

**INSTITUTO
ACQUA**

JUNHO/2021

ACQUA

SAÚDE

PROPOSTA DE TRABALHO PARA GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, EM REGIME 24 HORAS/DIA, NA UNIDADE, QUE ASSEGURE ASSISTÊNCIA UNIVERSAL E GRATUITA À POPULAÇÃO, NO HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU (HEMU) CONFORME CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2021 SES/GO

VOLUME I DE II

Sumário

1.	DADOS DO INSTITUTO ACQUA.....	11
1.1	INFORMAÇÕES CADASTRAIS DA INSTITUIÇÃO.....	11
1.2	HISTÓRICO, PRÁTICAS DE GOVERNANÇA CORPORATIVA E PRINCIPAIS ÁREAS DE ATUAÇÃO 12	
2.	A SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS.....	17
3.	OBJETO.....	29
4.	CARACTERÍSTICA DO HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU (HEMU).....	30
5.	IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS.....	56
5.1	FLUXOS OPERACIONAIS COMPREENDENDO CIRCULAÇÃO EM ÁREAS RESTRITIVAS, EXTERNAS E INTERNAS.....	56
5.2	FLUXO PARA REGISTROS E DOCUMENTOS DE USUÁRIOS E ADMINISTRATIVOS.....	58
5.3	FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERELIZADOS / ROUPAS.....	60
5.1	FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPAS ESTERELIZADAS.....	66
5.2	FLUXO UNIDIRECIONAL PARA RESÍDUOS DE SAÚDE.....	69
6.	IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO.....	75
6.1	IMPLANTAÇÃO DA LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS.....	75
6.2	REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE.....	106
6.3	PROPOSTA PARA REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM.....	119
6.4	PROPOSTA DE PROJETO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO COM VISTA AO CONTROLE GERENCIAL DA UNIDADE E MELHORIA DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO.....	131
	PROJETO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO INTEGRADO E GOVERNANÇA EM T.I. 131	
	OPERAÇÃO E RH:.....	132
6.5	PROPOSTA DE REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO.....	148
6.6	PROPOSTA DE MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS.....	155
7.	IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS.....	163
7.1	PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO.....	164
7.2	PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA E GESTÃO DE CUSTOS.....	180
8.	INCREMENTO DE ATIVIDADE.....	184
8.1	PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE E/OU SOCIAIS.....	185
8.2	PROPOSIÇÃO DE OUTROS SERVIÇOS RELACIONADOS AO HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU (HEMU) ALÉM DOS CONSTANTES NO PERFIL DA UNIDADE....	189

9.	ÁREA DA QUALIDADE	194
9.1	COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA	194
9.1.1	FINALIDADE.....	194
9.1.2	PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS.....	194
9.1.3	REGIMENTO INTERNO.....	194
9.1.4	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL - COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA.....	197
9.2	COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM	197
9.2.1	FINALIDADE.....	197
9.2.2	PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS.....	198
9.2.3	REGIMENTO INTERNO.....	198
9.2.4	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL - COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM.....	203
9.3	COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA.....	204
9.3.1	FINALIDADE.....	204
9.3.2	PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS.....	204
9.3.3	REGIMENTO INTERNO.....	204
9.3.4	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL - COMISSÃO DE CONTROLE DE BIOSSEGURANÇA.....	209
9.4	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR.....	210
9.4.1	FINALIDADE.....	210
9.4.2	PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS.....	210
9.4.3	REGIMENTO INTERNO.....	210
9.4.4	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL - COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR.....	215
9.5	COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS	215
9.5.1	FINALIDADE.....	215
9.5.2	PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS.....	216
9.5.3	REGIMENTO INTERNO.....	216
9.5.4	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL.....	218
9.6	COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS.....	218
9.6.1	FINALIDADE.....	218
9.6.2	PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS.....	218
9.6.3	REGIMENTO INTERNO.....	219

9.6.4	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL - COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS	224
9.7	COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (COREME)	225
9.7.1	FINALIDADE	225
9.7.2	PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS	225
9.7.3	REGIMENTO INTERNO	225
9.7.4	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL - COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS	228
9.8	COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL (COREMU)	228
9.8.1	FINALIDADE	228
9.8.2	PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS	228
9.8.3	REGIMENTO INTERNO	228
9.8.4	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL - COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL	238
9.9	COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA	239
9.9.1	FINALIDADE	239
9.9.2	PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS	239
9.9.3	REGIMENTO INTERNO	239
9.9.4	CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA	250
9.10	SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO	250
9.11	COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA	254
9.11.1	FINALIDADE	254
9.11.2	PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS	254
9.11.3	REGIMENTO INTERNO	255
9.11.4	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL - COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA	262
9.12	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)	262
9.12.1	FINALIDADE	262
9.12.2	PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS	262
9.12.3	REGIMENTO INTERNO	263
9.12.4	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)	265
9.13	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL (EMTN)	266

9.13.1 FINALIDADE	266
9.13.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS.....	266
9.13.3 REGIMENTO INTERNO.....	266
9.13.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL (EMTN).....	277
9.14 COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA.....	277
9.14.1 FINALIDADE	277
9.14.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS.....	278
9.14.3 REGIMENTO INTERNO.....	278
9.14.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL - COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA.....	282
9.15 COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	282
9.15.1 FINALIDADE	282
9.15.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS.....	283
9.15.3 REGIMENTO INTERNO.....	283
9.15.4 CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	290
12.1 9.16 COMITÊ TRANSFUSIONAL.....	291
9.16.1 FINALIDADE	291
9.16.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS.....	291
9.16.3 REGIMENTO INTERNO.....	291
9.16.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL – COMITÊ TRANSFUSIONAL.....	296
9.17 COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO E INFANTIL.....	296
FINALIDADE	296
PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS.....	296
REGIMENTO INTERNO.....	296
CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL – COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO E INFANTIL.....	302
9.18 NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP).....	303
10.18.1 FINALIDADE	303
10.18.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS.....	303
10.18.3 REGIMENTO INTERNO.....	303
10.18.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL – NUCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE.....	311
9.19 NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR.....	311

9.19.1 FINALIDADE	311
9.19.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS.....	312
9.19.3 REGIMENTO INTERNO.....	312
10.19.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL – NUCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLOGICA HOSPITALAR QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	318
9.20 COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE.....	318
9.20.1 FINALIDADE	318
9.20.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS.....	318
9.20.3 REGIMENTO INTERNO.....	319
9.20.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL – COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE	326
9.21 COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE	327
9.21.1 FINALIDADE	327
9.21.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS.....	327
9.21.3 REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE	327
9.21.4 CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO DE CUIDADO COM A PELE	336
9.22 COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR	336
9.22.1 FINALIDADE	336
9.22.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS.....	336
9.22.3 REGIMENTO INTERNO.....	337
9.22.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL – COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR.....	338
9.23 COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES – CIHDOTT - FEITO.....	338
9.23.1 FINALIDADE	338
9.23.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS.....	339
9.23.3 REGIMENTO INTERNO.....	339
9.23.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL – COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES – CIHDOTT.....	347
9.24 NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR).....	347
9.25 COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO.....	352
9.25.1 FINALIDADE	352
9.25.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS.....	352

9.25.3	REGIMENTO INTERNO.....	352
9.25.4	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL – COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO.....	359
9.26	COMISSÃO REGIONAL DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER (CR SINC).....	360
9.26.1	FINALIDADE.....	360
9.26.2	PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS.....	360
9.26.3	REGIMENTO INTERNO.....	360
9.26.4	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL – COMISSÃO REGIONAL DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER (CR SINC).....	366
9.27	COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE.....	367
9.27.1	FINALIDADE.....	367
9.27.2	PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS.....	367
9.27.3	REGIMENTO DA COMISSÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE.....	367
9.27.4	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL – COMISSÃO DE PRODUTOS DE SAÚDE.....	379
9.28	COMISSÃO DE PROCESSAMENTO DE PRODUTOS DE SAÚDE (CPPS).....	379
9.28.1	FINALIDADE.....	379
9.28.2	PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS.....	379
9.28.3	REGIMENTO INTERNO.....	379
9.28.4	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL - COMISSÃO PROCESSAMENTO DE PRODUTOS DE SAÚDE	386
9.29	COMISSÃO FARMACEUTICA E TERAPEUTICA.....	386
9.29.1	FINALIDADE.....	386
9.29.2	PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS.....	387
9.29.3	REGIMENTO DA COMISSÃO DE FARMACEUTICA E TERAPEUTICA.....	387
9.29.4	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL – COMISSÃO DE FARMACEUTICA E TERAPEUTICA	394
9.30	COMITÊ DE COMPLIANCE.....	395
9.30.1	FINALIDADE.....	395
9.30.2	PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS.....	395
9.30.3	REGIMENTO DA COMISSÃO DE CONFORMIDADE, CONTROLE INTERNO E GESTÃO DE RISCOS DO HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU - HEMU.....	395
9.30.4	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL.....	402
9.31	COMISSÃO DE SEGURANÇA E QUALIDADE NO CUIDADO AO USUÁRIO.....	403
9.31.1	FINALIDADE.....	403

9.31.2	PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS.....	403
9.31.3	REGIMENTO INTERNO.....	403
9.31.4	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL.....	405
10.	ACOLHIMENTO.....	405
10.1	MANUAL COM INDICAÇÃO DAS FORMAS DE NOTIFICAÇÃO, RECEPÇÃO, ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS E ACOMPANHANTES NA EMERGÊNCIA CONFORME A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	406
10.2	INSTRUÇÃO COM DEFINIÇÃO DE HORÁRIOS, CRITÉRIOS E MEDIDAS DE CONTROLE DE RISCO PARA AS VISITAS AOS USUÁRIOS.....	427
10.3	ACOLHIMENTO – INSTRUÇÃO COM INDICAÇÃO DAS FORMAS DE ACOLHIMENTO, PORTARIA, SEGURANÇA, RECEPÇÃO, ENFERMAGEM, SERVIÇO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS E FAMILIARES.....	436
10.4	PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE.....	449
10.5	PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE OUVIDORIA VINCULADA A SES COM PESQUISA DE SATISFAÇÃO.....	452
11.	ATENDIMENTO.....	454
11.1	INSTRUÇÃO DE FORMAS DE ATENDIMENTO PRIORITÁRIO PARA GESTANTES, LACTANTES, IDOSOS E PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS.....	455
11.2	PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO (USUÁRIO E ACOMPANHANTE).....	459
11.3	PEQUISA PERIÓDICA/CONTÍNUA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO, INSTRUMENTO DE PESQUISA, FREQUÊNCIA, SISTEMÁTICA DAS AÇÕES CORRETIVAS.....	464
11.4	PROJETOS ASSISTENCIAIS E SOCIAIS.....	472
12.	QUALIDADE TÉCNICA.....	475
12.1	EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE OU DE SEUS GESTORES NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 200 LEITOS.....	475
12.2	EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE OU DE SEUS GESTORES NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 100 LEITOS OU INFERIOR A 200 LEITOS.....	475
12.3	EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE OU DE SEUS GESTORES NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 50 LEITOS OU INFERIOR A 100 LEITOS.....	476
12.4	COMPROVAÇÃO DE SER DETENTORA DE CERTIFICAÇÃO DE ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CEBAS ATIVO E REGULAR.....	476
12.5	CERTIFICADO DE ACREDITAÇÃO – ONA, JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, QMENTUM DA CANADÁ ACCREDITATION INTERNATIONAL OU OUTRAS ENTIDADES E INSTITUIÇÕES ACREDITADORAS RECONHECIDAS OBTIDOS NA GESTÃO DA OSS.....	477

12.6 APRESENTAÇÃO DE ORGANOGRAMA COM DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE CADA MEMBRO DO CORPO DIRETIVO.....	477
12.7 TITULAÇÃO DE ESPECIALISTAS EM ADMINISTRAÇÃO / GESTÃO HOSPITALAR DOS MEMBROS DA DIRETORIA E COORDENAÇÕES.....	479
12.8 EXPERIÊNCIA MÍNIMA DE 1 ANO DA DIRETORIA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE NO GERENCIAMENTO DE UNIDADE HOSPITALAR.....	479
12.9 APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL MÉDICO POR ÁREA DE ATENÇÃO COMPATÍVEL COM AS ATIVIDADES PROPOSTAS NO PLANO DE TRABALHO.....	480
INSTRUÇÃO/ MANUAL PARA ATUAÇÃO EM PROTOCOLOS.....	483
12.10 PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS) NAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA.....	486
12.11 PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS SERVIÇOS DE MAIOR COMPLEXIDADE NA MEDICINA COMO NAS EMERGÊNCIAS E UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO, ONCOLOGIA E DE PEDIATRIA.....	486
12.12 PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS AMBULATÓRIOS, HOSPITAL DIA E ENFERMARIAS, DESTAQUES PARA OS PLANTÕES E SOBREAVISOS	487
12.13 APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE METAS PARA A ÁREA MÉDICA OBSERVADOS, EM ESPECIAL AS CONSULTAS EM AMBULATÓRIO, INTERNAÇÕES HOSPITALARES E DE TERAPIA INTENSIVA	487
12.14 APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL TÉCNICO POR ÁREA DE ATIVIDADE PROFISSIONAL COMPATÍVEL COM AS ATIVIDADES DO PLANO DE TRABALHO.....	502
12.15 PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS) NAS ÁREAS DE INTERNAÇÃO/ENFERMARIAS, UTI, CME, BLOCO CIRÚRGICO, ONCOLOGIA E DE PEDIATRIA.....	504
12.16 INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO SOCIAL COM ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS, DEFINIDAS AS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA.....	504
12.17 INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COM ESPECIFICAÇÃO DE NORMAS E ROTINAS, ÁREA DE ABRANGÊNCIA, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA.....	514
12.18 NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL COM ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA.....	519
INSTRUÇÃO/ MANUAL PARA FATURAMENTO DE PROCEDIMENTOS.....	532
12.19 NORMAS PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO, RECEBIMENTO, GUARDA E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS NA UNIDADE.....	539
12.20 APRESENTAÇÃO DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICO HOSPITALARES.....	554
12.21 APRESENTAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA A CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS PARA OS SERVIÇOS DE LIMPEZA, VIGILÂNCIA E PONTOS DE MANUTENÇÃO PREDIAL.....	620

12.22 APRESENTAÇÃO DE PROJETO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO COM PESQUISA PERIÓDICA DE CLIMA ORGANIZACIONAL E DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES.....	635
12.23 PROPOSTA PARA ESTABELECIMENTO DE NORMAS PARA SELEÇÃO DE PESSOAL, CONTRATO DE TRABALHO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO, SUGESTÃO DE CONDUTAS PARA COMBATER O ABSENTEÍSMO DOS PROFISSIONAIS E ESTIMULAR A PRODUÇÃO	646
12.32 REGISTRO E CONTROLE DE PESSOAL COM MODELO DE ESCALA	654
12.25 ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS.....	658
12.26 PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	670
12.27 TERMO DE REFERÊNCIA PARA DESENVOLVIMENTO DE PROJETO EM EDUCAÇÃO PERMANENTE	679
12.28 PROPOSTA DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS	684
12.29 INSTRUÇÃO DE ESTRUTURAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO (SAME)691	
12.30 TERMO DE REFERÊNCIA PARA CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA COM ENTIDADES DE ENSINO	692
12.31 POLÍTICA DE SEGURANÇA NO TRABALHO E PREVENÇÃO DE ACIDENTES.....	695
13. VALIDADE DA PROPOSTA	723
14. PROPOSTA FINANCEIRA	725
14.1 PLANILHA RE RECURSOS HUMANOS.....	726
14.1 PLANILHA DE RECURSOS HUMANOS MÉDICO	728
14.3 PLANILHA FINANCEIRA GLOBAL	734
15. ANEXO I (INICIANDO - NA PÁGINA 1).....	737
16. COMPROVAÇÕES INSTITUCIONAIS (ANEXO II / III/ IV – INICIANDO NA PÁG. 1).....	738

1. DADOS DO INSTITUTO ACQUA**1.1 INFORMAÇÕES CADASTRAIS DA INSTITUIÇÃO**

Nome: INSTITUTO ACQUA – AÇÃO, CIDADANIA, QUALIDADE URBANA E AMBIENTAL

CNPJ: 03.254.082.0001-99

Endereço: Av. Lino Jardim, 905 – Vila Bastos – CEP 09041-031

Cidade: Santo André – SP Telefone: 11 – 4823-1800

Organização Social: INSTITUTO ACQUA

home page: www.institutoacqua.org.br

Representante Legal/Responsável pelo Projeto e Diretor Presidente:

SAMIR REZENDE SIVIEIRO – CPF 283.6555.498-32

EMAIL: documentacao@institutoacqua.org.br

1.2 HISTÓRICO, PRÁTICAS DE GOVERNANÇA CORPORATIVA E PRINCIPAIS ÁREAS DE ATUAÇÃO

O Instituto Acqua é uma instituição não governamental, sem fins lucrativos, com sede em Santo André, Região Metropolitana de São Paulo. Com 22 anos de história, atua na área de saúde pública e privada, em todo o território nacional, tendo a Gestão de Projetos como um marco de excelência, que atualmente vai além da saúde enquanto setor, abrangendo também Educação, Meio Ambiente, Desenvolvimento Social, Urbanismo, Cidadania, Cultura, Esportes outros; sempre a serviço da comunidade e em consonância com os órgãos públicos municipal, estadual e federal. Prezando pelo trabalho em rede, em parceria com o setor público, privado, universidades, Conselhos de Políticas Públicas e demais organizações não governamentais, unindo esforços em virtude do desenvolvimento da saúde, da qualidade de vida e da sustentabilidade.

Na gestão em Saúde, o Instituto atua em todos os níveis de complexidade, realizando a gestão de serviços de níveis primários, secundários e terciários; e, ainda, cooperando com a formação de recursos humanos, acompanhamento e avaliação de programas e projetos. O Acqua atua ainda na realização de pesquisas qualitativas e quantitativas, ampliando a capacidade de gestão de seus programas e projetos, e contribuindo com a produção de conhecimento científico, a formulação de políticas públicas, a validação de tecnologias de cuidado à saúde, de projetos estratégicos de gestão e modelos de formação para profissionais de saúde e gestores, alinhados com as necessidades do SUS.

A proposta ora apresentada carrega experiência acumulada nas execuções de vários Contratos e Planos de Operativos de Trabalhos, todos devidamente comprovados com atestados de capacidade técnica, que serão apresentados em Anexos.

Governança Corporativa está estruturada nos pilares:

Transparência - Que consiste na disponibilização para as partes interessadas das informações que sejam de seu interesse e não apenas aquelas impostas por

disposições de leis ou regulamentos. Inclusive estando disponível informações através do portal do Instituto ACQUA:

<http://www.institutoacqua.org.br/transparencia/prestacao.php>

Equidade - Caracterizando pelo tratamento justo e isonômico de todos os associados e demais partes interessadas (*stakeholders*), levando em consideração seus direitos, deveres, necessidades, interesses e expectativas.

Prestação de Contas- As prestações de contas além de seguir a legislação também se apresentam de modo claro, conciso, compreensível e tempestivo, assumindo integralmente as consequências de seus atos e omissões e atuando com diligência e responsabilidade no âmbito dos seus papéis.

Responsabilidade Corporativa- O Instituto ACQUA conta com os agentes de governança zelando pela viabilidade econômico-financeira das organizações, levando em consideração, no seu modelo de negócios, os diversos capitais (financeiro, intelectual, humano, social, ambiental, reputacional, etc.).

Conselho de Administração - Que é o órgão colegiado encarregado do processo de decisão do Instituto ACQUA a organização em relação ao seu direcionamento estratégico, exercendo o papel de guardião dos princípios, valores, objeto social e do sistema de governança. Além de decidir os rumos estratégicos do negócio, compete ao Conselho de Administração, conforme o melhor interesse da organização, monitorar a diretoria, atuando como elo entre esta e os associados.

Conselho Fiscal - Que é o órgão fiscalizador independente da diretoria e do conselho de administração, que busca, através dos princípios da transparência, equidade e prestação de contas, contribuir para o melhor desempenho do Instituto ACQUA. A função fiscalizadora cuida da verificação do atendimento das obrigações legais e estatutárias, o conselho fiscal conhece as propostas de orçamento, para opinar quanto ao uso e comprometimento de recursos do Instituto ACQUA, visando manter a saúde financeira, a gestão, a execução, estrutura de gerenciamento de riscos e oportunidades e uma estrutura de controles internos.

Auditoria Independente - Que é o processo de análise e validação das informações financeiras e patrimoniais, os auditores independentes aplicam sua metodologia para analisar e dar um parecer sobre a situação do Instituto, cabendo a

auditoria independente construir relatório expressando sua opinião sobre os números do balanço financeiro auditado e outras informações, como patrimônio e tributações que estão sendo pagas dentre outras questões. Assim contamos com um relatório imparcial e com diretrizes claras do que deverá ser corrigido ou melhorado.

MODELO DE GESTÃO INSTITUCIONAL

O Instituto ACQUA adotou o modelo de Gestão por Resultados, haja vista que o Contrato de Gestão sempre vincula a realização do Plano Operativo de Trabalho através do cumprimento das metas estabelecidas, portanto o modelo nos permite:

a- A responsabilidade é de todos os colaboradores, independentemente das diferentes funções que desempenham no Instituto, todos são responsáveis pelos resultados gerados. Isso inclui até mesmo as perdas ou oportunidades desperdiçadas. E, ainda, todos os profissionais estão envolvidos na seleção dos objetivos a serem alcançados e deverão ter seus esforços reconhecidos.

b- Integração das unidades contribuindo com cada uma de suas tarefas específicas, mas trabalhando juntas, de maneira integrada e voltadas para resultados em comum. Com isso, as relações entre lideranças e liderados são mais próximas, com uma troca de informações mais fluida.

c- Nesse modelo de resultado há certas diretrizes protocolos para serem cumpridos. O foco sempre são os resultados pactuados e não os variados processos e procedimentos desempenhados na organização.

As vantagens identificadas são:

a- Melhor comunicação e integração, há uma relação mais próxima entre os funcionários de diversos níveis hierárquicos, a comunicação no ambiente de trabalho é melhorada. Os processos se tornam mais integrados, a partir do maior compartilhamento de informações, da maior frequência de feedbacks e colaboração entre os profissionais dos mais variados cargos. Experiências diversas são compartilhadas e todos aprendem com todos. Tudo isso resulta em um ambiente organizacional muito mais harmonioso.

b- Mais motivação pois os colaboradores são partes essenciais para que os resultados sejam alcançados. Ao serem valorizados e sentirem que verdadeiramente fazem parte do projeto, a motivação e autoestima dos profissionais aumentam.

c- Objetivos mais claros sendo os resultados são construídos e planejados de maneira conjunta, e com objetivos mais evidentes definidos no planejamento estratégico, fica mais fácil alcançá-los.

d- Mais produtividade pois os colaboradores se sentem parte responsáveis pelos resultados, com objetivos muito claros e constantemente engajados são sinônimo de uma maior produtividade junto aos projetos.

Como prática a gestão de resultados obedece a etapas:

1- Revisão dos objetivos dos projetos, sempre os gestores revisam de forma mais ampliada os projetos, refletindo sobre os objetivos – tanto a curto, médio e a longo prazo.

2- Definição dos Objetivos as lideranças e liderados definem juntos os objetivos e resultados de seus trabalhos, sempre alinhados e de acordo com tais metas e com os prazos estabelecidos para alcançá-las.

3- Monitoramento do Processo é imprescindível acompanhar o processo para atingir os resultados buscados no prazo estabelecido. Assim, com frequência, os líderes de equipe e liderados para avaliam juntos as atividades desempenhadas comparando com os objetivos determinados.

A gestão de resultados organizacionais traz maior flexibilidade nos processos, um melhor relacionamento corporativo interno e maior motivação entre os colaboradores. As responsabilidades são divididas entre si e os resultados são cuidadosamente monitorados. É uma parceria colaborativa entre líder e funcionários, pois, todos irão contribuir para alcançar as metas traçadas.

Diretrizes institucionais

- Estabelecer parcerias com o poder público, a sociedade civil e voluntariado.
- Criar fontes de captação de recursos.
- Criar ouvidorias visando conferir maior transparência às ações e contribuir para a avaliação de resultados.

- Alinhar os projetos aos desafios do setor.

Diretrizes de Gestão

- Implantar padrões de excelência na área administrativa.
- Implantar o sistema de acreditação nas unidades assistenciais.
- Promover a qualificação e capacitação contínua de recursos humanos.
- Criar um ambiente favorável ao desenvolvimento tecnológico na área de atuação.
- Desenvolver programa de comunicação e informação em saúde buscando contribuir para mudança cultural.
- Desenvolver políticas relacionadas à gestão de tecnologia da informação.
- Desenvolver a política de incorporação tecnológica.

2. A SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS

Características Demográficas e Socioeconômicas

- População: **6.695.855 (2016)**
- Densidade Demográfica: **20 hab/km²**
- PIB Per capita: **18.298,59 (2011)**
- % da população em extrema pobreza: **3,23 (2010)**
- % da população com plano de saúde: **17,01 (Junho / 2019)**
- s: **246**
- Regiões de Saúde: **17**

Equipes e Cobertura da Estratégia de Saúde da Família

O estado apresenta cobertura(*) da Estratégia Saúde da Família de 69,85%, e de Atenção Básica de 69,85%.

QUADRO 01: Situação atual da implantação da(s) equipe(s) de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.

Equipes	Nº de s com eSF/ACS	Teto	Credenciado	Implantado	Percentual de população coberta pelas equipes financiadas pelo MS
eSF	245	3.345	1.649	1.509	69,85
ACS	246	16.734	9.262	8.328	64,29

Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção básica para populações específicas (Consultórios na Rua - eCR, equipes ribeirinhas - eSFR e fluviais - eSFF) e com o Programa Academia da Saúde. Os NASF têm como objetivo apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade e a abrangência das ações. São regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e complementados pela Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012.

QUADRO 02: Situação atual da implantação do(s) Núcleo(s) de Apoio à Saúde da Família (NASF).

	Tipo	Nº de s	Credenciado	Implantado
NASF	I	65	86	83
	II	40	41	40
	III	107	111	107

Brasil Sorridente - Ações de Saúde Bucal

O Brasil Sorridente - Política Nacional de Saúde Bucal - é o programa que visa desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal através de uma série de ações para ampliação do acesso ao tratamento odontológico no Sistema Único de Saúde (SUS). O estado de GOIAS apresenta cobertura de Saúde Bucal de **58,08 %**. Se considerada somente a Estratégia Saúde da Família tem-se uma cobertura de **56,99 %**.

QUADRO 03: Situação atual da implantação da (s) Equipe(s) de Saúde Bucal.

Equipes	Nº de s com eSB	Teto	Credenciado	Implantado
eSB - I	244	3.345	1144	1029
eSB - II			92	77

Consultório Odontológico

Segundo a Portaria GM/MS Nº 2.372, de 07 de outubro de 2009, há o compromisso de doação de equipamentos odontológicos pelo Ministério da Saúde para as equipes de Saúde Bucal (eSB) implantadas a partir de outubro/2009. Para receber esses equipamentos, fica disponível no nosso site o Sistema de Plano de Fornecimento de Equipamento Odontológico onde o gestor municipal opta por receber a cadeira odontológica diretamente no ou receber o recurso para o próprio realizar a aquisição.

Centros de Especialidades Odontológicas - CEO

O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica. O CEO deve realizar uma produção mínima mensal em cada especialidade definida na Portaria 1.464/GM, de 24 de junho de 2011: diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais.

QUADRO 05: Situação atual da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas

CEO Modalidades	Nº de s com CEO	Implantado (em funcionamento)	Repasse Mensal custeio	Observação: valor do incentivo "viver sem limites"
I	32	13	107.250,00	1.650,00
II		19	209.000,00	0
III		6	115.500,00	0

Laboratórios Regionais de Prótese Dentária

O LRPD é um estabelecimento que realiza o serviço de prótese dentária total, prótese dentária parcial removível e/ou prótese coronária/intrarradiculares e fixas/adesivas.

com qualquer base populacional pode ter o LRPD e não há restrição quanto sua natureza jurídica, ou seja, a Secretaria Municipal/Estadual de Saúde pode optar por ter um estabelecimento próprio (público) ou contratar a prestação do serviço (privado). A produção de prótese dentária é acompanhada de acordo com as informações prestadas pelo /estado através do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

QUADRO 06: Laboratórios Regionais de Prótese Dentária

Nº de s com RDP	Tipo de Gestão	Laboratórios	Valor Recurso Anual	Valor Recurso Mensal	Faixa de Produção
11	MUNICIPAL	11	990.000,00	82.500,00	20-50
1	MUNICIPAL	1	216.000,00	18.000,00	81-120
140	MUNICIPAL	140	12.600.000,00	1.050.000,00	20-50
4	MUNICIPAL	4	522.000,00	43.500,00	51-80
2	MUNICIPAL	2	593.390,00	49.449,00	Acima de 120

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade - PMAQ

O principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

Os valores do repasse mensal do incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado componente de qualidade do piso de atenção básica variável, deste segundo ciclo, foram definidos pelas Portarias n. 562, de 4 de abril de 2013 e Portaria n. 1.234 de 20 de junho de 2013.

O estado de **GOIAS**, possui **246** s cadastrados no terceiro ciclo do programa (2015) com o seguinte número de equipes:

QUADRO 07: Resultado de adesão ao terceiro ciclo.

ESF/EAB	ESB/EABSB	NASF	CEO
---------	-----------	------	-----

1353	1000	189	35
------	------	-----	----

QUADRO 08: Resultado da certificação das equipes de Atenção Básica que aderiram ao PMAQ no segundo ciclo (2014).

CLASSIFICAÇÃO DAS EQUIPES CADASTRADAS NO PMAQ	Freq.	(%)
Desempenho muito acima da média	115	9,6
Desempenho acima da média	234	19,6
Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média	814	68,2
Insatisfatória	17	1,4
Desclassificada	14	1,2
TOTAL	0	100,0

QUADRO 08.1: Resultado da certificação das equipes de Saúde Bucal que aderiram ao PMAQ no segundo ciclo (2014).

CLASSIFICAÇÃO DAS EQUIPES CADASTRADAS NO PMAQ	Freq.	(%)
Desempenho muito acima da média	53	5,8
Desempenho acima da média	196	21,6
Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média	543	59,7
Insatisfatória	57	6,3
Desclassificada	60	6,6
TOTAL	0	100,0

Programa Saúde na Escola

O PSE constitui estratégia interministerial – Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), para integração e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo intersetorialmente as equipes de Atenção Básica e as equipes da Educação. Conforme Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017, o ciclo do Programa tem vigência de dois anos.

No Termo de Compromisso, pactuado no momento da adesão pelos gestores municipais da saúde e da educação, constam as ações a serem implementadas, quantidade de escolas e equipes de Atenção Básica que participarão do Programa. Um conjunto de 12 ações pode ser priorizado conforme demanda da escola, indicadores de saúde e demais indicadores sociais (violência, gravidez na adolescência, evasão escolar, etc.) e no ato da adesão o também pode incluir ações que serão monitoradas exclusivamente por meio do e-SUS AB.

Número de s com adesão ao PSE: 241

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

Últimas atualizações: SIA (Janeiro a Dezembro de 2016) CNES (Dezembro de 2016)

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs), denominadas pela Organização Mundial de Saúde como Medicinas Tradicionais e/ou Complementares, foram institucionalizadas no SUS, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada pela Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006. A política contempla diretrizes e responsabilidades institucionais para oferta de serviços e produtos da Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Plantas Medicinais e Fitoterapia e constitui observatórios de Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia.

As práticas integrativas e complementares trazem, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, o incremento de diferentes abordagens e a ampliação do acesso à práticas de cuidado que tem em sua essência um outro olhar sobre o indivíduo e sobre o processo saúde-doença.

No estado de **GOIAS** existe(m) **118** estabelecimento(s) que oferta(m) o serviço de PICs, destes **11** oferta(m) acupuntura, **0** fitoterapia, **5** outras técnicas em medicina tradicional chinesa, **102** práticas corporais/atividade física, **0** homeopatia, **0** termalismo social crenoterapia e **0** oferta(m) medicina antroposófica. O valor aprovado em **(2016)** para pagamento dos procedimentos de PICs foi de **319.203,12**, sendo **164.673,12** para sessões de acupuntura e **154.530,00** para consultas médicas em acupuntura e homeopatia.

Para a formação de mais profissionais e sensibilização dos gestores municipais e estaduais para área, o DESF, como coordenador da CGGAAP, tem investido em cursos à distância.

Programa Academia da Saúde

O Programa Academia da Saúde, normatizado pela Portaria nº 2.681/GM/MS, de 7 de novembro de 2013, e redefinido pela Portaria nº 1.707/GM/MS, de 26 de setembro de 2016, tem o objetivo de contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população, por meio de espaços físicos dotados de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, denominados polos.

Os polos são espaços públicos de saúde da Atenção Básica construídos ou designados para o desenvolvimento das ações previstas e planejadas para o Programa. O polo deverá estar localizado na área de abrangência do estabelecimento de saúde de referência no âmbito da Atenção Básica, compondo a Rede de Atenção à Saúde (RAS) local, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

O Ministério da Saúde repassa aos municípios incentivo financeiro de duas naturezas: 1. Investimento – destinado à construção dos polos.

Quadro 2. Informações referentes à implantação do Programa Academia da Saúde a partir da aprovação de polo similar.

	Ano de habilitação da proposta de similaridade	Número da proposta	Situação para o custeio
CEZARINA	2014	41849	Apto
HIDROLANDIA	2011	11320964000111005	Apto
HIDROLANDIA	2014	41342	Apto

Fonte: Portarias de aprovação das propostas de similaridade.

Em relação ao repasse atual do incentivo de custeio, o Estado tem **21** polos recebendo o custeio, distribuídos em **21** (s).

com polo custeado	Valor do repasse
ABADIA DE GOIAS	3.000,00
ADELANDIA	3.000,00
AGUA FRIA DE GOIAS	3.000,00
BALIZA	3.000,00
BOM JESUS DE GOIAS	3.000,00
BURITI DE GOIAS	3.000,00
CERES	3.000,00
COCALZINHO DE GOIAS	3.000,00
GOIANIRA	3.000,00
HEITORAI	3.000,00
INDIARA	3.000,00
JANDAIA	3.000,00
JATAI	3.000,00
MINEIROS	3.000,00
MOSSAMEDES	3.000,00
NOVA AURORA	3.000,00
OURO VERDE DE GOIAS	3.000,00
PROFESSOR JAMIL	3.000,00
SAO JOAO D'ALIANCA	3.000,00
TROMBAS	3.000,00
VILA PROPICIO	3.000,00

Quadro 3. Informações referentes ao incentivo de **custeio** do Programa Academia da Saúde **(construídos ou similares)**.

Programa Telessaúde Brasil Redes

O Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica visa potencializar a qualificação da Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família ao estimular o uso das modernas tecnologias da informação e telecomunicações para atividades de apoio matricial e educação à distância relacionadas à saúde. Constitui-se enquanto uma rede que interliga gestores da saúde, instituições formadoras e serviços de saúde do SUS, num processo de trabalho cooperado online. Tem o objetivo de aumentar a resolutividade clínica das equipes de Atenção Básica, ampliando a capacidade clínica e de cuidado; melhorar a qualidade dos encaminhamentos para a atenção especializada, reduzindo o número de encaminhamentos desnecessários; e informatizar as Unidades Básicas de Saúde.

O processo de adesão ao Componente Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica e Informatização das Unidades Básicas de Saúde aconteceu em novembro de 2011. Na ocasião, 3.256 se aderiram à proposta, distribuídos em 63 projetos aprovados, totalizando 16.836 eSF beneficiadas. O financiamento de projetos de informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica comporta valores máximos dependentes do número mínimo de eSF que serão contempladas em cada projeto. Sairá portaria de Custeio desses núcleos com critérios de financiamento em breve.

Consultório na Rua

O Consultório na Rua é um dos componentes da atenção básica na rede de atenção psicossocial. Os Consultórios na Rua são equipes multiprofissionais e itinerantes que oferecem atenção integral a saúde para a população em situação de rua. Além do cuidado direto, também atuam como articuladores da rede local, por compartilhar o cuidado de casos extremamente complexos, implicando assim os atores locais neste cuidado.

Apresenta as seguintes modalidades para implantação e respectivos valores dos incentivos federais de custeio:

Modalidade	Valores dos Incentivos Federais de Custeio mensal
Modalidade I	R\$19.900,00 (dezenove mil e novecentos reais)
Modalidade II	R\$27.300,00 (vinte e sete mil e trezentos reais)
Modalidade III	R\$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais)

No Brasil atualmente 283 s são elegíveis para implantação de equipes de Consultório na Rua (eCR), segundo a Portaria 122 de 26 de janeiro de 2012. Os demais s que tenham interesse em implantar eCR devem justificar a existência de, no mínimo, 80 pessoas em situação de rua, através de documento oficial. As 92 (noventa e duas) equipes de consultório de rua constantes do anexo II da referida Portaria, contempladas com financiamento oriundo das Chamadas de Seleção realizadas em 2010 pela Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do DAPES/SAPS/MS, também poderão ser cadastradas como equipes de Consultório na Rua, desde que se adequem a alguma das modalidades descritas e que seja formalizado o pedido de adequação junto ao Departamento de Saúde da Família/SAPS/MS.

O cadastramento de novas equipes de Consultórios na Rua deverá seguir os trâmites previstos para cadastramento de equipes de Saúde da Família, conforme Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

	Credenciado	Implantado	Modalidade
APARECIDA DE GOIANIA	1	1	III
GOIANIA	1	1	III

Acompanhamento das Condicionalidades do Programa Bolsa Família

O estado de **GOIAS** possui **592.174** beneficiários do PBF com perfil saúde, destas na 1ª vigência de 2019 foram acompanhados **452.490** beneficiários pela Atenção Básica com **76,41** %.

Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) foi instituído pela Portaria Nº 1.412, de 10 de julho de 2013, sendo que a operacionalização do SISAB será feita por meio da estratégia do Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB).

O e-SUS Atenção Básica (AB) é o novo sistema da AB que substitui o SIAB. Esse sistema foi desenvolvido para atender às necessidades de cuidado na Atenção Básica e pode ser utilizado por profissionais das equipes de AB, pelas equipes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), do Consultório na Rua (CnR) e da Atenção Domiciliar (AD), oferecendo ainda dados para acompanhamento de programas como Saúde na Escola (PSE) e Academia da Saúde.

O primeiro passo na implantação do e-SUS AB é identificar as características tecnológicas disponíveis em cada UBS para escolha do sistema que deverá ser implantado: Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou Coleta de Dados Simplificada (CDS).

Programa Nacional de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde

Em 2011, instituiu-se o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) com objetivo de melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde, modernizar e qualificar o atendimento à população, por meio da construção de novas e mais amplas unidades de saúde, recuperação e ampliação das estruturas físicas existentes, além de prover a informatização das UBS. O Programa é composto por cinco componentes: Construção, Reforma, Ampliação, Informatização e implantação de Telessaúde em UBS e Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais.

Com o intuito de monitorar todas as obras de infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde financiadas com recurso Federal, foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde o Sistema de Monitoramento de Obras - SISMOB, que se tornou uma ferramenta para o acompanhamento da obra.

Destaca-se que em setembro de 2013, o Ministério da Saúde passou a oferecer projetos de arquitetura para a construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS). O Projeto Arquitetônico Padrão para os quatro portes das UBS encontra-se disponível no Portal do DAB (<http://aps.saude.gov.br/ape/requalificaUbs>).

Esse estado apresenta 1.644 UBS cadastradas no SCNES.

REGIONAIS DE SAÚDE

Comissão Intergestores Regional	População CIR	Quantidade de s por CIR	Percentual de população
Oeste II	103.666	13	1,75%
Sul	227.660	12	3,84%
Sudoeste I	352.030	18	5,94%
Serra da Mesa	112.677	9	1,90%
S?o Patricio	280.992	26	4,74%
Rio Vermelho	188.685	17	3,18%
Pirineus	473.849	12	8,00%
Sudoeste II	189.712	10	3,20%
Oeste I	114.453	16	1,93%
Norte	138.589	13	2,34%
Nordeste II	95.827	11	1,62%
Nordeste I	45.528	5	0,77%
Estrada de Ferro	251.224	18	4,24%
Entorno Sul	714.882	7	12,06%
Entorno Norte	219.898	8	3,71%
Central	1.607.071	26	27,12%
Centro Sul	809.565	25	13,66%
Total GOIAS = 17	5.926.308	246	100%

3. OBJETO

Seleção de organização social em saúde para celebração de Contrato de Gestão objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde, em regime de 24 horas/dia, no HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU (HEMU), localizado na Avenida Contorno, esquina com Rua Pará, quadra G2, lote 1, Jardim Eldorado, Uruaçu GO, CEP 76.400-000, por um período de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, estando o presente Edital regido pela Lei Estadual nº 15.503/2005 e suas alterações, Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás e suas alterações, e subsidiariamente à Lei Federal nº 8.666/1993 e suas alterações.

4. CARACTERÍSTICA DO HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU (HEMU)

Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu – HEMU

Endereço: Avenida Contorno esquina com Rua Pará quadra G2 lote 1 Jardim Eldorado,

Uruaçu GO, CEP 764000-00

Tipo de Unidade: Hospital geral de esfera pública que prestará atendimento ambulatorial, internação, urgência e SADT, de demanda espontânea e referenciada

Gerência da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

Funcionamento: 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual (CRE).

Capacidade Instalada

Estrutura

O Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu – HEMU possui **238 (duzentos e trinta e oito) leitos gerais e 45 (quarenta e cinco) leitos complementares, destes 20 (vinte) leitos de UTI adulto, 10 (dez) UTI Pediátrica e 10 (dez) UTI Neonatologia, 05 (cinco) leitos de unidade de cuidados intermediários neonatal, todos disponíveis ao SUS**, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

Capacidade Atual Instalada do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu - HEMU

Internação Quantidade

UTI Adulto - 20 leitos

UTI Neonatal - 10 leitos

UTI Pediátrico - 10 leitos

UCIN - 05 leitos

Clínico Adulto - 90 leitos

Cirúrgico - 60 leitos

Obstétrico - 60 leitos

Pediátrico - 28 leitos

Centro Cirúrgico - Salas 10

Centro Cirúrgico (RPA) - 14

O INSTITUTO ACQUA

Aderirá e alimentará o sistema de informação a ser disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo INSTITUTO ACQUA, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde. Assistirá de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e nas Autorizações de Internações Hospitalares (AIH/SUS), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde. Manterá equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico "hospitalista", por especialidade médica, garantindo o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas do hospital. As altas hospitalares e prescrições médicas serão disponibilizadas até às 10h00 (manhã), sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista). Adotará identificação especial (crachá) para todos os seus empregados, servidores públicos e colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional. Incluirá, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e do Hospital.

É vedado às organizações sociais em saúde o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papéis gráficos, convites eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás

Manterá registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no Hospital, disponibilizando a qualquer momento à Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no HOSPITAL, observando, contudo, às Resoluções do Conselho Federal de Medicina vigente. Será de inteira responsabilidade do INSTITUTO ACQUA, o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita que não estejam disponíveis na tabela SUSSIGTAP e sempre que a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás for demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores serão cobrados do INSTITUTO ACQUA, por meio de dedução nos valores de custeio do Contrato de Gestão repassados a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Fica assegurado à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás o direito de descontar das faturas devidas ao INSTITUTO ACQUA, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo. Quando o INSTITUTO ACQUA fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, o mesmo informará o fato aa Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Em nenhuma hipótese cobrará direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada. Responsabilizar-se-á por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste

contrato. Consolidará a imagem do HOSPITAL como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência. Estabelecerá, implementará e disponibilizar "on line" à SES/GO o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC 02 e NBR 15943:2011, sendo nossa responsabilidade a manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médico-hospitalares e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido. Estará formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. As atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área. Devolverá à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de Uso. Disporá da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome, nome da mãe, data de nascimento, RG e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais;

Em relação aos direitos dos usuários, o INSTITUTO ACQUA obriga-se a:

- a. Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes/usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei.
- b. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

- c. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências do hospital.
- d. Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto no Contrato.
- e. Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH.
- f. Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.
- g. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.
- h. Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.
- i. Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.
- j. Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no HOSPITAL, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos.
- k. Garantir atendimento indiferenciado aos usuários.
- l. Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.
- m. Fornecer ao usuário por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:
- Nome do usuário.
 - Nome do Hospital.
 - Localização do Hospital (endereço, , estado).
 - Motivo da internação (CID-10).
 - Data de admissão e data da alta.

- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.
- Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta.
- O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".
- Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar.

Arquivar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.

Incentivará o uso seguro de medicamentos tanto ao usuário internado como do ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde. Garantirá o pleno acesso da Ouvidoria SUS aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade. Realizará seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis. Realizará, quadrimestralmente, Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, por meio da metodologia Net Promoter Score (NPS), com envio de seus resultados para a Secretaria de Estado de Saúde de Goiás. Mensurará mensalmente Taxa de Absenteísmo dos colaboradores da Unidade Hospitalar de forma global e segmentada por vínculo (estatutário e celetista). Instalará 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. Identificará suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos. Não adotará nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física do HOSPITAL, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde.

Alcançará os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos. Acompanhará e monitorará o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação e Cirurgia Eletiva, compartilhando esta informação em regime semanal com o Complexo Regulador Estadual e incluindo esse dado nos relatórios gerenciais do hospital. Possuirá e manterá em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação – NIR, que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio da Central de Regulação Estadual, para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes.

O Hospital possuirá e manterá em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas e Comitês:

- ✓ Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- ✓ Comissão de Verificação de Óbitos;
- ✓ Comissão de Ética Médica;
- ✓ Comissão de Ética em Enfermagem;
- ✓ Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- ✓ Comissão de Residência Médica (COREME);
- ✓ Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);
- ✓ Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- ✓ Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho;
- ✓ Comissão de Documentação Médica e Estatística;
- ✓ Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
- ✓ Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);
- ✓ Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- ✓ Comissão de Proteção Radiológica;
- ✓ Comissão de Biossegurança;
- ✓ Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
- ✓ Comitê Transfusional;

- ✓ Comitê de investigação do óbito materno e infantil;
- ✓ Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- ✓ Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;
- ✓ Comissão Interna de Qualidade;
- ✓ Comissão de Padronização de Produtos para Saúde;
- ✓ Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele;
- ✓ Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;
- ✓ Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes –
- ✓ CIHDOTT;
- ✓ Núcleo Interno de Regulação (NIR);
- ✓ Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);
- ✓ Comitê de Compliance;
- ✓ Comissão de Processamento de Produtos de Saúde (CPPS);
- ✓ Comissão Regional de Sistemas de Informação do Câncer (CR SINC).

Possuirá e manter em pleno funcionamento um Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – NVEH, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico, Implementará e manterá um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo gerenciamento dos equipamentos de infraestrutura de saúde que atendam às disposições da RDC 02, NBR 5410, NBR 13534 e NBR 15943. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, o INSTITUTO ACQUA manterá durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar o Hospital na Resolução RDC nº 02/2010, da ANVISA, bem como a NBR 15943:2011 e as demais resoluções. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o INSTITUTO ACQUA deverá manter o inventário técnico dos equipamentos médico-hospitalares atualizado, bem como o registro histórico de todas as intervenções realizadas, garantindo a sua rastreabilidade. O inventário técnico e o

registro histórico dos equipamentos médico hospitalares devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do INSTITUTO ACQUA, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos. Como parte do acompanhamento e supervisão dos equipamentos de saúde, o INSTITUTO ACQUA deverá fornecer senha e login do seu software de gerenciamento, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas, como também, ao registro histórico destes para subsidiar o processo de controle por parte da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. O acesso ao software não desobriga o INSTITUTO ACQUA à encaminhar os relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à Secretaria de Estado da Saúde a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o INSTITUTO ACQUA deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBR ISO 17025. O INSTITUTO ACQUA implantará o Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás para melhoria dos processos de doação de órgãos e tecidos para transplantes, objetivando o aumento do número de notificações de morte encefálica e morte por parada cardiorrespiratória e a efetivação de doadores, gerando conseqüentemente, o aumento no número de captações de órgãos e tecidos para transplantes, de acordo com as Portarias GM/MS 2.600, de 21/10/2009, nº 3.490, de 12/11/2010 e 1.032, de 04/05/2011.

A Gerência de Transplantes da Secretaria de Estado da Saúde acompanhará o cumprimento da implantação do Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás, através dos seguintes indicadores:

- Óbitos por Morte Encefálica: Nº de óbitos por morte encefálica, Nº de notificações de óbitos por morte encefálica, Nº de doações efetivas de Múltiplos órgãos.

- Óbitos (exceto Morte encefálica): Nº de óbitos, Nº de notificações de óbitos, Nº de doações efetivas de tecidos, Nº de óbitos com contraindicações absolutas para doação de tecidos.

O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência da Unidade Hospitalar deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

- Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- Lei Nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.
- Lei Nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.
- Norma Regulamentadora MTE Nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.
- Portaria de Consolidação Nº 3 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo VI (Origem PRT MS/GM Nº 793/2012), institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS e Anexo III Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE),
- RDC ANVISA Nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
- RDC ANVISA Nº 34, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.

- Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - **CAPÍTULO II DO Sangue, Componentes e Hemoderivados;**
- Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde PT MS Nº 529, de 01 de abril de 2013, e RDC ANVISA Nº 36 da ANVISA, de 25 de julho de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e ações em serviços de saúde.
- PRT GM/MS Nº 2.254, de 05 de agosto de 2010, institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.
- PRT SVS/MS Nº 453, de 1º de junho de 1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.
- Portaria de Consolidação Nº 4 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem PRT MS/GM Nº 204/2016 -define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.
- RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada.
- RDC Nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).
- Resolução COFEN Nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

- RDC Nº 222, de 28 de março de 2018, da ANVISA, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.
- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XXIV Política Nacional de Atenção Hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 1º).
- Portaria MS nº1631, de 1º de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.
- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH.
- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNHAH) define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.
- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade - Anexo XXXI.
- Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Do Incentivo Financeiro de Custeio para a Manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Seção V.
- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica - Anexo XXXII.
- RDC ANVISA Nº 15, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.
- Resolução CFM Nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico.
- RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.

- Portaria de Consolidação nº 3 - de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Título X – do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico do Cuidado Progressivo.
 - PT Nº 44, de 10 de janeiro de 2001, que trata do Hospital Dia.
 - Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, que dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.
- Referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS.

•O Instituto Acqua buscará pela habilitação dos serviços realizados com auxílio da **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** e conforme as diretrizes do SUS.

CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

O INSTITUTO ACQUA atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia.

O Serviço de Admissão do INSTITUTO ACQUA solicitará aos pacientes, ou aos seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO.

Em caso de hospitalização, o INSTITUTO ACQUA fica obrigado a internar paciente, no limite dos leitos contratados e do seu perfil assistencial instalado, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago ou incompatibilidade de perfil clínico, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que o INSTITUTO ACQUA, em decorrência da assinatura deste Contrato, presta serviços de assistência à saúde, por meio do Central de Regulação Estadual.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo INSTITUTO ACQUA serão efetuados através dos dados registrados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado da Saúde. O INSTITUTO ACQUA manterá um serviço de Plantão Controlador Interno, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, as solicitações da Central de Regulação Estadual de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis no hospital, com tempo de resposta em no máximo 01 (um) hora.

O INSTITUTO ACQUA executará semestralmente uma auditoria independente, pesquisando a satisfação do usuário com relação aos serviços prestados no Hospital, após a compilação dos dados, esta deverá ser enviada para a equipe Técnica SES, para avaliação da assistência prestada.

DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS

Linhas de Serviços

Para o funcionamento do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu - HEMU serão

consideradas as seguintes linhas de serviços:

a) Internação

- a.a) Saídas de Clínica Médica
- a.b) Saídas Cirúrgica
- a.c) Saídas de Pediátricas
- a.d) Saídas Cirúrgicas Oncológicas
- a.e) Saídas Oncológicas

- a.f) Saídas Obstetrícia
- a.g) Saídas Saúde Mental
- a.h) Internações em leitos de UTI adulto
- a.i) Internações em leitos de UTI pediátrico
- a.j) Internações em leitos de UTI neonatal
- a.l) Internações em leitos de UCIN (Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal)

b) Atendimento Ambulatorial - Cirurgias/Procedimentos ambulatoriais: intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, sob efeito de anestesia local, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

c) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais na atenção especializada: consultas médicas e de áreas profissionais da saúde em ambulatório.

d) Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente regulados para a Unidade.

e) Leito Dia: atendimento aos pacientes do perfil epidemiológico do hospital e que necessitam permanecer na Unidade para tratamento, pelo tempo máximo de 12 horas.

Os atendimentos de Urgência, as Saídas Cirúrgicas e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **INSTITUTO ACQUA** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar mensalmente a produção realizada.

Assistência Hospitalar

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão na Unidade Hospitalar até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí **todos** os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar, inclusive as relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).

Será de inteira responsabilidade pelo **INSTITUTO ACQUA** o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescritos e que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP ou outra tabela que vier a substituí-la.

Quando o **INSTITUTO ACQUA** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito e que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. A internação do usuário dar-se-á no limite dos leitos contratados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento. Esgotando-se todas as possibilidades internas de acomodação dos pacientes, a direção da Unidade deverá solicitar, via Núcleo Interno de Regulação (NIR), o remanejamento desses pacientes para outras unidades hospitalares.

No processo de hospitalização, estão incluídos, além da OPME:

- a) Assistência por equipe médica especializada.
- b) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação.
- c) Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.
- d) Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação.

- e) Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas.
- f) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.
- g) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação.
- h) Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) que sejam requeridos durante o processo de internação.
- i) Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral.
- j) Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, incluído médico diarista para cobertura horizontal no período diurno em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista).
- k) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.
- l) Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos.
- m) Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS).
- n) Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário.
- o) Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000).
- p) Sangue e hemoderivados.
- q) Fornecimento de roupas hospitalares.
- r) Procedimentos especiais para pacientes hospitalizados, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição.
- s) Garantir a realização das cirurgias, evitando cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente.

t) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.

Atendimento às Urgências Hospitalares

A Unidade Hospitalar dispõe de atendimento às urgências e emergências porta aberta e referenciadas, atendendo a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela SES/GO, durante 24h.

Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea; por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e/ou do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE); ou encaminhados de forma referenciada pelo Complexo Regulador Estadual e que sejam classificados conforme Acolhimento com Classificação de Risco preconizado pela Secretaria de Estado da Saúde. O hospital deverá manter Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, encaminhando pacientes de outras especialidades às demais unidades de saúde por meio da Central de Regulação Estadual.

Para efeito de produção contratada e realizada, deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização. Se, em consequência do atendimento por urgência, o paciente for colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorrer a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização (Autorização de Internação Hospitalar - AIH).

Os exames solicitados durante o atendimento de urgência/emergência deverão ser realizados imediatamente após sua prescrição. A entrega do resultado não pode ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em

que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização. Exames de caráter eletivo devem ser realizados no prazo máximo de 24h após a solicitação.

Especialidades iniciais para porta de entrada (urgência) a serem oferecidas no Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaiçu – HEMU

Especialidades iniciais para porta de entrada (urgência) a serem oferecidas no Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaiçu – HEMU

Cirurgia Buco Maxilo Facial

Cirurgia Geral

Cirurgia Torácica

Clínica Médica

Ginecologia/Obstetria

Ortopedia e traumatologia

Neurocirurgia

Neurologia

Angiologia e Cirurgia Vascular

Pediatria

Atendimento Ambulatorial

Consultas Médicas e Multiprofissional na Atenção Especializada

O Hospital deverá disponibilizar consultas e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos da própria Unidade. Também poderão ser encaminhados pacientes, em especialidades previamente definidas, com agendas ofertadas ao Complexo Regulador Estadual, respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório.

As consultas ambulatoriais compreendem:

a) Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;

- b) Interconsulta;
- c) Consultas subsequentes (retornos).

Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pelo Complexo Regulador Estadual ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento à especialidade referida. Todas as primeiras consultas de egressos devem ser informadas ao Complexo Regulador Estadual.

Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição. Todas as interconsultas devem ser informadas ao Complexo Regulador Estadual.

Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas. Todas as consultas subsequentes devem ser informadas ao Complexo Regulador Estadual. Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, serão registrados como consultas subsequentes.

Outros serviços ambulatoriais de nível superior multiprofissionais contemplados na instituição incluem:

- Farmácia Ambulatorial,
- Psicologia,
- Consulta de Enfermagem
- Serviço Social,
- Fisioterapia,
- Terapia Ocupacional

Fonoaudiologia

Nutricionista.

As consultas realizadas pela Enfermagem e pelo Serviço Social na classificação de risco deverão ser registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria de Estado da Saúde.

O atendimento ambulatorial será programado para funcionar, no mínimo, das 07h às 19h, de segunda-feira a sexta-feira, nas especialidades descritas abaixo, conforme demanda da população de usuários do Hospital.

Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaiçu – HEMU

Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaiçu – HEMU

Cardiologia - exames pré-operatórios (risco cirúrgico)

Cirurgia Geral (ambulatório de pré e pós cirúrgico)

Cirurgia Oncológica

Clínica Médica

Dermatologia - Oncologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)

Gastroenterologia Geral (ambulatório de pré e pós cirúrgico)

Gastroenterologia Oncologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)

Ginecologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)

Hematologia

Infectologia (VVS)

Mastologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)

Neurocirurgia

Obstetrícia (pré natal alto risco)

Oncologia Clínico

Otorrinolaringologia - adulto (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
 Otorrinolaringologia pediátrica (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
 Ortopedia e Traumatologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
 Cuidado Paliativo – Paliativismo
 Pediatria (egresso alto risco)
 Proctologia Geral (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
 Proctologia Oncologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
 Pneumologia Oncologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
 Urologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
 Urologia Oncologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
 Angiologia e Cirurgia Vasculare (ambulatório de pré e pós cirúrgico)

Especialidades Multiprofissionais iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu – HEMU

Especialidades Multiprofissionais da Saúde iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu – HEMU

Fisioterapia (egresso)
 Terapia ocupacional (egresso)
 Fonoaudiologia (egresso)
 Enfermagem (egresso)
 Farmácia – VVS
 Psicologia – VVS
 Serviço Social – VVS
 Nutrição

Cirurgias Programadas

Consideram-se as Cirurgias Programadas as intervenções que abrangem as cirurgias de médio e alto porte, sob efeito de anestesia e de diferentes especialidades, em pacientes que não estejam em internação hospitalar, ou seja, excetuam-se aqui as cirurgias de pacientes em atendimentos de urgência.

Os pacientes poderão ser provenientes de demanda externa ao hospital bem como de consulta ambulatorial de pacientes já acompanhados pelo hospital. Em ambos os casos, todas as cirurgias programadas devem ser reguladas pelo Complexo Regulador Estadual.

Especialidades Médicas para cirurgias programadas iniciais a serem oferecidas no Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaiçu – HEMU

Especialidades Médicas para cirurgias eletivas iniciais a serem oferecidas no Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaiçu – HEMU

Cirurgia Geral

Cirurgia oncológica (tais como: aparelho digestivo, urologia, colo-proctologia, ginecologia, mastologia)

Gastroenterologia

Ginecologia

Neurocirurgia

Ortopedia

Otorrinolaringologia – adulto e pediátrica

Proctologia

Urologia

Angiologia e Cirurgia Vascular

SADT Externo

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo conjunto de exames e ações de apoio terapêutico, será disponibilizado à pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da Rede de Atenção à Saúde e que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo todos esses procedimentos regulados pelo Complexo Regulador Estadual .

Leito Dia

O Leito Dia será disponibilizado aos pacientes que comparecem à Unidade apenas para recebimento de dose esquemática de medicação endovenosa e pequenos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos que necessitam de permanecer na Unidade por um período máximo de 12 horas, procedimentos esses devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

Serviços de Apoio

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT : conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico, será disponibilizado aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação da Unidade, SADT Interno, deverá ser prestado 24 horas por dia, ininterruptamente.

Serviços de Farmácia: deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica.

Serviço de Nutrição e Dietética – SND: o Serviço de Nutrição e Dietética deverá prestar assistência nutricional e fornece refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada cliente, visando à satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND é proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares, devendo estar atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, e, após avaliação do paciente, elaborar um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional.

Serviço de Lavanderia: a lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade.

Central de Material e Esterilização – CME: a CME é responsável pelo processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o controle, a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares.

Possibilidade de outros serviços de apoio conforme a necessidade hospitalar.

PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Caso, ao longo da vigência do Contrato, em comum acordo entre as partes, o INSTITUTO ACQUA e/ou a SES/GO, se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia,

essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pela SES-GO. Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

PROPOSTA DE MELHORIAS

O **INSTITUTO ACQUA** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da SES/GO, Portaria nº 253/2020 ou outra norma vigente. Para todo e qualquer projeto, o **INSTITUTO ACQUA** deverá apresentar as justificativas técnicas pertinentes, os projetos arquitetônicos e complementares, número mínimo de 03 (três) orçamentos, e cronograma de aplicação, o que deverá ser submetidos à análise da SES/GO, para validação e autorização quanto à execução pelo **INSTITUTO ACQUA**.

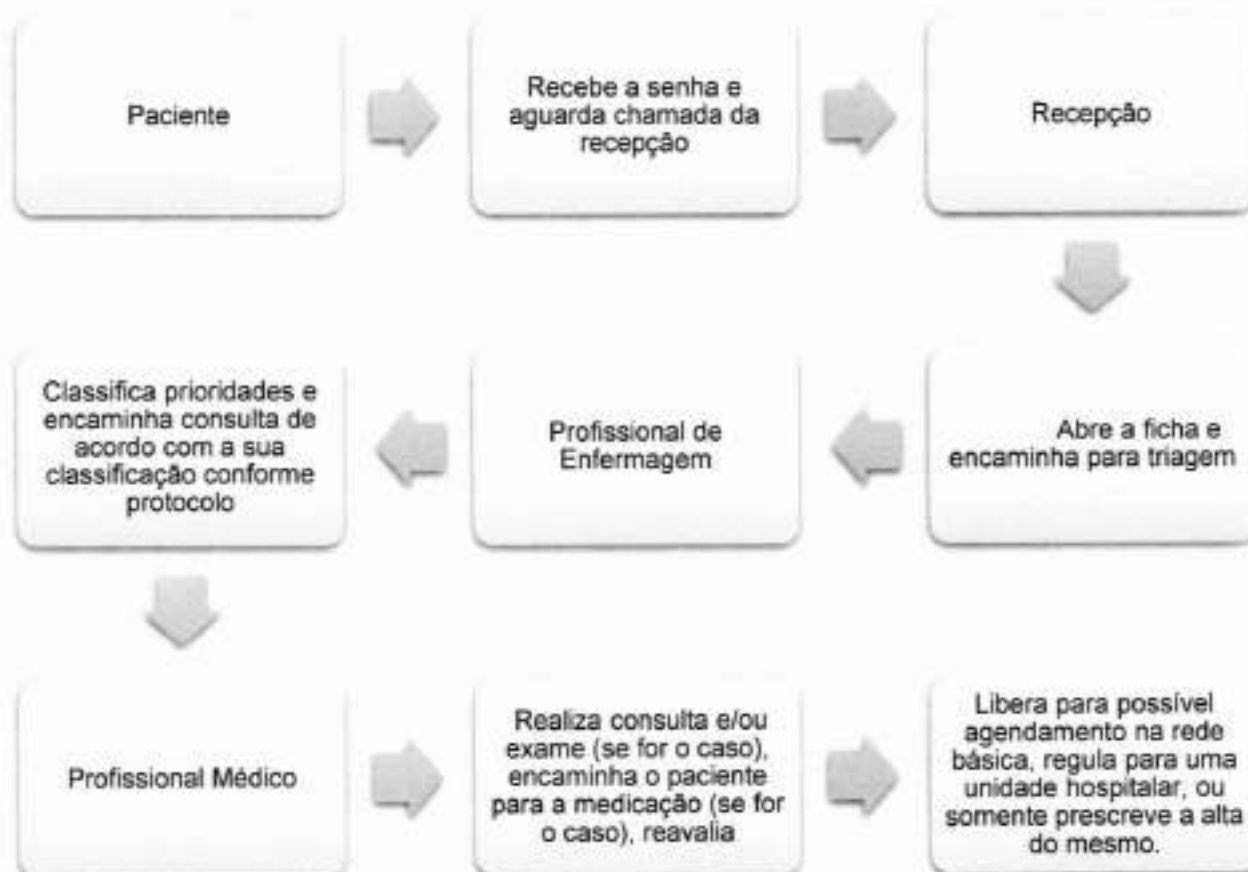
Após aprovação do projeto pela SES/GO, serão repassados para o **INSTITUTO ACQUA**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do contrato de gestão, a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **INSTITUTO ACQUA**.

5. IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS

5.1 FLUXOS OPERACIONAIS COMPREENDENDO CIRCULAÇÃO EM ÁREAS RESTRITIVAS, EXTERNAS E INTERNAS

Os fluxos dos usuários que buscam o atendimento no HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU (HEMU), têm a circulação realizada pela unidade, assim como de seus possíveis acompanhantes, e deve ser restrita às áreas funcionais e recebem atendimento e acolhimento, evitando sua passagem pelas circulações reservadas aos funcionários, conseguindo assim melhorar a lotação.

- **Pacientes Internos:** são constituídos pelos fluxos de pacientes em regime de observação na própria unidade de, ou quando acompanhados por funcionários / acompanhantes, acessam as diferentes unidades funcionais para diagnóstico ou terapia.
- **Pacientes externos:** O paciente externo dará entrada pela recepção. O(a) recepcionista, faz o primeiro atendimento na abertura ou confirmação de cadastro e posterior encaminhamento de acordo com a necessidade ou especialidade específica, sendo. Entregando uma senha, as recepcionistas chamam pela numeração e encaminha para os setores de exames específico. Após o procedimento o paciente será encaminhado para dar continuidade na unidade básica de saúde e especialidade, podendo seguir o fluxo que seguirá descrito:



Vale ressaltar que o Instituto Acqua pretende instalar o sistema de chamada eletrônico na unidade que facilitará a orientação do usuário, uma vez que o mesmo saberá a média de atendimento, e qual local ele deve se dirigir para atendimento. Haverá também um novo layout de identificação da unidade, informando e direcionando os usuários onde houver a indicação do sistema implantado.

5.2 FLUXO PARA REGISTROS E DOCUMENTOS DE USUÁRIOS E ADMINISTRATIVOS

A Instituto Acqua atua de forma a zelar pelas informações de pacientes e da Instituição, pois é sabido a quantidade de documentos extraviados diariamente seja pelo esquecimento ou por furto de informações médicas que pertencem somente ao médico e paciente. A tabela de Temporalidade é seguida de forma criteriosa junto as unidades não será diferente. O prima pela guarda de documentos e a organização atuará em conjunto o tomador para que o fluxo se mantenha.

Abaixo seguem descritos alguns passos do fluxo de documentos das unidades:
Protocolo: recebimento, registro, distribuição, tramitação e expedição de documentos: Protocolo é o setor responsável pelo recebimento, registro, distribuição, controle da tramitação e expedição de documentos, com vistas ao favorecimento de informações aos usuários internos e externos.

Metodologia centralizadora: a organização da documentação é destinada a um único local, como também todas as atividades de controle, recebimento, registro, distribuição, movimentação e expedição de documentos de uso corrente. O sistema centralizado oferece:

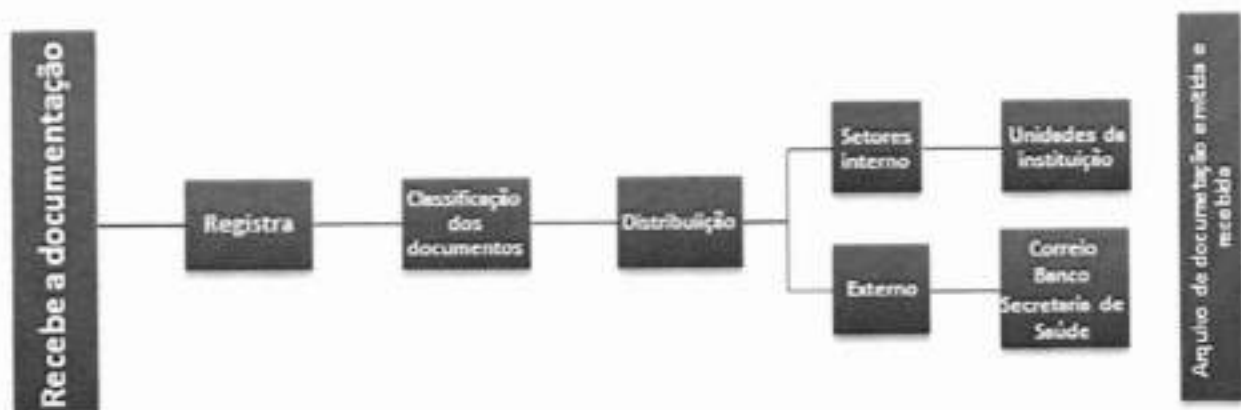
- Treinamentos mais eficientes de pessoal de arquivo.
- Maiores possibilidades de padronização de normas e procedimentos.
- Nítida delimitação de responsabilidades.
- Constituição de conjuntos arquivísticos mais completos.
- Redução dos custos operacionais.

Centralização das atividades de controle (protocolo) de arquivos:

O controle da documentação é feito pelo setor de protocolo/recepção.
Competências:

- Receber, registrar, classificar, distribuir e expedir documentos em geral.
- Controla os documentos administrativos.
- Manter arquivo da documentação administrativa emitida e recebida pelas unidades.
- Executar as atividades relacionadas à recepção, expedição e protocolos de documentos, a manutenção do arquivo administrativa e dados estatísticos, observando normas, rotinas e diretrizes técnicas-administrativas.
- Enviar as correspondências para seus destinatários via correio.
- Receber as correspondências destinadas a unidade e enviá-las aos seus respectivos setores.
- Orientação das normas necessárias para abertura de processos.

FLUXO PARA REGISTRO E DOCUMENTOS



5.3 FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERELIZADOS / ROUPAS

FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERELIZADOS

A estrutura física da CME - Central de Materiais e Esterilização tem como princípio o fluxo unidirecional dos artigos, para tanto, prevê barreira física, com o objetivo de evitar o cruzamento de artigos. Contará com acesso exclusivo para os colaboradores do setor da seguinte forma:

- Área de recepção e limpeza (setor sujo);
- Área de preparo e esterilização (setor limpo);
- Área de desinfecção química, quando aplicável (setor limpo);
- Área de monitoramento do processo de esterilização (setor limpo);
- Área de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (setor limpo).

Fluxo Unidirecional Para Materiais Esterilizados



O setor de esterilização de material e equipamentos destaca-se no contexto da organização da unidade de saúde, de uma forma bastante peculiar, por caracterizar-se como uma unidade de apoio a todos os serviços assistenciais e de diagnóstico que necessitem de artigos médico-hospitalares para a prestação de assistência aos seus clientes.

Esterilização – processo físico ou químico que destrói todos os tipos de microrganismos, inclusive esporos.

Esterilização de materiais e equipamentos é na verdade a tendência de eliminação de todas as bactérias ou redução da população de uma colônia, pois mesmo depois da esterilização o material supostamente estéril ainda possui uma porção mínima de bactérias, portanto depois de estéril estes materiais são colocados com uma data de validade e armazenados em uma sala com temperatura controlada,

isto é, se não forem usados neste período os materiais deverão ser esterilizados novamente.

O setor de esterilização será equipado e organizado de acordo com as normas técnicas vigentes.

Para o dimensionamento da CME é importante considerar a demanda diária de material, que está baseada no número e na especificidade de leitos da unidade, no número de salas cirúrgicas (se aplicável), na média diária de procedimentos, na adoção ou não de material de uso único, e até mesmo na forma de estocagem e distribuição dos artigos esterilizados às unidades consumidoras.

A Portaria nº 1884, de 11 de novembro de 1994, estabeleceu novos parâmetros para a aprovação de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais à Saúde, revogando a Portaria nº 400. Em relação a CME, prevê as seguintes áreas e dimensões mínimas:

Processamento

Limpeza

Todo processo de desinfecção ou esterilização deve ser precedido de pela limpeza e secagem rigorosas dos artigos, devendo todo artigo sujo com sangue ou secreções ser considerado contaminado.

Produtos utilizados

- Detergente enzimático
- Detergente não enzimático (desencrostante)

Métodos de esterilização

Considera-se um artigo estéril quando a probabilidade de sobrevivência dos microorganismos contaminantes é menor do que 1:1000.000. A exposição de um artigo a um agente esterilizante, não garante a segurança do processo, uma vez que esta depende de limpeza eficaz.

Lista de produtos médicos enquadrados como de uso único proibidos de ser reprocessados. ANVISA – RE nº 2.605, de 11 de agosto de 2006:

- Agulhas com componentes, plásticos não desmontáveis
- Aventais descartáveis;
- Bisturi para laparoscopia com fonte geradora de energia, para corte ou coagulação com aspiração e irrigação;
- Bisturis descartáveis com lâmina fixa ao cabo; (funcionalidade)
- Bolsa coletora de espécimes cirúrgicos;
- Bolsas de sangue;
- Bomba centrífuga de sangue;
- Bomba de infusão implantável;
- Campos cirúrgicos descartáveis;
- Cânulas para perfusão, exceto as cânulas aramadas;
- Cateter de Balão Intra-aórtico;
- Cateter epidural;
- Cateter para embolectomia, tipo Fogart;
- Cateter para oxigênio;
- Cateter para medida de débito por termodiluição;
- Cateter duplo J, para ureter;
- Cateteres de diálise peritoneal de curta e longa permanência;
- Cateteres e válvulas para derivação ventricular;
- Cateteres para infusão venosa com lume único, duplo ou triplo;
- Cobertura descartável para mesa de instrumental cirúrgico;
- Coletores de urina de drenagens, aberta ou fechada;

- Compressas cirúrgicas descartáveis;
- Conjuntos de tubos para uso em circulação extracorpórea;
- Dique de borracha para uso odontológico;
- Dispositivo para infusão vascular periférica ou aspiração venosa;
- Dispositivo linear ou circular, não desmontável, para sutura mecânica;
- Drenos em geral;
- Embalagens descartáveis para esterilização de qualquer natureza;
- Equipos descartáveis de qualquer natureza exceto as linhas de diálise, de irrigação e aspiração oftalmológicas;
- Esponjas Oftalmológicas;
- Expansores de pele com válvula;
- Extensões para eletrodos implantáveis;
- Equipos para bombas de infusão peristálticas e de seringas;
- Extensores para equipos com ou sem dispositivo para administração de medicamentos
- Filtros de linha para sangue arterial;
- Filtros para cardioplegia;
- Filtros endovasculares;
- Fios de sutura cirúrgica: fibra, natural, sintético ou colágeno, com ou sem agulha;
- Geradores de pulso, implantáveis;
- Hemoconcentradores;
- Injetores valvulados (para injeção de medicamentos, sem agulha metálica);
- Lâmina de Shaiver com diâmetro interno menor que 3mm;
- Lâminas descartáveis de bisturi, exceto as de uso oftalmológico;
- Lancetas de hemoglicoteste;
- Lentes de contato descartáveis;
- Luvas cirúrgicas;
- Luvas de procedimento;

- Óleos de silicone Oftalmológico e soluções viscoelásticas oftalmológicas;
- Oxigenador de bolhas;
- Oxigenador de membrana;
- Pinças e tesouras não desmontáveis de qualquer diâmetro para cirurgias vídeo assistida laparoscópica;
- Produtos implantáveis de qualquer natureza como: cardíaca, digestiva, neurológica, odontológica, oftalmológica, ortopédica, otorrinolaringológica, pulmonar, urológica e vascular;
- Punch cardíaco plástico;
- Reservatórios venosos para cirurgia cardíaca de cardioplegia e de cardiectomia;
- Sensor débito cardíaco;
- Sensores de Pressão Intracraniana;
- Seringas plásticas exceto de bomba injetora de contraste radiológico.
- Sondas de aspiração;
- Sondas gástricas e nasogástricas, exceto as do tipo fouché;
- Sondas retais;
- Sondas uretrais e vesicais, exceto uso em urodinâmica;
- Sugador cirúrgico plástico para uso em odontologia;
- Registro multivias de plástico, exceto os múltiplos, tipo manifold;
- Cúpula isoladas para transdutores de pressão sangüínea;
- Trocater não desmontável com válvula de qualquer diâmetro;
- Tubo de coleta de sangue.

Procedimento indicada para lavagem de mãos

Agentes Antissépticos: São substâncias aplicadas à pele para reduzir o número de agentes da microbiota transitória e residente. Entre os principais anti-sépticos

utilizados para a higienização das mãos, destacam-se: Álcoois, Clorexidina, Compostos de iodo, Iodóforos e Triclosan.

Lavatórios: Os lavatórios ou pias devem possuir torneiras ou comandos que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água.

Antissepsia das mãos: Eliminar a microbiota transitória da pele e reduzir a microbiota residente, além de proporcionar efeito residual na pele do profissional. As escovas utilizadas no preparo da lavagem das mãos devem ser de cerdas macias e descartáveis, impregnadas ou não com antisséptico. Para este procedimento, recomenda-se Antissepsia das mãos e antebraços com antisséptico degermante.

Cuidados indicados:

- Manter as unhas naturais, limpas e curtas.
- Não usar unhas postiças.
- Evite utilizar anéis, pulseiras e outros adornos.

5.1 FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPAS ESTERELIZADAS

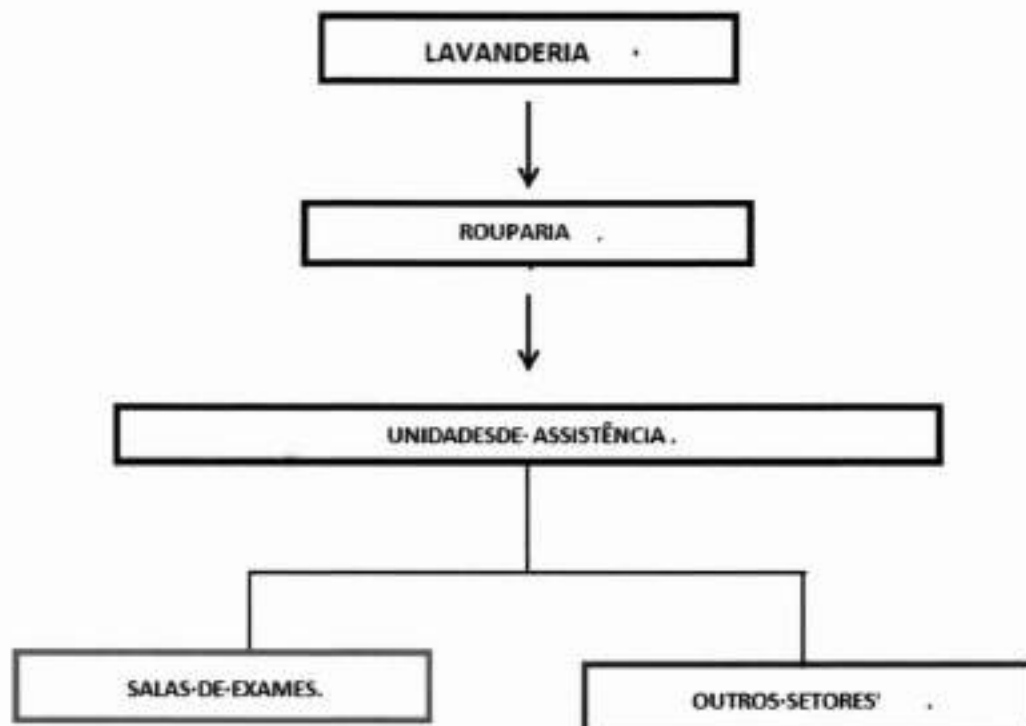
O Instituto Acqua será responsável pela contratação de lavanderia hospitalar e locação de enxoval assistencial, por meio de empresa especializada e ficará responsável pela retirada da roupa suja da unidade até seu retorno em condições de reuso, sob condições higiênico-sanitárias adequadas (recolhimento, entrega e processamento: lavagem, passagem e reparo de peças avariadas). Caberá à equipe operacional do HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU (HEMU), coletar e acondicionar em recipiente próprio para roupa suja (Rouparia). A equipe interna ficará a cargo da verificação das peças que saem para a lavagem, controlando número e peso, assim como do retorno das mesmas na Unidade de Saúde. O *check list* obedecerá ao fluxo diário de emissão e recebimento do enxoval da unidade. Abaixo seguem os

fluxos de roupas sujas e limpas a ser implantado na unidade. Estes fluxos poderão ser alterados conforme a gestão da unidade.

Fluxo Das Roupas Sujas



Fluxo Das Roupas Limpas



5.2 FLUXO UNIDIRECIONAL PARA RESÍDUOS DE SAÚDE

O Instituto Acqua adotará o Programa de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde na unidade de saúde. Trata-se de um programa que atua de forma ininterrupta, e após a seleção dos membros para a composição do Programa, estabelece-se o escopo e cronograma de treinamentos mensais às equipes, a fim de dirimir todo e qualquer desvio no descarte de insumos hospitalares, assim como qualquer outro tipo de resíduo.

Atingirá as etapas, desde a geração do resíduo até a sua destinação, e envolverá desde o planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais, até a capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo deste.

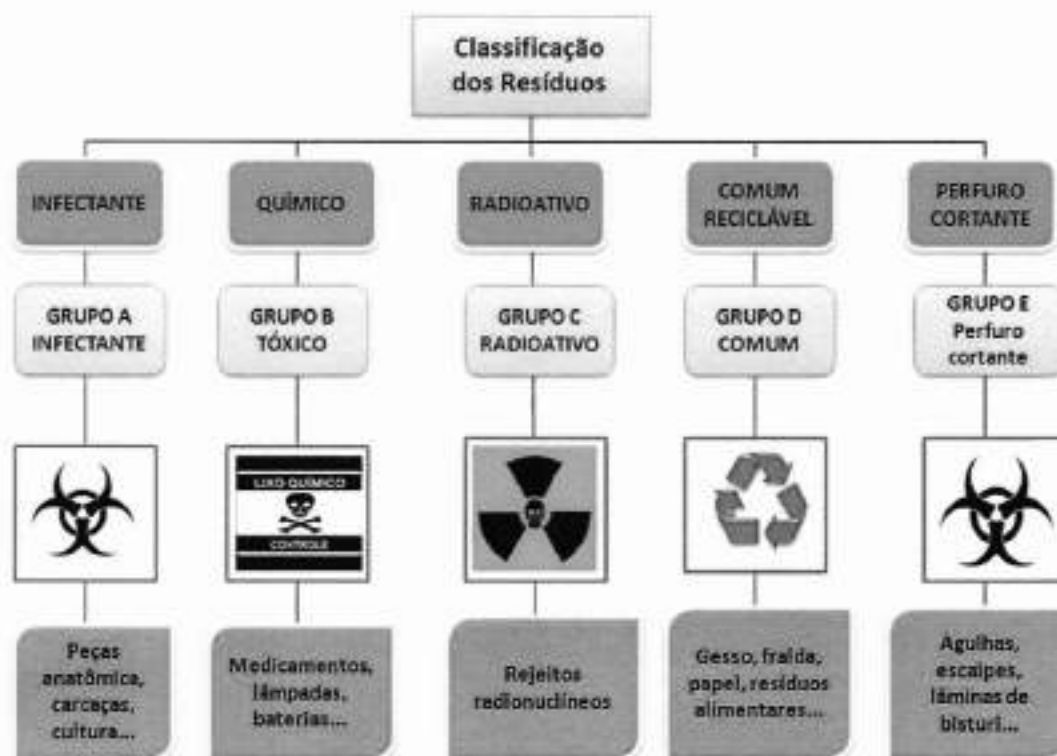
Caberá ao o recolhimento dos resíduos de saúde gerados na unidade

A implantação de ações que visam desenvolver a sustentabilidade ambiental da Unidade de Saúde, mas não limita do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) conforme segue.

- Tem como objetivo planejar as ações de gerenciamento de resíduos, eliminando as fontes de contaminação, reduzindo os índices de acidentes de trabalho relacionados aos resíduos, garantindo a preservação da saúde pública e do meio ambiente, elevando assim a qualidade de vida da comunidade de saúde e entorno;
- Estimular a reciclagem de resíduos comuns não contaminados, através de seleção dos resíduos na fonte geradora, auxiliando no aumento da vida útil nos aterros sanitários municipais, padronizando as condutas para descarte, acondicionamento, armazenamento, manuseio, seleção, coleta e transporte;
- Promover a formação e capacitação de recursos humanos envolvidos com o PGRSS, através de treinamentos e palestras.

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde será elaborado por uma equipe técnica da Instituição e deve ter um dos membros como responsável.

Deverá contemplar todos os grupos de Resíduos gerados no estabelecimento (Grupos A, B, C, D e E), e atender integralmente ao estabelecido no roteiro constante da Resolução RDC no 306 de 7/12/2004 da ANVISA, e demais normas locais complementares.



Manejo dos Resíduos de Saúde:

Acondicionar, transportar e dispor o resíduo de saúde requer cuidado especial, uma vez que as operações impróprias ou inadequadas, bem como a presença de insetos e roedores acabarão por disseminar doenças infecto-contagiosa.

Grupo A. Consideram-se os conceitos a seguir, cuja simbologia e identificação dos locais de geração de resíduos e correspondente fluxo é de responsabilidade do Contratante: Resíduos que apresentem risco potencial à saúde pública e ao meio ambiente devido à presença de agentes biológicos. Enquadram-se neste grupo, dentre outros: sangue e hemoderivados; animais usados em experimentação, bem como os matérias que tenham entrado em contato com os mesmos; excreções,

secreções e líquidos orgânicos; meios de cultura; tecidos, órgãos, fetos e peças anatômicas; filtros de gases aspirados de áreas contaminadas; resíduos advindos de área de isolamento; restos alimentares de unidade de isolamento; resíduos de laboratórios de análises clínicas; resíduos de unidades de atendimento ambulatorial; resíduos sanitários de unidade de internação e de enfermaria e animais mortos a bordo dos meios de transporte.

Grupo B. Resíduos que apresentem risco potencial à saúde e ao meio ambiente devido às suas características químicas. Enquadram-se nesse grupo, dentre outros: a) drogas quimioterápicas e produtos por ela contaminados; b) resíduos farmacêuticos (medicamentos vencidos, contaminados, interditados, ou não utilizados); e c) demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da norma NBR 10.004 da ABNT (tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos)

Grupo C. Rejeitos radioativos: enquadram-se neste grupo os materiais radioativos ou contaminados com radionuclídeos, provenientes de laboratórios de análise clínicas, serviços de medicina nuclear e radioterapia, segundo Resolução CNEN 6.05.

Grupo D. Resíduos comuns: são todos os demais que não se enquadram nos grupos descritos anteriormente.

Grupo E. Materiais perfurocortantes ou escarificantes, tais como: lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas, tubos capilares, micropipetas, lâminas e laminulas, espátulas; e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.

Normas para acondicionamento e coleta do resíduo de saúde:

- Os carrinhos de coleta interna e lixeiras deverão ser submetidos após cada coleta de resíduo a limpeza e desinfecção;
- Os locais de armazenamento de resíduos deverão ser submetidos após cada jornada de trabalho a limpeza e desinfecção;
- O Uso de luva de látex, respirador com manutenção, avental impermeável e botas é obrigatório no manuseio dos resíduos;

- Nunca pegar maçanetas, portas, chamar elevadores, pegar carrinhos, telefones, etc., com as mãos enluvasadas.

Fluxograma do Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde



Coletas dos Resíduos:

- A circulação dos carros de coleta de resíduos deve obedecer a horários pré-definidos;
- Embalar, nos termos do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, o resíduo em saco plástico específico padronizado, branco leitoso, espessura padronizada pela ABNT (saco lixo tipo II da norma NBR 9120, 9190, 9191, 13056 e 7500, observando-se o disposto no item 4.8 da NBR 9191- devem constar em saco individual, a identificação do fabricante e o símbolo da substância infectante, posicionando a um terço da altura a partir de baixo). O fabricante do saco deverá deter o registro no órgão de Vigilância Sanitária

competente do Ministério da Saúde, conforme Lei Federal N. 6.360/76, regulamentada pelo Decreto federal N. 79. 094/77 e, ainda, possuir comprovante de registro ou certificado de isenção do produto;

- Trocar o saco plástico por outro da mesma cor, nunca despejando o conteúdo da lixeira em outro recipiente, utilizando-o até o limite de 80% de sua capacidade.
- Utilizar, obrigatoriamente, paramentação, incluindo a bota e luva de borracha (expurgo), quando do manuseio do resíduo embalado e de sua retirada após esse procedimento.
- Utilizar, durante a coleta e transporte de resíduo interno, carrinho próprio para o grupo de resíduo, fechado com tampa, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, com cantos e bordas arredondados, sem emenda na estrutura, e identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo nele contido. Deve ser provido de rodas revestidas de material que reduza o ruído;
- Os contêineres com mais de 400 litros de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo.
- Armazenar os resíduos, devidamente embalado, no depósito de resíduos;
- Os resíduos, uma vez coletados no ponto de geração, devem permanecer no mesmo recipiente até o armazenamento externo, antes da coleta final; e
- Proceder a lavagem e desinfecção dos contêineres ou similares e da área reservada aos expurgos.

Tratamento dos Resíduos

- Os resíduos comuns serão encaminhados dos depósitos seguindo o manejo de resíduos domiciliares, sem tratamento, diretamente para disposição final;
- Os resíduos sólidos infectantes serão encaminhados para autoclavação e posterior disposição final, sendo que os resíduos infectantes do grupo A3,

membros humanos e fetos, serão encaminhados para incineração e posterior disposição final;

- Permitir a disposição de resíduo infectante na vala séptica somente quando este for submetido a tratamento prévio que assegure a eliminação das características de periculosidade do resíduo tornando-o com características de resíduo comum;
- Os resíduos químicos serão encaminhados para tratamento e/ou envelopamento por processos de acordo com as características de toxicidade, inflamabilidade, corrosividade e capacidade de bioacumulação;
- Os resíduos químicos sólidos serão encaminhados para incineração e posterior disposição final;
- Os resíduos químicos líquidos serão encaminhados para reaproveitamento ou tratamento e/ou envelopamento por processos de acordo com as características de toxicidade, inflamabilidade, corrosividade, capacidade de bioacumulação e posterior disposição final;
- Manter monitoramento permanente do processo de tratamento de forma a garantir a segurança dos resultados conforme condicionantes exibidos no licenciamento.

6. IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

6.1 IMPLANTAÇÃO DA LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS

O Instituto Acqua descreve abaixo a proposta de implantação para o HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU (HEMU).

Unidade de Saúde é caracterizada por uma diversidade de fluxos de pacientes, de materiais e de informações e é evidente a importância estratégica da logística, que são processos de planejar e controlar eficientemente a aquisição, a estocagem, a movimentação dos materiais, garantindo integridade e disponibilidade do produto ao usuário.

A primeira alternativa encontra resistência na atual contenção de custos do segmento e a persistente escassez de recursos. Assim, o aumento da produtividade do sistema existente lastreada na redução de custos e aliado ao aumento da eficiência logística, mostra-se a melhor alternativa a ser buscada.

Modernas técnicas de gestão, integradas a sistemas de informação e comunicação bem definidos, são ferramentas indispensáveis para o apoio à gestão e ao processo de decisão de sistemas logísticos. Acredita-se que uma organização hospitalar pode ser caracterizada como um complexo sistema logístico, onde recursos humanos, físicos e de informação necessitam ser coordenados e harmonizados, o que, em razão da atual complexidade desses sistemas, só é possível de ser realizado de forma eficiente por meio da incorporação ao processo gerencial de sistemas de informação e de apoio à decisão.

O serviço de logística de suprimentos será estruturado nas Unidades, incluindo o suporte à farmácia e a distribuição de materiais para as unidades demandantes, além da disponibilização de mão de obra, equipamentos, mobiliário, tecnologias e suporte para realização da atividade.

Descrição dos Serviços

O serviço de estoque e logística será responsável pela operação do almoxarifado e da farmácia central, locais de execução das atividades de recebimento, conferência, inspeção e controle, registro e distribuição de medicamentos, material médico hospitalar e demais materiais, além de oferecer suporte ao departamento de gestão de suprimentos.

A logística dos materiais envolve desde o recebimento no almoxarifado até a expedição dos mesmos aos setores demandantes da Unidade, desde a simples expedição de volumes até serviços de valor agregado como a montagem de kits (material e medicamento) como categoria de embalagens secundárias (unidade de comercialização dos medicamentos), identificação e etiquetagem individual de medicamentos e produtos com etiquetas de código de barras.

Funções da logística e suprimentos:

- Composição dos itens de materiais do Catálogo;
- Análise da necessidade de compra;
- Iniciação e acompanhamento do processo de compra;
- Recebimento dos materiais e medicamentos;
- Conferência e inspeção dos materiais;
- Requisição de material ao almoxarifado;
- Fornecimento interno de material e medicamentos;
- Utilização de material pelo usuário;
- Devolução de produtos ao almoxarifado;
- Descarte de produto utilizado;

- Gestão e controle dos processos de administração de materiais;
- Gestão das informações.

Planejamento Logístico e Estratégia Logística

A Ferramenta de gestão envolve todas as operações relacionadas com as funções logísticas e são realizadas de modo integrado, para agregar valor aos serviços oferecidos aos usuários. Tem como estratégia identificar internamente, pontos fortes e fracos, oportunidades e ameaças externas que podem influenciar no andamento dos objetivos da organização.

Objetivos da estratégia logística:

- Reduzir custos;
- Reduzir capital investido em estoques;
- Aprimorar os serviços logísticos.

Desempenho Logístico e seus objetivos

É o processo desenvolvido para quantificação da eficiência e eficácia dos processos logísticos e tem como objetivo:

- Qualidade – desenvolver métodos para facilitar a vida das pessoas;
- Rapidez – reduzir os tempos de espera nos recebimentos;
- Confiabilidade – cumprir os prazos acordados.
- Flexibilidade - capacidade de mudar, quando for necessário.
- Custo - implica eficiência, agregados a outros objetivos.

COMPRAS DE AQUISIÇÃO E GESTÃO DE SUPRIMENTOS

O Setor de Compras é responsável pela logística de suprimentos, onde recebe as solicitações de compras dos setores: Almoxarifado, Farmácia, Limpeza. No caso da aquisição de produtos farmacêuticos, o Instituto Acqua somente comprará produtos registrados na ANVISA e manterá um estoque de medicamentos suficiente para assegurar os tratamentos prescritos.

O Setor de Compras possui um REGULAMENTO INTERNO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES que rege os procedimentos para este setor na contratação de bens e serviços, que está descrito na íntegra neste Plano de Trabalho.

É de competência do setor:

- Pesquisa de produtos ou materiais solicitados;
- Composição dos produtos ou materiais solicitados;
- Análise da necessidade de compra;
- Inicialização do processo de compra;
- Recebimento dos materiais e produtos;
- Conferência e inspeção dos materiais e produtos;
- Estocagem e preservação;
- Requisição de material ao almoxarifado;
- Fornecimento interno de materiais;
- Utilização do material pelo colaborador;
- Devolução dos materiais ao almoxarifado;
- Descarte correto dos materiais utilizados;
- Gestão e controle dos processos administrativos de materiais;
- Gestão da informação.

Logística de Abastecimento

A gestão de estoques, quando presente no dia-a-dia das Unidades de Saúde, permite importantes ganhos, como eficiência, redução de falhas e custos, rapidez, confiabilidade e a capacidade de rastreabilidade contínua.

Em função do volume de dados e da complexidade dos processos, envolve uma série de procedimentos, pois afeta dois aspectos cruciais do negócio: a disponibilidade do produto e o custo, ambos com impacto direto no resultado ou na rentabilidade. A logística preocupa-se com o suporte à dispensação, quando disponibiliza matérias-primas no lugar e no momento em que são necessários, com a distribuição dos materiais e medicamentos, e com a integração das diversas atividades visando à redução de custos e melhoria da eficiência, por meio de uma aproximação entre clientes e fornecedores.

O grande desafio é encontrar o equilíbrio entre essas variáveis: se a política adotada tenta assegurar a disponibilidade aumentando o estoque, impacta diretamente nos custos relativos à sua manutenção, como capital de giro e armazenamento. Por outro lado, se para cortar os custos os estoques são demasiadamente reduzidos, corre-se o grande risco de não atender ao cliente.

É possível, assim, afirmar que a administração de materiais, atuando como suporte a dispensação, compreende a aquisição, o recebimento, a estocagem e a distribuição interna de materiais, e é o alvo da logística de abastecimento.

Aquisição de Materiais e Insumos

No processo da logística de abastecimento é responsável pela compra de materiais necessários à produção, ou à prestação de serviços. O processo de compras considera aspectos diversos como maior relacionamento com fornecedores, negociação de preços e prazos de entregas, e planejamento de compras programadas visando à redução de custos.

Para obter-se a eficiência financeira do processo de compras depende diretamente das atividades de estoque, pois as compras programadas e a determinação de lotes são influenciadas pelas informações de demanda e estoques de segurança, originados no setor de estoques.

Estoques

Geralmente o estoque tem duas grandes características: funciona como um pulmão que garante as oscilações entre produção e demanda, no que se refere à sua função de armazenagem de produtos acabados (para os casos de manufatura e entregas), é garantia do abastecimento dos materiais necessários à produção ou prestação de serviços.

Para o abastecimento dos materiais necessários à produção, ou à prestação de serviços, o estoque deve planejar e controlar a quantidade necessária de materiais armazenados a fim de garantir suas disponibilidades nos momentos em que a produção ou o serviço deles necessitarem.

Com relação ao aspecto da gestão, aplicado em nosso caso, o estoque deve garantir a disponibilidade de medicamentos e materiais no momento e no lugar onde são necessários. Comentam ainda que, o controle efetivo e eficiente do estoque, orienta importâncias fundamentais que, nas manufaturas ou lojas de varejo têm importâncias diferenciadas. Em alguns casos, como nos hospitais, a falta de medicamentos e/ou materiais pode significar o insucesso de uma intervenção médica, com consequências diretas à recuperação da saúde ou mesmo à sobrevivência dos pacientes, comprometendo diretamente a atividade fim de uma organização.

As técnicas utilizadas pelo sistema de gestão de estoque estendem-se para as unidades que demandarem os serviços. Trata-se de técnicas matemáticas e estatísticas, suportadas por métodos de pesquisa operacional, que garantem a disponibilidade de materiais levando em conta o custo de armazenagem, tempos de

abastecimento e o impacto causado pela falta dos produtos no momento em que são necessários. O sistema usa mecanismos para determinar um estoque de segurança, responsável por garantir a disponibilidade de materiais no tempo necessário para que o processo de compra e entrega ocorra.

A melhor forma de distribuição é o roteamento gerenciado da distribuição e racionalização de recursos que é uma ferramenta de logística integrada, onde o fornecedor (almoxarifado) monitora o nível de estoque dos clientes (unidades de serviços). Com base nas informações de estoque de todas as unidades, é possível tratar com eficiência o compromisso entre custos de estoque e nível de serviço as unidades (clientes) e além disso, como o almoxarifado também coordena a distribuição, ao invés de responder a demandas recebidas individualmente, os custos de movimentação podem ser reduzidos, pois é possível executar um melhor planejamento do roteamento de entrega e, conseqüentemente, uma utilização mais eficiente da capacidade de transporte interno.

A ferramenta auxilia de forma geral em três decisões:

- Quais unidades atender em cada instante de tempo;
- Quando uma unidade é visitada, qual a quantidade a ser fornecida;
- Qual rota deve ser seguida para cada conjunto de unidades a serem atendidas.

O sistema de gerenciamento de estoques e entregas é uma política natural quando os pontos de demanda pertencem à mesma instituição que distribui os produtos.

A administração do estoque, não se preocupa somente com o fluxo diário de entrada e saída de materiais, utiliza o instrumento da classificação ABC, ou curva ABC que identifica os itens que dispensa atenção e tratamento adequados quanto à gestão.

Distribuição Interna

O processo de distribuição interna de materiais refere-se à movimentação entre os estoques e os pontos de produção, ou prestação de serviço. Algumas técnicas determinam as melhores formas de distribuição, como roteamento da movimentação e racionalização de recursos.

A efetividade na logística de distribuição em hospitais deve garantir a entrega de medicamentos e materiais no momento e local necessários.

Nessas organizações, entretanto, geralmente o fluxo de distribuição não é bem definido e nem sempre é possível prever com segurança todos os materiais necessários a algum procedimento médico. Esta falta de determinação pode implicar algumas dificuldades de planejamento e controle que não são tão sensíveis em manufaturas fabris.

Definição da classificação ABC

A administração dos estoques não deve preocupar somente com o fluxo diário de entrada e saída de materiais, mas adotar um instrumento que permita identificar itens que justifiquem atenção e tratamento adequados quanto à sua administração. O instrumento que permite essa identificação é a classificação ABC, ou curva ABC.

Obtém-se a classificação ABC por meio da ordenação dos itens segundo sua importância relativa e, uma vez obtida a sequência dos itens e sua classificação ABC, advém, como consequência, a aplicação preferencial das técnicas de gestão administrativas dos estoques de materiais, conforme a importância de cada item. A classificação ABC, segundo o mesmo autor, tem sido usada não somente para administração de estoques, mas também para a definição de políticas de vendas, estabelecimento para a programação da produção e outros problemas relativos a cada organização.

O princípio da classificação ABC baseia-se na observação de que um pequeno número de itens normalmente envolve os resultados obtidos em qualquer situação. Segundo a doutrina, "essa observação foi feita pela primeira vez por um economista

italiano, Vilfredo Pareto, e se chama lei de Pareto. Aplicada à administração de estoques, observa-se geralmente que a relação entre a porcentagem de itens e a porcentagem da utilização anual em valores monetários segue um padrão em que, cerca de 20% dos itens correspondem a aproximadamente 80% da utilização em valores monetários; cerca de 30% dos itens correspondem a aproximadamente 15% da utilização em valores monetários; e cerca de 50% dos itens correspondem a aproximadamente 5% da utilização em valores monetários".

Na classificação ABC aplicado na Saúde, o estoque de materiais médicos e medicamentos é segregado em três classes de itens.

Os itens da classe A correspondem àqueles de grandes valores e, em geral pequenas quantidades físicas. Os itens da classe C correspondem àqueles de pequenos valores e grandes quantidades físicas. Os itens da classe B correspondem àqueles de valores e quantidades intermediárias aos dos itens das classes A e C. Esse sistema proporciona economias significativas nos custos dos materiais médicos e medicamentos".

Entretanto, as porcentagens utilizadas em qualquer controle de estoque com relação à adoção da classificação ABC são aproximadas e não devem ser tomadas como absolutas, pois podem variar de acordo com os produtos armazenados ou a critério da diretoria da organização.

A classificação ABC pode ser definida da seguinte maneira:

- Classe A: Grupo de itens mais importantes que devem ser tratados com uma atenção especial, quase que diária, pela administração do estoque;
- Classe B: Grupo de itens em situação intermediária entre as classes A e C;
- Classe C: Grupo de itens menos importantes que justificam pouca atenção, mas nunca nenhuma atenção, por parte da administração pelo estoque.

A uniformidade dos dados coletados para a montagem da classificação ABC é essencial para a obtenção de conclusões e ações que devem ser tomadas com base no resultado obtido por meio da classificação ABC.

Verifica-se, pois, no caso do critério já mencionado que, para controlar 80% dos valores monetários investidos em materiais no estoque, basta estabelecer controle sobre 20% dos itens, neste caso, os itens classificados como A; para controlar 15% dos valores monetários investidos em materiais no estoque, basta estabelecer controle sobre 30% dos itens, neste caso, os itens classificados como B, e, para controlar 5% dos valores monetários investidos em materiais no estoque, basta estabelecer controle sobre 50% dos itens, neste caso, os itens classificados como C.

Pode-se argumentar, todavia, que, em razão das características da organização ou dos produtos nela utilizados, a definição das classes A, B e C obedece a critérios de bom senso e conveniência dos controles a serem estabelecidos, uma vez que as porcentagens poderão variar de caso para caso de acordo com as diferentes necessidades de tratamentos administrativos a serem aplicados.

É importante, portanto, que a organização estabeleça políticas e/ou procedimentos de gestão dos estoques.

Preservação dos produtos

- Expedição - Movimentação dos materiais e medicamentos entre setores de abastecimento das farmácias e controle via sistema.
- Farmácia Unidade

Serviços de Farmácia: deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto,

contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica.

A farmácia a unidade técnico-administrativa e é considerada como serviço de apoio essencial, semelhante ao laboratório clínico ao radiodiagnóstico e tem como objetivo promover o uso racional de medicamentos.

Em uma farmácia, o abastecimento de medicamentos tem uma peculiaridade particular. O setor de recebimento de mercadorias é praticamente o mesmo de qualquer empresa fabricante ou de serviços. Normalmente os medicamentos são recebidos em caixas, frascos e envelopes, porém a distribuição ao cliente final (paciente) acontece na forma de dose unitária (fita de medicamento de dose unitária).

O profissional responsável (farmacêutico), com base no receituário prescrito pelo médico, seleciona cada medicamento indicado em doses específicas, na quantidade definida para cada paciente.

A farmácia da unidade, não necessitará armazenar grandes quantidades de medicamentos, pois, será abastecida pelo almoxarifado e o transporte do até o estoque da farmácia é realizado com carrinhos manuais, em razão dos cuidados que devem ser tomados para a conservação íntegra de frascos e cartuchos de medicamentos.

Terá os funcionários distribuídos por área e especialidade clínica, ou seja, cada funcionário será responsável pelo abastecimento de medicamentos da área e reposição do produto no estoque da farmácia. O critério utilizado para reposição de produtos na farmácia é o de Estoque Mínimo e Estoque.

O responsável pelo atendimento de cada área de especialidade clínica ao receber o formulário de receituário médico do paciente, retira do estoque da farmácia os produtos prescritos pelo médico, recolhe todos os medicamentos em uma bandeja plástica, monta a fita de medicamento do paciente e disponibiliza a bandeja com a fita sobre o balcão para que o enfermeiro (a) da área possa levá-la. Assim, no escaninho

ou contentor de cada medicamento, há uma marcação com os valores (quantidade), mínimo e máximo.

Em seguida, com o receituário em mãos, o responsável dá baixa, pelo sistema, todos os medicamentos prescritos e recolhidos do estoque da farmácia. Dessa forma, ao final do turno, gera-se um documento (listagem) para verificação da quantidade mínima de cada medicamento. Emite-se, então, uma lista de todos os medicamentos que estão com a quantidade igual ou abaixo do mínimo definido e, pelo sistema, remete-se essa lista ao departamento responsável.

Toda a atividade relacionada ao fracionamento de sólidos e líquidos, diluição e preparo de injetáveis, inclusive nutrição parenteral, ou seja a atividade que envolve a manipulação dos produtos em sua embalagem primária (embalagem que contém o medicamento, como frascos e blisters) para fins de preparo antes da dispensação ao paciente, como a montagem de doses e a unitarização de comprimidos, será desempenhada exclusivamente por funcionários capacitados e supervisionados pelo profissional farmacêutico.

Recebimento de Mercadorias

A farmácia precisa ser estruturadas para desempenhar as atividades de:

- Recebimento;
- Estocagem e guarda;
- Conservação;
- Controle de Estoque.
- Localização

A localização da farmácia deverá estar considerando a logística de distribuição, ou seja, em local estratégico em relação às unidades que serão abastecidas.

Armazenamento e conservação racional e segura de medicamentos e materiais

Antes do armazenamento destes medicamentos os mesmos deverão ser devidamente etiquetados e identificados, sendo que o serviço de farmácia terá a responsabilidade de reenlaçar e etiquetar todas as doses de medicamentos que serão usados. Este serviço será feito dentro da farmácia sob supervisão e os novos pedidos serão feitos quando atingir o ponto de requisição.

Inspeção de qualidade

Conjunto de medidas destinadas a garantir, durante o processo de recebimento, estocagem e distribuição, as características originais do produto.

Qualificação e responsabilidade do pessoal

O pessoal envolvido na estocagem de medicamentos, tanto no seu manuseio, como no seu controle, possuirá conhecimentos e experiência para o trabalho ao qual se propõe;

O profissional responsável deve receberá de seus superiores todo o apoio necessário para um trabalho eficiente, como exigem as normas de armazenagem de medicamentos. Tal apoio traduzir-se-á na autoridade e nos meios adequados que cada um deverá ter, na esfera de suas atividades, para exercer, efetiva e responsabilmente suas tarefas, recebendo as ferramentas e pessoal e material necessário.

Instalações

A área destinada à estocagem de produtos deve ter infraestrutura física e localização adequada para facilitar sua manutenção, limpeza e operação, com espaço suficiente para estocagem racional dos medicamentos. Toda área alocada para

estocagem deve destinar-se somente a esse propósito, além de oferecer condições de flexibilidade que permitam eventuais modificações futuras.

As áreas consideradas como necessárias, são as seguintes:

- Recepção
- Expedição
- Estocagem geral
- Medicamentos termolábeis
- Medicamentos controlados
- Administração
- Recebimento
- Distribuição geral

Instalações sanitárias para os funcionários da área de estocagem e para os funcionários administrativos.

Os interiores dos almoxarifados devem apresentar superfícies lisas, sem rachaduras e sem desprendimento de pó, facilitando a limpeza e não permitindo a entrada de roedores, aves, insetos ou quaisquer outros animais.

A iluminação, a ventilação e a umidade serão controladas para evitar efeitos prejudiciais sobre os medicamentos estocados.

O espaço ao redor dos almoxarifados será urbanizado, a fim de impedir a formação de pó, permitir fácil acesso e manobra dos caminhões;

Para se determinar a adequação das áreas, serão consideradas as seguintes condições:

Compatibilidade das operações de estocagem e manipulação a serem conduzidas nos diferentes locais.

Espaço suficiente para o fluxo racional de pessoal e materiais, visando reduzir ao mínimo o risco de:

- Mistura de diferentes medicamentos;
- Mistura de lotes diferentes de um mesmo medicamento.

Lixo e Descartes

O lixo coletado nas dependências do almoxarifado e em suas proximidades será eliminado através de sistemas seguros e higiênicos.

Lavatórios e instalações sanitárias

Devem existir lavatórios e instalações sanitárias em condições de higiene perfeitas e separadas para uso do pessoal administrativo e para o pessoal da área de estocagem.

Higiene

Todas as áreas circundantes ou adjacentes ao almoxarifado, bem como seu interior, devem ser mantidas limpas, sem acúmulo ou formação de pó.

Limpeza dos locais

Os locais de trabalho e de estocagem devem ser mantidos limpos e isentos de pó e contaminação.

O lixo deverá ser depositado em recipientes especiais, com tampa e deverão ser esvaziados e limpos, fora das áreas de estocagem.

Equipamentos

Todos os equipamentos usados no manuseio de medicamentos serão apropriados para o uso a que se destinam.

Segurança

Medidas apropriadas serão tomadas para a segurança dos almoxarifados, tanto para os medicamentos quanto para o pessoal que ali trabalha.

Medidas rigorosas serão praticadas para a prevenção e combate a incêndios.

É indispensável à instalação adequada de equipamento contra incêndio.

Será realizado treinamento periódico no combate incêndio para os funcionários;

Recebimento de produtos

Instruções por escrito, descrevendo com detalhes o recebimento, a identificação e o manuseio dos medicamentos. Indicando adequadamente os métodos de estocagem e definir os procedimentos burocráticos para com as outras áreas de organização.

No ato do recebimento, cada aceso deve conferir a documentação e fisicamente inspecionar para verificar suas condições, rotulagem, tipo e quantidade.

Se for o caso de recebimento de um produto com mais de um lote de fabricação, ele deve ser subdividido em quantos lotes forem necessários e estocados dessa forma.

Os lotes que forem submetidos a amostragem ou os julgados passíveis de análise, devem ser conservados em quarentena até decisão do Controle de Qualidade.

Estocagem e Distribuição de medicamentos de uso controlado

Dada às características desses medicamentos, sua área de estocagem deve ser considerada de segurança máxima.

Independentemente das recomendações contidas, onde elas couberem, esses medicamentos precisam estar em área isolada das demais, somente podendo ter acesso a ela o pessoal autorizado pelo farmacêutico e/ou responsável do almoxarifado;

Registros de entrada e de saída desses medicamentos devem ser feitos de acordo com a legislação sanitária específica, sem prejuízo daquelas que foram determinadas pela própria administração do almoxarifado.

Deve existir um sistema de distribuição que permita a fácil identificação do seu destino. Para tanto, os registros de distribuição devem conter a identificação do produto, seu número de lote, nome e endereço do destinatário, data e quantidade enviada e o número da nota fiscal, ou do documento de despacho.

Estocagem e Considerações gerais

Toda e qualquer área destinada à estocagem de medicamentos deve ter condições que permitam preservar suas condições de uso;

Nenhum medicamento poderá ser estocado antes de ser oficialmente recebido e nem liberado para entrega sem a devida permissão, também oficial;

Os estoques devem ser inventariados periodicamente e qualquer discrepância devidamente esclarecida;

Os estoques devem ser inspecionados com frequência para verificar qualquer degradação visível, especialmente se os medicamentos ainda estiverem sob garantia dos prazos de validade;

Medicamentos com prazos de validade vencidos devem ser baixados do estoque e destruídos, com registro justificado por escrito pelo farmacêutico responsável, obedecendo ao disposto na legislação vigente;

A estocagem quer em estantes, armários, prateleiras ou estrados, deve permitir a fácil visualização para a perfeita identificação dos medicamentos, quanto ao nome do produto, seu número de lote e seu prazo de validade;

A estocagem nunca deve ser efetuada diretamente em contato direto com o solo e nem em lugar que receba luz solar direta;

As áreas para estocagem devem ser livres de pó, lixo, roedores, aves, insetos e quaisquer animais;

Para facilitar a limpeza e a circulação de pessoas, os medicamentos devem ser estocados à distância mínima de 1 (um) metro das paredes;

A movimentação de pessoas, escadas e veículos internos nas áreas de estocagem deve ser cuidadosa para evitar avarias e comprometimento e/ou perda de medicamentos;

Embalagens parcialmente utilizadas devem ser fechadas novamente, para prevenir perdas e/ou contaminações, indicando a eventual quantidade faltante no lado externo da embalagem;

A liberação de medicamentos para entrega deve obedecer a ordem cronológica de seus lotes de fabricação, ou seja, expedição dos lotes mais antigos antes dos mais novos;

A presença de pessoas estranhas aos almoxarifados deve ser terminantemente proibida nas áreas de estocagem.

DEPARTAMENTO DE COMPRAS

Abaixo estão as modalidades e fluxos de compras por grupo de produtos:

Medicamentos e Material Hospitalar

Todos os medicamentos e Material Hospitalar do Acqua são adquiridos pelo setor de Compras, onde o setor solicitante emitirá uma solicitação de compras padrão, dentro do prazo adequado para negociação e aquisição, e o comprador irá processar a cotação via plataforma de internet ou através de e-mail com no mínimo 3 orçamentos. Para os medicamentos e materiais Médicos que há acordo comercial ou contrato de fornecimento, o setor de compras poderá solicitar os medicamentos e materiais direto ao fornecedor contratado.

Se a unidade, porventura, não realizar a solicitação de compra e material e medicamento e tal item faltar em estoque, a unidade deve sempre tomar providencias cabíveis para a cobertura, devendo sempre consultar o Departamento de Compras, impreterivelmente.

Para itens que não padrão, mas seja para atender a paciente, deve a unidade verificar o atendimento imediato, dentro das mesmas condições, devendo sempre se programar para envio das solicitações em tempo hábil.

Materiais de limpeza e descartáveis

Toda aquisição dos materiais de limpeza e descartáveis da Organização devem ser adquiridos pelo setor de Compras, onde o setor solicitante deverá emitir uma solicitação de compras pelo sistema e o comprador irá processar a cotação via portal na internet ou via e-mail com no mínimo de 3 orçamentos. Para os materiais de limpeza e descartáveis que ha acordo comercial ou contrato de fornecimento, o setor de compras poderá solicitar os materiais diretos ao fornecedor.

Material de Manutenção

Os materiais de Manutenção de urgência poderão ser adquiridos diretamente pelo setor de manutenção, desde que haja a devida justificativa, com a aquisição realizada apenas para suprir a demanda, com ciência e autorização prévia do Setor de Compras. Os materiais de manutenção que não são de urgência devem ser solicitados ao departamento de compras. Para os itens de estoque o setor de compras emitirá uma solicitação de compras pelo sistema e o comprador irá processar a cotação via portal na internet ou via e-mail para fornecedores da região, excetos para peças de equipamentos exclusivos, que deverão ser orçados (em caso da não garantia) junto ao fornecedor exclusivo, com a devida justificativa. Para materiais de manutenção que há acordo comercial ou contrato de fornecimento, o setor de compras poderá solicitar os itens direto ao fornecedor.

Material Gráfico (Impressos) e Escritório

Toda aquisição de Material Gráfico ou Material de Escritório da Organização devem ser adquiridos pelo setor de Compras, onde o mesmo emitirá uma solicitação de compras pelo sistema e o comprador irá processar a cotação via portal na internet ou com fornecedores locais. Para Material Gráfico ou Material de Escritório que há acordo comercial ou contrato de fornecimento, o setor de compras poderá solicitar os materiais diretos ao fornecedor (Caso do material Gráfico). Os materiais gráficos e escritório não padronizado devem seguir o fluxo descrito no item de compra de material não padrão.

Todo pedido de escritório que deverá ser encaminhado em data específica a fim de otimização de recurso, garantindo a melhor condição comercial.

Importante: O Departamento de Comprar sempre irá analisar a real necessidade da solicitação, podendo haver cortes, caso seja identificado a necessidade da aquisição em demasia.

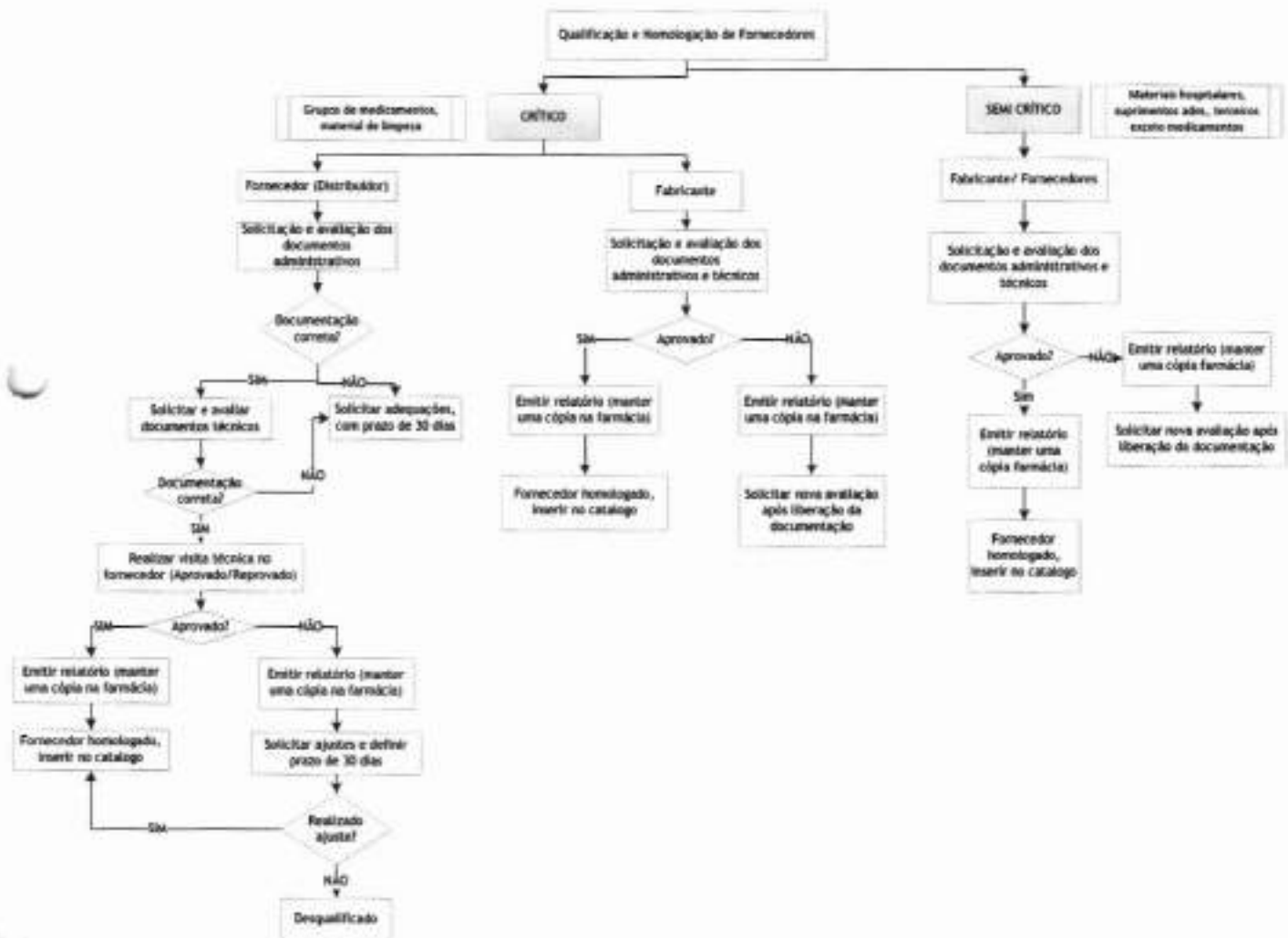
Filmes e Químicos

Toda aquisição de Filmes e Químicos serão adquiridos pela empresa terceirizada de Prestação de Serviços de Radiologia.

Materiais CME

Toda aquisição de insumos para CME, se couber, devem ser adquiridos pelo setor de Compras, onde o mesmo emitirá uma solicitação de compras pelo sistema e o comprador irá processar a cotação via portal na internet ou com fornecedores locais. Para os itens onde há acordo comercial ou contrato de fornecimento, o setor de compras poderá solicitar os materiais diretos ao fornecedor.

Fluxo De Cadastro de Fornecedores



Aquisições De Produtos Não Padronizados

São considerados itens não padronizados, aqueles que não fazem parte do padrão do estoque da rede:

- Materiais e medicamentos – que não são itens de estoque padronizados.
- Bens permanentes – Mobiliário, Telefonia, Computadores, Equipamentos Médicos, etc.
- Manutenção – itens utilizados para infraestrutura.

Materiais Médicos e Medicamentos Não Padrão

O perfil de especificação do material não padrão deve reunir o máximo de informações para facilitar o processo de aquisição de compra, e deve ser encaminhado com antecedência, sendo que o Setor de Compras tem o prazo de 5 dias para efetuar a cotação do produto e devolve-la para o solicitante para que ele aprove a(s) cotação(ões) selecionadas e colha a assinatura e aprovação da Diretoria. O tempo de entrega dependerá do retorno do processo autorizado ao setor de compras e o prazo de entrega do fornecedor. Após a confirmação do pedido o comprador encaminhará um e-mail ao solicitante informando o prazo de entrega estipulado pelo fornecedor. Toda e qualquer compra não padrão deve ser devidamente justificada, com a devida documentação pertinente, que justifique tal aquisição. Caso seja item de urgência que não poderá aguardar o prazo ou condições de entrega do distribuidor / fornecedor, o gestor da unidade deverá verificar de realizar a compra, via recurso disponibilizado pelo caixa financeiro para urgências, com a devida prestação de contas ao departamento financeiro. A prestação de contas deve conter o documento que comprove a necessidade (laudo, prontuário médico, etc), preenchendo o formulário de Relatório de Despesas.

Para materiais ou medicamentos que são direcionados para paciente, que são de urgência, deverá ter o parecer da Farmácia / Almoxarifado atestando que tal item não faz parte da grade da unidade.

Importante: Antes da compra caracterizada de emergência seja realizada, deverá antes consultar o Departamento de Compras para após a aprovação, ser realizada tal aquisição.

Aquisições de Bens Permanentes

As aquisições de bens permanentes devem antes de ser encaminhados para compras, ser devidamente analisado com o departamento responsável, sendo devidamente incorporada junto a municipalidade, e de uso para as atividades do contrato de gestão:

- Itens de Informática / TI – Deve ser encaminhado a solicitação da demanda para o setor de TI (Tecnologia) que irá verificar a necessidade, caso seja necessário a aquisição ou contratação, o setor de TI deverá encaminhar a solicitação ao setor de compras com a devida justificativa já com as especificações técnicas e possíveis indicações de fornecedores potenciais.
- Equipamentos e Mobiliários Médicos – Deve ser encaminhado a solicitação da demanda para o setor de Engenharia que irá verificar a necessidade, caso seja necessário a aquisição ou contratação, o setor de Engenharia Clínica deverá encaminhar a solicitação ao setor de compras com a devida justificativa já com as especificações técnicas e possíveis indicações de fornecedores potenciais.
- Mobiliários – Deve ser encaminhado a solicitação da demanda para o setor de Engenharia Clínica que irá verificar a necessidade, caso seja necessário a aquisição ou contratação, o setor deverá encaminhar a solicitação ao setor de compras com a devida

justificativa já com as especificações técnicas e possíveis indicações de fornecedores potenciais.

- **Mobiliários** – Deve ser encaminhado a solicitação da demanda para o setor de Engenharia Clínica que irá verificar a necessidade, caso seja necessário a aquisição ou contratação, o setor deverá encaminhar a solicitação ao setor de compras com a devida justificativa já com as especificações técnicas e possíveis indicações de fornecedores potenciais.

Importante:

Toda e qualquer contratação ou aquisição, deve respeitar a idoneidade e clareza disposta na Lei 8.666/93, assim, devemos sempre realizar a pesquisa de mercado, preferencialmente 3 orçamentos para cada aquisição. A fim de procurar sempre se ter a melhor negociação, mantendo os padrões de qualidade, os pedidos de compra devem sempre ser encaminhado com antecedência, tendo o setor de compras um prazo para negociação de 02 a 05 dias (de acordo com cada demanda e solicitação). Devemos sempre também nos atentar as condições de entrega ou de execução de cada fornecedor, que varia de acordo com o segmento e localidade. Assim, para itens padrões, deve sempre encaminhar as solicitações com antecedência à de no mínimo 10 dias.

SOLICITAÇÃO DE COMPRAS

Todos os itens padrão no almoxarifado central (exceto consignados, se houver) da Organização deve ser adquirida pelo setor de Compras. O setor de almoxarifado emitirá uma solicitação de compra, com base em relatório de estoque do sistema.

Segue alguns grupos de estoque:

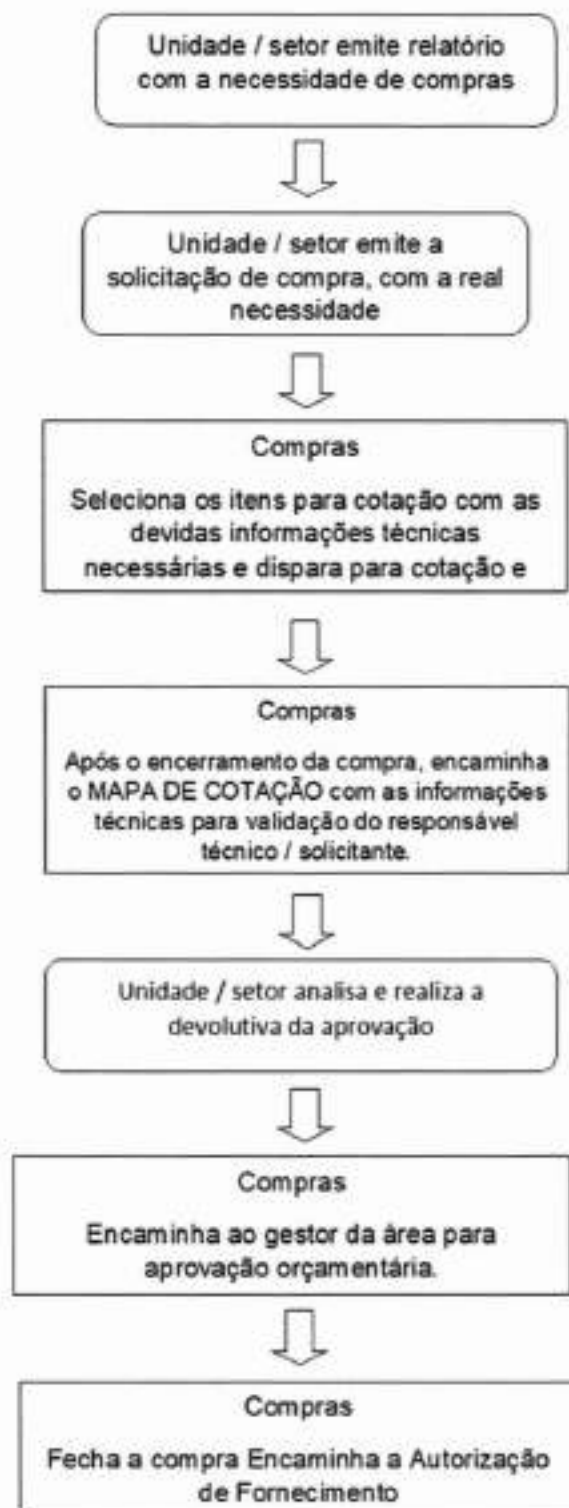
- **Medicamentos e Material Médico**
- **Dietas**
- **Materiais de limpeza e descartável**

- **Material de Manutenção**
- **Material Gráfico (Impressos) e Escritório**
- **Filmes e Imagem**
- **Materiais CME**
- **Químicos e Saneantes**

Divisão dos fornecedores por Criticidade:

CATEGORIAS	CLASSIFICAÇÃO
Medicamentos	Crítico
Material Médico	Crítico
Dietas	Crítico
Material CME	Crítico
OPME	Crítico
Material de Limpeza	Crítico
Insumos Radiologia	Semi –Crítico
Material Descartável	Semi –Crítico
Material de Manutenção	Semi –Crítico
Material Gráfico	Não Crítico
Material Escritório	Não Crítico

FLUXO DE COMPRAS

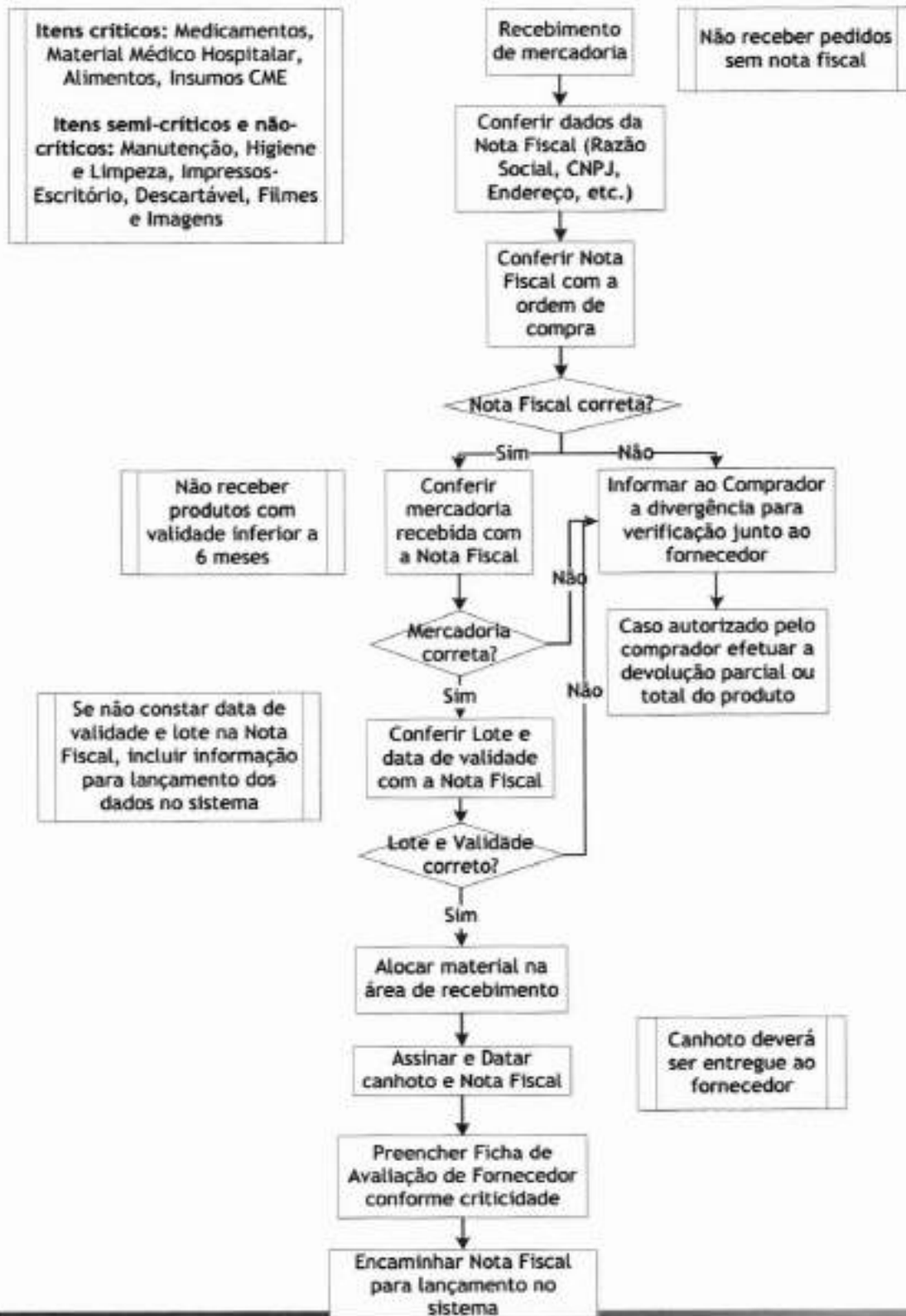


ROTINAS OPERACIONAIS E TÉCNICAS**Recebimento de Produtos**

Receber é o ato que implica em conferência. No recebimento verificamos se os itens que foram entregues estão em conformidade com os requisitos estabelecidos quanto à especificação, quantidade e qualidade. A área de recebimento é exclusiva para a finalidade ao qual se destina. O recebimento de produtos deve ser realizado com extrema cautela para que não haja irregularidade no ato da entrega. No caso de divergência na entrega os compradores devem ser comunicados para a resolução do problema. A conferência deve ser realizada conforme etapas abaixo:

- 1º Conferencia em nota fiscal quanto à natureza de operação, CNPJ do fornecedor, razão social da instituição, data de emissão e vencimento do documento.
- 2º Conferencia da nota fiscal com a ordem de compra. Neste conferencia é verificada a descrição do produto, quantidade, unidade, valor unitário do item, valor total da nota fiscal/ pedido.
- 3º Conferencia do produto físico com a nota fiscal, observando as especificações de armazenamento, embalagem, unidade, lote, validade, temperatura, quantidade.
- 4º A nota fiscal é liberada para ser lançada no sistema.

Fluxo Recebimento



Devolução de Produtos

Caso a mercadoria não esteja de acordo com a especificação a mesma será devolvida, no ato ou ficar para posterior conferência, para isso o setor de compras deverá ser contatado imediatamente para que sejam tomadas as devidas providências e sua reposição deverá ser realizada conforme a necessidade da unidade

Em todas as devoluções parciais, sem exceção, serão enviadas juntamente com a mercadoria uma "Carta de Devolução em papel na qual deve constar: carimbo e assinatura do responsável pela emissão, descrição da mercadoria, quantidade, número da nota fiscal de entrada do fornecedor, nome da empresa, valor unitário e valor total do item devolvido, valor total da Nota Fiscal, motivo pelo qual a mercadoria está sendo devolvida.

Essa carta de devolução será preenchida em duas vias, sendo assinada e carimbada pelo conferente e pelo colaborador do setor de compras. A primeira via será anexada na Nota Fiscal e a segunda via enviada ao fornecedor. (Conforme abaixo)

O colaborador que recebeu a entrega deverá preencher a ficha de Avaliação de fornecedores, conforme criticidade de cada segmento (conforme fluxo abaixo), a avaliação será feita e validada pelo setor de almoxarifado. No final de cada mês a pontuação será enviada para o setor de compras. (Caso houver alguma divergência no recebimento o setor de compras será avisado imediatamente).

LANÇAMENTO DE NOTA FISCAL

O lançamento de NF consiste também na conferência dos dados das notas com a respectiva ordem de compra e posteriormente lançado em sistema, sendo assim barreira de segurança para um possível recebimento incorreto.

Incluir informações como nome do fornecedor, número da nota fiscal, emissão, série, condições de pagamento, valor total da nota. Para materiais e Medicamentos rastreados é necessário informar lote, validade e marca.

As NF são lançadas diariamente e encaminhadas ao financeiro no prazo máximo de 72h.

LIMPEZA E TEMPERATURA

A higienização do setor deve acontecer diariamente, pela equipe de higiene. Os colaboradores do almoxarifado são responsáveis pela limpeza das prateleiras, mesas, balcão segundo escala de serviço e da seguinte maneira:

- Efetuar a limpeza das prateleiras, colocando os materiais e medicamentos sobre uma superfície limpa e segura;
- Desinfetar as prateleiras com um pano para limpeza
- Passar o pano por todas as prateleiras, retirando toda a sujidade e recolocar os itens nos respectivos lugares.

A limpeza terminal é realizada uma vez ao mês pelo setor de Higiene e Limpeza.

Ambiente: Registrar os valores de temperatura máxima/mínima de momento em formulário específico. Caso a temperatura verificada esteja fora da faixa determinada (15 a 25°C) deve se alterar o ar condicionado para mais ou menos (conforme alteração verificada), aguardar 1 hora, verificar novamente a temperatura, se não estiver normalizada, comunicar a chefia imediata para tomada de providencias.

Umidade: Registrar os valores de temperatura máxima/mínima de momento em formulário específico. Caso a umidade verificada esteja fora da faixa determinada (40 a 70%) deve se alterar o ar condicionado para mais ou menos (conforme alteração verificada), aguardar 1 hora, verificar novamente a umidade, se não estiver normalizada, comunicar a chefia imediata para tomada de providencias.

VALIDADE

Para os itens o respectivo controle de validade. É informado ao setor de farmácia um mês antes os itens a vencer. O controle físico, além de eletronicamente, dos itens pelo método PEPS (Primeiro que Entra, Primeiro que Sai) ou também conhecido como *FIFO (First In, First Out)*

Cabível de identificação na embalagem com a descrição **PRIMEIRO QUE VENCE.**

Medicamentos com vencimento inferior a 15 dias devem ser segregados e encaminhados à farmacêutica responsável para descarte (para que haja tempo hábil para compra do item). Os materiais são segregados e após descartados pelo setor de almoxarifado (Material perfuro cortante são descartados em caixas coletores de resíduos – Descarpack)

Para os itens não rastreados, a verificação da validade é feita durante as contagens avulsas do estoque e nas reposições. A cada reposição os itens devem ser armazenados conforme o PVPS (primeiro que vence é o Primeiro que sai).

INVENTÁRIOS

O inventário oficial é realizado 01 (uma) vez ao ano. A Comissão de Inventário e Almoxarifado dará suporte para a realização

Será realizado também inventário de acuracidade que visará qualidade que tem por objetivo propiciar a confiabilidade das informações existentes no sistema de controle contábil, em relação à existência física dos itens em estoque. Será realizado periodicamente.

6.2 REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE**REGIMENTO INTERNO**

O **Regimento Interno** do "Equipamento de Saúde" é formado pelo **Código de Conduta e Ética**, voltado a todos os profissionais e usuários da Instituição, bem como pelo e pelas **Instruções Normativas**, que regem situações específicas dentro da unidade de saúde.

MISSÃO

Buscar Excelência na assistência à saúde, para todos os grupos sociais.

VISÃO

Ser reconhecido como centro de excelência e referência.

VALORES

Praticar os princípios do SUS na prestação do serviço – Universalidade, equidade, integridade, descentralização e participação social.

Qualidade e Segurança – É garantir que as ações sejam realizadas com excelência em todas as atividades e com foco na segurança do paciente.

Ética e Transparência – Representa nosso comportamento como organização.

Humanização – É demonstrar atenção e interesse, fazer com que cada colaborador e cliente se sintam especiais e acolhidos por todos.

Trabalho em Equipe – É envolver, valorizar a competência de cada um, cooperar com atitudes positivas, energia e disposição.

CÓDIGO DE CONDUTA E ÉTICA "EQUIPAMENTO DE SAÚDE"

CAPÍTULO I – INTEGRIDADE PROFISSIONAL E PESSOAL

Artigo 1º: A integridade profissional e pessoal deve fazer parte de todas as ações das pessoas que trabalham no HEMU e, para garantir a veracidade das informações aos clientes internos e externos, estas pessoas devem atuar com honestidade, competência, descrição e sinceridade, sempre em equipe e em defesa dos interesses da Instituição.

Parágrafo único: Para minimizar danos ao trabalho em equipe, erros cometidos devem ser comunicados imediatamente ao superior hierárquico.

Artigo 2º: A coordenação do HEMU está aberta a sugestões, denúncias e críticas construtivas que visem ao aprimoramento dos serviços e da Instituição e das relações de trabalho.

Artigo 3º: Com objetivo de zelar pela boa imagem do HEMU e pelo bom clima organizacional, não serão aceitos:

- a) a demonstração de atitudes que discriminem pessoas em decorrência da cor, do sexo, da religião ou da falta dela, da origem, da classe social, da idade e da incapacidade física ou mental;
- b) a prática de comércio ou de prestação de serviços particulares no recinto do HEMU;
- c) a utilização para fins particulares ou para repasse de terceiros, de tecnologia, metodologia ou *know-how*, bem como de outras informações de propriedade do HEMU ou por ele obtida;
- d) a utilização de equipamentos ou outros recursos para fins particulares;
- e) as conversações sobre assuntos inadequados de caráter institucional ou não, em locais de circulação de pessoas, na unidade ou fora dele;
- f) a má utilização do tempo de trabalho, mediante conversas não relacionadas a este,

ou mediante permanência fora do local de trabalho, sem justificativa;

- g) o desrespeito às orientações do Trabalho da Medicina do Trabalho, bem como as instruções normativas em anexo, os dispositivos que normatizam a segurança e a proteção de todos os que trabalham no HEMU, de seus pacientes, acompanhantes e visitantes.

CAPÍTULO II – DO PATRIMÔNIO DO CIS

Artigo 4º: A utilização dos objetos, do material e de equipamento que constituem o patrimônio do HEMU deve ser feito com atenção e cuidado pelos usuários.

Artigo 5º: Cuidados maiores devem ser tomados com o material perfuro cortante ou contaminado.

Artigo 6º: Não será aceito desrespeitar as regras do Setor de Patrimônio do HEMU, usar componente do patrimônio em benefício próprio, retirá-lo sem autorização do local de trabalho, nem omitir informações sobre seu extravio.

CAPÍTULO III – DA RELAÇÃO COM OS PACIENTES E SEUS ACOMPANHANTES

Artigo 7º: A finalidade "Equipamento de Saúde" é realizar um atendimento humanizado, com qualidade, respeito e profissionalismo. Desta forma, os profissionais que nela atuam, devem se identificar com seus valores e aplicá-los no seu cotidiano.

Artigo 8º: Nas relações com os pacientes e seus acompanhantes não serão aceitos:

- a omissão em atendê-los devidamente, uma vez que, aqueles que fazem a opção de

trabalhar no HEMU, não têm o direito de, sob qualquer pretexto, omitir-se e abandonar o atendimento;

- a negligência ou imprudência na execução das atividades ou serviços que coloquem em risco a segurança dos atendidos;
- opiniões infundadas ou de caráter pessoal sobre as condições de saúde do paciente, bem como comentários, dentro ou fora do HEMU com pessoas que não estejam envolvidas no respectivo caso clínico.

CAPÍTULO IV – DAS RELAÇÕES COM OS COLEGAS DE TRABALHO

Artigo 9º: As relações com os colegas de trabalho devem ser fundamentadas no respeito mútuo, na honestidade, na cortesia e na lealdade, uma vez que o princípio básico de relacionamento profissional no HEMU é o trabalho de equipe integrado em um ambiente harmonioso.

Artigo 10: Na relação com os colegas de trabalho não serão aceitos:

- I. denegrir a imagem de colegas, fazendo comentários e críticas sobre sua conduta pessoal ou sobre seu desempenho profissional;
- II. iniciar boatos, falsas informações e similares, ou dar continuidade a eles;
- III. boicotar ou dificultar procedimentos de trabalho, bem como a execução de serviços levados a efeito por colegas de trabalho e omitir informações que facilitem ou ajudem o colega a executar suas funções.

CAPÍTULO V – DO AMBIENTE DE TRABALHO

Artigo 11: Como hábito prejudicial à saúde, o fumo é proibido em locais públicos, auditórios, reuniões, transporte coletivo e ambiente fechado. Em algumas

localidades, o fumo é disciplinado por normas legais. Todos os fumantes nas dependências do HEMU devem respeitar essas normas.

Artigo 12: A alimentação deve ser feita nos locais adequados, tais como cantina e refeitórios, sendo vedada nos locais reservados à prática.

CAPÍTULO VI – DO SIGILO PROFISSIONAL

Artigo 13: Nos termos do que dispõe a normatização do sigilo médico, constitui obrigação de todos, dentro e fora do HEMU, manter sigilo sobre todas as informações relativas ao paciente, quer mediante diagnóstico e exames, quer obtidas mediante outros procedimentos pertinentes ao exercício profissional.

CAPÍTULO VII – DAS RELAÇÕES COM O MEIO AMBIENTE

Artigo 14: Sendo a preservação ambiental um dos pilares do conceito de saúde, todos os profissionais que trabalham no HEMU deverão empreender ações que tragam resultados favoráveis à preservação ambiental e dos recursos ambientais, bem como responsabilizar-se pelo cumprimento das normas pertinentes, tais como coleta seletiva e consumo consciente de água e energia, evitando danos à sociedade e à imagem do HEMU.

CAPÍTULO VIII – DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

Artigo 15: A ação, a omissão ou conveniência que apliquem em desobediência ou inobservância das disposições do Código de Conduta e Ética e demais normas "Equipamento de Saúde" será considerado infração à ética. As penalidades a que os infratores estão sujeitos são:

- I. advertência verbal;
- II. advertência por escrito;
- III. suspensão
- IV. demissão por justa causa.

Artigo 16: O HEMU conta com um Comitê de Ética, presidido por um membro da diretoria do Instituto Acqua e composto pelos coordenadores das áreas administrativas, produtivas, assistencial e apoio.

Artigo 17: As reuniões do Comitê de Ética são realizadas por convocação de seu presidente.

Artigo 18: Os casos omissos nesse Código serão resolvidos pelo Comitê de Ética ou, em situações que demandem urgência pelo diretor do mesmo Comitê ou de seu substituto.

CÓDIGO DE POSTURA DOS PROFISSIONAIS

CAPÍTULO I – PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

Artigo 1º: Escolher uma profissão na área da saúde pressupõe a aceitação de preceitos éticos e de compromissos com a saúde do homem e da coletividade, sem preconceito de qualquer natureza.

Artigo 2º: A atividade prática do profissional tem por finalidade permitir-lhe preparo integral para o exercício da profissão.

Artigo 3º: Ao profissional cabe colaborar, dentro de suas possibilidades, nas propostas de promoção de saúde, na prevenção da doença e na reabilitação dos doentes.

CAPÍTULO II – DOS DIREITOS DOS PROFISSIONAIS

Artigo 4º: São direitos do profissional:

- 1.1 exercer suas atividades práticas sem ser discriminado por questões de religião, raça, sexo, nacionalidade, condição social, opinião política ou de qualquer natureza;
- 1.2 apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições onde exerça sua prática, quando as julgar indignas do ensino ou do exercício da profissão, devendo dirigir-se, nesses casos, ao setor competente imediato;
- 1.3 fazer-se representar nos órgãos colegiados da Instituição, de acordo com as normas estabelecidas;
- 1.4 utilizar as dependências físicas e os serviços administrativos e técnicos oferecidos e destinados ao pleno desenvolvimento de suas atividades.

CAPÍTULO III – DOS DEVERES E LIMITAÇÕES

Artigo 5º: manter absoluto respeito pela vida humana;

- I. exercer suas atividades com respeito às pessoas, às instituições e às normas vigentes.
- II. respeitar e cumprir as determinações da Instituição e "Equipamento de Saúde" deliberados através deste código de ética, de Portarias e Resoluções internas, bem como no Código de Postura, suas instruções normativas e anexos;
- III. cumprir representação, quando indicado, diante de órgãos diretivos e deliberativos da Instituição;
- IV. respeitar e zelar pelo patrimônio do HEMU.

Artigo 6º: prestar assistência sob sua exclusiva responsabilidade, salvo em casos de iminente perigo à vida;

- I. acumpliciar-se, de qualquer forma, com os que exercem ilegalmente sua profissão;
- II. fornecer atestados médicos;
- III. praticar ou participar de atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País;
- IV. assumir posturas desrespeitosas ou faltar com a consideração para com os demais participantes do setor do ensino e da saúde;
- V. deixar de assumir responsabilidade pelos seus atos, atribuindo seus erros ou malogros a outrem ou a circunstâncias ocasionais;
- VI. participar, de qualquer forma, da mercantilização de sua profissão;
- VII. exercer sua autoridade de maneira que limite os direitos do paciente de decidir sobre sua pessoa ou seu bem-estar;
- VIII. usar suas atividades para corromper os costumes, cometer ou favorecer o crime;
- IX. participar de prática de tortura ou outras formas de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis contra pessoas, ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos para tais fins;
- X. fornecer meios, instrumentos ou substâncias para antecipar a morte do paciente.

CAPÍTULO IV – DA RELAÇÃO COM O PACIENTE

Artigo 8º:

- I. ser comedido em suas ações, tendo por princípio a cordialidade;

- II. respeitar o pudor do paciente;
- III. compreender e tolerar algumas atitudes ou manifestações dos pacientes, lembrando-se de que tais atitudes podem fazer parte da sua doença;
- IV. ajudar o paciente no que for possível e razoável com relação a problemas pessoais;
- V. demonstrar respeito e dedicação ao paciente, jamais esquecendo sua condição de ser humano;
- VI. ouvir com atenção as queixas do doente, mesmo aquelas que não tenham relação com sua doença;
- VII. apresentar-se condignamente, cultivando hábitos e maneiras que façam ver ao paciente o interesse e o respeito que ele é merecedor;
- VIII. ter paciência e calma, agindo com prudência em todas as ocasiões.

Artigo 9º: O timbre, o tom e a altura de voz devem propiciar tranquilidade ao paciente. Gritos e alardes não são condizentes com o esperado em busca de serenidade.

CAPÍTULO V – DO SEGREDO NA ÁREA DA SAÚDE

Artigo 10: O profissional da área da saúde está obrigado a guardar segredo sobre fatos que tenha conhecido por ter visto, ouvido ou deduzido no exercício de sua atividade junto ao doente.

Artigo 11: O profissional não revelará, como testemunha, fatos de que tenha conhecimento no exercício de sua atividade. Convidado para depor, deve declara-se preso ao segredo.

Artigo 12: É admissível a quebra do segredo por justa causa, por imposição da Justiça ou por autorização expressa do paciente, desde que a quebra desse sigilo

não traga prejuízo ao paciente.

Artigo 13: O profissional não pode facilitar o manuseio ou o conhecimento de prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não-obrigadas ao mesmo compromisso.

CAPÍTULO VI – DA RELAÇÃO COM AS INSTITUIÇÕES, COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, COM OS COLEGAS, PROFESSORES E ORIENTADORES

Artigo 14: O profissional está obrigado a respeitar as normas das instituições onde realiza seu aprendizado.

Artigo 15: O profissional está obrigado a zelar pelo patrimônio moral e material das instituições onde desempenha suas atividades.

Artigo 16: Não compete ao profissional fazer advertências ou reclamações ao pessoal do setor de saúde no tocante às suas atividades profissionais, mas, se considerar necessário, deve dirigir-se ao seu superior imediato, comunicando-lhe o fato.

Artigo 17: É proibido ao profissional afastar-se de suas atividades, mesmo temporariamente, sem comunicar ao seu superior.

Artigo 18: O profissional responde civil, penal e administrativamente por atos danosos ao paciente e que tenham dado causa por imprudência ou negligência.

Artigo 19: É dever do profissional ser solidário com seus colegas nos movimentos legítimos da categoria.

Artigo 20: O profissional deve ter sempre para com os seus colegas respeito, consideração e apreço, visando à convivência harmoniosa.

Artigo 21: O profissional deve ter sempre para com os professores e orientadores e

atenção e o respeito necessários ao bom relacionamento entre todos.

Artigo 22: Corredor de uma Unidade de Saúde – este local é um dos mais importantes na vida médica dos profissionais da saúde. Circulação, movimentação, encontros, cumprimentos, reencontros agradáveis ou não desejados, atualização jornalística, acordos de agendamento, encontros amigos ou científicos... enfim, local de convivência rápida e transitória. Por isto ele pode ser perigoso: proclama-se assunto particular, sigilos são popularizados, tratos são mal anotados ou mal interpretados, o esquecimento ocorre pois não se anota ou não se o absorve na completude; leigos na espera de atendimento participam dos assuntos e a má interpretação ocorre. Sobre isso tudo e mais não relatado há o barulho, a voz elevada, as comunicações a distância em alta voz, atitudes que esvaziam a qualidade médica e os respeito por parte do leigo. Este, presenciando o barulho, a descortesia, a voz exacerbada, os comentários desairosos passa a entender, erroneamente, que a atitude médica não é tão idônea quanto ele imaginava. Se nos lembrarmos, constantemente, que a unidade de saúde é um local de repouso físico, espiritual e mental, o tumulto do corredor dá uma amostra contrária ao leigo ou ao paciente. Corredor, pois, é para cumprimento e circulação. Não é local de discussões e decisões.

CAPÍTULO VII – DA APRESENTAÇÃO

Artigo 23: O uso do branco e/ou uniforme é para demonstrar limpeza. Há proteção bilateral. Do profissional ou profissional da área da saúde, que faz contato com o doente e deste que é examinado por um profissional vindo da rua. Por isso, usar o jaleco em atividades extra-hospitalares não é de bom tom. É fazer dele um veículo de contaminação. O ideal é que o profissional ou profissional possa chegar à unidade e trocar suas roupas civis por calça e jaleco longo e de mangas compridas. Um médico bem vestido, sem regato e enfeites, dá solenidade ao encontro com o paciente e este adquire uma atitude de mais respeito, o que propiciar maior aceitação

da terapêutica. Deste modo, não será permitido o uso de:

- bermudas;
- saias acima de quatro dedos do joelho;
- chinelos;
- sandálias ou sapatos abertos nos laboratórios.

Artigo 26: As mãos e unhas dos profissionais têm que estar sempre limpas e bem cuidadas. As mãos, não machucadas e as unhas, aparadas.

CAPÍTULO VIII – DO REGIME DISCIPLINAR

Artigo 27:

- I. desrespeitar, ofender ou agredir o Coordenador Geral, ou qualquer membro do corpo docente, discente ou técnico-administrativo;
- II. promover, sem autorização do Coordenador Geral, coletas e subscrições em nome do HEMU;
- III. disseminar, sob qualquer forma, informações ou comentários difamantes, ou que possa denegrir a Instituição, ou seus funcionários;
- IV. danificar o patrimônio do CIS, caso em que, além da pena disciplinar, fica na obrigação de indenizar o dano;
- V. praticar atos desonestos ou delituosos e desrespeito aos princípios constitucionais, incompatíveis com a dignidade da Instituição;
- VI. cometer atos que possam denegrir a imagem institucional, não só intra como extramuros;

- VII. desrespeitar qualquer norma estabelecida neste instrumento normativo.

Artigo 28: As penalidades serão aplicadas da seguinte forma:

- I. advertência oral na hipótese se uma única conduta contrária às normas;
- II. advertência escrita da segunda a quarta conduta contrária às normas;
- III. suspensão do profissional das aulas durante uma semana na hipótese de reincidir pela quarta vez em alguma conduta contrária às normas dispostas neste instrumento normativo;

6.3 PROPOSTA PARA REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Abaixo segue descrito o Regimento do Serviço de Enfermagem **proposto** a ser implantado nos HEMU pelo Instituto Acqua.

Entende-se por Manual de Enfermagem um instrumento que reúne, de forma sistematizada, normas, rotinas, procedimentos e outras informações necessárias para a execução das ações de enfermagem.

O Manual tem por finalidade esclarecer dúvidas e orientar a execução das ações de enfermagem, constituindo um instrumento de consulta, devendo ser, portanto um elemento facilitador das ações desenvolvidas pela Equipe de Enfermagem do **Acqua**.

Nossa Identidade Profissional

Missão: Promover qualidade assistencial com profissionalismo assegurando um ambiente agradável e seguro, com o objetivo de oferecer um tratamento humanizado

à comunidade e região norteadas pelas demandas dos sistemas de saúde pública e privado.

Visão: Ser destaque na instituição e sociedade através da qualidade do serviço prestado.

Valores: Ética, respeito, honestidade, responsabilidade, humanização, conhecimento científico, valorização da vida, comprometimento profissional e empatia.

Objetivo:

- Manter a uniformidade do trabalho da equipe;
- Qualidade no serviço prestado ao cliente;
- Facilitar o trabalho da equipe multiprofissional;
- Ser um instrumento de consulta da Equipe de Enfermagem para melhor desenvolvimento das técnicas;
- Garantir a economia no trabalho;
- Segurança e excelência profissional.

NORMAS E ROTINAS INTERNAS INSTITUCIONAIS

Do Profissional de Enfermagem:

Utilizar obrigatoriamente a identificação pessoal (crachá) em local de fácil visualização para o cliente;

Utilizar sempre roupas de cor branca, sem presença de decotes e/ou transparências;

A apresentação do profissional de enfermagem nesta instituição deve ser: sapatos fechados, cabelo preso, unhas limpas e aparadas, esmalte claros, homens com barba feita, material de bolso. Não é permitido o uso de adornos conforme NR32.

Desenvolver todos os procedimentos de enfermagem de acordo com os protocolos institucionais;

O uso do celular será permitido apenas no modo vibra, podendo ser utilizado em local discreto, sendo este uso o mínimo possível e nunca na frente do paciente;

Nunca omitir acidente de trabalho. Todo profissional que sofrer exposição biológica (acidente de trabalho), deverá comunicar imediatamente a Supervisão de Enfermagem imediata que irá tomar as providencias cabíveis o mais rápido possível (acionar o Técnico de Segurança do Trabalho – SESMET);

Evitar a permanência em outros setores que não seja o seu de referência;

Na medida do possível manter o silêncio e tom de voz moderado;

As refeições devem acontecer obrigatoriamente nos refeitórios, não podendo ser consumido nenhum tipo de alimento em outra dependência que não seja o refeitório;

Realizar as anotações de enfermagem com a consciência ética e responsabilidade legal de registrar adequadamente todas as ações por nós executadas. De acordo com a legislação brasileira, o decreto N.º 50.387, de 28 de março de 1961, que regulamenta a lei 2604/55 do exercício profissional de enfermagem, dispõe, em seu artigo 14, inciso c: "C - manter perfeita anotação nas papeletas clínicas de tudo quanto se relacionar com o doente e com a enfermagem". A legislação profissional coloca a anotação como obrigação e responsabilidade da enfermagem e a legislação trabalhista estabelece que a negligência no cumprimento das obrigações específicas é curativa "para justa causa" na rescisão contratual do trabalho, por iniciativa do empregador;

Respeitar sempre crenças e religiões dos clientes e colegas de trabalho;

Manter respeito constante com o paciente independentemente de seu diagnóstico ou a causa que levou o mesmo.

É obrigatório o uso de EPI (máscara, óculos, avental, luvas) conforme precaução padrão para prestar assistência ao cliente e cuidados com os materiais.

Dos horários:

Concessão de 05 (cinco) minutos de tolerância na entrada do Colaborador;

Concessão de 15 (quinze) minutos após o horário de saída do Colaborador.

Não será permitida a entrada do Colaborador sem o CRACHÁ de identificação ("Dia de trabalho não registrado é falta"). Em caso de perda do crachá, procurar imediatamente o Departamento de Recursos Humanos para providências;

Quando ocorrer imprevistos que impeçam a chegada no horário, o Colaborador deverá avisar imediatamente o Supervisor de Enfermagem e/ou Recursos Humanos, antes de sua entrada, pois serão eles que iram avaliar a situação momentânea e autorizar a vinda ou não para o trabalho;

Em situações que o Colaborador não cumprir com as normas e rotinas existentes na instituição com relação aos horários, seu caso será encaminhado para Recursos Humanos onde junto a Administração iram avaliar as providências a serem tomadas;

Todo Colaborador deverá cumprir rigorosamente a jornada de trabalho, caso se ausente do horário de trabalho sem comunicação prévia para a Supervisão de Enfermagem imediata irá responder a punições;

Em situações de faltar se possível comunicar a instituição com o máximo de antecedência ao seu horário de plantão.

Das Escalas:

As escalas serão aprovadas mensalmente pela Supervisão Técnica da unidade e elaboradas de acordo com a necessidade e demanda dos setores que compõem a mesma.

As escalas serão fixadas no mural de cada unidade carimbada e assinada pelo Supervisor que a elaborou e a Responsável Técnica. Todo Colaborador deverá cumprir a escala de folgas, distribuição de serviço, distribuição de leitos;

Quando houver necessidade de troca de folga, o Colaborador deverá se dirigir ao seu Supervisor de Enfermagem antecipadamente que irá avaliar a possibilidade de efetuar a troca. Sendo possível será preenchido o formulário de troca (devidamente assinado e carimbado). Fica esclarecido que todo Colaborador poderá realizar no máximo 01 (uma) troca de folga ao mês.

Banco de Horas

Todos os setores receberão mensalmente relatório atualizado do Banco de Horas. As horas a serem compensadas serão de acordo com as condições do plantão. Obrigatoriamente deverá ser preenchido o impresso informando ao Departamento De Pessoal sobre a hora compensada.

Atestados

Em casos de atestados médicos e/ou odontológicos comunicar o Recursos Humanos para que seja agendada perícia com o Médico do Trabalho da Instituição.

O Colaborador terá o prazo de 48 horas para apresentar o atestado para a Instituição.

Férias

A escala de férias é realizada anualmente, onde uma lista é fornecida aos Colaboradores para que possam indicar o mês de preferência. Depois de realizada a escala de previsão férias será fixada no mural em frente ao Departamento de Pessoal. Esta pode sofrer alterações de acordo com as necessidades da Instituição;

Em situações que o Colaborador necessite de troca do período de férias deverá realizar um Comunicado Interno para Liderança de Enfermagem solicitando esta troca.

Dos Setores:

- ✓ Zelar pela organização e manutenção dos equipamentos (todos deverão conter nº de patrimônio), a fim de mantermos maior cuidado e durabilidade;
- ✓ Zelar pela estrutura física da unidade, oferecendo assim ambiente favorável a desempenhar as funções exigidas;
- ✓ Realizar a conferência de materiais/equipamentos pertencentes ao setor anotando em impresso próprio antes da passagem de plantão;
- ✓ Em caso de notar ausência e/ou danos nos materiais e equipamentos comunicar imediatamente a Supervisão de Enfermagem imediata que irá acionar os encarregados para tomar as medidas necessárias;
- ✓ Manter as mobílias em seus respectivos setores, caso haja a necessidade de remanejamento informar o funcionário (a) do setor de Patrimônio para que tome ciência de tal mudança;
- ✓ Sempre que necessitar do serviço de manutenção, este deve ser solicitado através de requisição;
- ✓ Colaborar com o descarte e segregação correta dos resíduos de serviço de saúde;
- ✓ Os pedidos semanais do almoxarifado e farmácia serão solicitados de acordo com a escala existente em cada setor, sendo este feito pelo supervisor de enfermagem;

- ✓ Manter o local da rouparia e local de armazenamento de materiais sempre trancados (com chave), sendo estes de acesso restrito aos profissionais do setor;

Do Prontuário do Paciente. O profissional de saúde precisa de acesso às informações:

- Corretas;
- Organizadas;
- Seguras;
- Completas;
- Disponíveis;
- Letra legível.

Com o objetivo de:

- Atender às legislações vigentes;
- Garantir a continuidade da assistência;
- Segurança dos profissionais;
- Ensino e Pesquisa;
- Auditoria.

Coordenações de Enfermagem

HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU (HEMU)

- ✓ Estruturar, organizar e dirigir o serviço de enfermagem, assegurando a qualidade da assistência, preservando e mantendo atualizados os sistemas de qualidade;
- ✓ Prever, elaborar e distribuir o quadro da equipe de enfermagem qualitativa-quantitativamente, nas unidades por turnos de trabalho;
- ✓ Elaborar escala de supervisores de enfermagem mensalmente até o 20º dia útil;
- ✓ Presidir reuniões com os Supervisores de Enfermagem periodicamente e representar a Enfermagem da Instituição junto aos Órgãos Legais de competência do exercício de Enfermagem;
- ✓ Organizar e gerenciar o serviço de Enfermagem e programar a sistematização da assistência de enfermagem;
- ✓ Realizar planejamento de férias anualmente de todos os funcionários do serviço de enfermagem;
- ✓ Acompanhar e verificar a qualidade da assistência prestada aos clientes;
- ✓ Realizar visitas diárias em todas as unidades de internação;
- ✓ Manter a atualização do organograma
- ✓ do serviço de enfermagem assim também como a distribuição dos profissionais em seus respectivos setores;
- ✓ Enviar relatório periódico ao Coren/SP (Conselho Regional de Enfermagem);
- ✓ Elaborar protocolos institucionais junto a sua equipe;
- ✓ Elaborar Regimento Interno;
- ✓ Manter respeito por todos os membros da instituição.
- ✓ Realizar a escala mensal de seu setor que deverá ser entregue para gerencia de enfermagem até o 20º (vigésimo) dia de cada mês;

- ✓ Realizar sistematização da assistência de enfermagem;
- ✓ Supervisionar toda a equipe de enfermagem da qual esta sobre sua responsabilidade no referido setor, sendo este responsável por todo ato profissional;
- ✓ Realizar semanalmente pedido para o setor (almoxarifado/farmácia);
- ✓ Manter envolvimento da equipe quanto à organização do setor;
- ✓ Acompanhar junto à equipe rigorosamente data de: curativos, soros
- ✓ Avaliar a evolução de todos os tipos de lesões e indicar o tratamento mais adequado para o caso;
- ✓ Avaliar diariamente a escala diária do pessoal de enfermagem fazendo os remanejamentos necessários, antes do início de cada expediente;
- ✓ Acompanhar e avaliar a qualidade do serviço prestado pela sua equipe de enfermagem;
- ✓ Manter a ordem da unidade;
- ✓ Entregar até todo dia 5º dia útil do mês os indicadores de qualidade para a gestão de enfermagem;
- ✓ Planejar, coordenar, executar, priorizar e avaliar o Serviço de Enfermagem;
- ✓ Conferir e checar diariamente a folha do carrinho de emergência, e se for preciso conferir o mesmo, assim como também realizar a conferência diária dos materiais e equipamentos disponíveis nos setores, com registro em planilha setorial;
- ✓ Manter respeito por todos os membros da instituição.

Níveis Médio de Enfermagem

- ✓ Exercer cuidados de nível médio;
- ✓ Manter postura profissional (ética) no ambiente intra e extra unidade;
- ✓ Fica proibido o uso de aparelhos eletrônicos (celular, tablet, computadores e outros);
- ✓ Prestar assistência de enfermagem com qualidade oferecendo segurança a todos os usuários que precisarem dos cuidados da equipe de enfermagem da Santa Casa de Misericórdia de Birigui;
- ✓ Seguir rigorosamente as escalas de serviço e distribuição de leitos, e remanejamento setorial;
- ✓ Ter adesão quanto aos cursos, palestras, treinamentos e protocolos propostos pela instituição;
- ✓ Realizar a passagem de plantão de uma maneira precisa e com todas as informações necessárias para que o próximo profissional possa ter condições seguras de assumir o plantão;
- ✓ Evitar conversas da vida pessoal de outros membros da equipe;
- ✓ Lavagens constantes das mãos, com o objetivo de reduzir a transmissão de infecções;
- ✓ Realizar anotações de enfermagem com clareza e letra legível, sendo obrigatório o uso do carimbo;
- ✓ Prestar assistência de enfermagem em serviços de proteção de recuperação e de reabilitação da saúde, de acordo com plano estabelecido.
- ✓ Prestar cuidados de conforto e de higiene a clientes em estado grave, sob supervisão do enfermeiro;
- ✓ Todo o transporte de paciente deverá acontecer em cadeira de rodas e/ou maca;

- ✓ Manter controle rigoroso quanto à data de cateteres, curativos, sondas, equipos e bolsas coletoras;
- ✓ Observar, registrar sinais e sintomas apresentados pelos clientes;
- ✓ Realizar todos os procedimentos de enfermagem de acordo com os protocolos institucionais;
- ✓ Zelar pela organização e conservação do setor;
- ✓ Prevenir e controlar sistematicamente a infecção hospitalar;
- ✓ Manter respeito por todos os membros da instituição.

NORMAS E ROTINAS SETORIAIS

Central de Material Esterilização

Expurgo:

- ✓ Uso obrigatório dos EPIs: gorro, óculos de proteção, máscara facial, luvas de borracha, avental impermeável longo, e sapato fechado que cubra até o peito do pé;
- ✓ O recebimento de materiais sujos acontecerá somente pelo expurgo. Os materiais só saem das salas cirúrgicas dentro de recipientes com tampa;
- ✓ Realizar a lavagem manual/automatizada dos instrumentais cirúrgicos, promovendo maior segurança e parâmetros confiáveis quanto à garantia adequada dos materiais que serão utilizados nos procedimentos cirúrgicos;
- ✓ O profissional de Enfermagem deve certificar-se da data de validade dos produtos utilizados, assim como tempo de troca de esponjas e escovas utilizadas.

Sala de Preparo e Armazenamento de materiais esterilizados:

- ✓ Garantir qualidade no processo de embalagem através de identificação do material com: nome do produto, número do lote, método de esterilização, data de validade da esterilização e identificação do responsável;
- ✓ Realizar o processo de esterilização dos instrumentais promovendo segurança destes através da utilização dos indicadores padronizados na Instituição (indicadores químicos, biológicos, Bowie Dick e pacote teste desafio), que oferecem segurança quanto à resposta sobre o processamento do material;
- ✓ Garantir armazenamento seguro dos materiais seguindo orientações do S.C.I.H. O armazenamento só será realizado após a leitura do indicador biológico e indicador químico. Caso apresente falhas será novamente reprocessado;
- ✓ Realizar a reesterilização dos materiais quando vencido, garantindo assim quantidade/qualidade dos materiais;
- ✓ Realizar periodicamente a entrega de materiais para as Unidades de Internação conforme pedido através de requisição;
- ✓ Atentar para o tempo de validade dos materiais de acordo com a embalagem utilizada para esterilização;
- ✓ Realizar anotações diárias nos respectivos livros ata o registro de todos os controladores realizados no processo de esterilização.

Materiais e Medicamentos:

- ✓ A requisição de materiais para a Farmácia e Almoxarifado é realizada toda Segunda- feira;

- ✓ O armazenamento dos materiais deve seguir as orientações do SCIH.

Equipamentos:

Em casos de mau funcionamento ou quebra de equipamentos deverá comunicar imediatamente a Supervisão de Enfermagem imediata;

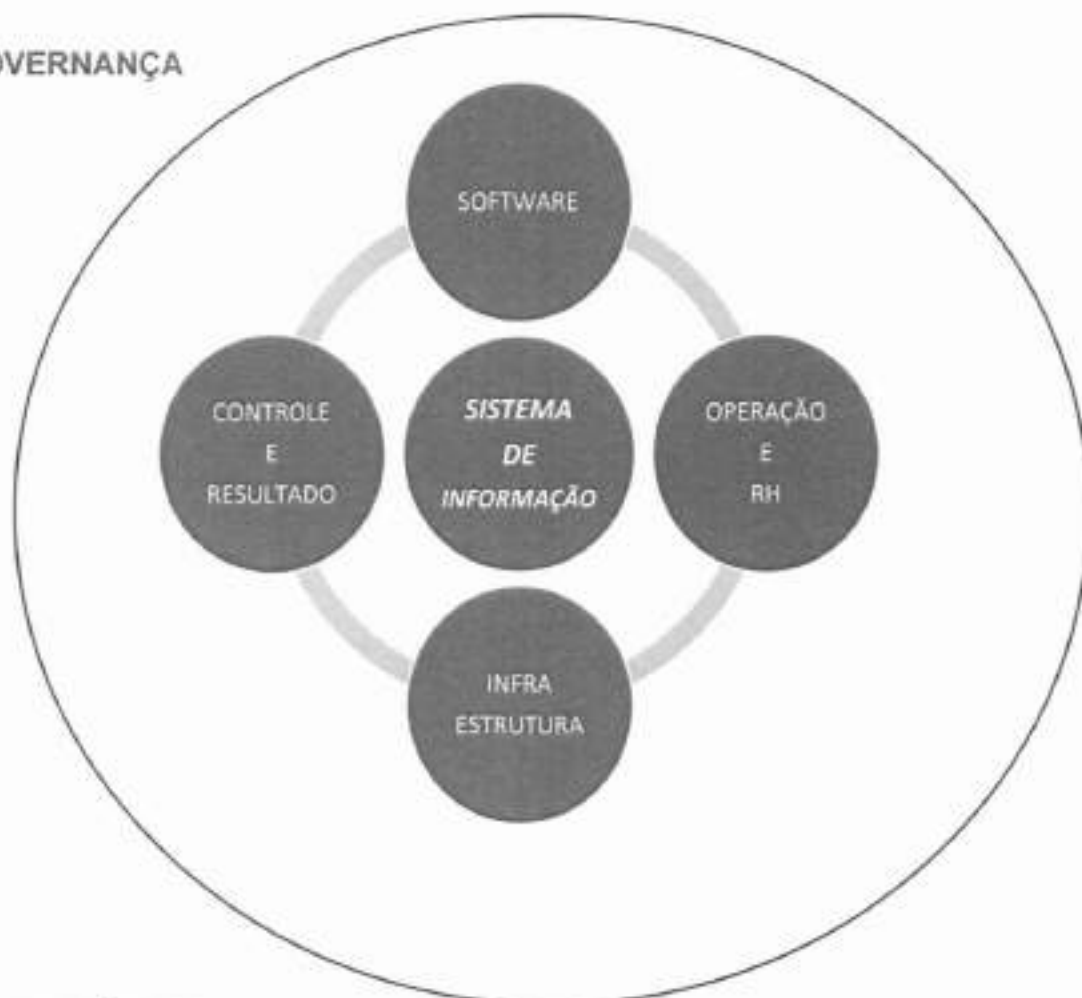
O presente Manual de Normas e Rotinas entra em vigor nesta data.

**6.4 PROPOSTA DE PROJETO DE TECNOLOGIA DA
INFORMAÇÃO COM VISTA AO CONTROLE GERENCIAL
DA UNIDADE E MELHORIA DO ATENDIMENTO AO
USUÁRIO**

**PROJETO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO INTEGRADO E GOVERNANÇA
EM T.I.**

O Projeto de Informatização Integrado e Governança em T.I. com modernização e Qualificação dos Serviços de Saúde proposto pelo Instituto ACQUA é composto por metodologias, software e produtos de tecnologia focados na gestão mais eficiente.

GOVERNANÇA



OPERAÇÃO E RH:

PROJETO INFORMATIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Fornecer Sistema Integrado de Gestão em Saúde, compreendendo a migração de dados, implantação do sistema, treinamento inicial e treinamento durante a execução do contrato, suporte técnico e manutenção, conforme critérios pré-estabelecidos entre a secretaria de saúde e Instituto ACQUA.

Este projeto visa à informatização a área de saúde, envolvendo os serviços próprios e a gestão dos serviços de saúde. A Contratação desta solução, integrada e informatizada de gestão de saúde pública, nos níveis de agendamento e regulação,

almoxarifado/farmácia, odontologia, laboratórios, outros exames, ouvidoria da saúde, transporte de pacientes, programas de saúde, vigilância sanitária, vigilância ambiental e epidemiológica, vacinas, Faturamento SIH/SUS, SIA/SUS média e Alta Complexidade, Atendimento Ambulatorial e Hospitalar (se terceiro contempla a integração via web service), com prontuário eletrônico, a geração de relatórios e indicadores em saúde, contemplando o fornecimento de software bem como de serviços técnicos especializados para operacionalização do sistema contendo: conversão de bases de dados existentes, instalação, configuração das estações de trabalho, treinamentos, monitoração e orientação para o uso, além do suporte técnico, atualizações e manutenção do sistema para atendimento de todas as unidades assistenciais próprias e gestão dos serviços contratados pelo Estado, bem como toda a estrutura para hospedagem e processamento dos dados na lógica de datacenter contemplando os seguintes módulos:

- **RECEPÇÃO DE PACIENTES**

Funções necessárias para a realização das atividades da rotina de recepção: Informações, Marcação de Consultas, Exames e Atendimento ao Paciente.

- **ATENDIMENTO AO PACIENTE**

Módulo responsável pelo cadastro das informações relacionadas ao paciente, onde é possível realizar o gerenciamento de pagamentos, emissão de notas fiscais, controle de fila de espera, geração de guias, administração de autorizações, recebimentos amostras e impressão de laudos.

- **ASSISTÊNCIA MÉDICA E DE ENFERMAGEM**

Módulo de Prontuário Eletrônico do Paciente, utilizado para acessar os prontuários médicos dos pacientes internados.

- **AGENDAMENTO**

Módulo que permite realizar o gerenciamento das agendas médicas através da disponibilidade por especialidade ou procedimento. Possibilitando marcações múltiplas, replicar agenda, gerar confirmação de agenda .

- **CONSULTÓRIO MÉDICO (PEP)**

Acesso ao prontuário eletrônico do paciente em regime ambulatorial. Permite identificar o paciente, e em seguida acessar os dados de prontuário nas diversas pastas disponíveis.

- **CONTROLE DE FLUXO DE PRONTUÁRIO**

Localização do prontuário físico em clínicas.

- **CADASTROS MÉDICOS**

Funções de manutenção dos cadastros que são utilizadas nas tarefas médico-assistenciais: o Dicionário de Descritores que será empregado no registro de histórias clínicas e emissão de laudos de exames complementares de diagnóstico, o CID, o bulário de medicamentos, dietas, etc.

- **WEBLAUDOS**

Disponibilizar resultados de exames via web para os pacientes; Acesso a exames dos pacientes pelos médicos; Acesso a exames para auditorias de convênios; Acessar o módulo de Marcação Web.

- **AUDITORIA DE CADASTRO**

Permite visualizar as alterações realizadas nos cadastros do Sistema.

- **CQE**

Permite parametrizar percentuais ou valores que devem ser repassados as contas correntes dos profissionais médicos em função dos atendimentos realizados.

- **COMUNICAÇÃO COM APARELHOS (INTERFACEAMENTO)**

Comunicação com aparelhos laboratoriais.

- **CONTROLE DE QUALIDADE LABORATORIAL**

Baseado nas regras de Westgard, onde é possível controlar os exames através dos parâmetros de desvio padrão e média.

- **DIETA**

Módulo responsável pelo controle de dietas dos pacientes internados na unidade.

- **CARDÁPIO**

Cadastro dos alimentos que a unidade oferece aos acompanhantes, onde as solicitações de refeição são controladas e atendidas.

- **SRTN**

Funções necessárias para realizar as atividades de referência em Triagem Neonatal, possibilitando efetuar uma busca ativa dos pacientes com resultados positivos para tratamento.

- **CADASTROS GERAIS E FINANCEIROS**

Funções de manutenção dos cadastros básicos de todo o sistema: serviços, tabelas de preços, convênios, médicos (prestadores de serviço), horários de atendimento, etc.

- **CAIXA**

Funções de administração do(s) caixa(s) da unidade de Saúde.

- **COMPRAS**

Permite administrar o processo de compra de materiais, desde a coleta de preços até a emissão da Autorização de Fornecimento.

- **TESOURARIA**

Funcionalidades que atendem a Gestão da tesouraria: Contas a pagar (lançamento e baixa de compromissos); Bancos (Integração bancária, impressão de cheque, protocolo de entrega do cheque e conciliação bancária); Relação com prestadores (extrato analítico e pagamento a prestador); Outros (transação interna, extrato bancário, fluxo de caixa e resultado mensal) e Relatórios (extrato de conta corrente).

- **CONTABILIDADE FISCAL**

Gera os arquivos para integração com o sistema de Escrituração Fiscal Digital - EFD do Governo Federal.

- **FATURAMENTO SUS**

Possibilita a unidade de saúde gerar faturas seguindo as regras e parâmetros determinados pela ANS. Otimizando os lançamentos no padrão do arquivo exigido pelo SUS e permitindo a atualização das tabelas mensalmente de forma automática.

- **INTEGRAÇÃO CONTÁBIL**

Possibilidade de integrar os dados do Smart com outro sistema, permitindo o acesso às informações, sem perda dados, respeitando as regras inerentes do Smart e do software destino.

- **ORÇAMENTO E CUSTOS**

Atente as funções de custeio com a "visão gerencial" e custeio com a "visão contábil".

- **CONTABILIDADE/PATRIMÔNIO**

Permite integrar as informações contábeis com um sistema externo, ou para realizar a própria contabilidade.

- **ESTERILIZAÇÃO**

Controle dos materiais esterilizáveis da unidade.

- **ESTOQUE / FARMÁCIA**

Módulo responsável pela administração dos processos operacionais do subalmoxarifado, registros de Notas Fiscais de Entrada, atendimento das Solicitações, registros de Perdas, transferências, etc.

- **LABORATÓRIO**

Conjunto de funções para atendimento aos pacientes na realização de exames laboratoriais.

- **LAVANDERIA**

Permite administrar a rotina do setor de lavanderia, registrando as entradas de roupa suja, por grau de sujidade, e administrando os fornecimentos de roupas para os diversos setores.

- **MANUTENÇÃO**

Administrar as rotinas operacionais do setor de manutenção

- **MEDICINA OCUPACIONAL**

Geração de baterias de exames, emissão de convocações, emissão de PPP, emissão do ASO.

- **PESQUISA CIENTÍFICA**

Módulo para realizar pesquisa em dados clínicos.

- **PESQUISA DE AVALIAÇÃO**

Função para elaborar questionários customizados para diferentes áreas do sistema, tais como: Paciente: Coleta de Opinião, Coleta de Informações no Atendimento, Coleta de Informações na Marcação, Etc.; Fornecedor: Avaliação de Fornecedor; Setor: Avaliação de Qualidade; OS/Exame: Coleta de informações complementares ao exame; Sol Mat. Apliq. Direta: Para preenchimento do questionário na tela de Solicitação de APLICAÇÃO DIRETA.

- **PLANEJAMENTO DE ESTOQUE**

Cadastros básicos de suprimentos (itens do estoque, subalmoxarifados, etc).

- **SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS E MATERIAIS**

Funções para a solicitação de materiais de consumo Interno ou de Pacientes, assim como, solicitações de serviços, como Lavanderia e Manutenção.

- **BI – BUSINESS INTELLIGENCE**

Ferramenta que tem como objetivo ajudar na tomada de decisão e na visão operacional, gerencial e estratégica, utilizando componentes gráficos de forma dinâmica, facilitando o entendimento das sazonalidades, quedas ou ascensão do objeto analisado, possibilitando verificar suas referências históricas.

- **EIS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES EXECUTIVAS**

Permite gerar informações destinadas aos gestores da unidade.

- **REPORT - GERADOR DE RELATÓRIOS**

Ferramenta que permite ao cliente gerar relatórios personalizados.

- **SMARTTOTEM**

Aplicativo utilizado para gerenciamento do painel de chamados da fila de espera.

- **SMARTWEB**

Disponibilidade dos módulos em desktop na versão Web, possibilitando o cliente optar pela plataforma que será utilizada.

- **PACS**

Módulo de Comunicação e Armazenamento de Imagens (PACS) e totalmente integrado ao Sistema de Informação em Radiologia (RIS) e ao Sistema de Informação Hospitalar (HIS). O PACS é uma solução de última geração que permite capturar e armazenar em mídia eletrônica, imagens digitais de ultra-som, tomografia computadorizada, ressonância magnética entre outras.

- Transferência automática da Worklist para os equipamentos de diagnóstico por imagem (os dados dos pacientes que serão submetidos a exames)
- Baseado no padrão DICOM - Digital Imaging Communications in Medicine
- Vantagem de ter acesso ao histórico completo do paciente, como a possibilidade de visualizar e manipular imagens de exames
- Geração do laudo do paciente com suas imagens em CD, tanto no formato DICOM, como no formato genérico JPEG, além de um visualizador que permite seu uso em qualquer computador em qualquer lugar do planeta

Possibilidade de acesso através de interface web, facilitando a utilização desta valiosa ferramenta de forma simplificada em qualquer computador. contratados de maneira complementar, visando incremento de eficácia e eficiência no desempenho das atividades e alcance dos resultados esperados, na gestão dos recursos alocados, na busca da economicidade, da qualidade do atendimento prestado à população e na efetividade da gestão dos serviços de saúde no âmbito do Estado.

A metodologia para orientar e controlar o processo de implantação do sistema irá contemplar no mínimo as seguintes fases: instalação dos produtos básicos, instalação do sistema, treinamentos, acompanhamento da parametrização, migração de dados,

acompanhamento da execução de paralelos e acompanhamento da entrada em produção.



O Instituto ACQUA elaborou um plano de trabalho contemplando o detalhamento do cronograma e das atividades de operacionalização do software, na Unidade Hospitalar, identificando os requisitos necessários à operacionalização do software, entre outros:

- estrutura organizacional da unidade gerencial e assistencial de saúde;
- Irá levantar o fluxo do processo de trabalho, normas, rotinas, integração entre as áreas, tipos de documentos e relatórios;
- logística a ser implementada nas unidades assistenciais
- parametrizar as necessidades de cada unidade segundo conhecimento presumido;
- Irá reunir-se com gestores do sistema de saúde para definição de prioridades;
- arquitetura necessária ao projeto;
- preposto com poder de gestão e decisão para relacionar-se com a SESA.

Treinamento

O Instituto ACQUA irá prover treinamento aos usuários da solução e à equipe de informática da Secretaria de Saúde, de acordo com os requisitos e condições abaixo especificados.

Treinamento de usuários:

A. O Instituto ACQUA irá prover treinamento na operação e administração da solução, respeitando aspectos técnico-pedagógicos de acordo com o público-alvo, de forma que, ao final do curso os profissionais treinados estejam aptos a utilizar todas as funcionalidades do sistema;

B. Os treinamentos serão ministrados nas unidades assistenciais definidas, em dependências dotadas dos recursos de infraestrutura, hardware e software para a realização dos mesmos, incluindo a disponibilização de computadores, a cargo da SES;

C. Os treinamentos serão focados no funcionamento e operacionalização de cada módulo do sistema, com utilização de base de testes que permita a visualização e análise de todas suas funcionalidades;

D. O Instituto ACQUA apresentará cronograma de realização do treinamento, para aprovação da contratante, que deverá ser concomitante com o período de migração definitiva dos dados para o novo sistema.

E. O Instituto ACQUA disponibilizará instrutores em número, competência e experiência profissional adequada ao treinamento a ser realizado, primando também pela padronização metodológica, didática e de conteúdo programático entre as turmas;

Suporte e Manutenção

O Instituto ACQUA irá prover serviços de suporte técnico (remoto e assistido) e de manutenção (corretiva, evolutiva e legal) do software, sem custos adicionais ao Estado, a fim de garantir a plenitude operacional e o funcionamento satisfatório da solução, conforme as atividades detalhadas a seguir:

Suporte técnico:

Os serviços de suporte técnico remoto serão oferecidos em ambiente do Instituto ACQUA e poderão ser acionados por meio de telefone ou e-mail, durante o período

das 08:00 às 18:00 h. As consultas e solicitações efetuadas pelos usuários da solução deverão ser respondidas no prazo máximo de 24 horas, possibilitando a padronização dos serviços, agilidade na resolução de problemas e recuperação de falhas que por ventura venham a ocorrer no software.

- a) Prestar serviços especializados na solução de problemas do software, garantindo a operacionalização do Sistema;
- b) Diagnosticar o desempenho do software em seus aspectos operacionais e legais;
- c) Identificar problemas inerentes ao software, os quais serão encaminhados para a equipe de manutenção de sistemas.
- d) Reportar ao gestor da contratante quaisquer outros problemas que não forem pertinentes ao software em questão;
- e) Fornecer informações aos usuários sobre a situação e o andamento dos serviços de manutenção solicitados;
- f) Acompanhar, em tempo integral, todas as operações realizadas nos módulos do software, tanto nos aspectos de alimentação quanto na extração de dados;
- g) Executar as atividades de inclusão, alteração, exclusão, manutenção e padronização das tabelas do sistema, de forma a permitir a utilização integrada da solução para o hospital.
- h) Zelar pela manutenção do Datacenter durante as 24 horas do dia e nos sete dias da semana (full time), sem interrupção dos serviços, de maneira que o sistema esteja operacional permanentemente.

Manutenção:

O Instituto ACQUA deverá executar os serviços contínuos de manutenção corretiva e evolutiva da solução informatizada de gestão, durante 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado, por período igual e sucessivo, até o limite legal, incluindo as seguintes atividades:

a. **Manutenção corretiva:** é aquela decorrente de problemas de funcionalidade detectados pelo usuário, ou seja, funcionamento em desacordo com o que foi especificado relativos às telas, regras de negócio, relatórios e interfaces com outros sistemas, com prazo máximo de 15 dias para conclusão; o desempenho do sistema é considerado item de manutenção corretiva e será classificado como crítico, devendo ser corrigido no prazo de 24 horas.

b. **Manutenção legal:** em caso de mudança na legislação, plano de contas, banco de dados, sistemas operacionais, entre outros, será elaborada uma programação para atendimento às mudanças ocorridas, sem prejuízos à operação do sistema.

c. **Manutenção evolutiva:** é a alteração ou adição de uma funcionalidade visando a adaptação e/ou melhoria de componentes e objetos da solução implementada, tais como "layout" de telas, relatórios, programas de interfaces, rotinas e regras de negócios. Para esta modalidade de manutenção, quando solicitada pela Secretaria Estadual de Saúde, o ACQUA deverá disponibilizar técnico para atender às demandas. Deverá ainda efetuar trocas de versões, sem qualquer ônus adicional para a Secretaria de Saúde, na qual serão lançadas versões dos sistemas necessárias ao cumprimento do contrato, contemplando incorporação de novas tecnologias e as demais melhorias no sistema.

Banco de dados:

O software está estruturado para suportar vários bancos de dados relacionais como repositório de dados. Dentre os quais, possibilita a instalação do aplicativo em banco de dados estruturado fornecido sob licenciamento.

Ferramentas de Excelência na Saúde e Gestão de Performance

A ideia de um modelo maduro na saúde é descrever, de forma sucinta, como uma organização e seu time de gestão podem desenvolver e ampliar o uso do conceito da excelência corporativa e seus processos e sistemas de informação relacionados. A origem do modelo reside na ideia de estágios, os quais uma organização geralmente atravessa a medida que se adapta a nova cultura, processos, práticas de gestão, conceitos de negócio e modos de operação. Estes estágios representam o

crescimento, aprendizado e desenvolvimento organizacional que ocorrem a medida que novos métodos são implementados em grandes instituições.

Uma das melhores aplicações práticas do modelo é determinar a maturidade ou predisposição de uma organização da saúde para o programa de desenvolvimento da **excelência** organizacional. Geralmente, as diferentes partes de uma grande instituição têm capacidade de desenvolver o programa em ritmos diferentes, com pouca sincronização. Algumas partes da empresa estão bem estabelecidas ou reorganizadas e algumas se desenvolveram puramente através de evolução orgânica. Este tipo de desenvolvimento leva a uma situação onde os processos existentes, conteúdo e qualidade da informação do paciente, e habilidades dos colaboradores podem existir em níveis muito diferentes nas diferentes partes da organização. Com o objetivo de desenvolver com sucesso a excelência nos diferentes temas, tais como em processos ou informações, a situação atual de cada unidade de negócio, unidade regional ou departamento deve ser reconhecida e suficientemente compreendida. O modelo de maturidade em excelência organizacional é uma valiosa ferramenta para esta avaliação e análise.

Pela verificação frequente dos itens de medição no macro e micro-sistemas – diária, semanal ou mensalmente – a organização pode monitorar melhor seu desempenho, encontrar oportunidades de melhoria, e prevenir níveis de qualidade de despencarem sem ninguém perceber.

Algumas características claramente diferenciam os níveis de maturidade tecnológica e apresentam evidências de progresso da organização, que impactam direta e positivamente na sustentação da mudança do modelo de gestão. Os fatores que melhor exibem este progresso são:

- **Pontualidade dos processos:** Tempo decorrido entre o início de um processo de negócio ou atividade e o resultado esperado. Por exemplo, tempo para registrar um prestador de serviço, designar um colaborador, pagar por um serviço, responder a uma solicitação, realizar uma mudança, reportar resultados, etc. Este indicador move a partir de um nível inicial de algumas horas/dias até retorno imediato ou simultâneo.
- **Acesso e precisão dos dados:** Facilidade de acesso aos dados requeridos pelo processo ou atividade, e disponibilidade e exatidão dos dados usados pelo processo. Este indicador parte de um padrão não determinado, até um formato padronizado com autorização, autenticação, e acesso instantâneo e remoto ao dado.
- **Nível de esforço:** carga de trabalho e de requisitos requeridos para realizar um processo de negócio ou atividade. Este indicador move desde uma grande carga de

trabalho manual até elevada automação com intercâmbio e validação automática de dados a partir de fontes internas e externas.

- **Custo efetivo:** Relação entre esforço e custo com o resultado final. Este indicador move a partir de um grande número de profissionais até a automação total do processo com um reduzido número de profissionais chaves.
- **Qualidade dos resultados:** Benefícios mensuráveis resultantes do processo ou atividade. Esta qualidade move a partir de validações manuais e decisões inconsistentes até verificações automáticas através de mecanismos padronizados.
- **Utilidade ou valor para os participantes:** Impacto do processo ou atividade no indivíduo. Este indicador move desde sendo um facilitador até a padronização total dos processos para a melhor tomada de decisão.

Conforme as instituições migram de um nível de maturidade para o próximo, o impacto dos benefícios nas melhorias nos processos e atividades cresce substancialmente. Considerando que as melhorias em cada nível de maturidade solucionam diferentes conjuntos de problemas, diferentes benefícios são alcançados em cada nível.

Compreender o negócio da saúde requer a habilidade de integrar os dados médicos gerados no atendimento ao paciente com os dados administrativos e financeiros para transformar simples registros em informação inteligente para o disparo pró-ativo de ações. Ter o acesso aos dados certos na hora certa auxilia os gestores e corpo clínico a suportar eficazmente a organização e seus pacientes, e ao mesmo tempo, aprimorar continuamente a qualidade dos serviços prestados.

A maioria dos gestores não utiliza uma maneira simples para medir e monitorar o desempenho de seus indicadores - ou um método eficaz para comunicar metas e objetivos. Como resultado, muita atenção é dada aos indicadores financeiros e indicadores de resultado enquanto que os indicadores das operações críticas e os indicadores chaves de desempenho (KPIs) não recebem dedicação suficiente.

As Instituições arriscam desperdiçando recursos e esforços quando o que elas precisam é de uma estratégia clara e unificada. Na falta de fontes de indicadores comuns, os **gestores medem** o desempenho em áreas não relacionadas com a estratégia corporativa ou não alinhadas corretamente.

Os empregados sabem que eles são responsáveis por conduzir o desempenho da empresa. Mas, nem todos sabem se ou quando eles são responsáveis por resolver um problema de desempenho. Muitos problemas persistem ou ficam sem responsável porque nenhuma pessoa, equipe ou departamento foi especificamente designado para resolvê-lo.

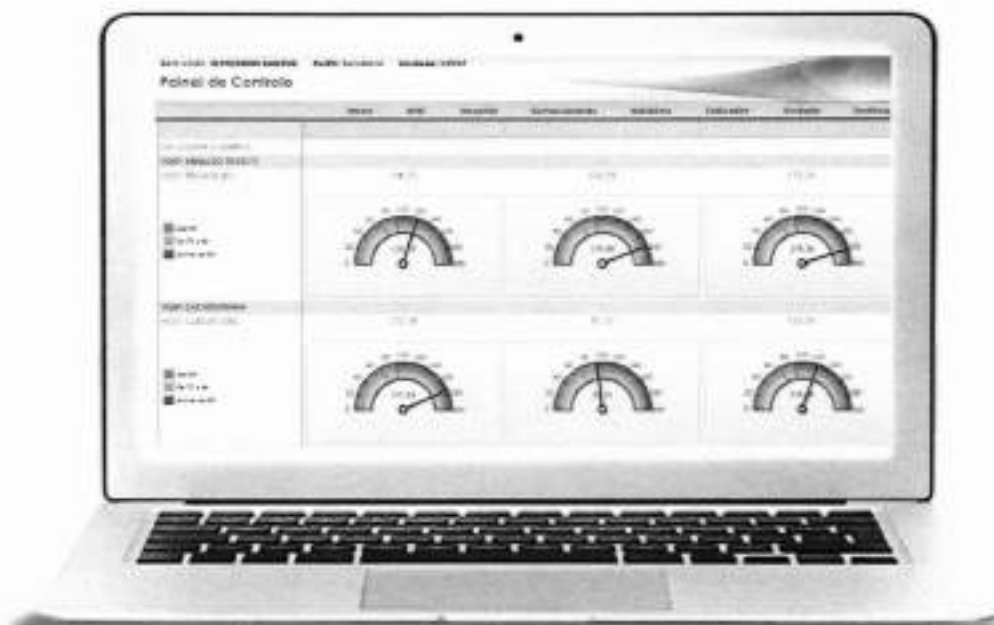
O modelo de Gestão de Performance é um conjunto de processos de gestão, com suporte tecnológico, que possibilita a definição de objetivos estratégicos, a medição

e o monitoramento de sua performance em relação às metas. A Gestão de Performance contempla indicadores, metodologias, processos e sistemas de informação para gerenciar o desempenho corporativo.

Além disso, soluções de Gestão de Performance devem ser abrangentes e suportar todos os níveis de desempenho para gerenciar a interação entre todos os tipos de indicadores e proporcionar uma visão única da organização. Esta Gestão também apresenta os seguintes benefícios:

- Melhora a tomada de decisão;
- Minimiza incertezas e alinha Indicadores e Objetivos;
- Foca nos indicadores que refletem a estratégia e que são mais críticos;
- Sincroniza a comunicação das metas, estratégias e indicadores através das diversas áreas e permite aos usuários consultar, editar, compartilhar e trabalhar simultaneamente em uma informação comum;
- Minimiza os problemas associados com a geração de relatórios financeiros detalhados e dados operacionais de múltiplas aplicações, base de dados e sistemas legados;
- Capacita a organização a tomar decisões de maneira mais rápida, mais inteligente e em tempo hábil obtendo e transformando dados dos sistemas legados operacionais e dos sistemas "front-end" em um repositório único em tempo real;
- Integra processos chave como planejamento, orçamento, provisionamento, consolidação, relatórios e análises em uma única plataforma de TI.

Uma solução completa de Gestão de Performance suporta todos os estágios do ciclo de vida permitindo planejar a estratégia, definir os objetivos, gerenciar riscos e iniciativas, medir e monitorar os indicadores, tomar ações corretivas e preventivas, reportar e analisar seu desempenho através de toda a organização.



- ✓ Painel de Indicadores gerenciais
- ✓ Integra dados oficiais do Ministério da Saúde para disponibilização de indicadores em tempo real: SAI, SIH, CNES, CADSUS, CID10;
- ✓ Possibilita a inserção de bases de dados específicas;
- ✓ Produto gerencial, focado para o acompanhamento dos estabelecimentos de saúde e suas metas;
- ✓ Produto web - Acesso online;

Ainda a estrutura de Tecnologia de Informação irá:

I. Apoiar as ações relacionadas à implementação e manutenção do Plano Diretor de Tecnologia da Informação – PDTI da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás e, no âmbito do hospital;

II. Apoiar o mapeamento, avaliação e otimização e implantação dos fluxos dos processos de gestão, administração e assistenciais das unidades hospitalares;

- III. Atuar na implementação e manutenção da política de segurança da informação, com foco na gestão da informação do hospital;
- IV. Acompanhar a utilização das ferramentas informatizadas que permitam monitorar e avaliar os indicadores e metas de desempenho;
- V. Apoiar na especificação dos serviços a serem contratados referentes ao desenvolvimento de sistemas, gestão de processos, infraestrutura e segurança da informação, assim como acompanhar e avaliar os serviços prestados pelas empresas contratadas no âmbito do hospital;
- VI. Apoiar na implantação e na sustentação permanente de modelos operacionais e de gestão padronizados e unificados no âmbito do hospital;
- VII. Realizar a gestão dos dados dos sistemas de informação utilizados na atividades do hospital, seguindo os procedimentos operacionais definidos pela Diretoria de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação;
- VIII. Agrupar demandas do hospital relacionadas ao desenvolvimento e/ou aquisição de novos sistemas e submeter à Diretoria de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação para análise e providências necessárias;
- IX. Apoiar na implementação da segurança da logística física de equipamentos e tecnologias das redes e sistemas de informação;
- X. Apoiar e acompanhar as atividades das áreas de suporte tecnológico, gerência de banco de dados e de operação de rede e conduzir as rotinas de qualidade inerente à garantia e à segurança de informação no âmbito do hospital;
- XI. Supervisionar e acompanhar as políticas de recursos de informática e de desenvolvimento de tecnologia, as atividades de concepção, desenvolvimento, implantação, prática, aperfeiçoamento de normas e padrões de suporte técnico de sistemas e de segurança, física e lógica, de informação e propor convênios, contratos e parcerias no âmbito do hospital;
- XII. Coordenar, acompanhar e supervisionar as ações administrativas referentes às atividades de emissão, preparação e expedição de relatórios, à gestão dos recursos

de tecnologia de informação no âmbito do hospital;

XIII. Apoiar e implementar soluções e projetos de infraestrutura e de interligação de redes e de serviços de comunicação de dados no âmbito do hospital;

XIV. Acompanhar e fiscalizar as atividades relacionadas à impressão corporativa no âmbito do hospital;

XV. Acompanhar e avaliar a operacionalização dos recursos de informática existentes, providenciando a adoção de meios para sanar deficiências porventura detectadas;

XVI. Instalar, manter os sistemas informatizados básicos e de usuários finais, gerenciar e operar as estações da rede de servidores, orientar e supervisionar a implantação, a manutenção e a operação dos dispositivos de segurança relativos aos sistemas informatizados;

XVII. Viabilizar e manter o serviço de comunicação telefônica pela rede de comunicação de computadores (VOIP), referente às centrais telefônicas para os ramais da empresa no âmbito do hospital; e

XVIII. Exercer outras atribuições determinadas pela Diretoria de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação.

6.5 PROPOSTA DE REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO

Abaixo segue descrito o Regimento do Corpo Clínico proposto a ser implantado no HEMU pelo Instituto Acqua.

INTRODUÇÃO

Este Regimento Interno define e caracteriza o sistema de gestão aplicado ao Corpo Clínico das Unidades HEMU, com o propósito de organizar os recursos necessários para uma assistência qualificada que atenda aos requisitos dos clientes, bem como aos requisitos legais e regulamentares aplicáveis.

CONTROLE E REVISÕES

Elaboração/Revisão/Aplicação: O conteúdo deste Regimento Interno é de responsabilidade do Diretor Clínico, a natureza da revisão deve ser indicada no controle de revisões, última página deste Regimento Interno.

Verificação: é de responsabilidade do representante da Gestão da Qualidade;

Aprovação: Membros do Corpo Clínico e CRM;

Distribuição: Cópias controladas deste Regimento Interno devem ser distribuídas aos membros dos Corpo Clínico e Diretoria da Unidade.

CONCEITOS

Corpo Clínico: O Corpo Clínico é o conjunto de médicos de uma instituição com a incumbência de prestar assistência aos pacientes que a procuram, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural.

Os demais profissionais da área da saúde, levando-se em consideração que sempre deve ser incentivado o corpo multidisciplinar, poderão estar incluídos nesta definição, mas não terão qualquer ingerência do presente Regimento Interno em suas atividades, resguardando-se, ainda, a atividade fiscalizatória de cada Conselho.

Os demais profissionais da área da saúde poderão, a critério exclusivo do Diretor Clínico, participar como ouvintes nas Assembleias do Corpo Clínico.

OBJETIVOS PRINCIPAIS DO CORPO CLÍNICO

O Corpo Clínico tem como principal objetivo reunir o conjunto de médicos de uma entidade prestadora de assistência médica, visando, sempre, a melhoria do serviço como um todo.

O Regimento Interno deve prever os objetivos principais do Corpo Clínico, dentro dos parâmetros estabelecidos na presente Resolução e na Resolução e na Resolução Federal, além do Código de Ética Médica.

COMPOSIÇÃO DO CORPO CLÍNICO

O Regimento Interno deve prever de maneira clara as categorias de médicos existentes no Corpo Clínico, sendo livre a denominação a ser utilizada, bem como as formas de acesso entre elas, sendo permitido, entretanto, qualquer elemento discriminatório que obste a movimentação dos médicos entre as diferentes categorias.

Quando houver a previsão de estagiários ou estudantes no Regimento Interno, estas categorias não se enquadram na previsão de membros do Conselho Clínico, bem como os residentes que devem sempre estar acompanhados de um preceptor, este sim membro do Corpo Clínico.

Ainda que não conste previsão expressa no Regimento Interno, o médico tem direito de interagir e assistir seus pacientes, nos termos do artigo 25 do Código de Ética Médica, sendo responsabilidade do Diretor Clínico e sua entrada e do Diretor Técnico e sua atuação, frente às condições e normas técnicas da instituição.

Categorias de médicos com caráter temporário, como médicos visitantes ou médicos consultores não fazem parte do Corpo Clínico para efeitos da presente normativo, posto que não exercem atividades médicas na instituição, devendo obediência ao Regimento Interno pelo curto período que estiverem nas dependências da entidade,

não podendo participar das Assembleias e demais comissões próprios dos membros do Corpo Clínico, exceto como ouvintes.

Em existindo uma categoria específica de médicos na modalidade cadastrados, geralmente caracterizados pelos profissionais que, esporadicamente, exercem suas atividades médicas na instituição, esta categoria faz parte do Corpo Clínico, podendo ser limitado seu acesso a cargos de Direção e Comissão de Ética Médica, mas garantindo seu direito a voto.

O Regimento Interno pode estabelecer prazo para que o membro cadastrado, indicado no item anterior, seja automaticamente excluído como membro do Corpo Clínico, após determinado prazo sem atuação no hospital, indica-se como razoável, um prazo mínimo de 2 (dois) anos. Em realizando o recadastramento, automaticamente retoma à condição de membro do Corpo Clínico.

COMISSÕES OBRIGATÓRIAS

O Regimento Interno dever prever, de maneira clara e objetiva, as comissões obrigatórias, que atualmente são:

1. Comissão de Ética Médica,
2. Comissão de Revisão de Prontuários Médicos,
3. Comissão de Controle de Infecções Hospitalares

O Regimento Interno pode prever outras Comissões de caráter obrigatório, no sentido de incentivar a pesquisa e o aprimoramento da profissão médica, tendo sempre como alvo a melhoria no atendimento ao paciente.

DIRETORIA CLÍNICA e TÉCNICA

Tanto a Diretoria Clínica quanto a Técnica, cargos privativos de médicos, possuem suas atribuições definidas na Resolução CFM nº 1.342/91 ou outra que porventura a substitua, devendo constar expressamente no Regimento Interno as funções de ambos, de forma clara e objetiva.

O Diretor Técnico se constitui em cargo de confiança da Diretoria da Instituição, podendo ser nomeado médico não integrante do Corpo Clínico, posto que o Regimento Interno não pode criar obrigações que vinculem a administração da unidade.

O Diretor Clínico se constitui em cargo de representação médica dentro da instituição, motivo qual deve ser eleito pelo próprio Corpo Clínico.

A eleição para o cargo de Diretor Clínico deve ser realizada por votação direta e secreta, sendo permitido voto por procuração, mediante convocação específica do Corpo Clínico para estar com antecedência mínima de 10 (dez) dias.

Para o cargo de Diretor Clínico é admitida a formação de chapas onde conste o candidato para o cargo bem com seu Vice sendo considerada eleita a chapa que obtiver a maioria simples dos votos.

Na hipótese de candidatura individual, será considerado eleito Diretor Clínico o candidato que obtiver a maioria simples dos votos, sendo o segundo candidato mais votado automaticamente assumirá o cargo de Vice-Diretor Clínico.

É aconselhável a criação de uma Comissão Eleitoral temporária, com membros indicados do Corpo Clínico em Assembleia ou pelo próprio Diretor Clínico, para condução dos trabalhos eleitorais podendo deliberar sobre eventuais ocorrências nas eleições, encaminhando ao , espécie de órgão recursal, quando não houver solução pela própria Comissão.

O Regimento Interno deverá indicar prazo máximo para mandato, sendo admissível a reeleição nos termos definidos pelo próprio Regimento.

A renúncia ao Cargo de Diretor Clínico deve ser feita por escrito, com informação ao próprio Corpo Clínico e ao CONSELHO REGIONAL, devendo assumir o Vice-Diretor Clínico imediatamente.

Na vacância total do cargo, o Presidente da Comissão de Ética Médica, o Diretor Técnico ou qualquer membro do Corpo Clínico deverá deflagrar novo processo eleitoral imediatamente para realização de nova eleição, para que seja estabelecida a direção do Corpo Clínico até o término do mandato, quando deverão ser realizadas novas eleições.

Os Chefes poderão ser eleitos pelo próprio Corpo Clínico, tendo em vista que sua nomeação pela Diretoria Clínica não implica em contrariedade à presente norma.

DAS ASSEMBLIAS DO CORPO CLÍNICO

Todos os membros do Corpo Clínico têm direito de frequentar as Assembleias Gerais e Comissões, inclusive as Extraordinárias, tendo direito a voto acerca de todas as matérias colocadas em pauta.

Segundo os critérios no presente normativo, alguns médicos podem assistir às Assembleias somente como ouvinte, cabendo ao Diretor Clínico a decisão quanto a permanência, na Assembleia, de outros profissionais da área a saúde.

As assembleias do Corpo Clínico deverão sempre ser convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, exceto par a realização de Assembleias Extraordinárias, quando o Corpo Clínico deverá observar a antecedência mínima de 24 horas e requerimento prévio subscrito por, no mínimo, 1/3 dos membros.

As deliberações em Assembleias deverão observar um quórum de 2/3 dos membros em primeira convocação e segunda convocação, após uma hora, com qualquer número, decidindo por maioria simples o voto.

DA COMISSÃO AO CORPO CLÍNICO

A admissão de médicos ao Corpo Clínico deve respeitar as normas administrativas da instituição, principalmente quanto às vagas existentes;

A Assembleia Geral do Corpo Clínico compete homologar a admissão de novos médicos ao Corpo Clínico, podendo negar esta entrada, desde que apresente justificativa juridicamente admissível.

A contratação de médicos regidos pela Consolidação das leis do Trabalho também dever ser submetida à apreciação da Assembleia Geral para que emita parecer sobre a contratação à administração, mas sem força vinculativa.

A contratação médica através de pessoa jurídica dever ser submetida à apreciação e aprovação do Diretor Técnico da Unidade em consonância com o Diretor Clínico.

DAS PENALIDADES AOS MEMBROS DO CORPO CLÍNICO

A aplicação de qualquer penalidade a membro do Corpo Clínico deve ser precedida de sindicância, a ser realizada pela Comissão de Ética Médica, com posterior envio ao CONSELHO REGIONAL, nos termos da normativa específica.

O Regimento Interno deve prever de forma clara e objetiva as penalidades possíveis, sendo quando da conclusão pela exclusão do médico deverá haver deliberação da Assembleia homologando-a. Para tanto, é exigível votação qualificada, sendo que 2/3 dos votos dos membros presentes à Assembleia devem se posicionar de forma favorável à exclusão.

Quando há, no Regimento Interno, pena de suspensão das atividades no Corpo Clínico, deve haver um prazo máximo de suspensão a ser aplicada.

Quando a contratação é feita através de contrato com pessoa jurídica, o rito de rescisão contratual segue o mesmo escopo dos outros prestadores de serviço da unidade.

DIRETORES E DEVERES

Além dos direitos e deveres já explicitados na presente Resolução, aos médicos do Corpo Clínico é garantida plena autonomia nas suas funções, sendo um dever a comunicação de falhas na assistência prestada pela instituição ao Diretor Clínico e reivindicando de melhorias que resultem aprimoramento da assistência aos pacientes.

Os médicos do Corpo Clínico devem obediência ao Código de Ética Médica e ao Estatuto Administrativo da Instituição, no que não conflitar com o Regimento Interno devidamente aprovado e elaborado à luz da normativa vigente.

ELABORAÇÃO, VERIFICAÇÃO E APROVAÇÃO

Controle de revisões.

- Revisão
- Data
- Conteúdo revisado

**6.6 PROPOSTA DE MANUAL DE PROTOCOLOS
ASSISTENCIAIS**

O Acqua entende que a complexidade de elaboração e implantação de determinado protocolo está voltado ao perfil de atendimento de cada unidade e especificação de cada serviço a ser prestado.

No caso dos hospitais não é diferente. As ações a serem tomadas sempre passarão pela anuência da Secretaria principalmente ao que tange o mínimo possível impacto

ao usuário final. Abaixo segue descrito os requisitos para a confecção de um novo protocolo:

1. INTRODUÇÃO

Corresponde à conceituação da situação clínica a ser tratada, com uma revisão de sua definição, epidemiologia, diagnóstico, potenciais complicações e morbimortalidade associada à doença, além dos benefícios esperados com o tratamento.

2. CLASSIFICAÇÃO

CID 10 Classificação segundo a CID 10 da situação clínica.

3. DIAGNÓSTICO

Apresenta os critérios diagnósticos para a situação clínica, subdivididos em diagnóstico clínico e laboratorial quando necessário.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Correspondem aos critérios a serem preenchidos pelos pacientes para serem incluídos no protocolo de tratamento. Podem ser apenas clínicos ou incluir exames laboratoriais. A subdivisão em itens pode ocorrer de acordo com a necessidade.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Correspondem aos critérios que contraindicam a participação do paciente no protocolo de tratamento. Em geral são contraindicações relacionadas ao medicamento ou a situações clínicas peculiares.

6. CASOS ESPECIAIS

Compreendem situações a respeito do tratamento ou da doença em que a relação risco-benefício deve ser cuidadosamente avaliada pelo médico prescritor e nas quais um comitê de especialistas nomeados pelo Gestor poderá ou não ser consultado para a decisão final.

7. COMITÊ TÉCNICO/CENTRO DE REFERÊNCIA

Presente em alguns protocolos nos quais se julga necessária a avaliação dos pacientes em um Centro de Referência, por motivos de subjetividade de diagnóstico ou de complexidade do tratamento.

8. TRATAMENTO Indicação das opções de tratamento e discussão das evidências que as embasam. Apresenta-se dividido em subitens.

8.1. Fármacos Descrição das apresentações disponíveis dos medicamentos e, em alguns casos, discussão das particularidades dos mesmos. Em geral, havendo mais de uma opção terapêutica, estas são colocadas em ordem crescente de prioridades seguida de ordem alfabética.

8.2. Esquema de administração São apresentadas as doses dos medicamentos, com as respectivas vias de administração e cuidados especiais, quando pertinentes.

8.3. Tempo de tratamento – critérios de interrupção Definição do tempo de tratamento assim como dos critérios de interrupção do mesmo.

8.4. Benefícios esperados Relato, de forma objetiva, dos desfechos esperados com o tratamento.

9. MONITORIZAÇÃO

Descrição de quando e como monitorizar a resposta ao tratamento. Efeitos adversos e contraindicações significativas que possam orientar uma mudança de opção terapêutica são também relatados.

10. CONSENTIMENTO INFORMADO Refere a necessidade de preenchimento do Termo de Consentimento Informado, integrante do Protocolo.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS Referências utilizadas para a elaboração do Protocolo Clínico e da definição das condutas.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

O Termo de Consentimento Informado (TCI) tem por objetivo o comprometimento do paciente (ou seu responsável legal) e de seu médico com o tratamento. Deve ser assinado por ambos após ter sido lido pelo paciente e/ou seu responsável legal e esclarecidas todas as dúvidas com o médico. Este responsabiliza-se pelo esclarecimento das informações relativas a benefícios e potenciais riscos, e o paciente explicita sua compreensão e concordância com o tratamento. Para facilitar o entendimento por parte do paciente e/ou de seus cuidadores, o texto é escrito em linguagem clara e de fácil compreensão. Em algumas situações, porém, são mantidos os termos técnicos devido à falta de um sinônimo de fácil entendimento pelo paciente. Nessas situações, o médico que entrega o TCI fica responsável por tais esclarecimentos. São citados como possíveis efeitos adversos aqueles com maior incidência, descritos pelo fabricante ou pela literatura internacional. Efeitos raros são referidos apenas quando apresentam grande relevância clínica. Os TCIs podem se referir a um único medicamento ou a um conjunto deles, a serem ou não empregados simultaneamente no protocolo em questão. Nos TCIs que se referem a mais de um medicamento, ficam assinalados, de forma clara para o paciente, os que compõem seu tratamento. Em alguns casos, os Protocolos incluem medicamentos que não fazem parte da lista de "Medicamentos Excepcionais", apresentando dispensação através de outros Programas de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde. Tais medicamentos não são incluídos nos TCIs. Ser encaminhado para a abertura do processo o Termo de Consentimento Informado do medicamento solicitado, devidamente preenchido e assinado pelo médico assistente e pelo paciente ou seu responsável legal.

- Entrevista inicial do paciente com o farmacêutico ocorre no momento da entrega da documentação necessária para abertura do processo. Esta atividade deve ser desenvolvida pelo profissional farmacêutico, que deve utilizar a Ficha Farmacoterapêutica integrante de cada Protocolo. O farmacêutico deve investigar possíveis interações medicamentosas, alergias a medicamentos e hábitos de vida.

Os dados coletados devem servir para a etapa de orientação ao paciente e repasse de informações relevantes ao médico especialista do Centro de Referência, quando for o caso.

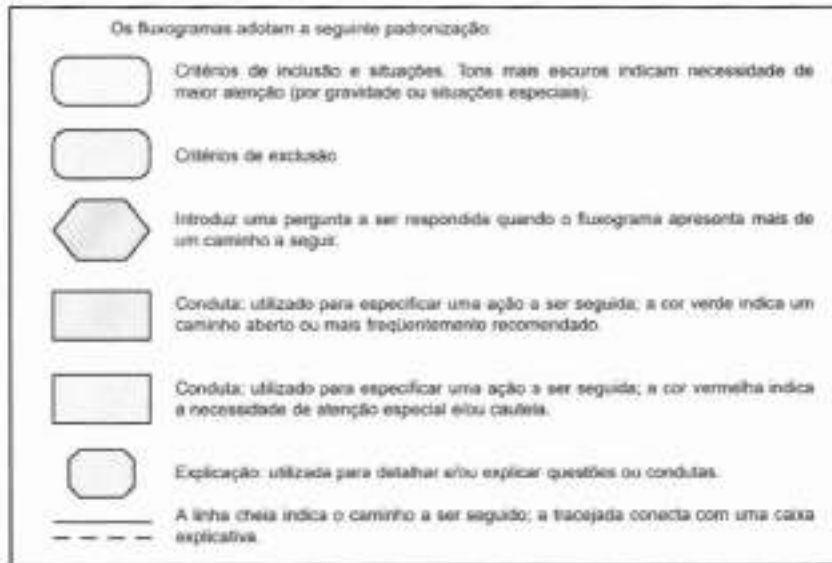
- **Encaminhamento ao Centro de Referência** Refere-se o Centro de Referência ao qual o paciente deverá ser encaminhado para avaliação clínica por especialistas. O Centro de Referência deve informar à unidade de dispensação se o processo foi deferido ou indeferido. Este item não é obrigatório para todos os Protocolos. Utilizando-se a Central de Regulação, quando houver, o agendamento de consultas deverá ser feito através da unidade de dispensação. Caso o paciente seja proveniente do Centro de Referência o fluxograma deve pular a etapa de encaminhamento ao mesmo. Neste caso, a avaliação do processo deve ser feita por peritos (médico e/ou farmacêutico) da própria unidade de dispensação.
- **Avaliação do processo** Nos Protocolos onde não estão preconizados Centros de Referência, a avaliação do processo deve ser feita por peritos (médico e/ou farmacêutico) da própria unidade de dispensação.
- **Processo deferido?** Sendo o processo aprovado, o farmacêutico deve proceder à orientação ao paciente. A periodicidade da dispensação é estabelecida no quadro a seguir do fluxograma. Caso seja indeferido, o motivo deve ser explicado ao paciente.
- **Orientação ao paciente** com base nas informações coletadas na entrevista inicial do paciente, o farmacêutico deve avaliar e elaborar uma estratégia que melhor represente as necessidades para orientação do paciente e registrar a conduta em Ficha de Registro do Plano de Ação. O farmacêutico deve informá-lo oralmente sobre o uso correto do medicamento dispensado e entregar-lhe o respectivo Guia de Orientação ao Paciente integrante de cada Protocolo.

- Entrevista de monitorização com o paciente Atividade a ser desenvolvida pelo profissional farmacêutico, que deve voltar a utilizar a Ficha Farmacoterapêutica. A cada dispensação o farmacêutico deve solicitar, avaliar e registrar os exames laboratoriais, bem como detectar e registrar a ocorrência de problemas relacionados aos medicamentos (PRMs). Em caso de alteração significativa dos exames laboratoriais ou suspeita de reações adversas, o paciente deve ser encaminhado ao médico assistente e, como regra geral, o medicamento deve ser dispensado. Em casos em que o farmacêutico avalie os efeitos como potencialmente graves, ele poderá suspender a dispensação até a avaliação pelo médico assistente. Na ocorrência de PRMs, a próxima dispensação só poderá ser efetuada mediante nova receita médica e parecer favorável do médico assistente à continuação do tratamento. O farmacêutico deve manifestar seu parecer através de carta ao médico assistente (anexo 2), entregue ao paciente, ou entrar em contato diretamente por telefone.

- Reavaliação pelo Centro de Referência Apresenta a periodicidade necessária para reavaliação clínica dos pacientes no Centro de Referência. O agendamento de consulta deve ser feito através da unidade de dispensação. Este item não é obrigatório para todos os Protocolos. A concordância e a assinatura do TCI constituem condição indispensável para a dispensação do medicamento.

FLUXOGRAMAS

O Protocolo inclui fluxogramas de tratamento e de dispensação. Os fluxogramas de tratamento representam graficamente o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, apontando os principais passos no manejo dos pacientes. Os fluxogramas de dispensação apresentam as etapas a serem seguidas pelos farmacêuticos dispensadores desde o momento em que o paciente solicita o medicamento até sua entrega.



A estrutura dos fluxogramas de tratamento varia uma vez que as situações clínicas são muito diversas. Os fluxogramas de dispensação, entretanto, apresentam uma estrutura geral comum. Alguns aspectos previamente estabelecidos podem facilitar a compreensão dos fluxogramas de dispensação e são abaixo discutidos.

- Possui formulário de SME corretamente preenchido? O farmacêutico deve averiguar os critérios de inclusão e exclusão, de acordo com o Protocolo Clínico de cada doença, além de conferir os itens pertinentes do formulário de Solicitação de Medicamentos Excepcionais (SME).
- Dose(s) prescrita(s) está(ão) de acordo com o estabelecido na Diretriz Terapêutica? O farmacêutico deve averiguar se a(s) dose(s) prescrita(s) está(ão) em conformidade com o estabelecido na Diretriz Terapêutica.
- Exames obrigatórios para a abertura do processo Informa a respeito dos exames necessários para o encaminhamento do pedido do medicamento. Este item não é obrigatório para todos os Protocolos.
- Os exames laboratoriais mostraram alterações significativas ou o paciente apresentou sintomas que indiquem reações adversas? Esta pergunta é direcionada à investigação da ocorrência de PRMs. Orientação sumária para investigação encontra-se na Ficha Farmacoterapêutica.

• Exames necessários para as dispensações/monitorização Informa a respeito dos exames que devem ser apresentados a cada dispensação. Este item não é obrigatório para todos os Protocolos.

FICHA FARMACOTERAPÊUTICA

Para cada protocolo é apresentada uma Ficha Farmacoterapêutica, caracterizada por um roteiro de perguntas que tem o intuito de servir como instrumento para o controle efetivo do tratamento estabelecido, promovendo o acompanhamento dos pacientes relativo a reações adversas, interações medicamentosas, contra-indicações, entre outros. O farmacêutico tem liberdade para incorporar outras perguntas pertinentes. Além disso, a Ficha Farmacoterapêutica tem como propósito servir de instrumento de acompanhamento dos desfechos de saúde da população brasileira. Como regra, a Ficha Farmacoterapêutica é concebida para 1 ano de acompanhamento e consta dos quatro itens abaixo.

DADOS DO PACIENTE: apresenta dados de identificação do paciente.

AVALIAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA

O farmacêutico deve entrevistar o paciente de maneira a obter respostas para os questionamentos presentes neste item. São apresentadas perguntas de cunho geral (outras doenças diagnosticadas, uso de outros medicamentos, história de reações alérgicas, uso de bebidas alcólicas) e específico para cada medicamento. Quando pertinentes, são listadas as principais interações medicamentosas e as doenças nas quais o risco/benefício para uso do medicamento deve ser avaliado.

MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

Deve proporcionar acompanhamento do paciente e registro dos exames laboratoriais. Apresenta perguntas que orientam o farmacêutico a avaliar o paciente quanto aos

exames laboratoriais e ocorrência de reações adversas. As principais reações adversas já relatadas para o medicamento são listadas. Em caso de suspeita de uma reação, o farmacêutico deve encaminhar o paciente ao médico assistente e, posteriormente, quando pertinente, notificar ao Programa de Farmacovigilância da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

REGISTRO DA DISPENSAÇÃO:

Apresenta tabela para registro do que foi dispensado, com informações sobre data da dispensação, medicamento (registrando-se o nome comercial para controle do produto efetivamente dispensado), lote, dose, quantidade dispensada e farmacêutico responsável pela dispensação. Nesta tabela também consta se há necessidade de que a próxima dispensação seja feita mediante parecer médico.

GUIA DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

O Guia de Orientação ao Paciente constitui-se de material informativo com as principais orientações sobre o medicamento a ser dispensado. O farmacêutico deve dispor deste material que, além de lhe servir como roteiro para orientação oral, será entregue ao paciente, complementando o processo educativo do mesmo. A linguagem utilizada está voltada para o entendimento do paciente; na medida do possível, não foram empregados jargões médicos ou vocabulário rebuscado. Como regra, o elenco de medicamentos da Diretriz Terapêutica encontra-se em um único Guia de Orientação ao Paciente, no qual os medicamentos que o paciente utiliza devem ser assinalados, quando pertinente.

7. IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

7.1 PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

O Manual da Rotina Administrativa do Almojarifado e Patrimônio consiste no gerenciamento entre a necessidade de aquisição, caso não seja item disponibilizado na unidade, dos itens e a relação ao capital investido em estoque, garantindo o suprimento racional da instituição, evitando os excessos e reduzindo os custos de armazenagem.

RESPONSABILIDADE

Tem como objetivo controlar, analisar e identificar quando e quanto comprar, visando respeitar as necessidades de alocações físicas na Central de Distribuição. O monitoramento do desempenho do processo é um grande desafio, uma vez que se trabalha com a incerteza da demanda, característica própria de flutuações de consumo de insumos farmacêuticos e da necessidade de manutenção do estoque de segurança, conciliando o ajuste do ponto de pedido ao tempo de reposição para evitar faltas de produtos essenciais.

ÁREAS DO ALMOXARIFADO

O almoxarifado pode estar destinado à estocagem de produtos para a saúde. Para tanto, devem ser previstos setores separados para os mesmos. Recomenda-se que cada setor (medicamentos e produtos para a saúde) tenha profissional responsável.

Deve ser estruturado para conter as seguintes áreas:

HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU (HEMU)

- a. Recepção – Área destinada ao recebimento dos produtos, na qual devem ser realizadas a verificação, a conferência e a separação dos mesmos.
- b. Expedição – Área destinada à organização, preparação, conferência e liberação dos produtos.
- c. Vestiário – Destinado ao pessoal da carga e descarga.
- d. Refeitório
- e. Sanitários
- f. Armazenamento

Figura– Almojarifado – Área Armazenamento



Em geral local deve ser ventilado. Os produtos devem ser armazenados em estantes ou estrados. As estantes ou estrados devem ser protegidos da luz e devem permitir a livre circulação de pessoas e equipamentos.

Recomenda-se o espaço de aproximadamente 150 cm entre as estantes. Os estrados devem manter distância de 80 cm entre si. No caso do uso de empilhadeiras, considerar o giro da mesma;

Setor de Distribuição

A distribuição deverá suprir as necessidades do seguindo um cronograma de reposição evitando atrasos e desabastecimentos.

A distribuição deverá obedecer a regra do primeiro que vence é o primeiro que sai – sistema PEPS.

BOAS PRÁTICAS DE DISTRIBUIÇÃO

Este tópico tem como objetivo implementar normas, rotinas e procedimentos padronizados na atividade diária de armazenamento e dispensação de material, com o intuito, com o intuito de assegurar a qualidade e a segurança dos itens estocados e distribuídos, dentro das dependências do da unidade de saúde. A preservação de sua qualidade dos produtos deve ser garantida desde sua fabricação até a sua administração. Desta forma, as condições de armazenamento e dispensação desempenham papel fundamental para manutenção dos padrões de qualidade dos produtos.

CONCEITOS

Para melhor entendimento deste manual são adotadas as seguintes definições:

- g. Armazenamento:** conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recebimento, estocagem e guarda, conservação, segurança e controle de estoque.

- h. **Estocagem e guarda:** estocar consiste em ordenar adequadamente os produtos em áreas apropriadas, de acordo com suas características e condições de conservação exigidas, caso houver.
- i. **Embalagem:** Invólucro, recipiente ou qualquer forma de acondicionamento, removível ou não, destinado a cobrir, embalar, envasar, proteger ou manter especificamente dos materiais hospitalares.
- j. **Materiais diversos:** São produtos que não necessariamente é item hospitalar, mas faz parte da estocagem, como produtos de escritório, informática, ou qualquer outro, que faça parte da necessidade, porém não é de uso direto ao paciente.
- k. **Material Hospitalar:** São produtos cujo uso ou aplicação esteja ligado a defesa e proteção da saúde e higiene, individual ou coletiva.
- l. **Lote:** Quantidade do produto que se produz em um ciclo de fabricação, cuja característica essencial é a homogeneidade.
- m. **Número de lote:** Designação de números ou letras impressas no rotulo da embalagem, através da qual se pode rastrear a história completa do material, desde a fabricação até a dispensação final deste.
- n. **Área de ambiente controlado:** Sala onde a temperatura é mantida entre 15 a 30C para estocagem e dispensação de produtos cujo acondicionamento primário não os protege da umidade. A umidade deve ser mantida entre 40 a 70%
- o. **Refrigeração:** Lugar/espaco frio no qual a temperatura é mantida, através de termostato, entre 2 a 8C.
- p. **Dispensação:** Atividade que consiste no suprimento dos materiais hospitalares dos setores internos, em quantidade, qualidade e tempo oportuno, para posterior administração ou disponibilização aos usuários / pacientes.
- q. **Produto Segregado:** material hospitalar, que por qualquer tipo de desvio de qualidade seja separado em local identificado e proibido a dispensação.
- r. **Desvio de qualidade:** diferença dos parâmetros de qualidade estabelecidos para os materiais, tais como mudança de coloração, odor, sabor, precipitação,

dificuldade de homogeneização, problemas de desintegração e dissolução, formação de gases, fotossensibilidade e termossensibilidade. Ainda se consideram desvio de qualidade a presença de partículas estranhas, falta de informação no rótulo, problemas de registro, troca de rótulos, problemas de embalagem.

- s. **Produto termossensível (Termolábil):** todo material hospitalar que sofre degradação devido a ações de temperatura superior ao estipulado pelo fabricante. Devem ser armazenados em equipamentos apropriados para conservação a frio (refrigerados entre 2 e 8 graus celcius).
- t. **Produto fotossensível:** todo material hospitalar sensível à ação da luz. Devem ser mantidos em embalagens apropriadas até o momento da administração.
- u. **Produto padrão:** todo material hospitalar que conste na lista de padronização do hospital.
- v. **Produto não padrão (Aplicação Direta):** todo material hospitalar que não consta na lista de padronização da unidade.
- w. **Recursos Humanos**

Deve ter número suficiente de pessoal, com as qualificações e atribuições definidas de cada trabalhador.

Considerando-se que os processos de aquisição serão desencadeados pelo almoxarifado e que estes processos pressupõem especificações técnicas precisas, recomenda-se equipe técnica constituída de farmacêutico, cirurgião-dentista, enfermeiro, técnico de farmácia, auxiliar técnico administrativo, armazenador, motorista e outros.

A responsabilidade técnica do almoxarifado de medicamentos deve ser assumida por um farmacêutico, que supervisionará e orientará as atividades da equipe de trabalho.

Todo pessoal deve ser capacitado em Boas Práticas de Armazenamento, seguindo a Política de Logística de Suprimentos.

POLÍTICA DE CONTROLE DE ESTOQUE

A política de estoque consiste no gerenciamento entre a necessidade de aquisição dos itens e a relação ao capital investido em estoque, garantindo o suprimento racional da Instituição, evitando os excessos e reduzindo os custos de armazenagem. Tem como objetivo também controlar, analisar e identificar Quando e Quanto comprar, visando respeitar as necessidades de alocações físicas na Central de Distribuição.

O monitoramento de desempenho do processo é um grande desafio, uma vez que trabalhamos com a incerteza da demanda, característica própria de flutuações de consumos de insumos farmacêuticos e da necessidade de manutenção do estoque de segurança, conciliando o ajuste do ponto de pedido ao tempo de reposição para evitar falta de produtos essenciais.

PONTO DE PEDIDO (PP)

$$ES = \sqrt{C \times TE}$$

$$PP = (C \times TE) + ES$$

Onde:

- **C** = Consumo Médio Mensal (últimos 3 meses)
- **TE** = Tempo de espera em meses (dividir o tempo de espera informado no cadastro do produto por 30) o resultado será o tempo de espera em meses.
- **ES** = Estoque Segurança
- **PP** = Ponto de pedido

Cobertura de estoque: É o tempo que o estoque consegue atender a demanda.

$$\text{COBERTURA M\u00c9DIO} = \frac{\text{ESTOQUE} \times \text{PER\u00cdODO}}{\text{DEMANDA M\u00c9DIA}}$$

Giro de estoque: Expressa quantas vezes por unidade de tempo, o estoque se renovou ou girou.

<i>GIRO=</i>	DEMANDA M\u00c9DIO NO PER\u00cdODO
	ESTOQUE M\u00c9DIO NO PER\u00cdODO

REPOSI\u00c7\u00c3O DE ESTOQUE

A reposi\u00e7\u00e3o de estoque \u00e9 realizada, conforme cronograma e relat\u00f3rio de ponto de pedido emitido de cada grupo de estoque. Onde materiais de Curva A sua reposi\u00e7\u00e3o poder\u00e1 ser feita semanalmente, Materiais de Curva B a reposi\u00e7\u00e3o poder\u00e1 ser feita quinzenal e Materiais de Curva C a reposi\u00e7\u00e3o poder\u00e1 ser feita mensalmente.

Salienta-se que a an\u00e1lise e efetiva\u00e7\u00e3o da pol\u00edtica ser\u00e1 de acordo com a rotina da unidade

CLASSIFICA\u00c7\u00c3O ABC (FINANCEIRO)	
A	Itens Alto Consumo (R\$)
B	Itens M\u00e9dio Consumo (R\$)
C	Itens Baixo Consumo (R\$)

É analisado o consumo dos itens dentro do mês vigente. Para garantia do estoque é feita contagem avulsa nas farmácias satélites e no CD.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL

A conferência de produtos deverá ser realizada conforme etapas abaixo:

1º Conferencia em nota fiscal quanto à natureza de operação, CNPJ e razão social do empresa, data de emissão e vencimento do documento.

2º Conferencia da nota fiscal com a autorização de fornecimento. Neste conferencia é verificada a descrição do produto, quantidade, unidade, valor unitário do item, valor total da nota fiscal/ pedido.

3º Conferencia do produto fisico com a nota fiscal, observando as especificações de armazenamento, embalagem, unidade, lote, validade, temperatura, quantidade.

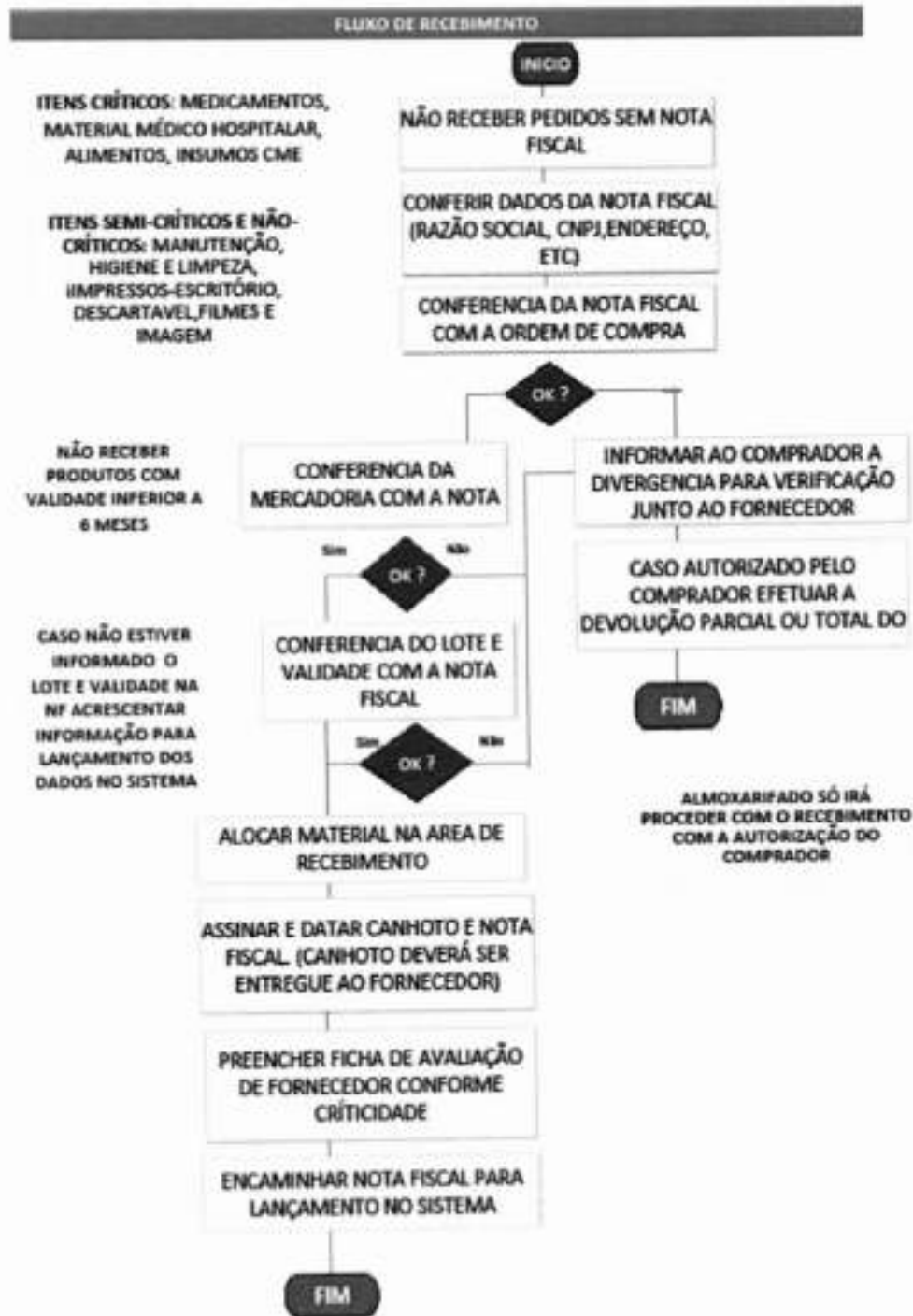
4º Durante o recebimento os itens deverão ser alocados em Pallets identificados na "área de recebimento" até o momento de armazenamento. Os itens deverão ser armazenados no prazo de até 24h. Os comprimidos e Psicotrópicos deverão ser encaminhados ao setor de fracionamento/controlados para unitarização (se couber) e identificação dos mesmos (Etiqueta amarela corresponde a medicamentos controlados), após a identificação dos psicotrópicos, os mesmos são protocolados em um caderno de protocolo e encaminhados à farmacêutica responsável para armazenamento. Os comprimidos são conferidos e armazenados nos bins correspondentes pelo colaborador do almoxarifado.

5º O colaborador que recebeu a entrega poderá preencher a ficha de Avaliação de fornecedores, conforme criticidade de cada segmento, a avaliação será feita e validada pelo setor de almoxarifado. Deverá ser preenchido também o indicador de

recebimento. Em caso de não conformidade deverá notificar imediatamente o departamento de compras e/ou o departamento de padronização.

6º - A nota fiscal é liberada para ser lançada no sistema e encaminhada em até 72 horas ao departamento financeiro.

HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU (HEMU)



Procedimentos de Conferência no Recebimento de Mercadorias por Grupo Estocagem

Este procedimento será de acordo com cada área a ser adaptável.

Gêneros estocáveis

- Conferir a ordem de compra com a nota fiscal emitida pelo fornecedor;
- Conferencia da nota fiscal com o produto;
- Verificar a embalagem, o peso, a unidade, a data de fabricação e de validade, número e lote, marca da mercadoria;
- Não receber produtos com embalagem furada ou violada, latas amassadas, estufadas ou enferrujadas, produtos sem rótulo ou sem condições de uso.

Material Médico, Medicamentos e Dietas enterais, módulos e fórmulas infantis.

- Conferir a ordem de compra com a nota fiscal emitida pelo fornecedor;
- Conferencia da nota fiscal com o produto;
- Verificar a embalagem, a data de fabricação e a data de validade, quantidade, lote e marca do produto;
- Não receber produtos com a embalagem furada, violada ou avariada.
- Receber juntamente com as dietas o laudo de análise do produto que deve ser entregue pelo fornecedor. (Encaminhar para a nutricionista responsável). Encaminhar também Fispq (para produtos Químico-Saneantes) para a Segurança do Trabalho (se couber).

Medicamentos Termolábeis

- Conferir a ordem de compra com a nota fiscal emitida pelo fornecedor;
- Conferencia da nota fiscal com o produto;

- Para medicamentos termolábeis será comparada a temperatura informada na caixa e a temperatura recebida. Caso não estiver em conformidade o medicamento será devolvido. A avaliação da temperatura controle de temperatura.
- Verificar a embalagem, a data de fabricação e a data de validade, quantidade, lote e marca do produto;
- Não receber produtos com a embalagem furada, violada ou avariada.

AQUISIÇÕES DE MATERIAIS PARA O ESTOQUE

Um dos objetivos principais do Almoxarifado é controlar a saída e aquisição dos materiais de consumo para fins de reposição de estoque. O Almoxarife efetua o pedido ao constatar que os materiais mantidos em estoque atingiram a quantidade mínima para atender satisfatoriamente a unidade.

Para a aquisição de materiais, se faz necessário o levantamento de orçamentos, mediante processo de compras, que segue metodologia de pesquisa por eletrônica, seguindo o princípio da transparência e ampla participação. Com os valores fornecidos pelas empresas, calcula-se a média e faz a requisição de compra em sistema informatizado, a qual deve ser enviada, anexa aos orçamentos, ao Setor de Compras

REQUISIÇÕES DE MATERIAL

Os materiais de uso comum a diversos setores da Instituição são mantidos em estoque, sendo os materiais são entregues mediante requisição própria assinada pelo funcionário.

Os necessários controles dos materiais em estoque no Almoxarifado poderão ser feitos por meio de inventários que poderão ser efetuados semanalmente,

mensalmente ou anualmente. Os inventários consistem na verificação dos materiais existentes de acordo com os relatórios processados pelo sistema eletrônico do Almoxarifado.

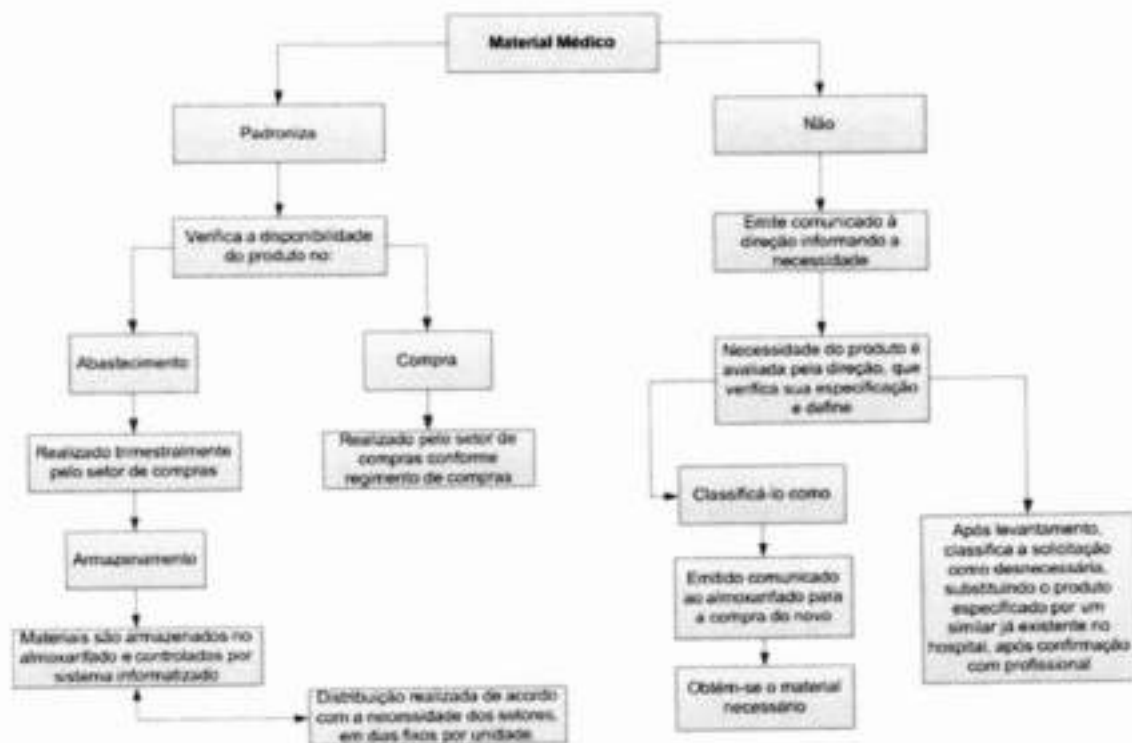
Fluxo para materiais de saúde, insumos e medicamentos.

O fluxo da solicitação deve ser na mesma data da solicitação dos medicamentos dos dispensários, usando do formulário padrão e via sistema.

A área de gestão de materiais e medicamentos é um dos setores que demandam maior controle, pois exige acompanhamentos constante do setor fármaco e de biossegurança.

A gestão de materiais é um processo no qual se planeja, executa e controla, em condições mais eficientes e econômicas, o fluxo de materiais, partindo das especificações dos artigos a comprar até a entrega do produto.

Fluxo Abastecimento Do Material Médico Hospitalar



A unidade poderá realizar pedidos emergenciais, fora do cronograma de abastecimento, a fim de repor produto que precise, desde que antes tenha sido realizado as análises internas ou possíveis remanejamento entre as unidades. Caracteriza pedido emergencial os que for consumido antes da próxima reposição, devendo ser devidamente justificado a necessidade.

Limpeza e Temperatura

A higienização do setor deve acontecer diariamente, pela equipe de higiene. Os colaboradores do almoxarifado são responsáveis pela limpeza das prateleiras, mesas, balcão segundo escala de serviço e da seguinte maneira:

- Efetuar a limpeza das prateleiras, colocando os materiais e medicamentos sobre uma superfície limpa e segura;
- Desinfetar as prateleiras com um pano para limpeza
- Passar o pano por todas as prateleiras, retirando toda a sujidade e recolocar os itens nos respectivos lugares.

A limpeza terminal é realizada uma vez ao mês pelo setor de Higiene e Limpeza.

Ambiente: Registrar os valores de temperatura máxima/mínima de momento em formulário específico. Caso a temperatura verificada esteja fora da faixa determinada (15 a 25°C) deve se alterar o ar condicionado para mais ou menos (conforme alteração verificada), aguardar 1 hora, verificar novamente a temperatura, se não estiver normalizada, comunicar a chefia imediata para tomada de providencias.

Umidade: Registrar os valores de temperatura máxima/mínima de momento em formulário específico. Caso a umidade verificada esteja fora da faixa determinada (40 a 70%) deve se alterar o ar condicionado para mais ou menos (conforme alteração verificada), aguardar 1 hora, verificar novamente a umidade, se não estiver normalizada, comunicar a chefia imediata para tomada de providencias.

Validade

Para os tem o respectivo controle de validade. É informado ao setor de farmácia um mês antes os itens a vencer. O controle fisico, além de eletronicamente, dos itens pelo método PEPS (Primeiro que Entra, Primeiro que Sai) ou também conhecido como *FIFO (First In, First Out)*.

Cabível de identificação na embalagem com a descrição PRIMEIRO QUE VENCE.

Medicamentos com vencimento inferior a 15 dias devem ser segregados e encaminhados à farmacêutica responsável para descarte (para que haja tempo hábil para compra do item). Os materiais são segregados e após descartados pelo setor de almoxarifado (Material perfuro cortante são descartados em caixas coletores de resíduos – Descarpack)

Para os itens não rastreados, a verificação da validade é feita durante as contagens avulsas do estoque e nas reposições. A cada reposição os itens devem ser armazenados conforme o PVPS (primeiro que vence é o Primeiro que sai).

INVENTÁRIOS

O inventário oficial é realizado 01 (uma) vez ao ano. A Comissão de Inventário e Almoxarifado dará suporte para a realização

Será realizado também inventário de acuracidade que visará qualidade que tem por objetivo propiciar a confiabilidade das informações existentes no sistema de controle contábil, em relação à existência física dos itens em estoque. Será realizado periodicamente.

PATRIMÔNIO

Todo o patrimônio adquirido com os recursos previstos pelo contrato de gestão será incorporado à lista de bens permanentes da municipalidade, ficando disponível para atender as necessidades enquanto vigorar o respectivo contrato.

Para as aquisições de bens permanentes, se é direcionado ofício para a municipalidade com o devido informativo e respectiva prestação de contas.

Todo controle do patrimônio disponibilizado ou adquirido para / pelo contrato de gestão ou sob a guarda e responsabilidade da organização, com devido controle e gerenciamento.

À Seção de Patrimônio, compete:

- I - controlar e armazenar os bens patrimoniados que compõem a reserva técnica da Instituição, para atendimento às demandas das unidades administrativas;
- II - controlar a movimentação em sistema próprio dos bens patrimoniados, bem como dos termos de responsabilidade;
- III - entregar aos fornecedores as ordens de fornecimento dos bens patrimoniáveis adquiridos pela Instituição, com posterior envio ao Almoxarifado para controle do prazo de entrega;

- IV - colher, quando necessário, nas notas fiscais emitidas pelos fornecedores dos bens patrimoniáveis, o atestado do solicitante para fins do seu recebimento definitivo;
- V - arquivar a documentação dos bens imóveis;
- VI - informar ao tomador a aquisição, via prestação de contas;
- VII - receber e encaminhar móveis e equipamentos danificados à manutenção.

OBSERVAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Para indicação de não conformidade do fornecedor, o colaborador deverá avaliar criteriosamente todos os aspectos físicos dos volumes e de seus conteúdos quanto à integridade e violação, embalagem, rotulagem, temperatura, fita lacre e o transporte (carro) em que os itens foram transportados, caso haja avarias que possam ter comprometido os produtos, informar no verso do documento de entrega, datar, assinar e devolver os volumes para o transportador. Ressaltamos também que o entregador deverá ser avaliado caso a não conformidade corresponder ao entregador ou o transporte deverá ser relatado para ser direcionada ao fornecedor através do setor de compras.

7.2 PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA E GESTÃO DE CUSTOS

Abaixo segue o manual proposto pelo Instituto Acqua para a gestão no HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU (HEMU).

Desenvolvimento Financeiro

O departamento financeiro é um setor cem por cento estratégico de uma empresa, que pode ser considerado o coração da organização. Isso quer dizer que uma instituição só consegue sobreviver se essa área estiver saudável, ou seja, se

apresentar resultados que possibilitem que uma organização conquiste os resultados esperados.

Dentro dessa área, existem diversas particularidades e atividades, como a tesouraria, as contas a pagar e receber, os níveis de maturidade da gestão orçamentária, a captação e os investimentos de recursos, entre outras.

É essencial para qualquer organização, pois têm relação direta com os demais departamentos da empresa, promovendo uma integração relacional entre as receitas e despesas de uma Instituição.

Em outras palavras, é o setor responsável pela administração dos recursos da organização. Entre as suas tarefas, pode-se destacar que a principal é assegurar a correta utilização do recurso público.

A estrutura desse setor, os números de funcionários e as tarefas dessa área dependerão exclusivamente e diretamente do tamanho dos contratos que firmamos, garantindo ao nosso parceiro segurança e credibilidade nos serviços prestados, acompanhando linearmente as questões de fluxo de caixa e equilíbrio físico e financeiro.

A área administrativa financeira é equilibrada por meio de repasse de verbas para o cumprimento do atendimento de determinadas especialidades que, de forma a suportar as suas saídas ou despesas, mantendo um saldo positivo no caixa do contrato de gestão.

A gestão administrativa e financeira da Organização tem participação ativa no ciclo do planejamento estratégico e na definição dos recursos necessários para a implementação dos planos de ação.

Após a etapa do desdobramento estratégico, o diretor administrativo e financeiro realiza estudo da viabilidade dos planos propostos e discute, na reunião do Conselho, a necessidade de priorização.

A partir dessas discussões, a área financeira vai buscar os recursos necessários para o cumprimento do planejado, e as estratégias para recursos, neste caso, são similares às já descritas para a captação de recursos objetivando o equilíbrio do fluxo financeiro.

Do Funcionamento

O departamento financeiro é comandado por especialistas, tanto em gestão financeira e contabilidade, quanto a prestações de contas e suas especificidades, e responde pelas atividades e pelos resultados que o setor apresenta.

A área financeira é ligada a matriz institucional, com isso se garante a homogeneidade, controle total e padronização dos fluxos conforme preconiza o contrato de gestão.

Entre as atividades desempenhadas no setor financeiro, destacamos a seguir as principais.

Controle bancário

A organização tem a responsabilidade de realizar o controle das mais diversas movimentações bancárias, de forma que se verifiquem todo o capital disponível para a Instituição. Com isso, é possível tomar decisões mais efetivas.

O documento gerado é a conciliação bancária, que verifica dos extratos bancários com o com os pagamentos realizados.

Realizado verificação dos lançamentos bancários se estão de acordo com os lançamentos realizados no caixa.

É feito uma planilha com as posições dos saldos bancários das contas conforme os extratos para acompanhamento do fluxo de caixa.

Esta conciliação faz parte da prestação de contas a ser apresentada.

Planejamento financeiro

Processo pelo qual são determinadas estratégias para desenvolver ações com intuito de resolver um problema ou atingir um objetivo. No planejamento é fundamental criar e analisar o fluxo de caixa.

Contas a receber

Rotina pela qual, se acompanham datas de repasse financeiro por parte de nossos parceiros e tem a missão de controlar os créditos a receber, que se originam

dos serviços prestados por nossa instituição frente os contratos de gestão e convênios firmados.

Contas a pagar

Departamento que controlar os recursos que a empresa deve a funcionários, referente à folha de pagamento e suas obrigações tributárias e fiscais, fornecedores, contratos, Plantões, entre outros.

Tesouraria

Realiza gestão da aplicação dos recursos monetários da instituição, recebendo inputs de outros departamentos como: área de compras e Recursos humanos.

Prestação de Contas

Trata-se um acervo documental de extrema importância e será computada conforme os lançamentos financeiros realizados, os resultados organizacionais serão analisados de acordo com os fatores de avaliação definidos pelo modelo de gestão proposta, na pauta será observado a relevância, tendência e desempenho.

O processo de prestação de contas financeira seguirá o preconizado pela legislação do tomador, respeitando o preconizado pelo Tribunal de Contas, instrução normativa do Terceiro Setor.

Contabilidade

A área visa e dispõe do acompanhamento dos custos do projeto, promovendo a eficiência no uso dos recursos; coordena a análise contábil das unidades de contabilidade fiscal e de custos; e orienta e acompanha o saneamento das irregularidades levantadas nas atividades de avaliação e controladoria.

Apuração dos Custos

Possui como principais atividades a realização orçamentária e financeira do projeto, de acordo com as diretrizes da organização, e proceder, sem prejuízo de

competência atribuída a outras áreas, o acompanhamento gerencial, físico e financeiro da execução orçamentária.

Gestão e Fiscalização de Contratos

Tem como finalidade de disciplinar os procedimentos para a gestão e fiscalização dos contratos, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres, tais como aplicação das despesas, ordem de execução de serviço, termo de cooperação técnica, permissão de uso, firmados com terceiros, obedecendo as orientações e as normas estabelecidas.

Logística de Suprimentos

A normatização da política visa documentar, padronizar e evidenciar as práticas relacionadas à área de compras. Pretende descrever os fluxos, visando à dinamização do processo, a racionalização dos tramites e a eficácia das aquisições.

A organização visa pela transparência, atendimento técnico, economicidade ampla pesquisa de preços junto aos fornecedores.

O Regulamento de Compras e Contratos fica disponível no portal da instituição, além de ser apresentado o tomador, conforme preconiza a legislação e órgão anuentes.

8. INCREMENTO DE ATIVIDADE

8.1 PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE E/OU SOCIAIS

Reconhecimento e uso das redes sociais como um canal de comunicação permanente entre a unidade hospitalar e a comunidade

A utilização de redes sociais como ferramentas de trabalho permite a divulgação de informações importantes de forma ágil e atraente. Mostra-se segura e transparente por permitir intercâmbio entre os atores, tanto os profissionais que divulgam a informação quanto os interlocutores que visualizam as informações de seu interesse e faz comentários segundo seus referenciais. Seja ele pertencente à gestão, a equipe, as instituições mapeadas pela equipe ou usuários.

Propõe-se que a utilização dessa ferramenta possibilite o reconhecimento do trabalho praticado pela equipe, através de informações e fotos de ações realizadas na Unidade e na área de abrangência. Permitirá o acompanhamento da comunidade das atividades a serem desenvolvidas, da divulgação de informações de interesse da comunidade, do reconhecimento de todos os profissionais da equipe. Por meio da criação de perfis profissionais, os usuários poderão consultar a qualquer tempo cronogramas de atendimento da equipe, rotinas, profissionais responsáveis por sua saúde, entre outros.

Além disso, possibilitará apresentar sugestões e reclamações do serviço prestado. Permitirá ao público, que tem acesso à internet, o que tende a aumentar com a inclusão digital, reconhecer o trabalho desenvolvido pela equipe através desse canal e se interessar mais pelo serviço prestado pela equipe e se tornar mais participativos nas atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde. Por se tratar, em sua maioria de um público jovem que faz uso de redes sociais na atualidade, essa nova ferramenta de trabalho poderá mudar os rumos de trabalho e prioridades, por permitir o

intercâmbio com a comunidade de forma atraente, rápida e envolvente, melhorando a comunicação entre os envolvidos.

Uso Racional de Medicamentos

Observa-se que o uso irracional de medicamentos é um grande problema em todo o mundo, considerando todos os fatores que culminam na irracionalidade. Diversas causas de morbidade relacionadas aos medicamentos são referentes às prescrições inadequadas, às reações adversas, à falta de acesso ao medicamento, à superdosagem, à subdosagem e aos erros de medicação, que têm repercussão direta no estado de saúde do usuário e nos gastos com saúde.

As questões de uso e administração medicamentosa, por serem muito importante para a prevenção e recuperação da saúde, necessitam de um grau de importância bastante elevados. No entanto, pode haver riscos associados ao seu uso, tais como, reações adversas, intoxicações e interações medicamentosas, podendo assim causar danos à saúde. Alguns riscos relacionados ao uso de medicamentos podem ser evitáveis e ações de educação em saúde podem auxiliar neste sentido, diminuindo os possíveis problemas relacionados aos medicamentos.

Neste sentido, a educação em saúde, a partir do conhecimento científico aliado às experiências do uso de medicamentos pelas pessoas, pode resultar em informações que levam os indivíduos a utilização do medicamento de forma crítica e responsável na promoção da saúde. As informações fornecidas e geradas durante as ações educativas visando o uso correto do medicamento pode ser o caminho para a mudança nas práticas cotidianas com relação ao seu uso, proporcionando modificações nas atitudes e conhecimento das pessoas, com relação aos medicamentos, resultando assim na adesão a terapia medicamentosa de maneira adequada.

Adicionalmente, a educação em saúde pode auxiliar na prevenção da automedicação e dos riscos relacionados ao uso de medicamentos. A conscientização é um pré-requisito para a manutenção e qualidade da saúde do indivíduo e o objetivo deste.

A Instituto Acqua desenvolve algumas ações pontuais com prescritores:

- diagnosticar corretamente a necessidade de cada caso;
- garantir a logística e distribuição dos medicamentos;
- prescrever o tratamento correto, com as informações necessárias para o usuário, baseado em evidências científicas;
- prescrever de modo legível, a fim de evitar inclusive problemas de dispensação e administração;
- organizar o serviço, para que o usuário tenha acesso ao medicamento em quantidade suficiente e em tempo oportuno;
- promover a adesão ao tratamento;
- avaliar e monitorar o usuário quanto à resposta terapêutica ou para qualquer problema relacionado aos medicamentos.

Somado a isso, empoderamos a equipe a identificar e lidar com os mais diversos problemas de saúde de sua população, atuando em prevenção, tratamento, reabilitação e promoção de saúde.

No plano estratégico, promovem-se ações a curto/médio prazo explicitados abaixo:

- Realizar ações centradas no provimento de informação sobre a utilização adequada de medicamentos, voltadas aos profissionais de saúde e à comunidade, na tentativa de minimizar possíveis deficiências na formação profissional, capacitar os recursos humanos para o cumprimento das suas responsabilidades e assegurar que a população tenha acesso a informações sobre a utilização de medicamentos);
- Garantir a disponibilização de recursos humanos e meios físicos necessários ao atendimento da população; contribuir com o URM e colaborar com a segurança na utilização de medicamentos nos serviços de saúde, assim como prevenir a automedicação e os problemas com uso inadequado de medicamentos;

- Instituir mecanismos de decisão e controle com o intuito de auxiliar no planejamento, na organização e na execução de ações, além de orientar a tomada de decisão nos serviços de saúde;
- Garantir o cumprimento das etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição e dispensação de medicamentos, as quais visam garantir o acesso oportuno da população aos medicamentos e promover seu uso racional.

Humanização da atenção

Se a humanização não pode ser tomada como um princípio, mas se propõe como política, é porque sua efetividade não se faz enquanto proposta geral e abstrata. No entanto, não basta defender o caráter específico e concreto das práticas de humanização, pois tomá-las em sua especificidade pode incorrer no risco de repetir a tendência da compartimentalização e isolamento das ações como, por exemplo, a separação entre a humanização do parto e a humanização das emergências.

Dois desafios se apresentam à construção de um modelo de atenção humanizado e, ao mesmo tempo, humanizador: a produção de um cuidado orientado pelo reconhecimento de pessoa (o sentido de ser membro, de pertencimento a um ethos, a uma cultura, a um grupo que define os próprios significados do "eu") e de sujeito (o sentido de uma identidade a partir de uma biografia singular, articulada a uma cultura, capaz de dotar de legitimidade a autonomia de cada um).

Ações de educativas

Sabemos que a real prevenção de doenças, são medidas preventivas, por isso, é fundamental a criação de campanhas educativas para a população, em especial, usuários das unidades de saúde.

Além de aplicação de campanhas educativas junto a unidade básica de saúde, pode haver também campanhas nos prontos atendimentos, uma vez que há uma grande rotatividade de usuários dentro da unidade.

A intenção é realizar ações rápidas, sem tomar muito tempo do paciente, pois já esta sensível e frágil quanto ações de prevenções de doenças mais graves. Ações estas rápidas mas de grande impacto.

8.2 PROPOSIÇÃO DE OUTROS SERVIÇOS RELACIONADOS AO HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU (HEMU) ALÉM DOS CONSTANTES NO PERFIL DA UNIDADE

Introdução

As ações descritas, visa o relacionamento e campanhas educativas para os usuários do HEMU.

Humanização da atenção

Se a humanização não pode ser tomada como um princípio, mas se propõe como política, é porque sua efetividade não se faz enquanto proposta geral e abstrata. No entanto, não basta defender o caráter específico e concreto das práticas de humanização, pois tomá-las em sua especificidade pode incorrer no risco de repetir a tendência da compartimentalização e isolamento das ações como, por exemplo, a separação entre a humanização do parto e a humanização das emergências.

Dois desafios se apresentam à construção de um modelo de atenção humanizado e, ao mesmo tempo, humanizador: a produção de um cuidado orientado pelo reconhecimento de pessoa (o sentido de ser membro, de pertencimento a um espaço,

a uma cultura, a um grupo que define os próprios significados do "eu") e de sujeito (o sentido de uma identidade a partir de uma biografia singular, articulada a uma cultura, capaz de dotar de legitimidade a autonomia de cada um).

Ações de educativas

Sabemos que a real prevenção de doenças, são medidas preventivas, por isso, é fundamental a criação de campanhas educativas para a população, em especial, usuários das unidades de saúde.

Além de aplicação de campanhas educativas junto a unidade básica de saúde, pode haver também campanhas nos prontos atendimentos, uma vez que há uma grande rotatividade de usuários dentro da unidade.

A intenção é realizar ações rápidas, sem tomar muito tempo do paciente, pois já esta sensível e frágil quanto ações de prevenções de doenças mais graves. Ações estas rápidas mas de grande impacto.

Campanha educativa na prevenção de câncer.

Novembro Azul

Dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) mostram que, no Brasil, o câncer de próstata é o segundo tipo mais comum entre os homens (perde apenas para o câncer de pele não melanoma). As estimativas do INCA, para 2014/2015, são de cerca de 68.800 novos casos de câncer de próstata no país.

A fim de alertar o público masculino sobre a importância do autocuidado em saúde e governantes sobre a necessidade de priorizar políticas públicas voltadas à saúde do homem, surgiram diversos movimentos ao redor do globo – o Novembro Azul é um dos mais conhecidos.

Poderão ser desenvolvidas ações, destinadas à população, com o objetivo de alertar e promover debates sobre a importância da prevenção da doença, contribuindo para a redução dos casos de vítimas de câncer de próstata, estabelecendo diretrizes para

o desenvolvimento de ações integradas, envolvendo a população, órgãos públicos, instituições públicas e privadas, visando ampliar o debate sobre o problema. O projeto prevê, ainda, estimular, sob o ponto de vista social e educacional, a concretização de ações, programas e projetos na área da educação e prevenção.

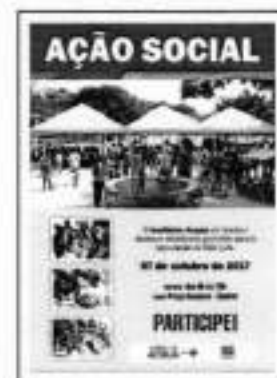


Controle da Hipertensão através de mudança de hábitos

Estas doenças foram consideradas como um problema de saúde mundial, pois seu incremento ocorre em conformidade em todos os países do mundo,



Acqua em
Ação



sendo causas de hospitalizações, complicações, sequelas severas e mortes em idades ainda produtivas (cardiovasculares, cerebrovasculares e renais), ademais, são fatores de riscos de outras doenças.

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo,

quanto ao consumo de sal, controle de peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool, são fatores de risco que devem ser abordados.

Estratégias que envolvem a alimentação e nutrição, como formas de intervenção, tornam-se imprescindíveis a qualquer programa que vise, a partir do princípio da integralidade das ações, elevar a qualidade de vida da população. A efetividade de políticas de promoção de vida saudável requer a participação dos diversos setores e atores sociais responsáveis e comprometidos com a saúde e qualidade de vida da população brasileira.

Estratégias

As estratégias devem ser simples, mas de forte impacto, criando "share of mind" nos usuários, com abordagem amigável, humanizada. Envolver toda a equipe de colaboradores na campanha, da importância das ações preventivas, sendo o melhor meio de evitar doenças piores e melhorar efetivamente o sistema de saúde.

Para isso, pretende-se ter metodologia eficaz, sem causar ônus adicionais, mas que seja efetiva e construída por todos, seja diretoria, colaboradores, médicos e usuários.

Para isso, pode ser adotados algumas estratégias, como:

Orientação e treinamento a equipa assistencial, apoio, médica e enfermagem para a abordagem dos usuários a fim de realizar breve orientação;

Distribuição de material gráfico de fácil entendimento;

Baners na entrada do pronto atendimento, de alto impacto visual;

Levantamento de dados estatísticos para apresentar aos colaboradores e usuários sobre a campanha;

Apresentar os dados de forma macro e micro no material de divulgação da prevenção das doenças, durante a campanha;

Possibilidade de entrega de material brinde

Divulgação em redes sociais

Sexta-feira Casual – durante campanha, estimular os funcionários a usar alguma peça que direcione a cor do tema da campanha (ex: rosa, azul)

Possibilidade de realizar pesquisa, com os usuários, do tipo da avaliação através de questionário simples, como se é adotado no SAU.

Com ações simples educacionais, pode-se haver maior envolvimento da comunidade e a conscientização de todos em criar melhor hábito de vida a fim de se ter uma vida longa e saudável.



PROTEJA-SE CONTRA A SIFILIS
A sífilis é transmitida em relações sexuais sem proteção. PREVENÇÃO, DETECÇÃO E TRATAMENTO.

FAÇA O TESTE
PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO EMBASADO

MARANHÃO PREVENÇÃO

Campanha Carnaval
INSTITUTO ACQUA

Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaiçu



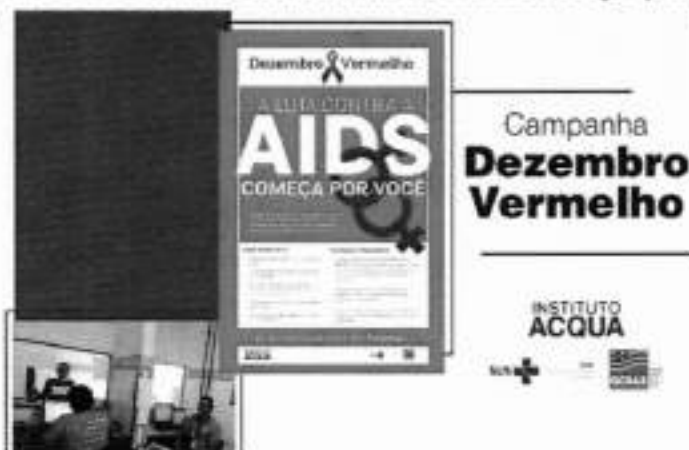
AME-SE, PREVINA-SE
Câncer de Colo do Útero

AME-SE, PREVINA-SE
Câncer de Mama

Campanha Outubro Rosa
INSTITUTO ACQUA

Campanha Saúde da Mulher

INSTITUTO ACQUA



9. ÁREA DA QUALIDADE

9.1 COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

9.1.1 FINALIDADE

A Comissão de Ética Médica tem como finalidade opinar, educar e fiscalizar o desempenho da equipe médica dentro das dependências da Unidade. Órgão supervisor da ética profissional na instituição representando os Conselhos Regionais e Federais de Medicina.

9.1.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

Os membros da Comissão devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição.

9.1.3 REGIMENTO INTERNO

Art. 1º - Do Objetivo

A Comissão de Ética Médica (CEM) tem por atribuição opinar, educar e fiscalizar o desempenho ético da medicina dentro do estabelecimento, atuando como controle de

qualidade das condições de trabalho e da prestação de assistência médica, sugerindo e acompanhando as modificações necessárias e prestando a devida assessoria à direção.

Art. 2º - Da Competência

Apreciar os casos que envolvam a ética médica, os procedimentos de alto risco, os de resultados ainda duvidosos ou aqueles que a legislação exija, e outros, a critério da direção da unidade;

Acompanhar o exercício ético-profissional do médico e o cumprimento dos princípios legais que normatizam os seus deveres;

Avaliar as condições oferecidas pela unidade para adequado desempenho moral, ético e científico da prática médica;

Promover a "educação continuada", abordando o conhecimento e orientação sobre ética médica;

Comunicar à direção da unidade, irregularidades ou infrações de caráter ético, cometidas por funcionários administrativos no atendimento ao paciente;

Solicitar ao especialista um relatório completo, indicando e justificando o procedimento a ser efetuado, exigindo, quando for o caso, a sua presença durante a reunião;

Promover sindicância, a pedido de interessados, médicos, do CRM ou do CFM, ou por iniciativa da própria comissão, visando dirimir conflitos e questões ocorridas na instituição.

Art. 3º - Da Composição - A CEM será composta por membros efetivos e membros suplentes, que serão convocados na ausência do membro efetivo ou de acordo com a necessidade dos trabalhos, adquirindo, nesse caso, o status de membro efetivo. O número mínimo de membros da Comissão de ética médica é composto por 20% dos profissionais que efetivamente atuam profissionalmente na unidade.

Eleita a CEM, esta terá mandato de dois anos e deve ser eleita pelo conjunto dos médicos que atuam na instituição, por meio de eleição convocada por uma comissão eleitoral para esse fim.

Pode participar da Comissão de Ética Médica qualquer médico que não esteja em função de direção executiva da instituição: Diretoria Clínica, Diretoria Administrativa, Diretoria Técnica, etc. No caso de um membro da CEM assumir cargo de direção da instituição, deve se afastar da CEM enquanto durar o impedimento.

Art. 4º - Estará impedido de compor a Comissão o profissional que

Tenha interesse direto ou indireto na matéria em pauta;

Tenha participado como perito, testemunha ou representante, ou se tais situações ocorrem quanto ao cônjuge, companheiro (a) ou parente e afins até o terceiro grau;

Esteja em litígio, judicial ou administrativo, com o interessado ou com o respectivo cônjuge ou companheiro (a).

Art. 5º - Das Reuniões - A Comissão deverá reunir-se ordinariamente a cada mês e, extraordinariamente, por iniciativa do presidente ou por determinação da gestão da unidade.

Parágrafo Primeiro - Após as reuniões, sejam essas ordinárias ou extraordinárias caberá ao Presidente avaliar o ocorrido e encaminhar ao Conselho Regional de Medicina para as providências de acordo com os preceitos do referido órgão.

Parágrafo Segundo - Ao secretário da Comissão compete efetivar a escrituração e guarda da documentação pertinente, inclusive o livro de registro de atas das reuniões. No livro de registro de atas, deverão ser lavrados os termos de abertura e de encerramento.

Art. 6º - Das Disposições Gerais - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com o Diretor Técnico da unidade.

9.1.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL - COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Trimestrais (sugestão)												
Elaboração do procedimentos operacionais												

Trata-se de sugestão, no qual poderá ser adequado conforme a necessidade e a operacionalização.

9.2 COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

9.2.1 FINALIDADE

As Comissões de Ética de Enfermagem (C.E.E.) exercem, mediante delegação do Conselho Regional de Enfermagem, atividade destinada à prestação idônea de serviços de Enfermagem nas instituições de saúde e congêneres, assumindo funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais de enfermagem.

As C.E.E. deverão atuar de modo preventivo, com vistas à conscientização dos profissionais de enfermagem, quanto ao exercício de suas atribuições legais, bem como à necessidade de salvaguardar a segurança do paciente. Sua atuação deverá abranger a prevenção de condutas de risco à imagem profissional e institucional.

A Decisão COREN-GO/469/2014 regulamenta a criação, organização, funcionamento e eleição das Comissões de Ética de Enfermagem no Estado de Goiás.

9.2.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

Os membros da Comissão devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição.

9.2.3 REGIMENTO INTERNO

A Comissão de Ética de Enfermagem tem por Competência:

Deverão ser objetivas e bem definidas, permitindo uma fácil interpretação, de modo a alcançar as finalidades e os propósitos, tais como:

- Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;
- Promover e ou participar de eventos que se proponham a estudar e discutir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;
- Assessorar a Diretoria e/ou Serviço de Enfermagem e as Comissões Internas, no que se refere às questões inerentes à ética profissional, emitindo pareceres;
- Participar de estudos e projetos visando à orientação aos clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões éticas;
- Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à Ética/Bioética;
- Zelar pelo exercício ético dos Profissionais de Enfermagem na Instituição;
- Averiguar as infrações éticas ocorridas, notificar e encaminhar ao COREN;
- Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN, sempre que necessário;
- Elaborar relatório anual das atividades desenvolvidas e encaminhar ao COREN, sempre que solicitado.

Os membros da Comissão de Revisão de Ética de Enfermagem têm por Atribuições:

Da Comissão

As competências da Comissão de Ética de Enfermagem constam da Resolução COFEN nº. 172/94.

Deverão ser objetivas e bem definidas, permitindo uma fácil interpretação, de modo a alcançar as finalidades e os propósitos, tais como:

- Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;
- Promover e ou participar de eventos que se proponham a estudar e discutir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;
- Assessorar a Diretoria e/ou Serviço de Enfermagem e as Comissões Internas, no que se refere às questões inerentes à ética profissional, emitindo pareceres;
- Participar de estudos e projetos visando à orientação aos clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões éticas;
- Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à Ética/Bioética;
- Zelar pelo exercício ético dos Profissionais de Enfermagem na Instituição;
- Averiguar as infrações éticas ocorridas, notificar e encaminhar ao COREN;
- Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN, sempre que necessário;
- Elaborar relatório anual das atividades desenvolvidas e encaminhar ao COREN, sempre que solicitado.

Do Presidente

O Presidente é o responsável pelo andamento dos trabalhos e encaminhamento das decisões da Comissão de Ética de Enfermagem.

Desta forma deverá desenvolver, entre outras, as seguintes atividades:

- Convocar, presidir e coordenar as reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem;
- Elaborar parecer final para encaminhamento ao COREN, dos casos constatados como infrações éticas;
- Representar a Comissão de Ética na Instituição e no COREN ou quando se fizer necessário, podendo integrar a Comissão de Ética Interprofissional da Instituição.

Do Vice-Presidente

Substituir o Presidente nos seus impedimentos.

Do Secretário

Secretariar as atividades da Comissão de Ética de Enfermagem e dar encaminhamento das deliberações do Presidente. Como tal deverá secretariar as reuniões registrando-as em ata e providenciar a reprodução de documentos e arquivamentos.

Dos membros efetivos e suplentes

Os membros efetivos deverão comparecer às reuniões e a outras atividades promovidas pela Comissão de Ética de Enfermagem e representar a Comissão quando solicitado. Deverão também, quando impedido de comparecerem, convocar a presença do suplente.

Proposta do Regimento Interno - Comissão de Ética de Enfermagem:**CAPÍTULO I****DA DEFINIÇÃO**

Art. 1º A Comissão de Ética de Enfermagem do (da) é órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, de caráter permanente, com funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético de enfermagem nesta Instituição.

CAPÍTULO II**DAS FINALIDADES**

Art. 2º A Comissão de Ética de Enfermagem é reconhecida pela (o)..... estabelecendo com a mesma uma relação de independência e autonomia, em assuntos pertinentes à ética.

Parágrafo único. A Comissão de Ética de Enfermagem deverá notificar à o cronograma de suas atividades.

Art. 3º A Comissão de Ética de Enfermagem tem por finalidade:

- I. Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;
- II. Estimular a conduta ética dos Profissionais de Enfermagem do..... através da análise das intercorrências notificadas, por meio de denúncia formal e/ou auditoria;
- III. Zelar pelo exercício ético dos Profissionais de Enfermagem da Instituição;
- IV. Colaborar com o COREN-GO na prevenção do exercício ilegal de atividade e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à ética dos Profissionais de Enfermagem.

CAPÍTULO III**DA ORGANIZAÇÃO E COMPOSIÇÃO**

Art. 4º A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser composta por Enfermeiros, Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem.

Art. 5º A Comissão de Ética de Enfermagem é formada por..... Enfermeiros, Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem efetivos com seus respectivos suplentes.

Art. 6º A Comissão de Ética de Enfermagem terá mandato de 02 (dois) anos e poderá ser reconduzida por igual período.

Art. 7º A Comissão de Ética de Enfermagem terá um Presidente, um Vice-Presidente e um Secretário.

Parágrafo único. As funções do Presidente e Vice-Presidente deverão ser exercidas exclusivamente por Enfermeiros.

CAPÍTULO IV**DAS COMPETÊNCIAS**

Art. 8º A Comissão de Ética de Enfermagem tem por competência:

(Ver Manual de Orientação - COREN e adaptar à realidade dessa Instituição)

Art. 9º Compete ao Presidente da Comissão de Ética Enfermagem:

(Ver Manual de Orientação - COREN e adaptar à realidade dessa Instituição)

Art. 10. Compete ao Vice-Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem:
(Ver Manual de Orientação - COREN e adaptar à realidade dessa Instituição)

Art. 11. Compete ao Secretário da Comissão de Ética de Enfermagem:
(Ver Manual de Orientação - COREN e adaptar à realidade dessa Instituição)

Art. 12. Compete aos Membros Efetivos e Suplentes:
(Ver Manual de Orientação - COREN e adaptar à realidade dessa Instituição)

CAPÍTULO V DAS ELEIÇÕES

Art. 13. Os Membros da Comissão de Ética de Enfermagem serão eleitos através de voto facultativo, secreto e direto da equipe de enfermagem da.....

Art. 14. A Comissão de Ética de Enfermagem vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral que será responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados do pleito.

§ 1º Nas Instituições que ainda não possuem sua Comissão de Ética de Enfermagem a escolha da Comissão Eleitoral deverá ser feita pela.....

§ 2º Os Membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos, assim como aqueles que possuem cargos de Chefia de Enfermagem na Instituição ou Diretorias de Entidades de Classe de Enfermagem.

§ 3º 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, divulgação e eleição dos candidatos.

§ 4º Os candidatos poderão pertencer a todas as categorias de enfermagem (Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem).

Art. 15. Os candidatos integrantes das chapas que irão concorrer na eleição da Comissão de Ética de Enfermagem deverão atender os seguintes requisitos:

§ 1º Estar quite com sua situação financeira e indiscricional perante o COREN.

§ 2º Não ter sido condenado em processo administrativo na Instituição onde trabalha, ou em processo ético no COREN-GO, nos dois últimos anos.

§ 3º Ocorrendo qualquer dos impedimentos enunciados nos parágrafos anteriores durante a investidura na Comissão de Ética, o profissional deverá ser afastado, respeitando o princípio do contraditório, incluindo em sua vaga o suplente imediato.

Art. 16. Somente poderão votar os profissionais regularmente inscritos no COREN e com vínculo empregatício na Instituição.

Art. 17. A eleição somente terá legitimidade se o número de votantes for, no mínimo, a metade mais um, dos Profissionais de Enfermagem na Instituição.

Art. 18. Protestos e recursos relativos ao processo eleitoral deverão ser formalizados por escrito, dentro de no máximo 48 horas após as eleições e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e por último à instância superior – COREN.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 19. A Comissão de Ética de Enfermagem reunir-se-á uma vez por mês ordinariamente, em dia, hora e local pré-determinado, podendo reunir-se extraordinariamente quando houver necessidade.

Art. 20. A ausência não justificada em mais de 3 (três) reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro efetivo da Comissão de Ética de Enfermagem, devendo ser convocado o respectivo suplente.

Art. 21. O quórum para decisões corresponde à maioria simples (metade mais um) dos Membros da Comissão.

Art. 22. O Órgão de Enfermagem da Instituição garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 23. Em caso de denúncia envolvendo membro da Comissão de Ética, este será convocado normalmente a prestar esclarecimentos ficando, contudo, impedido de dar continuidade as atividades na Comissão durante a vigência da sindicância e do processo.

9.2.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL - COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Mensais (sugestão)												
Elaboração do procedimentos operacionais												

9.3 COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

9.3.1 FINALIDADE

A Comissão de 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.

9.3.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

Os membros da Comissão devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição.

9.3.3 REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º A Comissão de Biossegurança do Hospital 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.

Art. 2º Entende-se por serviço de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação,

assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade, sendo essa Comissão específica para atuação dentro da unidade.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 3º Compete à Comissão:

- 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. 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.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 4º A Comissão de Biossegurança poderá composição multiprofissional de membros efetivos, com representantes de diversos segmentos, na forma que segue:

- I. Representante da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;
- II. Representante da Comissão de Prevenção de Riscos de Acidentes com Perfurocortantes;
- III. Representante da Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho;
- IV. Representante da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- V. Representante da Comissão de Proteção Radiológica;
- VI. Representante do Bloco Cirúrgico;

- VII. Representante do Laboratório Clínico;
- VIII. Representante da Agência Transfusional;
- IX. Representante da Divisão de Enfermagem;
- X. Representante da Unidade Multiprofissional;
- XI. Entre outros de acordo com a estrutura atuante.

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

ATRIBUIÇÕES 5º O mandato desta Comissão de Biossegurança será indeterminado, podendo ser substituído a qualquer tempo quando a Superintendência achar conveniente, ou por justificativa pertinente.

Art. 6º As atribuições da Comissão são de 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.

Parágrafo único – O Presidente, Vice-Presidente e o secretário serão escolhidos através de votação simples dos membros da comissão.

Art. 7º São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- I. Encaminhar a pauta da reunião para o Núcleo de Comissões 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, previamente aprovados pelos membros desta;
- V. Fazer cumprir o regimento.

Art. 8º São atribuições do Vice-Presidente:

- I. Executar atribuições que lhe forem delegadas;
- II. Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Art.9º O Presidente e o Vice-Presidente, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

- 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.

Art. 10 São atribuições do Secretário:

- I. Acompanhar as reuniões e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;
- II. Encaminhar cópias das atas das reuniões da Comissão, cronograma de atividades e o calendário semestral/anual de todas as reuniões, relatórios das atividades desenvolvidas e os indicadores mensais determinados pela Comissão até o dia 15 do mês seguinte para o Núcleo de Comissões Hospitalares.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 11 A sede da Comissão será a sala do núcleo de comissões, a ser disponibilizada pela unidade hospitalar, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

Art. 12 Deverão ocorrer reuniões mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

Art. 13 As reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão serão realizadas durante o expediente normal da empresa, somente em dias úteis, em local apropriado e suas convocações ficarão ao cargo do Núcleo de Comissões Hospitalares;

Art. 14 As reuniões da Comissão terão atas assinadas pelos presentes, com encaminhamento de cópias para todos os membros e para o Núcleo de Comissões Hospitalares, para que as mesmas fiquem à disposição de qualquer fiscalização.

Art. 15 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 também quando houver solicitação expressa de uma das representações.

Art. 16 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.

Art. 17 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 VI DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18 Este Regimento poderá ser aprimorado mediante necessidade constatada pelos membros da Comissão, com anuência da Superintendência.

Art. 19 As resoluções da Comissão terão caráter normativo e deverão ser cumpridas por todos os integrantes da instituição.

Art. 20 Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 21 Este Regimento Interno entrará em vigor após publicação no boletim de Serviço.

Art. 22 Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

9.3.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL - COMISSÃO DE CONTROLE DE BIOSSEGURANÇA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Trimestrais (sugestão)												
Elaboração do procedimentos operacionais												

Trata-se de sugestão, no qual poderá ser adequado conforme a necessidade e a operacionalização.

9.4 COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

9.4.1 FINALIDADE

Infecção Hospitalar é definida como "aquela adquirida após admissão do paciente e que se manifesta após a internação ou a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares".

A vigilância epidemiológica ativa é um dos pilares do controle das Infecções Hospitalares (IH), pois permite a determinação do perfil endêmico das instituições, a identificação de eventos inesperados (surto) e o direcionamento das ações de prevenção e controle. A monitorização das IH é um fator de segurança para o paciente e deverá estar de acordo com a Portaria MS nº2616 de 12 de maio de 1998.

9.4.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

Os membros da Comissão devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição.

9.4.3 REGIMENTO INTERNO

CAPITULO I

Disposições Gerais

A CCIH é diretamente subordinada à Direção Técnica do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu.

CAPITULO II

Das Disposições Preliminares

Art 1º Este regimento visa estabelecer a composição, a formação, as normas e as atividades da CCIH, com a finalidade de promover as medidas normativas e técnicas de prevenção e controle das infecções hospitalares.

Art 2º Todas as atividades, normas, rotinas, e propostas desenvolvidas e encaminhadas pela CCIH, visam a racionalização, bem como a melhoria de qualidade e da produção dos serviços.

Art 3º A CCIH funciona como órgão de assessoria junto à Direção Geral, estando assegurada sua autonomia funcional junto aos setores estratégicos para o controle das infecções hospitalares.

CAPÍTULO III

Da Competência

Art 4º Compete à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar:

- I - Definir diretrizes para as ações de controle das infecções hospitalares no Hospital.
- II - Ratificar o programa anual de trabalho do CCIH.
- III - Avaliar periodicamente as informações provenientes da Vigilância Microbiológica e Epidemiológica.

- IV - Comunicar periodicamente à Direção Geral e as chefias de todos os setores, os resultados coletados e analisados pela CCIH.
- V - Respaldar normas e rotinas técnico-administrativas visando a prevenção e o controle das infecções hospitalares.
- VI - Assessorar a Direção Geral nas reformas e construções de áreas físicas no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares.
- VII - Estabelecer critérios junto à administração hospitalar quanto a:
- a) Aquisição e uso de germicidas.
 - b) Aquisição de material hospitalar relacionado à assistência direta do paciente e que contribuam com a prevenção e controle das infecções hospitalares.
 - c) Limpeza, fluxo e destino final dos resíduos hospitalares.
- VIII - Assessorar o setor de treinamento visando a capacitação adequada do quadro de profissionais de saúde no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares.
- IX - Notificar ao organismo de gestão estadual ou municipal do SUS os casos diagnosticados ou suspeitos de doenças sob vigilância epidemiológica, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva.
- X - Implantar políticas de uso dos antimicrobianos para o hospital.

Art.5º Compete à Direção Executiva do Hospital:

- I - Nomear os membros da CCIH através de ato próprio.
- II - Propiciar infra-estrutura de pessoal, material, técnica e de espaço físico, necessário à correta operacionalização da CCIH.
- III - Aprovar e fazer respeitar o regimento da CCIH.
- IV - Dar o devido apoio político a CCIH na implantação das medidas padronizadas pelos respectivos órgãos.

IV – Garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos formuladores de política da instituição.

VI – Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pelas coordenações municipal e estadual de controle das infecções hospitalares.

VII – Informar ao órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIH e as alterações que venham a ocorrer.

VIII – Fomentar a educação e o treinamento de todo profissional do ambiente hospitalar.

CAPITULO IV

Da Composição

Art.6º A CCIH é composta pelos profissionais representantes do Corpo Clínico, do Serviço de Enfermagem, do Laboratório de Microbiologia, da Administração e do Serviço de Farmácia.

CAPITULO V

Das atribuições dos membros da CCIH

Art.7º Será atribuição dos membros da CCIH, a saber:

I - Participar das reuniões da CCIH;

II - Colaborar na implantação das ações de prevenção e controle das infecções hospitalares, nas áreas específicas de sua responsabilidade.

CAPITULO VI

Das reuniões

Art 8º - A CCIH realizará reuniões trimestrais de caráter técnico administrativo, onde serão discutidos a situação geral do HEMU em relação a prevenção e ao controle das infecções hospitalares, temas, proposições, planejamentos, diretrizes, rotinas e normas de atuação e de avaliação das atividades da CCIH.

Parágrafo único - Nas reuniões constará em ata, a relação de pessoas presentes, a relação dos temas discutidos, bem como as suas conclusões.

CAPITULO VII

Das disposições Gerais

Art 9º - Caso a CCIH, nos procedimentos e orientações de sua competência, tomar as medidas necessárias, tanto em relação aos profissionais quanto aos pacientes e acompanhantes, esta não poderá ser responsabilizada, administrativa, civil ou penalmente, no tocante à falha de algum profissional ou serviço que não pertença a CCIH.

Art 10 0 - As decisões consideradas resoluções da CCIH serão tomadas por consenso de seus membros. A CCIH tomará as iniciativas para cumprir este regimento "ad referendum" do HEMU.

Art 11º O mandato dos membros da CCIH, corresponderá a um período de dois anos, permitida a recondução.

Art 12º- Os casos omissos, não constantes deste regimento, serão pauta de reunião para decisão entre os membros da CCIH.

9.4.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL - COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Mensais (sugestão)												
Elaboração do procedimentos operacionais												

9.5 COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

9.5.1 FINALIDADE

A comissão de análise e revisão de prontuário visa atender a resolução CRM e a resolução CFM No. 1638/2002, que define prontuário médico 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 e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

Têm por finalidade orientar os médicos que militam na assistência, estabelecendo linhas de relacionamento ético, técnico e administrativo para o desempenho de suas atividades, com base nas determinações de resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM: 1481/97) e nas normas da Instituição.

9.5.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

Os membros da Comissão devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição.

Compõe a comissão:

- Um representante da CCIH;
- Um representante da Clínica Médica;
- Um representante da Pediatria;
- Um representante da Urgência e Emergência;
- Um representante da Coord. Enfermagem;
- Um representante da SAME.

9.5.3 REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DA COMISSÃO E SUAS ATRIBUIÇÕES

Art. 1º - A Comissão de Revisão de Prontuário é um grupo técnico de assessoria, estudo e análise, normativo e fiscalizador, subordinado diretamente à Coordenação, que tem como principais objetivos:

1. Recomendar normas sobre o conteúdo dos prontuários médicos e zelar pelo seu cumprimento;
2. Assegurar a qualidade das documentações multiprofissionais na assistência, docência, pesquisa e estatística;
3. Revisar e avaliar por amostragem, os Prontuários Médicos (PM), visando assegurar o cumprimento da normatização estabelecida;
4. Enviar sugestões às Coordenações, de Ensino e Pesquisa sobre as medidas a serem adotadas, quando necessário;

5. Planejar e executar as ações necessárias à manutenção de um padrão de qualidade eficaz da documentação médica;
6. Apoiar as Comissões de: Análise de Óbitos, Ética e o Núcleo de Epidemiologia, visando alcançar os objetivos comuns às suas atribuições.

CAPÍTULO II DA COMPOSIÇÃO

A Comissão de Revisão de Prontuários é composta por:

- I – Coordenador;
- II - Comissão Executiva.

SEÇÃO I DA COORDENAÇÃO

A coordenação é executada pelo Coordenador, designado.

DAS REUNIÕES

1. A Comissão de Revisão de Prontuários reunir-se-á ordinariamente 01 (uma) vez por mês;
2. As reuniões ordinárias da CRP serão automaticamente convocadas segundo calendário pré-estabelecido;
3. Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo coordenador, por 1/3 (um terço) mais 1 (um) dos componentes da Comissão Executiva ou por solicitação do Diretor, com uma antecedência mínima de 48 horas;
4. O quórum mínimo para a realização das reuniões será a metade de seus membros mais 1 (um), em primeira convocação. Após 30 minutos não havendo o quantitativo, será realizada com os presentes;
5. Todos os membros da Comissão têm direito a voz e voto. Terão direito apenas à voz, pessoas convidadas ou que tenham tido acesso às sessões por interesse pessoal ou institucional;

6. Será realizada uma ata de cada sessão ordinária, na qual deverão conter a data, o lugar, os nomes dos participantes, e agenda da sessão. Também deverão ser registrados os pontos principais da deliberação formal, resultados da votação e conteúdo dos acordos. As atas de cada sessão ordinária deverão ser aprovadas na sessão seguinte pela maioria dos membros da Comissão.

9.5.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Mensais (gestão)												
Elaboração de procedimentos operacionais												

9.6 COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

9.6.1 FINALIDADE

A comissão de verificação de óbitos é um importante instrumento de controle de qualidade nas instituições hospitalares para o conhecimento das causas da morte e contribuir para o aprimoramento da assistência à saúde.

Visa atender a resolução CFM No. 1897/2009, analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

9.6.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

Os membros da Comissão devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição.

9.6.3 REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

Das disposições preliminares, objetivos, características

Art. 1º A Comissão de Avaliação de Óbitos foi criada em atendimento a determinação da Resolução Interministerial MEC/MS n.º 2.400 de 2 de outubro de 2007, que torna obrigatória a criação da Comissão de Avaliação de Óbitos nas instituições de saúde, e da Portaria MS/GM n.º 1405, de 29 de junho de 2006, que instituiu a rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimentos da Causa Mortis.

Art. 2º A atuação da Comissão é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva. Parágrafo único. As diretrizes para as ações investigatórias e educativas, serão definidas nas reuniões da Comissão e desencadeadas pelo Presidente.

CAPÍTULO II

Das finalidades

Art. 3º São finalidades da Comissão do HUME:

Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos;

II. Ser um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

CAPÍTULO III

Da composição

Art. 4º A Comissão será nomeada e composta por membros do quadro funcional do HU-UFGD, em portaria da Superintendência do Hospital, publicada no Boletim de Serviço da Instituição:

Chefe da Unidade de Terapia Intensiva Adulto;

Chefe da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica;

Chefe da Unidade de Terapia Intensiva e UCI Neonatal;

Chefe da Unidade de Clínica Médica;

Chefe da Unidade de Cirurgia;

Chefe da Unidade de Pediatria;

Chefe da Unidade de Oncologia;

Um Representante do Setor de Vigilância em Saúde;

Representante do Núcleo de Comissões Hospitalares.

Um enfermeiro de cada unidade mencionada nos incisos I à VI, que deverão ser indicados por suas respectivas chefias.

§ 1º Na impossibilidade de participação dos Chefes das Unidades, elencados nos incisos de I à IV, na Comissão, estes poderão indicar seus representantes.

§ 2º A Comissão poderá convidar outros profissionais para participar de suas reuniões, quando julgar necessário.

§ 3º Os membros da Comissão serão nomeados pela Superintendência, por meio de portaria, que deverá ser publicada no Boletim de Serviço da instituição.

CAPITULO IV

Do mandato

Art. 5º Em casos de substituição dos membros a que se referem os incisos VII à IX e § 1º, do art. 5º, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados a

Superintendência, via Coordenação do Núcleo de Comissões Hospitalares, para aprovação e alteração da Portaria de nomeação, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados ao Núcleo de Comissões Hospitalares para alteração da portaria de nomeação.

CAPÍTULO V

Funcionamento e organização

Art. 6º A Comissão de Avaliação de Óbitos deverá reunir-se pelo menos uma vez ao mês, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

§ 1º Os membros da Comissão, quando indicados pelas Chefias, que deixarem de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas, no período de um ano, e que não apresentarem justificativa até o início da reunião, serão removidos da Comissão e será solicitada a chefia uma nova indicação;

§ 2º No caso da saída de um membro da Comissão, o Presidente comunicará ao Núcleo de Comissões Hospitalares, que solicitará à chefia da unidade que indique um novo representante;

§ 3º As reuniões da Comissão serão registradas em ata, que deverá ser arquivada, contendo data, horário, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões que foram deliberadas;

§ 4º Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito, será designado um relator, convidado, ou consultor, que deverá apresentar parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido.

Art. 7º Quando ausente o Presidente e o Vice-Presidente, o Secretário conduzirá a reunião.

Art. 8º As decisões da Comissão serão tomadas por meio de votação aberta e justificadas por voto da maioria simples dos membros presentes.

Art. 9º Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros;

Art. 10 Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes. Parágrafo único. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente, pelo VicePresidente, na ausência do presidente, ou pela maioria dos membros;

Art. 11 Após a reunião, uma cópia da ata, devidamente assinada, deve ser entregue ao Núcleo de Comissões Hospitalares, que procederá o arquivamento junto à Superintendência.

Art. 12 Os instrumentos utilizados pela Comissão para a avaliação serão escolhidos/elaborados de acordo com os dados mínimos exigidos pela legislação;

CAPITULO VI

Das atribuições

Art. 13 As deliberações da Comissão, visando à correção ou reparação de distorções e irregularidades verificadas nas análises dos óbitos e no preenchimento das Declarações de Óbitos - DOs -, devem ser encaminhadas à Superintendência do HUME e/ou Comissão de Ética Médica para as providências subsequentes.

Art. 14 São atribuições dos membros da Comissão de Avaliação de Óbitos:

Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados;

Elaborar, conjuntamente com a Comissão de Documentação Médica e Estatística, normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;

Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;

Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;

Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;

Criar, conjuntamente com a Comissão de Documentação Médica e Estatística, instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;

Zelar pelo sigilo ético das informações;

Emitir parecer técnico ou relatório e/ou relatório estatístico, quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado, desde que observadas as normas de sigilo ético das informações;

Assessorar a alta governança da Instituição em assuntos de sua competência;

Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;

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

Art. 15 São atribuições do Presidente da Comissão e do Vice-presidente, na ausência do presidente:

Convocar e presidir as reuniões;

Indicar seu substituto;

Representar a comissão junto à alta governança da Instituição, ou indicar seu representante;

Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros;

Fazer cumprir o regimento;

Ter o voto de qualidade nas decisões da comissão, além do seu voto.

Art. 16 São atribuições da secretaria da Comissão:

Organizar a ordem do dia;

- Receber e protocolar os processos e expedientes;
- Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- Convocar os membros da comissão para as reuniões ordinárias ou extraordinárias;
- Organizar e manter o arquivo da comissão;
- Preparar a correspondência;
- Realizar outras funções determinadas pelo presidente, relacionadas ao serviço;
- Solicitar ao Serviço de Arquivo Médico (SAME) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los após o trabalho realizado.

CAPITULO VII

Das disposições finais

Art. 17 Os casos omissos serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Superintendência.

Art. 18 Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 19 O regimento entrará em vigor após aprovação da Superintendência e publicação no Boletim de Serviço do HUME.

9.6.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL - COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Mensais (sugestão)												
Elaboração do procedimentos operacionais												

9.7 COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (COREME)**9.7.1 FINALIDADE**

Estabelece o Regimento Interno da Comissão de Residência Médica. A Comissão de Residência Médica, criada pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, resolve adotar o Regimento Interno em anexo, que passa a vigorar a partir da data de sua publicação.

9.7.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

Os membros da Comissão devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição. I - um Supervisor de cada Programa de Residência Médica dos Departamentos da HEMU;

II - três representantes dos Médicos Residentes;

III - dois representantes dos Preceptores dos Programas de Residência Médica;

IV - um representante da superintendência do Hospital

9.7.3 REGIMENTO INTERNO**CAPÍTULO I****Da definição, composição e organização**

Art. 1º A COREME é o órgão competente para manter os entendimentos com a Comissão Nacional de Residência Médica, CNRM, através de sua Secretaria Executiva (Resolução CNRM n.º 15/82).

Art.2º A COREME será constituída por:

I - um Supervisor de cada Programa de Residência Médica dos Departamentos da HEMU;

II - três representantes dos Médicos Residentes;

III - dois representantes dos Preceptores dos Programas de Residência Médica;

IV - um representante da superintendência do Hospital;

§ 1º Cada Programa de Residência Médica indicará seu Supervisor e respectivo suplente, o qual substituirá o titular em suas ausências ou impedimentos, participando das reuniões com direito a voz.

§ 2º Os Supervisores assim como seus suplentes, com direito a voto, deverão ser indicados previamente, por escrito, à COREME por seus respectivos Departamentos. Inexistindo o comunicado terão direito apenas a voz.

§ 3º O sistema de votação deverá respeitar o critério de representatividade levando-se em conta o número de residentes por departamento.

Art. 3º A COREME elegerá por maioria absoluta, seu Coordenador e Vice-Coordenador, encaminhando os respectivos nomes para homologação.

Art. 4º A COREME reunir-se-á mensalmente ou ainda extraordinariamente, em qualquer data, através de convocação por correio eletrônico do Coordenador e/ou da metade de seus membros, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas.

Parágrafo Único – A reunião iniciar-se-á em primeira chamada em horário pré-estabelecido, com a presença de 50% (cinquenta por cento) de seus membros ou após quinze minutos, em segunda chamada, com o quorum presente.

Art. 5º As decisões serão tomadas em reunião da COREME em votação pelo sistema de maioria simples com o quorum presente. O Coordenador terá direito a voto de qualidade.

Parágrafo Único. Será redigida ata correspondente a cada reunião a ser discutida e aprovada na reunião seguinte.

CAPÍTULO II

Das competências

Art. 6º À COREME compete:

- I - nomear Comissão para o planejamento, coordenação e supervisão da seleção para as especialidades médicas, áreas de atuação/opcionais, conforme a Resolução da CNRM N.º 03/2011;
- II - o planejamento, coordenação, supervisão e avaliação dos Programas de Residência Médica;
- III - fazer cumprir este Regimento;
- IV - zelar pela manutenção do padrão da Residência Médica no HEMU;
- V - rever periodicamente os Programas de Residência Médica do HEMU, a fim de apreciar as alterações nos Programas de Residências Médica existentes ou propostas de novos Programas de Residência Médica, sugerindo as modificações necessárias para adequá-los aos padrões de ensino da Instituição e à legislação vigente, ou mesmo extinguir Programas considerados insatisfatório;
- VI - solicitar Credenciamento e Recredenciamento de Programas junto à Comissão Nacional de Residência Médica;
- VII - coordenar e supervisionar a execução dos Programas de Residência Médica do HEMU;
- VIII - envidar esforços junto às áreas competentes para a obtenção de recursos necessários à execução dos Programas Residência Médica do HEMU;

CAPÍTULO III

Disposições finais e transitórias

Art. 7º O presente Regimento somente poderá ser alterado mediante proposta aprovada por maioria absoluta dos membros da COREME.

Art. 8º Os casos omissos nesta Resolução serão submetidos à Diretoria Geral .

Art. 9º Este Regimento entrará em vigor na data de sua publicação.

9.7.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL - COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Trimestrais (sugestão)												
Elaboração do procedimentos operacionais												

9.8 COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL (COREMU)

9.8.1 FINALIDADE

Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde constituem modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, destinado às profissões da saúde, excetuada a médica, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, duração mínima de 02 (dois) anos e em regime de dedicação exclusiva.

Abrange as seguintes profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

9.8.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

Os membros da Comissão devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição.

9.8.3 REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

Disposições preliminares da comissão de Residência Multiprofissional

Art. 1º Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde serão orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais identificadas, de forma a contemplar os eixos norteadores mencionados na Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009.

Art. 2º Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde são credenciados pela Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde – COREMU, e têm como objetivos o aperfeiçoamento progressivo do padrão profissional e científico dos residentes e a melhoria da assistência à saúde da comunidade nas áreas profissionalizantes.

CAPÍTULO II

Da comissão de residência multiprofissional em saúde

Art. 3º A Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde – COREMU é órgão subordinado ao Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu - HEMU.

§Único - Compete ao HEMU o planejamento, coordenação, supervisão e avaliação da Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde, bem como deliberar sobre os programas de residência oferecidos anualmente.

Art. 4º A COREMU/HEMU constituirá um colegiado (atendendo à regulamentação da Resolução MEC nº 2, de 4 de maio de 2010, que dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional das instituições que oferecem programas de residência multiprofissional ou em área profissional da saúde) e contará com os seguintes membros:

- I. Os coordenadores de todos os Programas de Residência Multiprofissional

- em Saúde e em Área Profissional da Saúde do HEMU, assim como seus eventuais substitutos;
- II. Dois representantes docentes de cada programa de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da HEMU e seus respectivos suplentes, escolhidos entre seus pares;
 - III. Um representante dos Residentes de cada Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde da HEMU e seus respectivos suplentes, escolhidos entre seus pares;
 - IV. Um Representante do gestor de cada instituição de saúde conveniada para a realização dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da HEMU. Este representante será indicado pelo próprio gestor.
 - V. Um representante de Tutores de cada Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde da HEMU e seus respectivos suplentes, escolhidos entre seus pares;
 - VI. Um representante de Preceptores de cada Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde da HEMU e seus respectivos suplentes, escolhidos entre seus pares.

Art. 5º O colegiado da COREMU/HEMU elegerá o Coordenador e Vice Coordenador, que responderão pela Comissão, encaminhando os respectivos nomes para homologação da Câmara de Pesquisa e Pós Graduação da HEMU.

Art. 6º O Coordenador é o membro Executivo da COREMU.

§1º Os cargos de Coordenador e Vice Coordenador deverão ser ocupados por Docentes do quadro da HEMU que participem da Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde. O mandato terá duração de 2 (dois) anos, admitindo-se uma recondução consecutiva.

§2º O Vice Coordenador substituirá o Coordenador em suas ausências e

impedimentos.

§3º Todos os membros da COREMU/HEMU terão mandato de 2 (dois) anos, permitindo uma recondução.

§4º Os residentes elegerão, anualmente, seu representante, encaminhando o nome por escrito à COREMU/HEMU. Para os representantes discentes não será permitido recondução.

Art. 7º É competência da COREMU:

- I. Fazer cumprir este Regimento;
- II. Zelar pela manutenção da qualidade dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde da HEMU;
- III. Avaliar periodicamente os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde do HEMU, a fim de apreciar as alterações nos projetos pedagógicos dos Programas existentes;
- IV. Avaliar as propostas de inclusão de outras profissões ou novos programas, sugerindo as modificações necessárias para adequá-los aos padrões de ensino da Instituição e à legislação vigente, ou mesmo, extinguir programas ou áreas profissionais, apresentando-as a Comissão de Pesquisa e Pós Graduação do HEMU;
- V. Solicitar Credenciamento e Recredenciamento de Programas junto à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC);
- VI. Supervisionar a implantação e execução dos novos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde da HEMU;
- VII. Empreender esforços junto às áreas competentes para a obtenção de recursos necessários à execução dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde da HEMU;
- VIII. Coordenar a realização dos exames de seleção de todos os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde

da HEMU;

- IX. Aplicar junto aos residentes dos diferentes programas instrumento de avaliação semestral dos Programas em vigência.

Art. 8º A COREMU/HEMU reunir-se-á trimestralmente de acordo com calendário aprovado na primeira reunião do ano letivo.

§1º. As convocações para as reuniões ordinárias deverão ser realizadas com 5 (cinco) dias de antecedência, com anuência de pelo menos 51% de seus membros.

§2º Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas em qualquer data, pelo Coordenador ou por solicitação de qualquer representante da COREMU/HEMU, por meio de correio eletrônico, com anuência de pelo menos 51% de seus membros e com no mínimo 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.

§3º A reunião iniciar-se-á em primeira chamada em horário pré-estabelecido, com a presença de 51% de seus membros ou após quinze minutos, em segunda chamada, com o quorum presente.

§4º. Para efeito de votação será considerado o quórum de 50% mais um, dos membros presentes.

§5º. O Coordenador da COREMU/HEMU deverá propor o calendário anual de reuniões, o qual deverá ser aprovado previamente pelos membros da COREMU em reunião ordinária.

§6º Perde o mandato o membro da COREMU/HEMU que faltar, no período de um ano, a uma reunião sem justificativa ou com justificativa não aceita pela COREMU/HEMU ou a três reuniões ordinárias, mesmo com justificativas aceitas pela COREMU.

§7º- Perde automaticamente o mandato o membro que deixar de integrar a categoria ou o órgão que o levou a pertencer à COREMU/HEMU e o servidor que se afastar da Instituição para qualificação em dedicação integral.

§8º No caso do desligamento de um dos membros da Câmara deverá ser solicitada imediatamente a reposição da vaga junto ao segmento pertinente.

§9º - A cada reunião deverá ser lavrada Ata que, lida e aprovada, será assinada pelos presentes na reunião. Após assinada, a ata deverá ser disponibilizada em site institucional.

§10º Poderão compor ainda a COREMU/HEMU outras instituições participantes como as campo de prática dos residentes do Programa, membros convidados, com direito à voz e não a voto.

Art. 9 As decisões serão tomadas em reunião da COREMU/HEMU por votação pelo sistema de maioria simples, com o quorum presente.

CAPÍTULO III

Do acesso aos programas de residência multiprofissional em saúde ou em área profissional da saúde

Art. 10 O candidato ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde deverá:

- I. Estar inscrito no Conselho de Classe correspondente à sua área profissional;
- II. Apresentar diploma profissional devidamente registrado ou declaração comprobatória de conclusão de curso expedida pela Instituição de Ensino de origem.
- III. Apresentar o curriculum vitae relacionando as atividades escolares, profissionais e científicas;
- IV. Se estrangeiro, apresentar Cédula de Identidade de Estrangeiro que comprove ser portador de visto provisório ou permanente, resultando em situação regular no País;

V. Submeter-se ao processo seletivo público adotado pela COREMU/HEMU, visando classificação dentro do número de vagas existentes.

§1º Na hipótese de candidato que tenha concluído o curso de graduação em Instituição estrangeira, somente será deferida sua matrícula no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde mediante apresentação do diploma, devidamente revalidado por Instituição competente.

Art. 11 Poderão ingressar no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde, os profissionais de saúde formados por Instituições oficiais ou reconhecidas pelo Conselho Nacional de Educação, ou em Instituições estrangeiras, desde que o diploma esteja devidamente validado.

Art. 12 O Ingresso ao Programa Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde se dará por meio de processo seletivo público realizado conforme Edital, elaborado especificamente com esta finalidade e amplamente divulgado.

Art. 13 A COREMU/HEMU preencherá as vagas que porventura surgirem posteriormente, convocando, por ordem de classificação, os candidatos até 60 (sessenta) dias após o início dos programas.

§1º Os candidatos aprovados terão prazo para efetuar a matrícula, conforme o edital;

§2º Vencido o prazo acima, serão convocados os candidatos por ordem de classificação;

§3º Situações especiais serão estudadas pela COREMU/HEMU.

CAPÍTULO IV

Dos deveres dos residentes

Art. 14 São deveres dos residentes:

- I. Firmar Termo de Compromisso, sem o qual não poderá iniciar as atividades no programa;
- II. Apresentar o Registro do Conselho Profissional, com validade vigente, no ato da matrícula. O não cumprimento acarretará em cancelamento da matrícula e exclusão do Programa e ressarcimento à União dos valores pagos como Bolsa;
- III. Em caso de desistência informar ao Coordenador do Programa e formalizá-la junto à COREMU, para que possam ser tomadas as medidas administrativas cabíveis. O não cumprimento acarretará ressarcimento à União dos valores pagos como Bolsa;
- IV. Manter postura ética com os outros residentes do programa, bem como com os demais profissionais e com os usuários dos serviços de saúde;
- V. Responsabilizar-se pelo cumprimento das atividades de seu programa de Residência, obedecendo às atribuições que lhes forem designadas pelos tutores e preceptores;
- VI. Responsabilizar-se pelo cumprimento das atividades de seu programa de Residência;
- VII. Cumprir rigorosamente os horários que lhe forem atribuídos;
- VIII. Observar o Código de Ética de sua profissão, principalmente no que se refere a resguardar o sigilo e a veiculação de informação a que tenham acesso em decorrência do programa;
- IX. Comparecer a todas as reuniões convocadas pela COREMU/HUME, coordenador, tutores e preceptores do programa;
- X. Cumprir as disposições regulamentares gerais da COREMU e de cada serviço onde o programa está sendo realizado;
- XI. Prestar colaboração ao serviço no qual estiver desenvolvendo as atividades, fora do horário do curso, quando solicitado e em situações de emergência;
- XII. Levar ao conhecimento do coordenador, tutores e preceptores do programa as irregularidades das quais tenha conhecimento, ocorridas nos serviços;

- XIII. Assinar diariamente a ficha de presença;
- XIV. Em caso de doença ou gestação, comunicar o fato imediatamente ao seu preceptor e a secretaria do programa, apresentando atestado médico devidamente identificado e com o Código Internacional de Doença (CID) dentro de 48 (quarenta e oito) horas;
- XV. Dedicção, zelo e responsabilidade no cuidado aos usuários e no cumprimento de suas obrigações;
- XVI. Usar trajés adequados em concordância com as normas internas dos locais onde o programa está sendo realizado e crachá de identificação;
- XVII. Agir com urbanidade, discrição e respeito nas relações com a equipe do Programa e usuários dos serviços.
- XVIII. Zelar pelo patrimônio dos serviços onde o programa está sendo realizado;
- XIX. Reportar aos preceptores eventuais dúvidas ou problemas no decorrer das atividades práticas do programa;
- XX. Dedicar-se exclusivamente ao programa de residência, cumprindo a carga horária determinada;
- XXI. Participar de pelo menos dois eventos científicos por ano;
- XXII. Apresentar pelo menos um trabalho científico por ano em eventos científicos.

CAPÍTULO V

Do trabalho de conclusão de curso

Art. 15 Para aprovação no Programa de Residência é obrigatória a entrega de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em formato de artigo.

Art. 16 O residente definirá o tema do TCC em conjunto com o Orientador, mediante um problema de pesquisa identificado no campo de prática.

Art. 17 O TCC envolvendo projeto de pesquisa deve ser devidamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Art. 18 Após a aprovação do tema do TCC, a alteração do mesmo será permitida apenas mediante elaboração e submissão de novo estudo com anuência por escrito do professor orientador.

Art. 19 Quando necessário, a elaboração do TCC deverá contar com a participação de um coorientador, preferencialmente preceptor do programa.

Art. 20 A avaliação do TCC será realizada por uma banca examinadora, indicada pelo Colegiado Interno do Programa, e aprovada pela COREMU/HEMU, constituída pelo orientador e mais 2 (dois) integrantes, todos com no mínimo Título de Mestre.

§Único - Poderão compor a banca examinadora integrantes de diferentes áreas profissionais, desde que relacionadas ao tema do TCC.

Art. 21 Quando da designação da banca examinadora, deverá, também, ser indicado um membro suplente, encarregado de substituir qualquer dos titulares em caso de impedimento.

Art. 22 O Orientador do TCC deverá ser docente, tutor ou preceptor do Programa e ter, no mínimo, título de Mestre.

Art. 23 Compete ao Orientador:

- I. Orientar os residentes na elaboração e execução de seu plano de estudos;
- II. Assistir os residentes na elaboração e execução de seu TCC.

Art. 24 Somente poderá entregar seu TCC o residente que obtiver nota igual ou superior a 7,0 (sete) nas atividades práticas e teóricas.

Art. 25 O TCC deverá ser entregue e apresentado a banca no formato de artigo, 60 dias antes do encerramento do Programa de Residência, e seguir as normas de qualquer periódico indexado, estas normas devem estar anexadas ao mesmo.

Art. 26 O prazo de entrega do TCC aprovado pela banca examinadora é de 30 (trinta) dias antes do encerramento do Programa de Residência, com a comprovação de protocolo de envio à publicação (Resolução Nº 3 CNRMS de 04/05/2010).

§Único - Solicitações de prorrogação de prazo para entrega do TCC deverão ser encaminhadas à COREMU com justificativa do Orientador para deliberação.

Art. 27 O residente que não entregar o TCC na data previamente agendada será considerado em pendência e somente receberá seu Certificado de Conclusão ao cumpri-la.

Art. 28 Competirá à COREMU a análise e julgamento dos recursos referentes à avaliação final.

Art. 29 A versão final do TCC, após a inclusão das correções e sugestões da banca examinadora, deverá ser encaminhada aos Coordenadores do Programa, em versões impressas em até 30 (trinta) dias antes do encerramento do Programa de Residência.

CAPÍTULO VI

Disposições finais e transitórias

Art. 30 O presente Regimento somente poderá ser alterado mediante proposta aprovada por maioria absoluta dos membros da COREMU/HEMU.

Art. 31 Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Câmara de Pesquisa e Pós Graduação, ouvida a COREMU.

Art. 32 Este Regimento entrará em vigor na data de sua aprovação.

9.8.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL - COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Trimestrais (sugestão)												
Elaboração do procedimentos operacionais												

9.9 COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA**9.9.1 FINALIDADE**

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

9.9.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

A CIPA será composta por representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da Norma Regulamentadora nº 05 NR – 05, aprovada pela Portaria 3214 de 08 de junho de 1978.

Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados, com vínculo e regidos pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho CLT.

9.9.3 REGIMENTO INTERNO**CAPITULO I****DA CONSTITUIÇÃO, OBJETIVOS E ORGANIZAÇÃO**

Art. 1º - A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA vinculada diretamente a Diretoria Institucional, tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças

decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

Art. 2º - A CIPA será composta por representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da Norma Regulamentadora nº 05 NR – 05, aprovada pela Portaria 3214 de 08 de junho de 1978.

§ 1º - Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pela Diretoria Institucional.

§ 2º - Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados, com vínculo e regidos pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho CLT.

Art. 3º - O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

Art. 4º - É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da Comissão Internas de Prevenção de Acidentes, desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Parágrafo único: O suplente da CIPA goza da garantia de emprego prevista no art. 10, II, "a", do ADCT a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988.

Art. 5º - Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na empresa, sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo, do art. 469, da CLT.

Art. 6º - A Superintendência designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

Art. 7º - A CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pelo empregador, antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados da empresa, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento.

CAPITULO II

DAS COMPETÊNCIAS

ART. 8º – Compete a CIPA

- I) Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores,
- II) Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- III) 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;
- IV) 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;
- V) Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- VI) Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

- VII) Participar das discussões promovidas pelo hospital, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;
- VIII) Requerer a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- IX) Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- X) Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- XI) Participar da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
- XII) Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- XIII) Requisitar ao hospital as cópias das CAT emitidas;
- XIV) Promover, anualmente, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;
- XV) Participar, anualmente, em conjunto com o Hospital, de Campanhas de Prevenção da AIDS e outras campanhas relacionadas com a segurança e saúde do trabalhador.

ART. 9º - Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

ART. 10 - Cabe aos empregados:

- I) Participar da eleição de seus representantes;
- II) Colaborar com a gestão da CIPA;
- III) Indicar à CIPA situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho;
- IV) Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

ART. 11 - Cabe ao Presidente da CIPA:

- I) Convocar os membros para as reuniões da CIPA;
- II) Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e ao SOST as decisões da comissão;
- III) Manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA;
- IV) Coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;
- V) Delegar atribuições ao Vice-Presidente;

ART. 12 - Cabe ao Vice-Presidente:

- I) Executar atribuições que lhe forem delegadas;
- II) Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários;

ART. 13 - O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

- I) Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus 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 SOST;
- V) Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;
- VI) Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;
- VII) Constituir a comissão eleitoral.

ART. 14 - O Secretário da CIPA terá por atribuição:

- I) Acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;
- II) Preparar as correspondências; e
- III) Outras que lhe forem conferidas.

CAPITULO III

DO FUNCIONAMENTO

ART. 15 - A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

ART. 16 - As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado.

ART. 17 - A quantidade mínima de membros necessária para as deliberações da CIPA deverá ser de 50% mais um, do total de componentes.

ART. 18 - Em caso de empate no processo de votação das deliberações da CIPA, cabe ao presidente o voto de desempate.

ART. 19 - As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

ART. 20 - As atas devem ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

ART. 21 - Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

I) Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;

II) Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;

III) Houver solicitação expressa de uma das representações.

ART. 22 - As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

Parágrafo único. Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

ART. 23 - Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

ART. 24 - O pedido de reconsideração será apresentado à CIPA até a próxima reunião ordinária, quando será analisado, devendo o Presidente e o Vice-Presidente efetivar os encaminhamentos necessários.

ART. 25 - O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

ART. 26 - A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem de colocação decrescente que consta na ata de eleição, devendo os motivos ser registrados em ata de reunião.

ART. 27 - No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

ART. 28 - No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

ART. 29 - Caso não existam suplentes para ocupar o cargo vago, o empregador deve realizar eleição extraordinária, cumprindo todas as exigências estabelecidas para o processo eleitoral, exceto quanto aos prazos, que devem ser reduzidos pela metade.

ART. 30 - O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com o mandato dos demais membros da Comissão.

ART. 31 - O treinamento de membro eleito em processo extraordinário deve ser realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

CAPITULO IV

DO PROCESSO ELEITORAL

ART. 32 – Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

ART. 33 - O Presidente e o Vice Presidente da CIPA constituirão dentre seus membros, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso, a Comissão Eleitoral - CE, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral.

ART. 34 - O processo eleitoral observará as seguintes condições:

I) Publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;

II) Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;

III) Liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;

IV) Garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;

V) Realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;

VI) Realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados.

VII) Voto secreto;

VIII) Apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral;

IX) Faculdade de eleição por meios eletrônicos;

X) Guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos.

ART. 35 - Havendo participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação que ocorrerá no prazo máximo de dez dias.

ART. 36 - Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

ART. 37 - Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

ART. 38 - Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

CAPITULO V

DO TREINAMENTO

ART. 39 - A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.

ART. 40 - O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

ART. 41 - As empresas que não se enquadrem no Quadro I, promoverão anualmente treinamento para o designado responsável pelo cumprimento do objetivo desta NR.

ART. 42 - O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

I) Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;

II) Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;

III) Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa;

IV) Noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, e medidas de prevenção;

V) Noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;

VI) Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;

VII) Organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.

ART. 43 - O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias, sendo realizado durante o expediente normal da empresa e será ministrado pela SOST.

ART. 44 - Quando comprovada a não observância ao disposto nos itens relacionados ao treinamento, será determinada a complementação ou a realização de outro, em conformidade com às exigências do Ministério do Trabalho e Emprego, que será

efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de ciência da empresa sobre a decisão.

ART. 45 – As omissões neste Regimento Interno, serão orientadas pela Norma Regulamentadora 05 (NR – 05) aprovada pela Portaria 3.214 de 08 de junho de 1978.

9.9.4 CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Trimestrais (sugestão)												
Elaboração do procedimentos operacionais												

Trata-se de sugestão, no qual poderá ser adequado conforme a necessidade e a operacionalização.

9.10 SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO

O dimensionamento dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho vincula-se à gradação do risco da atividade principal e ao número total de empregados do estabelecimento, constantes dos Quadros I e II, anexos, observadas as exceções previstas na NR.4 (Alterado pela Portaria SSMT n.º 33, de 27 de outubro de 1983).

O serviço único de engenharia e medicina deverá possuir os profissionais especializados previstos no Quadro II desta NR. (Alterado pela Portaria MTPS n.º 510, de 29 de abril de 2016) e deverá obedecer ao disposto no Quadro II desta NR.

Para as atividades do Acqua no Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu - HEMU, a sua organização será de acordo com o dimensionamento.

O SESMT e sua competência:

Compete ao SESMT esclarecer os empregados dos riscos no ambiente de trabalho e promover ações para neutralizá-los ou eliminá-los. Sempre visando a promoção da saúde, prevenção de acidentes de trabalho e de doenças ocupacionais, através da realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos colaboradores agindo na prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais.

9.10.1 MEMBROS

O serviço será constituído por profissionais especializados, conforme especificação do Quadro II da NR4, devidamente habilitados e registrados nos respectivos conselhos e órgãos.

9.10.2 REGIMENTO

Compete a equipe do SEESMT, segundo a NR-4:

- 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 à saúde do trabalhador;
- b) determinar, quando esgotados todos os meios conhecidos para a eliminação do risco e este persistir, mesmo reduzido, a utilização, pelo trabalhador, de

Equipamentos de Proteção Individual-EPI, de acordo com o que determina a NR 6, desde que a concentração, 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, exercendo a competência disposta na alínea "a";

d) responsabilizar-se tecnicamente, pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas NR aplicáveis às atividades executadas pela empresa e/ou seus estabelecimentos;

e) manter permanente relacionamento com a CIPA, valendo-se ao máximo de suas observações, além de apoiá-la, treiná-la e atendê-la, conforme dispõe a NR 5;

f) promover a realização de 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;

g) esclarecer e conscientizar os empregadores sobre acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, estimulando-os em favor da prevenção;

h) analisar e registrar em documento(s) específico(s) todos os acidentes ocorridos na empresa ou estabelecimento, com ou sem vítima, e todos os casos de doença ocupacional, descrevendo a história e as características do acidente e/ou da doença ocupacional, os fatores ambientais, as características do agente e as condições do(s) indivíduo(s) portador(es) de doença ocupacional ou acidentado(s);

i) registrar mensalmente os dados atualizados de acidentes do trabalho, doenças ocupacionais e agentes de insalubridade, preenchendo, no mínimo, os quesitos

descritos nos modelos de mapas constantes nos Quadros III, IV, V e VI, devendo o empregador manter a documentação à disposição da inspeção do trabalho.

j) manter os registros de que tratam as alíneas "h" e "i" na sede dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho ou facilmente alcançáveis a partir da mesma, sendo de livre escolha da empresa o método de arquivamento e recuperação, desde que sejam asseguradas condições de acesso aos registros e entendimento de seu conteúdo, devendo ser guardados somente os mapas anuais dos dados correspondentes às alíneas "h" e "i" por um período não- inferior a 5 (cinco) anos;

k) as atividades dos profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho são essencialmente preventivistas, embora não seja vedado o atendimento de emergência, quando se tornar necessário. Entretanto, a elaboração de planos de controle de efeitos de catástrofes, de disponibilidade de meios que visem ao combate a incêndios e ao salvamento e de imediata atenção à vítima deste ou de qualquer outro tipo de acidente estão incluídos em suas atividades.

Documentos

Atestados - Declaração de anuência da chefia imediata

Autorização Paciente Fonte

Comunicação Interna de Acidente de Trabalho - CIAT

Fluxo de Acidente Típico e Trajeto

Fluxo de Acidente com Material Biológico e Perfurocortante

Formulário de Levantamento para Avaliação de Riscos

Formulário de Movimentação Interna de Gestante Lactante

Formulário de Registro de Condição Insegura - RCI

Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO

Plano de Atendimento a Emergência - Unidade Santa Catarina

Plano de Atendimento a Emergência - Unidade Dom Bosco
 Procedimento Operacional Padrão - Acidentes de Trabalho
 Requerimento - Intervalo para aleitamento
 Programa de Prevenção Respiratório - PPR
 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Teleconsulta
 POP - Reabastecimento de GLP
 POP - Cuidados na Limpeza das Áreas de Gases Medicinais
 POP - Inspeção de Centrais de Gases Medicinais
 Programa de Prevenção de Riscos Ambientais

9.10.3 CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Trimestrais (sugestão)												
Elaboração do procedimentos operacionais												

9.11 COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA

9.11.1 FINALIDADE

A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu - HEMU é de natureza técnico-científica permanente e tem por finalidade ordenar a formulação de diretrizes para a escolha e adoção de impressos a serem utilizados na composição dos prontuários médicos dos pacientes atendidos no HEMU.

9.11.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

Os membros da Comissão devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição.

9.11.3 REGIMENTO INTERNO**CAPITULO I****Das definições**

Art. 1º – Orientar e sugerir a correta maneira de seu preenchimento e propor, a partir dos dados levantados nos atendimentos médicos registrados e nos prontuários, a geração de relatórios estatísticos úteis para o conhecimento qualitativo e quantitativo do funcionamento da instituição, subsidiando também a pesquisa científica em saúde.

§ 1º– A CDME terá seu funcionamento regulamentado por este regimento e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis.

§ 2º - A CDME é um órgão de assessoria vinculado à Superintendência, por meio do Núcleo de Comissões Hospitalares da instituição.

CAPÍTULO II**Das competências**

Art. 2º – Compete à CDME:

- I. Definir modelos de impressos que irão compor o prontuário médico do HEMU;
- II. Definir modelos de impressos a serem utilizados em quaisquer outras situações onde dados sobre pacientes do HEMU 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 dos mesmos;
- IV. Orientar o correto preenchimento dos impressos e definir 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. Definir regras de acesso e manuseio do prontuário, para os diversos fins: assistência, ensino, pesquisa, demanda judicial e do próprio paciente ou representante legal;
- VI. Recomendar normas de arquivamento/guarda abrangendo os processos de trabalho e a estrutura física necessárias;
- VII. Definir quais dados, obtidos nos impressos preenchidos pelo corpo docente e assistencial do HEMU, deverão ser utilizados como fonte de dados para geração de informações estatísticas do HEMU;
- VIII. Definir quais relatórios estatísticos deverão ser gerados regularmente pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do HEMU;
- IX. Orientar o SAME como obter os dados e como realizar os cálculos estatísticos a serem utilizados;
- X. Elaborar e implantar normas para a utilização da documentação médica como fonte de dados para pesquisa científica;
- XI. Examinar e emitir parecer quando da solicitação de inclusão de novos impressos ou modificação dos já adotados pelo HEMU;

XII. Definir quais informações deverão conter os arquivos informatizados de pacientes do HEMU;

XIII. 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;

XIV. Normatizar o preenchimento das contrarreferências/resumos de altas hospitalares, conforme orientação da legislação do SUS e dos Conselhos de classe;

XV. Criar e aprovar normas que regulamentem o fluxo de prontuários da instituição;

XVI. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica, Comissão de Revisão de Prontuários, Comissão de Ética em Pesquisa e Extensão e Comissão de Educação Permanente do HEMU, com as quais deverão ser discutidos assuntos de sua competência;

XVII. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

CAPÍTULO III

Da composição, organização e estrutura

Art. 3º – A Comissão terá composição multiprofissional, contando com onze membros titulares. Parágrafo único – A CDME poderá contar com consultores "ad hoc", pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

Artigo 4º – As indicações para integrar a CDME serão submetidas à aprovação da Superintendência e se processarão da seguinte forma:

- I. Um médico representante da Comissão de Ética Médica;
- II. Um enfermeiro representante da Divisão de Enfermagem;

- III. Dois representantes da Unidade de Processamento de Informação Assistencial, sendo pelo menos um deles auditor;
- IV. Um representante da Unidade Multiprofissional;
- V. Um representante do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde;
- VI. Um representante do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação;
- VII. Um representante do Núcleo de Comissões Hospitalares;
- VIII. Um representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
- IX. Um representante da Unidade de Planejamento;
- X. Um representante da Unidade de Monitoramento e Avaliação.

Art. 5º – Os membros da CDME terão mandatos de 2(dois) anos, a contar da publicação de portaria em Boletim de Serviço do HEMU, podendo ser prorrogado por igual período.

Art. 6º – O presidente, o vice presidente e o secretário da CDME serão eleitos pelos seus pares, em concordância com a Superintendência, para exercerem estas funções por um período de 2(dois) anos, permitindo-se uma recondução

Art. 7º – 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. Suscitar pronunciamento da CDME quanto às questões relativas à documentação e informação médica e de dados estatísticos;
- IV. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
- V. Indicar membros para a realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;

Parágrafo único – Na ausência ou impedimento temporário do presidente da CDME, suas funções serão exercidas interinamente pelo vice-presidente, e em caso de

ausência ou impedimento temporário de ambos, será eleito um membro pelos seus pares para exercer essa função interinamente.

Art. 8º – Aos membros incumbe:

- I. Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as 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 atinentes à Comissão.

Art. 9º – 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 termos de abertura e encerramento dos livros ou similares de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
- VI. Elaborar relatório anual das atividades da Comissão;
- VII. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;
- VIII. Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias.

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

Funcionamento

Art. 10 – A Comissão reunir-se-á, mensalmente, conforme cronograma pré-estabelecido.

§ 1º O calendário anual de reuniões ordinárias será aprovado pela CDME até o mês de dezembro do exercício anterior.

§ 2º – A CDME instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quorum" em cada sessão antes de cada votação.

§ 3º – As deliberações da CDME serão consubstanciadas em resoluções endereçadas à Superintendência e, após aprovação, publicadas no Boletim de Serviço do HEMU.

§ 4º – É facultado ao Presidente e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

§ 5º – A depender da matéria, conforme julgamento dos membros presentes na reunião, a votação poderá ser nominal.

§ 6º As decisões da Comissão serão aprovadas por maioria absoluta dos membros presentes.

Art. 11 – A rotina das reuniões da CDME será a seguinte:

- I. Verificação da presença do Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo substituto interino;
- II. Verificação de presença e existência de "quorum";
- III. Votação e assinatura de ata da reunião anterior;
- IV. Inclusão e/ou exclusão de itens da pauta da reunião;
- V. Informes da Presidência e do Núcleo de Comissões Hospitalares, quando for o caso;
- VI. Apresentação, discussão e votação de matérias constantes em pauta;
- VII. Organização da pauta da próxima reunião;
- VIII. Encerramento da reunião.

Parágrafo único – Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a CDME por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Art. 12 – Em reuniões extraordinárias, o membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame poderá pedir adiamento da votação.

Parágrafo Único– O prazo da votação da matéria será definido pelos membros, conforme a urgência.

CAPÍTULO VI

Disposições gerais

Art. 13 – A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CDME, a equipe de governança do HEMU proporcionará a infraestrutura necessária.

Art. 14 – A CDME, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 15 – Será dispensado o membro que deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano e não apresentar justificativa da sua ausência até o início da reunião.

Parágrafo único – No caso da saída de qualquer membro da CDME deverá haver indicação de novo membro por meio do Núcleo de Comissões Hospitalares do HEMU.

Art. 16 – A CDME no desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário, poderá criar subcomissões para assuntos específicos.

Art. 17 – Os membros poderão 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.

Art. 18- 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.

Art. 19- Os casos omissos serão resolvidos pela CDME, em conjunto com a Superintendência do HEMU.

Art. 20- Este regimento entrará em vigor após publicação no Boletim de Serviço do HEMU.

9.11.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL - COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Mensais (sugestão)												
Elaboração do procedimentos operacionais												

9.12 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

9.12.1 FINALIDADE

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente, com "munus público", que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - Res. CNS 196/96, II.4).

9.12.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

Os membros da Comissão devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição.

9.12.3 REGIMENTO INTERNO

Da Constituição, Objetivos e Organização

Art.1º- O Comitê possui os seguintes membros efetivos: um professor/pesquisador de cada unidade e subunidade pertencentes à área de saúde, um professor/pesquisador em ética/bioética, um professor/pesquisador da área da psicologia, um professor/pesquisador dos cursos de pós-graduação stricto sensu, um membro da sociedade representando os usuários da instituição - a ser indicado pelo coordenador do Comitê - e um representante da Assessoria Jurídica.

Art.2º - Os membros efetivos são indicados pelos diretores de unidades, após terem sido eleitos por seus pares. Os membros cumprem um mandato de três anos, renovável.

Art.3º O coordenador é escolhido pelos membros que compõem o colegiado, com mandato de três anos, permitida a recondução.

Art.4º O CEP pode contar com consultores ad hoc, pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos. No caso de análise de projetos de pesquisa envolvendo grupos vulneráveis, comunidades e coletividades, um representante desses grupos é convidado como membro ad hoc para participar da análise do projeto específico. O CEP tem ainda, como membro ad hoc permanente, um integrante do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu.

Das Competências

Art.5º - Compete a CEP

- I. O CEP é responsável por avaliar e acompanhar aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Este papel está bem estabelecido nas

diversas diretrizes éticas internacionais (Declaração de Helsinque, Diretrizes Internacionais para as Pesquisas Biomédicas envolvendo Seres Humanos – CIOMS) e Brasileiras (Res. CNS 196/96 e complementares), diretrizes estas que ressaltam a necessidade de revisão ética e científica das pesquisas envolvendo seres humanos, visando a salvaguardar a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar do sujeito da pesquisa.

- II. Desta maneira e de acordo com a Res. CNS 196/96, "toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa" e cabe à instituição onde se realizam pesquisas constituir o CEP.
- III. A missão do CEP é salvaguardar os direitos e a dignidade dos sujeitos da pesquisa. Além disso, o CEP contribui para a qualidade das pesquisas e para a discussão do papel da pesquisa no desenvolvimento institucional e no desenvolvimento social da comunidade. Contribui ainda para a valorização do pesquisador que recebe o reconhecimento de que sua proposta é eticamente adequada.
- IV. O CEP, ao emitir parecer independente e consistente, contribui ainda para o processo educativo dos pesquisadores, da instituição e dos próprios membros do comitê.
- V. O CEP deve exercer papel consultivo e, em especial, papel educativo para assegurar a formação continuada dos pesquisadores da instituição e promover a discussão dos aspectos éticos das pesquisas em seres humanos na comunidade. Dessa forma, deve promover atividades, tais como seminários, palestras, jornadas, cursos e estudo de protocolos de pesquisa.

Do Funcionamento

Art.6° O coordenador ou um representante do CEP estão diariamente disponíveis para consultas. As reuniões ordinárias são mensais, mas com frequência são resolvidas pequenas pendências ad referendum para acelerar a liberação dos

projetos de pesquisa. Há distribuição das normas de funcionamento do CEP e exigências advindas da Resolução CNS n° 196/96 para os professores, alunos e profissionais envolvidos.

Art.7° Aulas sobre ética em pesquisa envolvendo seres humanos e comitês de ética em pesquisa fazem parte dos programas de especialização, graduação e pós-graduação. Neste comitê, o CEP apresenta-se como um grupo disponível para ajudá-los a desenvolver pesquisas de acordo com princípios éticos - e não como um comitê fiscalizador.

Do Treinamento

Art.8° - A formação mínima inicial deve incluir:

- I. Leitura das Resoluções do CNS sobre ética em pesquisa, do Regimento Interno do CEP e deste manual.
- II. Discussão sobre a importância dos CEPs para proteger a dignidade e os direitos dos sujeitos da pesquisa e para contribuir com o desenvolvimento de pesquisas relevantes, acentuando ainda o papel educativo para os pesquisadores.
- III. Obtenção de indicação de literatura e de endereços eletrônicos de interesse, incluindo o site da CONEP (<http://conselho.saude.gov.br>).
- IV. Participação em discussões ou exposições sobre normas nacionais e internacionais relevantes às pesquisas envolvendo seres humanos.

9.12.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição de padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Mensais (sugestão)												
Elaboração do procedimentos operacionais												

9.13 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL (EMTN)**9.13.1 FINALIDADE**

A Comissão de EMTN (EMTN) tem por finalidade a execução, supervisão e avaliação permanente, de todas as etapas da Terapia Nutricional Dietética.

Assessorar o Departamento de Suprimentos / Logística na seleção de materiais nos diversos níveis de complexidade; no estabelecimento de critérios padronização.

9.13.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

Os membros da Comissão devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição.

9.13.3 REGIMENTO INTERNO**DA NATUREZA E FINALIDADES**

Art. 1. Compete à Comissão

1º A EMTN tem por finalidade a implantação, implementação e manutenção da terapia nutricional das áreas atendidas pela área de nutrição;

- A EMTN tem por finalidade a execução, supervisão e avaliação permanente, de todas as etapas da Terapia Nutricional;
- Por se tratar de procedimentos realizados em pacientes sob cuidados especiais que visam garantir a vigilância do seu estado nutricional, a Equipe poderá ser constituída de pelo menos 1 (um) profissional por categoria,

podendo ser composta por médico, nutricionista, enfermeiro, farmacêutico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social.

CAPÍTULO II

DA CONSTITUIÇÃO

Art. 2º A EMTN poderá ser composta por um Coordenador Administrativo e um Coordenador Técnico, ambos membros integrantes da equipe e escolhidos pelos seus componentes por meio de aclamação ou de acordo com a composição organizacional.

Parágrafo único. A Comissão de que trata este artigo deverá ser instituída por ato formal da Diretoria e está vinculada a ela através do Núcleo de Comissões.

Art. 3º O mandato dos membros da Equipe Nutricional poderá ser de 02 (dois) anos, contados a partir da publicação de sua nomeação, podendo ser reconduzido 01 (uma) única vez e por igual período.

Art. 4º A Diretoria, por motivo justificado e mediante manifestação da Equipe Nutricional, poderá propor a substituição de membros da Equipe.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 5º Compete à Comissão da Equipe Nutricional:

- I- Realizar triagem e avaliação nutricional dos pacientes internados afim de identificar desnutrição ou risco de desnutrição nos mesmos;
- II- Elaborar a prescrição dietética com bases nas diretrizes estabelecidas na prescrição médica;
- III- Orientar o paciente, os familiares ou o responsável legal, quanto aos riscos e benefícios da terapia;

- IV- Garantir os registros da evolução e dos procedimentos médicos;
- V- Estimular as autoridades competentes a atuar sobre os problemas detectados pela equipe, tomando medidas necessárias;
- VI- Promover discussões dos casos clínicos junto à equipe, e assim decidir as condutas necessárias;
- VII- Definir as diretrizes técnicas administrativas que devem guiar as atividades e suas relações com a instituição;
- VIII- Criar mecanismos para que se desenvolvam as etapas de triagem e vigilância nutricional, em regime hospitalar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar e cuidar de pacientes que necessitam de Terapia Nutricional;
- IX- Atender às demandas de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a Terapia Nutricional, quando necessário, em conjunto com o médico responsável pelo paciente, até que sejam alcançados os critérios de reabilitação nutricional pré-estabelecidos;
- X- Assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte e administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final, da Terapia Nutricional, visando obter os benefícios máximos do procedimento e evitar riscos;
- XI- Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;
- XII- Estabelecer protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da Terapia Nutricional;
- XIII- Documentar todos os resultados do controle e da avaliação da EMTN visando à garantia de sua qualidade;

XIV- Estabelecer auditorias periódicas a serem realizadas por um dos membros da equipe multiprofissional, para verificar o cumprimento e o registro dos controles e avaliação da Terapia Nutricional;

XV- Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da Terapia Nutricional;

XVI- Desenvolver, rever e atualizar regularmente as diretrizes e procedimentos relativos aos pacientes e aos aspectos operacionais da Terapia Nutricional;

XVII- Elaborar indicadores de qualidade quanto ao funcionamento Comissão

Art. 6º Compete ao Coordenador Administrativo (se couber)

I- Assegurar condições para o cumprimento das atribuições gerais da equipe e dos profissionais da mesma, juntamente com o Núcleo de Comissões Hospitalares visando prioritariamente à qualidade e efetividade da Terapia Nutricional;

II- Representar a equipe em assuntos relacionados com as atividades da EMTN;

III- Auxiliar o Coordenador Técnico a promover e incentivar programas de educação continuada, para todos os profissionais envolvidos na Terapia Nutricional, devidamente registrados;

IV- Padronizar indicadores de qualidade para a Terapia Nutricional, para aplicação pela EMTN;

V- Gerenciar aspectos técnicos das atividades da Terapia Nutricional;

VI- Analisar o custo e o benefício da Terapia Nutricional no âmbito hospitalar e ambulatorial.

Art. 7º Compete ao Coordenador Técnico:

I- Coordenar a elaboração e aplicação dos protocolos de avaliação, indicação, prescrição e acompanhamento da Terapia Nutricional pela EMTN;

II- Zelar pelo cumprimento das diretrizes de qualidade estabelecidas nas Boas Práticas da Nutrição e Boas Práticas de Administração da Nutrição;

III- Assegurar a atualização dos conhecimentos técnico-científicos relacionados com a Terapia Nutricional e sua aplicação;

IV- Garantir que a qualidade dos procedimentos da Terapia Nutricional prevaleça sobre quaisquer outros aspectos.

Art. 8º Compete ao profissional médico:

I- Auxiliar a indicação e prescrição da terapia nutricional;

II- Monitorar o acesso ao trato gastrointestinal para a Terapia Nutricional Enteral e estabelecer a melhor via, incluindo estomias de nutrição por via cirúrgica, laparoscopia e endoscopia;

III- Monitorar o acesso endovenoso, central ou periférico conforme a indicação e osmolaridade, conforme protocolo instituído;

IV- Orientar os pacientes, os familiares e ou responsável legal, quanto aos riscos e benefícios do procedimento;

V- Participar do desenvolvimento técnico-científico relacionado ao procedimento;

VI- Garantir os registros da evolução e dos procedimentos médicos.

Art. 9º Compete ao profissional farmacêutico:

I- De acordo com os critérios estabelecidos pela Equipe Nutricional, cabe aos profissionais farmacêuticos membros auxiliar no processo de padronização das Nutrições e dos itens que compõem estas, além de padronizar os processos de solicitação de prescrição médica, recebimento, armazenamento e distribuição (Resolução da Diretoria Colegiada 272/98) – Conforme o Procedimento Operacional Padrão nº. 09 da Unidade de Dispensação Farmacêutica;

II- Monitorar a qualificação de fornecedores e assegurar que a entrega da Nutrição Parenteral manipulada seja acompanhada de certificado de análise emitido por empresa habilitada, seguindo as recomendações da Boas Práticas de Manipulação – anexo IV, portaria 272/98;

III- Ser o elo entre o médico prescritor e a empresa responsável pela manipulação das Nutrições Parenterais, frente à possíveis incompatibilidades físico-químicas, bem como quanto à interferência da Nutrição Parenteral junto à terapêutica medicamentosa;

IV- Assegurar que os rótulos da Nutrição Parenteral apresentem, de maneira clara e precisa, todos os dizeres exigidos nas legislações;

V- Informar a farmacovigilância e monitorar as reações adversas e interações droganutrientes e nutriente-nutriente, a partir do perfil farmacoterapêutico registrado;

VI- Organizar e operacionalizar as áreas e atividades da farmácia;

VII- Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização dos seus colaboradores, frente aos processos que envolvam a melhor conduta para a administração da terapia nutricional parenteral.

Art. 10 Compete ao profissional enfermeiro:

I- Orientar o paciente, a família ou o responsável legal, quanto à utilização e controle da Terapia Nutricional, de acordo com suas atribuições profissionais;

II- Monitorar e avaliar os cuidados de enfermagem na Terapia Nutricional;

III- Monitorar a manutenção das vias de administração;

IV- Ser o elo frente à detecção, registro e comunicação para a EMTN e ou o médico responsável pelo paciente as intercorrências de qualquer ordem técnica e/ou administrativa;

- V- Garantir o registro claro e preciso de informações relacionadas à administração e à evolução do paciente, quanto ao: peso, sinais vitais, balanço hídrico entre outros;
- VI- Supervisionar a manutenção do curativo do cateter venoso, com base em procedimentos preestabelecidos pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH; (No caso de Unidades HOSPITALARES)
- VII- Elaborar e padronizar procedimentos de enfermagem relacionados à Terapia Nutricional;
- VIII- Monitorar e orientar junto ao Setor de Farmácia Hospitalar que qualquer outra droga e/ou nutriente prescritos, não sejam infundidos na mesma via de administração da Nutrição Parenteral e Enteral, sem a autorização formal da EMTN;
- IX- Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização dos seus colaboradores, frente aos processos que envolvam a melhor conduta para a administração da terapia nutricional.

Art.11 Compete ao profissional de nutrição:

- I- Monitorar o registro da avaliação do estado nutricional do paciente, utilizando indicadores nutricionais subjetivos e objetivos, com base em protocolo pré-estabelecido, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional;
- II- Monitorar a prescrição dietética com base nas diretrizes estabelecidas na prescrição médica;
- III- Monitorar o acompanhamento da evolução nutricional do paciente em Terapia Nutricional, independente da via de administração, até alta nutricional;
- IV- Assegurar o registro claro e preciso de todas as informações relacionadas à evolução nutricional do paciente pela equipe de Nutrição Clínica;

V- Assegurar a orientação ao paciente, à família ou ao responsável legal, quanto à preparação e à utilização da nutrição enteral prescrita para o período após a alta hospitalar;

VI- Assegurar a utilização das técnicas pré-estabelecidas de preparação da nutrição enteral dentro de padrões recomendados na Boas Práticas de Preparo de Nutrição Enteral – BPPNE, de acordo com a RCD n° 63, de 6 de Julho de 2000;

VII- Monitorar a qualificação de fornecedores e assegurar que a entrega dos insumos e nutrição enteral industrializada seja acompanhada do certificado de análise emitido pelo fabricante;

VIII- Assegurar que os rótulos da nutrição enteral apresentem, de maneira clara e precisa, todos os dizeres exigidos na RCD n° 63, de 6 de Julho de 2000;

IX- Assegurar a correta amostragem da nutrição enteral preparada para análise microbiológica, segundo as Boas Práticas de Preparo de Nutrição Enteral;

X- Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização de seus colaboradores, bem como para todos os profissionais envolvidos na preparação da nutrição enteral;

XI- Divulgar regularmente as atualizações das diretrizes e procedimentos relativos aos aspectos operacionais da nutrição enteral;

XII- Supervisionar e promover auto inspeção nas rotinas operacionais da preparação da nutrição enteral.

Art. 12 Compete ao profissional psicólogo ou assistencial:

I- Quando necessário, orientar outros profissionais, quanto às atribuições descritas neste regimento, bem como, quando solicitado, intervir no caso visando cumprir tais atribuições;

II- Assegurar a orientação de pacientes, familiares e/ou responsáveis quanto ao papel do profissional no enfrentamento da Terapia Nutricional pelo paciente e seus familiares;

III- Auxiliar, diretamente ou por meio de outros profissionais da instituição, pacientes, familiares e/ou responsáveis no desenvolvimento de capacidades e funções ainda não prejudicadas pelo adoecer, reforçando as defesas psicológicas positivas e promovendo um enfrentamento adequado das dificuldades enfrentadas ao longo da Terapia Nutricional;

IV- Promover e auxiliar o fortalecimento das relações familiares para que possam oferecer suporte adequado ao paciente durante todo o processo de adoecimento e tratamento;

V- Incentivar, quando necessário, o paciente no processo de cura e restabelecimento, promovendo apoio psicológico e orientação em relação à doença e à Terapia Nutricional;

VI- Discutir casos com a equipe multiprofissional, visando a integração e o alinhamento de condutas;

VII- Promover e fortalecer a relação entre EMTN paciente-família-instituição;

VIII- Buscar, juntamente com a EMTN, estratégias que proporcionem mais qualidade de vida ao paciente em Terapia Nutricional e seus familiares e/ou responsáveis;

IX- Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização dos seus colaboradores, frente aos processos que envolvam a melhor conduta para a administração da Terapia Nutricional.

CAPÍTULO IV

DAS REUNIÕES

Art. 15 As reuniões ordinárias ocorrerão mensalmente em local nas dependências da desse ou local a ser agendado e acordado previamente com seus membros.

Parágrafo único. A definição e reserva do local poderá ser realizada pelo Núcleo de Comissões

Art. 16 As convocações para reunião da Comissão serão feitas pelo Núcleo de Comissões Hospitalares, devendo ser, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas.

Parágrafo único. Os membros deverão comparecer, pontualmente, às reuniões das quais foram convocados.

Art. 17 A EMTN deliberará com a presença da maioria simples.

- No caso do quórum ser insuficiente, a reunião será suspensa após quinze minutos do horário programado para início;
- Quando da pauta da reunião constar matérias cuja discussão seja inadiável, sob pena de acarretar prejuízos aos pacientes, estas serão analisados pelos integrantes, independentemente de quórum;
- Cada membro terá direito a um voto;
- A votação será nominal e aberta;
- As decisões da EMTN serão tomadas por maioria simples dos presentes;
- O Presidente terá o voto de qualidade (Minerva);
- As deliberações tomadas "ad referendum" deverão ser encaminhadas a EMTN para deliberação desta, na primeira sessão seguinte;
- As deliberações da EMTN serão consubstanciadas em cotas, pareceres, resoluções e relatórios, que serão submetidas a Diretoria para os encaminhamentos cabíveis;
- É facultado ao Presidente e aos membros da EMTN solicitar o reexame de qualquer resolução exarada em reuniões anteriores, justificando possível

ilegalidade, incorreção, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 18 A EMTN, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e à ordem dos trabalhos.

Art. 19 A sequência dos trabalhos das reuniões será a seguinte:

I- Verificação da presença do Coordenador Clínico e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo coordenação;

II- Verificação de presença e existência de quórum para instalação do Plenário;

III- Leitura, votação e assinatura da ata da reunião anterior;

IV- Leitura e despacho do expediente;

V- Apresentação da ordem do dia, compreendendo leitura, discussão e votação de relatórios, pareceres e resoluções;

VI- Organização da pauta da próxima reunião;

VII- Distribuição de expedientes aos Relatores;

VIII- Comunicações breves e franqueamento da palavra.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES

Art. 20 Os integrantes da EMTN que, sem motivo justificado e por escrito, deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas ou 06 (seis) intercaladas, no período de 01 (um) ano, estará automaticamente desligado da Equipe.

Parágrafo Único. O controle de frequência será efetuado pela secretária, mediante registro em pauta.

Art. 21 Nenhum membro da Equipe Nutricional, à exceção de seu Coordenador poderá falar em nome da Equipe, sem que esteja autorizado pela

Diretoria.

Art. 22 Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Coordenador da Equipe Nutricional, e em grau de recurso pela Diretoria.

Art. 23 O presente Regimento Interno deverá ser revisado a cada dois anos e poderá ser alterado, mediante proposta da EMTN, através da maioria absoluta de seus membros, submetida a Diretoria.

Art. 24 O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovado pela EMTN, revogando-se as disposições em contrário.

9.13.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL (EMTN)

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL - COMISSÃO EQUIPE DE NUTRIÇÃO DIETÉTICA												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos processos												
Início do estudo												
Reuniões Trimestrais (sugestão)												
Elaboração do procedimento para a solicitação e inclusão de produtos e pacientes												

Trata-se de sugestão, no qual poderá ser adequado conforme a necessidade e a operacionalização.

9.14 COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

9.14.1 FINALIDADE

A Comissão De Proteção Radiológica (CPR) exerce, tem a atividade à assessorar, implantar e avaliar segundo as normativas de acordo com as normativas, de acordo com o regulamento técnico-científico que estabelece diretrizes básicas para proteção radiológica.

9.14.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

Os membros da Comissão devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição.

9.14.3 REGIMENTO INTERNO**CAPÍTULO I****DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 1º Esta Comissão deve ser estruturada e organizada conforme determinação da portaria MS nº 453, de 01 de junho de 1998, que aprova o Regulamento Técnico e estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso de raios-X diagnóstico em todo território nacional e dá outras providências. E da Portaria Interministerial MEC/MS nº285 de 24 de março de 2015 que Redefine o Programa de Certificação de Hospital de Ensino e torna obrigatória a criação da Comissão de Proteção Radiológica.

Art. 2º A Comissão de Proteção Radiológica é um organismo de natureza multidisciplinar que possui como principais atribuições revisar de forma sistemática o Plano de Proteção Radiológica da unidade para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes da proteção radiológica, além de recomendar as medidas cabíveis para o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação existentes na instituição.

Art. 3º As deliberações da Comissão de Proteção Radiológica, visando a correção ou reparação de distorções, assim como recomendações de medidas cabíveis e/ou boas práticas após análises das conformidades contidas no Plano de Proteção Radiológica, devem ser encaminhadas às Gerências correspondentes e/ou Superintendência da unidade para providências subsequentes.

Parágrafo único: As diretrizes para as ações investigatórias e educativas, serão definidas nas reuniões da Comissão de Proteção Radiológica e desencadeadas pelo presidente.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 4º São finalidades da Comissão de Proteção Radiológica:

- I - Atender as determinações das Portarias MS nº 453, de 01 de junho de 1998 e Portaria Interministerial MEC/MS nº285 de 24 de março de 2015.
- II - Analisar e revisar de forma sistemática o Plano de Proteção Radiológica da unidade
- III - Ser um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da instituição.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 5º A Comissão de Proteção Radiológica terá composição mínima e será composta por membros do quadro funcional da unidade, em Portaria da Superintendência, publicada em boletim de serviço da Instituição, abaixo representados:

- I - Serviço de Proteção Radiológica, tendo o supervisor como presidente.
- II - Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho, como vice-presidente.
- III - Setor de Apoio Diagnóstico.
- IV - Unidade de Diagnóstico por Imagem.
- V - Unidade de cirurgia e recuperação pós anestesia.
- VI - Supervisor das Aplicações de técnicas radiológicas.
- VII - Engenheiro Clínico.
- VII - Responsável Técnico da Unidade de Diagnóstico por Imagem

Parágrafo único: Poderão fazer parte como membros convidados, outros profissionais quando solicitadas para tratar de assunto pertinentes à Comissão.

Art.6º O mandato dos membros da Comissão deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável, conforme definição da própria Comissão.

Parágrafo único: No caso de substituição de um ou mais membros, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Superintendência da unidade para alteração da Portaria de nomeação.

CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA

Art. 7º Deverão ocorrer reuniões mensais com data, local e horário, previamente definidos e informados.

§ 1º A ausência de um membro em três reuniões consecutivas, sem justificativa, ou ainda, a falta em seis reuniões não consecutivas, durante 12 meses, gera notificação e posterior exclusão automática.

§ 2º Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da Comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

§ 4º Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, poderá ser solicitado junto à administração a participação de um convidado ou consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto.

§ 5º As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada em pasta física contendo data, horário, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisão tomada, devendo estar sob guarda do núcleo de comissões da instituição.

§ 6º Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

§ 7º Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões urgentes, sendo convocada pelo presidente e, na sua ausência, pelo vice-presidente

CAPÍTULO V

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO Art. 8º São atribuições dos membros da Comissão de Proteção Radiológica;

- I - Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados;
- II - Realizar revisão de forma sistemática do Plano de Proteção Radiológica do da unidade;
- III - Convocar os serviços envolvidos caso existam informações conflitantes;
- IV - Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos serviços;
- V - Assessorar a Superintendência em assuntos de sua competência;
- 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 à Instituição.

Art. 9º São atribuições do presidente da Comissão e do vice, na ausência do presidente:

- I - Convocar e presidir as reuniões;
- II - Representar a Comissão junto à governança da Instituição, ou indicar seu representante;
- III - Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, previamente aprovada pelos membros;
- IV - Fazer cumprir o regulamento;

Art. 10 São atribuições da Secretária da Comissão:

- I - Organizar a ordem do dia;
- II - Lavrar ata das reuniões;
- III - Convocar os membros da Comissão para as reuniões ordinárias ou extraordinárias;

IV - Solicitar dos serviços de apoio diagnóstico e/ou terapêutico que utilizam equipamentos que emitem radiação ionização, e gerências administrativas e/ou de assistência à saúde o fornecimento de documentação necessária para análise da Comissão.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS Art. 11 Este regulamento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 12 O regulamento entrará em vigor após a aprovação da Superintendência e publicação no Boletim de Serviço da unidade

9.14.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL - COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Trimestrais (sugestão)												
Elaboração do procedimentos operacionais												

9.15 COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

9.15.1 FINALIDADE

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos – CGRSS 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 GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU (HEMU), de Acordo com as normas vigentes (Lei 12.305/10, RDC 306/04, CONAMA 358/05).

9.15.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

Os membros da Comissão devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição.

9.15.3 REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 2º. Compete à Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde:

- I. Elaborar o Plano de Ação para implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde e encaminhar para o Coordenador Geral para aprovação, através da Diretoria Institucional;
- II. Acompanhar e fazer cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
- III. Estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos Resíduos, definindo prazo para seu cumprimento;
- IV. Desenvolver juntamente com a Superintendência a efetividade do programa e divulgar seus resultados regularmente;
- V. Avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de ação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- VI. Colaborar com os setores de treinamento, com vista a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos;
- VII. Atualizar anualmente o PGRSS da Instituição;

- VIII. Auxiliar na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados no HEMU e nos serviços complementares;
- IX. Auxiliar na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;
- X. Auxiliar os diversos setores do HEMU em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos;
- XI. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços e Saúde – PGRSS;
- XII. Cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes;
- XIII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) da unidade e demais normas da instituição.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º. A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - CGRSS será formada por servidores voluntários e terá a seguinte composição:

- I. 1 Representante da Diretoria Institucional;
- II. 1 Representante da Coordenação;
- III. 1 Representante da Supervisão;
- IV. 5 Representantes da Assistência de Atenção e Saúde;

§ 1º - Não será obrigatório o preenchimento de todas as vagas da comissão, desde que, esta seja composto por, no mínimo, 50% dos representantes de cada categoria.

§ 2º - Os representantes indicados serão nomeados pela Diretoria Institucional.

§ 3º - O Presidente, Vice-Presidente e Secretário da Comissão serão eleitos por maioria simples de votos por todos os membros da comissão e terão mandato de (02) dois anos, permitida recondução, pelo mesmo período, salvo legislação superior em contrário.

§ 4º - O não comparecimento de qualquer membro da comissão a (03) três reuniões consecutivas ou a (06) seis alternadas num período de (01) um ano, sem justificativa, permitirá a solicitação de seu desligamento e uma nova indicação.

§ 5º - A desistência de um dos Integrantes deverá ser relatada por meio de um comunicado interno (CI) e encaminhada ao Presidente da Comissão;

§ 6º - Em caso de vacância definitiva de um dos integrantes, deverá haver a indicação de um novo representante, pela área que ele representa, dentro de no máximo (30) trinta dias.

§ 7º - A comissão terá autonomia para a indicação do novo integrante, caso for extinto esse prazo.

CAPÍTULO IV

DA ESTRUTURAÇÃO

Art. 4º. Compreendem a Estrutura da CGRSS:

- I. Presidente;
- II. Vice-Presidente;
- III. Secretário;
- IV. Integrantes.

Art. 5º. Compete ao Presidente da CGRSS:

- I. Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias, coordenando os trabalhos; tomar votos e votar;
- II. Emitir votos de qualidade, nos casos de empate;
- III. Indicar Integrantes para funções ou tarefas específicas;
- IV. Representar a CGRSS ou indicar representantes;
- V. Supervisionar e assinar relatórios, convites, atas, e outros documentos;
- VI. Manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos;

VII. Cumprir e fazer cumprir este Regimento;

VIII. Indicar um ou mais integrantes para elaboração de relatórios.

Art. 6º. Compete ao Vice-Presidente da CGRSS, na ausência do Presidente, exercer as funções indicadas no art. 5º.

Art. 7º. Compete ao Secretário:

I. Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;

II. Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais Integrantes;

III. Expedir ato de convocação, conforme indicação do Presidente;

IV. Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão;

V. Proceder ao registro de dados e informações autorizados para fins de divulgações;

VI. Auxiliar o Presidente durante as sessões plenárias e prestar esclarecimentos que forem solicitados durante debates;

VII. Encaminhar expediente aos interessados dando ciência dos despachos e decisões proferidas nos respectivos processos;

VIII. Elaborar os atos decorrentes das deliberações da Comissão.

Parágrafo Único. A presidência da CGRSS será exercida por um dos Integrantes da Comissão eleito por esta e nomeado pelo Diretor, na ausência deste o Vice-Presidente assumirá a Presidência. No caso de ausência do Vice-Presidente o secretário assumirá. Na ausência do secretário será nomeado para suas funções um dos integrantes da comissão.

Art. 8º. Compete aos Integrantes da CGRSS:

I. Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;

II. Analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais integrantes da Comissão, para discussão e deliberação, no prazo máximo de 15 dias;

- III. Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas ser entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 12 (doze) horas da reunião;
- IV. Requisitar à Diretoria, à Presidência da Comissão de Resíduos e aos demais integrantes informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;
- V. Justificar ausência com antecedência;
- VI. Elaborar relatório de atividades da Comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados;
- VII. Propor à Presidência medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos.
- VIII. Auxiliar na implementação do PGRSS.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 9º. A CGRSS reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo Presidente ou por requerimento da maioria de seus Integrantes.

§ 1º - Salvo nos casos de alteração deste Regimento, nos quais serão necessários 2/3 de votos favoráveis do total de seus Integrantes, as demais deliberações serão tomadas por voto favorável da maioria simples dos Integrantes presentes.

§ 2º - O comparecimento dos Integrantes as reuniões da CGRSS é obrigatório e prefere as demais atividades, salvo as atividades das Direções e Conselhos Superiores do HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU (HEMU).

Art. 10. As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias da CGRSS serão feitas com a antecedência mínima de 48 (Quarenta e oito) horas, por telefone ou via e-mail ou pessoalmente.

§ 1º - A antecedência de 48 (quarenta e oito) horas poderá ser abreviada para até 24 (vinte e quatro) horas em caso de motivos excepcionais, justificados no documento de convocação e apreciados no início da reunião convocada.

§ 2º - O termo de convocação das reuniões deverá ser obrigatoriamente acompanhado da pauta da reunião e dos documentos ou informações vinculadas à sua apreciação.

Art. 11. A CGRSS reunir-se-á com a presença da maioria de seus Integrantes, deliberando pelo voto da maioria dos presentes à reunião, resguardada a verificação do "quorum" mínimo (50%+1), salvo nos casos especiais previstos no Estatuto e neste Regimento.

§ 1º - As reuniões extraordinárias realizar-se-ão independentemente de "quorum" em segunda chamada, a ser feita após 15 (quinze) minutos do horário previsto para seu início.

§ 2º - O "quorum" será apurado no início da sessão pela contagem das assinaturas dos Integrantes na pauta.

§ 3º - No caso de cancelamento da reunião ordinária ou suspensão de suas atividades por falta de "quorum", uma nova reunião só poderá ser convocada para, no mínimo, 24 horas depois do horário de cancelamento ou suspensão.

SEÇÃO I DA ATA

Art. 12. De cada reunião da CGRSS lavrar-se-á ata assinada pelo Secretário, que, após aprovada na reunião ordinária subsequente, será subscrita pelo Presidente e assinada por todos os seus Integrantes presentes na reunião a que se refere.

Art. 13. Se houver quorum mínimo de Integrantes, e declarada aberta à sessão, proceder-se-á a apreciação da Ata da reunião anterior e, não havendo emendas ou impugnações, a Ata será considerada aprovada.

Art. 14. Da Ata das sessões da CGRSS, deverão constar:

- I - a natureza da sessão, dia, hora e local de sua realização e o nome de quem a presidiu;
- II - os nomes dos Integrantes presentes, bem como os dos que não compareceram, mencionando, a respeito destes, se foi ou não justificada a ausência;
- III - o expediente;
- IV - o resumo das discussões, porventura travadas na ordem do dia e os resultados das votações;
- V - todas as propostas por extenso.

SEÇÃO II DAS VOTAÇÕES

Art. 15. Encerrada a discussão de uma matéria, essa será votada, sendo deliberada por maioria simples de votos.

§ 1º - O voto do Integrante é obrigatório, consistindo em manifestação favorável ou contrária.

§ 2º - Por questão de foro ético, qualquer Integrante da CGRSS poderá se declarar impedido de votar nas deliberações que, direta ou indiretamente, digam respeito a seus interesses particulares ou de seus parentes (sanguíneos, legais ou por afinidade) em até segundo grau, inclusive seu cônjuge ou companheiro (a).

Art. 16. As votações far-se-ão geralmente pelo processo simbólico.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 17. Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente da CGRSS e posteriormente encaminhados à Superintendência.

Art. 18. O presente Regimento somente poderá ser modificado mediante proposta da Presidência ou de, no mínimo, 1/5 (um quinto) dos Integrantes da CGRSS, devendo a modificação ser aprovada em reunião ordinária por, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos votantes e encaminhado para aprovação da Diretoria.

Art. 19 - Além de aprovações, autorizações, homologações e decisões outras que se resolva em anotações e comunicações, as deliberações da CGRSS poderão, conforme a natureza, reverter à forma de resoluções ou previsões que serão baixadas pelo Presidente e aprovadas pela Diretoria do HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU (HEMU).

Art. 20. Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação, ficando revogadas as disposições em contrário.

9.15.4 CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Trimestrais (sugestão)												
Elaboração do procedimentos operacionais												

Trata-se de sugestão, no qual poderá ser adequado conforme a necessidade e a operacionalização.

12.1 9.16 COMITÊ TRANSFUSIONAL

9.16.1 FINALIDADE

O Comitê Transfusional do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu - HEMU é de natureza técnico científica permanente, com funções educativas. Tem por finalidade o desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento das práticas hemoterápicas no Hospital.

9.16.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

Os membros da Comissão devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição.

9.16.3 REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

Da Composição

Seção I:

Composição do Colegiado:

Artigo 1º - O Comitê terá composição multidisciplinar e multiprofissional.

- a) Deverão ser indicados representantes dos principais departamentos e serviços; e
- b) As indicações deverão recair em profissionais com experiência e participação em atividades ligadas à administração de sangue e hemocomponentes.

Artigo 2º - O responsável técnico da Agência Transfusional fará parte do Comitê Transfusional, podendo ser designado como Presidente ou Vice-Presidente.

Artigo 3º – O Diretor Clínico poderá a qualquer tempo e por motivo justificado promover a substituição dos integrantes do Comitê.

Artigo 4º – As funções dos membros do Comitê não serão remuneradas, sendo feito a nomeação publicada em boletim de serviço.

Artigo 5º – O Comitê poderá convidar pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento de suas funções, sempre que julgar necessário.

Artigo 6º – Será dispensado o componente que sem motivo justificado deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas ou a 06 (seis) intercaladas.

Artigo 7º – 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 infraestrutura necessária.

Seção II:

Funcionamento:

Artigo 8º – O Comitê reunir-se-á ordinariamente a cada 03 meses e extraordinariamente quando convocado pelo Diretor Clínico, Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.

a) O Comitê instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quorum" em cada sessão;

b) O Presidente terá voto de qualidade;

c) As deliberações do Comitê tomadas "Ad Referendum" deverão ser encaminhadas ao plenário do Comitê para deliberação desta, na primeira sessão seguinte; e

d) As deliberações do Comitê serão consubstanciadas em cartas endereçadas à Diretoria Clínica.

Artigo 9º – 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 10º – A votação será nominal.

Artigo 11º – O Comitê, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativa ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Artigo 12º – 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 13º – 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 14º – Após a leitura do parecer, o Presidente deve submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

- a) 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;
- b) O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária; e
- c) Após adentrada na pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente votada no prazo máximo de até 02 (duas) reuniões.

Artigo 15º – Após o encerramento das discussões, o assunto será aberto a discussões.

Artigo 16º – 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 17º – 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.

CAPÍTULO II

Da Composição

Competências e Atribuições: Seção I

Competência do Comitê Transfusional:

Artigo 18º – Compete ao Comitê:

- a) Elaborar normas, analisar e emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas ao processo de hemotransfusão;
- b) 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;
- c) Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas aos assuntos de sua competência;
- d) Monitorar as reações transfusionais;
- e) Promover educação continuada na área transfusional para profissionais de saúde integrantes da equipe assistencial;
- f) Revisar periodicamente a legislação relacionada à política transfusional e sua aplicação na legislação;
- g) Estabelecer critérios transfusionais em conhecimento científico adequado ao atendimento dos pacientes na instituição; e
- h) Desenvolver mecanismos para avaliação das requisições transfusionais.

Seção II:

Atribuições

Artigo 19º – Ao Presidente caberá dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Comitê, especificamente:

- a) Representar o Comitê em suas relações internas e externas;

- b) Instalar o Comitê e presidir as reuniões;
- c) Promover a convocação das reuniões;
- d) Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer o direito do voto de desempate;
- e) Indicar entre os membros do Comitê os relatores dos expedientes;
- f) Indicar membros para realização de estudos, levantamento e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade do Comitê; e
- g) Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

Artigo 20º – Aos membros do Comitê, caberá:

- a) Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- b) Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito das matérias em discussão;
- c) Requerer votação de matéria em regime de urgência; e
- d) Apresentar proposições sobre as questões atinentes ao Comitê.

Artigo 23º – Ao Secretário do Comitê caberá:

- a) Assistir as reuniões;
- b) Encaminhar e preparar o expediente do Comitê;
- c) Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes ao processos que devam ser examinados nas reuniões do Comitê;
- d) Providenciar por determinação do Presidente, a convocação das reuniões ordinárias e extraordinárias;
- e) Distribuir aos membros do Comitê as pautas das reuniões; e
- f) 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.

9.16.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL – COMITÊ TRANSFUSIONAL

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Trimestrais (sugestão)												
Elaboração do procedimentos operacionais												

9.17 COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO E INFANTIL

FINALIDADE

O Comitê De Investigação Do Óbito Materno E Infantil (CIOMI) tem natureza institucional, multiprofissional e confidencial que visa identificar todos os óbitos maternos e neonatais e apontar medidas de intervenção para a sua redução dentro da sua área de abrangência.

PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

Os membros do Comitê devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição.

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art 1º O CIOMI de acordo com as prerrogativas conferidas pelos artigos de seu regimento interno e no cumprimento das exigências da portaria interministerial do Ministério da Saúde nº 2.400 de 02/10/07, que regulamenta os hospitais de ensino.

Art 2º. A Comitê visa identificar todos os óbitos maternos e neonatais e apontar medidas investigativas para a sua redução dentro da sua área de abrangência.

Art 3º. A atuação do Comitê será técnica, científica, sigilosa, não coerciva e educativa.

CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS

Art 4º. São Objetivos do Comitê:

Conscientizar os formuladores de políticas, as instituições de assistência, as equipes de saúde e a comunidade sobre a gravidade da morte materna e perinatal, seus efeitos sociais e de saúde e as formas de evitá-la;

II. Aumentar a quantidade e a qualidade do conhecimento disponível sobre os níveis da morte materna e Perinatal, suas causas e os fatores de risco associados;

III. Avaliar o efeito das intervenções sobre a morbidade, mortalidade e a qualidade da assistência à saúde da mulher e do conceito durante o pré-natal, o parto e o pós-parto;

IV. Recomendar ações adequadas de prevenção às mortes maternas e perinatais a todas as unidades de saúde que fazem parte da cadeia do binômio mãe-feto;

V. Garantir a comparabilidade de dados de mortalidade materna e Perinatal em níveis nacional, regional e local colaborando para uma estatística real e assim tornando possível avaliar as tendências da mortalidade e identificar os subgrupos mais vulneráveis da população.

CAPÍTULO III

DA ATRIBUIÇÃO

Art. 5º. São atribuições do Comitê:

- I. Investigar dos óbitos maternos e perinatais ocorridos dentro da unidade verificando a natureza do óbito, as circunstâncias em que ocorreu e a análise dos aspectos de prevenção da morte na identificação dos fatores de evitabilidade;
- II. Divulgar de relatórios para todas as instituições e órgãos competentes que possam interferir na redução das mortes maternas e perinatais;
- III. Promover a discussão de casos clínicos nas comissões hospitalares;
- IV. Promover o debate sobre a problemática da mortalidade materna e Perinatal mediante a realização de eventos de prevenção e de educação continuada;
- V. Elaborar de propostas de medidas de intervenção para a redução de óbito materno e Perinatal a partir dos estudos dos casos avaliados;
- VI. Estimular as autoridades competentes a atuar sobre o problema, tomando as devidas medidas.

CAPÍTULO IV

COMPOSIÇÃO Art. 6º. O Comitê poderá ser formada por, 08 (oito) membros indicados, ou conforme a viabilidade e pela Diretoria da Instituição sendo assim distribuídos: I.

- 01 Representante médico obstetra da maternidade;
- II. 01 Representante médico neonatologista da pediatria;
- III. 01 Representante enfermeiro(a) do pronto-atendimento da obstetria, da maternidade, do centro obstétrico e da neonatologia;
- IV. 01 Assistente social;
- V. 01 Representante do Núcleo de Segurança do Paciente.

Art. 7º. O mandato dos membros no Comitê será de 02 (dois) anos, podendo ser reconduzidos uma única vez;

Art. 8º. O presidente, o vice-presidente e o secretário serão eleitos pelos membros do Comitê;

Art. 9º. Os membros não terão dedicação exclusiva para exercerem as atividades no Comitê.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 10. O Comitê reunir-se-á, mensalmente, conforme cronograma pré-estabelecido.

§ 1º O calendário anual de reuniões ordinárias será aprovado pelo Comitê de Mortalidade Materna e Perinatal até o mês de dezembro do exercício anterior;

§ 2º – O Comitê instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o “quorum” em cada sessão antes de cada votação;

§ 3º – As deliberações do Comitê serão consubstanciadas em resoluções endereçadas à Superintendência e, após aprovação, publicadas no Boletim de Serviço do hospital

§ 4º – É facultado ao Presidente e aos membros do Comitê solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza;

§ 5º – A depender da matéria, conforme julgamento dos membros presentes na reunião, a votação poderá ser nominal;

§ 6º - As decisões do Comitê serão aprovadas por maioria absoluta dos membros presentes.

Art. 11. A rotina das reuniões do Comitê será a seguinte:

I. Verificação da presença do Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo vice-presidente;

II. Verificação de presença e existência de “quorum”;

- III. Votação e assinatura de ata da reunião anterior;
- IV. Inclusão e/ou exclusão de itens da pauta da reunião;
- V. Informes da Presidência e do Núcleo de Comissões Hospitalares, quando for o caso;
- VI. Apresentação, discussão e votação de matérias constantes em pauta; VII. Organização da pauta da próxima reunião;
- VIII. Encerramento da reunião.

§ 1º – Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, o Comitê por voto da maioria simples, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo;

Art. 12. Em reuniões extraordinárias, o membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame poderá pedir adiamento da votação.

Parágrafo Único– O prazo da votação da matéria será definido pelos membros, conforme a urgência ou necessidade.

CAPÍTULO VI DA COMPETÊNCIA

Art. 13. São atribuições do Presidente e do Vice, na ausência do presidente:

- I. Convocar e presidir as reuniões;
- II. Indicar seu substituto;
- III. Representar a comissão junto à alta governança da Instituição, diante dos órgãos competentes, comitês municipal e estadual afins ou bem como indicar seu representante;
- IV. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, previamente aprovados pelos membros;
- V. Fazer cumprir o regimento;
- VI. Ter o voto de qualidade nas decisões da comissão, além do seu voto.

Art. 14. Ao (à) secretário(a) compete:

- 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 termos de abertura e encerramento dos livros ou similares de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
- VI. Elaborar relatório anual das atividades da Comissão;
- VII. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;
- VIII. Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias;

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.

Art. 15. São atribuições dos membros da Comissão:

- I. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados;
- II. Elaborar, conjuntamente com a Comissão de Documentação Médica e Estatística e Comissão de Revisão de Prontuários, normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- III. Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- IV. Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- V. Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- VI. Criar, conjuntamente com as Comissões de Documentação Médica e Estatística e a Comissão de Revisão de Prontuários instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- VII. Zelar pelo sigilo ético das informações;

- VIII. Emitir parecer técnico ou relatório, quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;
- IX. Assessorar a alta governança da Instituição em assuntos de sua competência;
- X. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;
- XI. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à Instituição.

CAPÍTULO VII DA EXCLUSÃO

Art. 16. Será dispensado o membro que deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano e não apresentar justificativa da sua ausência até o início da reunião.

Parágrafo único – No caso da saída de qualquer membro da Comissão de Mortalidade Materna e Perinatal, deverá haver indicação de novo membro por meio do Núcleo de Comissões Hospitalares do hospital

CAPÍTULO VIII DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 17. Os casos omissos desse regimento serão discutidos e resolvidos pela comissão.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL – COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO E INFANTIL

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Trimestrais (sugestão)												
Elaboração do procedimentos operacionais												

9.18 NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP)

10.18.1 FINALIDADE

O Núcleo e Segurança do Paciente tem por finalidade assessorar a Superintendência estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais do Hospital.

10.18.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

Os membros da Comissão devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição.

10.18.3 REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

Da natureza e finalidade

Art.1º - O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, diretamente ligado a Superintendência do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu - HEMU.

Art. 2º - O NSP tem por finalidade assessorar a Superintendência estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais do Hospital.

CAPÍTULO II

Das prerrogativas e competências

Art. 3º - São princípios do NSP:

- I. A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde;
- II. A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- III. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- IV. A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- V. A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- VI. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
- VII. A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.

Art.4º - Compete ao NSP:

- I. promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- II. analisar e avaliar as notificações 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 multiprofissional 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, HEMU e 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 (Educação Setorial Transversal), 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 (alertas; informações aos novos residentes, acadêmicos e

- profissionais; bem como aos pacientes/familiares) 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. elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa ou equivalente;
 - XVIII. apoiar a Sede da HEMU no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente para a rede da Empresa;
 - XIX. participar de eventos e demais ações promovidas pela HEMU Sede sobre segurança do paciente e qualidade.

CAPÍTULO III

Da composição

Art. 5º- O NSP será composto por representantes, titulares e suplentes, de reconhecido saber e competência profissional, todos nomeados pela Superintendência.

Art. 6º- O NSP será composto por representantes, titulares e suplentes, sendo:

- I. um representante da Superintendência;
- II. um médico representante da Divisão Médica;
- III. um representante da residência médica/multiprofissional;
- IV. um enfermeiro representante da Divisão de Enfermagem;
- V. um farmacêutico representante da Farmácia;
- VI. um representante Setor de Vigilância em Saúde, que irá coordenar o NSP;
- VII. um representante da Gerência Administrativa;
- VIII. um representante da tecnovigilância;
- IX. um representante da hemovigilância;

- X. um representante da Qualidade;
- XI. um representante docente do Centro de Ciências da Saúde.

Parágrafo único - De acordo com o nível de maturidade da cultura organizacional para a segurança do paciente, o Núcleo pode decidir por incluir um representante dos usuários externos – preferencialmente associação de pacientes, quando houver.

CAPÍTULO IV

Dos deveres e responsabilidades

Art. 7º - Os membros do Núcleo devem exercer suas funções com celeridade e seguindo os seguintes princípios:

- a) proteção à honra e à imagem dos pacientes envolvidos em incidentes em saúde;
- b) proteção à honra e à imagem dos profissionais envolvidos em incidentes em saúde;
- c) proteção à honra e à imagem dos fabricantes de produtos relacionados a queixas técnicas e incidentes em saúde;
- d) proteção à identidade do notificador;
- e) independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- f) foco nos processos durante na apuração dos fatos e no processo decisório.

Art. 8º - Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes do Colegiado ao abrir o item de pauta.

Parágrafo único. O membro do Núcleo estará impedido, caso seja aberto para votação, de votar quaisquer itens de pauta envolvendo a área que representa.

Art. 9º - As matérias examinadas nas reuniões do Núcleo têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

Parágrafo único. Os membros do Núcleo não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo ao Presidente do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicizados para apreciação da Superintendência.

Art. 10º - As atribuições do Coordenador incluirão, entre outras, as seguintes atividades:

- I. coordenar as discussões;
- II. produzir e expedir documentos;
- III. distribuir tarefas;
- IV. conduzir os trabalhos;
- V. coordenar o apoio administrativo.

Art. 11º - O Secretário e o seu Substituto terão as atribuições de fornecer o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento do NSP.

CAPÍTULO V

Do mandato

Art. 12º - O mandato dos membros do NSP terá a duração de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos. Parágrafo único. Independente da motivação sobre a destituição de membro do NSP, essa ocorrerá sob apreciação e ato da Superintendência.

CAPÍTULO VI

Do funcionamento

Art. 13º - O NSP deverá se reunir mensalmente em reuniões ordinárias e poderá, de acordo com a urgência da matéria, reunir-se extraordinariamente. Haverá reuniões dos subgrupos, também de frequência mensal

Parágrafo Único - As reuniões extraordinárias podem ser convocadas pelo Coordenador ou pelo Superintendente do Hospital

Art. 14º – As reuniões do NSP são agendadas semestralmente, via cronograma, com local e horário estabelecidos e encaminhados aos membros por e-mail para apreciação. Na semana que antecede a reunião, o coordenador envia um e-mail/lembrete com a pauta a ser discutida.

Parágrafo Único - As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo, com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.

Art. 15º – O quórum mínimo das reuniões é a presença de maioria simples dos membros do NSP.

Art. 16º - O membro que acumular faltas não justificadas em duas reuniões consecutivas será desligado do NSP.

Art. 17º - As reuniões serão conduzidas pelo Coordenador e, na falta deste, pelo seu substituto formal.

CAPÍTULO VII

Das deliberações e recomendações

Art. 18º - As deliberações do NSP serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

§ 1º - As votações, quando necessárias, serão abertas e acompanhadas de defesa verbal registradas em ata.

§ 2º - As decisões serão tomadas em votação por maioria simples dos presentes.

§ 3º - Em caso de empate na votação, a decisão final caberá ao Coordenador do NSP.

CAPÍTULO VIII

Do suporte ao funcionamento

Art. 19º - O apoio administrativo ao NSP será realizado pelo secretário/bolsista do SVSSP e na ausência deste poderá ser assessorado pela Secretaria de Comissões.

Art. 20º - São consideradas atividades administrativas:

- I. prestar subsídios e informações relacionadas as atividades do NSP;
- II. elaborar e arquivar atas, processos, relatórios, documentos, correspondências e a agenda do NSP;
- III. realizar o agendamento, a preparação e a expedição das convocações para as reuniões e o provimento do apoio logístico para as mesmas.

CAPÍTULO IX

Dos grupos de trabalho do NSP

Art. 21º - O NSP poderá criar grupos de trabalho para tratamento de assuntos específicos.

§ 1º - Os grupos de trabalho serão compostos por no máximo 6(seis) componentes tendo reconhecido saber e competência profissional no tema, todos indicados pelo NSP e nomeados pela Superintendência.

§ 2º - Cada grupo de trabalho será coordenado por um representante do NSP, que deverá realizar atas com listas de presença a cada encontro.

§ 3º - O membro que acumular faltas não justificadas em duas reuniões consecutivas será desligado do grupo de trabalho.

§ 4º - As atribuições do Coordenador do grupo de trabalho incluirão, sem prejuízo de outras:

- I. coordenar as discussões;
- II. definir responsabilidades dos componentes;

- III. conduzir os trabalhos; e
- IV. responsabilizar-se pela entrega em tempo dos produtos demandados pelo NSP.

CAPÍTULO X

Das disposições

Art. 22º - Aos profissionais que trabalham com cuidado direto ao paciente, terão seis 6 horas da carga horária mensal destinadas às atividades do NSP, dispensadas na escala de serviço.

10.18.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL – NUCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Mensais (supostão)												
Elaboração do procedimentos operacionais												

9.19 NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

9.19.1 FINALIDADE

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica é responsável pelo planejamento e execução das ações de epidemiologia hospitalar, incluindo a vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória (DNC) ou outros agravos de interesse para a saúde pública.

9.19.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

Os membros da Comissão devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição.

9.19.3 REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

Da natureza

Art. 1º O Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu, de natureza consultiva e deliberativa, de caráter permanente, terá seu funcionamento regulamentado por este regimento, normas internas e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis.

CAPÍTULO II

Das competências

Art. 2º Compete ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do HEMU:

- I. Estudar e propor aos empregados medidas para prevenção e controle das doenças de notificação compulsória e seus agravos;
- II. Assegurar a implantação e manutenção dos processos e fluxos organizacionais estabelecidos e aprovados, inclusive através da viabilização, junto à administração;
- III. Incentivar estudos e debates com as lideranças, visando o aperfeiçoamento permanente da estrutura e dos processos e fluxos organizacionais, definidos para estes serviços;
- IV. Assegurar a implantação das medidas aprovadas;
- V. Orientar os processos de trabalho através da coleta de dados (agravos e doenças)

através da busca ativa e passiva nas unidades de internação, pronto-atendimento, ambulatório, laboratório, e outras unidades de interesse nos hospitais;

VI. Notificar e investigar as Doenças de Notificação Compulsória (DNC) no âmbito hospitalar, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN);

VII. Analisar e interpretar os dados, monitorando e divulgando o perfil de morbimortalidade hospitalar;

VIII. Participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar

CAPÍTULO III

Da composição

Art. 4º O Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital será composto pelos membros abaixo elencados:

- i. Coordenador (a) do Núcleo;
- ii. Enfermeiro (a);
- iii. Médico (a);
- iv. Assistente administrativo.

§ 1º Os representantes indicados serão nomeados pela Superintendência.

§ 2º A equipe deve ser multidisciplinar, dimensionada e estruturada conforme as necessidades da instituição, sendo os técnicos com formação superior ou média, com conhecimento em vigilância epidemiológica.

§ 3º A equipe técnico-administrativa deve ser formalmente designada pela Superintendência do hospital, cujo quantitativo e qualificação deverão estar de acordo com as atribuições do Núcleo.

CAPÍTULO IV

Das atribuições

Art. 5º Compete a todos os membros do Núcleo:

I. Elaborar e manter em operação um sistema de busca ativa para os pacientes internados e atendidos em pronto-socorro e ambulatório da unidade hospitalar, para a detecção das doenças e agravos constantes nas Portarias nacionais, estaduais e municipais vigentes;

II. Elaborar e manter em operação sistema de busca ativa para detecção e notificação dos óbitos ocorridos no ambiente hospitalar;

III. Notificar ao primeiro nível hierárquico superior da vigilância epidemiológica as doenças e agravos de notificação compulsória detectados no âmbito hospitalar, de acordo com os instrumentos e fluxos de notificações definidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS);

IV. Realizar a investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos constantes na Portaria vigente, 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;

V. Elaborar e divulgar Informes/Notas Técnicas de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e da HEMU;

VI. Participar da investigação dos óbitos infantis ocorridos no ambiente hospitalar, em conjunto com a comissão de análise de óbitos e em articulação com a SMS e com a SES;

VII. Incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológicos e anatomopatológicos, em caso de óbitos por causa mal definida ocorridos no ambiente hospitalar;

VIII. Desenvolver processo de trabalho integrado aos setores estratégicos da unidade hospitalar, para fins de implementação das atividades de vigilância epidemiológica para acesso às informações necessárias à detecção, monitoramento e encerramento de casos ou surtos sob investigação;

IX. 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;

X. Promover treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar;

XI. Monitorar e avaliar o preenchimento das declarações de óbitos;

Art. 6º Compete ao Coordenador do Núcleo:

XII. Planejar, organizar e gerenciar o cuidado realizado no âmbito do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;

XIII. Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada;

XIV. Implantar e avaliar, com a participação da equipe multiprofissional, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas relacionados aos cuidados desenvolvidos pelo Núcleo;

XV. Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais;

XVI. Definir processo de trabalho junto à sua equipe;

XVII. Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;

XVIII. Manter a equipe ciente das exigências institucionais, por meio de reuniões ou informativos;

XIX. Apresentar habilidades em liderança, trabalho em equipe, mediação de

conflitos, processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças;

- XX. Convocar e coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias do Núcleo;
- XXI. Representar o Núcleo junto à Gestão Superior e entidades da sociedade;
- XXII. Delegar atribuições aos demais membros do Núcleo;
- XXIII. Fazer cumprir este Regimento.

Art. 7º Compete ao (a) Enfermeiro (a) do Núcleo:

- I. Realizar busca ativa para os pacientes internados ou atendidos em pronto-atendimento e ambulatório para a detecção de DNC;
- II. Notificar e investigar, no âmbito hospitalar, as DNC, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo SINAN;
- III. Realizar a notificação imediata para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação segundo normas e procedimentos estabelecidos pela SMS;
- IV. Supervisionar os dados das fichas de Investigação Epidemiológica, fichas de notificação manualmente e encaminhar para o SMS semanalmente;
- V. Consolidar, analisar e divulgar as informações referentes às DNC no ambiente hospitalar, subsidiando o planejamento e a avaliação das ações para os gestores do hospital;
- VI. Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito hospitalar, elaborando relatórios com medidas a serem adotadas para sua contenção;
- VII. 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 DNC;
- VIII. Auxiliar nas orientações e monitoramento das "Medidas de Prevenção e Isolamentos" em casos de notificação compulsória;

IX. Desenvolver ações integradas com a CCIH, Divisão de Enfermagem, Divisão Médica, Gerência de Atenção à Saúde (GAS), Gerência Administrativa (GA), Farmácia e Laboratório.

CAPÍTULO V

Do funcionamento

Art. 8 O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar funciona de segunda a sexta-feira das 7h às 17h e nos finais de semana e feriados por plantão à distância.

Art. 9 As reuniões do Núcleo serão realizadas com os membros nomeados, em caráter ordinário mensalmente e em caráter extraordinário em dia, local e horário pré-estabelecido, de acordo com a necessidade de definição de ações relacionadas ao serviço.

Parágrafo único. Em caso de impossibilidade de participação da reunião agendada, o membro deverá justificar no mesmo processo da convocação até o início da reunião.

Art. 10 As reuniões poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer membro do Núcleo.

Art. 11 De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 12 As deliberações do Núcleo serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

Art. 13 O funcionamento do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, além dos critérios, regras e recomendações contidas neste Regimento, deve observar a legislação brasileira pertinente, o Estatuto e o Regimento Geral da Ebserh, e as regras estabelecidas internamente pela Instituição.

Parágrafo único. Assuntos referentes a normas e rotinas do Núcleo devem ser tratados

em documento próprio (manual de normas e rotinas e/ou POPs).

Art. 16 Este Regimento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

10.19.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL – NUCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLOGICA HOSPITALAR QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implementação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Mensais (sugestão)												
Elaboração do procedimentos operacionais												

9.20 COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE

9.20.1 FINALIDADE

O Regimento Interno da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade é um instrumento normativo que orienta o funcionamento do mesmo e estabelece diretrizes para o planejamento e implementação das atividades de avaliação da qualidade na instituição.

9.20.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

Os membros da Comissão devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição. Composição multiprofissional e atuação interdisciplinar, composta por no mínimo dois colaboradores, capacitados para realização de avaliações internas, de modo a atender o perfil e a realidade institucional.

9.20.3 REGIMENTO INTERNO**CAPÍTULO I****Da natureza**

Art. 1º A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu - HEMU é regida por este Regimento Interno, tem natureza técnico-científica permanente e foi instituída para coordenar a avaliação interna da qualidade. A avaliação interna, também designada de autoavaliação, consiste na avaliação do hospital realizada por uma comissão formada por colaboradores da própria instituição.

Art. 2º A Comissão de Avaliação Interna de Qualidade é um órgão de assessoria direta da Superintendência do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu, formado por profissionais da Acqua qualificados para o planejamento e execução da avaliação interna de qualidade.

Art. 3º A autoavaliação será realizada para verificar a conformidade das práticas do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu frente aos requisitos descritos no Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa e Selo Acqua da Qualidade.

Art. 4º O objetivo da avaliação interna da qualidade é estimular os hospitais universitários a investirem em processos de melhoria contínua para alcançar os padrões de excelência nos serviços prestados, buscando promover o cuidado seguro e efetivo para o paciente, eficiência na gestão e contribuir para a formação de excelência dos estudantes dessas instituições.

§1º A avaliação interna de qualidade é um programa de melhoria contínua, não tendo cunho fiscalizatório.

§2º A avaliação interna da qualidade possui a finalidade de verificar a realidade do hospital e oportunidades de melhorias. Não possuindo finalidade de concessão do Selo.

CAPÍTULO II

Das definições

Art. 5º Para este Regimento, considera-se:

I - Avaliador interno da qualidade: profissional do hospital, qualificado para realizar a avaliação interna de qualidade, designado como membro da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade por portaria institucional. Deverão ser selecionados e capacitados pelo Coordenador da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade.

II - Coordenador da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade: profissional integrante da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade, que assume a responsabilidade pela condução das atividades de avaliação interna da qualidade da equipe, deverá ser designado como Coordenador da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade por portaria institucional.

III - Avaliação Interna da Qualidade (autoavaliação): atividade sistemática, independente e documentada, realizada por uma equipe do hospital, para examinar os processos organizacionais com a finalidade de levantar evidências e avaliar o nível de conformidade frente ao Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa e Selo de Qualidade, visando a melhoria contínua do desempenho.

IV - Avaliação interna geral: avaliação interna da qualidade de todos os requisitos do manual da qualidade, ou seja, uma visão geral de todo o hospital, realizada em um período determinado, minimamente uma vez ao ano.

V - Avaliação interna parcial: avaliação interna da qualidade quanto à adequação das unidades do hospital individualmente, com periodicidade definida pela Comissão de Avaliação Interna da Qualidade.

VI - Líder da qualidade: profissional que acredita na gestão da qualidade e exerce a liderança em seu setor de atuação, promovendo a qualidade nos processos,

independentemente de cargo ou função, contribuindo para a avaliação interna da qualidade.

CAPÍTULO III

Da composição

Art. 6º A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade terá composição multiprofissional e atuação interdisciplinar, composta por no mínimo dois colaboradores, capacitados para realização de avaliações internas, de modo a atender o perfil e a realidade institucional.

Art. 7º A escolha dos membros da comissão de avaliação interna da qualidade deverá considerar as diferentes áreas do hospital abordadas pelo Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa e Selo da Qualidade, visando a verificação de todos os requisitos aplicáveis à instituição. Deverão ser escolhidos colaboradores das três gerências do hospital (Gerência de Atenção à Saúde, Gerência de Ensino e Pesquisa, Gerência Administrativa).

Parágrafo único. Poderão ser escolhidos líderes da qualidade dos setores para integrar a Comissão, contudo, nem todo líder da qualidade será necessariamente integrante da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade, considerando que o número de líderes da qualidade é bem superior ao número de integrantes da Comissão.

Art. 8º A Comissão contará obrigatoriamente com apenas um Coordenador, selecionado pela Superintendência, responsável pela condução dos trabalhos da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade na instituição.

Parágrafo único. O Coordenador deve ser vinculado ao Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente (SVSSP)/ Serviço de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde (SGQVS). Caso não seja integrante do SGQVS, na indicação da Superintendência deverá ser respeitada a preferência do Chefe do SVSSP/SGQVS.

CAPÍTULO IV

Da instituição

Art. 9º. A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade deverá ser instituída formalmente por publicação de Portaria institucional, assinada pelo Superintendente do Hospital.

Art. 10º. A Portaria deverá relacionar o nome completo e SIAPE dos membros da Comissão e a identificação do Coordenador designado pela superintendência.

Art. 11º. A Portaria terá validade de 1 ano, a contar da publicação e deverá ser republicada anualmente para atualização da relação de seus integrantes.

CAPÍTULO V

Das atribuições

Art. 13. A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade tem como atribuição a condução dos processos de avaliação interna da instituição, de sistematização e de prestação das informações aos gestores.

Art. 14. Compete aos avaliadores internos, integrantes desta Comissão:

- I - cumprir este Regimento e os demais regimentos de seu hospital;
- II - participar das reuniões da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade;
- III - realizar a avaliação interna no Hospital;
- IV - elaborar roteiros de avaliação em parceria com os demais membros da sua equipe de avaliação;
- V - desempenhar tarefas para as quais for designado nas reuniões da AVAQualis;

VI - elaborar e emitir relatórios de auditorias;

VII - encaminhar para o Serviço de Gestão da Qualidade (SGQ) da Acqua, o relatório da avaliação interna,

VIII - Contribuir, caso seja solicitado pelo SGQVS, para realização dos ciclos de melhoria.

Art. 15. Compete ao Coordenador da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade:

I - selecionar os avaliadores internos da qualidade;

II - promover a capacitação dos avaliadores internos da qualidade;

III - convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão;

IV - coordenar as discussões e conduzir os trabalhos da Comissão;

V - distribuir tarefas entre seus membros;

VI - responsabilizar-se pela qualificação, coordenação, organização, planejamento, desenvolvimento, execução e avaliação, permanente e sistemática, das atividades referentes às avaliações internas da instituição;

VII - representar a Comissão de Avaliação Interna da Qualidade perante a alta administração;

VIII - selecionar e participar de auditorias aleatórias com o intuito de verificar seu desenvolvimento;

IX - encaminhar à Superintendência da instituição, os respectivos relatórios de avaliação interna conforme prazo estipulado em documento próprio;

X - garantir o desenvolvimento das atividades dos Avaliadores Internos na instituição, com o apoio da Superintendência.

CAPÍTULO VI

Do funcionamento e organização

Art. 16. A atuação dos avaliadores se restringe ao âmbito interno de sua instituição hospitalar, devendo todo o processo ser conduzido com observância ao descrito neste regimento, ao regimento interno do Hospital, à missão, visão e valores da rede Acqua.

Art. 17. Baseados nos requisitos verificados como não conformes, durante a autoavaliação, cada área do hospital deverá planejar, executar e monitorar ações que visem à adequação das não conformidades apresentadas.

Parágrafo único. O não cumprimento dos requisitos durante a autoavaliação deverá deflagrar ciclos de melhoria da qualidade. Cada setor será responsável pela condução de seu ciclo de melhoria, com o apoio do Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde. A condução dos ciclos de melhoria não é responsabilidade da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade.

Art. 18. A Comissão se reunirá ordinariamente minimamente seis vezes ao ano.

§1º Os dias, horários e lugares das reuniões ordinárias serão divulgados pelo Coordenador da Comissão com antecedência mínima de 15 dias, sendo obrigatória a presença de todos os membros do corpo de avaliadores internos.

§2º As reuniões de deliberação deverão atender ao quórum mínimo de cinquenta por cento colaboradores.

§3º As reuniões deverão ser registradas em lista de presença e ata de reunião.

§4º O avaliador que faltar duas reuniões consecutivas ou três alternadas, sem justificativa formalizada, será excluído do corpo de avaliadores internos e não participará da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade no ano subsequente.

Art. 19. Poderão ser solicitadas reuniões extraordinárias a qualquer momento pelo Coordenador da AVAQualis.

Art. 20. As deliberações da AVAQualis deverão ser encaminhadas à Superintendência, Gerências ou Setores para um parecer final e demais providências, quando aplicável.

Art. 21. A participação na Comissão de Avaliação Interna da Qualidade não implicará em qualquer vantagem econômica para seus membros e se dará no horário de trabalho.

Parágrafo único. Os participantes da Comissão deverão ser liberados das atividades de seu setor nos dias e horários programados para participação das atividades da Comissão.

CAPÍTULO VII

Das disposições gerais

Art. 22º. A avaliação interna da qualidade é atividade preconizada pela Acqua, sendo obrigatória para todos os hospitais integrantes da rede Acqua, que devem seguir diretrizes e prazos normatizados para a Rede.

Art. 23º. Ao final da avaliação interna geral a Comissão redigirá relatório, a ser enviado ao Serviço de Gestão da Qualidade da Sede, apresentando a situação do hospital frente aos requisitos constantes no Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa e Selo Acqua de Qualidade.

§1º O relatório deve ser encaminhado anualmente ao SGQ, sendo o primeiro envio realizado logo após a primeira avaliação interna no hospital.

§2º O relatório de avaliação interna deverá ser elaborado pela Comissão de Avaliação Interna da Qualidade e aprovado e assinado pelo Coordenador da Comissão e pelo Superintendente antes do envio ao SGQ.

§3º Os relatórios das avaliações internas de qualidade devem possibilitar o estabelecimento de ciclos de melhorias contínuas dos processos de modo a promover a Qualidade em Saúde, com foco na Segurança do Paciente.

Art. 24º. Para orientações e estratégias específicas de adequação a cada requisito, o hospital poderá buscar apoio junto aos respectivos serviços responsáveis, das diferentes Diretorias da Sede da Acqua.

Art. 25º. A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade estabelecerá o cronograma de avaliação interna, observando o prazo para entrega do relatório apresentados em portarias da Acqua.

Art. 26º. A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade está ligada, na sede da Acqua, ao Serviço de Gestão da Qualidade da Coordenadoria de Gestão da Clínica da Diretoria de Atenção à Saúde.

Art. 27º. Os casos omissos neste Regimento Interno serão discutidos e resolvidos em reunião da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade e submetidos à apreciação final da Superintendência e do Serviço de Gestão da Qualidade.

9.20.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL – COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Mensais (sugestão)												
Elaboração do procedimentos operacionais												

9.21 COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE**9.21.1 FINALIDADE**

A Comissão de Prevenção e Cuidados Com Integridade da Pele – CPCIP 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.

9.21.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

Os membros da Comissão devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição.

9.21.3 REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE**CAPÍTULO I****DAS DEFINIÇÕES**

Art. 1º. O presente Regimento disciplina a organização e o funcionamento da CPCIP bem como, estabelece a dinâmica de suas atividades e de seu funcionamento.

Esta comissão tem por finalidade oferecer um atendimento de qualidade ao paciente portador de lesões, através da padronização de saberes entre os profissionais do HEMU, assim como, prevenir o surgimento de lesões evitáveis nos pacientes desta instituição.

§ 1º – A Comissão de Prevenção e Cuidados Com Integridade da Pele – CPCIP é de natureza técnico-científica permanente.

§ 2º - A CPCIP é um órgão de assessoria vinculado à Presidência, por meio do Núcleo de Comissões Hospitalares da instituição.

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

Art. 2º. A CPCIP 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.

§ 1º. Considera-se como atividade desta comissão o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente para a redução da incidência e da gravidade das feridas.

§ 2º. Entende-se por ferida qualquer perda da continuidade da pele

§ 3º. Entende-se por curativo o tratamento, utilizando técnicas com produtos químicos, físicos e mecânicos no local da ferida.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO E ESTRUTURA

Art. 3º. A Comissão terá composição multiprofissional e multidisciplinar, contando com membros titulares.

Parágrafo único. A CPCIP 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 consultores são pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos a determinado assunto.

Art. 4º. 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.

Art. 5º. A CPCIP deve contar com, no mínimo 07 (sete) membros titulares, podendo ser ampliado este número conforme a necessidade da Comissão.

Parágrafo Único. Para o bom funcionamento da Comissão, é imprescindível a nomeação de um secretário, com função exclusiva, mesmo não sendo um membro da mesma.

CAPÍTULO IV

NOMEAÇÃO

Art. 6º. Os membros titulares da CPCIP serão escolhidos por seus pares em votação aberta em reunião, em concordância com a Superintendência, para exercerem estas funções por um período de no mínimo 2 (dois) anos, permitindo-se a recondução.

Parágrafo único. O critério para recondução dos membros será avaliado pelos pares presentes na reunião, através da disponibilidade dos membros em auxiliar com os trabalhos da CPCIP.

Art. 7º. A CPCIP 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.

Art. 8º. O presidente da CPCIP deve necessariamente ser um enfermeiro especialista em Estomaterapia e/ou Dermatologia e/ou especialização em Assistência em Lesões de Pele.

Art. 9. 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 relacionada ao atendimento ao paciente com lesões.

Art. 10. O mandato do presidente, vice-presidente e dos membros da CCP 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 Presidência do Instituto.

Art. 11. Após a nomeação pela Diretoria permanecendo os mesmos membros, caberá somente a recondução, ou seja, após a indicação da CCP no sentido de reconduzir seus membros, caberá como ato da Superintendência a publicação de portaria de recondução.

Art. 12. Qualquer membro da comissão poderá solicitar afastamento no período de mandato, desde que comunique a Presidência do Instituto com antecedência mínima de 30 dias.

Art. 13. 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.

§ 1º. 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 V

DAS COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO

Art. 14. À CPCIP do Instituto compete:

- a) Garantir aos pacientes do (HEMU), um cuidado biopsicossocial no tratamento de suas lesões.

- b) 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.
- c) Implantar ações sistematizadas para a realização de curativos e o tratamento do paciente com feridas.
- d) Reduzir o período de internação dos pacientes com lesões de pele, sempre que possível.
- e) Decidir sobre o produto utilizado na ferida, após a avaliação da mesma.
- f) Reduzir os custos hospitalares.
- g) Alterar, sempre que necessário, o produto escolhido para o tratamento da lesão do paciente, após comprovado seu malefício e acordado com o médico.
- h) Capacitar a equipe multiprofissional no tratamento de feridas.
- i) Elaborar protocolos e implantá-los com o intuito de melhorar a assistência ao paciente com lesões de pele dentro do HEMU
- j) Supervisionar o cumprimento do protocolo elaborado pela comissão.
- k) Acompanhar a evolução das feridas dos pacientes da unidade, 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.
- l) Promover subsídios que forneçam uma assistência qualificada e efetiva, proporcionando reabilitação dos pacientes com lesões de pele.
- m) 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.
- n) Acompanhar os pacientes com lesões que receberam alta hospitalar da instituição ambulatorialmente, e os demais pacientes encaminhados de outros serviços de saúde.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES DOS INTEGRANTES

Art. 15. Atribuições do Presidente:

- I – Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CPCIP e;
- II – Instalar a comissão e presidir suas reuniões;
- III – Promover convocação formal das reuniões;
- IV – Representar a Comissão de Cuidados com a Pele 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;

Art. 16. Atribuições do vice-presidente:

- 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.

Art. 17. Atribuições do secretário:

- 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.

Art. 18. Atribuições do serviço de educação permanente:

- II – Auxiliar na promoção de capacitações sobre feridas e curativos com os profissionais da instituição e demais interessados;
- III – Elaborar, conjuntamente com a comissão, projetos de capacitações estabelecendo datas, locais, conteúdos programáticos e público alvo;
- IV – Buscar parcerias e patrocinadores para a realização das capacitações quando necessário;
- V – Realizar relatórios de todas as capacitações realizadas;
- VI – Avaliar se as capacitações estão atingindo os objetivos esperados.

Art. 19. Atribuições dos enfermeiros da CPCIP do HEMU

- I – Avaliar as feridas dos pacientes desta instituição em parceria com a Comissão de Cuidados com a Pele 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.

Art. 20. Atribuições comuns aos membros da Comissão de Cuidados com a Pele:

- 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 VII

DO FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO

Art. 21. A CPCIP 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.

Art. 22. As respostas de parecer, ou seja, a avaliação das lesões pode ser realizada por qualquer enfermeiro ou médico membro titular da CPCIP.

Art. 23. 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.

Art. 24. As avaliações de parecer solicitadas aos sábados, domingos ou feriados serão realizadas no primeiro dia útil conforme a escala.

Art. 25. Dias de Funcionamento:

I - Esta comissão atenderá os pacientes desta instituição e ambulatoriais em dias úteis da semana.

Art. 26. Das reuniões:

I – As reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Cuidados com a Pele serão realizadas em sala previamente agendada, localizada dentro do HEMU.

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.

Art. 27. 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 VIII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 28. Este regimento poderá ser alterado, mediante proposta, através da aprovação de 3/5 de seus membros executores.

Parágrafo Único. A proposta para alteração regimental poderá ser feita por qualquer membro titular da comissão de Cuidados com a Pele.

Art. 29. Os casos omissos neste Regimento serão decididos pelo presidente desta comissão, ouvidos os membros desta e demais atores envolvidos.

Art. 30. Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação da Portaria pela Presidência, revogado o Regimento anterior e as demais disposições em contrário.

9.21.4 CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO DE CUIDADO COM A PELE

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Trimestrais (sugestão)												
Elaboração do procedimentos operacionais												

Trata-se de sugestão, no qual poderá ser adequado conforme a necessidade e a operacionalização

9.22 COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR

9.22.1 FINALIDADE

Avaliar o impacto da implantação de leitos de longa permanência para pacientes do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu - HEMU.

9.22.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

Os membros da Comissão devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição.

9.22.3 REGIMENTO INTERNO

Dos objetivos e competências

Art. 1º - São considerados pacientes crônicos aqueles portadores de patologias que levam à necessidade de acompanhamento médico prolongado, podendo evoluir ou não para a dependência parcial ou total para cuidados básicos de vida.

Art.2º - O Comitê de gerenciamento dos pacientes com risco para longa permanência hospitalar do Hospital HEMU, além de oferecer atendimento personalizado, oferece informações diversas como indicações de recursos que podem auxiliar os pacientes e/ ou familiares de pacientes acometidos por doenças crônicas melhorando na qualidade de vida de todos.

Dos objetivos e critérios de acompanhamento

Art. 3º - O Comitê de gerenciamento dos pacientes com risco para longa permanência hospitalar do Hospital tem por objetivos:

- 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;
- Possibilitar o retorno do paciente ao conforto do ambiente familiar de forma segura e com qualidade;
- Diminuir os riscos de infecção nesses pacientes
- Reduzir complicações clínica e re-internações;
- Otimizar o tempo de recuperação do paciente;
- Formar um Comitê Gerenciador de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência Hospitalar;
- Estimular os papéis biográficos dos pacientes durante a internação, auxiliando no processo de desospitalização;
- Planejar a alta juntamente com a equipe multidisciplinar que assiste o paciente, preparando-os, quando necessário, para a continuidade da assistência no domicílio;
- Facilitar e intermediar o acesso aos recursos oferecidos pelos convênios;

Art.4º - Os critérios para que o paciente possa ser acompanhado pelo Comitê de Gerenciamento de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência Hospitalar:

- Grau de complexidade para assistência de enfermagem;
- Patologias crônicas e/ou sequelantes;
- Tempo de hospitalização prolongado;
- O acompanhamento ao paciente pode ser realizado por indicação médica, por busca ativa pela equipe gerenciadora de casos crônicos e de longa permanência hospitalar;
- O caso é gerenciado até que o paciente apresente condições favoráveis para alta e/ou transferência.

9.22.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL – COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Trimestrais (sugestão)												
Elaboração do procedimentos operacionais												

9.23 COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES – CIHDOTT - FEITO

9.23.1 FINALIDADE

A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) possibilita o efetivo processo de captação e doação de órgãos, faz-se necessário tanto para favorecer as atividades de identificação de possíveis doadores,

implementar protocolos, testes diagnósticos, comprovar a existência de morte encefálica e notificá-la, quanto para sensibilizar a família, reduzindo possíveis obstáculos à efetivação de transplantes no Brasil.

9.23.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

Os membros da Comissão devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição.

9.23.3 REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º A Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes do HEMU, nos termos do art. 14, inciso I, da Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009, do Ministério da Saúde, está classificada como CIHDOTT.

Art. 2º A CIHDOTT é instituída por ato formal da direção do HEMU, e está vinculada à Diretoria da Instituição. .

Art. 3º É de competência da direção do HEMU prover área física definida e equipamentos adequados para gerenciamento e armazenamento de informações e documentos, intercomunicação entre os diversos participantes do processo, conforto para profissionais e familiares dos potenciais doadores, pleno funcionamento da CIHDOTT, bem como definir o regime de trabalho dos seus membros

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 4º Cabe à Comissão:

I. Organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos;

- II. Avaliar a capacidade da instituição, diagnosticando a potencialidade da captação de órgãos e tecidos;
- III. Criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no estabelecimento de saúde, e que não sejam potenciais doadores de órgãos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;
- IV. Articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo e Urgência e Emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;
- V. Articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos;
- VI. Viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do CFM sobre o tema;
- VII. Notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não-doação;
- VIII. Manter o registro do número de óbitos ocorridos em sua instituição;
- IX. Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição;
- X. Articular-se com os respectivos IML e SVO para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida a retirada dos órgãos;
- XI. Articular-se com as respectivas Central de Notificação, Captação e Doação de Órgãos (CNCDO), Organização e Procura de Órgãos (OPO) e/ou bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

XII. Arquivar, guardar adequadamente e enviar à CNCDO cópias dos documentos relativos ao doador, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei Nº 9.434, de 1997;

XIII. Orientar e capacitar o setor responsável, no estabelecimento de saúde, pelo prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais relativos à doação, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei No-9.434, de 1997;

XIV. Manter os registros de suas intervenções e atividades diárias atualizados conforme os Formulários;

XV. Implementar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XVI. Definir os indicadores de qualidade, com base no número de potenciais doadores na instituição, considerando as suas características;

XVII. Promover programas de educação/sensibilização continuados dirigidos à comunidade; e

XVIII. Estabelecer critérios de eficiência possibilitando análise de resultados.

Art. 5º A Comissão atuará em todo âmbito hospitalar.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 6º A CIHDOTT deverá enviar à Central de Transplantes os documentos referentes ao paciente com morte cerebral, independentemente de serem doadores, em até 48 horas após o óbito.

Art. 7º A CIHDOTT deverá confeccionar e manter fielmente atualizadas, planilhas de Notificação de ME, onde devem constar dados como data da constatação, nome do paciente, registro hospitalar, idade, procedência (nome do hospital), diagnóstico; se houve confirmação da ME, se houve entrevista familiar, órgãos retirados, motivos da não doação, local da necropsia, coordenador da sala cirúrgica e nº da AIH.

Art. 8º A CIHDOTT deverá arquivar e zelar pelos protocolos de notificação de morte cerebral de doações efetivadas ou não.

Parágrafo Único. Na instituição estes documentos são arquivados na sala da CIHDOTT, mas podem ser arquivados também junto ao prontuário do paciente.

Art. 9º No caso de doações efetivadas devem ficar arquivados os seguintes documentos:

- I. Termo de Declaração de Morte Encefálica;
- II. Ato de doação de órgãos (autorização);
- III. Exames e provas sorológicas;
- IV. Laudo e foto do exame complementar.

Art. 10 No caso de constatação de ME apenas, arquivar no mínimo os seguintes documentos:

- I. Termo de Declaração de Morte Encefálica;

II. Ato de doação de órgãos (autorização ou não);

III. Motivo da não retirada.

Art. 11 A CIHDOTT deverá organizar arquivos de:

I. Atas e Regime Interno;

II. Correspondências recebidas e emitidas;

III. Estatística atualizada com planilhas contendo notificação/remoção com dados dos pacientes, cirurgião de retirada de órgãos, coordenador de sala, etc;

IV. Controle e estatística do programa de captação de córneas;

V. Material didático sobre doação de órgãos;

VI. Campanhas e eventos;

VII. Reportagens sobre a comissão e transplantes em geral;

VIII. Leis e portarias;

IX. Revistas assuntos pertinentes e artigos científicos sobre o assunto;

X. Folhetos com material de divulgação/esclarecimento sobre doação de órgãos de diversas instituições (pelo menos um modelo de cada);

XI. Mailing;

XII. Certificados de participação em cursos, seminários, palestras, etc. dos componentes da CIHDOTT;

XIII. Certificados de "Honra ao Mérito";

XIV. Revistas.

Art. 12 Das reuniões da CIHDOTT, que em regra serão mensais, deverá ser redigida ata com a devida assinatura dos participantes, que será arquivada em local apropriado.

Art. 13 A CIHDOTT deverá organizar relatórios ao CNCDO, que podem ser as atas com planilhas.

Art. 14 A CIHDOTT deverá anotar nos prontuários dos pacientes o ocorrido em cada caso, com assinatura e carimbo do responsável.

CAPÍTULO IV

DA FORMAÇÃO DA COMISSÃO Art. 15 A CIHDOTT será composta por no mínimo 03 (três) membros integrantes do corpo funcional da instituição, de nível superior, dentre os quais, um será designado como coordenador intra-hospitalar.

Art. 16 O perfil profissional seja médico (a) ou enfermeiro(a) e tenha a anuência da direção.

Art. 17 O coordenador deverá realizar o treinamento formal ou curso ministrado sob orientação da CNCDO e ou do Sistema Nacional de Transplantes/MS.

Art. 18 Os demais membros participantes deverão ter conhecimento na área de captação de órgãos e transplantes e obrigatoriamente pertencerem ao corpo funcional do hospital.

Art. 19 A composição da CIHDOTT poderá ser de acordo com o interesse pela causa e perfil no processo doação-transplante necessário para obtenção de melhores resultados.

Art. 20 O tempo de permanência da CIHDOTT será de dois anos, podendo ser prorrogado em mais dois anos se assim for decidido pelo grupo de escolha.

Art. 21 Em caso de divergências insuperáveis no modo de ação dos membros da Comissão e o da Instituição hospitalar, esses poderão solicitar seu desligamento da CIHDOTT, sendo escolhido em seguida substituto do membro desligado.

§1º O substituto do membro poderá ser indicado pelos membros remanescentes da CIHDOTT, condicionado a aprovação do Superintendente. §2º Quando o membro solicitante de desligamento da CIHDOTT for o coordenador, este deverá solicitar diretamente ao Superintendente que indicará o seu substituto. §3º Quando todos os membros solicitarem seu desligamento da CIHDOTT, o Superintendente indicará novos nomes para compor a Comissão.

Art. 22 Poderá existir mais de uma lista triplíce para aprovação

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 23 A DIREÇÃO e os Conselhos Diretores poderão, a qualquer tempo e por motivo justificado, propor a substituição de seus respectivos representantes na CIHDOTT.

Art. 24 A Superintendência poderá a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos componentes da CIHDOTT e do Coordenador após ser referendado pelo Conselho Deliberativo.

Art. 25 O integrante da CIHDOTT que, sem motivo justificado, por escrito, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano, estará automaticamente desligado da Comissão.

Parágrafo Único. O controle de frequência será efetuado pelo(a) secretário(a), mediante registro em pauta.

Art. 26 A CIHDOTT poderá a qualquer tempo e por motivo justificado propor à Superintendência, a substituição do Coordenador.

Art. 27 Quando forem discutidos pela CIHDOTT assuntos "subjudice" em outras instâncias, os membros que forem partes envolvidas ou interessadas no deslinde da questão, deverão se declarar impedidos, vedando-se a sua presença sempre que a matéria for colocada em exame.

Parágrafo Único. Caso o membro da CIHDOTT, na hipótese estabelecida no "caput", não se considere impedido, cabe ao Presidente da CIHDOTT e na impossibilidade deste, ao Diretor Clínico, declarar o impedimento.

Art. 28 Nenhum membro da CIHDOTT, à exceção de seu Coordenador, poderá falar em nome da Comissão, sem que esteja autorizado pela Diretoria

Art. 29 Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Coordenador da CIHDOTT, e em grau de recurso pelo Superintendente.

Art. 30 O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da CIHDOTT, através da maioria absoluta de seus membros, submetida HEMU

Art. 31 O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovado pelo Conselho Deliberativo, revogando-se as disposições em contrário.

**9.23.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL – COMISSÃO
INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS
PARA TRANSPLANTES – CIHDOTT**

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Trimestrais (sugestão)												
Elaboração do procedimentos operacionais												

9.24 NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR)

FINALIDADE

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.

PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

Os membros da Comissão devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição.

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

Da natureza

Art. 1º - O objetivo consiste em promover a melhor utilização dos recursos hospitalares, maior eficiência e eficácia das rotinas e fluxos implementados, reorganizando junto às equipes, os processos de gestão da assistência, promovendo e aprimorando a interface com as instâncias reguladoras.

CAPÍTULO II

Das instalações

Art. 2º - O Núcleo Interno de Regulação encontra-se instalado no mezanino do setor de Internação, sendo constituído por uma sala de reuniões com acesso a computadores.

CAPÍTULO III

Do acesso ao setor

Art. 3º - O acesso ao NIR se dá pelo setor de Internação.

Art. 4º - É permitido o acesso de todos os servidores no exercício de suas atribuições, após autorização prévia dos membros do Núcleo. Todos os profissionais deverão portar crachá de identificação.

CAPÍTULO IV

Do funcionamento

Art. 5º - O NIR é composto por equipe multidisciplinar:

- a. Coordenador;
- b. Médico regulador;
- c. Enfermeiros reguladores dos leitos hospitalares.

Art. 6º - O NIR também conta com a contribuição da equipe multidisciplinar dos setores envolvidos:

- a. Assistente Social;
- b. Referências técnicas (médica e de enfermagem) dos demais setores;
- c. Coordenação das unidades de Apoio Diagnóstico e Terapêutica;
- d. Setor de Internação.

Art. 7º - A periodicidade das reuniões do NIR será mensal e extraordinariamente mediante convocação do coordenador ou requerimento dos membros do setor.

CAPÍTULO V**Das atribuições**

Art. 8º - Ao NIR compete:

- I. Qualificar os fluxos e processos de trabalho internos, apoiar as equipes das unidades no fluxo do beneficiário no HEMU, auditar a regulação de leitos das unidades de internação, a regulação de consultas e procedimentos de todas as unidades, observando os períodos sazonais e epidemiológicos da população atendida;
- II. Participar da implantação e/ou revisão dos protocolos assistenciais e/ou normas e rotinas setoriais bem como monitorar o cumprimento destes;
- III. Monitorar o Tempo Médio de Permanência hospitalar e os indicadores pertinentes ao serviço (taxa de suspensão de cirurgia, taxa de reinternação hospitalar, bem como suas inconsistências ou causas);

- IV. Participar da criação e implementação do Plano de Alta Hospitalar baseado no perfil de morbimortalidade hospitalar e atuar como facilitador na implantação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), especialmente para os beneficiários de longa permanência.

Art. 9 - Cabe ao coordenador do NIR:

- I. Coordenar e orientar as ações das equipes assistenciais no que se refere à regulação médico assistencial;
- II. Fornecer suporte técnico relacionado às questões médico hospitalares;
- III. Representar o Núcleo em suas relações internas e externas;

Parágrafo único – Na ausência do coordenador médico, suas funções serão exercidas pelo médico regulador, e em caso de ausência de ambos, será eleito um membro para exercer essa função interinamente.

Art. 10 - Cabe ao médico do NIR:

- I. Acompanhar o fluxo adequado de beneficiários no Serviço Médico de Urgência bem como unidades de internação;
- II. Fazer contato com as chefias de clínicas e dos setores de métodos diagnósticos para reduzir o tempo de internação e permanências prolongadas de beneficiários nos diversos setores;
- III. Participar, junto às equipes assistenciais, da elaboração de fluxos de transferências internas, buscando maior agilidade.

Art. 11 - Cabe ao Enfermeiro do NIR:

- I. Gerenciar a ocupação e movimentação de beneficiários nos leitos, monitorando os leitos disponíveis e sua ocupação;
- II. Acompanhar o cumprimento do fluxo de pacientes em todas as portas de entrada do HEMU;
- III. Orientar a realização de remanejamentos internos dos beneficiários internados, buscando a otimização das vagas, de acordo com as demandas;

HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU (HEMU)

- IV. Priorizar as transferências dos pacientes do SMU para as enfermarias e unidade de terapia intensiva – UTI e salas de recuperação pós anestésica, conforme critérios técnicos de risco;
- V. Acompanhar a admissão dos beneficiários para procedimentos eletivos nas respectivas enfermarias, de acordo com a solicitação e comunicação prévia das equipes responsáveis.

Art. 12 - Cabe ao NIR, apoiado pelo Assistente Social da Instituição:

- I. Discutir com a instituição e as equipes multiprofissionais, de maneira sistemática e continuada, relatórios levantados pelo Serviço Social que demonstrem demandas identificadas no processo de cuidado integral ao beneficiário, diagnosticados em todas as áreas de intervenção do serviço social no hospital.

Art. 13 - Cabe ao NIR, apoiado pelas Referências Técnicas das Unidades:

- I. Obter informações precisas a respeito das demandas das unidades que subsidiem o desenvolvimento dos seus trabalhos.

Art. 14 - Cabe ao NIR, em parceria com a Gerência de Apoio Diagnóstico e Terapêutica: Acompanhar as pendências no que for relativo à prestação de serviços terceirizados, marcação de exames complementares e patologia clínica, subsidiando a criação e implementação do plano de Alta Hospitalar, a Complementação Terapêutica e o agendamento de exames de imagem ambulatorialmente.

Art. 15- Cabe ao NIR, em parceria como Setor de Internação: I. Acompanhar a emissão e cadastro da RS 680 e controlar os leitos hospitalares, através da movimentação de beneficiários (internações e altas) no HEMU.

CAPÍTULO VI

Disposições gerais e transitórias

Art. 16 - Os membros do NIR têm o dever de cumprir este Regimento Interno, acatando as decisões deliberadas em reunião.

Art. 17 - O NIR poderá estabelecer normas complementares relativas ao seu funcionamento e desenvolvimento dos trabalhos.

HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU (HEMU)

Art. 18 - Os casos omissos referentes ao conteúdo do NIR serão resolvidos pelo próprio núcleo juntamente com a Gerência Hospitalar.

Art. 19 - Este Regimento entra em vigor após sua aprovação, revogando-se todas as disposições em contrário.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Trimestrais (sugestão)												
Elaboração do procedimentos operacionais												

9.25 COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO
9.25.1 FINALIDADE

A Comissão de Acidentes com Material Biológico constitui um grupo técnico, de caráter obrigatório, nas instituições hospitalares e pré-hospitalares. Deve ser composta por profissionais da área de saúde, de níveis superior e médio e por profissionais ligados à saúde e à segurança do trabalhador.

9.25.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

Os membros da Comissão devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição.

9.25.3 REGIMENTO INTERNO
CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º – A Comissão de Prevenção de Acidentes com Material Biológico e Biossegurança tem como objetivos reduzir os riscos de acidentes com materiais biológicos dentro das instituições de saúde e atuar em três microfocos

dentro das instituições de prestação da assistência: adequação da estrutura física e tecnológica, capacitação profissional, aquisição de equipamentos de proteção individual e coletivo com vistas à implantação e manutenção de um trabalho de qualidade no ambiente laboratorial.

Art. 2º Execução das ações programadas para a prevenção dos acidentes;

- a. Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao controle dos acidentes com materiais biológicos
- b. Deve realizar investigação epidemiológica de casos e implantar medidas imediatas de controle; elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da instituição e às chefias de todos os setores do hospital, a situação do controle dos acidentes, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar; elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando minimizar os riscos de acidentes com material biológico através da utilização de medidas de precaução e controle;
- c. Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição;
- d. Promover treinamento sobre a utilização de produtos com dispositivo de segurança utilizados na instituição;

- e. Estabelecer protocolos, diretrizes, procedimentos e análise sistemática dos funcionários em acompanhamento de tratamento de doença infectocontagiosa junto com o SESMT, com elaboração periódica de relatórios para a Direção.
- f. Deverá elaborar periodicamente um relatório com os indicadores epidemiológicos interpretados e analisados. Esse relatório deverá ser divulgado a todos os serviços e à direção, promovendo seu debate na comunidade hospitalar.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 3º Compete à Comissão:

- a. Estabelecer diretrizes para a elaboração e a implementação de um plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais biológicos, visando à proteção, segurança e saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.
- b. Analisar as informações existentes no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), além das referentes aos acidentes de trabalho ocorridos com materiais biológicos.
- c. Elaborar e implantar procedimentos de registro e investigação de acidentes e situações de risco, estabelecendo as prioridades considerando os seguintes aspectos:

- a. situações de risco e acidentes que possuem 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; e
- d. número de trabalhadores expostos às situações de risco de acidentes com materiais biológicos.
- d. 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;
- e. Definir, em cooperação com a Comissão de Padronização, a substituição de todos os materiais perfurocortantes por materiais com dispositivos de segurança quando possível;
- f. Realizar parceria com o centro de estudos, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao uso adequado de materiais com risco de acidentes e à correta utilização dos dispositivos de segurança;
- g. 5.1.7 Elaborar relatórios mensais e enviar para direção, SESMT, Humanos da Instituição, entre outros.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 4º A Comissão poderá composição multiprofissional de membros efetivos, com representantes de diversos segmentos, na forma que segue:

- I. Representante da SESMET – como presidente.
- II. Vice-Presidente da Comissão:
- III. Secretário
- IV. Demais membros conforme as áreas hospitalar

CAPÍTULO IV

ATRIBUIÇÕES 5º O Presidente da Comissão deverá dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da comissão especificamente:

- I. Representar a Comissão em suas relações internas e externas;
- II. Instalar a Comissão e presidir suas reuniões;
- III. Promover a convocação das reuniões;
- IV. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
- 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.

Art. 6º Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos:

Art. 7º Aos membros incumbe:

- I. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

- II. Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;
- III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- IV. Desempenhar as atribuições que lhes forem designadas pelo Presidente;
- V. Apresentar proposições sobre as questões pertinentes à Comissão.

Art. 8º Secretário da Comissão incube::

- I. Assistir às reuniões;
- II. Encaminhar o expediente da Comissão;
- III. Preparar o expediente da Comissão;
- IV. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados 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 trimestral 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.

Art.9º O Presidente e o Vice-Presidente, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

- 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.

Art. 10 São atribuições do Secretário:

- I. Acompanhar as reuniões e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;
- II. Encaminhar cópias das atas das reuniões da Comissão, cronograma de atividades e o calendário semestral/anual de todas as reuniões, relatórios das atividades desenvolvidas e os indicadores mensais determinados pela Comissão até o dia 15 do mês seguinte para o Núcleo de Comissões Hospitalares.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 11 A Comissão 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 constituir formalmente comissão através de ato próprio e propiciar a infraestrutura necessária à sua correta operacionalização.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 12 O mandato dos componentes da COPREV extinguir-se-á com o do Diretor Geral da Instituição ou, antecipadamente, se houver motivo que justifique a cessação.

Art. 13 Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação dessa normatização serão dirimidas pelo Presidente da Comissão e, em grau de recurso, pelo Diretor Geral da Instituição.

Art. 14 A presente normatização poderá ser alterada, mediante proposta da Comissão através da maioria absoluta de seus membros, submetida ao Diretor da Instituição.

Art. 15 A presente normatização entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovada pelo Diretor da Instituição e Sancionada pelo Diretor Administrativo-Financeiro do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar.

9.25.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL – COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Trimestrais (sugestão)												
Elaboração do procedimentos operacionais												

Trata-se de sugestão, no qual poderá ser adequado conforme a necessidade e a operacionalização.

9.26 COMISSÃO REGIONAL DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER (CR SINC)

9.26.1 FINALIDADE

A Comissão Regional De Sistemas De Informação Do Câncer (CR SINC) exerce, tem a atividade organização dos serviços para a prevenção e detecção precoce desses cânceres exige monitoramento e avaliação constantes das ações de saúde realizadas com vistas a reduzir os indicadores de mortalidade por essas neoplasias. Para tanto, entende-se que os sistemas de informação são ferramentas indispensáveis à gestão dos programas de saúde, por subsidiarem tomadas de decisão embasadas no perfil epidemiológico e na capacidade instalada de cada localidade. A importância gerencial dos sistemas de informação é caracterizada, pela sua definição, como componente fundamental da Política Nacional de Atenção Oncológica (Portaria GM nº 2439/05, art. 3º).

9.26.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

Os membros da Comissão devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição.

9.26.3 REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º A CR SINC é destinado a registrar a suspeita e a confirmação diagnóstica, registrar informações sobre condutas diagnósticas e terapêuticas relativas aos exames positivo/alterados, fornecer o laudo padronizado, arquivar e sistematizar as informações referentes aos exames de rastreamento e diagnóstico dos cânceres.

Art. 2º O sistema disponibiliza, em tempo real, as informações inseridas no sistema pela internet. No momento em que a unidade de saúde fizer a solicitação do exame

pelo sistema, esta ficará visível para o prestador incluir o resultado. Quando o laudo estiver liberado pelo prestador de serviço, a unidade de saúde solicitante poderá visualizá-lo. Ao final da competência, quando o prestador encerrá-la, automaticamente as informações epidemiológicas serão exportadas para a base nacional.

Art. 3º As deliberações da CR SINC, visando a correção ou reparação de distorções, assim como recomendações de medidas cabíveis e/ou boas práticas após análises das conformidades devem ser encaminhadas às Gerências correspondentes e/ou diretoria da unidade para providências subsequentes.

Parágrafo único: As diretrizes para as ações investigatórias e educativas, serão definidas nas reuniões da Comissão e desencadeadas pelo presidente.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 4º São finalidades da Comissão:

I - definir critérios técnicos para o funcionamento dos serviços que atuam na prevenção e no controle do câncer nos diversos níveis de atenção, bem como os mecanismos para seu monitoramento e avaliação;

II - garantir a formação e a qualificação dos profissionais e dos trabalhadores de saúde de acordo com as diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde, transformando as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, referentes à qualificação das ações de promoção da Saúde, de prevenção e do cuidado das pessoas com câncer

III - garantir que todos os estabelecimentos que prestam atendimento às pessoas com câncer possuam infraestrutura adequada, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, de maneira a garantir o cuidado necessário;

IV - desenvolver, disponibilizar e implantar sistemas de informações para coletar, armazenar, processar e fornecer dados sobre os cuidados prestados às pessoas com câncer, com a finalidade de obter informações que possibilitem o planejamento, a avaliação, o monitoramento e o controle das ações realizadas, garantindo a interoperabilidade entre os sistemas;

V - adotar mecanismos de monitoramento, avaliação e auditoria, incluindo tempo de espera para início do tratamento e satisfação do usuário, com vistas à melhoria da qualidade das ações e dos serviços ofertados, considerando as especificidades dos estabelecimentos de saúde e suas responsabilidades;

VI - promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e de pesquisas que busquem o aperfeiçoamento, a inovação de tecnologias e a disseminação de conhecimentos voltados à promoção da saúde, à prevenção e ao cuidado das pessoas com câncer;

VII - realizar parcerias com instituições internacionais e com instituições governamentais e do setor privado para fortalecimento das ações de cuidado às pessoas com câncer; em especial na prevenção e detecção precoce;

VIII - estimular a participação popular e o controle social visando à contribuição na elaboração de estratégias e no controle da execução desta política;

IX - elaborar e divulgar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para os cânceres mais prevalentes, para apoiar a organização e a estruturação da prevenção e do controle do câncer na rede de atenção à saúde;

X - promover todas as ações necessárias junto ao HEMU

XI - Ser um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 5º A CR SINC será composta por no mínimo 03 (três) membros integrantes do corpo funcional da instituição, de nível superior, dentre os quais, um será designado como coordenador intra-hospitalar.

Art. 6º O perfil profissional seja médico (a) ou enfermeiro(a) e tenha a anuência da direção.

Art. 7º O coordenador deverá realizar o treinamento formal ou curso ministrado sob orientação da CNCDO e ou do Sistema Nacional de Transplantes/MS.

Art. 8º Os demais membros participantes deverão ter conhecimento na área de captação de órgãos e transplantes e obrigatoriamente pertencerem ao corpo funcional do hospital.

Art. 9º A composição da CR SINC poderá ser de acordo com o interesse pela causa e perfil no processo doação-transplante necessário para obtenção de melhores resultados.

Art. 10º O tempo de permanência da CR SINC será de dois anos, podendo ser prorrogado em mais dois anos se assim for decidido pelo grupo de escolha.

Art.11º Em caso de divergências insuperáveis no modo de ação dos membros da Comissão e o da Instituição hospitalar, esses poderão solicitar seu desligamento da CR SINC, sendo escolhido em seguida substituto do membro desligado.

§1º O substituto do membro poderá ser indicado pelos membros remanescentes da CR SINC, condicionado a aprovação da diretoria.

§2º Quando o membro solicitante de desligamento da CR SINC for o coordenador, este deverá solicitar diretamente ao Superintendente que indicará o seu substituto.

§3º Quando todos os membros solicitarem seu desligamento da CR SINC, o Superintendente indicará novos nomes para compor a Comissão.

Art. 12º Poderá existir mais de uma lista tríplice para aprovação

Art.13º O mandato dos membros da Comissão deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável, conforme definição da própria Comissão.

Parágrafo único: No caso de substituição de um ou mais membros, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Superintendência da unidade para alteração da Portaria de nomeação.

CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA

Art. 14º Deverão ocorrer reuniões mensais com data, local e horário, previamente definidos e informados.

§ 1º A ausência de um membro em três reuniões consecutivas, sem justificativa, ou ainda, a falta em seis reuniões não consecutivas, durante 12 meses, gera notificação e posterior exclusão automática.

§ 2º Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da Comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

§ 4º Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, poderá ser solicitado junto à administração a participação de um convidado ou consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto.

§ 5º As reuniões da CR SINC deverão ser registradas em ata resumida e arquivada em pasta física contendo data, horário, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisão tomada, devendo estar sob guarda do núcleo de comissões da instituição.

§ 6º Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

§ 7º Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões urgentes, sendo convocada pelo presidente e, na sua ausência, pelo vice-presidente

CAPÍTULO V

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO Art. 15º São atribuições dos membros da Comissão;

- I - Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados;
- II - Realizar revisão de forma sistemática do sistema de informação;
- III - Convocar os serviços envolvidos caso existam informações conflitantes;
- IV - Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos serviços;
- V - Assessorar a diretoria em assuntos de sua competência;
- 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 à Instituição.

Art. 16º São atribuições do presidente da Comissão e do vice, na ausência do presidente:

- I - Convocar e presidir as reuniões;
- II - Representar a Comissão junto à governança da Instituição, ou indicar seu representante;
- III - Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, previamente aprovada pelos membros;
- IV - Fazer cumprir o regulamento;

Art. 17º São atribuições da Secretária da Comissão:

I - Organizar a ordem do dia;

II - Lavrar ata das reuniões;

III - Convocar os membros da Comissão para as reuniões ordinárias ou extraordinárias;

IV - Solicitar dos serviços de apoio diagnóstico e/ou terapêutico que utilizam equipamentos que emitem radiação ionização, e gerências administrativas e/ou de assistência à saúde o fornecimento de documentação necessária para análise da Comissão.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS Art. 18º Este regulamento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 19º O regulamento entrará em vigor após a aprovação da diretoria e publicação.

9.26.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL – COMISSÃO REGIONAL DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER (CR SINC)

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
implantação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Mensais (sugestão)												
Elaboração do procedimentos operacionais												

9.27 COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE**9.27.1 FINALIDADE**

A Comissão de Padronização de Produtos para Saúde tem a finalidade de regulamentar a padronização de produtos para saúde e outros bens de consumo, assessorar e coordenar a formulação de diretrizes para seleção, padronização, aquisição, distribuição e uso racional de produtos e correlatos.

Assessorar o Departamento de Suprimentos / Logística na seleção de produtos nos diversos níveis de complexidade; no estabelecimento de critérios para o uso dos produtos e na avaliação do uso dos produtos selecionados.

9.27.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

Os membros da Comissão devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição.

9.27.3 REGIMENTO DA COMISSÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE**CAPÍTULO I****DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art.1º. Estabelecer os procedimentos relativos à realização de inventário físico de estoques de almoxarifado no âmbito da Saúde, formada pela Administração Central e unidades sob sua gestão da organização.

Art.2º. Esta Norma Operacional se aplica no âmbito organização com vigência por prazo indeterminado.

Art.3º. Os Normativos relacionados a seguir são indispensáveis à aplicação desta Norma Operacional.

I. Decreto nº 3.000, de 26 de março de 1999;

II. Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964;

III. Pronunciamento Técnico Contábil CPC 16 (R1) – Estoque;

IV. Norma Brasileira de Contabilidade – NBC TSP 04, de 25 de novembro de 2016 (correlação às Normas Internacionais de Contabilidade – IPSAS 12);

V. Portaria STN nº 548 de setembro de 2015; e

VI. Instrução Normativa SEDAP nº 205, de 08/04/1988.

Art.4º. Para efeito desta Norma Operacional, consideram-se os seguintes conceitos:

I. Colaboradores da Unidade: gestores, discentes e docentes que atuam nas unidades da Saúde, empregados do quadro regular, servidores públicos, cedidos à empresa, prestadores de serviços e estagiários;

II. Inventário Geral de Estoques: levantamento de todos os bens de consumo armazenados no estoque, para manter a compatibilidade entre o que está registrado (estoque lógico) e o que realmente existe (estoque físico), bem como seus registros financeiros;

III. Lista de Contagem: documento emitido pela Equipe Multidisciplinar para conferência dos estoques pelas equipes de contagem, contendo os seguintes campos: código do material, descritivo, unidade de medida/apresentação, se possível, endereço de armazenamento e quantidade (em branco);

IV. Lista de Conciliação de Estoques: documento emitido pela Equipe Multidisciplinar para conciliação dos estoques inventariados, com os seguintes campos: código do material, descritivo, unidade de medida, localização, quantidade final apurada, e custo médio do material;

V. Relatório de Variação de Estoques: relatório detalhado dos itens que apresentaram divergências entre a quantidade apurada pelas Equipes de Contagens e o registrado nos sistemas de estoques, sendo elaborado pela Equipe Multidisciplinar com apoio dos Coordenadores de Área e do Presidente da Comissão de inventário de estoques;

VI. Relatório Analítico de Inventário: relatório detalhado dos itens em estoque, emitido ao final do inventário pelo Presidente da Comissão e/ou Coordenadores de Área, com as seguintes informações: código do material, descritivo, unidade de medida, quantidade final apurada, conta contábil, subitem da natureza de despesa, custo médio e valor total do item;

VII. Relatório Sintético de Material: relatório emitido ao final do inventário pelo Presidente da Comissão e/ou Coordenadores de Área, com os valores apurados por contas contábeis, gerados a partir do Relatório Analítico de Inventário com as seguintes informações: conta contábil, subitem da natureza de despesa, descrição do subitem, saldo inicial do inventário, ajustes realizados no sistema, saldo final do estoque após a realização do inventário;

VIII. Relatório de Conciliação Contábil: Relatório elaborado pela contabilidade apontando a conciliação entre os saldos existentes no SIAFI e o saldos finais do inventário;

IX. Relatório Circunstanciado de Inventário de Estoques: emitido ao final do inventário pelo Presidente da Comissão e/ou Coordenadores de Área, contendo as ocorrências verificadas durante a realização do inventário; e

X. Relatório Final de Estoques: Relatório final assinado pelos integrantes da comissão, Áreas de Suprimentos, Contabilidade, Gerência Administrativa e Superintendência, contendo os documentos supracitados.

CAPÍTULO II

TIPOS DE INVENTÁRIO

Art.5º. Os tipos de inventário a serem realizados pelas Unidades Gestoras são:

I. Geral: obrigatório e destinado a evidenciar a quantidade e o valor dos materiais existentes quando da finalização do inventário;

II. Inicial: realizado quando da criação de uma Unidade Administrativa, para identificação e registro dos materiais;

III. De transferência de responsabilidade: realizado quando da mudança do titular responsável pela gestão de suprimentos; e

IV. De extinção ou transformação: realizado quando da extinção ou transformação da Unidade Administrativa.

Art.6º. Cada Unidade Gestora deverá realizar o Inventário Geral de Estoques, no mínimo, uma vez entre o período de 01 de janeiro a 30 de dezembro de cada exercício.

Art.7º. Cada Unidade Gestora, no período de 01 de janeiro a 30 de dezembro de cada exercício, sem prejuízo da realização do Inventário Geral de Estoques no período determinado pelo artigo 6º (sexto), poderá realizar outros inventários de estoques eventuais, cuja decisão estará a cargo da autoridade competente.

Parágrafo único. Os gestores de almoxarifados e suprimentos poderão utilizar instrumentos gerenciais, como o inventário rotativo, que consiste no levantamento contínuo e seletivo dos materiais existentes ao longo do exercício.

CAPÍTULO III

DA CONSTITUIÇÃO

Art.8º. Compete ao Presidente, e aos Diretoria, nas Unidades Hospitalares, instituir, com 30 (trinta) dias de antecedência à data da realização do inventário de estoques, suas Comissões de Inventário de Estoques, as quais serão compostas em quantidade adequadamente dimensionada, segundo o número de unidades de armazenagem, as respectivas capacidades e as quantidades de itens a serem levantados, para a realização do inventário de estoques.

Parágrafo único: É vedada a instituição de comissão permanente para realização do inventário de estoques.

Art.9º. A comissão de inventário de estoques será nomeada por meio de portaria, publicada em boletim de serviço, sendo responsável pelo levantamento de todos os bens de consumo da unidade, devendo obedecer a seguinte estrutura:

- I. Presidente;
- II. Coordenadores de Área;
- III. Equipes de Contagem;
- IV. Equipe de Fiscalização; e
- V. Equipe Multidisciplinar.

Parágrafo único. O Presidente da Comissão e os Coordenadores de Área serão responsáveis pela coordenação geral da realização do inventário.

Art. 10. Os Coordenadores de Área, gestores responsáveis pelos almoxarifados e suprimentos, e/ou responsáveis pelos estoques a serem inventariados, auxiliarão o presidente da comissão nas decisões inerentes a realização do inventário.

Art. 11. A comissão de inventário poderá solicitar apoio junto às áreas de conhecimento jurídico, no tocante às dúvidas legais que possam ocorrer no inventário, tecnologia da informação, na necessidade de equipamentos e/ou técnicos para suporte e/ou apoio nas operações, administração e contabilidade para realização do Inventário, quando necessário.

Art. 12. Os membros que comporão as equipes da comissão de inventário serão indicados dentre os colaboradores da Unidade e terão orientação quanto à realização do inventário, a cargo do Presidente da Comissão e dos Coordenadores de Área.

Parágrafo único: Os prestadores de serviços poderão compor as equipes da comissão de inventário, entretanto, não poderão ser formalmente designados na portaria.

Das Competências do Presidente da Comissão e Coordenadores de Área

Art. 13. Compete ao Presidente da comissão de inventário:

- I. Planejar e coordenar a realização do inventário em conjunto com os Coordenadores de Área;
- II. Solicitar a publicação do cronograma do inventário no boletim de serviço e dar ampla divulgação;
- III. Selecionar colaboradores da instituição, com apoio dos Coordenadores de Área, em número suficiente, para compor as equipes de inventário;
- IV. Coordenar o trabalho das equipes durante a realização do inventário;
- V. Decidir sobre a necessidade de recontagem de materiais, em conjunto com a Equipe de Fiscalização;
- VI. Dirimir as dúvidas das equipes no transcorrer da atividade de inventário;
- VII. Deliberar junto à equipe de fiscalização a liberação extraordinária de materiais durante a realização do inventário, procedendo aos registros necessários;
- VIII. Orientar os setores das Unidades a se planejarem ao período de inventário, observando o prazo limite para envio das requisições de materiais;
- IX. Divulgar e prestar os esclarecimentos aos colaboradores envolvidos no inventário;
- X. Difundir informações para aprimorar o desenvolvimento dos trabalhos; e
- XI. Providenciar os treinamentos para o bom desenvolvimento das atividades.

Art. 14. Compete aos Coordenadores de Área:

- I. Planejar e coordenar a realização do inventário em conjunto com o Presidente da Comissão;
- II. Apoiar o Presidente da Comissão na seleção dos colaboradores da Unidade Hospitalar, em número suficiente para compor as equipes do inventário;
- III. Decidir sobre a necessidade da recontagem de materiais em conjunto com o Presidente e a equipe de fiscalização;
- IV. Dirimir as dúvidas das equipes no transcorrer das atividades do inventário;

V. Observar se as contagens estão sendo realizadas de maneira adequada, principalmente, quanto à proibição de consulta às fichas de controle do quantitativo dos materiais pelas equipes;

VI. Apoiar o Presidente da Comissão na deliberação, junto à Equipe de Fiscalização, sobre a liberação extraordinária de materiais durante a realização do inventário, procedendo aos registros necessários;

VII. Apoiar o Presidente da Comissão na orientação do planejamento das requisições de materiais antes do período de inventário de todos os setores da Unidade;

VIII. Divulgar e prestar os esclarecimentos aos colaboradores envolvidos no inventário;

IX. Difundir informações para aprimoramento dos trabalhos; e

X. Planejar a preparação (organização, disposição, sinalização, equipamentos de prevenção de incidentes, limpeza etc.) dos almoxarifados sob sua responsabilidade e de tudo que se fizer necessário para a realização do inventário físico.

Da Equipe de Contagem

Art. 15. A Equipe de Contagem será composta pelos colaboradores responsáveis pelas contagens dos itens de acordo com as listas de contagem disponibilizadas pela Equipe Multidisciplinar.

Art. 16. As equipes de contagem deverão ser formadas, no mínimo, por dois colaboradores.

Art. 17. A Equipe de Contagem deverá proceder à contagem dos materiais em estoque, obedecendo à informação da unidade de medida constante da lista emitida pela Equipe Multidisciplinar.

Art. 18. Ao concluir a contagem de cada lista, os responsáveis deverão assinar e entregar a lista de contagem ao responsável pela consolidação das informações.

Parágrafo único. O Presidente da Comissão deverá definir as equipes de contagem garantindo que não tenham apenas colaboradores lotados nos locais a serem inventariados.

Do procedimento de contagem

Art. 19. Deverão ser realizadas, no máximo, três contagens da seguinte maneira:

I. A primeira contagem dar-se-á com a verificação das quantidades existentes nas unidades de armazenamento da Unidade Hospitalar, obedecendo-se a ordem do item na contagem e a unidade de medida informada na lista de contagem fornecida pela Equipe Multidisciplinar;

II. Após a primeira contagem, deverá ser feita a conciliação da quantidade apurada com o registrado no sistema.

a) Realizada a conciliação e identificadas divergências, as mesmas serão analisadas pelo Presidente da Comissão e pelos Coordenadores de Área, em conjunto com a Equipe de Fiscalização, os quais avaliarão a necessidade de recontagens, obedecido o número máximo de contagens estabelecido no art. 17, devendo ser justificada a não recontagem.

III. Permanecendo variações divergentes entre as contagens e os saldos existentes no sistema de controle de estoques, deverá ser considerada a menor quantidade apurada, em observância ao princípio contábil da prudência;

Art. 20. Cada Lista de Contagem deverá ser assinada pelos membros que realizaram a contagem.

1º Em caso de necessidade de substituição da lista de contagem a mesma deve ser inutilizada e arquivada junto ao processo, devendo constar, a observação "Sem Efeito".

2º Cada recontagem deverá ser efetuada por equipes diferentes daquelas que

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADES

Art. 1. Compete à Comissão

- I. Organizar e manter atualizada a listagem padrão de produtos para saúde a serem utilizados pelo Hospital levando em consideração a eficácia, segurança, qualidade e custo; revisá-la e divulgá-la anualmente e determinar seu uso como instrumento básico para prescrição e procedimentos médicos;
- II. Estabelecer critérios para a inclusão e exclusão de produtos médicos;
- III. Avaliar e emitir parecer sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da Padronização de Produtos;
- IV. Padronizar especificação e uniformizar vocabulário dos produtos para saúde permanente de consumo;
- V. Assessorar ao setor de compras nos assuntos referentes a produtos;
- VI. Reavaliar, racionalizar e padronizar o fluxo para produtos de consumo.
- VII. Servir como órgão assessor à equipe de saúde e à administração do hospital em assuntos relacionados a produtos médicos;
- VIII. Racionalizar o número de produtos médicos com conseqüente redução dos custos de aquisição, sem prejuízos para a segurança e eficácia dos produtos;
- IX. Definir o fluxo de solicitação de padronização e despadronização de produtos;
- X. Promover Programa efetivo Tecnovigilância, notificando todos os casos de Desvios de Qualidade em formulário específico e posteriormente comunicá-los a Centro de Vigilância Sanitária (CVS) e seus respectivos Laboratórios.

CAPÍTULO II**ESTRUTURA ORGANIZACIONAL**

A Comissão de Padronização de produtos está subordinada a Diretoria Financeira.

CAPÍTULO III**DA CONSTITUIÇÃO**

A Comissão de Padronização de Produtos e é composta pelos seguintes cargos:

- I. Presidente
- II. Farmacêutico (a)
- III. Enfermeiro
- IV. Gerência Assistencial
- V. SCIH
- VI. Educação Continuada
- VII. Comprador
- VIII. Segurança do Trabalho
- IX. Secretário

CAPÍTULO IV**ATRIBUIÇÕES**

São atribuições do Presidente:

- Aprovar o regimento dentro dos padrões pré-estabelecidos;
- Aprovar a lista de produtos definidos pela Comissão;
- Ter conhecimento das notificações realizadas a órgãos competentes;

São atribuições do Vice-Presidente:

- Participar das reuniões com os membros mensalmente;
- Ter conhecimento de produtos proibidos de serem comercializados ANVISA;
- Ser um facilitador junto ao corpo clínico no que diz respeito à

padronização de produtos;

- Indicar seu substituto entre os membros da comissão;

São atribuições do Secretário:

- Promover a convocação das reuniões;
- Realizar as atas de reuniões da comissão e colher assinaturas;
- Cobrar os resultados dos testes realizados para apresentação na reunião da Comissão;
- Encaminhar aos integrantes da Comissão a pauta das reuniões;

São atribuições dos Membros:

- Participar das reuniões de acordo com o cronograma pré-estabelecido;
- Requerer aprovação de produto em regime de urgência;
- Manter atualizado os manuais dos produtos médicos padronizados;
- Garantir e Assegurar que os produtos enviados para teste e aprovados tenham registro na ANVISA.
- Qualificar produtos padronizados;
- Realizar reunião anual sobre o desempenho da Comissão (Resultados);

CAPÍTULO V

FUNCIONAMENTO

- A Comissão se reunirá trimestralmente ou extraordinariamente;
- É facultado ao Presidente e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão tomada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.
- Após entrar em teste, o produto deverá ser obrigatoriamente votado no prazo máximo de até duas reuniões.
- São atribuições para exclusão da Padronização de Produtos: Aqueles que tiveram sua comercialização proibida/ suspensão temporária ou descontinuada

por órgão competente; que poderão ser substituídos com vantagens, quando da inclusão de outro e consumo em período considerado que não justifique a padronização.

- Os componentes da Comissão não receberão remuneração no desempenho desta tarefa, sendo recomendável que sejam dispensados nos horários da Comissão das outras obrigações nas unidades em que prestam serviço.
- Os integrantes da Comissão deverão ter total independência no tomada das decisões no exercício das funções, mantendo sob caráter confidencial as informações recebidas, não podendo sofrer qualquer tipo de pressão por parte de superiores hierárquicos no parecer, devendo isentar-se de envolvimento financeiro e não devem estar submetidos a conflito de interesse.

CAPÍTULO VI DISPOSIÇÕES

As resoluções da Comissão de Padronização de produtos (terão caráter normativo e deverão ser cumpridas pela equipe).

- As solicitações de padronização de produtos deverão seguir o fluxo estabelecido em comum acordo.
- O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovado;
- O trabalho da Comissão será permanentemente demonstrado pela divulgação e discussão de seus indicadores de desempenho.

9.27.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL – COMISSÃO DE PRODUTOS DE SAÚDE

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos produtos												
Início do estudo de consumo com elaboração com planejamento de estoque												
Reuniões Trimestrais (sugestão)												
Elaboração do procedimento para a solicitação e inclusão de produtos												

Trata-se de sugestão, no qual poderá ser adequado conforme a necessidade e a operacionalização.

9.28 COMISSÃO DE PROCESSAMENTO DE PRODUTOS DE SAÚDE (CPPS)

9.28.1 FINALIDADE

A Comissão de Processamento de Produtos para Saúde tem a finalidade de regulamentar e estabelecer normas e rotinas para o processamento de produtos para a saúde no âmbito hospitalar, bem como prover meios de rastreabilidade em todas as suas etapas. Só podem processar produtos para saúde regularizados junto à Anvisa e assessorar as demandas dos serviços que realizam o processamento de produtos para a saúde, visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos, seguindo os requisitos de boas práticas.

9.28.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

Os membros da Comissão devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição.

9.28.3 REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1. A Comissão de Processamento de Produtos para Saúde da unidade de saúde passa a ser vinculado à Comissão de Infecção Hospitalar – CCIH, para fins administrativos.

Art. 2. O presente Regimento tem por objetivo organizar e disciplinar o funcionamento da Comissão de Processamento de Produtos para Saúde, observadas as disposições do Regulamento da unidade de saúde

Art. 3. A Comissão de Processamento de Produtos para Saúde, tem como finalidade:

I – Definir junto a CME os produtos para saúde que poderão ser processados na instituição;

II – Definir junto a CME os produtos para saúde a serem processados na instituição ou que devem ser encaminhados a serviços terceirizados contratados;

III – Verificar junto a CME e a empresa processadora a presença de um sistema de informação manual ou automatizado com registro do monitoramento e controle das etapas de limpeza e desinfecção ou esterilização constante da Resolução nº. 15, de 16 de março de 2012, bem como da manutenção e monitoramento dos equipamentos;

IV – Verificar junto a CME e a empresa processadora a presença de um sistema de rastreabilidade dos produtos processados;

V – Auxiliar a CME no desenvolvimento de protocolos de validação do processamento dos artigos médico hospitalares;

VI – Participar da especificação para a aquisição de produtos para saúde, equipamentos e insumos a serem utilizados no processamento de produtos para saúde;

VII – Participar da especificação para a aquisição de produtos para saúde a serem processados pelo CME;

- VIII – Estabelecer critérios de avaliação das empresas processadoras terceirizadas, para a contratação desses serviços e proceder a sua avaliação sempre que julgar necessário;
- IX – Analisar e aprovar os indicadores para o controle de qualidade do processamento dos produtos propostos pelo responsável pelo CME;
- X – Manter registros das reuniões realizadas e decisões tomadas.

CAPÍTULO II**ESTRUTURA**

Art. 4. - A estrutura da Comissão de Processamento de Produtos para Saúde compreende:

- I – Presidente;
- II – Vice (se couber)
- III – 1º Secretário;
- IV – 2º Secretário;
- V – Membros.

CAPÍTULO III**COMPOSIÇÃO**

Art. 5. A Comissão de Processamento de Produtos para Saúde terá composição na seguinte conformidade:

- I – Dois representantes da CCIH, indicados pelo Presidente da CCIH;
- II – Os demais representantes serão indicados conforme as divisões operacionais de saúde do hospital.

Art. 6. O mandato dos integrantes da Comissão de Processamento de Produtos para Saúde será de 2 (dois) anos, com possibilidade de uma recondução. Caso haja solicitação para demissão a Chefia da respectiva área fará a escolha do substituto e comunicará à Coordenação.

Art. 7. O Coordenador da Comissão de Processamento de Produtos para Saúde será um dos dois representantes da CCIH, escolhido pelos membros que compõem o Grupo na sua primeira reunião de trabalho, com mandato de 2 (dois) anos, sendo permitida uma recondução.

Art. 8. O Vice – Coordenador, o 1º Secretário e o 2º Secretário da Comissão de Processamento de Produtos para Saúde serão escolhidos dentre e pelos membros que compõem o Grupo na sua primeira reunião de trabalho, com mandato de 2 (dois) anos, sendo permitida uma recondução.

CAPÍTULO IV

COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Art. 9. - Ao Coordenador da Comissão de Processamento de Produtos para Saúde compete dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Grupo e, especificamente:

- I – Representar a Comissão de Processamento de Produtos para Saúde em suas relações internas e externas;
- II – Convocar e coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Processamento de Produtos para Saúde;
- 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 do Grupo;
- VI – Propor, a qualquer tempo e por motivo justificado, a substituição de membro de área;
- VII – Subscrever os documentos e resoluções do Grupo;
- VIII – Dar encaminhamento das resoluções da Comissão de Processamento de Produtos para Saúde, junto a CCIH da unidade.
- IX – Cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno.

Art. 10. Ao vice – coordenador da Comissão de Processamento de Produtos para Saúde compete:

I – Auxiliar o trabalho de Coordenador e substituí-lo em suas faltas e impedimentos.

Art. 11. Ao 1º Secretário compete:

I – Preparar as atas das reuniões;

II – Estabelecer com o respectivo setor administrativo o local para guardar as atas e outros documentos do Grupo, preparo de documentos e encaminhamentos de correspondência;

III – Substituir o Vice – Coordenador em suas faltas e impedimentos.

Art. 12. Ao 2º Secretário compete:

I – Auxiliar o trabalho do 1º Secretário;

II – Substituir o 2º Secretário em suas faltas e impedimentos.

Art. 13. Aos membros da Comissão de Processamento de Produtos para Saúde compete:

I – Comparecer às reuniões, preferindo 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 deste Grupo;

IV – Requerer votação de matéria, em regime de urgência;

V – Efetuar estudos e solicitar ou sugerir medidas de aperfeiçoamento dos trabalhos do Grupo.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 14. A Comissão de Processamento de Produtos para Saúde reunir-se á ordinariamente uma vez por mês de acordo com agenda pré-estabelecida.

Art. 15. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Coordenador do Grupo com pauta estabelecida ou a requerimento da maioria de seus membros.

Art. 16. As reuniões deverão acontecer com a presença de pelo menos dois terços dos membros.

Art. 17. Quando não houver "quorum" a reunião se realizar 15 minutos após a hora previamente estabelecida, com qualquer número de membros presentes.

Art. 18. Será solicitada a substituição do membro da Comissão de Processamento de Produtos para Saúde que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a 2 (duas) reuniões consecutivas ou a 3 (três) intercaladas no período de um ano.

Art. 19. Os membros da Comissão de Processamento de Produtos para Saúde podem, a qualquer tempo e por motivo justificado, propor à CCIH a substituição do Coordenador.

Art. 20. A sequência dos trabalhos das reuniões será a seguinte:

I – Verificação da presença do Coordenador ou, na sua ausência, do membro indicado para coordenar a reunião;

II – Verificação de presença e existência de "quorum" para instalação do plenário;

III – Leitura e assinatura da ata da reunião anterior e discussão das pendencias;

IV – Avisos, comunicações, apresentação de preposições, 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.

Art. 21. O relator designado emitirá parecer por escrito contendo o histórico e o resumo da matéria e as considerações que entender cabíveis a sua conclusão.

Art. 22. A Ordem do Dia será comunicada a todos os membros com antecedência mínima de 5 (cinco) dias para as reuniões diárias ordinárias, e de 2 (dois) dias para as extraordinárias.

Art. 23. A matéria que entrar em pauta na reunião deverá ser, obrigatoriamente, dado andamento ou solução, no prazo máximo de até duas reuniões.

CAPÍTULO V

DAS ATIVIDADES

Art. 24. Para fins das atividades da Comissão de Processamento de Produtos para Saúde, entenda-se:

I – Protocolo Teste: a descrição dos procedimentos necessários ao 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 de teste.

III – Validação, o processo estabelecido por evidências documentadas que comprovem que uma atividade específica apresenta conformidade com as especificações predeterminadas e atende aos requisitos de qualidade.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 25. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação deste Regimento serão dirimidas pela CCIH.

Art. 26. O presente Regimento Interno poderá ser alterado mediante propostas do Grupo, submetida ao Coordenador através da maioria absoluta de seus membros aprovada pela CCIH.

Art. 27. O presente Regimento entrará em vigor na data da sua aprovação.

9.28.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL - COMISSÃO PROCESSAMENTO DE PRODUTOS DE SAÚDE

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Trimestrais (sugestão)												
Elaboração do procedimentos operacionais												

Trata-se de sugestão, no qual poderá ser adequado conforme a necessidade e a operacionalização.

9.29 COMISSÃO FARMACEUTICA E TERAPEUTICA

9.29.1 FINALIDADE

A Comissão Farmacêutica e Terapêutica tem a finalidade de regulamentar a padronização de materiais Médico-hospitalares e outros bens de consumo, assessorar e coordenar a formulação de diretrizes para seleção, padronização, aquisição, distribuição e uso racional de materiais e correlatos.

Assessorar o Departamento de Suprimentos na seleção de materiais nos diversos níveis de complexidade; no estabelecimento de critérios para o uso dos materiais e na avaliação do uso dos materiais selecionados.

9.29.2 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

Os membros da Comissão devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição.

9.29.3 REGIMENTO DA COMISSÃO DE FARMACEUTICA E TERAPEUTICA

A Comissão deve possuir regimento interno, contemplando a natureza e finalidade da comissão, objetivo, composição, forma de escolha do Presidente e Vice-Presidente, atribuições e responsabilidades, duração do mandato dos membros, funcionamento, critérios para a inclusão, alteração e exclusão de medicamentos padronizados, dentre outros itens. Para elaboração do Regimento Interno da COMISSÃO são sugeridos tópicos a seguir, porém não limitados, podendo ser ampliados conforme o grau de maturidade de cada hospital em relação à temática:

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADES

Art. 1. A Comissão de Farmácia e Terapêutica é uma equipe de discussão colegiada, vinculada à Diretoria

- A COMISSÃO é diretamente subordinada à Superintendência, por intermédio do Núcleo de Comissões Hospitalares.
- A composição da COMISSÃO se dá mediante publicação de portaria específica

Art. 2º. A COMISSÃO é de natureza técnico-científica, permanente, que tem por finalidade formular e implementar políticas institucionais para o uso racional de medicamentos, visando contribuir para a melhoria na qualidade da assistência à saúde.

CAPÍTULO II

DA CONSTITUIÇÃO

Art. 3º - A COMISSÃO será constituída por profissionais de saúde e administração da unidade e terá, minimamente, a seguinte composição:

- I. Médico;
- II. Farmacêutico da Unidade de Dispensação Farmacêutica;
- III. Farmacêutico da Unidade de Abastecimento Farmacêutico;
- IV. Enfermagem;
- V. Comprador;
- VI. Chefe de unidade;
- VII. Membros convidados;
 - Os membros mínimos que comporão a COMISSÃO serão designados pelas respectivas Chefias imediatas;
 - As indicações deverão ser prioritárias, preferencialmente, a profissionais com reconhecida experiência em comissões, sistema de informação de medicamentos e áreas de apoio, sendo desejável ter conhecimento em Farmacologia, Epidemiologia e/ou Administração Hospitalar;
 - Compete à Diretoria, sob aprovação dos membros da COMISSÃO, a aprovação quanto à incorporação de membros adicionais ao previsto no caput do Art. 3º;
 - Os serviços representados pelas chefias citadas nos incisos IX, X, XI, XII, do caput, que possuam apenas o(a) Chefe como representante, este poderá suprimir o representante da categoria profissional relativo às unidades citadas sob os incisos IV, V e VI;

- Os membros convidados, subitem "IX", comporão as reuniões, conforme deliberação da pertinência à temática a ser discutida, não sendo estes membros efetivos da COMISSÃO;
- Os membros convidados, subitem "IX", deverão opinar, de forma subsidiária, de acordo com sua especialidade, oferecendo informações à Comissão com intuito de colaborar no processo de seleção e decisão sobre o(s) item(s);
- A substituição de membros poderá ocorrer a qualquer tempo, caso haja solicitação de desligamento pelo membro ou ocorra o descumprimento do estabelecido neste regulamento, sob deliberação dos membros da Comissão;

CAPÍTULO III

ELEIÇÃO DO CORPO DIRETIVO

Art. 4º. A Comissão poderá eleger, dentre seus membros efetivos, o corpo diretivo, sob os seguintes cargos:

- I. Presidente;
- II. Vice Presidente;
- III. Secretário(a);
- IV. Secretário(a) substituto(a);
- V. Tesoureiro(a);

Parágrafo único. Os membros da Comissão serão eleitos entre si, por maioria absoluta de votos;

Art. 5º. O mandato dos membros do Corpo Diretivo da COMISSÃO será de 24 meses, podendo ser reconduzido por igual período uma única vez, conforme deliberação dos membros da Comissão ou solicitação da Diretoria.

Parágrafo único. A relação dos membros do Corpo Diretivo de cada mandato será publicada em portaria específica;

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS

Art. 6º - São atribuições da COMISSÃO:

- I. Ser responsável pelo desenvolvimento e pela supervisão da política e práticas de seleção e uso racional de medicamentos da unidade;
- II. Elaborar e atualizar periodicamente a os protocolos assistenciais farmacêuticos de acordo com medicamentos padronizados, divulgando-a junto a instituição;
- III. A padronização de medicamentos deverá, quando possível, ser vinculada ao protocolos terapêuticos normatizados na instituição ou emitidos por sociedades de áreas médicas e afins reconhecidas;
- IV. Determinar a utilização da relação de medicamentos padronizados como instrumento básico para a prescrição médica;
- V. Estabelecer formulário próprio para inclusão e/ou exclusão de medicamentos;
- VI. Normatizar a solicitação e prescrição de medicamentos não padronizados;
- VII. Participar da elaboração de protocolos terapêuticos elaborados por diferentes serviços clínicos;
- VIII. Avaliar e emitir parecer sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da relação de medicamentos padronizados;
- IX. De forma consultiva, ofertar assessoramento ao corpo clínico e a administração do hospital em assuntos relacionados a medicamentos, mediante parecer da Comissão;

Art. 7º. São atribuições do Presidente:

- I. Convocar e presidir as reuniões da COMISSÃO;
- II. Assinar todos os documentos oficiais emitidos pela COMISSÃO;
- III. Assessorar a Superintendência, quando solicitado;
- IV. Representar a COMISSÃO perante às Gerências, Superintendências e corpo clínico;
- V. Proceder aos encaminhamentos e a divisão das tarefas junto à Comissão;

Art. 8º. São atribuições da(o) Secretária(o):

- I. Secretariar todas as reuniões da COMISSÃO;
- II. Redigir atas em todas as reuniões, ordinárias e extraordinárias;

- III. Manter arquivos de todos os documentos confidenciais em área designada pela COMISSÃO;
- IV. Auxiliar o Presidente nas tarefas administrativas;
- V. Organizar os documentos recebidos para análise e inclusão de pauta das reuniões;
- VI. Providenciar pareceres correspondentes e os encaminhamentos necessários;
- VII. Protocolar documentos em nome da Comissão;
- VIII. Encaminhar o cronograma de reuniões e atas ao Núcleo de Comissões periodicamente;

Art. 9º. São atribuições do(a) Tesoureiro(a):

- I. Promover ações de arrecadação para fomento das atividades da COMISSÃO, quando deliberado pela Comissão;
- II. Gerir os recursos provenientes da arrecadação, com máxima lisura e transparência;
- III. Realizar a prestação de contas dos recursos obtidos/gastos anualmente junto ao relatório de atividades encaminhado ao Núcleo de Comissões anualmente;

Art. 10º. São atribuições da(o) Vice-Presidente substituir o Presidente em suas ausências e impedimentos.

Art. 11. São atribuições da(o) Secretária(o) substituta(o) substituir a(o) Secretária(o) em suas ausências e impedimentos.

Art. 12. São atribuições e competências de todos os membros da COMISSÃO:

- I. Comparecer às reuniões da Comissão;
- II. Participar das análises dos casos;
- III. Emitir parecer técnico consubstanciado considerando sua competência técnica;
- IV. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- V. Divulgar junto a seus pares as deliberações da COMISSÃO;
- VI. Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- VII. Manter atualizado o Termo de Isenção de Conflito de Interesse;

CAPÍTULO V**DA PERIODICIDADE, CONVOCAÇÃO, RESPONSABILIDADES E PRESENÇA NAS REUNIÕES**

Art. 13. A COMISSÃO reunir-se-á mensalmente e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação do Presidente.

- As reuniões deliberativas deverão ter, pelo menos, 50% mais um dos membros efetivos;
- Nas reuniões ordinárias, as deliberações ocorrerão por maioria absoluta dos presentes nas reuniões;
- Nas reuniões extraordinárias, as deliberações ocorrerão por maioria simples dos presentes nas reuniões;
- As reuniões se poderão nas dependências da base administrativa;
- A definição e reserva do local se dará pelo(a) Secretário(a) da Comissão de junto a área responsável;

Art. 14. As convocações da Comissão serão feitas pelo Presidente ou Secretária(o), e se darão:

- Para reuniões ordinárias, ao final da reunião anterior ou sob definição de calendário prévio de reuniões, aprovado dentre seus membros;
- Para reuniões extraordinárias, com antecedência mínima de quarenta e oito horas (48 horas);

Art. 15. É de responsabilidade dos componentes da COMISSÃO comparecerem pontualmente às reuniões ordinárias convocadas;

- Será(ão) dispensado(s) da contagem no quórum mínimo o(s) componente(s) que justificarem a ausência mediante férias, atestados e demais impedimentos previstos no Regulamento de Pessoal;
- Será(ão) considerado(s) faltante(s) o(s) componente(s) que deixar(em) de comparecer à(s) reunião(ões) ordinária(s) convocada(s) sem a apresentação de motivação à Comissão, conforme previsto no §1º do Art. 14;

- O(s) membro(s) que, injustificadamente incorrer(em) em falta a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano, serão desligados da Comissão, sendo encaminhado memorando à Diretoria e ao Núcleo de Comissões o nome e a motivação para o referido desligamento;

Art. 16. A periodicidade das reuniões será de 01 (uma) reunião ordinária trimestralmente, cabível de rever de acordo com a necessidade.

- As deliberações ocorrerão em reunião ordinária, sob maioria absoluta de votos;
- Não havendo "quórum", será realizada convocação de reunião extraordinária para discussão da(s) pauta(s) mais emergente(s);
- Poderá haver convocações de reuniões extraordinárias, quantas forem necessárias, visando atender a(s) prioridade(s) e urgência(s) que não puder(em) ser discutida(s) em reunião ordinária próxima;
- O quórum para reuniões extraordinárias se dará por maioria simples dos presentes, devendo haver, minimamente, 30% dos membros para validação das deliberações;
- O voto do presidente será considerado voto de minerva;
- Membros consultivos não terão direito a voto.

CAPÍTULO IV

SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE MEDICAMENTO NÃO-PADRONIZADO

Art. 22. Caso exista a necessidade da prescrição de medicamento que não conste na relação de medicamentos padronizados:

- I. Preencher o formulário – Solicitação de Compra de Medicamento Não Padronizado;
- II. Serão analisadas apenas solicitações atestadas por profissionais de saúde efetivos/vinculados ao HU-UFGD, sendo atestado por especialistas em áreas médicas ou afins;
- III. Quando residentes, médicos ou profissionais pertencentes à equipe multiprofissional, deverá obrigatoriamente, haver a anuência escrita do preceptor, com vínculo institucional, junto ao formulário de solicitação;