspeitas ou confirmados;
- Gestante trazer 2 bolsas pequenas para a internação. Sendo uma para o RN, outra para puérpera (kits de higiene pessoal e peças íntimas);
- O HEF não se responsabiliza por valores e pertences de pacientes;
- Solicitamos também que, o acompanhante / responsável aguarde a entrega dos pertences pessoais do paciente admitido na unidade, na finalização do processo de internação;
- É expressamente PROIBIDO a produção, reprodução e compartilhamento de imagens e vídeos de pacientes e equipe profissional dentro da unidade hospitalar, exceto com a autorização das Gerências Administrativas;
- Os acompanhantes serão liberados pelo enfermeiro responsável do setor e o supervisor administrativo, sendo liberados uma identificação de acompanhantes;
- A identificação do acompanhante ficará sob responsabilidade da recepção;
- A devolução da identificação ficará sob responsabilidade dos controladores de acesso.

Horário para troca de acompanhante:

- De 07h00 às 08h00 e 19h00 às 20h00 diariamente.
- Devido a pandemia, no pós-parto, o pai do recém-nascido terá acesso às enfermarias por 30 minutos, quando o mesmo não for o acompanhante. A visita pode ser realizada diariamente até a data da alta da puérpera.
- Pacientes críticos, apenas está autorizado visitas com liberação do supervisor administrativo, seguindo critérios médicos, com permanência máxima de 10 min. As autorizações deverão ser através do termo de liberação, o mesmo deverá ser assinado e carimbado e protocolado em prontuário.
- Em razão da pandemia, visitas não estão autorizadas.
- Horário de informações sobre o quadro clínico dos pacientes para o familiar:
- Setor do Pronto Socorro: a partir das 11h00 via presencial.
- Setor Clínica Médica: Com acompanhante.
- Obstetria: Com acompanhante.
- Enfermaria COVID e UTI COVID: a partir das 15h00 - via Telefone.
- UTI Geral Adulto: visita das 16h00 às 17h00 presencial.

AM

- É vedado aos pacientes, familiares e visitantes:
- Fumar nas dependências do Hospital;
- Fazer uso de qualquer bebida alcoólica;
- Utilizar ou solicitar pessoal da enfermagem e demais funcionários do Hospital para serviços que não sejam de sua competência;
- Entrar nos postos de Enfermagem e na copa dos funcionários;
- Ingressar com aparelho celular nas seguintes dependências: UTI, Pronto-Socorro, Raio-X e unidades de exames para evitar interferência dos equipamentos;
- Manusear por conta própria, material e equipamento que só podem ser operados por pessoal treinado para este serviço, tais como: soros, registros de oxigênio e vácuo e etc...;
- Evitar circular pelos corredores e quartos de outros pacientes;
- Entrar nas rouparias do Hospital;
- Entrar com ventiladores e/ou outros circuladores de ar;
- Entrar com alimentos para o paciente;
- Entrada com os seguintes trajes:
Homens - shorts, calções, bermudas acima do joelho, chinelos e camisetas-regata.
- Mulheres - shorts, calções, bermudas acima do joelho, minibuscas, minissaias e calçados abertos;
- Transitar no hospital após às 21 horas, em caso de saída, não será autorizado o retorno.



ITEM 2.2.2.2 - PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE OUVIDORIA VINCULADA A SES, COM PESQUISA DE SATISFAÇÃO.

1. Apresentação

A Constituição Federal Brasileira de 1988 instituiu um Estado Democrático de Direito, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores fundamentais de uma sociedade comprometida. Essa perspectiva indica que os conflitos devem ser assumidos como parte da vida social, e não como algo a ser eliminado. Indica, ainda, que as divergências devem ser trabalhadas objetivando-se a construção de soluções pacíficas, baseadas na promoção dos direitos humanos. Tal abordagem valoriza o diálogo como ferramenta essencial para o convívio em sociedade.

É fundamental para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) que o usuário tenha um espaço para solicitar informações e serviços em saúde ou registrar sua contribuição, através de sugestão, elogio, reclamação e denúncia, espaço este que forneça resposta ágil e resolutiva à sua manifesta-

ção, e que visa a melhoria contínua do atendimento prestado no âmbito do SUS. Nessa perspectiva a Ouvidoria do Hospital Estadual de Formosa, constituirá um espaço estratégico e democrático de comunicação direta entre o cidadão e os gestores da unidade.

2. Objetivo

Assegurar aos usuários do Hospital Estadual de Formosa no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o direito de apresentar manifestações perante a Administração, bem como fortalecer a existência de mecanismos efetivos e ágeis de proteção e defesa dos seus direitos, nos termos da Lei federal nº 13.460, de 26 de junho de 2017 e no cumprimento dos dispostos previstos no Decreto Estadual nº9.270, de 18 de julho de 2018, com vistas à avaliação da sua efetividade e o aprimoramento contínuo da gestão.

Nesse sentido, a Ouvidoria funcionará como um agente promotor de mudanças: de um lado, favorecerá para uma gestão flexível, comprometida com a satisfação das necessidades do cidadão; de outro, estimulará a

prestação de serviços públicos de qualidade, capazes de garantir direitos, em síntese, será um instrumento a serviço da democracia.

A Ouvidoria proporcionará oportunidade para que melhorias sejam adotadas a partir da análise das sugestões, queixas e reclamações que vier a receber.

Será garantido o pleno acesso da Ouvidoria

respectiva ouvidoria, ela auxiliará o cidadão a identificar o local mais apropriado para a resolução de sua demanda ou problema.

4 - Mobilização para a criação da Ouvidoria

Público alvo: o público interno que são os servidores e empregados da unidade que poderão utilizar de forma democrática a Ou-



SUS aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade e todas as demandas serão respondidas com prazo inferior a 30 dias úteis.

3 - Principal papel da Ouvidoria no HEF

Atuar no processo de interlocução entre o cidadão e a Administração do Hospital, consolidando um espaço adequado para a prática da resolução de conflitos envolvendo o público interno e o público externo. Neste sentido a Ouvidoria orientará, encaminhará, acompanhará as providências adotadas, e responderá ao cidadão. Além disso, quando a situação exposta não for de competência da

vidoria para manifestar seus anseios, nesse sentido, a Ouvidoria permite uma administração participativa. E o público externo, que são pessoas ou grupos que demandam os serviços oferecidos no HEF, utilizarão a Ouvidoria como um canal para se manifestarem apresentando denúncias, reclamações, sugestões, elogios, entre outros. Assim, qualquer cidadão que pertença ao público interno ou externo poderá apresentar, sem ônus, manifestação à Ouvidoria. Por estes, a mobilização do IMED se dará de forma que o acesso do cidadão à Ouvidoria seja facilitado de todas as maneiras possíveis, através de e-mail, carta, formulários eletrônicos e impressos, caixas de coleta (urnas), telefone e atendimento presencial personalizado.

5 - Estruturação da Ouvidoria (estrutura física e recursos humanos)

5.1 - Estrutura Física

Para a implantação da estrutura física destinada à execução das funções de ouvidoria, tais como acolhimento, atendimento presencial, análise e acompanhamento das manifestações e gestão dos dados, deverão ser observados os seguintes itens:

- I. Espaço físico adequado para atendimento presencial, eventualmente com resguardo de sigilo;
- II. Boa localização, de fácil acesso e visibilidade a todos os cidadãos, sendo importante atentar-se à acessibilidade das pessoas com deficiência, idosos, gestantes ou outras com dificuldades de locomoção, como rampa de acesso e adaptações;
- III. Equipamentos e mobiliários adequados para a realização do serviço como cadeira, mesa, armário, material de escritório em geral, computadores, impressora e aparelho telefônico;
- IV. Disponibilidade de linha telefônica e acesso à internet.

Visando um ambiente que possa ter alta demanda no fluxo de pessoas e acesso fácil aos interessados, sugerimos que a Ouvidoria seja implantada em uma das salas próximo a recepção principal do Hospital Estadual de Formosa. Este local terá um maior volume de pessoas em circulação e, por terem as principais portas de entrada

da unidade hospitalar, seu acesso é estrategicamente facilitado ao cidadão.

6 - Recursos Humanos

Os profissionais que atuarão na Ouvidoria deverão possuir habilidades compatíveis ou passar por capacitação para a função. Cabe destacar que, por se tratar de um cargo relativamente recente, em geral não se exige formação específica para ser um Ouvidor. Caberá ao IMED estabelecer e divulgar normas gerais para a formação da equipe, assim como a garantia da participação do Ouvidor no processo, que serão fatores importantes para o sucesso da atuação da Ouvidoria.

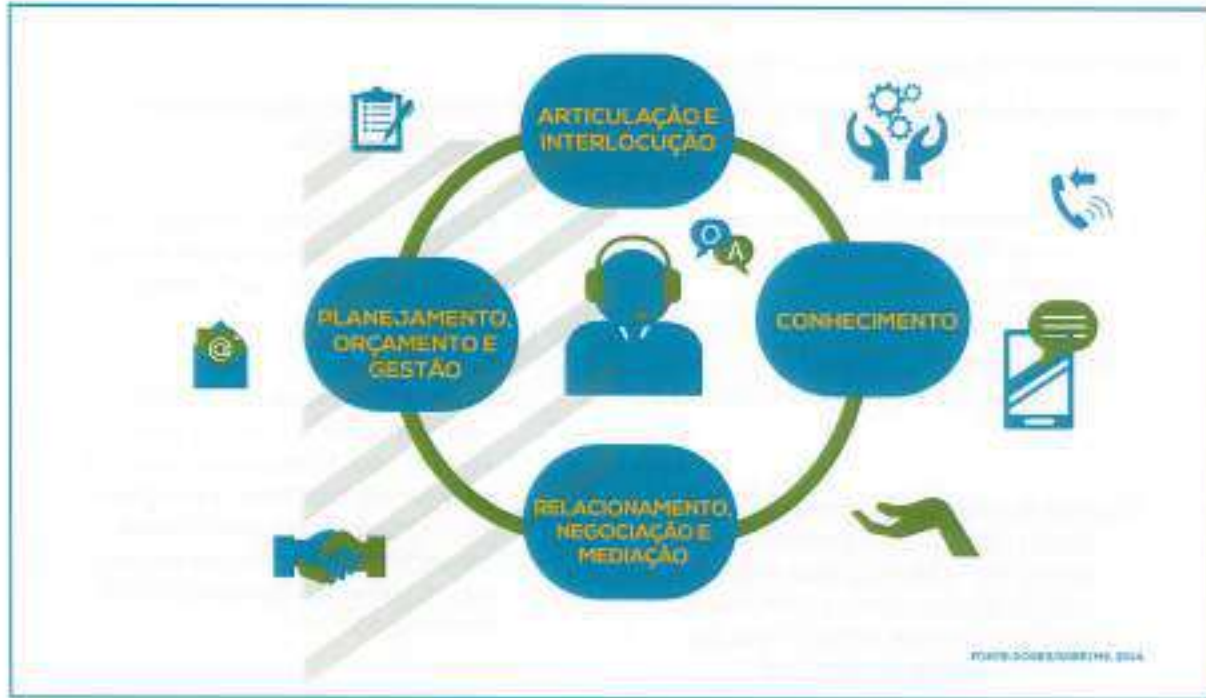
A disponibilidade do pessoal para a formação da equipe dependerá da condição atual de funcionamento e necessidade da unidade, a ser verificada após implantação, devendo de início no mínimo ser composta por:

- 01 - Ouvidor: Responsável pela Ouvidoria;
- 01 - Técnico de Atendimento;
- 01 - Técnico para o tratamento das demandas.

Esses servidores precisam ter vasto conhecimento acerca das atividades desenvolvidas pelo setor, além de treinamento que lhes possibilite tratar o(a) cidadão(ã) de forma respeitosa e genuína que serão ofertados pelo IMED. há algumas habilidades que devem compor o perfil profissional destes colaboradores, tais como:



Ouvidor



Equipe da ouvidoria



Considerando-se as peculiaridades do trabalho dos profissionais das ouvidorias, serão competências exigidas para a formação da equipe que atenderá na Ouvidoria do HEF:

- I. Ouvir e compreender as diferentes formas de manifestação dos cidadãos;
- II. Reconhecer os cidadãos, sem qualquer distinção, como sujeitos de direito;
- III. Qualificar as expectativas de forma adequada, caracterizando situações e identificando os seus contextos, para que os Gestores da unidade possam utilizá-las como oportunidades de melhoria;
- IV. Demonstrar os resultados produzidos, avaliando a efetividade das respostas oferecidas, gerando dados e elaborando informações capazes de subsidiar a gestão pública.

7 - Qualidade no atendimento

O IMED em vistas a melhoria contínua da qualidade no atendimento prestado aos usuários no âmbito do SUS, proporcionando a institucionalização da Ouvidoria SUS no HEF, basilares aos princípios fundamentais, a Ouvidoria deverá expor:

- I. **Competência:** existência de pessoas capacitadas e recursos tecnológicos adequados;
- II. **Confiabilidade:** cumprimento de prazos e horários estabelecidos previamente, e a busca em otimizar o tempo de resposta/resolução de acordo com a complexidade das

demandas apresentadas, sem oferecer prejuízos na qualidade das respostas;

- III. **Credibilidade:** honestidade no serviço ofertado;
- IV. **Segurança:** garantia de sigilo das informações pessoais nos termos da Lei nº12.527 - Lei de Acesso à Informação;
- V. **Empatia:** que consiste em uma resposta afetiva apropriada à situação da outra pessoa, e não à própria pessoa. Essa habilidade se traduz na capacidade de se identificar com o sentimento ou a reação de outra pessoa e buscar compreendê-lo;
- VI. **Linguagem cidadã:** clara, acessível, de fácil compreensão, evitando jargões e termos técnicos, proporcionando um atendimento adaptado às necessidades do cidadão;
- VII. **Linguagem inclusiva:** é aquela que não usa expressões preconceituosas ou ofensivas a indivíduos ou grupos;
- VIII. **Presteza:** demonstração do desejo de servir, valorizando prontamente a solicitação do cidadão;
- IX. **Cortesia:** manifestação de respeito ao cidadão e de cordialidade;
- X. **Flexibilidade:** atuar com capacidade de lidar com situações não previstas;
- XI. **Respeito à diversidade e garantia do pleno acesso à Ouvidoria por todos os cidadãos:** atendimento a todas as pessoas sem preconceitos.

8 - Planejamento de implantação

AM

I. Definição no organograma: a Ouvidoria será inserida no organograma da instituição, articulada ao nível central de gestão;

II. Definição do local: instalar a Ouvidoria seguindo os requisitos básicos para compor a Rede de Ouvidorias do SUS, pré-estabelecidos pelo Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento Ouvidora-geral do SUS, e passar a integrar juntamente com a SES - Secretária de Estado da Saúde do Estado de Goiás a Rede Nacional de Ouvidorias do SUS, que atuam por meio do sistema informatizado Ouvidor SUS. O Sistema permite a otimização de todos os processos de trabalho que permeiam sua ação, e tem a finalidade de atuar como ferramenta para a descentralização das ouvidorias do SUS, facilitar a democratização das informações em saúde, agilizar o processo de recebimento, encaminhamento, acompanhamento e resposta das manifestações, além de gerar relatórios gerenciais, também auxilia na definição de prazos para tratamento de demandas conforme bases legais. Instrumento de gestão que será uma importante ferramenta à serviço da população do Centro-Leste Goiano e apoio às demais regiões;

III. Realizar o processo de escolha do Ouvidor que representará a Ouvidoria e participará da seleção para a composição da sua equipe de trabalho (designação do Ouvidor deverá ser feita pelo Diretor Geral da unidade);

IV. Instalar em locais de grande circulação do hospital urnas devidamente identificadas pela Ouvidoria contendo disponível formulário impresso para registros de manifestações e pesquisa de satisfação dos usuários;

V. Definição da Estrutura de Fluxo de Trabalho, tais como: horários de atendimento, fluxo interno e externo de manifestações, dentre outros;

VI. Realizar a divulgação (site corporativo, placas em locais de grande circulação de pessoas) do objetivo, papel, fluxos de atendimento e projetos da Ouvidoria, definindo e expondo a consolidação de um espaço democrático implantado no Hospital Estadual de Formosa, estimulando a conscientização dos usuários da unidade sobre o direito de receber um serviço público de qualidade, trazendo mais conhecimento sobre seus direitos e responsabilidades, incrementando assim, a sua capacidade crítica e incentivando o uso de direito da sua opinião. Nesse sentido, deve-se de imediato publicar e indicar no hospital o local e horário de atendimento da ouvidoria, tal como, telefone e e-mail para contato;

VII. Divulgar internamente e externamente os meios de acesso e horários de atendimento da ouvidoria.

9 - Base Legal das Ouvidorias

As ouvidorias do SUS, para assegurar ao cidadão a oportunidade de participação na gestão pública em saúde, apoiam-se nos princípios e nas diretrizes que determinam as ações e os serviços em saúde, expressos nos artigos 196, 197 e 198 da Constituição Federal e na Lei nº 8.080/1990. A estes, e consideramos como necessidade de que a equipe da Ouvidoria do HEF deverá deter o conhecimento e seguir os princípios e dispostos expressos nos(as):

- *Decreto Estadual nº9.270, de 18 de julho de 2018 - Dispõe sobre as Ouvidorias no âmbito do Poder Executivo e dá outras providências.**

- *Lei nº 13.480, de 26 de junho de 2017 - Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública.**

- *Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).**

- *Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 - Lei de Acesso à Informação (LAI).**

10 - Pesquisa de satisfação da ouvidoria

Será competência da Ouvidoria valorizar e propor a padronização dos processos, unificação dos sistemas de dados, implantação e disponibilidade para realização de pesquisas de satisfação, de todas as formas possíveis, tais como: em modelo digital, formulário físico, sistema de produção da unidade e/ou da Ouvidoria, proporcionando assim, o aumento da capacidade de coleta, armazenamento e análise dos dados. Com o intuito à avaliação da eficiência, eficácia, efetividade e qualidade das estruturas, dos processos, e dos atendimentos ofertados aos cidadãos, é a busca contínua ao fortalecimento de uma gestão participativa e efetivamente de qualidade no âmbito do SUS.

Neste sentido a pesquisa de satisfação dos usuários terá como objetivo avaliar o atendimento no HEF do ponto de vista de quem os recebe, fornecendo a gestão do IMED materialidade de avaliação dos serviços que estão sendo prestados aos usuários e/ou vi-

sitantes da unidade.

A pesquisa subsidiará os processos de tomada de decisão, trazendo informações e dados sobre os usuários e suas necessidades, grau de satisfação, entre outros aspectos. Desta forma os objetivos poderão ser alcançados com a efetivação da pesquisa continuada, entre estes: definição de padrões de atendimento; detecção de necessidades dos usuários; simplificação dos processos e procedimentos administrativos; avaliação da qualidade do atendimento; avaliação do grau de confiança e imagem institucional.

11 - Instrumento inicial de pesquisa

Pesquisa de opinião - aplicação de questionário (formulário físico). A opção inicial se deve às vantagens que apresenta, tanto sob o ponto vista de implantação/aplicação, por sua simplicidade e baixo custo, quanto na análise dos dados. A disponibilização de meios de comunicação como e-mail, telefone e urnas se dará de forma imediata para garantir acesso da população a ouvidoria.

Em observância que ao início o questionário deverá ser objetivo, de fácil acesso e manuseio, e levando em consideração que o modelo proposto é um dos métodos mais eficazes em pesquisa de satisfação disponíveis atualmente.

Adotaremos a Metodologia NPS - Net Promoter Score:

Metodologia embasada em uma única pergunta, um modelo de pesquisa de satisfação adequado para medir o grau de qualidade dos serviços ofertados, sendo de fácil preen-

chimento acessível a todos os cidadãos.

Vantagens da pesquisa de satisfação pelo modelo Net Promoter Score:

- I. Ágil e rápido de responder e implementar;
- II. Um parâmetro reconhecido por grandes consultorias e institutos de pesquisa;
- III. Simplifica a captação de informações e tabulação dos resultados;
- V. Fornece dados muito interessantes para avaliar a satisfação no atendimento aos pacientes, possibilitando, a partir desses resultados, o planejamento de ações de melhoria ou manutenção das práticas já adotadas.

mento, apresentando e colocando o serviço à disposição da população, expondo o seu objetivo, finalidades e a sua devida importância, tanto quanto para divulgar os seus meios de acesso e horários de atendimento.

De acordo com a Lei nº12.527 (Lei de Acesso à Informação), cabe aos órgãos e às entidades do poder público assegurar a gestão transparente da informação. Para isso, torna obrigatória a divulgação de dados de interesse da população em sites oficiais desses órgãos na internet. A este princípio basilar caberá a Ouvidoria processar as informações obtidas por meio das manifestações e pesquisas de satisfação realizadas, e encaminhar mensalmente os resultados ao conhecimento dos gestores da unidade e a SES. O resultado das avaliações será integral-



Logo após a implantação da Ouvidoria, serão disponibilizados os formulários da pesquisa de satisfação nos locais de grande circulação do hospital. Vale ressaltar que o formulário (sugerido) criado, foi elaborado com o intuito de divulgação que possuímos uma Ouvidoria ativamente em funciona-


mente disponibilizado para publicação aos interessados, com a finalidade de subsidiar uma gestão mais transparente e participativa. Caracterizando a principal diretriz que rege a disponibilização de informações, que é a publicidade e a transparência das informações são a regra e o sigilo é a exceção.

Modelo impresso sugerido:

**QUEREMOS
OUVIR VOCÊ**

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Sua opinião é importante para a melhoria
dos nossos serviços!



“Registrar elogios e/ou sugestões;
Relatar uma insatisfação;
Denunciar uma irregularidade;
Solicitar assistência;
Obter uma instrução, orientação,
esclarecimento, relacionados aos serviços
prestados pela unidade e o funcionamento do
SUS.”

MEIOS DE ACESSO A OUVIDORIA

1158

IDENTIFICAÇÃO

1) QUAL O SEU NOME?

2) QUAL SERVIÇO UTILIZOU?

3) QUAL A DATA DO ATENDIMENTO?

4) DEIXA AQUI O SEU CONTATO: para que
possamos retornar (Telefone ou E-mail):

QUESTIONÁRIO

1) Em uma escala de 0 a 10, o quanto você
indicaria os nossos serviços a um amigo ou
familiar?

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

A) Para que possamos melhorar a sua avaliação
quais adequações necessitaríamos realizar?

B) De acordo com a sua avaliação o que
realmente fazemos de bem?

Assinatura e Data:

Fonte: Serviço de Relacionamento com o Usuário / IMED.

O IMED garantirá que a ouvidoria seja implantada imediatamente a sua assunção e cumpra seu papel de esclarecer dúvidas, receber elogios, sugestões, informações, reclamações e denúncias dos usuários do sistema único de saúde. Será providenciado respostas adequadas aos problemas apresentados de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Será implementado um programa intitulado "Gestão participativa" com o objetivo de tratar as demandas de ouvidoria e SAU. Abaixo a proposta de portaria para estabelecer o programa.

PORTARIA INTERNA Nº 01/2021

CRIAÇÃO DO PROGRAMA INTITULADO "GESTÃO PARTICIPATIVA"

A diretora geral do Hospital Estadual de Formosa, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo Regimento Interno da unidade de saúde, institui o programa intitulado "Gestão Participativa", o qual se regulará pelas seguintes disposições:

Artigo 1º - Fica instituído o programa intitulado "Gestão Participativa".

Artigo 2º - O programa objeto desta portaria interna consistirá nas seguintes providências:

A - ANÁLISE MENSAL, PELA DIRETORIA DA UNIDADE, DE TODOS OS REGISTROS APRESENTADOS PERANTE A OUVIDORIA E SAU DA UNIDADE DE SAÚDE, EM ESPECIAL AQUELES REFERENTES A RECLAMAÇÕES APRESENTADAS PELOS USUÁRIOS DO HOSPITAL;

B - A PARTIR DA ANÁLISE APONTADA NO TÓPICO ANTERIOR E SEM PREJUÍZO DA SOLUÇÃO, QUANDO POSSÍVEL, A SER CONFERIDA PARA CADA CASO CONCRETO, A DIRETORIA DEVERÁ IDENTIFICAR QUAIS AS SITUAÇÕES QUE, EM PRINCÍPIO, DIZEM RESPEITO NÃO APENAS A UM EVENTO PARTICULAR E ESPECÍFICO, MAS AOS PRÓPRIOS PROCESSOS ESTABELECIDOS NO ÂMBITO DA ROTINA DA UNIDADE DE SAÚDE, ASSISTENCIAIS OU NÃO;

C - IDENTIFICADA A SITUAÇÃO INDICADA AO TÓPICO "B" RETRO, CUMPRIRÁ A DIRETORIA AVALIAR A VIABILIDADE DA CORREÇÃO OU DO APERFEIÇOAMENTO DO RESPECTIVO PROCESSO (EM ESPECIAL QUANTO AO EVENTUAL IMPACTO DE ORDEM FINANCEIRA), DE MODO A IMPLANTAR A(S) MEDIDA(S) QUE TENHA POR OBJETIVO EVITAR A REPETIÇÃO DA SITUAÇÃO REGISTRADA PERANTE A OUVIDORIA E SAU, APRIMORANDO OS SERVIÇOS DA UNIDADE DE SAÚDE JUNTO AO PÚBLICO EM GERAL.

Parágrafo 1º - Tanto para as providências elencadas à alínea "b" deste artigo 2º quanto aquelas contidas em sua alínea "c", deverá a diretoria ouvir e envolver colaboradores do quadro da unidade de saúde cujas atribuições se correlacionem com o tema em análise, como, por exemplo, diretoria técnica, gerência de enfermagem, assistência social, psicologia e terceiros prestadores de serviços.

Parágrafo 2º - Poderá a diretoria geral, na hipótese da medida implementada com fundamento nesta portaria não alcançar os efeitos desejados (ou propiciar outras situações que importem em prejuízo à assistência ou ao atendimento dos usuários da unidade de saúde), revogá-la, sem prejuízo de seu ulterior aprimoramento para implementação futura.

Artigo 3º - Implantadas medidas com fundamento nesta portaria, cumprirá a diretoria informar a diretoria do IMED, entidade responsável atualmente pela gestão do HEF, a seu respeito.

Artigo 4º - Esta portaria entre em vigor no dia da sua assinatura.

PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

Instalar um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, encaminhando

mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de Ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde*

1 - Apresentação

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) do Hospital Estadual de Formosa será implantado de forma independente do serviço de ouvidoria e seguirá as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Estadual de Saúde. Sua atuação será ativa e expressa por meio do acolhimento, escuta quantitativa e qualificativa, totens de autoatendimento, e-mail e número de telefone exclusivo. Os usuários do serviço terão diversas oportunidades de expressar sua percepção sobre o atendimento ofertado. A unidade terá a oportunidade de resolver situações de forma pontual e imediata, bem como, rever os processos e traçar estratégias a serem implementadas melhorando a qualidade do atendimento prestado e providenciando respostas adequadas aos problemas apresentados, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Mensalmente será encaminhado relatório de suas atividades a Secretaria Estadual de Saúde.

O SAU contará com os serviços apresentados a seguir:

- I. **Acolhimento:** Estarão dispostos nas recepções e em locais estratégicos do hospital os colaboradores com o colete "Posso Ajudar?" acolhendo, orientando e auxiliando os usuários e/ou visitantes do hospital, no direcionamento aos diversos acessos e serviços da unidade (como marcação/realização de

exames de laboratório, radiologia, ultrassonografia, tomografia, consultas médicas, entre outros) com o intuito de agilizar e qualificar o atendimento, para que assim os fluxos possam funcionar da maneira mais eficaz possível.



Foto: Colaboradora do HEF

- II. Escuta quantitativa e qualitativa: Diariamente os profissionais do SAU visitarão os pacientes que estiverem em atendimento nos diversos setores do Hospital. Será um serviço promotor de mudanças pela escuta qualificativa, e por meio da escuta quantitativa expressa em formulários de pesquisa de satisfação aplicada possibilitando a coleta de informações, identificação de possíveis falhas dando oportunidade de resolução imediata, adequação dos processos de trabalho e posterior tabulação dos dados que será realizada utilizando a Metodologia NPS - Net Promoter Score.
- III. Totens de autoatendimento: Este serão disponibilizados nos diversos setores da Unidade Hospitalar, a

pesquisa será personalizada para o setor correspondente. Será utilizado totens com software de última geração para captação e análise de indicadores de atendimento.



- IV. Canais de atendimento telefônico e-mail: O serviço de atendimento telefônico e a possibilidade de registro de pôr e-mail facilitara que familiares possam expressar sua percepção sobre o atendimento, também possibilita que mesmo após receber alta o paciente possa expressar sua opinião.

2 - Objetivos e atribuições do S.A.U

Dentre os principais objetivos e atribuições do serviço, salve guarda as diretrizes pré-estabelecidas pela SES, podemos citar:

- I. Acolhimento, orientações e aplicação de pesquisa de satisfação dos usuários;
- IV. Garantir o direito à informação, orientando os usuários em relação aos serviços prestados na unidade;
- V. Fortalecer a cidadania através da participação popular;
- VI. Assegurar ao usuário a análise de suas reivindicações;
- VII. Analisar quantitativamente e qualitativamente os dados coletados;
- VIII. Participação ativa na elaboração de plano de ação para resolução das situações apresentadas pelos usuários;
- IX. Aperfeiçoar a qualidade dos serviços oferecidos, produzindo e aperfeiçoando indicadores que expressem a qualidade do serviço prestado;
- X. Servir de instrumento para a garantia da satisfação dos usuários;

- III. Participar no auxílio com os pertences dos pacientes e na identificação e devolução dos objetos achados e/ou perdidos na unidade, agregando valor a satisfação dos usuários.

3 - Vantagens do serviço

O reflexo positivo da implantação do SAU se dará diretamente nas relações entre o usuário do serviço de saúde e os gestores da unidade. Ao ser abordado (busca ativa) pelo profissional, o usuário se sentirá mais acolhido e terá uma rápida resposta / informação para a sua necessidade. Ao poder utilizar o totem de autoatendimento poderá expressar sua percepção de forma espontânea. Diante deste contexto, podemos citar como principais vantagens:

- I. Melhoria no fluxo interno (diminuição de pessoas circulando desnecessariamente nas diversas áreas do hospital);
- II. Maior agilidade do atendimento e satisfação dos usuários;
- III. Garantia de defesa dos direitos e interesses dos usuários do hospital;
- IV. Servira como valioso instrumento de gestão promovendo subsídios que fortalecera o compromisso crescente com a qualidade da assistência prestada.

4 - Pesquisa de Satisfação

A Pesquisa de Satisfação do Usuário aplicada pelo SAU no HEF será uma ferramenta que convidará o usuário a se manifestar a

AM

respeito da qualidade dos serviços, e quanto à sua forma de prestação. O serviço de qualidade é definido como o grau de discrepância entre as expectativas e as percepções em relação ao seu desempenho, e medir essa percepção é uma grande ferramenta para o desempenho da gestão. A análise destes dados é uma oportunidade para desenvolvimento de ações de melhoria da qualidade do atendimento prestado e de providenciar respostas adequadas aos problemas apresentados, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

5 - Instrumentos de Pesquisa

Modelo de totem de autoatendimento



MODELO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Para melhor atender nossos pacientes,
solicitamos sua opinião a respeito dos serviços oferecidos.

Nome: _____ Idade: _____
Telefone: _____ Email: _____
Setor/leito: _____ Data: ____/____/____

| QUAL É SUA AVALIAÇÃO SOBRE: | ÓTIMO | BOM | REGULAR | RUIM | PÉSSIMO |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. O atendimento da recepção | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. O atendimento na triagem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. O tempo de espera para o atendimento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. O atendimento da equipe médica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. O atendimento da equipe de enfermagem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. A realização de exames | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. O atendimento do retorno médico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. O vestuário e Roupas do Leito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. A limpeza do hospital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. A qualidade da alimentação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. A confiança e cordialidade da segurança | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. O hospital como um todo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| Buscou outra unidade de saúde antes? | SIM <input type="checkbox"/> | NÃO <input type="checkbox"/> | | |
| Por que buscou a unidade? | Qualidade <input type="checkbox"/> | Localização <input type="checkbox"/> | Indicação <input type="checkbox"/> | Outros <input type="checkbox"/> |

Estamos em busca contínua para lhe oferecer o melhor atendimento e para isso contamos com sua ajuda!

Sugestões, críticas ou elogios?

Assinatura: _____

Agradecemos sua colaboração, pois isso nos ajuda a lhe servir melhor!

6 - Forma de aplicação e frequência

Os profissionais do SAU farão rotineiramente (diariamente) a pesquisa de satisfação do usuário por meio da "busca ativa" através de um questionário de opinião aberta e perguntas fragmentadas por serviço ofertado. A escolha dessa opção de pesquisa se deu, com intuito de conhecer a satisfação dos usuários



em relação aos serviços recebidos em suas particularidades e como um todo.

A pesquisa será realizada por meio de formulário (físico), e entrevista, com perguntas que visam avaliar a percepção do usuário do momento da chegada, a permanência e a efetivação do atendimento. Com os pacientes na internação do HEF, será aplicada durante visita dos colaboradores do SAU à beira leito, aos demais setores serão realizadas com os pacientes que estão passando por atendimento (sala de espera, medicação e observação, entre outros).

Os dados obtidos serão consolidados em gráficos e tabelas, permitindo uma melhor visualização da percepção dos usuários no que se

refere ao atendimento recebido e satisfação geral com o hospital. A tabulação dos dados deverá ser disponibilizada mensalmente.

O quantitativo de questionários aplicados será definido através de cálculos estatísticos com a definição de um intervalo de confiança, que pode variar de 80% - 90% de confiabilidade, que vai definir o "N" de pacientes que serão ouvidos.

Inicialmente os questionários serão adaptados buscando a realidade de cada setor/ambiente do HEF (pronto socorro, centro obstétrica, clínica médica, ALCON, ortopedia, internações, entre outros). Apresentaremos o modelo anexo que será utilizado, levando em consideração que as perguntas serão estruturadas de acordo com os serviços ofertados em cada setor/ambiente e adaptado a Metodologia NPS - Net Promoter Score.

Será utilizado também a pesquisa espontânea por meio de totens distribuídos pelas diversas áreas da unidade, este software além de captar os dados, faz a estratificação e apresentação de forma prática e de fácil visualização e entendimento conforme pode ser visto nos exemplos abaixo.

AVALIAÇÃO GERAL

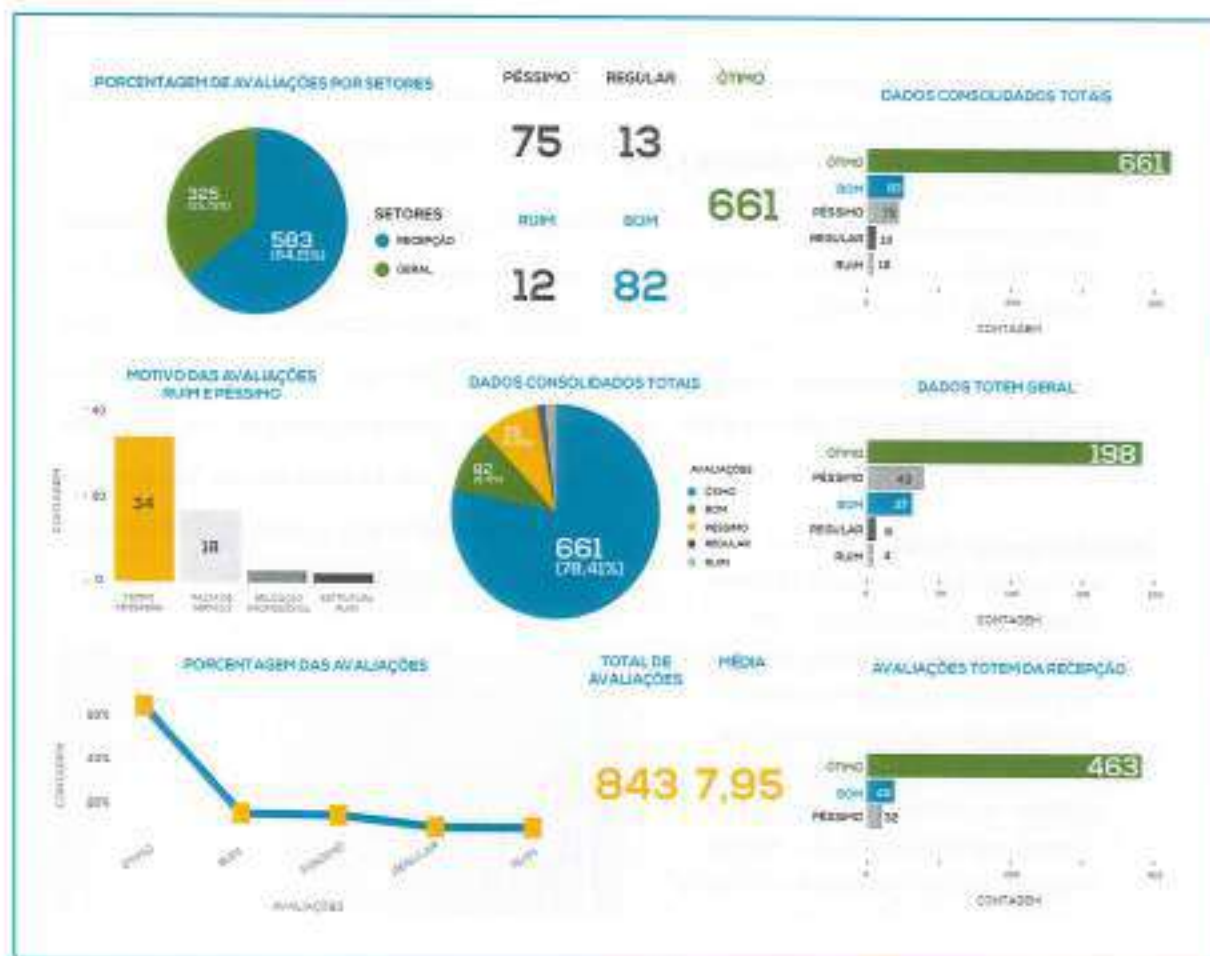


1166

RECEPÇÃO



Handwritten signature



7 - Tipos de manifestações tratadas no SAU

A disseminação de informações se destacará no Serviço de Atendimento ao Usuário do HEF. Ressalta-se que as denúncias, solicitações, e outras (demandas de maior complexidade) serão direcionadas ao serviço de Ouvidoria da unidade. Podendo então serem tratadas pelo SAU as seguintes classificações:

- I. Crítica/Queixa:** demonstração de insatisfação relativamente a determinada política adotada ou serviço prestado;
- II. Sugestão:** proposição de ideia ou formulação de proposta de

aprimoramento de políticas e serviços públicos;

- III. Elogio: demonstração,** reconhecimento ou satisfação referente à execução de determinada atividade ou atendimento recebido.

8 - Sistemática das Ações corretivas

As demandas passarão pelo processo de classificação de prioridade/complexidade, sendo:

- Alta complexidade:** encaminhar imediatamente ao conhecimento da ouvidoria da unidade para devidas tratativas;



Média complexidade: se o serviço não dispuser de mecanismos que possa fornecer a resolução do demandado, o mesmo identificará o setor responsável e encaminhará a demanda para devidas providências (estabelecer o prazo máximo de 7 (sete) dias para o setor fornecer resposta contendo subsídios das ações corretivas e preventivas frente ao exposto pelo usuário);

Baixa complexidade: o próprio serviço de SAU buscará resolver a demanda, se o serviço não dispuser de mecanismos que possa fornecer a resolução, o mesmo identificará o setor responsável e encaminhará a demanda para devidas providências (estabelecer o prazo máximo de 24 horas para o setor fornecer resposta contendo subsídios das ações corretivas e preventivas frente ao relatado).

Todas as demandas dos usuários da unidade seja qual for o meio de recebimento (pesquisa de satisfação, pessoalmente, telefone) deverá ser registrada em planilha de controle ou sistema de produção hospitalar.

Logo após identificação dos pontos que necessite de ações corretivas e/ou preventivas exemplo: críticas e sugestões, baixo índice de satisfação nas respostas do setor/departamento (O SAU deverá frente aos indicadores de satisfação dos usuários solicitar pareceres aos setores).

Mesmo que a demanda seja solucionada pelo SAU, a mesma deverá ser registrada e encaminhada ao gestor do setor/departamento competente para ciência, que apresentará a

Diretoria Geral da unidade as ações corretivas e preventivas adotadas para a resolução da situação exposta pelo usuário.

Mensalmente os dados serão encaminhados a Diretoria e ao grupo do programa intitulado "gestão participativa", para análise mensal, pela diretoria da unidade, de todos os registros apresentados perante a Ouvidoria e SAU da unidade de saúde, em especial aqueles referentes a reclamações apresentadas pelos usuários do hospital.



Mensalmente as demandas registradas, contendo as tratativas dos setores e os dados estatísticos do SAU serão encaminhados para apreciação da SES.

Havendo recorrências nas demandas, que poderá ser apontada pelos dados tanto do SAU quanto da Ouvidoria caberá a Diretoria Geral da unidade apresentar ações corretivas frente a situação exposta.

O SAU promoverá e adotará ações em con-

junto com o serviço de Ouvidoria da unidade que possa expor/apresentar aos colaboradores os elogiados nos registros da pesquisa de satisfação, da forma que os interessados e citados sejam enaltecidos e reconhecidos.

9 - Recursos iniciais

9.1 - Recursos Humanos:



01 (um) - Coordenador das atividades do SAU;

04 (quatro) jovens aprendizes;

02 (dois) auxiliares administrativos.

O Coordenador do SAU estará subordinado a Gerência Administrativa da unidade hospitalar.

Recursos Físicos: pranchetas, canetas, formulários da pesquisa de satisfação, coletes e crachás para identificação dos profissionais envolvidos no serviço, totens de atendimento, computadores e impressoras e uma sala administrativa.

Todas as manifestações (elogios, críticas e sugestões) e dados estatísticos deverão ser apresentados mensalmente à SES e aos demais Gestores da unidade de saúde. Assim como descrições das tratativas dos setores e das atividades do SAU. Para que então seja exposto a materialização do principal objetivo do serviço, que consiste em promo-

ver mudanças em busca do aprimoramento contínuo da qualidade no acolhimento e atendimento aos usuários do HEF.

Considerações finais

O IMED estará preparado para gerir mudanças administrativas e educativas no HEF motivadas pela atuação contínua da Ouvidoria e do SAU, e garantirá o declínio do percentual de manifestações queixosas referentes ao Hospital Estadual de Formosa, recebidas no sistema de ouvidoria do SUS, concretizando conseqüentemente o aumento de demandas positivas.

A ouvidoria e o SAU serão ferramentas utilizadas amplamente no processo de melhoria contínua que será adotado pelo IMED na Gestão do Hospital Estadual de Formosa. Os dados quantitativos e qualitativos serão analisados e utilizados para tomada de decisões voltadas para melhoria da qualidade e maior satisfação do cliente.

