



CAPÍTULO

# 02

11

700

ML

# ITEM 2 - ÁREA DE QUALIDADE

## ITEM 2.1 - QUALIDADE OBJETIVA

### ITEM 2.1.1 - COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

LOGO DA  
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO  
DA COMISSÃO DE  
ANÁLISE E REVISÃO  
DE PRONTUÁRIOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

### CONSTITUIÇÃO

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

são de Prontuários nas instituições de saúde.

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

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

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

LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Comissão poderá encaminhar a matéria ao diretor presidente da organização social, expondo suas razões.

### ORIGEM

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

### MEMBROS

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

A comissão deverá ser composta por no mínimo 4 (quatro) membros, sendo formada por profissionais de diferentes formações (médicos, enfermeiros, administradores, etc.).

Caso a Comissão seja formada por mais de 4 (quatro) membros, pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 2 (dois) médicos. Outros profissionais da saúde, além de médicos

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

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

### MECANISMO DE CONTROLE

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

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



LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

## FINALIDADE DA COMISSÃO

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

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

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

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

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

V. Garantir que o prontuário seja

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

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

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

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

IX. N° de prontuários avaliados;

X. Taxa (%) de prontuários avaliados;

XI. N° de prontuários com identificação completa;

XII. N° de prontuários completos em relação a avaliação, exames e resultados de exames;

XIII. N° de prontuários com letra legível;

LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

CÓDIGO: XXX-XXX-XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

XV. N° de prontuários com ficha anestésica preenchida;

XVI. N° de prontuários com Plano Terapêutico;

XVII. Taxa de prontuários com Plano Terapêutico;

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

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

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

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

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

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

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

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

## PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

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

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



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTER-  
NO DA COMISSÃO DE  
ANÁLISE E REVISÃO  
DE PRONTUÁRIOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

REGIMENTO  
INTERNO DA  
COMISSÃO  
DE ANÁLISE E  
REVISÃO DE  
PRONTUÁRIOSCAPÍTULO I - DOS  
OBJETIVOS

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

CAPÍTULO II - DAS  
FINALIDADES

Artigo 2º. Atender a resolução Conselho Federal de Medicina No 1.638/2002, que define prontuário como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico,

que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional

Artigo 3º. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Técnica Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos.

CAPÍTULO III - DA  
COMPOSIÇÃO

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

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

I. 1(um) Médico;

II 1(um) Enfermeiro;

III. 2 (dois) Membros da equipe multiprofissional (sendo necessariamente, 1 assistente social);

IV. 1 (um) Membro do SAME.

LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTER- NO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

### CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

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

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

IX. Indicar seu vice-presidente/ coordenador.

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

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

Artigo 8°. À Comissão de Análise e Revisão de Prontuários compete:

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



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTER-  
NO DA COMISSÃO DE  
ANÁLISE E REVISÃO  
DE PRONTUÁRIOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

e Revisão de Prontuários;

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

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

VIII. Zelar pelo sigilo ético das informações.

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

CAPÍTULO V - DO  
FUNCIONAMENTO

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

Artigo 10º. A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, terá sede em locação a ser disponibilizada pela unidade hospitalar, com infraestrutura básica para seu funcionamento.

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

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

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

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

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

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

Artigo 18º. Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões e ações da Comissão, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 19º. As reuniões da Comissão de Aná-

LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTER- NO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

lise e Revisão de Prontuários deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

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

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

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

## CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

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

I. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos aos prontuários que lhe forem enviados;

II. Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários;

III. Realizar a revisão dos prontuários de acordo com este regimento;

IV. Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos itens obrigatórios nos prontuários como:

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

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

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

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



LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTER- NO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

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

- I. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- II. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- III. Convocar os membros da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários para as reuniões determinadas pelo presidente;
- IV. Organizar e manter o arquivo da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- V. Preparar a correspondência;
- VI. Solicitar ao SAME todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

## CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

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

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

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários foi nomeada pela Diretoria Clínica do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos em 05 de agosto de 2020 conforme Portaria Interna N° 05 de agosto de 2020.

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

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



| MÊS | ATIVIDADES                                                                                       |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M2  | Realizar a revisão de 3% dos prontuários do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos        |
|     | Reunião ordinária da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (primeira sexta-feira do mês). |
|     | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                      |
| M3  | Realizar a revisão de 3% dos prontuários do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos        |
|     | Reunião ordinária da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (primeira sexta-feira do mês). |
|     | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                      |
| M4  | Realizar a revisão de 3% dos prontuários do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos        |
|     | Reunião ordinária da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (primeira sexta-feira do mês). |
|     | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                      |
| M5  | Realizar a revisão de 3% dos prontuários do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos        |
|     | Reunião ordinária da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (primeira sexta-feira do mês). |
|     | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                      |
| M6  | Realizar a revisão de 3% dos prontuários do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos        |
|     | Reunião ordinária da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (primeira sexta-feira do mês). |
|     | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                      |
| M7  | Realizar a revisão de 3% dos prontuários do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos        |
|     | Reunião ordinária da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (primeira sexta-feira do mês). |
|     | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                      |
| M8  | Realizar a revisão de 3% dos prontuários do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos        |
|     | Reunião ordinária da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (primeira sexta-feira do mês). |
|     | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                      |

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



Hospital Estadual  
São Luís de Montes Belos  
Dr. Geraldo Lando



# INDICADORES DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.618/2002

Instituição: \_\_\_\_\_

Registral pela CRP: \_\_\_\_\_

Mês de referência: \_\_\_\_\_

## \* Análise de Documentação

| CLÍNICA | Nº LEITOS | Nº DE PRONTUÁRIOS<br>ANALISADOS | TAXA Nº DE PRONTUÁRIOS<br>ANALISADOS |
|---------|-----------|---------------------------------|--------------------------------------|
|         |           |                                 |                                      |
|         |           |                                 |                                      |
|         |           |                                 |                                      |
|         |           |                                 |                                      |
|         |           |                                 |                                      |

## \* Identificação de paciente

| CLÍNICA | Nº DE PRONTUÁRIOS<br>COM IDENTIFICAÇÃO<br>COMPLETA | Nº DE PRONTUÁRIOS<br>COM IDENTIFICAÇÃO<br>PARCIAL | Nº DE PRONTUÁRIOS<br>COM IDENTIFICAÇÃO<br>SEM IDENTIFICAÇÃO |
|---------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
|         |                                                    |                                                   |                                                             |
|         |                                                    |                                                   |                                                             |
|         |                                                    |                                                   |                                                             |
|         |                                                    |                                                   |                                                             |
|         |                                                    |                                                   |                                                             |

## \* Avaliação Clínica Equipe multiprofissional

| Nº DE PRONTUÁRIOS COM EVOLUÇÃO | Nº DE PRONTUÁRIOS COM<br>EVOLUÇÃO PARCIAL | Nº DE PRONTUÁRIOS SEM EVOLUÇÃO |
|--------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------|
|                                |                                           |                                |

## \* Avaliação exames e resultados de exames

| Nº DE PRONTUÁRIOS COMPLETOS | Nº DE PRONTUÁRIOS INCOMPLETOS |
|-----------------------------|-------------------------------|
|                             |                               |

## \* Legibilidade

| Nº DE PRONTUÁRIOS COM LETRA LEGÍVEL | Nº DE PRONTUÁRIOS ILLEGÍVEL |
|-------------------------------------|-----------------------------|
|                                     |                             |

## \* Checklist Comissão Segura

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

Modelo de relatório mensal da Comissão

AM



|                                                                                   |                                                                           |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>CHECK-LIST DA COMISSÃO<br/>DE ANÁLISE E REVISÃO DE<br/>PRONTUÁRIOS</b> | Código CHS: 001/AU-D-004 |
|                                                                                   |                                                                           | Data: 27/11/2020         |
|                                                                                   |                                                                           | Revisão: 00              |
|                                                                                   |                                                                           | Plataform: 1             |

|                                 |                   |
|---------------------------------|-------------------|
| Nome (paciente):                | Setor:            |
| Data internação: ____/____/____ | Nº do prontuário: |
| Nome do membro da comissão:     | Data auditoria:   |
| Assinatura:                     |                   |

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

OBSERVAÇÕES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 1. HISTÓRIO DE REVISÕES:

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

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

# ITEM 2.1.2 – COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

LOGO DA  
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO  
DA COMISSÃO DE  
VERIFICAÇÃO DE  
ÓBITOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

### CONSTITUIÇÃO

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

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

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

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

### ORIGEM

As responsabilidades sociais do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos, em relação à assistência e pesquisa serão de alta relevância. O compromisso com o paciente será uma questão fundamental dentro deste con-

LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE VERIFI- CAÇÃO DE ÓBITOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

texto e, para isso, a Comissão de Verificação de Óbitos desempenhará um papel importante.

## MEMBROS

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

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

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

## MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão de Verificação de Óbitos do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios,

com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

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

## FINALIDADE DA COMISSÃO

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

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



LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO DA  
COMISSÃO DE VERIFI-  
CAÇÃO DE ÓBITOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

população da região;

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

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

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

PRINCÍPIOS DE DESENHOS  
CONSTITUCIONAL

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

As deliberações da Comissão de Verificação

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

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

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

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

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

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO DE VE-  
RIFICAÇÃO DE ÓBITOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

REGIMENTO  
INTERNO DA  
COMISSÃO DE  
VERIFICAÇÃO DE  
ÓBITOSCAPÍTULO I - DOS  
OBJETIVOS

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

CAPÍTULO II - DAS  
FINALIDADES

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

Artigo 3º. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Técnica Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos.

CAPÍTULO III - DA  
COMPOSIÇÃO

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

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

- I. Representante da Unidade de Pronto Socorro Geral;
- II. Representante da Unidade de pronto socorro COVID-19 ;
- III. Representante da Unidade de Apoio Diagnóstico;
- V. Representante do Setor de Vigilância em Saúde, Segurança do Paciente ou Serviço de Controle de infecções ;
- VI. Representante da Unidade Clínica e Cirúrgica;
- VII. Representante do Centro Cirúrgico e Obstétrico;
- VIII. Representante da Unidade de Terapia Intensiva;

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO DE VE-  
RIFICAÇÃO DE ÓBITOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- X. Representante da Unidade de Alojamento Conjunto;
- XI. Representante do Departamento de Assistência Farmacêutica;
- XII. Representante da Equipe Multiprofissional.

CAPÍTULO IV - DA  
COMPETÊNCIA

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

- I. Presidir as reuniões ordinárias;
- II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;
- III. Encaminhar aos membros da Comissão de Verificação de Óbitos as propostas técnicas e administrativas de funcionamento da Comissão de Verificação de Óbitos para apreciação e aprovação;
- IV. Representar Comissão de Verificação de Óbitos sempre que solicitado;
- V. Nos impedimentos, este indicará um representante para substituí-lo;

VI. Subscriver todos os documentos e resoluções da Comissão de Verificação de Óbitos previamente aprovados pelos membros desta;

VII. Fazer cumprir o regimento;

VIII. Nas decisões da Comissão de Verificação de Óbitos, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

IX. Indicar seu vice-presidente/ coordenador.

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

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

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

- I. Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Verificação de Óbitos ou outro serviço interessado;
- II. Assessorar a Direção Geral em assuntos de sua competência;



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

III. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

IV. Desenvolver atividades de caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição;

V. Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações e orientações da Comissão de Verificação de Óbitos;

VI. Divulgar e promover ações que viabilizem o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões da Comissão de Verificação de Óbitos;

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

VIII. Zelar pelo sigilo ético das informações;

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

Óbitos do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, será presidida por um médico, nomeado através de Portaria Interna pela Diretoria Geral.

CAPÍTULO VI - DAS  
ATRIBUIÇÕES

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

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

Artigo 11º. São atribuições da Secretaria da Comissão de Verificação de Óbitos:

I. Receber e protocolar os processos e expedientes;

II. Lavrar a ata das sessões/reuniões;

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

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

V. Preparar a correspondência;

CAPÍTULO V - DO  
FUNCIONAMENTO

Artigo 9º. A Comissão de Verificação de

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO DE VE-  
RIFICAÇÃO DE ÓBITOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

CAPÍTULO VII -  
DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

Artigo 14º. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

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

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

Artigo 17º. As decisões da Comissão de Verifi-

cação de Óbitos serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

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

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

Artigo 20º. As reuniões da Comissão de Verificação de Óbitos deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

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

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

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO DE VE-  
RIFICAÇÃO DE ÓBITOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

de Montes Belos.

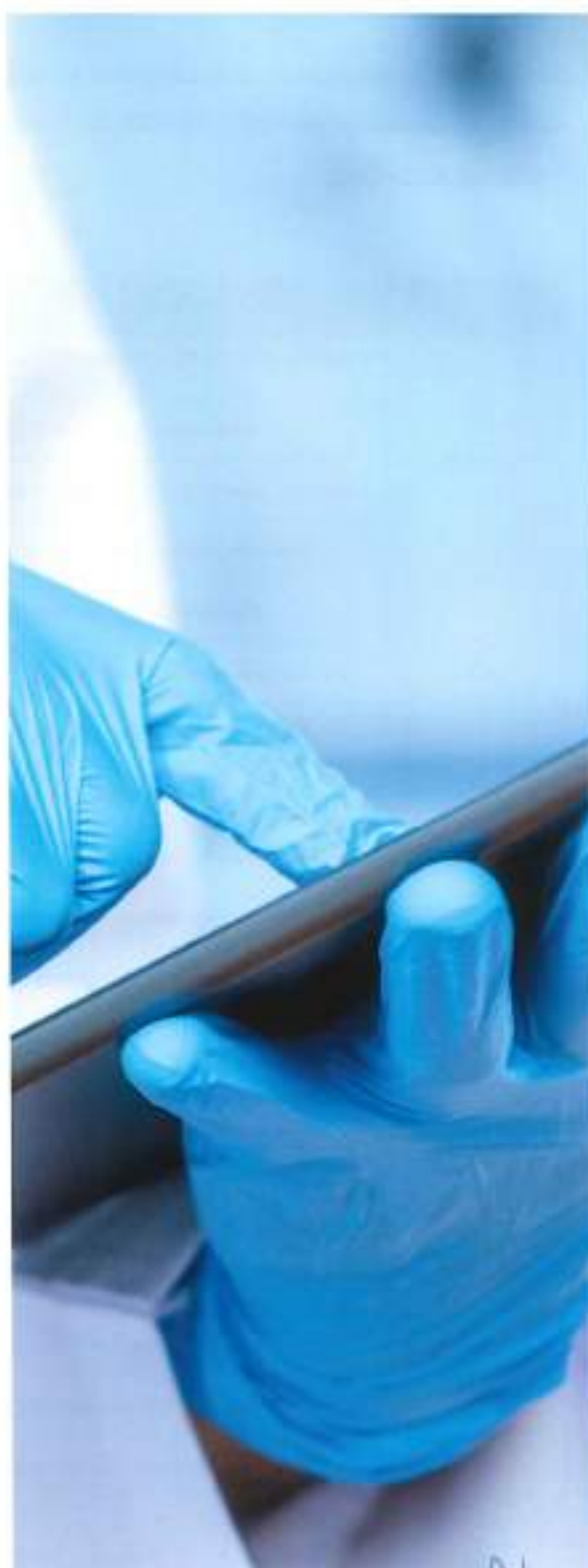
**Artigo 23º.** Os assuntos tratados pela Comissão de Verificação de Óbitos deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

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

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

**Artigo 26º.** A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral.

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





## CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

A Comissão de Verificação de Óbitos foi nomeada pela Diretoria Clínica do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos em 05 de agosto de 2020 conforme Portaria Interna N° 04 de agosto de 2020.

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

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

| MÊS     | ATIVIDADES                                                                                                           |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M1 e M2 | Reunião ordinária a Comissão de Verificação de Óbitos (primeira quinta-feira do mês). Definição do Cronograma anual. |
|         | Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% dos óbitos.                                                   |
|         | Reunião ordinária a Comissão de Verificação de Óbitos (primeira quinta-feira do mês).                                |
|         | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                                          |
| M3      | Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% dos óbitos;                                                   |
|         | Reunião ordinária a Comissão de Verificação de Óbitos (primeira quinta - feira do mês).                              |
|         | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                                          |
| M4      | Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% dos óbitos;                                                   |
|         | Reunião ordinária a Comissão de Verificação de Óbitos (primeira quinta-feira do mês).                                |
|         | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                                          |
| M5      | Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% dos óbitos                                                    |
|         | Reunião ordinária a Comissão de Verificação de Óbitos (primeira quinta-feira do mês).                                |
|         | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                                          |
| M6      | Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% dos óbitos;                                                   |
|         | Reunião ordinária a Comissão de Verificação de Óbitos (primeira quinta-feira do mês).                                |
|         | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                                          |
| M7      | Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% dos óbitos;                                                   |
|         | Reunião ordinária a Comissão de Verificação de Óbitos (primeira quinta-feira do mês).                                |
|         | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                                          |



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



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

INDICAÇÃO: \_\_\_\_\_  
 Responsável pelo SIGRE: \_\_\_\_\_  
 Nome do médico(a) Anal: \_\_\_\_\_

| CUNHA | Nº de ORÇOS | Nº de ORÇOS | Nº ORÇOS REVISADOS |
|-------|-------------|-------------|--------------------|
|       |             |             |                    |
|       |             |             |                    |
|       |             |             |                    |
|       |             |             |                    |
|       |             |             |                    |
|       |             |             |                    |
|       |             |             |                    |
|       |             |             |                    |
|       |             |             |                    |

| DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | Nº de ORÇOS |
|-----------------------|-------------|
|                       |             |
|                       |             |
|                       |             |
|                       |             |

TOTAL ORÇOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Nome do responsável técnico

\_\_\_\_\_  
 Nome do diretor técnico Clínico / CRM

\_\_\_\_\_  
 Nome do diretor Geral

Modelo de Relatório mensal da Comissão



|                                                                                   |                                                       |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------|
|  | <b>CHECK-LIST DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO</b> | Código: CTR-IBU-000-008 |
|                                                                                   |                                                       | Data: 17/01/2020        |
|                                                                                   |                                                       | Revisão: 01             |
|                                                                                   |                                                       | Página: 1               |

|                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Nome (nasc.): _____                                            | Sector: _____            |
| Local internação: ____/____/____ Data do óbito: ____/____/____ | Nº da D.O.: _____        |
| Nome do membro da comissão: _____                              | Data da avaliação: _____ |
| Assinatura: _____                                              |                          |

| Composição de Prontuário                     | Sim | Não | NA | Out |
|----------------------------------------------|-----|-----|----|-----|
| Identificação do paciente;                   |     |     |    |     |
| Evolução diária da equipe multiprofissional; |     |     |    |     |
| Avaliação, exames e resultados de exames;    |     |     |    |     |
| Resultados de TC de torax;                   |     |     |    |     |
| Resultado de RT-PCR;                         |     |     |    |     |
| Lava gástrica;                               |     |     |    |     |
| Evolução do óbito;                           |     |     |    |     |
| Piano terapêutico;                           |     |     |    |     |

\*N/A. Não se Aplica

Causa do óbito: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Óbito Evitável: ☐ Óbito Inevitável: ☐

OBSERVAÇÕES:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Avenida Maestro João Luís do Espírito Santo, S/N - Parque Loggia II

Modelo do Check-list da Comissão

# ITEM 2.1.3 – COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

LOGO DA  
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA  
COMISSÃO DE  
CONTROLE  
DE INFECÇÃO  
HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

### CONSTITUIÇÃO

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

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

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

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

Como objetivo de implantar os princípios de uma gestão participativa junto à unidade de

LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE CON- TROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

### ORIGEM

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

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

### MEMBROS

A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, e deverá ser nomeada

por ato próprio da Diretoria Geral será norteadada pelo Regimento Interno da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH.

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

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

A comissão poderá ser composta por:

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



LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE CON- TROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

## MECANISMO DE CONTROLE

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

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

## FINALIDADE DA COMISSÃO

As ações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, no âmbito da quali-

dade abrangem os seguintes itens:

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

LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO DA  
COMISSÃO DE CON-  
TROLE DE INFECÇÃO  
HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

e desdobramentos das Infecções Hospitalares;

- X. Estimular o quadro técnico da unidade de saúde, no desenvolvimento de pesquisas que venham a contribuir, direta ou indiretamente, para o controle das Infecções Hospitalares;
- XI. Definir a padronização dos insumos médico-hospitalares, e outros que impactem na qualidade dos serviços prestados no hospital;
- XII. Diagnosticar, documentar e centralizar registros comprobatórios das inadequações técnicas - operacionais dos insumos de baixa qualidade, déficits técnicos assistências e controles, pareceres emitidos pela Comissão;
- XIII. Fixar critérios para melhor seleção de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;
- XIV. Fomentar investigações sobre a utilização de medicamentos antimicrobianos;
- XV. Promover atividades de educação continuada para o uso seguro e racional de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;
- XVI. Participar da elaboração de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos;
- XVII. Informar o Setor de Compras, através da ficha queixa técnica, quaisquer não conformidade apresentada pelos medicamentos, materiais hospitalares e equipamentos;

XVIII. Gerenciar e controlar as notificações de Infecções e lançar no sistema próprio de controle do Ministério da Saúde, ANVISA e Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde;

XIX. Interagir com o Setor de Compras, visando o alinhamento das políticas e práticas desenvolvidas e o compartilhamento dos resultados alcançados;

XX. Enviar parecer técnico dos produtos e materiais médico-hospitalares ao Setor de Compras, se solicitado;

XXI. Realizar especificação dos produtos, quando se fizer necessário;

XXII. Emitir parecer de aprovação aos insumos médico hospitalares aprovados nos testes/avaliações na lista de produtos padronização;

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

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

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



LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE CON- TROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

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

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

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

## PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

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

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

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

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



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTER-  
NO DA COMISSÃO DE  
CONTROLE DE INFEC-  
ÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

REGIMENTO  
INTERNO DA  
COMISSÃO DE  
CONTROLE  
DE INFECÇÃO  
HOSPITALARCAPÍTULO I - DOS OBJETI-  
VOS

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

CAPÍTULO II -  
DAS FINALIDADES

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

- I. Cumprir e fazer cumprir o disposto na Portaria Ministerial Nº 2.616, de 12 de Maio de 1998, e seus anexos;
- II. Propor diretrizes de atuação em assuntos relevantes para o controle de Infecção Hospitalar;

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

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

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

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

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

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

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

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

LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTER- NO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFEC- ÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

VII. Assegurar a qualidade das informações necessárias para as atividades de assistência, docência, pesquisa e estatística da unidade de saúde, relativas ao conhecimento, controle, prevenção e investigação de Infecções Hospitalares;

VIII. Interagir com a CCIH, objetivando desenvolver um conjunto de ações visando a redução máxima possível na incidência, gravidade e desdobramento das Infecções Hospitalares.

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

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

## CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

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



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTER-  
NO DA COMISSÃO DE  
CONTROLE DE INFEC-  
ÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- I. Medicina;
- II. Enfermagem;
- III. Nutrição;
- IV. Farmácia;
- V. Laboratório;
- VI. Administração.

III. Técnico de Enfermagem: 1 (um) profissional para cada 100 leitos ou fração deste, com dedicação exclusiva;

IV. Responsável pelo Serviço de Higiene Hospitalar;

V. Responsável pelo Serviço de Lavanderia;

VI. Secretária.

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

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

- I. Médico: 1 (um) profissional para cada 200 leitos ou fração deste, com carga horária mínima de 4h/dia;
- II. Enfermeira: 1 (um) profissional para cada 200 leitos ou fração deste, com carga horária mínima de 6h/ dia e dedicação exclusiva;

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

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

CAPÍTULO IV - DA  
COMPETÊNCIA

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

- I. Ratificar o programa anual de trabalho do SCIH;
- II. Avaliar o PICH da unidade de saúde proposto pelo SCIH;
- III. Avaliar permanentemente as informações providas pelo Sistema de Vigilância e Notificação e aprovar medidas de controle propostas pelo



LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTER- NO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFEC- ÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX-XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

SICH;

quando solicitado;

- IV. Comunicar, regular e mensalmente, à Direção Geral dos diversos serviços da unidade de saúde, a situação do controle de Infecção Hospitalar, promovendo o debate e a participação da comunidade Hospitalar;
  - V. Assessorar a Direção da unidade em assuntos relacionados à prevenção e ao controle de Infecção Hospitalar;
  - VI. Propor diretrizes de atuação em assuntos relevantes para a prevenção e o controle de Infecção Hospitalar;
  - VII. Assessorar a Direção Administrativa da unidade, em projetos de reforma e construção de estruturas físicas hospitalares, bem como na estruturação de serviços;
  - VIII. Acompanhar e participar das ações do Ministério da Saúde, Sistema Único de Saúde, associação de profissionais e instituições de ensino, para envolvimento em atividades de prevenção e controle de Infecção Hospitalar.
- Artigo 10º. Ao Presidente da CCIH compete:
- I. Exercer a Presidência e representar a Comissão em todos os órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política institucional existente (ou que venham a existir) na unidade de saúde, bem como a nível externo,
  - II. Convocar, presidir e elaborar as pautas de reuniões da CCIH;
  - III. Cumprir e fazer cumprir as deliberações da CCIH e do SICH;
  - IV. Dirigir, coordenar, supervisionar e avaliar todas as atividades desenvolvidas pela CCIH e pelo SICH;
  - V. Apresentar ao Direção da unidade, mensalmente e atualizado, relatório elaborado pelo SICH, informando a situação existente no aspecto da Infecção Hospitalar;
  - VI. Apresentar ao SUS, semestralmente ou quando solicitado, as atividades desenvolvidas e a situação interna relativa ao controle de Infecção Hospitalar;
  - VII. Encaminhar oficialmente ao Diretor Geral da unidade de saúde as resoluções da CCIH e do SICH;
  - VIII. Apresentar à Coordenação da unidade de saúde os nomes de profissionais para comporem a CCH e o SICH;
  - IX. Propor à Direção da unidade de saúde diretrizes, contratação de pessoal e normalização de medidas que visem a melhoria do padrão de assistência relacionado com a prevenção e controle de Infecção Hospitalar;
  - X. Exercer demais atividades relacionadas às finalidades desta Comissão.

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTER-  
NO DA COMISSÃO DE  
CONTROLE DE INFEC-  
ÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

- I. Ratificar o programa anual de trabalho do SCIH;
- II. Avaliar a unidade de saúde de modo contínuo;
- III. Avaliar rotineiramente as informações promovidas pelo sistema de vigilância epidemiológica e aprovar as medidas de controle propostas pelo SCIH;
- IV. Colaborar com o Presidente da Comissão em todas as suas atribuições;
- V. Participar com os demais membros do SCIH, da elaboração de propostas de atuação e implementação em assuntos relevantes para o controle de Infecção Hospitalar.

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

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

Parágrafo Terceiro: Ao representante do serviço de farmácia compete:

- I. Elaborar levantamento do consumo de antimicrobianos, e informar ao SCIH;
- II. Cooperar efetivamente com a política de controle de antimicrobianos, adotadas na unidade de saúde;
- III. Informar ao SCIH o uso inadequado de produtos e materiais que visem o controle profilático ou terapêutico da Infecção Hospitalar;
- IV. Colaborar para avaliação microbiológica dos produtos usados na unidade de saúde;
- V. Emitir parecer técnico sobre germicidas usados no processamento de áreas, artigos, superfícies fixas e assepsias realizadas na unidade de saúde;
- VI. Avaliar e agilizar as solicitações cabíveis, que auxiliem o bom desempenho do SCIH, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- VII. Apoiar os atos do SCIH para difusão de medidas de prevenção e controle de Infecção Hospitalar.

Parágrafo Quarto: Ao representante da administração compete:



LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTER- NO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFEC- ÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- I. Avaliar e agilizar as solicitações cabíveis, que auxiliem no bom desempenho do SCIH, no que diz respeito à prevenção e controle das Infecções Hospitalares;
- II. Apoiar os atos do SCIH para difusão de medidas de prevenção e controle das Infecções Hospitalares.

cauções específicas, bem como estabelecer responsabilidades para utilização de recursos e emprego de determinadas técnicas que oferecem maiores riscos de Infecção Hospitalar, tais como: Anestesia, Terapia de Inalação, Traqueostomia, Cateterização de Vasos, Sondagem, Esterilização Química e Física e Cirurgias Laparoscópicas.

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

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

VI. Elaborar e acompanhar técnicas e rotinas para pacientes internos no isolamento;

VII. Elaborar e acompanhar os padrões de circulação de pessoas, do sistema de transporte de materiais, equipamentos e resíduos hospitalares (destinação), do sistema de ventilação e controle de circulação de ar, de controle de insetos e roedores etc.;

VIII. Elaborar, implantar e avaliar permanentemente um sistema de fiscalização e avaliação de serviços, de recursos humanos, de estrutura física e de equipamentos hospitalares no aspecto da prevenção e controle de Infecção Hospitalar;

IX. Elaborar e implantar rotineiramente programa de treinamento e cursos de atualização em Infecção Hospitalar dirigidos ao quadro de recursos humanos da unidade de saúde ou de outras Instituições participantes do SUS;

X. Elaborar, implantar, acompanhar e avaliar um programa de identificação, avaliação prevenção e tratamento de infecção no corpo funcional da unidade de saúde;

AM



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTER-  
NO DA COMISSÃO DE  
CONTROLE DE INFEC-  
ÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTER- NO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFEC- ÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- XI. Elaborar, executar, supervisionar e avaliar normas e rotinas técnico-administrativas visando a prevenção e controle de Infecção Hospitalar, bem como a limitação da disseminação de agentes presentes nas infecções em curso na unidade de saúde, por meio de medidas de isolamento e outras de natureza preventiva;
- XII. Elaborar e implementar programa de Educação Continuada para o quadro de recursos humanos da unidade de saúde, executando treinamento para capacitação adequada no que diz respeito ao controle de Infecção Hospitalar;
- XIII. Informar ao SUS, as doenças de notificação compulsória bem como os casos ou surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e produtos industrializados;
- XIV. Exercer demais atividades relacionadas às finalidades deste Serviço;
- IV. Realizar trabalhos científicos em controle de Infecção Hospitalar;
- V. Participar de discussões de casos clínicos e da adoção de medidas para a prevenção e controle de Infecção Hospitalar;
- VI. Participar das reuniões do serviço;
- VII. Colaborar na investigação epidemiológica de casos e surtos, participando da implementação de medidas de controle;
- VIII. Elaborar parecer técnico em relação ao controle de Infecção Hospitalar quando solicitado;
- IX. Participar do controle do uso de antimicrobiano;
- X. Avaliar pacientes com Infecção Hospitalar quanto à conduta terapêutica;
- XI. Participar da consolidação e análise dos dados estatísticos;

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

- I. Participar da elaboração, implementação e avaliação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar;
- II. Realizar busca ativa de casos de Infecção hospitalar;
- III. Participar da Programação de Treinamento do SCIH;

Artigo 15º. A Enfermeira do SCIH compete:

- I. Participar da elaboração, implementação e avaliação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar;
- II. Realizar busca ativa de casos de Infecção Hospitalar;
- III. Participar das atividades de ensino em colaboração com Recursos Hu-

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTER-  
NO DA COMISSÃO DE  
CONTROLE DE INFEC-  
ÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

manos;

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

Artigo 16º. São atribuições da Secretária do SCIH:

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

- IV. Auxiliar todos os membros da equipe para o bom andamento do serviço;
- V. Realizar trabalhos externos do serviço, na área interna da unidade de saúde, quando necessário;
- VI. Participar do levantamento de dados para pesquisa ou relatórios;
- VII. Gerar dados no computador e retirar relatórios;
- VIII. Manter atualizada a agenda de atividade do SCIH;
- IX. Secretariar reuniões do SCIH, quando convocado;
- X. Organizar materiais didáticos e de pesquisa;
- XI. Transcrever as notificações compulsórias para formulários apropriados;
- XII. Receber profissionais e estudantes que procurem o SCIH, encaminhando-os aos membros do serviço, quando necessário;
- XIII. Desempenhar outras atribuições ocasionais, que contribuam para o bom andamento do SCIH.

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



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTER-  
NO DA COMISSÃO DE  
CONTROLE DE INFEC-  
ÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

CAPÍTULO V - DO  
FUNCIONAMENTO

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

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

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

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

Artigo 20º. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos suplentes eleitos deverão ser encaminhados a Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação.

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

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

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

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

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

All

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTER-  
NO DA COMISSÃO DE  
CONTROLE DE INFEC-  
ÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

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

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

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

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

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

Artigo 31º. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

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

CAPÍTULO VI - DAS  
ATRIBUIÇÕES

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

- I. Comparecer e participar efetivamente das reuniões ordinárias e extraordinárias;
- II. Divulgar o trabalho da Comissão;
- III. Colaborar na resolução de problemas e participar de ocorrências relacionadas com o controle de infecção hospitalar na Instituição;



LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTER- NO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFEC- ÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- IV. Receber representantes e fornecedores, na ausência do presidente da Comissão, procurando obter e registrar as principais informações referentes aos novos produtos e aos já padronizados;
- V. Conhecer os produtos em uso no hospital, que sejam pertinentes à sua área de atuação;
- VI. Propor diretrizes de atuação em assuntos relevantes para o controle de Infecção Hospitalar;
- VII. Avaliar sistematicamente o Programa de Controle de Infecção Hospitalar - PCIH, e o Sistema Operacional de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológicas da unidade de saúde;
- VIII. Propiciar intercâmbio técnico-científico com serviços similares de outras instituições;
- IX. Integrar com o SCIH, objetivando desenvolver um conjunto de ações buscando a redução máxima possível na incidência, gravidade e desdobramentos das Infecções Hospitalares;
- X. Estimular o quadro técnico da unidade de saúde, ao desenvolvimento de pesquisas que venham a contribuir, direta ou indiretamente, para o controle da Infecção Hospitalar.

Artigo 34º. São atribuições do Secretário da Comissão:

- I. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- I. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- II. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- III. Organizar e manter o arquivo da comissão;
- IV. Preparar a correspondência.

## CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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



## CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

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

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

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

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



Hospital Estadual  
São Luís de Montes Belos  
Dr. Celso de Lencastre



### INDICADORES DE IRA3

PORTARIA Nº 2519, 12 De Maio De 2016  
RESOLUÇÃO CIBR/SGS Nº 01/2022

Instituição: \_\_\_\_\_

Presidente da COIH: \_\_\_\_\_

Coordenador da CIB: \_\_\_\_\_

Mês de referência/ Ano: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### 1- Distribuição mensal de IRA3 por clínica

| Nº | Clínica | Nº IRAS | taxa de IRAS | Nº de pacientes que utilizaram antimicrobianos profiláticos | Nº de pacientes que utilizaram antimicrobianos terapêuticos |
|----|---------|---------|--------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
|    |         |         |              |                                                             |                                                             |
|    |         |         |              |                                                             |                                                             |
|    |         |         |              |                                                             |                                                             |
|    |         |         |              |                                                             |                                                             |

#### 2- Topografia

| Nº | Local da Clínica                                         | Nº IRAS | taxa de IRAS |
|----|----------------------------------------------------------|---------|--------------|
| 01 | UTI – Infecção Primária de Corrente Sanguínea            |         |              |
| 02 | ISC – Infecção de Sítio Cirúrgico                        |         |              |
| 03 | ITU – Infecção do Trato Urinário                         |         |              |
| 04 | ITRI – Infecção intra-abdominal e Ventriículo Peritoneal |         |              |

#### 3- Cirurgias

| Nº | Infecção de Sítio Cirúrgico                                                           | Nº IRAS | taxa de IRAS |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| 01 | Cesariana                                                                             |         |              |
| 02 | Implante mamário                                                                      |         |              |
| 03 | Artroplastia de joelho primária*                                                      |         |              |
| 04 | Artroplastia total de quadril primária*                                               |         |              |
| 05 | Crise cirúrgica de corpo perfurante neurovasculares do membro                         |         |              |
| 06 | Crise cirúrgica de corpo implante de dispositivos médicos neurótipos (exclui CRISTOL) |         |              |

\* primária (primeiro procedimento cirúrgico realizado nessa localização topográfica)

Endereço: Av. Maestro João Luiz do Espírito Santo, 576 - Parque Laguna II.

Modelo de Relatório mensal da Comissão



# ITEM 2.1.4 - SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO

LOGO DA  
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO  
DO SERVIÇO  
ESPECIALIZADO  
EM ENGENHARIA  
DE SEGURANÇA E  
EM MEDICINA DO  
TRABALHO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO

### CONSTITUIÇÃO

**A** Norma Regulamentadora nº 4 - Serviços Especializados em Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT prevê em seu item 4.1 que as empresas devem, obrigatoriamente, manter o SESMT com a finalidade de promover a saúde

de e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho, sendo que o dimensionamento do serviço vincula-se a gradação de risco da atividade principal da empresa e ao número total de empregados do estabelecimento, devendo ser observado o quadro II da NR-4 que estabelece quais e quantos profissionais (Médico do Trabalho, Engenheiro de Segurança do Trabalho, Técnico de Segurança do Trabalho, Enfermeiro do Trabalho e Auxiliar ou Técnico em Enfermagem do Trabalho) deverão compor o SESMT.

Atuação do SESMT é de promover a saúde e integridade física e reduzir acidentes ou doenças ocupacionais.

*AM*

LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DO SERVIÇO ESPECIALI- ZADO EM ENGENHA- RIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

As diretrizes para as ações de conscientização e treinamentos serão definidas nas reuniões do SESMT.

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

## ORIGEM

As responsabilidades sociais do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos, em relação a Segurança do Trabalho será de alta relevância. O compromisso com os colaboradores e pacientes será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, o SESMT desempenhará um papel de suma importância, promovendo a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos colaboradores agindo na prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais.

## MEMBROS

O SESMT do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos, será composto por 02 Téc-

nicos de Segurança do Trabalho, de acordo o quadro II da NR 04.

Segundo a NR-4 no item 4.12. Compete aos profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho:

**A.** APLICAR OS CONHECIMENTOS DE ENGENHARIA DE SEGURANÇA E DE MEDICINA DO TRABALHO AO AMBIENTE DE TRABALHO E A TODOS OS SEUS COMPONENTES, INCLUSIVE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS DE MODO A REDUZIR ATÉ ELIMINAR OS RISCOS ALI EXISTENTES A SAÚDE DO TRABALHADOR;

**B.** DETERMINAR, QUANDO ESGOTADOS TODOS OS MEIOS CONHECIDOS PARA A ELIMINAÇÃO DO RISCO E ESSE PERSISTIR, MESMO REDUZIDO A UTILIZAÇÃO PELO TRABALHADOR DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL DE ACORDO COM A NR-6, DESDE QUE A INTENSIDADE OU CARACTERÍSTICA DO AGENTE ASSIM O EXIJA;

**C.** COLABORAR, QUANDO SOLICITADO NOS PROJETOS E NA IMPLANTAÇÃO DE



LOGO DA  
UNIDADE

# CONSTITUIÇÃO DO SERVIÇO ESPECIALI- ZADO EM ENGENHA- RIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

NOVAS INSTALAÇÕES FÍSICAS E  
TECNOLOGICAS DA EMPRESA;

**D** RESPONSABILIZAR-SE  
TECNICAMENTE PELA  
• ORIENTAÇÃO QUANTO AO  
CUMPRIMENTO DO DISPOSTO NAS  
NR'S APLICÁVEIS AS ATIVIDADES  
EXECUTADAS PELA EMPRESA OU SEUS  
ESTABELECIMENTOS;

**E** MANTER PERMANENTE  
RELACIONAMENTO COM A  
• CIPA VALEND-SE O MÁXIMO  
DE SUAS OBSERVAÇÕES ALÉM DE  
APOIÁ-LA, TREINÁ-LA E ATENDÊ-LA;

**F** PROMOVER ATIVIDADES  
DE CONSCIENTIZAÇÃO,  
• EDUCAÇÃO E ORIENTAÇÃO  
DOS TRABALHADORES PARA  
A PREVENÇÃO DE ACIDENTES  
DO TRABALHO E DOENÇAS  
OCUPACIONAIS. TANTO ATRAVÉS  
DE CAMPANHAS QUANTO DE  
PROGRAMAS DE DURAÇÃO  
PERMANENTE;

**G** ESCLARECER E  
CONSCIENTIZAR OS  
• EMPREGADOS SOBRE  
ACIDENTE DE TRABALHO E DOENÇAS  
OCUPACIONAIS, ESTIMULANDO-OS EM  
FAVOR DA PREVENÇÃO;

**H** ANALISAR E REGISTRAR EM  
DOCUMENTO ESPECÍFICO  
• TODOS OS ACIDENTES DE  
TRABALHO, DOENÇAS OCUPACIONAIS  
DESCREVENDO A HISTÓRIA E AS  
CARACTERÍSTICAS DO ACIDENTE OU  
DOENÇA OCUPACIONAL;

**D** REGISTRAR MENSALMENTE  
OS DADOS ATUALIZADOS DE  
ACIDENTES DO TRABALHO,  
DOENÇAS OCUPACIONAIS E AGENTES  
DE INSALUBRIDADE.

## ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO:

**1** ORIENTAR E COORDENAR O  
SISTEMA DE SEGURANÇA DO  
• TRABALHO, INVESTIGANDO  
RISCOS E CAUSAS DE ACIDENTES,  
ANALISANDO POLÍTICA DE  
PREVENÇÃO;

**2** INSPECIONAR LOCAIS,  
INSTALAÇÕES E  
• EQUIPAMENTOS DA  
INSTITUIÇÃO E DETERMINAR FATORES  
DE RISCOS E DE ACIDENTES;



LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DO SERVIÇO ESPECIALI- ZADO EM ENGENHA- RIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

**3.** PROPOR NORMAS E DISPOSITIVOS DE SEGURANÇA, SUGERINDO EVENTUAIS MODIFICAÇÕES NOS EQUIPAMENTOS E INSTALAÇÕES E VERIFICANDO SUA OBSERVÂNCIA, PARA PREVENIR ACIDENTES;

**4.** INSPECIONAR OS SISTEMAS DE COMBATE A INCÊNDIO E DEMAIS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO;

**5.** ELABORAR RELATÓRIOS DE INSPEÇÕES QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS, CONFORME O CASO;

**6.** REGISTRAR EM DOCUMENTO PRÓPRIO OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRABALHO;

**7.** MANTER CONTATO JUNTO AOS SERVIÇOS MÉDICO E SOCIAL DA INSTITUIÇÃO PARA O ATENDIMENTO NECESSÁRIO AOS ACIDENTADOS;

**8.** INVESTIGAR ACIDENTES OCORRIDOS. EXAMINAR AS CONDIÇÕES. IDENTIFICAR SUAS CAUSAS E PROPOR AS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS;

**9.** ELABORAR RELATÓRIOS TÉCNICOS, PERICIAIS E DE ESTATÍSTICAS DE ACIDENTES;

**10.** ORIENTAR OS SERVIDORES DA INSTITUIÇÃO NO QUE SE REFERE A OBSERVÂNCIA DAS NORMAS DE SEGURANÇA;

**11.** PROMOVER E MINISTRAR TREINAMENTOS SOBRE SEGURANÇA E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO;

**12.** PROMOVER CAMPANHAS E COORDENAR PUBLICAÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO SOBRE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO;

**13.** PARTICIPAR DE PROGRAMA DE TREINAMENTOS;

**14.** PARTICIPAR DE REUNIÕES DE TRABALHO RELATIVAS À SUA ÁREA DE ATUAÇÃO;

**15.** EXECUTAR TAREFAS PERTINENTES A ÁREA DE ATUAÇÃO, UTILIZANDO-SE DE EQUIPAMENTO DE MEDIÇÃO E DE PROGRAMAS DE INFORMÁTICA;

LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DO SERVIÇO ESPECIALI- ZADO EM ENGENHA- RIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

**16** ) EXECUTAR OUTRAS  
TAREFAS COMPATÍVEIS  
COM AS EXIGÊNCIAS PARA  
O EXERCÍCIO DA FUNÇÃO.

## MECANISMO DE CONTROLE

O SESMT do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, através de relatórios técnicos, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

## FINALIDADE DO SESMT

É proteger os colaboradores e pacientes do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, promovendo a saúde e integridade física e reduzindo acidentes ou doenças ocupacionais, ou até mesmo eliminar os riscos existentes à saúde e segurança dos trabalhadores.

## PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

As deliberações do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, visando à correção, reparação ou prevenção de distorções e irregularidades verificadas na implantação, análises e ações educativas ou fiscalizatórias, devem ser encaminhadas primeiramente às Diretorias Técnica e Geral do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, que irá auxiliar nas questões sobre sua competência.

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





LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DO SERVIÇO ESPECIALI-  
ZADO EM ENGENHA-  
RIA DE SEGURANÇA  
E EM MEDICINA DO  
TRABALHO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

# REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO

## CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer o SESMT junto à administração e aos colaboradores da unidade.

## CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º. O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, tem por finalidade proteger o funcionário em seu local de atuação, promovendo a saúde e integridade física e reduzindo acidentes ou

doenças ocupacionais, vinculado a NR 4.

Artigo 3º. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Técnica e Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.

## CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º. O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho terá composição conforme dispõe o dimensionamento da NR4, na forma que segue:

I. Técnico de Segurança do Trabalho.

Parágrafo Único: Entre os membros deverá estar o responsável pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, obrigatoriamente.

## CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 5º. É competência do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores do hospital, ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade e segurança do trabalho, identifi-



LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO ESPECIALI- ZADO EM ENGENHA- RIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

car as necessidades de qualificação dos profissionais, e através destas:

- I. Aplicar os conhecimentos de Engenharia de Segurança e de Medicina do trabalho ao ambiente de trabalho e a todos os seus componentes, inclusive máquinas e equipamentos de modo a reduzir até eliminar os riscos ali existentes a saúde do trabalhador;
- II. Determinar, quando esgotados todos os meios conhecidos para a eliminação do risco e esse persistir, mesmo reduzido a utilização pelo trabalhador de equipamentos de proteção individual de acordo com a NR-6, desde que a intensidade ou característica do agente assim o exija;
- III. Colaborar, quando solicitado nos projetos e na implantação de novas instalações físicas e tecnológicas da empresa;
- IV. Responsabilizar-se tecnicamente pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas NR's aplicáveis as atividades executadas pela empresa ou seus estabelecimentos e manter permanente relacionamento com a CIPA valendo-se o máximo de suas observações além de apoiá-la, treiná-la e atendê-la.
- V. Promover atividades de conscientização, educação e orientação dos trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração

permanente;

- VI. Esclarecer e conscientizar os empregados sobre acidente de trabalho e doenças ocupacionais, estimulando-os em favor da prevenção;
- VII. Analisar e registrar em documento específico todos os acidentes de trabalho, doenças ocupacionais descrevendo a história e as características do acidente ou doença ocupacional;
- VIII. Registrar mensalmente os dados atualizados de acidentes do trabalho, doenças ocupacionais e agentes de insalubridade;
- IX. Monitorar por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras.

## CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 6º. O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, terá sede em locação a ser disponibilizada pela unidade hospitalar,

LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO ESPECIALI- ZADO EM ENGENHA- RIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

com infraestrutura básica para seu funcio-  
namento.

## CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 7º. São atribuições do presidente do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, além das outras instituídas neste regimento:

- I. Encaminhar a pauta da reunião para o secretário da Comissão fazer a convocação, com pelo menos 48 (quarenta e oito) horas de antecedência das reuniões ordinárias;
- II. Presidir as reuniões;
- III. Representar a Comissão junto às Gerências ou Superintendência da instituição, ou indicar seu representante;
- IV. Subscriver todos os documentos e resoluções da Comissão, normatizar as rotinas de fiscalização e acompanhamentos das boas práticas da segurança do trabalho, previamente aprovados pelos membros desta;
- V. Coordenar a elaboração do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais-PPRA da instituição adequando-os às formas de lei específica;
- VI. Coordenar a elaboração e implantação das normas de segurança do trabalho dos colaboradores, supervisionando o cumprimento destas;
- VII. Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade para avaliação das atividades implementadas;
- VIII. Divulgar aos colaboradores o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais-PPRA e promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos colaboradores agindo na prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais. Este trabalho pode ser feito, tanto por meio de campanhas internas, quanto por meio de programas permanentes;
- IX. Representar a instituição junto a institutos, órgãos de controle públicos e outros ligados ao Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho com anuência da presidência da comissão de forma acordada com a Reitoria;
- X. Estabelecer um programa de atividades e metas para o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho definindo prazos a serem cumpridos;
- XI. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais-PPRA;
- XII. Fazer cumprir o regimento interno do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho do Hospital



LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO ESPECIALI- ZADO EM ENGENHA- RIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Estadual de São Luis de Montes  
Belos;

XIII. Nas decisões do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

XIV. Indicar seu vice-presidente/ coordenador.

XV. Desenvolver e participar ativamente das atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes;

XVI. Ser um agente ativo nos que se refere aos assuntos de educação e prevenção de acidentes do Serviço Especializado em Engenharia de

pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral.

## CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 8º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho e, em conjunto com a Diretoria Geral Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.

Artigo 9º. A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações





LOGO DA  
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO  
DO SERVIÇO ESPECIALI-  
ZADO EM ENGENHA-  
RIA DE SEGURANÇA  
E EM MEDICINA DO  
TRABALHO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO

| MÊS         | ATIVIDADES                                                                                                                                   |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M1, M2 e M3 | 1. Criar o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, através de Resolução do Diretor Geral.                |
|             | 2. Elaboração do Plano de implantação da Brigada de incêndio e verificação do sistema geral de incêndio da unidade.                          |
|             | 3. Analisar o relatório de acidentes de trabalho do mês.                                                                                     |
| M4 e M5     | 1. Aprovação e ou correções pertinentes do Plano de implantação da Brigada de incêndio e verificação do sistema geral de incêndio elaborado. |
|             | 2. Elaboração do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA da unidade.                                                               |
|             | 3. Analisar o relatório de acidentes de trabalho do mês.                                                                                     |
|             | 4. Fixar possíveis datas para as reuniões.                                                                                                   |
|             | 5. Enviar para aprovação pela Diretoria-Geral.                                                                                               |
| M6          | 1. Aprovação e ou correções pertinentes do Plano de implantação da Brigada de incêndio e verificação do sistema geral de incêndio elaborado. |
|             | 2. Discussão de medidas educativas;                                                                                                          |
| M7          | 1. Discorrer sobre a eficácia da implantação dos planos e programas;                                                                         |
|             | 2. Discussão de medidas educativas;                                                                                                          |
| M8 e M9     | 1. Analisar o relatório de acidentes de trabalho do mês.                                                                                     |
|             | 2. Discussão de medidas educativas;                                                                                                          |

LOGO DA  
UNIDADE

REGIMENTO INTERNO  
DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

|           |                                                          |
|-----------|----------------------------------------------------------|
| M10 e M11 | 1. Analisar o relatório de acidentes de trabalho do mês. |
|           | 2. Discussão de medidas educativas;                      |
|           | 3. Processo da nova gestão da CIPA.                      |
| M12       | 1. Analisar o relatório de acidentes de trabalho do mês. |
|           | 2. Discussão de medidas educativas;                      |





# ITEM 2.1.5 - COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA

LOGO DA  
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA  
COMISSÃO DE  
DOCUMENTAÇÃO  
MÉDICA E  
ESTATÍSTICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA-XX/XX/XXXX

REVISÃO-XX

PÁGINAS: X DE XX

## COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA

### ORIGEM

As responsabilidades sociais do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos em relação à assistência e pesquisa serão de alta relevância. O compromisso com o paciente será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a CDME desempenhará um papel importante.

### CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Documentação Médica e Estatística - CDME, deve ser constituída em atendimento a determinação a Resolução nº 1638/2002, que define prontuário médico e torna obrigatória a criação desta comissão nas instituições de saúde, além de atender a Portaria Interministerial nº 285 de 24 de março de 2015 que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino e determina a constituição, e o permanente funcionamento, das comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares.

### MEMBROS

A Comissão será composta pelos seguintes profissionais do quadro funcional do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral que será norteadada pelo Regimento Interno da CDME, conforme segue:

- I. Um representante da Comissão de Ética Médica;
- II. Um representante da Divisão de Enfermagem;

LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE DOCU- MENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- III. Um representante da Unidade Multiprofissional;
- IV. Um representante do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação;
- V. Um representante da Diretoria Geral;

Será eleito 1 presidente que terá sua indicação nomeada por Portaria e exercerá seu mandato por tempo indeterminado.

Será eleito um secretário que será eleito pelos seus pares, em concordância com a Diretoria Geral, para exercer sua função por tempo indeterminado.



- VI. Um representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
- VII. Um representante da Unidade de Planejamento;
- VIII. Um representante da Comissão de Revisão de Prontuários;
- IX. Um representante do Serviço de Regulação Assistencial.

## MECANISMO DE CONTROLE

A duração do mandato da CDME será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral.

Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encami-



LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE DOCU- MENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

nhados a Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

## FINALIDADE DA COMISSÃO

A CDME promove medidas normativas e técnicas de controle da elaboração e avaliação de dados estatísticos, além de supervisionar a guarda de documentos efetuada pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME, solicitar esclarecimentos de profissionais envolvidos, sempre que julgar necessário, e proporcionar subsídios de apoio à pesquisa.

A CDME objetiva promover as medidas normativas e técnicas de Controle de Execução das normas de preenchimento, arquivamento, guarda e recuperação dos dados contidos nos mesmos, segundo a Resolução nº 1.638/2002, que define prontuário médico e torna obrigatória a criação desta comissão nas instituições de saúde.

São objetivos da CDME:

I. Zelar pelo cumprimento correto e sistemático das normas de natureza técnica e administrativa, relativas ao prontuário médico;

II. A perfeita identificação do paciente;

III. O registro das evoluções médicas, de enfermagem e multiprofissional;

IV. Os anexos relativos à solicitação de procedimentos de diagnóstico;

V. Privacidade dos registros;

VI. Guarda dos documentos junto ao arquivo próprio;

VII. A legibilidade da letra de todos os profissionais que atenderam o paciente, com sua respectiva identificação;

VIII. Monitorar indicadores hospitalares obrigatórios e definir outros que são considerados necessários no setor;

IX. Discutir e sugerir planos de melhorias de acordo com os indicadores e metas.

## PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

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

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



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO DE DO-  
CUMENTAÇÃO MÉDICA  
E ESTATÍSTICA – CDME

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

REGIMENTO  
INTERNO DA  
COMISSÃO DE  
DOCUMENTAÇÃO  
MÉDICA E  
ESTATÍSTICA –  
CDMECAPÍTULO I - DA  
LEGISLAÇÃO E FINALIDADE

**Artigo 1º.** A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) do Hospital Estadual São Luis de Montes Belos (HESLMB), será instituída por Portaria nº XXX, de xx de xxxx de 20XX.

**Parágrafo Primeiro:** A CDME é vinculada diretamente à Diretoria Geral do HESLMB que deve assegurar-lhe os meios adequados para seu funcionamento.

**Parágrafo Segundo:** A CDME terá seu funcionamento regulamentado por este regimento e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis.

**Artigo 2º.** A CDME tem por finalidade formular diretrizes para a escolha e adoção de impressos a serem utilizados na composição dos prontuários de atendimento hospitalar

e ambulatorial dos pacientes atendidos no HESLMB, orientar e sugerir a correta maneira de seu preenchimento, monitorar a qualidade da sua informação e propor, a partir dos dados levantados nos atendimentos registrados, a geração de relatórios estatísticos úteis para o conhecimento qualitativo e quantitativo do funcionamento da instituição, subsidiando também a pesquisa científica em Saúde.

CAPÍTULO II - DOS  
OBJETIVOS

**Artigo 3º.** A CDME objetiva:

- I. Atender a Portaria Interministerial nº 285 de 24 de março de 2015 que redefine:

O Programa de Certificação de Hospitais de Ensino e determina a constituição, e o permanente funcionamento, das comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares.

- II. Atender a Resolução CFM Nº. 1638/2002, que define prontuário como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal,

LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE DO- CUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA – CDME

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

VIII. Um representante da Comissão de Revisão de Prontuários.

IX. Um representante do Serviço de Regulação Assistencial.

## CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º. A CDME terá composição multiprofissional, contando com 09 membros titulares.

Artigo 5º. As indicações para integrar a CDME serão submetidas à aprovação da Superintendência e se processarão da seguinte forma:

I. Um representante da Comissão de Ética Médica;

II. Um representante da Divisão de Enfermagem;

III. Um representante da Unidade Multiprofissional;

IV. Um representante do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação;

V. Um representante da Diretoria Geral;

VI. Um representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;

VII. Um representante da Unidade de Planejamento;

Artigo 6º. O presidente terá sua indicação na portaria de nomeação da comissão e exercerá seu mandato por tempo indeterminado.

Artigo 7º. O secretário será eleito pelos seus pares, em concordância com a superintendência, para exercer sua função por tempo indeterminado.

## CAPÍTULO IV - DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 8º. Compete à CDME:

- I. Validar modelos de impressos que irão compor o prontuário médico do HESLMB;
- II. Validar modelos de impressos a serem utilizados em quaisquer outras situações em que dados sobre pacientes do HESLMB venham a ser registrados ou divulgados;
- III. Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade destes;
- IV. Orientar o correto preenchimento dos impressos e monitorar



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO DE DO-  
CUMENTAÇÃO MÉDICA  
E ESTATÍSTICA - CDME

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA-XX/XX/XXXX

REVISÃO-XX

PÁGINAS: X DE XX

os itens que deverão constar  
obrigatoriamente no prontuário:PRESCRIÇÃO MÉDICA, CONSIGNANDO  
DATA E HORA:**A.** IDENTIFICAÇÃO DO  
PACIENTE EM TODOS OS  
IMPRESSOS;**I.** OUTROS DOCUMENTOS  
• PERTINENTES AO ATENDIMENTO;**B.** ANAMNESE;V. Validar regras de acesso e manuseio  
do prontuário, para os diversos  
fins: assistência, ensino, demanda  
judicial e do próprio paciente ou do  
respectivo representante legal;**C.** EXAME FÍSICO;VI. Examinar e emitir pareceres quando  
da solicitação de inclusão de novos  
impressos ou modificação dos já  
adotados pelo HESLMB;**D.** EXAMES COMPLEMENTARES,  
BEM COMO SEUS  
• RESPECTIVOS RESULTADOS;VII. Criar e aprovar normas que  
regulem o fluxo de prontuários  
da instituição;**E.** HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS;VIII. Colaborar com as normas  
de arquivamento/guarda dos  
prontuários, abrangendo os  
processos de trabalho e a estrutura  
física necessária;**F.** DIAGNÓSTICO DEFINITIVO;IX. Manter estreita relação com a  
Comissão de Ética Médica, Comissão  
de Revisão de Prontuários e Núcleo  
de Educação Permanente do  
HESLMB, com as quais deverão  
ser discutidos assuntos de sua  
competência;**G.** TRATAMENTO EFETUADO;X. Propor relatórios estatísticos que  
deverão ser gerados pelo Serviço de  
Arquivo Médico e Estatístico - SAME  
do HESLMB;**H.** REGISTRO DIÁRIO DA  
EVOLUÇÃO CLÍNICA DO  
• PACIENTE, BEM COMO A

LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE DO- CUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA – CDME

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

XI. Discutir, em conjunto com a administração e SAME, como obter os dados e sugerir cálculos estatísticos a serem utilizados;

XII. Informar a obrigatoriedade dos registros com letra legível por todos os profissionais que atenderam ao paciente, bem como da assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;

XIII. Normatizar o preenchimento das contrarreferências/resumos de altas hospitalares, conforme orientação da legislação do SUS e dos Conselhos de classe.

caso, exercer direito do voto de desempate;

VII. Indicar membros para a realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;

VIII. Repassar todos os documentos, informativos, fluxogramas, estruturação, regimento para Gerência de Atenção à Saúde - GAS e Superintendência;

IX. Elaborar relatório anual das atividades da Comissão.

Artigo 9º. Ao presidente incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CDME e, especificamente:

- I. Representar a CDME em suas relações internas e externas;
- II. Presidir as reuniões;
- III. Promover a convocação das reuniões;
- IV. Fazer cumprir o regimento;
- V. Suscitar pronunciamento da CDME quanto a questões relativas à documentação e informação médica e de dados estatísticos;
- VI. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o

Parágrafo Único: Na ausência ou impedimento temporário do presidente da CDME, suas funções serão exercidas interinamente pelo secretário, e em caso de ausência ou impedimento temporário de ambos, será eleito um membro pelos seus pares para exercer essa função interinamente.

Artigo 10º. Aos membros incumbe:

- I. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- II. Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
- III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- IV. Desempenhar atribuições que lhes



LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE DO- CUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA - CDME

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

forem atribuídas pelo Presidente;

V. Apresentar proposições sobre as questões pertinentes à Comissão;

VI. Ao membro eleito de forma interina, substituir o presidente

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;



quando das suas ausências e impedimentos.

V. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão.

Artigo 11º. Ao secretário da CDME incumbe:

- I. Assistir as reuniões;
- II. Preparar e encaminhar o expediente;

Parágrafo Único: Na ausência do secretário, no início da reunião, será eleito um membro pelos seus pares para exercer a função de secretariar a reunião.

## CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE DO- CUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA – CDME

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

**Artigo 12º.** A CDME reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por mês, na primeira sexta-feira do mês, e extraordinariamente sempre que necessário, por convocação do seu Presidente, sendo suas decisões tomadas por maioria de votos. Em processos considerados excepcionais, a critério do Presidente, a CDME decidirá pelo voto da maioria absoluta (metade mais um de todos os seus integrantes).

**Parágrafo Primeiro:** A CDME instalar-se-á e deliberará com a presença de, no mínimo, 70% dos seus membros, devendo ser verificado o quórum no início de cada sessão.

**Parágrafo Segundo:** As decisões da Comissão serão aprovadas por maioria simples.

**Parágrafo Terceiro:** Os membros da Comissão que faltarem a vinte e cinco por cento do total de reuniões ordinárias durante o ano corrente, consecutivas ou não, sem justificativa, serão sumariamente destituídos.

**Parágrafo Quarto:** No caso da saída de qualquer membro da CDME deverá haver indicação de novomembro pela Gerência de Atenção à Saúde e Superintendência.

## CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

**Artigo 13º.** A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CDME, a equipe de governança do HESLMB proporcionará a infraestrutura necessária.

**Artigo 14º.** A CDME, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

**Artigo 15º.** A CDME no desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário, poderá criar subcomissões para assuntos específicos.

**Artigo 16º.** Os membros poderão requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas nacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos.

**Artigo 17º.** Os membros não receberão qualquer remuneração por sua participação na CDME e seus serviços prestados serão considerados, para todos os efeitos, como participação de atividade institucional.

**Artigo 18º.** Os casos omissos serão resolvidos pela CDME, em conjunto com a Superintendência do HESLMB.

**Artigo 19º.** Este regimento entrará em vigor após aprovação dos membros desta comissão e validação do Setor de Vigilância do HESLMB.



## CRONOGRAMA DE ATIVIDADE

| MÊS     | ATIVIDADES                                                                                                                                        |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M1 e M2 | 1 - Criar a Comissão de Documentação Médica e estatística (CDME), através de uma Resolução do Diretor Geral, indicando nominalmente seus membros. |
|         | 2 - Aprovar o regimento da CDME                                                                                                                   |
|         | 3 - Elaborar o programa de atuação para o primeiro ano de atuação da CDME                                                                         |
|         | 4 - Elaborar relatório de avaliação e acompanhamento das atividades desenvolvidas.                                                                |
|         | 5 - Elaborar programa de palestras                                                                                                                |
|         | 6 - Reunião ordinária da CDME (Primeira sexta-feira do mês)                                                                                       |
|         | 7 - Realizar a revisão dos prontuários e proceder a emissão de documentos de acordo com demanda externa ou interna solicitada.                    |
| M3      | 1 - Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que saíram de alta.                                                     |
|         | 2 - Realizar a revisão dos prontuários e proceder a emissão de documentos de acordo com demanda externa ou interna solicitada.                    |
|         | 3 - Reunião ordinária da CDME (Primeira sexta-feira do mês)                                                                                       |
| M4      | 1 - Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% das altas                                                                              |
|         | 2 - Reunião ordinária da CDME (Primeira sexta-feira do mês)                                                                                       |
| M5      | 1 - Realizar a revisão dos prontuários e proceder a emissão de documentos de acordo com demanda externa ou interna solicitada.                    |
|         | 2 - Reunião ordinária da CDME (Primeira sexta-feira do mês)                                                                                       |
| M6      | 1 - Realizar a revisão dos prontuários e proceder a emissão de documentos de acordo com demanda externa ou interna solicitada.                    |
|         | 2 - Reunião ordinária da CDME (Primeira sexta-feira do mês)                                                                                       |
| M7      | 1 - Realizar a revisão dos prontuários e proceder a emissão de documentos de acordo com demanda externa ou interna solicitada.                    |
|         | 2 - Reunião ordinária da CDME (Primeira sexta-feira do mês)                                                                                       |
| M8      | 1 - Realizar a revisão dos prontuários e proceder a emissão de documentos de acordo com demanda externa ou interna solicitada.                    |
|         | 2 - Reunião ordinária da CDME (Primeira sexta-feira do mês)                                                                                       |

|     |                                                                                                                                |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M9  | 1 - Realizar a revisão dos prontuários e proceder a emissão de documentos de acordo com demanda externa ou interna solicitada. |
|     | 2 - Reunião ordinária da CDME (Primeira sexta-feira do mês)                                                                    |
| M10 | 1 - Realizar a revisão dos prontuários e proceder a emissão de documentos de acordo com demanda externa ou interna solicitada. |
|     | 2 - Reunião ordinária da CDME (Primeira sexta-feira do mês)                                                                    |
| M11 | Realizar a revisão dos prontuários e proceder a emissão de documentos de acordo com demanda externa ou interna solicitada.     |
|     | 2 - Reunião ordinária da CDME (Primeira sexta-feira do mês)                                                                    |
| M12 | 1 - Realizar a revisão dos prontuários e proceder a emissão de documentos de acordo com demanda externa ou interna solicitada. |
|     | 2 - Reunião ordinária a CRP (última quarta-feira do mês).                                                                      |





# ITEM 2.1.6 - COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

LOGO DA  
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA  
COMISSÃO DE  
FARMÁCIA E  
TERAPÊUTICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

### CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) deve ser constituída em atendimento a Portaria nº 2616 de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde que instituiu o "Programa de Controle das Infecções Hospitalares", trazendo, como uma das Competências, "Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição". A lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, alterada pela lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011, dispõe sobre a assistência farmacêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, devendo esta ser

pautada em evidências científicas sobre eficácia, acurácia, efetividade e segurança do medicamento, além de avaliação econômica de benefícios e dos custos.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica é de suma importância para que a gestão da saúde seja realizada com maior segurança, qualidade e efetividade. De acordo com o Ministério da Saúde, a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) pode ser definida como uma instância colegiada, de natureza técnico-científica, permanente, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por finalidade assessorar a Diretoria Técnica e Geral do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, e os diversos departamentos de assistência à saúde em assuntos referentes a medicamentos, visando garantir o uso seguro e racional, realizando como atividades principais a seleção de medicamentos da instituição (com base em critérios pré-estabelecidos), elaboração do formulário ou guia farmacoterá-

LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

pêutico, validação de protocolos terapêuticos, apoio à assistência farmacêutica, ações educativas permanentes, dentre outras, sendo assim um importante instrumento para que a Gestão possa tomar decisões acertadas a respeito dos medicamentos e demais insumos farmacêuticos utilizados na instituição.

A CFT deve ser constituída por equipe multiprofissional e sua composição deve levar em consideração a complexidade dos serviços, bem como seu caráter funcional e as diretrizes para as ações investigatórias, educativas e com vistas a padronização ou de continuação de medicamentos ou insumos serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício.

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

## ORIGEM

As responsabilidades sociais do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos em rela-

ção à assistência segura, oportuna e efetiva, educação permanente e pesquisa serão de alta relevância. O compromisso com o paciente será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comissão de Farmácia e Terapêutica desempenhará um papel importante.

## MEMBROS

A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral será norteadada pelo Regimento Interno da Comissão de Farmácia e Terapêutica.

A Comissão será composta por membros executores, sendo profissionais da área da saúde, com nível superior, nomeados pela Diretoria Geral da Unidade de saúde e por membros consultores, sendo profissionais da saúde, de nível superior que façam parte do quadro funcional da Unidade.

**Parágrafo Primeiro:** Os membros executores, indicados pela Direção do Hospital, serão encarregados da execução das ações programadas pela Comissão.

Caso a Comissão seja formada por mais de 4 (quatro) membros, pode haver no máximo 3 (três) enfermeiros e 3 (três) médicos. Outros



LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

profissionais da saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Farmácia e Terapêutica, sendo 1 (um) representante por profissão e/ou setor. O presidente da Comissão será obrigatoriamente farmacêutico. A comissão poderá ser composta por:

- I. Diretor clínico;
- II. Enfermeiro Responsável Técnico;
- III. Representante do SCIRAS;
- IV. Representante do Setor da Qualidade;
- V. Representante do Corpo clínico;
- VI. Representante do Almoxarifado;
- VII. Representante do Corpo Gestor.

**Parágrafo Segundo:** Além desses existirão os membros consultores que serão outros especialistas na área a ser consultada.

## MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de

colaboradores.

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

## FINALIDADE DA COMISSÃO

As ações da Comissão de Farmácia e Terapêutica, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

- I. Identificar aspectos clínicos e epidemiológicos relacionados ao perfil de uso de medicamentos e insumos ocorridos na unidade de saúde;
- II. Definir a padronização dos insumos médico-hospitalares, e outros que impactem na qualidade dos serviços prestados no hospital;
- III. Manter atualizada listagem dos artigos padronizados;
- IV. Orientar e acompanhar o uso dos

LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO DA  
COMISSÃO DE  
FARMÁCIA E  
TERAPÊUTICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

insumos médicos - hospitalares nas unidades e serviços, especialmente dos materiais novos;

V. Diagnosticar, documentar e centralizar registros comprobatórios das inadequações técnicas - operacionais dos insumos de baixa qualidade;

VI. Manter conhecimento atualizado referente aos materiais médicos - hospitalares comercializados no país e aprovados pela ANVISA, através do atendimento aos fornecedores e representantes dos diversos insumos, de comparecimento em congressos, simpósios e visitas de avaliação à fábricas, dentre outros;

VII. Fixar critérios para melhor seleção de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;

VIII. Promover estudos de custo efetividade de medicamentos e insumos hospitalares;

IX. Fomentar investigações sobre a utilização de medicamentos;

X. Promover atividades de educação continuada para o uso seguro e racional de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;

XI. Participar da elaboração de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos;

XII. Propor política de prescrição,

dispensação e utilização de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;

XIII. Informar o Setor de Compras, através da ficha queixa técnica, quaisquer não conformidade apresentada pelos medicamentos, materiais hospitalares e equipamentos;

XIV. Gerenciar e controlar as notificações e eventos adversos decorrentes do uso de quaisquer, medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares em conjunto com o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;

XV. Os eventos adversos que ocorrem durante a utilização dos medicamentos e alguns correlatos de aplicação direta ao paciente deverão ser notificados diretamente à ANVISA, por site próprio;

XVI. Interagir com o Setor de Compras, visando o alinhamento das políticas e práticas desenvolvidas e o compartilhamento dos resultados alcançados;

XVII. Enviar parecer técnico dos produtos e materiais médico-hospitalares ao Setor de Compras;

XVIII. Realizar especificação dos produtos, quando se fizer necessário;

XIX. Inserir insumos médico hospitalares aprovados nos testes/ avaliações na lista de produtos



LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

padronização;

XX. Divulgar e disponibilizar a lista de insumos médico hospitalares;

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

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

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

- Nº de Produtos Padronizados;
- Nº de Produtos descontinuados/reprovados;
- Nº de Queixas Técnicas.

## PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

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

As deliberações da Comissão de Farmácia e Terapêutica, devem ser encaminhadas primeiramente à Diretoria Técnica do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, que irá avaliá-las as demandas e auxiliar a Comissão nas questões sobre sua competência.

Compete a Comissão de Farmácia e Terapêutica a missão referente a tudo o que se refere aos medicamentos e materiais médicos, desde sua recepção, armazenamento, seleção até sua dispensação e logística reversa, objetivando a todo o momento sua adequada utilização, desta forma possuindo importante função clínica e administrativa.

**Nota:** A Comissão de Farmácia e Terapêutica deverá manter estreita relação com as Comissões do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, com as quais deverá ser discutidos os resultados das avaliações, sugestões, padronizações, enviando seus relatórios as Diretorias Técnica e Geral. Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será assinada pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.

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

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO  
DE FARMÁCIA E  
TERAPÊUTICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

REGIMENTO  
INTERNO DA  
COMISSÃO DE  
FARMÁCIA E  
TERAPÊUTICACAPÍTULO I - DOS  
OBJETIVOS

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

CAPÍTULO II - DAS  
FINALIDADES

Artigo 2º. A Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT tem por finalidade regulamentar e padronizar medicamentos e materiais médicos utilizados no hospital devendo para tal elaborar uma listagem de medicações que estarão disponíveis na Unidade de Saúde. Esses materiais devem ser identificados:

- I. Medicamento: por sua nomenclatura genérica (princípio ativo), conforme Denominação

Comum Brasileira (DCB), acrescida das concentrações, forma farmacêutica e volume da embalagem (quando aplicável).

- II. Materiais: Nome genérico, numeração ou modelo e outras especificações técnicas necessárias.

Artigo 3º. A inclusão e exclusão de produtos nesta listagem dependerá de análise de diversos pontos sendo os principais:

- I. Ser adequado ao perfil da Unidade;
- II. Interesse e aceitação do corpo clínico e equipe assistencial;
- III. Resposta ao tratamento com a medicação;
- IV. Qualidade do produto;
- V. Facilidade de utilização;
- VI. Facilidade de Armazenamento;
- VII. Facilidade de Aquisição;
- VIII. Valor.

Parágrafo Primeiro: Nos casos de solicitação de inclusão de medicamentos o solicitante deverá trazer a comprovação científica que justifique a inclusão na lista de medicamen-



LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

tos padronizados.

Artigo 4°. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Técnica do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.

### CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 5°. A Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT será composta por membros executores, sendo profissionais da área da saúde, com nível superior, nomeados pela Diretoria Geral da Unidade de saúde e por membros consultores, sendo profissionais da saúde, de nível superior que façam parte do quadro funcional da Unidade.

Parágrafo Primeiro: os membros executores, indicados pela Direção do Hospital, serão encarregados da execução das ações programadas pela Comissão.

Para indicação dos membros deverão ser considerados aspectos como competência técnica, habilidade e perfil. Dentre os membros efetivos será escolhido o secretário, por consenso ou votação dos membros.

Artigo 6°. São membros executores:

- I. Presidente: Farmacêutico;

- II. Diretor clínico;

- III. Enfermeiro Responsável Técnico;

- IV. Representante do SCIRAS;

- V. Representante do Setor da Qualidade;

- VI. Representante do Corpo clínico;

- VII. Representante do Almoxarifado;

- VIII. Representante do Corpo Gestor.

Parágrafo Primeiro: Além desses existirão os membros consultores que serão outros especialistas na área a ser consultada

Parágrafo Segundo: Todos os membros deverão assinar o Termo de Isenção, onde afirmem a ausência de conflitos de interesse, principalmente no que se refere a vínculos empregatícios ou contratuais, compromissos e obrigações com indústrias privadas, produtoras de medicamentos, que resultem em obtenção de remunerações, benefícios ou vantagens pessoais na padronização dos produtos hospitalares.

### CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 7°. A Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT, além das outras instituídas

ALL

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO  
DE FARMÁCIA E  
TERAPÊUTICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

neste regimento, compete:

- I. Definir a padronização dos insumos médico-hospitalares, e outros que impactem na qualidade dos serviços prestados no hospital;
- II. Manter atualizada listagem dos artigos padronizados;
- III. Orientar e acompanhar o uso dos insumos médicos - hospitalares nas unidades e serviços, especialmente dos materiais novos;
- IV. Diagnosticar, documentar e centralizar registros comprobatórios das inadequações técnicas - operacionais dos insumos de baixa qualidade;
- V. Manter conhecimento atualizado referente aos materiais médicos - hospitalares comercializados no país e aprovados pela ANVISA, através do atendimento aos fornecedores e representantes dos diversos insumos, de comparecimento em congressos, simpósios e visitas de avaliação à fábricas, dentre outros;
- VI. Fixar critérios para melhor seleção de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;
- VII. Promover estudos de custo efetividade de medicamentos e insumos hospitalares;
- VIII. Fomentar investigações sobre a utilização de medicamentos;
- IX. Promover atividades de educação continuada para o uso seguro e racional de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;
- X. Participar da elaboração de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos;
- XI. Propor política de prescrição, dispensação e utilização de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;
- XII. Informar o Setor de Compras, através da ficha queixa técnica, quaisquer não conformidade apresentada pelos medicamentos, materiais hospitalares e equipamentos;
- XIII. Gerenciar e controlar as notificações e eventos adversos decorrentes do uso de quaisquer medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares em conjunto com o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;
- XIV. Os eventos adversos que ocorrem durante a utilização dos medicamentos e alguns correlatos de aplicação direta ao paciente deverão ser notificados diretamente à ANVISA, por site próprio;
- XV. Interagir com o Setor de Compras, visando o alinhamento das políticas e práticas desenvolvidas e o compartilhamento dos resultados alcançados;
- XVI. Enviar parecer técnico dos



LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

produtos e materiais médico-hospitalares ao Setor de Compras;

XVII. Realizar especificação dos produtos, quando se fizer necessário;

XVIII. Inserir insumos médico hospitalares aprovados nos testes/avaliações na lista de produtos padronização;

XIX. Divulgar e disponibilizar a lista de insumos médico hospitalares;

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

Artigo 8º. Ao presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica, além das outras instituídas neste regimento, compete:

I. Presidir as reuniões ordinárias;

II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;

III. Encaminhar aos membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica as propostas técnicas e administrativas de funcionamento da Comissão para apreciação e aprovação;

IV. Representar Comissão Comissão

de Farmácia e Terapêutica sempre que solicitado;

V. Subscriver todos os documentos e resoluções da Comissão Comissão de Farmácia e Terapêutica previamente aprovados pelos membros desta;

VI. Fazer cumprir o regimento;

VII. Nas decisões da Comissão Comissão de Farmácia e Terapêutica, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

VIII. Indicar seu vice-presidente/coordenador.

Artigo 9º. Ao vice-presidente da Comissão Comissão de Farmácia e Terapêutica, além das outras instituídas neste regimento, compete:

I. Assumir as atividades do presidente na sua ausência;

II. Zelar pelo sigilo ético das informações.

## CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 10º. A Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos será presidida por um Farmacêutico, nomeado através de

LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Portaria Interna pela Diretoria Geral.

**Artigo 11º.** A Comissão de Farmácia e Terapêutica funciona como um órgão assessor da Diretoria Geral sendo tecnicamente ligada à Diretoria Técnica, tendo assegurada a sua autonomia funcional.

**Parágrafo Primeiro:** A autonomia funcional se caracteriza pela independência em estabelecer normas de gerência sobre todas as atividades relacionadas a padronização de medicamentos e farmacovigilância.

**Artigo 12º.** A duração do mandato da Comissão de Farmácia e Terapêutica será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar os membros do Núcleo em parte ou na totalidade de seus membros.

**Artigo 13º.** Em caso de substituição dos membros, os nomes dos suplentes eleitos deverão ser encaminhados à Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação.

**Artigo 14º.** Os membros poderão solicitar a participação de outros profissionais no desenvolvimento dos trabalhos, desde o mesmo tenha qualificação técnica comprovada

e a aprovação dos demais membros.

**Artigo 15º.** As reuniões da Comissão de Farmácia e Terapêutica serão realizadas mensalmente, convocadas pelo Presidente, com local e horário, previamente definidos e informados pelo secretário desta.

**Artigo 16º.** As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

**Artigo 17º.** As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

**Artigo 18º.** O presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos. Os cargos de presidente serão indicados pelas Diretorias Técnica e Geral, vice-presidente e secretário poderão ser definidos pelos demais membros da Farmácia e Terapêutica através de votação simples pelos membros nomeados.

**Artigo 19º.** As decisões da Comissão de Farmácia e Terapêutica serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

**Artigo 20º.** As reuniões da Comissão de Farmácia e Terapêutica deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qua-



LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

lidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

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

Artigo 22º. Os assuntos tratados pelo da Comissão de Farmácia e Terapêutica deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 23º. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 24º. Nenhum membro da Comissão de Farmácia e Terapêutica, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão sem que para isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pela Comissão de Farmácia e Terapêutica.

## CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 25º. São atribuições de todos os membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica: Comparecer e participar efetivamente

das reuniões ordinárias e extraordinárias;

- II. Colaborar com o trabalho de padronização dos materiais médico-hospitalares em todas as etapas;
- III. Divulgar o trabalho da Comissão;
- IV. Diagnosticar, documentar e centralizar registros comprobatórios de inadequações técnico - operacionais dos insumos médico-hospitalares de baixa qualidade;
- V. Colaborar na resolução de problemas e participar de ocorrências relacionadas com qualidade dos produtos médicos - hospitalares utilizados na Instituição;
- VI. Receber representantes e fornecedores, na ausência do presidente da Comissão, procurando obter e registrar as principais informações referentes aos novos produtos e aos já padronizados;
- VII. Conhecer os produtos em uso no hospital, que sejam pertinentes à sua área de atuação.

Artigo 26º. São atribuições do Secretário da Comissão:



LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- I. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- I. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- II. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- III. Organizar e manter o arquivo da comissão;
- IV. Preparar a correspondência.

Artigo 27º. São atribuições específicas do presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica:

- I. Convocar e presidir as reuniões;
- II. Estabelecer as pautas das reuniões ordinárias e extraordinárias;
- III. Dirigir os trabalhos da Comissão;
- IV. Representar a Comissão perante a Diretoria Geral;
- V. Subscriver os documentos e resoluções da Comissão;
- VI. Distribuir tarefas para os membros da Comissão de Padronização;
- VII. Receber representantes e fornecedores em dias e horários pré-estabelecidos, procurando obter e registrar as principais

informações referentes a cada um dos produtos a serem avaliados ou a serem padronizados;

- VIII. Receber parecer técnico dos produtos avaliados e encaminhar a comissão para avaliar.
- IX. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes.

## CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 28º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica, em conjunto com a Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.

Artigo 29º. A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica foi nomeada pela portaria interna N°17/21 de 03 de maio 2021 e pelo Regimento Interno da Comissão já aprovado e implantado desde 07 de junho de 2021.



## CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

| MÊS     | ATIVIDADES                                                                                      |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M1 e M2 | 1. Criar a CFT, através de uma Resolução do Diretor Geral, indicando nominalmente seus membros. |
|         | 2. Aprovar o Regimento Interno da CFT e realizar a escolha do vice-presidente e secretário.     |
|         | 3. Elaborar o Programa de Ação para o primeiro ano de atuação da CFT.                           |
|         | 1. Reunião ordinária da CFT                                                                     |
|         | 2. Elaborar relatórios de avaliação e acompanhamento das atividades desenvolvidas.              |
|         | 3. Elaborar programa de palestras.                                                              |
|         | 4. Realizar divulgação da lista de produtos padronizados                                        |
| M4      | 1. Reunião ordinária da CFT                                                                     |
| M5      | 2. Realizar orientações in loco                                                                 |
|         | 1. Reunião ordinária da CFT                                                                     |
| M6      | Realizar treinamento - avaliar demandas.                                                        |
|         | 1. Reunião ordinária da CFT                                                                     |
|         | 2. Realizar treinamento - Palestra                                                              |
| M7      | 1. Reunião ordinária da CFT                                                                     |
|         | 2. Realizar orientações in loco                                                                 |
| M8      | 1. Reunião ordinária da CFT                                                                     |
|         | Realizar treinamento - avaliar demandas.                                                        |

|          |                                                                                    |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------|
| M9 e M10 | 1. Reunião ordinária da CFT                                                        |
|          | 2. Realizar treinamento – Palestras.                                               |
|          | 3. Analisar atuação da CFT e reajustar pontos a melhorar.                          |
|          | 4. Realizar orientações in loco                                                    |
|          | 5. Elaborar relatórios de avaliação e acompanhamento das atividades desenvolvidas. |
| M11      | 1. Reunião ordinária da CFT                                                        |
|          | 2. Realizar treinamento – Palestras.                                               |
| M12      | 1. Reunião ordinária da CFT                                                        |
|          | 2. Realizar treinamento – avaliar demandas.                                        |
|          | 3. Realizar atualização da lista de produtos padronizados                          |





# ITEM 2.1.7 - COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS EM SAÚDE

LOGO DA  
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA  
COMISSÃO DE  
RESÍDUOS DE  
SERVIÇOS DE SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS EM SAÚDE

### CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde, é constituída atendendo a Lei nº 12.305/10, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS), dando instrumentos para permitir o avanço necessário ao país no enfrentamento dos principais problemas ambientais, sociais e econômicos decorrentes do manejo inadequado dos resíduos sólidos.

A criação da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, atenderá a RDC N° 222, 28 de Março de 2018, do Ministério da Saúde - Agência Nacional de Vigilância Sanitária -

ANVISA. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências, a qual norteia as diretrizes e normas para a prevenção e controle das complicações infecciosas no âmbito das unidades hospitalares.

Atendendo a Portaria Ministerial citada, a Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos será criada e nomeada por ato próprio do Diretor Geral da unidade de saúde e será norteada por Regimento Interno com proposição da periodicidade das reuniões e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

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

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

ALL

LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

## ORIGEM

As responsabilidades sociais do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos em relação as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde norteia o compromisso com a prevenção e a redução na geração de resíduos, tendo como proposta a prática de hábitos de consumo sustentável e um conjunto de instrumentos para propiciar o aumento da reciclagem e da reutilização dos resíduos sólidos (aquilo que tem valor econômico e pode ser reciclado ou reaproveitado) e a destinação ambientalmente adequada dos rejeitos (aquilo que não pode ser reciclado ou reutilizado), questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde desempenhará um papel importante.

## MEMBROS

A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral

será norteada pelo Regimento Interno da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde.

A Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde deve ser constituída, de preferência, pelos seguintes membros:

- I. Representante do Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde;
- II. Representante do Serviço de Medicina e Segurança do Trabalho (SESMT ou SOST);
- III. Representante do Departamento de Assistência Farmacêutica;
- IV. Representante do Laboratório Clínico;
- V. Representante da Divisão de Enfermagem;
- VI. Representante do Departamento de Higienização e Conservação.

## MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato da Comissão de Resi-



LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

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

## FINALIDADE DA COMISSÃO

As ações da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde, no âmbito da qualidade abrange a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) no Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, de acordo com as normas vigentes (Lei 12.305/10, RDC 222/18).

Através da avaliação das coletas, verificação da correta segregação dos rejeitos, entre outros, orientar a diretoria responsável da unidade com relação a práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação, analisando os indicadores resultantes destas avaliações, espera-se atingir a qualidade na realização dos processos que balizam a Comissão Resíduos dos Serviços de Saúde, sendo que estes indicadores resultantes das avaliações, auxiliem atingir a qualidade, sendo estes:

- Peso do total dos resíduos gerados na unidade hospitalar mensal;

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- Peso dos resíduos gerados por setor gerador mensal;
- Peso por tipo de rejeito gerado, total e por setores mensal.

## PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde de deverá reunir-se bimestralmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde, visando à correção, reparação ou prevenção de distorções e irregularidades verificadas na implantação, análises e ações educativas ou fiscalizatórias, devem ser encaminhadas primeiramente às Diretorias Técnica e Geral do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, que irá auxiliar nas questões sobre sua competência.

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

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

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO DE RE-  
SÍDUOS DE SERVIÇOS  
DE SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

REGIMENTO  
INTERNO DA  
COMISSÃO DE  
RESÍDUOS DE  
SERVIÇOS DE  
SAÚDECAPÍTULO I - DOS  
OBJETIVOS

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

CAPÍTULO II - DAS  
FINALIDADES

Artigo 2º. A Comissão de Gerenciamento de Resíduos, tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde Hospitalar no Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, de acordo com as normas vigentes (Lei 12.305/10, RDC 222/18).

Artigo 3º. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Técnica Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.

CAPÍTULO III - DA  
COMPOSIÇÃO

Artigo 4º. A Comissão de Resíduos terá composição multiprofissional de membros efetivos, com representantes de diversos segmentos, na forma que segue:

- I. Representante da Diretoria Administrativa;
- II. Representante da Diretoria Técnica;
- III. Representante da Equipe Interdisciplinar;
- IV. Representante da Gerência Administrativa;
- V. Representante da Comissão de Prevenção de Riscos de Acidentes com Perfurocortantes;
- VI. Representante do Laboratório Clínico;
- VII. Representante da Divisão de Enfermagem.

Parágrafo Único: Entre os membros deverá estar o responsável pelo Serviço de Gerenciamento de Resíduos, obrigatoriamente.



LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE RE- SÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

### CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 5º. É competência de a Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores do hospital, ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais, e através destas:

- I. Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;
- II. Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição;
- III. Monitorar por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras;
- IV. Encaminhar, por escrito, orientações à unidade competente pelo tema e, em caso de recusa quanto à implantação das orientações, levar a matéria ao diretor presidente da

organização social.

Artigo 6º. Compete aos membros nomeados da Comissão eleger o Presidente e o Secretário através de votação simples dos membros da comissão, o Vice-Presidente será indicado pelo Presidente eleito da Comissão.

### CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 7º. A Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos terá sede em locação a ser disponibilizada pela unidade hospitalar, com infraestrutura básica para seu funcionamento.

Artigo 8º. As reuniões da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde serão realizadas bimestralmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente, com local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 9º. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 10º. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 11º. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme defini-

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO DE RE-  
SÍDUOS DE SERVIÇOS  
DE SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

ção da Diretoria Geral.

Artigo 12º. Todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos. Os cargos de presidente, vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde.

Artigo 13º. As decisões da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 14º. Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões e ações da Comissão, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 15º. As reuniões da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, contendo: data e hora dela, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 16º. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser anexado a ata da reunião ordinária ou extraordinária.

Artigo 17º. Será solicitada a exclusão do

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

Artigo 18º. Nenhum membro da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão em eventos formais, institucionais ou extra institucionais sem que para isso esteja devidamente autorizado pelo presidente ou seu vice-presidente em caso de impedimentos dele, e em situações não padronizadas pela Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde.

CAPÍTULO VI - DAS  
ATRIBUIÇÕES

Artigo 19º. São atribuições do presidente da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde, além das outras instituídas neste regimento:

- I. Encaminhar a pauta da reunião para o secretário da Comissão fazer a convocação, com pelo menos 48 (quarenta e oito) horas de antecedências das reuniões ordinárias;
- II. Presidir as reuniões;
- III. Representar a Comissão junto às Gerências ou Superintendência da instituição, ou indicar seu representante;
- IV. Subscriver todos os documentos e resoluções da Comissão, normatizar



LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE RE- SÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

as rotinas de armazenamento e descarte de todos os tipos de resíduos gerados na unidade, previamente aprovados pelos membros desta;

V. Coordenar a elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos da instituição adequando-os às formas de lei específica;

VI. Coordenar a elaboração e implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;

VII. Coordenar a elaboração e implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;

VIII. Coordenar a elaboração de indicadores de qualidade para avaliação das atividades implementadas;

IX. Orientar os colaboradores em relação a manipulação de resíduos, e, em caso de acidente envolvendo resíduo, tomar decisões, visando minimizar os impactos, e avaliar a causa;

X. Divulgar aos colaboradores o Plano de Gerenciamento de Resíduos e manter uma rotina de educação e orientação quanto ao gerenciamento dos resíduos gerados na instituição por meio de cursos, manuais, palestras, vídeos, cartazes, etc.;

XI. Representar a instituição junto a institutos, órgãos de controle sanitário e limpeza pública e outros ligados ao gerenciamento dos resíduos com anuência da presidência da comissão de forma acordada com a Reitoria;

XII. Estabelecer um programa de atividades e metas para o gerenciamento dos resíduos definindo prazos a serem cumpridos;

XIII. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos do Serviços e Saúde - PGRSS.

XIV. Fazer cumprir o regimento interno da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos;

XV. Nas decisões da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

XVI. Indicar seu vice-presidente/ coordenador.

Artigo 21º. Ao vice-presidente da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde, além das outras instituídas neste regimento, é atribuído:

I. Assumir as atividades do presidente na sua ausência, presidindo as reuniões, coordenando os debates;

LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE RE- SÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

II. Executar atribuições que lhe forem delegadas;

III. Zelar pelo sigilo ético das informações e cumprimento do regimento interno da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.

Artigo 22º. São atribuições do Presidente e do Vice-Presidente, em conjunto:

- I. Cuidar para que a Comissão disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;
- II. Coordenar e supervisionar as atividades da Comissão, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
- III. Delegar atribuições aos membros da Comissão;
- IV. Divulgar as decisões da Comissão a todos os trabalhadores do estabelecimento.

Artigo 23º. São atribuições da Secretaria da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde:

- I. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- II. Lavrar a ata das sessões/

reuniões;

III. Convocar os membros da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde para as reuniões determinadas pelo presidente;

IV. Organizar e manter o arquivo da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;

V. Preparar a correspondência;

VI. Solicitar ao demais setores e/ou comissões documentação necessária a avaliação, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

Artigo 24º. São atribuições de todos os membros da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde:

- I. Participar de todas as reuniões convocadas e em caso de situações que inviabilizem sua participação realizar por escrito a justificativa para a falta;
- II. Desenvolver e participar ativamente das atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes;
- III. Ser um agente ativo nos que se refere aos assuntos de educação e



LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE RE- SÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

prevenção da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde na unidade a qual representa e em toda unidade hospitalar.

IV. Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão devendo estas ser entregues à secretaria da Comissão de Resíduos e aos demais membros informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições.

## CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 25º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde, em conjunto com a Diretoria Geral Hospital Es-

tadual de São Luis de Montes Belos.

Artigo 26º. A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral.

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

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde foi nomeada pela Portaria Interna N° de 03 março de 2021 e pelo Regimento Interno da Comissão já aprovado e implantado desde 03 de março de 2021.



## CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

| MÊS     | ATIVIDADES                                                                                                                                 |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M1 e M2 | 1. Criar a Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde, através de Resolução da Diretor Geral.                                               |
|         | 2. Elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS).                                                         |
|         | 3. Dar a conhecimento, realizar as correções pertinentes e aprovar o Regimento Interno da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde.       |
|         | 4. Analisar o relatório de pesagem dos resíduos gerados no mês anterior.                                                                   |
| M4      | 1. Aprovação e ou correções pertinentes do Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS) elaborado.                     |
|         | 2. Desenvolver plano de ações para implantação e treinamento do Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS) aprovado. |
|         | 3. Analisar o relatório de pesagem dos resíduos gerados nos meses anteriores e analisar variações e incidentes, elaborar relatório.        |
|         | 4. Fixar possíveis datas para as reuniões.                                                                                                 |
|         | 5. Enviar para aprovação pela Diretoria-Geral.                                                                                             |
| M6      | 1. Analisar o relatório de pesagem dos resíduos gerados nos meses anteriores e analisar variações e incidentes, elaborar relatório;        |
|         | 2. Discussão de medidas educativas;                                                                                                        |
|         |                                                                                                                                            |
|         | 3. Discorrer sobre a eficácia da implantação;                                                                                              |
|         | 4. Discussão de medidas educativas;                                                                                                        |
| M8      | 1. Analisar o relatório de pesagem dos resíduos gerados nos meses anteriores e analisar variações e incidentes, elaborar relatório;        |
|         | 2. Discussão de medidas educativas;                                                                                                        |
| M10     | 1. Analisar o relatório de pesagem dos resíduos gerados nos meses anteriores e analisar variações e incidentes, elaborar relatório;        |
|         | 2. Discussão de medidas educativas;                                                                                                        |
| M12     | 1. Analisar o relatório de pesagem dos resíduos gerados nos meses anteriores e analisar variações e incidentes, elaborar relatório;        |
|         | 2. Discussão de medidas educativas;                                                                                                        |



# ITEM 2.1.8 - COMITÊ TRANSFUSIONAL

LOGO DA  
UNIDADE

PROPOSTA DE  
CONSTITUIÇÃO  
DO COMITÊ  
TRANSFUSIONAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## COMITÊ TRANSFUSIONAL

## CONSTITUIÇÃO

O COMITE TRANSFUSIONAL deverá ser constituído de acordo com as Legislações, Resoluções e Portarias listadas abaixo:

- I. Portaria nº 158, de 04 de fevereiro de 2016 Ministério da Saúde - Redefine o regulamento Técnico de procedimentos hemoterápicos.
- II. RDC nº 34, de 11 de junho de 2014 Ministério da Saúde / Agência Nacional e Vigilância Sanitária - Dispõe sobre as boas práticas no ciclo do sangue.
- III. Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância: Guia para a Hemovigilância no Brasil Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA 2015.
- Iç. RDC nº 75 de maio de 2016 - Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Altera a RDC nº 34, de 11

de junho de 2014, que dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.

Guia para uso de Hemocomponentes/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 2ª edição 3ª reimpressão. Brasília 2016.

## ORIGEM

As responsabilidades sociais do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos em relação à assistência e pesquisa serão de alta relevância.

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

## MEMBROS

O Comitê terá na sua composição membros da equipe multidisciplinar e e será formado multiprofissionalmente, considerar a complexidade, características e normas de cada

LOGO DA  
UNIDADE

## PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ TRANSFUSIONAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

instituição. Será composta oficialmente por um coordenado e seus membros;

**COORDENADOR:** médico indicado pela direção da instituição.

**MEMBROS:** representantes médicos e/ou enfermeiros das principais unidades do hospital que transfundem com frequência; um profissional do laboratório; administrativo; do serviço hemoterápico e do setor educacional.

Deverão ser indicados representantes dos principais departamentos e serviços; e as indicações deverão recair em profissionais com experiência e participação em atividades ligadas à administração de sangue e hemocomponentes.

O responsável técnico da Agência Transfusional fará parte do Comitê Transfusional, podendo ser designado como Presidente ou Vice-Presidente.

O Diretor Clínico poderá a qualquer tempo e por motivo justificado promover a substituição dos integrantes do Comitê.

## MECANISMO DE CONTROLE

O Comitê reunir-se-á ordinariamente a cada 03 meses 02 meses e extraordinariamente quando convocado pelo Diretor Clínico, Presidente ou a requerimento da maioria

de seus membros.

O Comitê instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quorum" em cada sessão;

As deliberações do Comitê tomadas "Ad Referendum" deverão ser encaminhadas ao plenário do Comitê para deliberação desta, na primeira sessão seguinte; e

As deliberações do Comitê serão consubstanciadas em cartas endereçadas à Diretoria Clínica.

## FINALIDADE DO COMITÊ TRANSFUSIONAL

- I. Elaborar normas, analisar e emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas ao processo de hemotransfusão;
- II. Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para aumentar a segurança transfusional, dentro da área de abrangência estabelecida pela Secretaria Estadual de Saúde em consonância às disposições legais e às orientações normativas emanadas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde;
- III. Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais



LOGO DA  
UNIDADEPROPOSTA DE  
CONSTITUIÇÃO  
DO COMITÊ  
TRANSFUSIONAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

e internacionais relativas aos assuntos de sua competência;

IV. Monitorar as reações transfusionais;

V. Promover educação continuada na área transfusional para profissionais de saúde integrantes da equipe assistencial;

VI. Revisar periodicamente a legislação relacionada à política transfusional e sua aplicação na legislação;

VII. Estabelecer critérios transfusionais

## Atribuições do Presidente do Comitê

Ao Presidente caberá dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Comitê, especificamente:

I. Representar o Comitê em suas relações internas e externas;

II. Instalar o Comitê e presidir as reuniões;

III. Promover a convocação das



em conhecimento científico adequado ao atendimento dos pacientes na instituição; e

VIII. Desenvolver mecanismos para avaliação das requisições transfusionais.

reuniões;

IV. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer o direito do voto de desempate;

V. Indicar entre os membros do Comitê

LOGO DA  
UNIDADE

## PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ TRANSFUSIONAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

os relatores dos expedientes;

VI. Indicar membros para realização de estudos, levantamento e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade do Comitê; e

VII. Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

## PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

O Comitê reunir-se-á ordinariamente a cada 03 meses 02 meses e extraordinariamente quando convocado pelo Diretor Clínico, Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.

Nessas reuniões periódicas registradas em ata, todas as deliberações e estas devem ficar na Agência Transfusional da unidade de saúde, assim como deverão ser relatadas todas as atividades relacionadas a hemovigilância e hemotransusão à Direção Geral (Médica e Enfermagem) do hospital e divulgação para a comunidade hospitalar através de boletins periódicos.

### Sugestões de Indicadores

I. Número de transfusões / Leito / Ano;

II. Número de transfusões / Mês;

III. Número reserva de bolsa / Tipo de cirurgia;

IV. Número reserva de bolsa entregue / devolvidas;

V. Número bolsas vencidas ano / total transfusões ano;

VI. Número de transfusões / reações transfusionais/ano;

VII. Número de reações transfusionais / notificações/ano





LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DO COMITÊ TRANSFU-  
SIONAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

REGIMENTO  
INTERNO  
DO COMITÊ  
TRANSFUSIONALCAPÍTULO I - CATEGORIA E  
FINALIDADES

Artigo 1º - O Comitê Transfusional do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos é de natureza técnico científica permanente, com funções educativas. Tem por finalidade o desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento das práticas hemoterápicas na unidade de saúde.

Artigo 2º - Atender à resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, RDC n 34 de 11 de junho de 2014, que dispõe:

Art. 145. Todos os serviços de saúde que realizem procedimentos transfusionais e possuam serviço de hemoterapia devem constituir comitê transfusional do qual faça parte um representante do serviço de hemoterapia.

Parágrafo único. O serviço de saúde que realize transfusão mas não possua serviço de hemoterapia deverá participar das atividades do comitê transfusional relacionado ao serviço de hemoterapia que o assiste ou constituir o seu próprio comitê.

## CAPÍTULO II

Seção I - Composição do  
Colegiado

Artigo 3º - O Comitê terá composição multidisciplinar e multiprofissional. Deverão ser indicados representantes dos principais departamentos e serviços; e as indicações deverão recair em profissionais com experiência e participação em atividades ligadas à administração de sangue e hemocomponentes.

Artigo 4º - O responsável técnico da Agência Transfusional fará parte do Comitê Transfusional, podendo ser designado como Presidente ou Vice-Presidente.

Artigo 5º - O Diretor Clínico poderá a qualquer tempo e por motivo justificado promover a substituição dos integrantes do Comitê.

Artigo 6º - As funções dos membros do Comitê não serão remuneradas, sendo feito a nomeação publicada em boletim de serviço.

Artigo 7º - O Comitê poderá convidar pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento de suas funções, sempre que julgar necessário.



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DO COMITÊ TRANSFU-  
SIONAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Artigo 8º - Será dispensado o componente que sem motivo justificado deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas ou a 06 (seis) intercaladas.

Artigo 9º - Afim de assegurar o suporte técnico e operacional indispensável à eficiência do Comitê, a Diretoria Técnica, por meio do serviço de apoio administrativo, proporcionará a infra-estrutura necessária.

## Seção II: Funcionamento:

Artigo 10º - O Comitê reunir-se-á ordinariamente a cada 03 meses 02 meses e extraordinariamente quando convocado pelo Diretor Clínico, Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros. O Comitê instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quorum" em cada sessão;

O Presidente terá voto de qualidade;

As deliberações do Comitê tomadas "Ad Referendum" deverão ser encaminhadas ao plenário do Comitê para deliberação desta, na primeira sessão seguinte; e

As deliberações do Comitê serão consubstanciadas em cartas endereçadas à Direto-

ria Clínica.

Artigo 11º - É facultativo ao Presidente e aos membros do Comitê solicitar o reexame de qualquer decisão deliberada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Artigo 12º - A votação será nominal.

Artigo 13º - O Comitê, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativa ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Artigo 14º - Os expedientes serão sujeitos à análise do Comitê que poderão ser encaminhados pela Diretoria Técnica.

Parágrafo único: Os expedientes serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros pelo Secretário, por indicação do Presidente ou por membro designado.

Artigo 15º - A sequência das reuniões do Comitê será a seguinte:

- I. A verificação da presença do Presidente, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice-Presidente;



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DO COMITÊ TRANSFU-  
SIONAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- 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;
- VIII. Comunicação breve e franqueamento da palavra.

Parágrafo Único: Qualquer membro poderá requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais ou internacionais para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Artigo 16º - Após a leitura do parecer, o Pre-

sidente deve submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do processo, propor diligências ou adiamento da discussão da votação;

O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária; e

Após adentrada na pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente votada no prazo máximo de até 02 (duas) reuniões.

Artigo 17º - Após o encerramento das discussões, o assunto será aberto a discussões.

Artigo 18º - A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecidas pelos presentes.

Artigo 19º - A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e o Secretário lavrará uma Ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes.

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DO COMITÊ TRANSFU-  
SIONAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

**CAPÍTULO III - Competências  
e Atribuições****Seção I Competência do  
Comitê Transfusional:**

Artigo 20º - Compete ao Comitê:

- I. Elaborar normas, analisar e emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas ao processo de hemotransfusão;
- II. Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para aumentar a segurança transfusional, dentro da área de abrangência estabelecida pela Secretaria Estadual de Saúde em consonância às disposições legais e às orientações normativas emanadas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde;
- III. Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas aos assuntos de sua competência;
- IV. Monitorar as reações transfusionais;
- V. Promover educação continuada na área transfusional para profissionais de saúde integrantes da equipe assistencial;

VI. Revisar periodicamente a legislação relacionada à política transfusional e sua aplicação na legislação;

VII. Estabelecer critérios transfusionais em conhecimento científico adequado ao atendimento dos pacientes na instituição; e

VIII. Desenvolver mecanismos para avaliação das requisições transfusionais.

**Seção II - Atribuições**

Artigo 21º - Ao Presidente caberá dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Comitê, especificamente:

- I. Representar o Comitê em suas relações internas e externas;
- II. Instalar o Comitê e presidir as reuniões;
- III. Promover a convocação das reuniões;
- IV. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer o direito do voto de desempate;
- V. Indicar entre os membros do Comitê os relatores dos expedientes;
- VI. Indicar membros para realização de estudos, levantamento e emissão de



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DO COMITÊ TRANSFU-  
SIONAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

pareceres necessários à consecução da finalidade do Comitê; e

VII. Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

Artigo 22º – Aos membros do Comitê, caberá:

- I. Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as
- II. matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- III. Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito das matérias em discussão;
- IV. Requerer votação de matéria em regime de urgência; e
- V. Apresentar proposições sobre as questões atinentes ao Comitê.

Artigo 23º – Ao Secretário do Comitê caberá:

- I. Assistir as reuniões;
- II. Encaminhar e preparar o expediente do Comitê;

III. Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes ao processos que devam ser examinados nas reuniões do Comitê;

IV. Providenciar por determinação do Presidente, a convocação das reuniões ordinárias e extraordinárias;

V. Distribuir aos membros do Comitê as pautas das reuniões; e

VI. Lavrar e assinar as Atas das reuniões do Comitê

CAPITULO IV - Disposições  
finais

Artigo 24º – O mandato dos membros do Comitê se extinguirá se houver motivo que justifique a cessação.

Artigo 25º – O presente regimento interno poderá ser alterado mediante proposta do Comitê, por meio da maioria absoluta de seus membros submetidos ao Diretor Clínico para aprovação.

Artigo 26º – O presente regimento interno estará em vigor na data de sua aprovação pelo Diretor Clínico, revogadas as disposições em contrário.

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DO COMITÉ TRANSFU-  
SIONAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## CRONOGRAMA DE ATIVIDADES:

As reuniões são realizadas a cada três meses, na segunda terça-feira do mês.

| MÊS | DIA | HORA           | LOCAL                                                     |
|-----|-----|----------------|-----------------------------------------------------------|
| M1  | xx  | 10:00 às 11:00 | Sala de Reuniões do Banco de Sangue Centro Administrativo |
| M4  | xx  | 10:00 às 11:00 | Sala de Reuniões do Banco de Sangue Centro Administrativo |
| M7  | xx  | 10:00 às 11:00 | Sala de Reuniões do Banco de Sangue Centro Administrativo |
| M12 | xx  | 10:00 às 11:00 | Sala de Reuniões do Banco de Sangue Centro Administrativo |





# ITEM 2.1.9 - COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR

LOGO DA  
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO  
DO COMITÊ DE  
GERENCIAMENTO  
DOS PACIENTES COM  
RISCO PARA LONGA  
PERMANÊNCIA  
HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR

### CONSTITUIÇÃO

O Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar deve ser constituída a fim de corroborar com a Resolução da Diretoria Colegiada

-RDC Nº 63, de 25 de novembro de 2011, que estabelece que os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. A atuação do Comitê é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

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

### ORIGEM

A responsabilidade social do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos Dr. Geraldo Landó em relação à humanização da assistência e pesquisa serão de alta relevância.



LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

O compromisso com o paciente será questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, o Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar desempenhará um papel importante.

## MEMBROS

A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral será norteadada pelo Regimento Interno do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar.

A composição do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar deverá contar com no mínimo 07 (sete) membros e deverá ser de caráter multiprofissional e multidisciplinar, nomeados por seus pares, em concordância com a Diretoria Geral.

A Comissão será composta por representantes profissionais das seguintes áreas:

- I. Representante da Equipe de Enfermagem;
- II. Representante da Equipe Médica;

- III. Representante da Nutrição;
- IV. Representante da Fisioterapia;
- V. Representante da Assistência Social;
- VI. Representante do serviço de educação permanente.

O presidente do Comitê deverá, preferencialmente, ser profissional enfermeiro com especialização em gerontologia ou médico fisiatra ou geriatra.

## MECANISMO DE CONTROLE

Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, com proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar será de 24 (vinte e quatro) meses, permitindo-se a recondução, segundo a avaliação por pares em reunião, disponibilidade dos membros titulares e ato da Diretoria Geral de publicar a portaria de recondução.



LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## FINALIDADE DO COMITÊ

As ações do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

- I. Preparar o paciente, a família e os cuidadores para a tarefa de autogestão da saúde, auxiliando-os e apoiando-os no desenvolvimento de habilidades para monitorar sua saúde dentro do contexto de seu próprio estilo de vida, a fim de prepará-los para o momento da alta e/ou transferência;
- II. Estimular os papéis biográficos dos pacientes durante a internação, auxiliando no processo de desospitalização;
- III. Planejar a alta juntamente com a equipe multidisciplinar que assiste o paciente, preparando-os, quando necessário, para a continuidade da assistência no domicílio;
- IV. Otimizar o tempo de recuperação do paciente;
- V. Possibilitar o retorno do paciente ao conforto do ambiente familiar de forma segura e com qualidade;
- VI. Reduzir complicações clínicas e re-internações;
- VII. Diminuir os riscos de infecção nesses pacientes.

## PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

O Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

O Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar será responsável pelo mapeamento e inclusão de pacientes com risco para longa permanência em programa específico da instituição que visa conduzir esses casos específicos por meio de cuidado especializado e capacitação para continuidade do cuidado em domicílio para familiares e cuidadores do paciente.

Compete ao Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar a análise dos casos indicados para inclusão no programa após 15 dias de internação.

O Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar deverá manter estreita relação com a equipe multidisciplinar e com o departamento de serviço social do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos Dr. Geraldo

LOGO DA  
UNIDADE

# CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Landó, com a qual deverão ser discutidos os casos e resultados das ações educativas e terapêuticas implementadas.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

O presente Comitê tem como resultados esperados:

- I. Redução do tempo médio de hospitalização;
- II. Diminuição do índice de re-internações;
- III. Propiciar melhora da qualidade de vida de pacientes com doenças e condições crônicas;
- IV. Fortalecimento do vínculo de responsabilidade entre paciente crônico e familiares e/ou cuidadores;
- V. Redução do custo assistencial.





LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO DO  
COMITÊ DE GERENCIA-  
MENTO DOS PACIENTES  
COM RISCO PARA LONGA  
PERMANÊNCIA HOSPI-  
TALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

# REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR

## CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º - Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar, estabelecer condições mínimas de composição e fortalece-lo junto à administração e ao corpo clínico.

## CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º - O Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar será responsável pelo

mapeamento e inclusão de pacientes com risco para longa permanência em programa específico da instituição que visa conduzir esses casos específicos por meio de cuidado especializado e capacitação para continuidade do cuidado em domicílio para familiares e cuidadores do paciente.

Artigo 3º - O Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar tem por finalidade reparar o paciente, a família e/ou os cuidadores para a tarefa de autogestão da saúde, auxiliando-os e apoiando-os no desenvolvimento de habilidades para monitorar sua saúde dentro do contexto de seu próprio estilo de vida, a fim de prepará-los para o momento da alta e/ou transferência, sendo um órgão vinculado à Direção Técnica Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

## CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º - A composição do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar deverá contar com no mínimo 07 (sete) membros, entre presidente, vice-presidente, secretário e demais membros titulares e deverá ser de caráter multiprofissional e multidisciplinar, nomeados por seus pares, em concordância

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO DO  
COMITÊ DE GERENCIA-  
MENTO DOS PACIENTES  
COM RISCO PARA LONGA  
PERMANÊNCIA HOSPI-  
TALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

com a Diretoria Geral.

Artigo 5º - O Comitê será composto por representantes profissionais das seguintes áreas:

- I. Representante da Equipe de Enfermagem;
- II. Representante da Equipe Médica;
- III. Representante da Nutrição;
- IV. Representante da Fisioterapia;
- V. Representante da Assistência Social;
- VI. Representante do serviço de educação permanente.

Artigo 6º - O presidente do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar deverá, preferencialmente, ser profissional enfermeiro com especialização em gerontologia ou médico fisiatra ou geriatra.

Artigo 7º - O vice-presidente deve ser um profissional do setor de assistência social.

Artigo 8º - O mandato do presidente, vice-presidente e dos membros do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar do Hospital

Estadual de São Luis de Montes Belos Dr. Geraldo Landó será de no mínimo 02 (dois) anos, podendo haver recondução ao cargo por prazo indeterminado, visto que, este é um serviço de caráter técnico-científico que se beneficia com a experiência de seus membros, através de indicação do Comitê e nomeação pela Diretoria Geral da Instituição.

Artigo 9º - Os membros titulares do Comitê serão escolhidos por seus pares em votação aberta em reunião, em concordância com a Diretoria Geral, para exercerem estas funções por um período de no mínimo 2 (dois) anos, permitindo-se a recondução.

Artigo 10º - O critério para recondução dos membros será avaliado pelos pares presentes na reunião, através da disponibilidade dos membros em auxiliar com os trabalhos.

Artigo 11º - A Comissão poderá contar com consultores "ad hoc", que não fazem parte do Comitê como membro titular, podendo auxiliar em uma reunião determinada, sendo convidado formalmente para esta. Os consultores são pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos a determinado assunto.

Artigo 12º - Após a nomeação pela Diretoria Geral, permanecendo os mesmos membros, caberá somente a recondução, ou seja, após a indicação do Comitê no sentido de recon-



LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE GERENCIA- MENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPI- TALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

duzir seus membros, caberá como ato da Diretoria Geral a publicação de portaria de recondução.

Artigo 13º - Qualquer membro do Comitê poderá solicitar afastamento no período de mandato, desde que comunique a Diretoria Geral da Instituição de Saúde com antecedência mínima de 30 dias.

Artigo 14º - O mandato poderá ter um período inferior, desde que por motivo de força maior que justifique o término do vínculo com a Comissão ou por ausência em 03 (três) reuniões consecutivas, sem aviso prévio, ou 06 (seis) alternadas, mesmo que com aviso prévio.

Artigo 15º - As ausências justificadas e não computadas são: férias, licença maternidade ou paternidade, licença médica ou odontológica, licença gala, licença por morte de familiar, licença para capacitação ou possibilidade de prejuízo assistencial.

## CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 16º - Ao presidente do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar, além das outras instituídas neste regimento, compete:

- I. Presidir as reuniões ordinárias;
- II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;
- III. Encaminhar aos membros do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar as propostas técnicas e administrativas de funcionamento para apreciação e aprovação;
- IV. Representar o Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar sempre que solicitado;
- V. Nos impedimentos, este indicará um representante para substituí-lo, sendo o vice-presidente a primeira escolha sempre que possível;
- VI. Subscriver todos os documentos e resoluções do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar previamente aprovados pelos membros desta;
- VII. Fazer cumprir o regimento;
- VIII. Nas decisões do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO DO  
COMITÊ DE GERENCIA-  
MENTO DOS PACIENTES  
COM RISCO PARA LONGA  
PERMANÊNCIA HOSPI-  
TALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

IX. Indicar seu vice-presidente.

deliberações, entre outros;

Artigo 17º - Ao vice-presidente do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar, além das outras instituídas neste regimento, compete:

- I. Assumir as atividades do presidente na sua ausência;
- II. Auxiliar na promoção do comitê com a equipe multidisciplinar da instituição e demais comissões;
- III - Na ausência do presidente, o vice-presidente realizará suas atribuições.

V - Lavrar e assinar as atas de reuniões do Comitê;

VI - Auxiliar administrativamente as atividades do Comitê;

VII - Na ausência do secretário, o presidente nomeará um dos membros presentes para redigir a ata;

VIII - Encaminhar as atas das reuniões anteriores com antecedência de 48 horas da próxima reunião para o presidente e/ou vice-presidente.

Artigo 19º - Aos membros do Comitê compete:

Artigo 18º - Ao Secretário do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar compete:

- I - Assistir as reuniões;
- II - Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos estudos de casos ou outros que devam ser examinados nas reuniões do Comitê;
- III - Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata;
- IV - Fazer registros de atas.

I - Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem atribuídas;

II - Comparecer às reuniões, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito do assunto em discussão;

III - Desempenhar as ações atribuídas pela comissão;

IV - Requerer a votação de assuntos em regime de urgência;

V - Auxiliar no desenvolvimento e



LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE GERENCIA- MENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPI- TALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

implementação do programa de gerenciamento de risco para longa internação hospitalar.

## CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO E ATRIBUIÇÕES

Artigo 20º - O Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar irá realizar acompanhamento dos pacientes internados na instituição após o décimo quinto dia e que forem clinicamente elegíveis.

Artigo 21º - O Comitê fica ainda responsável por registrar e avaliar durante as reuniões, caso a caso, as medidas necessárias para avançar no processo de desospitalização, assegurando a continuidade dos cuidados e medidas terapêuticas necessárias após a alta e capacitando cuidadores e/ou familiares e responsáveis do paciente para que de fato exerçam os cuidados necessários.

Artigo 22º - As respostas de parecer, ou seja, a avaliação das pacientes de longa permanência hospitalar deve ser realizada por qualquer enfermeiro ou médico membro titular do Comitê.

Artigo 23º - As avaliações de pacientes elegíveis para o programa instituído pelo Comi-

tê, devem ser solicitadas pelos enfermeiros ou médicos responsáveis pelas unidades, em dias úteis da semana.

Artigo 24º - As avaliações de parecer solicitadas aos sábados, domingos ou feriados serão realizadas no primeiro dia útil conforme a escala.

Artigo 25º - As avaliações iniciais para averiguação da pertinência da inclusão ou não no programa do Comitê, devem ser realizadas por no mínimo dois membros do grupo, sendo um deles necessariamente médico ou enfermeiro.

Artigo 26º - Das reuniões:

- I - As reuniões ordinárias e extraordinárias do Comitê serão realizadas em sala previamente agendada, localizada dentro da Instituição de Saúde;
- II - As reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas mensalmente, com dia e horário previamente agendados;
- III - Poderá haver reuniões extraordinárias requeridas pela maioria de seus membros,

Artigo 27º - Os assuntos que demandarem decisão do Comitê serão colocados em pauta

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO DO  
COMITÊ DE GERENCIA-  
MENTO DOS PACIENTES  
COM RISCO PARA LONGA  
PERMANÊNCIA HOSPI-  
TALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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").

Artigo 28º - Este regimento poderá ser alterado, mediante proposta, através da aprovação de 3/5 de seus membros executores.

Artigo 29º - A proposta para alteração regimental poderá ser feita por qualquer membro titular da presente Comitê.

Artigo 30º - Os casos omissos neste Regimento serão decididos pelo presidente deste Comitê, ouvidos os membros desta e demais atores envolvidos.

Artigo 31º - Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação da Portaria pela Diretoria Geral do hospital.

CAPÍTULO VI -  
DISPOSIÇÕES GERAISCRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DO COMITÊ DE  
GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA  
LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR

| MÊS        | ATIVIDADES                                                                                                                                                                             |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M1 e<br>M2 | 1. Criar o Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar, por meio de uma Resolução da Diretoria Geral do hospital, bem como indicar seus membros. |
|            | 2. Aprovar o Regimento Interno do Comitê                                                                                                                                               |
|            | 3. Reunião ordinária mensal e treinamento interno para atuação.                                                                                                                        |
|            | 4. Realizar Diagnóstico situacional e levantamento de dados sobre os pacientes crônicos hospitalizados na Instituição de Saúde.                                                        |
|            | 5. Iniciar criação de programa de gerenciamento de longa permanência hospitalar e de capacitação para familiares e/ou cuidadores.                                                      |



LOGO DA  
UNIDADE

**REGIMENTO INTERNO DO  
COMITÊ DE GERENCIA-  
MENTO DOS PACIENTES  
COM RISCO PARA LONGA  
PERMANÊNCIA HOSPI-  
TALAR**

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

|          |                                                                                                                                                                       |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M3       | 1. Reunião ordinária mensal, apresentação do relatório sobre pacientes crônicos hospitalizados na Instituição de Saúde e discussão de novos candidatos ao programa.   |
|          | 2. Finalizar e iniciar implementação do projeto de capacitação para familiares e/ou cuidadores.                                                                       |
|          | 3. Atender as demandas para avaliação de candidatos ao programa do Comitê.                                                                                            |
| M4 e M5  | 1. Reunião ordinária mensal, apresentação do último relatório mensal sobre pacientes de longa permanência hospitalizados e discussão de novos candidatos ao programa. |
|          | 2. Implementação do projeto de capacitação para familiares e/ou cuidadores                                                                                            |
|          | 3. Atender as demandas para avaliação de candidatos ao programa do Comitê.                                                                                            |
| M6 e 7   | 1. Reunião ordinária mensal, apresentação do último relatório mensal sobre pacientes de longa permanência hospitalizados e discussão de novos candidatos ao programa. |
|          | 2. Implementação do projeto de capacitação para familiares e/ou cuidadores                                                                                            |
|          | 3. Atender as demandas para avaliação de candidatos ao programa do Comitê.                                                                                            |
| M8 e 9   | 1. Reunião ordinária mensal, apresentação do último relatório mensal sobre pacientes de longa permanência hospitalizados e discussão de novos candidatos ao programa. |
|          | 2. Implementação do projeto de capacitação para familiares e/ou cuidadores                                                                                            |
|          | 3. Atender as demandas para avaliação de candidatos ao programa do Comitê.                                                                                            |
| M10 e 11 | 1. Reunião ordinária mensal, apresentação do último relatório mensal sobre pacientes de longa permanência hospitalizados e discussão de novos candidatos ao programa. |
|          | 2. Implementação do projeto de capacitação para familiares e/ou cuidadores                                                                                            |
|          | 3. Atender as demandas para avaliação de candidatos ao programa do Comitê.                                                                                            |
|          | 4. Elaboração de relatório anual do Comitê                                                                                                                            |
| M12      | 1. Reunião ordinária mensal, apresentação do último relatório mensal sobre pacientes de longa permanência hospitalizados e discussão de novos candidatos ao programa. |
|          | 2. Apresentação dos resultados do relatório anual para a Diretoria Geral e demais colaboradores.                                                                      |
|          | 3. Atender as demandas para avaliação de candidatos ao programa do Comitê.                                                                                            |
|          | 4. Elaboração com as metas e objetivos para o próximo ano no que tange às obrigações do Comitê                                                                        |

# ITEM 2.1.10 - NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

LOGO DA  
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO  
DO NÚCLEO DE  
QUALIDADE E  
SEGURANÇA DO  
PACIENTE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

### CONSTITUIÇÃO

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente deve ser constituído em atendimento à determinação regulamentada pela Portaria Portaria Nº 529/MS de 1º de abril de 2011 (consolidada pela portaria Nº 5/MS de 28 de setembro de 2017).

Os protocolos utilizados para o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente serão baseados pelas premissas da Portaria Nº 2.095/MS de 24 de setembro de 2013, Por-

taria que apresenta e aprova os protocolos básicos de segurança do paciente e Portaria Nº 1.377/MS 9 de julho de 2013, que aprova os Protocolos de Segurança do Paciente, assim como as orientações da RCD 36 da ANVISA de 25 de julho de 2013, (que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências), da Nota Técnica da ANVISA Nº 01 de 2015, que dispõe sobre as orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde e Nota Técnica da ANVISA Nº 2 que apresenta as orientações gerais para a implantação da Sub-rede Analítica de Resistência Microbiana em Serviços de Saúde.

Os eventos adversos serão notificados por meio da NOTIVISA/ANVISA. O NOTIVISA é um sistema informatizado desenvolvido pela ANVISA para receber notificações de



LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DO NÚCLEO DE QUALI- DADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

incidentes, eventos adversos (EA) e queixas técnicas (QT) relacionadas ao uso de produtos e de serviços sob vigilância sanitária.

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

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

## ORIGEM

As responsabilidades sociais do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, em relação à assistência de segura e de qualidade aos pacientes, se desenvolve a partir de ações que visam à detecção e a investigação de qualquer situação que possa motivar ou facilitar a quebra de barreiras de segurança aos pacientes atendidos no hospital, utilizando para isso as normas vigentes, nacionais e internacionais (Metas Internacionais de Segurança do Paciente).

## MEMBROS

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente será composto por membros efetivos, deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral será norteadada pelo Regimento Interno do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

Contará com profissionais do quadro funcional do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, que atuam em consonância com a legislação vigente, deverá ser composta por uma equipe técnico-administrativa formalmente designada pelo diretor do hospital, cujo quantitativo e qualificação deverão estar de acordo com as atribuições do Núcleo, a equipe preferencialmente terá como coordenador um profissional da área de saúde de nível superior, com formação em Segurança do Paciente, e no mínimo 4 (quatro) membros, sendo

- I. 1 (um) Representante do Serviço de Epidemiologia;
- II. 1 (um) Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- III. 1 (um) Representante do Laboratório de Microbiologia;
- IV. 1 (um) Representante do Departamento de Farmácia;
- V. 1 (um) Representante do Corpo Clínico;

LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DO NÚCLEO DE QUALI- DADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- VI. (1) Representante (s) da Diretoria, Técnica e/ou Geral, de acordo com as demandas, em número a ser decido conjuntamente.

As ações do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

## MECANISMO DE CONTROLE

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar os membros do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente em parte ou na totalidade de seus membros.

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

## FINALIDADE DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

I. Identificar aspectos clínicos e epidemiológicos relacionados as notificações de Eventos Adversos (E.A) ocorridas na unidade de saúde;

II. Cumprir e fazer cumprir o disposto na Portaria Ministerial nº 529/MS de 1º de abril de 2011 (consolidada pela portaria Nº 5/MS de 28 de setembro de 2017);

III. Instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria contínua da qualidade na prestação dos serviços da Instituição;

IV. Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da Instituição;

V. Promover ações de envolvimento dos pacientes e familiares nas ações de segurança assistencial;

VI. Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente;

VII. Fomentar a inclusão do tema segurança do paciente na instituição.

VIII. Promover ações para a gestão de risco na Instituição;



LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DO NÚCLEO DE QUALI- DADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

IX. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional;

X. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

XI. Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

XII. Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente;

XIII. Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;

XIV. Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

XV. Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;

XVI. Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XVII. Compartilhar e divulgar para as Coordenações e aos profissionais

do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XVIII. Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XIX. Manter sob sua guarda e disponibilizar a autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

XX. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;

XXI. Contribuir para a melhoria da qualidade assistencial prestada a população da região;

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

O Gerenciamento de Risco, conjunto de atividade coordenadas para dirigir e controlar a organização no que se refere ao risco. O Núcleo, através de aplicação sistêmica e contínua de procedimentos e recursos de avaliação e controle de riscos e eventos adversos que possam afetar a segurança, a saúde humana, integridade profissional, o

LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DO NÚCLEO DE QUALI- DADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

meio ambiente e a imagem institucional.

No sentido de minimizar os riscos potenciais de eventos adversos que se faz necessário conhecer e controlar esses riscos, que são fontes de danos no ambiente hospitalar.

O Gerenciamento de Risco é parte integrante do Programa de Melhoria Continua da Qualidade e Segurança do Paciente e deverá conter prioritariamente ações de identificação do risco, notificação do risco, gerenciamento do risco, investigação de eventos adversos e gerenciamentos de queixas relacionadas as causas que, quando identificadas e tratadas resultam numa melhor qualidade do serviço.

## PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, promovem as medidas a serem adotadas no Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, de ser uma "instância do serviço de saúde criada para pro-

mover e apoiar a implementação de ações voltadas a segurança do paciente".

É um órgão diretamente vinculado a Coordenação e ao setor de Qualidade, cujas ações devem estar voltadas à promoção de uma assistência de qualidade e um ambiente seguro.

**Nota:** O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente deverá manter estreita relação com as Comissões Hospitalares e equipes do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações, enviando seus relatórios as Diretorias Técnica, Geral e órgãos fiscalizadores e solicitantes, quando necessário.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada a Comissão Interna de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.

Quando este for o entendimento da maioria dos integrantes do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, esta deverá encaminhar, por escrito, orientações à diretoria da unidade competente.



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA  
DO PACIENTE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

REGIMENTO  
INTERNO DO  
NÚCLEO DE  
QUALIDADE E  
SEGURANÇA DO  
PACIENTECAPÍTULO I - DOS  
OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente e estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer o Núcleo perante a Equipe do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.

CAPÍTULO II - DAS  
FINALIDADES

Artigo 2º. Cumprir e atender ao Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído no Brasil pela Portaria Nº 529/MS, de 1º de abril de 2013, sendo consolidada pela Portaria de Consolidação Nº 5/MS de 28 de setembro de 2017 e atender à RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

Artigo 3º. Analisar as notificações, notificar e investigar os Eventos Adversos e Near Miss ocorridos na Unidade.

Artigo 4º. O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente tem por finalidade especialmente, prevenir, monitorar e desenvolver estratégias para reduzir a incidência de incidentes nos atendimentos prestados, promovendo melhorias relacionadas à segurança do paciente e a qualidade em serviço de saúde.

CAPÍTULO III - DA  
COMPOSIÇÃO

Artigo 5º. O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente será composto por membros efetivos, deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral será norteadada pelo Regimento Interno do Núcleo de Segurança do Paciente.

Artigo 6º. Contará com profissionais do quadro funcional do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, que atuam em consonância com a legislação vigente, deverá ser composta por uma equipe interdisciplinar, técnico-administrativa, cujo quantitativo e qualificação deverão estar de acordo com as atribuições do Núcleo, a equipe preferencialmente terá como coordenador um profissional da área de saúde de nível superior, com formação em Segurança do Paciente, e no mínimo 4 (quatro) membros, sendo escolhidos:

LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- I. 1 (um) Representante do Serviço de Epidemiologia;
- II. 1 (um) Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- III. 1 (um) Representante do Laboratório de Microbiologia;
- IV. 1 (um) Representante do Departamento de Farmácia;
- V. 1 (um) Representante do Corpo Clínico;
- VI. 1 (um) Representante (s) da Diretoria, Técnica e/ou Geral, de acordo com as demandas, em número a ser decidido conjuntamente.

**Nota:** Poderá o número de membros ser superior de acordo com as necessidades.

sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

- III. Desenvolver ações para a integração e a articulação interdisciplinar no âmbito da instituição;
- IV. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- V. Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- VI. Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VII. Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição;
- VIII. Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- IX. Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA e

## CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

**Artigo 7º.** Compete ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente:

- I. Promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- II. Analisar e avaliar as notificações



LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;

- X. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

- XI. Acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

- XII. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;

- XIII. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;

- XIV. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;

- XV. Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;

- XVI. Elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;

- XVII. Participar de eventos e demais ações promovidos pela unidade, sobre segurança do paciente e qualidade;

- XVIII. Sensibilizar os profissionais e os usuários quanto a importância da Segurança do Paciente;

- XIX. Disseminar a cultura de segurança do paciente.

Artigo 8º. Ao presidente do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente compete:

- I. Presidir as reuniões ordinárias;
- II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;
- III. Encaminhar aos membros do Núcleo, as propostas técnicas e administrativas de funcionamento do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente para apreciação e aprovação;
- IV. Exercer ativamente a Presidência e representar o Núcleo em todos os órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política institucional existente (ou que venham a existir) na unidade de saúde, bem como a nível externo, quando solicitado;



LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- V. Cumprir e fazer cumprir as deliberações do Núcleo de Segurança do Paciente;

Qualidade e Segurança do Paciente.

- VI. Apresentar a Diretoria Técnica e Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, relatório mensal elaborado com as atividades do Núcleo, resultados de coleta e análise das notificações e investigações na unidade de saúde;

Artigo 10º. A todos os membros do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente compete:

I. Avaliar a unidade de saúde de modo contínuo;

- VII. Apresentar a Diretoria Técnica e Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, relatório mensal elaborado com a análise dos indicadores acompanhados;

II. Avaliar rotineiramente as informações promovidas pelo sistema de vigilância epidemiológica, propostas pelo SCIH e CCIH deliberando sobre as medidas/barreiras de controle a serem implementadas;

- VIII. Organizar, delegar e juntamente aos demais membros realizar investigações e executar as medidas de controle necessárias;

III. Colaborar com o Presidente do Núcleo em todas as suas atribuições;

- IX. Exercer demais atividades relacionadas às finalidades deste Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

IV. Participar com os demais membros do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, da elaboração de propostas de atuação e implementação em assuntos relevantes para o Núcleo;

Artigo 9º. Ao vice-presidente do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente compete:

- V. Realizar investigação de casos eventos adversos e near miss identificados e executar as medidas de controle necessárias.

I. Assumir as atividades e competências do presidente na suas ausências e impedimentos;

- VI. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

II. Zelar pelo sigilo ético das informações;

- VII. Desenvolver atividades de caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à Instituição.

III. Cumprir e fazer cumprir as deliberações do Núcleo de



LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

### CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 11º. A duração do mandato do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar os membros do Núcleo em parte ou na totalidade de seus membros.

Artigo 12º. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos membros eleitos deverão ser encaminhados à Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação.

Artigo 13º. Os membros poderão solicitar a participação de outros profissionais no desenvolvimento dos trabalhos, desde o mesmo tenha qualificação técnica comprovada e a aprovação dos demais membros.

Artigo 14º. As reuniões do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente serão realizadas mensalmente, convocadas pelo Presidente, com local e horário previamente definidos e informados pelo secretário desta.

Artigo 15º. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 16º. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 17º. O presidente do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos. Os cargos de presidente, vice-presidente e secretário poderão ser definidos pelos membros do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente através de votação simples pelos membros nomeados.

Artigo 18º. As decisões do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente Hospitalar serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 19º. As reuniões do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

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

Artigo 21º. Os assuntos tratados pelo do Nú-

LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

cleo de Qualidade e Segurança do Paciente deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 22º. Será solicitada a exclusão do

Qualidade e Segurança do Paciente:

I. Realizar reuniões periódicas para analisar e avaliar os dados sobre Eventos Adversos e Near



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

Artigo 23º. Nenhum membro do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, com exceção do Presidente, pode falar em nome do Núcleo sem que para isso esteja devidamente autorizado.

## CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 24º. São atribuições do Núcleo de

Miss decorrentes da prestação de serviços, além de busca ativa e auditorias;

II. Promover ações para a gestão do risco;

III. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional na unidade de saúde;

IV. Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado a Política de Segurança na unidade de saúde;

V. Implantar protocolos de Segurança do Paciente e



LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

realizar monitoramento dos seus indicadores;

VI. Desenvolver, implantar e acompanhar programa de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde em parceria com a Educação Permanente;

VII. Difundir o conhecimento sobre o tema, capacitando, periodicamente, profissionais em segurança do paciente;

VIII. Compartilhar e divulgar para as coordenações e aos profissionais os resultados das análises de eventos ou near miss registrados e decorrentes da prestação de serviço.

**Artigo 25º.** São atribuições do Presidente do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, além de outras que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I. Presidir as reuniões manifestar-se em nome do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;

II. Assinar documentos (salvo se delegar formalmente a algum membro do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente);

III. Organizar as atividades do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;

IV. Agendar e confirmar datas e

horários das reuniões do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, informando ao secretário do Núcleo;

V. Convocar os membros do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente para as reuniões ordinárias ou extraordinárias, se julgar necessário com o auxílio do secretário;

VI. Aprovar as atas e as encaminhar ao secretário do Núcleo;

VII. Atribuir responsabilidades na divisão de tarefas;

VIII. Apresentar resultados mensais às Coordenações da unidade;

IX. Nas decisões do Núcleo, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

X. Escolher um membro como vice-presidente do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

**Nota:** Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá o vice-presidente ou secretário. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

**Artigo 26º.** São atribuições e competências do secretário do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente:

LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- I. Auxiliar na comunicação dos membros para as reuniões;
- II. Registrar as reuniões em ata;
- III. Organizar a pauta além de colher assinatura dos membros em lista de presença;
- IV. Deverá ainda cumprir atribuições designadas pelo presidente e substituí-lo, assim como seu vice, quando assim designado formalmente, presidindo as reuniões ou comparecendo a reunião;
- V. Na ausência do secretário, no momento da reunião cabe ao presidente designar outro membro para cumprimento das atribuições designadas.

**Artigo 27º.** São atribuições de todos os membros do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente:

- I. Participar das reuniões e cumprir as atribuições designadas pelo presidente;
- II. Aprovar as atas enviadas para este fim;
- III. Sugerir pautas para a reunião do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;
- III. Participar da divisão de tarefas do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente e executá-las;
- IV. Fazer relatório dos planos de ação quando solicitado.

## CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

**Artigo 28º.** Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, em conjunto com a Diretoria Geral Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.

**Artigo 29º.** A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral e Diretoria Técnica.

**Artigo 30º.** Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente foi nomeada pela Portaria Interna Nº01 de 05 agosto de 2020 e pelo Regimento Interno da Comissão já aprovado e implantado desde 05 de Agosto de 2020

## CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente foi nomeada pela Diretoria Clínica do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos em 05 de agosto de 2020 conforme Portaria Interna Nº01 de agosto de 2020.



As atividades, discussões, levantamentos e providências acerca da temática de Qualidade estão sendo tratadas no Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

Regimento Interno da Comissão já aprovado e implantado desde 10/08/2020.

Notificações de Eventos Adversos ou Quase Falha já aprovado e implantado desde 10/02/2021

- FCH.HESLMB.NSP.001

| MÊS     | ATIVIDADES                                                                                       |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M1 e M2 | Reunião ordinária do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (primeira quarta-feira do mês). |
|         | Monitorar e tratar as notificações de eventos adversos                                           |
|         | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                      |
| M3      | Reunião ordinária do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (primeira quarta-feira do mês). |
|         | Monitorar e tratar as notificações de eventos adversos                                           |
|         | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                      |
| M4      | Reunião ordinária do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (primeira quarta-feira do mês). |
|         | Monitorar e tratar as notificações de eventos adversos                                           |
|         | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                      |
| M5      | Reunião ordinária do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (primeira quarta-feira do mês). |
|         | Monitorar e tratar as notificações de eventos adversos                                           |
| M6      | Implementação dos Protocolos de Qualidade e Segurança do Paciente.                               |
|         | Reunião ordinária do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (primeira quarta-feira do mês). |
|         | Monitorar e tratar as notificações de eventos adversos                                           |
|         | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                      |
| M7      | Reunião ordinária do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (primeira quarta-feira do mês). |
|         | Monitorar e tratar as notificações de eventos adversos                                           |
|         | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                      |
|         | Implementação dos Protocolos de Qualidade e Segurança do Paciente.                               |

AM

|     |                                                                                                                                |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M8  | Reunião ordinária do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (primeira quarta-feira do mês).                               |
|     | Monitorar e tratar as notificações de eventos adversos                                                                         |
|     | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                                                    |
|     | Implementação dos Protocolos de Qualidade e Segurança do Paciente                                                              |
| M9  | Reunião ordinária do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (primeira quarta-feira do mês).                               |
|     | Monitorar e tratar as notificações de eventos adversos                                                                         |
|     | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                                                    |
|     | Implementação dos Protocolos de Qualidade e Segurança do Paciente                                                              |
| M10 | Reunião ordinária do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (primeira quarta-feira do mês).                               |
|     | Monitorar e tratar as notificações de eventos adversos                                                                         |
|     | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                                                    |
|     | Implementação dos Protocolos de Qualidade e Segurança do Paciente                                                              |
| M11 | Reunião ordinária do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (primeira quarta-feira do mês).                               |
|     | Monitorar e tratar as notificações de eventos adversos                                                                         |
|     | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                                                    |
|     | Implementação dos Protocolos de Qualidade e Segurança do Paciente                                                              |
| M12 | Reunião ordinária do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (primeira quarta-feira do mês).                               |
|     | Monitorar e tratar as notificações de eventos adversos                                                                         |
|     | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                                                    |
|     | Implementação dos Protocolos de Qualidade e Segurança do Paciente                                                              |
|     | Divulgação dos resultados dos 1º ao 12º meses de atuação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.                       |
| M13 | Reunião ordinária do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (primeira quarta-feira do mês). Definição do Cronograma anual |



## Dados do Paciente:

Hospital Estadual  
São Luís de Montes Belos  
Dr. Geraldo Lando



### INDICADORES DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Instituição: \_\_\_\_\_  
Responsável pelo NIP: \_\_\_\_\_  
Mês / Ano: \_\_\_\_\_

| PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA                                                        | Total |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Porcentual de pacientes que recebeu antibiótico profilático no momento adequado       |       |
| Número de cirurgias em local errado                                                   |       |
| Número de cirurgias em paciente errado                                                |       |
| Número de procedimentos errados                                                       |       |
| Taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar ajustada de risco                      |       |
| Taxa de adesão à Lista de Verificação                                                 |       |
| PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS                                                         |       |
| Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão          |       |
| Número de quedas com dano                                                             |       |
| Número de quedas sem dano                                                             |       |
| Índice de queda (nº de eventos/nº de pacientes dia) (* 1000)                          |       |
| PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO                                         |       |
| Porcentual (%) de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP na admissão      |       |
| Porcentual (%) de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para LPP |       |
| Porcentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LPP              |       |
| Incidência de LPP                                                                     |       |
| PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS             |       |
| Número de erros na prescrição de medicamentos                                         |       |
| Número de erros na dispensação de medicamentos                                        |       |
| Número de erros na administração de medicamentos                                      |       |
| PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                                                |       |
| Número de eventos adversos devido a falha na identificação do paciente                |       |

Modelo de relatório mensal do Núcleo

Ass

| Hospital Estadual<br>São Luís de Montes Belos<br>de Goiás                                                                                                                                                                                            |  | NOTIFICAÇÃO DE EVENTO ADVERSO OU QUASE FALHA             |  | Número de notificação: _____<br>Data de ocorrência: _____<br>Revista de: _____<br>Página de: _____ |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Item 1: Identificação do paciente</b>                                                                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |                                                                                                    |  |
| Nome completo: _____                                                                                                                                                                                                                                 |  | Data de nascimento: _____                                |  | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F                                        |  |
| Número de identificação: _____                                                                                                                                                                                                                       |  | Data de internação: _____                                |  | Número de identificação: _____                                                                     |  |
| <b>Item 2: Localização do evento</b>                                                                                                                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/> Evento adverso                  |  | <input type="checkbox"/> Quase falha                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Pronto-socorro<br><input type="checkbox"/> Sala de emergência<br><input type="checkbox"/> Sala de cirurgia<br><input type="checkbox"/> Sala de diagnóstico<br><input type="checkbox"/> Sala de tratamento                   |  | Descreva o contexto do evento: _____<br>_____<br>_____   |  |                                                                                                    |  |
| <b>Item 3: Condição do paciente</b>                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                          |  |                                                                                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Estado crítico                                                                                                                                                                                                              |  | <input type="checkbox"/> Estado estável                  |  |                                                                                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Paciente com risco de vida<br><input type="checkbox"/> Paciente com risco de vida moderado<br><input type="checkbox"/> Paciente com risco de vida baixo                                                                     |  | Descreva a condição do paciente: _____<br>_____<br>_____ |  |                                                                                                    |  |
| <b>Item 4: Descrição do evento</b>                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                          |  |                                                                                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Evento adverso                                                                                                                                                                                                              |  | <input type="checkbox"/> Quase falha                     |  |                                                                                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Erro de medicação<br><input type="checkbox"/> Erro de diagnóstico<br><input type="checkbox"/> Erro de procedimento<br><input type="checkbox"/> Erro de comunicação<br><input type="checkbox"/> Erro de documentação         |  | Descreva o evento: _____<br>_____<br>_____               |  |                                                                                                    |  |
| <b>Item 5: Consequências</b>                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                          |  |                                                                                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Evento adverso                                                                                                                                                                                                              |  | <input type="checkbox"/> Quase falha                     |  |                                                                                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Não houve dano ao paciente<br><input type="checkbox"/> Houve dano ao paciente<br><input type="checkbox"/> Houve dano ao paciente e ao sistema<br><input type="checkbox"/> Houve dano ao paciente e ao sistema e ao processo |  | Descreva as consequências: _____<br>_____<br>_____       |  |                                                                                                    |  |
| <b>Item 6: Medidas</b>                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                          |  |                                                                                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Evento adverso                                                                                                                                                                                                              |  | <input type="checkbox"/> Quase falha                     |  |                                                                                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Não houve medida<br><input type="checkbox"/> Houve medida<br><input type="checkbox"/> Houve medida e o processo                                                                                                             |  | Descreva as medidas: _____<br>_____<br>_____             |  |                                                                                                    |  |
| <b>Item 7: Conclusão</b>                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |                                                                                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Evento adverso                                                                                                                                                                                                              |  | <input type="checkbox"/> Quase falha                     |  |                                                                                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Não houve conclusão<br><input type="checkbox"/> Houve conclusão<br><input type="checkbox"/> Houve conclusão e o processo                                                                                                    |  | Descreva a conclusão: _____<br>_____<br>_____            |  |                                                                                                    |  |
| <b>Item 8: Assinatura do responsável</b>                                                                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |                                                                                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Evento adverso                                                                                                                                                                                                              |  | <input type="checkbox"/> Quase falha                     |  |                                                                                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Não houve assinatura<br><input type="checkbox"/> Houve assinatura<br><input type="checkbox"/> Houve assinatura e o processo                                                                                                 |  | Assinatura: _____<br>_____<br>_____                      |  |                                                                                                    |  |
| <b>Item 9: Observações</b>                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                          |  |                                                                                                    |  |
| Observações: _____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                          |  |                                                                                                    |  |

Modelo de Notificação de Evento Adverso ou Quase Falha



# ITEM 2.1.11 - NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

### CONSTITUIÇÃO

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar deve ser constituído em atendimento à determinação regulamentada pela Portaria nº 2.254, de 5 de agosto de 2010, do Ministério da Saúde, a qual institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define as competências para a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, os critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência nacional e define também o escopo das ati-

vidades a serem desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia.

Atendendo a Portaria Ministerial citada, o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar será criado e nomeado por ato próprio do Diretor Geral da unidade de saúde e será norteado por Regimento Interno com proposição da periodicidade das reuniões e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos.

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

Como objetivo de implantar os princípios de

AM

LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DO NÚCLEO DE VIGILÂN- CIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

### ORIGEM

As responsabilidades sociais do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos em relação à assistência de qualidade aos pacientes, se desenvolve a partir de ações que visam à detecção e a investigação de qualquer agravo suspeito ou confirmado de doença de notificação compulsória (DNC) atendido no Hospital, utilizando para isso as normas de vigilância epidemiológica nacionais, estaduais e municipais.

### MEMBROS

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar será composto por membros efetivos, deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral será norteadada pelo Regimento Interno do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar.

Contará com profissionais do quadro fun-

cional do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos que atuam em consonância com a legislação vigente, deverá ser composta por uma equipe técnico-administrativa formalmente designada pelo diretor do hospital, cujo quantitativo e qualificação deverão estar de acordo com as atribuições do Núcleo, a equipe preferencialmente terá como coordenador um profissional da área de saúde, nível superior, com formação em Saúde Pública, Coletiva, Epidemiologia ou experiência comprovada em Saúde Pública, Vigilância Epidemiológica, e no mínimo 4 (quatro) membros, sendo:

- I. 1 (um) Representante do Serviço de Epidemiologia;
- II. 1 (um) Representante da Comissão de Controle de Infecção relacionada a Assistência em Saúde;
- III. 1 (um) Representante da coordenação de enfermagem;
- IV. 1 (um) Representante da equipe interdisciplinar.

### MECANISMO DE CONTROLE

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos fará proposição da periodicidade



LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DO NÚCLEO DE VIGILÂN- CIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

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

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

## FINALIDADE DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

As ações do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

- I. Identificar aspectos clínicos e epidemiológicos relacionados as notificações ocorridas na

unidade de saúde;

- II. Cumprir e fazer cumprir o disposto na Portaria Ministerial nº 2.254, de 5 de agosto de 2010;

- III. Notificar e investigar doenças e agravos de interesse para a saúde pública;

- IV. Notificar em tempo oportuno os agravos de notificação imediata;

- V. Analisar os dados coletados rotineiramente e divulgar as informações;

- VI. Coletar, consolidar, analisar e divulgar, mensalmente, dados estatísticos por meio de relatório padronizado objetivando informar os casos notificados na unidade;

- VII. Elaborar normas e rotinas técnico-operacionais, visando a detecção, prevenção e controle das Doenças de Notificação Compulsória (DNC) no âmbito hospitalar;

- VIII. Participar das Comissões Internas da Instituição;

- IX. Contribuir para a identificação de questões relacionadas ao perfil epidemiológico da região;

- X. Contribuir para a melhoria da qualidade assistencial prestada a população da região;

- XI. Orientar a diretoria responsável

LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DO NÚCLEO DE VIGILÂN- CIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

Através das atividades e avaliações do Núcleo, assim como dos indicadores resultantes destas avaliações, espera-se atingir a qualidade na realização dos processos que balizam o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, sendo estes indicadores:

- Nº total de Notificações de Agravos realizadas/mês;
- Nº de Notificações por tipo de agravo notificado;
- Perfil epidemiológico e cidade de origem dos pacientes notificados.

elaboração, implantação, avaliação permanente do Sistema de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológicas das doenças e agravos de notificação compulsórios, investigando casos de surtos, sempre que necessário, bem como a implantação de medidas imediatas de controle as doenças e agravos de notificação compulsória, além da orientação e educação permanente relativas ao tema a todos os colaboradores da instituição.

**Nota:** O Núcleo de Vigilância Epidemiológica deverá manter estreita relação com a Vigilância Epidemiológica Municipal, Estadual, Federal e com toda a equipe interdisciplinar do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações, enviando seus relatórios as Diretorias Técnica, Geral e órgãos fiscalizadores e solicitantes, quando necessário.

## PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, promovem as medidas a serem adotadas no Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, realização da

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

Quando este for o entendimento da maioria dos integrantes do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, esta deverá encaminhar, por escrito, orientações à diretoria da unidade competente.



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DO NÚCLEO DE VIGI-  
LÂNCIA EPIDEMIOLÓ-  
GICA HOSPITALARREGIMENTO  
INTERNO DO  
NÚCLEO DE  
VIGILÂNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA  
HOSPITALARCAPÍTULO I - DOS  
OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer o Núcleo perante a Equipe do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.

CAPÍTULO II - DAS  
FINALIDADES

Artigo 2º. Cumprir e fazer cumprir o disposto na Portaria Ministerial nº 2.254, de 5 de agosto de 2010;

Artigo 3º. Notificar e investigar doenças e agravos de interesse para a saúde pública;

Artigo 4º. Notificar em tempo oportuno os agravos de notificação imediata;

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Artigo 5º. Analisar os dados coletados rotineiramente e divulgar as informações;

Artigo 6º. Coletar, consolidar, analisar e divulgar, mensalmente, dados estatísticos por meio de relatório padronizado objetivando informar os casos notificados na unidade.

Artigo 7º. Elaborar normas e rotinas técnico-operacionais, visando a detecção, prevenção e controle das Doenças de Notificação Compulsória no âmbito hospitalar.

CAPÍTULO III - DA  
COMPOSIÇÃO

Artigo 8º. A composição mínima do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar será de 4 (quatro) membros:

- I. 1 (um) Representante do Serviço de Epidemiologia;
- II. 1 (um) Representante da Comissão de Controle de Infecção relacionada à Assistência em Saúde;
- III. 1 (um) Representante da coordenação de enfermagem;
- IV. 1 (um) Representante da equipe interdisciplinar.

**Nota:** Poderá o número de membros ser superior de acordo com as necessidades.

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DO NÚCLEO DE VIGI-  
LÂNCIA EPIDEMIOLÓ-  
GICA HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

CAPÍTULO IV - DA  
COMPETÊNCIA

Artigo 9º. Compete ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar:

- I. Desenvolver ações que visam à detecção e a investigação de qualquer agravo suspeito ou confirmado de doença de notificação compulsória (DNC) atendido no hospital, utilizando para isso as normas de vigilância epidemiológica nacionais, estaduais e municipais;
- II. Elaborar, implementar e manter o sistema de busca ativa para os pacientes internados ou atendidos em pronto-socorro para a detecção de doença de notificação compulsória (DNC);
- III. Notificar e investigar, no âmbito hospitalar, as doenças de notificação compulsória (DNC), utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação/ SINAN;
- IV. Realizar a notificação imediata para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação imediata segundo normas e procedimentos estabelecidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde;
- V. Promover um trabalho integrado com o laboratório do hospital e com outros laboratórios de referência, estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às doenças de notificação compulsória (DNC);
- VI. Estabelecer um fluxo com a farmácia para recebimento de informação de pacientes em uso de medicamentos próprios usados com frequência nos casos agudos e/ou crônicos de doença de notificação compulsória (DNC);
- VII. Promover a integração com o serviço de arquivo médico e a Comissão de revisão de prontuário do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos para o acesso às informações necessárias à vigilância epidemiológica contidas nos prontuários e outros registros de atendimento;
- VIII. Trabalhar em parceria com a Comissão de Controle de Infecção relacionada à Assistência em Saúde;
- IX. Realizar estudos epidemiológicos complementares das doenças de notificação compulsória (DNC) no ambiente hospitalar;
- X. Elaborar e divulgar periodicamente, relatórios das doenças notificadas no hospital e realizar sistematicamente reuniões com as equipes médicas e de outros profissionais;
- XI. Participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, capacitando-os para a realização de Vigilância Epidemiológica no ambiente hospitalar;



LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE VIGI- LÂNCIA EPIDEMIOLÓ- GICA HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

XII. Avaliar as ações de Vigilância Epidemiológica no ambiente hospitalar por meio de indicadores;

XIII. Elaborar, implantar, manter e avaliar permanentemente o Sistema de Vigilância, Notificação e Investigação;

XIV. Epidemiológicas de doenças e agravos de notificação compulsória em âmbito Hospitalar, investigando casos de surtos, sempre que necessário, bem como a implantação de medidas imediatas de controle;

XV. Estabelecer e acompanhar rotinas e precauções específicas da unidade de saúde;

XVI. Elaborar e acompanhar técnicas e rotinas para pacientes internos no isolamento;

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

Artigo 10º. Ao presidente do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar compete:

- I. Presidir as reuniões ordinárias;
- II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;

III. Encaminhar aos membros do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, as propostas técnicas e administrativas de funcionamento do Núcleo para apreciação e aprovação;

IV. Exercer ativamente a Presidência e representar o Núcleo em todos os órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política institucional existente (ou que venham a existir) na unidade de saúde, bem como a nível externo, quando solicitado;

V. Cumprir e fazer cumprir as deliberações do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;

VII. Apresentar a Diretoria Técnica e Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos relatório mensal elaborado com as atividades do Núcleo, resultados de coleta e análise das notificações e investigações epidemiológicas unidade de saúde;

VIII. Organizar, delegar e juntamente aos demais membros realizar investigação epidemiológica de casos e surtos identificados e executar as medidas de controle necessárias;

IX. Exercer demais atividades relacionadas às finalidades deste Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar.

Artigo 11º. Ao vice-presidente do Núcleo de Vi-

LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE VIGI- LÂNCIA EPIDEMIOLÓ- GICA HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

gilância Epidemiológica Hospitalar compete:

- I. Assumir as atividades e competências do presidente na suas ausências e impedimentos;
- II. Zelar pelo sigilo ético das informações;
- III. Cumprir e fazer cumprir as deliberações do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar.

V. Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos identificados e executar as medidas de controle necessárias.

VI. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

VII. Desenvolver atividades de caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

Artigo 12º. A todos os membros do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, compete:

- I. Avaliar a unidade de saúde de modo contínuo;
- II. Avaliar rotineiramente as informações promovidas pelo sistema de vigilância epidemiológica e aprovar as medidas de controle propostas pelo SCIRAS e CCIRAS;
- III. Colaborar com o Presidente do Núcleo em todas as suas atribuições;
- IV. Participar com os demais membros do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, da elaboração de propostas de atuação e implementação em assuntos relevantes para o Núcleo,

## CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 13º. A duração do mandato do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar os membros do Núcleo em parte ou na totalidade de seus membros.

Artigo 14º. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos suplentes eleitos deverão ser encaminhados a Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação.

Artigo 15º. Os membros poderão solicitar a participação de outros profissionais no de-



LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

envolvimento dos trabalhos, desde o mesmo tenha qualificação técnica comprovada e a aprovação dos demais membros.

Artigo 16º. As reuniões do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar serão realizadas mensalmente, convocadas pelo Presidente, com local e horário, previamente definidos e informados pelo secretário desta.

Artigo 17º. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 18º. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 19º. O presidente do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos. Os cargos de presidente, vice-presidente e secretário poderão ser definidos pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar através de votação simples pelos membros nomeados.

Artigo 20º. As decisões do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 21º. As reuniões do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 22º. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal e anexado a ata da reunião ordinária.

Artigo 23º. Os assuntos tratados pelo do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

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

Artigo 25º. Nenhum membro do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, com exceção do Presidente, pode falar em nome do Núcleo sem que para isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar.

AM

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DO NÚCLEO DE VIGI-  
LÂNCIA EPIDEMIOLÓ-  
GICA HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

CAPÍTULO VI - DAS  
ATRIBUIÇÕES

Artigo 26º. São atribuições de todos os membros do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar:

I. As atividades a serem desenvolvidas prioritariamente têm como objetivos a detecção, a notificação e a investigação dos agravos constantes da Portaria nº Portaria nº 264/GM/MS, de fevereiro de 2020, priorizando os agravos constantes, em estreita articulação com a Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública (Rede CIEVS), bem como a detecção de óbitos de mulheres em idade fértil, de óbitos maternos declarados, de óbitos infantis e fetais, de óbitos por doença infecciosa e por causa mal definida;

II. Deverá desenvolver, as seguintes atividades, de acordo com as normas do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) e das respectivas normas estaduais e municipais complementares;

III. Elaborar e manter em operação um sistema de busca ativa para os pacientes internados e atendidos em pronto-socorro da unidade hospitalar, para a detecção das doenças e agravos constantes

da Portaria nº 264/GM/MS, de fevereiro de 2020;

IV. Elaborar e manter em operação sistema de busca ativa para detecção e notificação dos óbitos ocorridos no ambiente hospitalar, prioritariamente dos óbitos maternos declarados, de mulher em idade fértil, infantil e fetal, nos termos das Portarias nºs 1.119/GM/MS, de 5 de junho de 2008, e 72/GM/MS, de 11 de janeiro de 2010, e dos óbitos por doença infecciosa e mal definidos;

V. Notificar ao primeiro nível hierárquico superior da vigilância epidemiológica as doenças e agravos de notificação compulsória (DNC) detectados no âmbito hospitalar, de acordo com os instrumentos e fluxos de notificações definidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS);

VI. Realizar a investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos constantes da Portaria nº 264/GM/MS, de fevereiro de 2020, detectados no ambiente hospitalar, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos



LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE VIGI- LÂNCIA EPIDEMIOLÓ- GICA HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

estabelecidos pela SVS/MS;

VII. Participar da investigação de óbitos maternos declarados e de mulheres em idade fértil, ocorridos no ambiente hospitalar, em conjunto com a comissão de análise de óbitos e em articulação com a SMS e com a SES, nos termos da Portaria n° 1.119/GM/MS, de 2008;

VIII. Participar da investigação dos óbitos infantis e fetais ocorridos no ambiente hospitalar, em conjunto com a comissão de análise de óbitos e em articulação com a SMS e com a SES, nos termos definidos na Portaria n° 72/GM/MS, de 2010;

IX. Incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológicos e anátomo - patológicos, em caso de óbitos por causa mal definida ocorridos no ambiente hospitalar;

X. Desenvolver processo de trabalho integrado aos setores estratégicos da unidade hospitalar, para fins de implementação das atividades de vigilância epidemiológica - tais como os Serviços de Arquivo Médico, as Comissões de Revisão de Prontuário de Óbitos e de Controle de Infecção Relacionada a Assistência em Saúde, a farmácia e o laboratório - para acesso às informações necessárias à detecção, monitoramento e encerramento de

casos ou surtos sob investigação;

XI. Validar as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) cujo código da Classificação Internacional de Doenças (CID) indique tratar-se de internação por doença de notificação compulsória, nos termos definidos na Portaria Conjunta n° 20/SAS/SVS/MS, de 25 de maio 2005;

XII. Promover treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar;

XIII. Monitorar e avaliar o preenchimento das declarações de óbitos e de nascidos vivos;

XIV. Monitorar, avaliar e divulgar o perfil de morbimortalidade hospitalar, incluindo as Doenças de Notificação Compulsória detectadas nesse ambiente, subsidiando o processo de planejamento e a tomada de decisão dos gestores do hospital, dos gestores estaduais e dos municipais dos sistemas de vigilância e de atenção à saúde;

XV. Realizar o monitoramento de casos hospitalizados por doenças e agravos prioritários para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, de acordo com as prioridades definidas pela SVS/MS, com base na situação

LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

epidemiológica e na viabilidade operacional;

XVI. Apoiar ou desenvolver estudos epidemiológicos ou operacionais complementares de Doenças de Notificação Compulsória - DNC, no ambiente hospitalar, incluindo a avaliação de protocolos clínicos das DNC, em consonância com as prioridades definidas pelos gestores do SNVS.

**Artigo 27º.** São atribuições da Secretaria do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar:

- I. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- II. Lavrar a ata das reuniões;
- III. Convocar os membros do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar para as reuniões determinadas pelo presidente;
- IV. Organizar e manter o arquivo do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;
- V. Preparar a correspondência, se necessário.

**Artigo 28º.** Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, em conjunto com a Diretoria Geral Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.

**Artigo 29º.** A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral e Diretoria Técnica.

**Artigo 30º.** Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

## CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar foi nomeada pela Diretoria Clínica do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos em 05 de agosto de 2020 conforme Portaria Interna N° 03 de agosto de 2020.

Regimento Interno do O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar já aprovado e implantado desde 17/08/2020.

## CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS



| MÊS     | ATIVIDADES                                                                                                                         |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M2 e M3 | Reunião ordinária do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (primeira quarta-feira do mês). Definição do Cronograma anual. |
|         | Elaboração de relatório mensal.                                                                                                    |
|         | Normalizar a comunicação efetiva com a equipe interdisciplinar, visando o rastreo constante das DNC                                |
|         | Monitorar notificações                                                                                                             |
|         | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                                                        |
| M4      | Reunião ordinária do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (primeira quarta-feira do mês).                                |
|         | Monitorar notificações                                                                                                             |
|         | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                                                        |
| M5      | Reunião ordinária do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (primeira quarta-feira do mês).                                |
|         | Monitorar notificações                                                                                                             |
|         | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                                                        |
| M6      | Reunião ordinária do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (primeira quarta-feira do mês).                                |
|         | Monitorar notificações                                                                                                             |
|         | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                                                        |
| M7      | Reunião ordinária do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (primeira quarta-feira do mês).                                |
|         | Monitorar notificações                                                                                                             |
|         | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                                                        |
| M8      | Reunião ordinária do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (primeira quarta-feira do mês).                                |
|         | Monitorar notificações                                                                                                             |
|         | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                                                        |

|     |                                                                                                                      |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M9  | Reunião ordinária do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (primeira quarta-feira do mês).                  |
|     | Monitorar notificações                                                                                               |
|     | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                                          |
|     | Realizar treinamento – Capacitação conforme dificuldades da equipe.                                                  |
| M10 | Reunião ordinária do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (primeira quarta-feira do mês).                  |
|     | Monitorar notificações                                                                                               |
|     | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                                          |
| M11 | Reunião ordinária do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (primeira quarta-feira do mês).                  |
|     | Monitorar notificações                                                                                               |
|     | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                                          |
| M12 | Reunião ordinária do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (primeira quarta-feira do mês).                  |
|     | Monitorar notificações                                                                                               |
| M13 | Elaboração de relatório mensal e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                                          |
|     | Reunião ordinária a Comissão de Verificação de Óbitos (primeira quinta-feira do mês). Definição do Cronograma anual. |





Hospital Estadual  
São Luís de Montes Belos  
Dr. Geraldo Lameiro



Núcleo de Vigilância Epidemiológica

Responsável Núcleo de Vigilância Epidemiológica: \_\_\_\_\_

| Relatório Epidemiológico Covid-19 |               |       |      |                                     |                |                | Período: _____  |                                      |       |                             |       |                                     |  |
|-----------------------------------|---------------|-------|------|-------------------------------------|----------------|----------------|-----------------|--------------------------------------|-------|-----------------------------|-------|-------------------------------------|--|
| Data                              | Identificação |       |      | Classificação Final                 |                | Dia Internação |                 | Evolução                             |       |                             |       | Observação                          |  |
|                                   | Paciente      | Idade | Sexo | Confir-<br>mado                     | Desar-<br>tado | UTI            | Enferma-<br>rio | Alta                                 | Óbito | Inter-<br>nado              | Data  |                                     |  |
| 05/05                             | JPG           | 74    | M    |                                     | X              |                | 5               | X                                    |       |                             | 08/05 | Paciente di-<br>abética             |  |
| 05/05                             | MDN           | 81    | F    | X                                   |                | 6              | 1               |                                      | X     |                             | 10/05 |                                     |  |
| 05/05                             | GRB           | 35    | M    | X                                   |                |                | 10              | X                                    |       |                             | 12/05 |                                     |  |
| 21/05                             | PJ            | 90    | F    |                                     | X              | 1              | 2               |                                      | X     |                             | 25/05 | Paciente se-<br>quela<br>AVC + PNMI |  |
| 30/05                             | PT            | 55    | M    | X                                   |                | 1              | -               |                                      |       | Perna-<br>não in-<br>terado |       |                                     |  |
|                                   |               |       |      |                                     |                |                |                 |                                      |       |                             |       |                                     |  |
| Total suspeitos: 5 paci-<br>entes |               |       |      | Total confirmados: 3 paci-<br>entes |                |                |                 | Total óbito por covid-19: 1 paciente |       |                             |       |                                     |  |

Observação: Descrição em vermelho são meramente ilustrativas.

\_\_\_\_\_  
Enfermeiro do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar

Nome

Assinatura

\_\_\_\_\_  
Diretoria Técnica

Nome

Assinatura

Modelo do Relatório mensal do Núcleo

# ITEM 2.1.12 - COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE

LOGO DA  
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA  
COMISSÃO INTERNA  
DE QUALIDADE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE

### CONSTITUIÇÃO

A Comissão Interna da Qualidade deve ser constituída em cumprimento a resolução da ANVISA - RDC nº 36 de 25 de julho de 2013, que estabeleceu a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente. É responsável por disseminar as orientações, normas e diretrizes que devem ser seguidas por todos os profissionais no exercício da profissão, independentemente da função ou cargo que ocupem.

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

Como objetivo de implantar os princípios de uma gestão participativa junto à unidade

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

### ORIGEM

As responsabilidades sociais do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos, em relação à assistência de segura e de qualidade aos pacientes, se desenvolve a partir de ações que visam auxiliar a Instituição no treinamento e aplicação das ferramentas da Qualidade para implementação de ações assertivas na melhoria dos serviços prestados aos pacientes atendidos no Hospital.

### MEMBROS

A Comissão Interna da Qualidade será composta por membros efetivos, deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral será norteadada pelo Regimento Interno a Comissão Interna da Qualidade. Esta comissão



LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

é composta pelos seguintes membros:

- I. Diretor Clínico;
- II. Enfermeiro da Qualidade ;
- III. Gerente de Enfermagem;
- IV. Gerente Administrativo;
- V. Gerência Assistencial;
- VI. Representante da Educação Permanente;
- VII. Representante da Coordenação de Enfermagem;
- VIII. Representante do Serviço de Farmácia;
- IX. Representante do Serviço Nutrição Clínica;
- X. Representante da SCIH;
- XI. Supervisor do Núcleo de Informação em Saúde.

Contará com profissionais do quadro funcional do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos, que atuam em consonância com a legislação vigente, deverá ser composta por uma equipe técnico-administrativa formalmente designada pela Diretoria do hospital, cujo quantitativo e qualificação deverão estar de acordo com as atribuições, a equipe prefe-

rencialmente terá como presidente um profissional da área de saúde, de nível superior, com formação em Qualidade.

## MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão Interna da Qualidade do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

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

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

## FINALIDADE DA COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE

As ações da Comissão Interna da Qualidade, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO DA  
COMISSÃO INTERNA  
DE QUALIDADE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

I. Ações conjuntas de promoção da qualidade para uma aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, as condições de trabalho e a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional;

II. Promover melhorias relacionadas à Qualidade e Segurança do Paciente, assegurando uma assistência segura e na orientação aos pacientes, familiares e acompanhantes de pessoas internadas;

III. Definir diretrizes para monitorar e promover a melhoria contínua necessária ao desenvolvimento da Instituição;

IV. Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre Qualidade;

V. Fomentar a inclusão do tema Qualidade e Melhoria contínua de Processos na instituição;

VI. Promover ações para a gestão de risco na Instituição;

VII. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional;

VIII. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, processos de trabalho e interações entre setores, propondo ações preventivas e corretivas;

IX. Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Programa de Gestão da Qualidade;

X. Acompanhar as ações vinculadas ao Programa de Gestão da Qualidade;

XI. Implantar as Ferramentas da Qualidade e realizar o monitoramento dos resultados;

XII. Contribuir para a melhoria da qualidade assistencial prestada a população da região;

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

Através das atividades e avaliações da Comissão, e dos dados gerados resultantes destas avaliações, espera-se atingir a qualidade na realização dos processos que balizam a Comissão Interna de Qualidade, e a partir daí gerar indicadores para o acompanhamento das ações.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS  
CONSTITUCIONAL

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



LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO DA  
COMISSÃO INTERNA  
DE QUALIDADE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

As deliberações da Comissão Interna de Qualidade, promovem as medidas a serem adotadas no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos, de ser uma "instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas a Gestão de Qualidade e Melhoria Contínua dos Processos". É um órgão diretamente vinculado a Diretoria Geral, Técnica e ao Núcleo de Qualidade, cujas ações devem estar voltadas à promoção de uma assistência de qualidade e um ambiente seguro.

**Nota:** A Comissão Interna de Qualidade deverá manter estreita relação com as Comissões Hospitalares e equipes do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações, enviando seus relatórios as Diretorias Técnica, Geral e órgãos fiscalizadores e solicitantes, quando necessário.

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

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



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO INTER-  
NA DE QUALIDADE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

REGIMENTO  
INTERNO DA  
COMISSÃO  
INTERNA DE  
QUALIDADECAPÍTULO I - DOS  
OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam a melhoria da Qualidade e Segurança de forma abrangente, garantindo a a premissa de que a qualidade e segurança esteja presente no dia a dia assistência e operacional com critérios baseados em normativas de melhores práticas, estruturando a Comissão Interna da Qualidade, estabelecendo condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão perante a Equipe do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos.

CAPÍTULO II - DAS  
FINALIDADES

Artigo 2º. Cumprir e atender à RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

Artigo 3º. Instituir ações de promoção a melhoria contínua dos processos e gestão da qualidade no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos.

Artigo 4º. A Comissão Interna de Qualidade tem por finalidade especialmente, prevenir, monitorar e desenvolver estratégias para reduzir a incidência de incidentes nos atendimentos prestados, promovendo melhorias relacionadas à segurança do paciente e a qualidade em serviço de saúde.

CAPÍTULO III - DA  
COMPOSIÇÃO

Artigo 5º. A Comissão Interna de Qualidade será composto por membros efetivos, deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral será norteadas pelo Regimento Interno da Comissão Interna de Qualidade.

Artigo 6º. Contará com profissionais do quadro funcional do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos, que atuam em consonância com a legislação vigente, deverá ser composta por uma equipe interdisciplinar, técnico-administrativa, cujo quantitativo e qualificação deverão estar de acordo com as atribuições da Comissão, a equipe preferencialmente terá como coordenador um profissional da área de saúde de nível superior, com formação em Qualidade, juntamente com representantes dos diversos serviços do hospital, sendo em áreas assistenciais e não assistenciais, sendo estes:

I. Diretor Clínico:



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO INTER-  
NA DE QUALIDADE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- II. Gerente da Qualidade;
- III. Gerente de Enfermagem;
- IV. Gerente Administrativo;
- V. Gerência Assistencial;
- VI. Representante da Educação Permanente;
- VII. Representante da Coordenação de Enfermagem;
- VIII. Representante do Serviço de Farmácia;
- IX. Representante do Serviço Nutrição Clínica;
- X. Representante da SCIH;
- XI. Supervisor do Núcleo de Informação em Saúde;

Nota: Poderá o número de membros ser superior de acordo com as necessidades.

CAPÍTULO IV - DA  
COMPETÊNCIA

Artigo 7º. Compete a Comissão Interna de Qualidade:

- I. Promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- II. Desenvolver ações para a integração e a articulação interdisciplinar no âmbito da instituição;
- III. Auxiliar no redesenho e a reengenharia dos processos assistenciais, tanto daqueles relacionados às atividades em saúde desenvolvidas numa unidade de saúde devem ser balizados por ações prudentes, com a previsão de nulidade de erros ou a menor falha possível diretamente ou indiretamente ao paciente;
- IV. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas, se valendo das ferramentas da qualidade para padronizar ações;
- V. Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- VI. Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de qualidade e segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;
- VII. Elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO INTER-  
NA DE QUALIDADE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

VIII. Participar de eventos e demais ações promovidos sobre qualidade em saúde;

IX. Sensibilizar os profissionais e os usuários quanto a importância da qualidade e melhoria dos processos da Unidade;

Artigo 8º. Ao presidente da Comissão Interna de Qualidade compete:

- I. Presidir as reuniões ordinárias;
- II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;
- III. Encaminhar aos membros da Comissão, as propostas técnicas e administrativas de funcionamento da Comissão Interna de Qualidade para apreciação e aprovação;
- IV. Exercer ativamente a Presidência e representar a Comissão em todos os órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política institucional existente (ou que venham a existir) na unidade de saúde, bem como a nível externo, quando solicitado;
- V. Cumprir e fazer cumprir as deliberações da Comissão Interna de Qualidade;
- VI. Apresentar a Diretoria Técnica e Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, relatório mensal elaborado com as atividades da Comissão;

VII. Apresentar a Diretoria Técnica e Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, relatório mensal elaborado com a análise dos indicadores eleitos e acompanhados;

VIII. Organizar, delegar e juntamente aos demais membros realizar investigações e executar as medidas de controle necessárias;

IX. Exercer demais atividades relacionadas às finalidades desta Comissão.

Artigo 9º. Ao vice-presidente da Comissão Interna de Qualidade compete:

- I. Assumir as atividades e competências do presidente na suas ausências e impedimentos;
- II. Zelar pelo sigilo ético das informações;
- III. Cumprir e fazer cumprir as deliberações da Comissão Interna de Qualidade.

Artigo 10º. A todos os membros da Comissão Interna de Qualidade compete:

- I. Avaliar a unidade e atividades da Instituição de saúde de modo contínuo;
- II. Colaborar com o Presidente



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO INTER-  
NA DE QUALIDADE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

da Comissão em todas as suas atribuições;

III. Participar com os demais membros da Comissão Interna da Qualidade, da elaboração de propostas de atuação e implementação em assuntos relevantes para a Comissão;

IV. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

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

CAPÍTULO V - DO  
FUNCIONAMENTO

Artigo 11º. A duração do mandato da Comissão Interna da Qualidade será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar os membros da Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

Artigo 12º. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos suplentes eleitos deverão ser encaminhados a Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação.

Artigo 13º. Os membros poderão solicitar a participação de outros profissionais no de-

envolvimento dos trabalhos, desde o mesmo tenha qualificação técnica comprovada e a aprovação dos demais membros.

Artigo 14º. As reuniões da Comissão Interna da Qualidade serão realizadas mensalmente, convocadas pelo Presidente com local e horário, previamente definidos e informados pelo secretário desta.

Artigo 15º. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 16º. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 17º. O presidente da Comissão Interna da Qualidade assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos. Os cargos de presidente, vice-presidente e secretário poderão ser definidos pelos membros da Comissão Interna da Qualidade através de votação simples pelos membros nomeados.

Artigo 18º. As decisões da Comissão Interna da Qualidade serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 19º. As reuniões da Comissão Interna da Qualidade deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO INTER-  
NA DE QUALIDADE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

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

Artigo 21º. Os assuntos tratados pela Comissão Interna de Qualidade deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 22º. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 23º. Nenhum membro da Comissão Interna de Qualidade com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão sem que para isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pela Comissão Interna de Qualidade.

CAPÍTULO VI - DAS  
ATRIBUIÇÕES

Artigo 24º. São atribuições da Comissão Interna de Qualidade:

- I. Estabelecer diretrizes de trabalho a fim de promover e apoiar a implementação de ações voltadas à qualidade, visando a qualidade dos processos, por meio do suporte para o planejamento, desenvolvimento, controle e reavaliação dos processos que envolvem o trabalho cotidiano;

- II. Promover a gestão de riscos e definir ações e estratégias envolvendo as áreas e processos de maior risco;

- III. Fazer cumprir a resolução da ANVISA - RDC nº 36 de 25 de julho de 2013, que estabeleceu a criação da Comissão Interna de Qualidade;

- IV. Nas reuniões mensais são apresentados os resultados das auditorias internas e externas realizadas, comunicados referentes à melhoria de processos e a apresentação dos eventos adversos ocorridos no mês;

- V. Os eventos adversos considerados como graves e sentinelas são analisados pelo gerenciamento de risco em conjunto com as áreas envolvidas e discutidos na Comissão Interna de Qualidade. Esta discussão conta com a participação de convidados como equipe assistencial, gestores das áreas, equipes médicas e demais envolvidos. As análises têm caráter educativo, afastando a ideia de punição, mantendo o foco nos processos e não em pessoas;

- VI. Difundir o conhecimento sobre o tema, capacitando, periodicamente, profissionais em qualidade.

Artigo 25º. São atribuições do Presidente da Comissão Interna de Qualidade, além de outras que decorram de suas funções ou prerrogativas:



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO INTER-  
NA DE QUALIDADE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

I. Presidir as reuniões manifestar-se em nome da Comissão Interna de Qualidade;

II. Assinar documentos (salvo se delegar formalmente a algum membro da Comissão Interna de Qualidade);

III. Organizar as atividades da Comissão Interna de Qualidade;

IV. Agendar e confirmar datas e horários das reuniões da Comissão Interna de Qualidade, informando ao secretário da Comissão;

V. Convocar os membros da Comissão Interna de Qualidade para as reuniões ordinárias ou extraordinárias, se julgar necessário com o auxílio do secretário;

VI. Aprovar as atas e as encaminhar ao secretário da Comissão;

VII. Atribuir responsabilidades na divisão de tarefas;

VIII. Apresentar resultados mensais às Coordenações da unidade.

IX. Nas decisões da Comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

X. Escolher um membro como vice-presidente da Comissão Interna de Qualidade.

*Nota: Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá o vice-presidente ou secretário. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.*

**Artigo 26º.** São atribuições e competências do secretário da Comissão Interna de Qualidade:

- I. Auxiliar na comunicação dos membros para as reuniões;
- II. Registrar as reuniões em ata;
- III. Organizar a pauta além de colher assinatura dos membros em lista de presença;
- IV. Deverá ainda cumprir atribuições designadas pelo presidente e substituí-lo, assim como seu vice, quando assim designado formalmente, presidindo as reuniões ou comparecendo a reunião;
- V. Na ausência do secretário, no momento da reunião cabe ao presidente designar outro membro para cumprimento das atribuições designadas.

**Artigo 27º.** São atribuições de todos os membros da Comissão Interna de Qualidade:

- I. Participar das reuniões e cumprir as atribuições designadas pelo



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO INTER-  
NA DE QUALIDADE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

presidente:

- II. Aprovar as atas enviadas para este fim;
- III. Sugerir pautas para a reunião da Comissão Interna de Qualidade;
- IV. Participar da divisão de tarefas da Comissão Interna de Qualidade e executá-las;
- V. Fazer relatório dos planos de ação quando solicitado.

serão resolvidos pelos membros da Comissão Interna de Qualidade, em conjunto com a Diretoria Geral Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.

**Artigo 29º.** A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes à Comissão Interna de Qualidade, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral e Diretoria Técnica.

**Artigo 30º.** Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

CAPÍTULO VII -  
DISPOSIÇÕES GERAIS

**Artigo 28º.** Os casos omissos neste regimento





## CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE

| MÊS     | ATIVIDADES                                                                                                                                                      |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M1 e M2 | 1. Criação Comissão Interna de Qualidade, através de uma Resolução da Direção Geral, indicando nominalmente seus membros.                                       |
|         | 2. Elaboração dos relatórios de avaliação, eleição de indicadores e acompanhamento das atividades desenvolvidas.                                                |
|         | 3. Elaboração do programa de capacitações.                                                                                                                      |
| M3      | 1. Reunião de formação da Equipe Estratégica.                                                                                                                   |
|         | 2. Capacitação da Equipe Estratégica para utilização das principais ferramentas da qualidade                                                                    |
|         | 3. Realização da reunião da Equipe Estratégica.                                                                                                                 |
|         | 5. Realizar treinamento – Palestra                                                                                                                              |
|         | 5. Divulgação/apresentação da Comissão Interna de Qualidade perante os colaboradores da unidade de saúde – Palestras                                            |
| M4      | 1. Reunião ordinária da Comissão Interna de Qualidade.                                                                                                          |
|         | 2. Elaboração dos relatórios de avaliação das atividades, dos indicadores e acompanhamento das capacitações desenvolvidas.                                      |
|         | 3. Capacitação da equipe para utilização das principais ferramentas da qualidade                                                                                |
| M5      | 1. Reunião ordinária da Comissão Interna de Qualidade.                                                                                                          |
|         | 2. Elaboração dos relatórios de avaliação das atividades, dos indicadores e acompanhamento das capacitações desenvolvidas.                                      |
| M6      | 1. Reunião ordinária da Comissão Interna de Qualidade.                                                                                                          |
|         | 2. Elaboração dos relatórios de avaliação das atividades, dos indicadores e acompanhamento das capacitações desenvolvidas.                                      |
| M7      | 1. Reunião ordinária da Comissão Interna de Qualidade.                                                                                                          |
|         | 2. Elaboração dos relatórios de avaliação das atividades, dos indicadores e acompanhamento das capacitações desenvolvidas.                                      |
|         | 3. Avaliar resultados do uso das ferramentas implantadas e prosseguir programa de capacitação da equipe para utilização das principais ferramentas da qualidade |



|     |                                                                                                                                                                 |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M8  | 1. Reunião ordinária da Comissão Interna de Qualidade.                                                                                                          |
|     | 2. Elaboração dos relatórios de avaliação das atividades, dos indicadores e acompanhamento das capacitações desenvolvidas.                                      |
| M9  | 1. Reunião ordinária da Comissão Interna de Qualidade.                                                                                                          |
|     | 2. Elaboração dos relatórios de avaliação das atividades, dos indicadores e acompanhamento das capacitações desenvolvidas.                                      |
|     | 3. Avaliar resultados do uso das ferramentas implantadas e prosseguir programa de capacitação da equipe para utilização das principais ferramentas da qualidade |
| M10 | 1. Reunião ordinária da Comissão Interna de Qualidade.                                                                                                          |
|     | 2. Elaboração dos relatórios de avaliação das atividades, dos indicadores e acompanhamento das capacitações desenvolvidas.                                      |
| M11 | 1. Reunião ordinária da Comissão Interna de Qualidade.                                                                                                          |
|     | 2. Elaboração dos relatórios de avaliação das atividades, dos indicadores e acompanhamento das capacitações desenvolvidas.                                      |
|     | 3. Avaliar resultados do uso das ferramentas implantadas e prosseguir programa de capacitação da equipe para utilização das principais ferramentas da qualidade |
| M12 | 1. Reunião ordinária da Comissão Interna de Qualidade.                                                                                                          |
|     | 2. Elaboração dos relatórios de avaliação das atividades, dos indicadores e acompanhamento das capacitações desenvolvidas.                                      |
|     | 3 Divulgação dos resultados dos 1º ao 12º meses de atuação da Comissão Interna da Qualidade.                                                                    |





# ITEM 2.1.13 - COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

### CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Ética de Médica (CEM) do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos, constituída de acordo com a Resolução CFM n.º 2.152/2016 que revoga a Resolução CFM n.º 1.657, em vigência desde 2002, que estabelece as normas de organização, funcionamento, eleição e competências da Comissão de Ética Médica nesta instituição.

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

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

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

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

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

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

ML

LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO DA  
COMISSÃO DE ÉTICA  
MÉDICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício em conformidade com o Código de Ética Médica Resolução CFM nº 1931/09.

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

## ORIGEM

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

## MEMBROS

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

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

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

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

## MECANISMO DE CONTROLE

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

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

## FINALIDADE DA COMISSÃO

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



LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

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

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

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

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

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

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

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

## PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

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

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

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

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

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO DE ÉTI-  
CA MÉDICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

REGIMENTO  
INTERNO DA  
COMISSÃO DE  
ÉTICA MÉDICACAPÍTULO I - DOS  
OBJETIVOS

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

CAPÍTULO II - DAS  
FINALIDADES

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

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

julgar necessárias.

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

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

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

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

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

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

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



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO DE ÉTI-  
CA MÉDICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

CAPÍTULO III - DA  
COMPOSIÇÃO

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

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

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

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

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

CAPÍTULO IV - DA  
COMPETÊNCIA

**Artigo 13º.** Garantir a conduta ética dos pro-

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

**Artigo 14º.** Zelar pelo exercício ético da medicina.

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

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

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

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

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

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO DE ÉTI-  
CA MÉDICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

CAPÍTULO V - DO  
FUNCIONAMENTO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artigo 29º. Todos os membros serão nomeados pelo Conselho Regional de Medicina. Os cargos de presidente e secretário poderão



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO DE ÉTI-  
CA MÉDICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

ser definidos pela Comissão de Ética Médica em votação simples pelos membros em sua primeira reunião.

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

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

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

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

Artigo 34º. Nenhum membro da Comissão de Ética Médica, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão em eventos

formais, institucionais ou extra institucionais sem que para isso esteja devidamente autorizado pelo presidente, em caso de impedimentos do mesmo, e em situações não padronizadas pela Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO VI - DAS  
ATRIBUIÇÕES

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

- I. Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;
- II. Verificar as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, bem como, a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, sugerindo modificações que venham julgar necessárias;
- III. Denunciar às instâncias superiores, inclusive o Conselho Regional de Medicina, as eventuais más condições de trabalho na instituição;
- IV. Colaborar com o Conselho Regional de Medicina divulgando resoluções, normas e pareceres;
- V. Assessorar a Diretoria Técnica e Geral da instituição, dentro de sua área de competência;

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO DE ÉTI-  
CA MÉDICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- VI. Proceder a Sindicância a pedido de interessados, médicos, Delegacias do Conselho Regional de Medicina e do próprio Conselho ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição.

para instruir as apurações internas instauradas.

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

Artigo 36<sup>º</sup>. Ao Presidente da Comissão de Ética Médica atribui-se:

- I. Representar a Comissão de Ética Médica;
- II. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição quaisquer indícios de infração aos dispositivos éticos vigentes, eventual exercício ilegal da medicina ou irregularidades que impliquem em cerceio à atividade médica no âmbito da instituição a qual se encontra vinculada;
- III. Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- IV. Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
- V. Convocar os membros suplentes para auxiliar nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
- VI. Nomear os membros encarregados

Artigo 37<sup>º</sup>. Ao Secretário da Comissão de Ética Médica atribui-se:

- I. Substituir o presidente em seus impedimentos ou ausências;
- II. Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Médica;
- III. Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e demais documentos relativos aos atos da Comissão de Ética Médica, mantendo arquivo próprio;
- IV. Abrir e manter sob sua guarda livro de registros da Comissão de Ética Médica, onde deverão constar os atos e os trabalhos realizados, de forma breve, para fins de fiscalização.

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

- I. Eleger o presidente e o secretário;
- II. Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias, propondo



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO DE ÉTI-  
CA MÉDICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

sugestões e assuntos a serem discutidos e, quando efetivos ou suplentes convocados, votar nas matérias em apreciação;

- III. Instruir as apurações internas, quando designados pelo presidente;
- IV. Participar ativamente das atividades da Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO VII - DO  
PROCESSO DE SINDICÂNCIA

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

- I. Denúncia ou reclamação por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- II. Comunicação por escrito do Diretor Técnico;
- III. Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;
- IV. Solicitação da Delegacia Regional do Conselho Regional de Medicina;
- V. Solicitação do Conselho Regional de Medicina do Estado.

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

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

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

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

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

Parágrafo Único: As sindicâncias deverão  
ser concluídas no prazo máximo de 60 dias,

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO DE ÉTI-  
CA MÉDICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

prorrogáveis por igual período a critério do Presidente, mediante solicitação justificada por escrito ao Conselho Regional de Medicina.

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

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

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

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

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

Parágrafo Único: Caso necessário, a Comissão poderá solicitar novas audiências dos

envolvidos ou testemunhas, bem como produzir novas provas.

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

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

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

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

CAPÍTULO VIII - DAS  
ELEIÇÕES

Artigo 49º. Os membros da Comissão de Ética Médica serão eleitos dentre os integran-



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO DE ÉTI-  
CA MÉDICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

tes do Corpo Clínico da unidade de saúde, obedecidas às normas regimentais, através de voto secreto e direto de seus pares.

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

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

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

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

Artigo 51º. As eleições para a Comissão de Ética Médica serão realizadas no dia do Mé-

dico, isto é, dia 18 de outubro, nos anos pares.

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

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

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

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

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

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO DE ÉTI-  
CA MÉDICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

por último, às instâncias superiores (Conselho Regional de Medicina e Conselho Federal de Medicina).

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

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

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

CAPÍTULO IX - DISPOSIÇÕES  
GERAIS

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

Artigo 61º. As Comissões de Ética Médica são órgãos de apoio aos trabalhos dos Conselhos Regionais de Medicina dentro das instituições de assistência

à saúde, possuindo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina.

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

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

Artigo 64º. A Comissão de Ética Médica é subordinada e vinculada ao respectivo Conselho Regional de Medicina.

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

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



## CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

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

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





# ITEM 2.1.14 - COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

LOGO DA  
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA  
COMISSÃO DE ÉTICA  
DE ENFERMAGEM

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

### CONSTITUIÇÃO

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

A Comissão de Ética em Enfermagem do Serviço de Enfermagem do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, é órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem de Goiás em caráter permanente.

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

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

LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO DA  
COMISSÃO DE ÉTICA  
DE ENFERMAGEM

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos e representantes do COREN-GO e norteada por Regimento Interno com proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação à comunidade interna de colaboradores.

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

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

## ORIGEM

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

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

## MEMBROS

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

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

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

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

## MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão de Ética de Enfermagem Saúde do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos fará proposição da periodicidade das



LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO DA  
COMISSÃO DE ÉTICA  
DE ENFERMAGEM

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

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

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

## FINALIDADE DA COMISSÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO DA  
COMISSÃO DE ÉTICA  
DE ENFERMAGEM

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

PRINCÍPIOS DE DESENHOS  
CONSTITUCIONAL

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

As deliberações da Comissão de Ética de Enfermagem, visando à correção, reparação ou prevenção de distorções e irregularidades verificadas na implantação, análises e ações educativas ou fiscalizatórias, devem ser encaminhadas primeiramente ao COREN, Responsável Técnico de Enfermagem e Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, que irá auxiliar nas questões sobre sua competência.

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

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





LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO DE ÉTI-  
CA DE ENFERMAGEM

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

REGIMENTO  
INTERNO DA  
COMISSÃO  
DE ÉTICA DE  
ENFERMAGEMCAPÍTULO I - DOS  
OBJETIVOS

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

CAPÍTULO II - DAS  
FINALIDADES

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

Artigo 3º. A Comissão tem funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético de Enfermagem, verificando as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado aos

pacientes, sugerindo modificações que venham julgar necessárias.

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO III - DA  
COMPOSIÇÃO

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO DE ÉTI-  
CA DE ENFERMAGEM

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

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

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

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

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

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

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

- I. Não estar exercendo a função de Coordenação Geral ou Gerente de Enfermagem do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos;

- II. Estar em pleno gozo dos direitos profissionais e civis e não ter condenação em processos de qualquer natureza;

- III. Ter no mínimo 02 (dois) anos de Inscrição Definitiva e estar em dia com as obrigações junto ao COREN;

- IV. Ter no mínimo 02 (dois) anos de experiência profissional e/ou pelo menos 01 (um) ano na Instituição.

CAPÍTULO IV - DA  
COMPETÊNCIA

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

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

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

**Artigo 20º.** Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) e demais normas disciplinares e Éticas do Exercício Profissional.

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



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO DE ÉTI-  
CA DE ENFERMAGEM

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

implicações da atitude.

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

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

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

CAPÍTULO V - DO  
FUNCIONAMENTO

**Artigo 24º.** A Comissão de Ética de Enfermagem do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, terá sede em locação a ser disponibilizada pela unidade hospitalar, com infraestrutura básica para seu funcionamento. A Direção Geral e Gerência de Enfermagem da Instituição garantirá condições necessárias para o desenvolvimento das Atividades da Comissão de Ética.

**Artigo 25º.** As reuniões da Comissão de Éti-

ca de Enfermagem serão realizadas mensalmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente, com local e horário, previamente definidos e informados.

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

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

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

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

**Artigo 30º.** Todos os membros serão nomeados pelo Conselho Regional de Enfermagem e Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos. Os cargos de presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão de Ética de Enfermagem em votação simples pelos membros.

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

**Artigo 32 -** As reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospi-

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO DE ÉTI-  
CA DE ENFERMAGEM

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

taílar e Diretorias do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos, contendo: data e hora dela, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

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

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

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

CAPÍTULO VI - DAS  
ATRIBUIÇÕES

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

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

Decisões do COREN-GO;

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

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

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

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

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

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

VIII. Comunicar ao COREN indícios de exercício ilegal, bem como a



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO DE ÉTI-  
CA DE ENFERMAGEM

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

prática irregular da assistência aos pacientes por qualquer membro da equipe de Saúde da Instituição;

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

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

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

- I. Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;
- II. Planejar e controlar as atividades programadas;
- III. Elaborar relatório com os resultados dos casos analisados e encaminhar à Direção Geral e de Enfermagem para ciência e demais;
- IV. Providências administrativas;
- V. Elaborar relatório de acordo com o preconizado e encaminhar ao COREN;
- VI. Representar a Comissão de Ética de Enfermagem perante as instâncias superiores, inclusive no COREN;
- VII. Solicitar a participação de membros suplentes nos trabalhos, quando necessário;

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

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

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

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

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

- I. Eleger Presidente e Secretário;
- II. Comparecer às reuniões da Comissão, discutindo e opinando sobre as matérias em pauta;
- III. Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem responder sindicâncias;

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO DE ÉTI-  
CA DE ENFERMAGEM

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- IV. Desenvolver demais atribuições previstas no presente regimento;
- V. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros;
- VI. Nenhum membro da Comissão de Ética de Enfermagem, com exceção do Presidente, pode falar em nome da comissão sem que para isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pela Comissão de Ética de Enfermagem.

CAPÍTULO VII - DO  
PROCESSO DE SINDICÂNCIA

Artigo 40º. A sindicância deverá ser instaurada mediante:

- I. Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- II. Denúncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem;
- III. Deliberação da própria Comissão de Ética de enfermagem
- IV. Determinação do Conselho Regional de Enfermagem.

Artigo 41º. Aberta a sindicância, a Comissão de Ética de Enfermagem informará o fato aos

envolvidos, procedendo a convocação, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes no prazo de 7 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

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

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

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

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

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

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



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO DE ÉTI-  
CA DE ENFERMAGEM

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

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

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

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

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

CAPÍTULO VIII - DAS  
ELEIÇÕES

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

**Artigo 49º.** A Comissão de Ética de Enfermagem vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral, composta de 03

(três) profissionais de enfermagem, que serão responsáveis pela organização, apuração e divulgação dos resultados do pleito.

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

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

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

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

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

**Artigo 51º.** A eleição somente terá legitimidade se o número de votantes for, no mínimo

a metade mais um dos profissionais em condições de votar.

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

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

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

em seguida e última instância ao COREN.

## CAPÍTULO IX - DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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





## CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

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



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



# ITEM 2.1.15 - COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (COREME)

LOGO DA  
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO  
DA COMISSÃO DE  
RESIDÊNCIA MÉDICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM CLÍNICA MÉDICA

### CONSTITUIÇÃO

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

São da competência específica da COREME - HESLMB as seguintes ações:

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



## CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

de Residência Médica (CNRM):

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

Montes Belos Dr. Geraldo Landóe seu respectivo suplente indicados pela Direção Geral.

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

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

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

## ESTRUTURA DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

### CAPÍTULO I - Da Composição da COREME - HESLMB

A Comissão de Residência Médica do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos Dr. Geraldo Landóe será composta por:

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

### CAPÍTULO II - Da Coordenação da COREME - HESLMB

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

A duração do mandato do Coordenador Ge-





CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

ral, do 1º Vice-Coordenador e do 2º Vice Coordenador, será de 4 (quatro anos), podendo haver apenas uma recondução sequencial.

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

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

São atribuições do Coordenador Geral da Comissão de Residência Médica:

- I - Dirigir a COREME - HESLMB, respondendo diretamente à Direção do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. César Saad Fayad;
- II - Convocar e presidir as reuniões;
- III - Elaborar a pauta das reuniões;
- IV - Encaminhar aos órgãos competentes as solicitações de informações requeridas pela COREME - HESLMB;

V - Encaminhar à Diretoria Geral as deliberações tomadas pela COREME - HESLMB;

VI - Representar a COREME - HESLMB nas reuniões colegiadas;

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

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

## CAPÍTULO III - Da Comissão De Residência Médica

São atribuições da COREME - HESLMB:

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



## CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- IV - Encarregar-se dos assuntos relacionados diretamente aos médicos residentes, tais como: moradia, ajustes à Instituição, ao regulamento da Instituição e ao Programa de Residência Médica.

### CAPÍTULO IV - Da Secretaria

Ao(À) Secretário(a) da COREME - HESLMB compete:

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

### CAPÍTULO IV - Do Processo Seletivo Para Residência

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

Parágrafo 1º O candidato deverá apresentar a documentação em conformidade com o estabelecido em edital.

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

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

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

## DOS ATOS FORMAIS DAS COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

### CAPÍTULO I - Das Reuniões

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

Parágrafo 1º O calendário de reuniões ordi-





## CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

nárias será divulgado amplamente, no início de cada ano letivo.

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

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

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

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

O Coordenador Geral, após aprovação da COREME - HESLMB, poderá constituir sub-comissões assessoras.

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

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

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

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

## CAPÍTULO II - Das Disposições Finais

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

As disposições deste Regimento Interno

# ITEM 2.1.16 - COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

LOGO DA  
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO  
COMISSÃO INTERNA  
DE PREVENÇÃO DE  
ACIDENTES - CIPA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA

### CONSTITUIÇÃO

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

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

### ORIGEM

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

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

### MEMBROS

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



LOGO DA  
UNIDADE

# CONSTITUIÇÃO COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

prego, isto é, aqueles regidos pela CLT.

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

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

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

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

| GRUPOS | Nº de empregados no estabelecimento | Nº de membros da CIPA |         |         |         |          |           |           |           |            |             |              |               | Acima de 10.000 para cada grupo de 2.500 acrescentar |
|--------|-------------------------------------|-----------------------|---------|---------|---------|----------|-----------|-----------|-----------|------------|-------------|--------------|---------------|------------------------------------------------------|
|        |                                     | 0 a 19                | 20 a 29 | 30 a 50 | 51 a 80 | 81 a 100 | 101 a 120 | 121 a 140 | 141 a 300 | 301 a 1000 | 1001 a 2500 | 2501 a 5.000 | 5001 a 10.000 |                                                      |
| C - 34 | Efetivos                            |                       | 1       | 1       | 2       | 2        | 4         | 4         | 4         | 4          | 6           | 10           | 12            | 2                                                    |
|        | Suplentes                           |                       | 1       | 1       | 2       | 2        | 3         | 3         | 3         | 4          | 5           | 8            | 9             | 2                                                    |

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

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

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

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

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



LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO CO- MISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACI- DENTES – CIPA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

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

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

## MECANISMO DE CONTROLE

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

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

Poderá haver reuniões extraordinárias quando:

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

**B.** OCORRER ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE OU FATAL;

**C.** HOUVER SOLICITAÇÃO EXPRESSA DE UMA DAS REPRESENTAÇÕES

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

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



LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO CO- MISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACI- DENTES – CIPA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## FINALIDADE DA COMISSÃO

São atribuições da CIPA:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO CO-  
MISSÃO INTERNA DE  
PREVENÇÃO DE ACI-  
DENTES – CIPA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

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

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

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

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

**B.** INFORMAR O EMPREGADOR  
SOBRE OS TRABALHOS  
REALIZADOS PELA  
COMISSÃO;

**N.** REQUISITAR À EMPRESA  
AS CÓPIAS DAS CAT  
EMITIDAS;

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

**O.** PROMOVER, ANUALMENTE,  
EM CONJUNTO COM O  
SESMT, ONDE HOUVER, A  
SEMANA INTERNA DE PREVENÇÃO DE  
ACIDENTES DO TRABALHO – SIPAT;

São atribuições do Presidente da CIPA:



LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO CO-  
MISSÃO INTERNA DE  
PREVENÇÃO DE ACI-  
DENTES – CIPA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

As atribuições do Presidente serão delegadas ao Vice-Presidente nos casos de afastamentos temporários e situações impeditivas.

São atribuições a serem realizadas em conjunto pelo Presidente e Vice-Presidente:

**A.** CUIDAR PARA QUE A CIPA DISPONHA DE CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE SEUS TRABALHADOS.

**B.** COORDENAR E SUPERVISIONAR AS ATIVIDADES DA CIPA, ZELANDO PARA O ALCANCE DOS OBJETIVOS PROPOSTOS SEJAM ALCANÇADOS.

**C.** DELEGAR ATRIBUIÇÕES AOS MEMBROS DA CIPA.

**D.** PROMOVER O RELACIONAMENTO DA CIPA COM O SESMT, QUANDO HOUVER.

**E.** DIVULGAR AS DECISÕES DA CIPA A TODOS OS TRABALHADORES DO ESTABELECIMENTO.

**F.** ENCAMINHAR OS PEDIDOS DE RECONSIDERAÇÃO DAS DECISÕES DA CIPA.

**G.** CONSTITUIR A COMISSÃO ELEITORAL.

São atribuições do Secretário da CIPA:

**(A)** ACOMPANHAR AS REUNIÕES DA CIPA E REDIGIR AS ATAS APRESENTANDO-AS PARA APROVAÇÃO E ASSINATURA DOS MEMBROS PRESENTES.

**(B)** PREPARAR AS CORRESPONDÊNCIAS, E OUTRAS TAREFAS CORRELATAS QUE LHE FOREM CONFERIDAS.

LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO CO-  
MISSÃO INTERNA DE  
PREVENÇÃO DE ACI-  
DENTES – CIPA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

PRINCÍPIOS DE DESENHOS  
CONSTITUCIONAL

A organização social deverá promover treinamento para os membros da CIPA antes do empossamento, ainda que em casos de reeleição.

Os treinamentos deverão ser ministrados no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

Não se enquadrando no Quadro I da NR nº 05, a organização social deverá promover treinamento anual para o designado responsável pelo cumprimento do objetivo estabelecido no item 1 desta Proposta.

O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal da empresa, podendo ser objeto de Acordo ou Convenção Coletiva.

Constituem matérias a serem abordados no treinamento:

**A.** ESTUDO DO AMBIENTE,  
CONDIÇÕES DE TRABALHO  
E DOS RISCOS QUE  
DERIVAM DAS ATIVIDADES LABORAIS

**B.** METODOLOGIA DE  
INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE  
DE ACIDENTES E DOENÇAS  
DO TRABALHO;

**C.** NOÇÕES SOBRE AS  
DOENÇAS OCUPACIONAIS  
E ACIDENTE TÍPICOS  
DECORRENTES DA EXPOSIÇÃO AOS  
RISCOS EXISTENTES NAS ATIVIDADES  
DESENVOLVIDAS PELA ORGANIZAÇÃO;

**D.** CONCEPÇÃO SOBRE AS  
LEGISLAÇÕES TRABALHISTA  
E PREVIDENCIÁRIA  
RELATIVAS À SEGURANÇA E SAÚDE NO  
TRABALHO;

**E.** NOÇÕES SOBRE COVID-19  
E OUTRAS DOENÇAS  
INFECTOCONTAGIOSAS, BEM  
COMO AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO;

**F.** PRINCÍPIOS GERAIS DE  
HIGIENE DO TRABALHO E AS  
MEDIDAS PARA CONTENÇÃO  
DOS RISCOS;

**G.** A ORGANIZAÇÃO,  
DISPOSIÇÃO E  
FUNCIONAMENTO DA CIPA,  
BEM COMO OUTROS ASSUNTOS  
NECESSÁRIOS AO CUMPRIMENTO DAS  
ATRIBUIÇÕES.



LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO CO- MISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACI- DENTES – CIPA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

O treinamento poderá ser ministrado pelo SESMT da organização ou outra entidade profissional que possua conhecimentos específicos sobre o tema, sendo que neste último caso, a entidade deverá ser aprovada pela CIPA.

## TERMINOLOGIAS

**CIPA** – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;

**CLT** – Consolidação das Leis do Trabalho;

**CNAE** – Classificação Nacional de Atividades Econômicas;

**NR** – Norma Regulamentadora;

**DRT** – Delegacia Regional do Trabalho;

**SRTE** – Superintendência Regional do Trabalho e Emprego;

**AIT** – Agente da Inspeção do Trabalho;

**SESMT** – Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho;

**PCMSO** – Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional;

**PPRA** – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais;

**CAT** – Comunicação de Acidente de Trabalho;

**SIPAT** – Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho;

LOGO DA  
UNIDADE

PROPOSTA DE REGI-  
MENTO INTERNO DA  
COMISSÃO INTERNA  
DE PREVENÇÃO DE  
ACIDENTES – CIPA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

# PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA

Base legal – LEI FEDERAL nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977, PORTARIA Nº 3.214 – Norma Regulamentadora 5 – NR-5.

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA deverá desenvolver suas atividades baseadas no seguinte Regimento Interno.

## CAPÍTULO I – DO OBJETIVO

Artigo 1º. A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA constituída pela organização social na gestão do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, tem por objetivo adequar a relação entre trabalho e homem, aperfeiçoando, de forma contínua, as atividades desenvolvidas pelos colaboradores da organização social, tornando-as compatíveis e seguras para a condição humana.

Artigo 2º. Para o cumprimento de seu objetivo e atribuições, a CIPA deverá desenvolver as seguintes atividades:

- I. Realizar inspeções nos respectivos ambientes de trabalho, visando à detecção de riscos ocupacionais;
- II. Estudar as situações de trabalho potencialmente nocivas à saúde e ao bem-estar dos empregados, estabelecendo medidas preventivas ou corretivas para eliminar ou neutralizar os riscos existentes;
- III. Investigar as causas e consequências dos acidentes e das doenças associadas ao trabalho e acompanhar a execução das medidas corretivas até a sua finalização;
- IV. Discutir todos os acidentes ocorridos no mês, visando cumprir o estabelecido no item anterior;
- V. Realizar, quando houver denúncia de risco ou por iniciativa própria, inspeção no ambiente de trabalho, dando conhecimento dos riscos encontrados ao responsável pela área, à chefia da unidade e ao Setor de Segurança do Trabalho;
- VI. Promover a divulgação das normas de segurança e medicina do trabalho, emitidas pelos setores de Segurança e Medicina do Trabalho, zelando pela sua observância;
- VII. Despertar o interesse dos empregados pela prevenção de



LOGO DA  
UNIDADE

## PROPOSTA DE REGI- MENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA

acidentes e doenças ocupacionais, por meio de trabalho educativo, estimulando-os a adotar comportamento preventivo;

VIII. Participar de campanhas de prevenção de acidentes do trabalho promovidas pelo hospital;

IX. Promover em conjunto com o setor de Segurança do Trabalho, anualmente a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;

X. Promover a realização de cursos, treinamentos e campanhas que julgar necessários para melhorar o desempenho dos empregados quanto à Segurança e Medicina do Trabalho e outros afins.

## CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO, ELEIÇÃO E MANDATO

Artigo 3°. A CIPA será composta por representantes dos empregados e do empregador.

Parágrafo Primeiro: O número de membros que comporão a CIPA será determinado de acordo com o dimensionamento previsto no Grupo C-34, Quadro I da NR 05, sendo:

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

# A.

 PRESIDENTE:

# B.

 VICE-PRESIDENTE:

# C.

 SECRETÁRIO:

# D.

 MEMBROS TITULARES:

# E.

 MEMBROS SUPLENTES:

Artigo 4°. Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes serão designados pela organização social gestora do Hospital.

Artigo 5°. Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, em votação por lista nominal, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados, sendo vedada a formação de chapas.

LOGO DA  
UNIDADE

## PROPOSTA DE REGI- MENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

**Parágrafo Primeiro:** O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto na NR-05 ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

**Parágrafo Segundo:** Em caso de empate, assumirá o empregado que tiver mais tempo de serviço no hospital.

**Parágrafo Terceiro:** O mandato dos membros terá a duração de 1 (um) ano, com direito à reeleição para os titulares e suplentes da representação dos empregados.

**Parágrafo Quarto:** As eleições serão convocadas 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso, devendo ser realizadas de modo a permitir que nos 30 (trinta) dias antecedentes ao início do mandato possam os novos membros preparar-se para exercer suas funções.

**Parágrafo Quinto:** O prazo para as inscrições de candidatos deve ser de 15 (quinze) dias antes da votação.

**Parágrafo Sexto:** O cargo de Presidente será escolhido pelo empregador e do Vice-Presidente pelos membros da CIPA, entre os titulares eleitos.

**Parágrafo Sétimo:** O Presidente da CIPA será substituído pelo Vice-Presidente nos seus impedimentos eventuais, afastamentos temporários ou afastamento definitivo.

## CAPÍTULO III - DO FUNCIONAMENTO

**Artigo 6º.** A CIPA reunirá todos os seus membros uma vez por mês, em local apropriado e durante o horário normal de expediente, obedecendo ao calendário anual, não podendo sofrer restrições que impeçam ou dificultem seu comparecimento.

**Parágrafo Primeiro:** O membro que tiver mais de três faltas injustificadas ou se recusar a comparecer às reuniões da CIPA perderá o mandato, sendo que, nesta hipótese, será convidado para assumir o candidato suplente mais votado.

**Parágrafo Segundo:** Qualquer empregado poderá participar das reuniões da CIPA como convidado.

**Parágrafo Terceiro:** As proposições da CIPA serão aprovadas em reunião, mediante votação, e será considerada aprovada aquela que obtiver maioria simples de votos.

**Parágrafo Quarto:** A CIPA deverá apresentar mensalmente, por meio de material escrito, relatório de suas atividades.



LOGO DA  
UNIDADE

## PROPOSTA DE REGI- MENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

### CAPÍTULO IV - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 7º. Compete ao Presidente da CIPA:

- I. Convocar os membros para as reuniões da CIPA;
- II. Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando à Administração e ao SESMT, as decisões da comissão;
- III. Presidir as reuniões, encaminhando à Direção do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, as recomendações aprovadas e acompanhar a sua execução;
- IV. Manter e promover o relacionamento da CIPA com os setores de Segurança e Medicina do Trabalho;
- V. Delegar atribuições ao Vice-presidente.

Artigo 8º. Compete ao Vice-Presidente da CIPA:

- I. Executar as atribuições que lhe forem delegadas;
- II. Substituir o presidente nos seus impedimentos eventuais, ou nos seus afastamentos temporários.

Artigo 9º. Competem ao Presidente e ao Vice-Presidente, em conjunto, as seguintes atribuições:

- I. Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento dos trabalhos;
- II. Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
- III. Delegar atribuições aos membros da CIPA;
- IV. Promover o relacionamento da CIPA com o SESMT;
- V. Divulgar as decisões da CIPA a todos os servidores da sua área de abrangência;
- VI. Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA.

Artigo 10º. Compete aos Secretários da CIPA:

- I. Acompanhar as reuniões da CIPA, e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;
- II. Preparar a correspondência geral e as comunicações para as reuniões;
- III. Manter o arquivo da CIPA atualizado;
- IV. Outras que lhe forem conferidas.



LOGO DA  
UNIDADE

PROPOSTA DE REGI-  
MENTO INTERNO DA  
COMISSÃO INTERNA  
DE PREVENÇÃO DE  
ACIDENTES – CIPA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Artigo 11º. Compete a todos os membros, titulares e suplentes da CIPA:

- I. Participar do planejamento do trabalho e da organização do calendário anual da CIPA;
- II. Participar das reuniões da CIPA, discutindo os assuntos em pauta e deliberando sobre as recomendações;
- III. Investigar os acidentes de trabalho, isoladamente ou em grupo e discutir os acidentes ocorridos;
- IV. Frequentar o curso para os componentes da CIPA, na forma que vier a ser regulamentado;
- V. Cuidar para que todas as atribuições da CIPA sejam cumpridas durante a respectiva gestão.

Artigo 12º. Compete ao Empregador:

- I. Proporcionar os meios necessários para o desempenho integral das atribuições da CIPA;
- II. Possibilitar uma sala própria para a CIPA desenvolver suas atividades;
- III. Autorizar o fornecimento de material de escritório completo e outros que forem necessários para o desenvolvimento das atividades da CIPA;

IV. Assessorar a implantação da CIPA;

- V. Zelar pelo cumprimento das normas de Segurança e Medicina do Trabalho, estabelecidas pelo órgão competente;
- VI. Divulgar amplamente as atividades da CIPA entre os empregados.

Artigo 13º. Competem aos colaboradores, servidores e funcionários:

- I. Participar da eleição de seus representantes;
- II. Colaborar com a gestão da CIPA;
- III. Indicar à CIPA, ao SESMT e à administração situações de riscos e apresentar sugestões para a melhoria das condições de trabalho;
- IV. Observar as recomendações quanto à prevenção de acidentes, transmitidas por membros da CIPA;
- V. Informar à CIPA a ocorrência de todo e qualquer acidente de trabalho;
- VI. Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Artigo 14º. Ao término do processo eleitoral, o presidente da comissão eleitoral terá o prazo



LOGO DA  
UNIDADE

# PROPOSTA DE REGI- MENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

máximo de 10 (dez) dias para encaminhar ao Ministério do Trabalho cópia das atas de eleição e de posse dos membros eleitos e para registrar a CIPA na Superintendência Regional do Trabalho – Ministério do Trabalho.

A documentação referente ao processo eleitoral da CIPA, incluindo as atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias, deve ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

Artigo 15º. A Diretoria do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, reconhecerá, através de Portaria, a CIPA eleita e empossada.

## CAPÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 16º. Os casos omissos e dúvidas surgidas na aplicação deste Regimento serão solucionados pela CIPA e setor de Segurança do Trabalho, ouvindo-se a Direção do Hospital.



## CRONOGRAMA E PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES ANUAL

| MÊS | PROCEDIMENTO                                                                      | JUSTIFICATIVA                                                   | AÇÃO                                                                                                                      | LOCAL                                                              |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| M1  | Criação do calendário anual de atividades e plano anual de prevenção de acidentes | Atendimento ao Regimento Interno e NR 05                        | Primeira reunião ordinária                                                                                                | Auditório centro administrativo                                    |
| M1  | Treinamento e capacitação dos profissionais da CIPA                               | Atendimento ao Regimento Interno e NR 05                        | Proporcionar treinamento aos empregados da CIPA                                                                           | Auditório centro administrativo                                    |
| M1  | Cuidados na prevenção da COVID-19                                                 | Campanha educativa visando a redução de novos casos da COVID-19 | Palestras virtuais sobre os cuidados com a utilização de máscaras, aventais, distanciamento e utilização de álcool em gel | Acesso a plataforma virtual                                        |
| M2  | SIPAT – Prevenção de Doenças ocupacionais e acidentes de trabalho                 | Atendimento ao Regimento Interno e NR 05                        | Promoção de palestras virtuais com sugestão de medidas de prevenção e proteção                                            | Acesso a plataforma virtual                                        |
| M3  | Importância na utilização dos EPIs – óculos e luvas                               | Atendimento ao Regimento Interno e NR 05                        | Videos demonstrando a eficácia dos equipamentos de proteção na neutralização de agentes nocivos                           | Dependências do hospital                                           |
| M4  | Estresse no ambiente de trabalho                                                  | Bem-estar dos empregados                                        | Divulgação de vídeos motivacionais quanto a importância do trabalho desenvolvido pelos profissionais da saúde             | Auditório centro administrativo                                    |
| M5  | Cuidados na prevenção da COVID-19                                                 | Campanha educativa visando a redução de novos casos da COVID-19 | Palestras virtuais sobre os cuidados com a utilização de máscaras, aventais, distanciamento e utilização de álcool em gel | Acesso a plataforma virtual                                        |
| M6  | Outubro Rosa                                                                      | Campanha educativa                                              | Prevenção ao câncer de mama e colo do útero                                                                               | Emissão de documentos informativos e palestra sobre auto prevenção |
| M7  | Novembro Azul                                                                     | Campanha educativa                                              | Prevenção ao câncer de próstata                                                                                           | Emissão de documentos informativos e palestra sobre auto prevenção |
| M8  | Princípios de Higiene e formas de contenção de riscos                             | Atendimento ao Regimento Interno e NR 05                        | Importância da higiene na prevenção de doenças                                                                            | Videos explicativos sobre cuidados de higiene pessoal              |



|     |                                                       |                                                                                         |                                                                                                 |                                 |
|-----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| M9  | Importância na utilização dos EPIs – óculos e luvas   | Atendimento ao Regimento Interno e NR 05                                                | Videos demonstrando a eficácia dos equipamentos de proteção na neutralização de agentes nocivos | Dependências do hospital        |
| M10 | Combate à dengue                                      | Campanha educativa                                                                      | Medidas de combate à dengue e exposição dos efeitos da doença                                   | Auditório centro administrativo |
| M11 | Divulgação do Relatório de Riscos ocupacionais        | Atendimento ao Regimento Interno e NR 05                                                | Fixação em mural de mapa de riscos ocupacionais em evidência e métodos de prevenção             | Nos setores do hospital         |
| M11 | Convocação de Eleições CIPA Gestão 2021/2022          | Atendimento ao Regimento Interno e NR 05                                                | Fixação em mural do edital de convocação                                                        | Nos setores do hospital         |
| M12 | Abril Verde – Qualidade de vida com hábitos saudáveis | Incentivo de hábitos saudáveis entre os colaboradores que resultam na saúde ocupacional | Exposição em quiosque com aferição de pressão, glicemia, alongamentos e fornecimento de frutas. | Auditório centro administrativo |
| M12 | Definição de membros para comissão de eleição da CIPA | Atendimento ao Regimento Interno e NR 05                                                | Eleição e posse de novos componentes da CIPA gestão 2021/2022                                   | Dependências do hospital        |



# ITEM 2.1.17 COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL (COREMU)

LOGO DA  
UNIDADE

PROPOSTA DE  
REGIMENTO DA  
RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE HOSPITAL  
ESTADUAL DE SÃO  
LUÍS DE MONTES  
BELOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## CONSTITUIÇÃO

Este regimento orienta e disciplina os programas de residência multiprofissional em Saúde desenvolvidos no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos e instituições parceiras.

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

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

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

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

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

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

A Portaria Interministerial nº 1.320 (Ministério da Educação e Ministério da Saúde), de 11 de novembro de 2010, que dispõe sobre a estrutura, organização e funciona-



LOGO DA  
UNIDADE

**PROPOSTA DE  
REGIMENTO DA  
RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE HOSPITAL  
ESTADUAL DE SÃO  
LUÍS DE MONTES  
BELOS**

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

mento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde;

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

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

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

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

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

A Resolução CNRMS nº 03, de 17 de fevereiro

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

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

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

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

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

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

LOGO DA  
UNIDADE

**PROPOSTA DE  
REGIMENTO DA  
RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE HOSPITAL  
ESTADUAL DE SÃO  
LUÍS DE MONTES  
BELOS**

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

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

## **CAPÍTULO I - DA FINALIDADE DO REGIMENTO**

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

Art. 2º. A Residência Multiprofissional em Saúde do HESLMB tem como objetivo desenvolver competências e habilidades profissionais para a atuação em equipe interdisciplinar com base nos princípios do

SUS e considerando a concepção biopsicosocial do processo saúde-doença. Visa desenvolver a capacidade crítica no processo de atuação em saúde fundamentada nos princípios éticos, científicos e sociais.

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

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

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

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

Art. 6º. São atribuições da GEP:

- 1- Coordenar técnica e pedagogicamente o Programa de Residência Multiprofissional em suas diversas modalidades, em parceria com a COREMU;



LOGO DA  
UNIDADE

**PROPOSTA DE  
REGIMENTO DA  
RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE HOSPITAL  
ESTADUAL DE SÃO  
LUÍS DE MONTES  
BELOS**

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- II- Nomear os preceptores do programa de residência, indicados como responsáveis pela supervisão das diversas áreas, uma vez aprovados pela COREMU;
- III- Apoiar técnica e administrativamente o Programa de Residência Multiprofissional, zelando pelo cumprimento das normas legais da COREMU;
- IV- Coordenar, em conjunto com a COREMU, a tutoria e preceptoria da Residência Multiprofissional;
- V- Convocar reuniões com a COREMU ou reuniões com tutores e preceptores quando necessário ou por solicitação do coordenador da COREMU;
- VI- Proporcionar recursos para manutenção e desenvolvimento do Programa de Residência Multiprofissional;
- VII- Analisar o pedido de credenciamento e/ou credenciamento do Programa de Residência Multiprofissional, emitindo pareceres técnicos, obedecendo as normas legais relativas à matéria;
- VIII- Homologar e fazer cumprir o Regimento da Residência Multiprofissional;
- IX- Coordenar, em parceria com a COREMU, o processo de seleção da

residência por concurso público;

- X- Legitimar as alterações, que se fizerem necessárias neste Regimento, propostas pela COREMU;
- XI- Aplicar sanções disciplinares após parecer da COREMU, obedecendo as normas regimentais;
- XII- Estar presente nas reuniões da COREMU.

## **CAPÍTULO III - DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL (COREMU)**

### **SEÇÃO I - Competências**

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

- I- Fazer cumprir o Programa da Residência Multiprofissional e este Regimento;
- II- Coordenar, organizar, articular, supervisionar, avaliar e acompanhar técnica e pedagogicamente todos os Programas de Residência Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde não médica do HESLMB;
- III- Eleger o coordenador e o

LOGO DA  
UNIDADE

**PROPOSTA DE  
REGIMENTO DA  
RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE HOSPITAL  
ESTADUAL DE SÃO  
LUÍS DE MONTES  
BELOS**

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

coordenador adjunto da Residência Multiprofissional;

IV- Coordenar, em parceria com a GEP, a seleção pública dos residentes, definindo diretrizes, elaborando editais e acompanhando o processo seletivo;

V- Elaborar parecer em casos de desacordo às normas desse regimento propondo as penalidades disciplinares cabíveis;

VI- Propor as alterações que se fizerem necessárias no Regimento do Programa de Residência Multiprofissional do HESLMB junto à GEP;

VII- Acompanhar e avaliar o desempenho dos discentes;

VIII- Elaborar, acompanhar e avaliar a programação do Programa de Residência Multiprofissional do HESLMB nos diversos setores do HESLMB, obedecendo às normas contidas neste regimento.

## SEÇÃO II Constituição

Art. 8º. A COREMU é constituída por:

- I- Um coordenador geral e um coordenador adjunto eleitos, bianualmente;
- II- Um coordenador do Programa;

IV- Um coordenador docente, indicado bianualmente pela instituição de ensino parceira, e um coordenador técnico-administrativo de cada área de atuação;

V- Um representante e um suplente dos residentes, indicados por seus pares anualmente;

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

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

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

## SEÇÃO III - Reuniões

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

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



LOGO DA  
UNIDADE

**PROPOSTA DE  
REGIMENTO DA  
RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE HOSPITAL  
ESTADUAL DE SÃO  
LUÍS DE MONTES  
BELOS**

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

membro em substituição.

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

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

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

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

## SEÇÃO IV - Atribuições do Coordenador

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

Art. 11. Incumbirá ao coordenador:

- I- Representar a COREMU em situações que se fizerem necessárias;
- II- Organizar e coordenar as reuniões da COREMU;
- III- Apresentar o voto de desempate em deliberações da COREMU;
- IV- Em caso de impedimento do coordenador, as atribuições descritas nos artigos 10º e 11º serão de responsabilidade do coordenador adjunto;
- V- Em caso de impedimento do coordenador e do coordenador adjunto, deverá ser
- VI- designado um representante entre os coordenadores docentes e técnicos (tutores e preceptores) membros da COREMU.

## SEÇÃO V - Atribuições do Coordenador Adjunto

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

LOGO DA  
UNIDADE

**PROPOSTA DE  
REGIMENTO DA  
RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE HOSPITAL  
ESTADUAL DE SÃO  
LUÍS DE MONTES  
BELOS**

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

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

VI- Organizar e coordenar as reuniões com os demais tutores, preceptores e residentes da sua área profissional;

VII- Participar de reuniões com os Departamentos, Faculdades e Institutos da UnB para apresentar os relatórios de acompanhamento do Programa de Residência Multiprofissional do HESLMB e discutir temas relativos à Residência.

## SEÇÃO VI – Demais Membros da COREMU

Art. 13. Compete aos membros da COREMU:

- I- Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da COREMU;
- II- Ter voz e voto nas deliberações e votações da COREMU;
- III- Eleger por maioria simples dos votos, com no mínimo 50% mais um dos membros da COREMU presentes, o coordenador e o coordenador adjunto da COREMU;
- IV- Entre os membros serão eleitos os coordenadores dos programas de residência, bienalmente;
- V- Representar, quando indicados, o coordenador e o coordenador adjunto da COREMU, no caso de seu impedimento;

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

Art. 14. Compete ao gestor:

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

## SEÇÃO VIII – Representação de Residentes

Art. 15. Compete aos representantes dos residentes:



LOGO DA  
UNIDADE

# PROPOSTA DE REGIMENTO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- I- Representar o interesse dos grupos de residentes junto à COREMU e à unidade de pós-graduação da GEP;
- II- Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da COREMU;
- III- Ser responsável por divulgar entre os residentes todas as informações necessárias para a realização da Residência;
- IV- Ter voz e voto nas deliberações e votações da COREMU;
- V- Zelar pelo cumprimento deste regimento e outras deliberações concernentes ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HESLMB;

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

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

## CAPÍTULO IV – DOS RESIDENTES

### SEÇÃO 1 - Direitos dos Residentes

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

Art. 17. São direitos do residente:

- I- Receber mensalmente auxílio financeiro sob a forma de bolsa da Residência fornecida pelo Ministério da Educação e definido pela legislação vigente;
- II- Realizar as refeições no refeitório ou opção que substitua;
- III- Ser informado semestralmente sobre o seu desempenho;
- IV- Obter licença médica mediante atestado médico, segundo norma vigente, com posterior compensação da carga horária;
- V- Obter licença nojo, com direito a 8 (oito) dias de afastamento, por ocasião do óbito de genitor(es), irmão(s), filho(s) e cônjuge, com posterior compensação de carga horária. É obrigatória a apresentação da cópia do atestado de óbito para ser afixado à frequência;
- VI- Obter licença gala, com direito a 7 (sete) dias de afastamento com posterior compensação de carga horária, sendo obrigatória a apresentação de cópia da certidão de casamento ou equivalente;

LOGO DA  
UNIDADE

**PROPOSTA DE  
REGIMENTO DA  
RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE HOSPITAL  
ESTADUAL DE SÃO  
LUÍS DE MONTES  
BELOS**

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

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

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

IX- Receber certificado emitido pela instituição de ensino parceira, após aprovação na Residência, no prazo estipulado pela mesma;

X- Usufruir 1 (um) dia de repouso semanal;

XI- Gozar 30 dias de repouso anuais, para cada ano de atividades com percepção integral da bolsa. O período de repouso poderá ser concedido após seis meses de atividade no programa de residência e fracionado no máximo em dois períodos de quinze dias e não acumulativas. Este deverá

ser definido previamente com os preceptores e tutores da sua área de atuação e comunicado à COREMU com 30 dias de antecedência do primeiro período, já prevendo o segundo período de férias;

XII- Nos afastamentos por motivo de saúde por período superior a 15 dias, a bolsa de estudos será bloqueada a partir 16º dia, ocorrendo o desbloqueio quando do retorno do residente às suas atividades, e o programa será prorrogado por prazo equivalente à duração do afastamento.

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

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

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

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

Art. 19. O residente terá direito a afastamento para comparecer a Congressos Científicos, desde que não cause prejuízo às suas atividades no programa nem ao funcionamento ade-



LOGO DA  
UNIDADE

## PROPOSTA DE REGIMENTO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

quando do serviço ao qual esteja vinculado.

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

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

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

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

## Residentes

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

Art. 23. São deveres do residente:

- I- Cumprir a carga horária estabelecida neste Regimento, sendo observada a dedicação exclusiva ao Programa;
- II- Seguir a escala de serviço elaborada pelo coordenador da área profissional. Qualquer modificação na escala só poderá ser realizada com autorização dos coordenadores de área, ouvidos os outros membros do programa na área específica ou pela COREMU;
- III- Ter postura ética, multiprofissional e humanizada com os usuários e com as equipes que trabalham no hospital;
- IV- Respeitar as normas e rotinas estabelecidas para o Residente, e de trabalho do HESLMB, como também a hierarquia do serviço;
- V- Comunicar previamente, em até 48 horas, ao preceptor qualquer necessidade de afastamento do hospital durante o período de

## SEÇÃO II – Deveres dos

LOGO DA  
UNIDADE

**PROPOSTA DE  
REGIMENTO DA  
RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE HOSPITAL  
ESTADUAL DE SÃO  
LUÍS DE MONTES  
BELOS**

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

trabalho, para que sejam tomadas as providências cabíveis ao cumprimento das atividades no setor;

- VI- Comunicar aos tutores ou preceptores e à GEP os casos de licença ou atestado médico, para que estes tomem as providências cabíveis. O não comparecimento ao plantão, sem justificativa, será considerado falta grave, sendo o fato levado ao conhecimento da COREMU;
- VII- Assinar a frequência diariamente. O horário de chegada e saída deverá ser cumprido, havendo um prazo de 15 (quinze) minutos de tolerância em caso de atraso. Ultrapassado este tempo, o residente deverá justificar-se ao tutor ou preceptor e receberá advertência verbal. A reincidência de atrasos superiores a quinze minutos por mais de três vezes ao mês será punida com advertência escrita. A frequência deve ser entregue mensalmente à COREMU;
- VIII- Apresentar-se uniformizado, com jaleco da cor branca, e usar crachá nas dependências do HESLMB;
- IX- Comparecer às reuniões convocadas pelas instâncias superiores, observando pontualidade e assiduidade;
- X- Responsabilizar-se pela assistência

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

- XI- Proceder aos registros de modo conveniente, incluindo a sua identificação profissional;
- XII- Apresentar os trabalhos exigidos de acordo com a programação e normas estabelecidas pela COREMU;
- XIII- Substituir, eventualmente, outros residentes em suas funções, caso seja de necessidade do serviço (sempre sob supervisão);
- XIV- Disponibilizar e manter atualizado, junto à COREMU, endereço residencial, e-mail e telefones de contato;
- XV- Zelar pelas instalações do hospital e pelo material entregue aos seus cuidados;
- XVI- Registrar-se no Conselho Regional da classe profissional e manter em dia as obrigações com essa entidade, de acordo com as normas vigentes para o exercício da profissão;



LOGO DA  
UNIDADE

# PROPOSTA DE REGIMENTO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## XVII- Filiar-se ao Sistema

Previdenciário na qualidade de  
segurado contribuinte individual, de  
acordo com a normatização vigente;

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

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

Art. 25. Nos casos de solicitação de desliga-  
mento ou trancamento da Residência Mul-  
tiprofissional, por ato formal e de iniciativa  
do residente, deverá ser encaminhada uma  
solicitação à COREMU contendo o motivo da  
solicitação.

Art. 26. A COREMU estabelece que:

- I- O trancamento de matrícula, parcial  
ou total, exceto para cumprimento  
de obrigações militares, poderá  
ser concedido excepcionalmente  
mediante aprovação da COREMU;
- II- Em caso de solicitação de  
trancamento, deverá ser  
encaminhada uma COREMU,  
após ciência do coordenador  
de área, contendo o prazo e o  
motivo do trancamento solicitado.

Tal solicitação será apreciada pela  
COREMU, podendo esta optar por  
aprovar ou não o trancamento;

- III- O órgão financiador e a  
CNRMS deverão ser informados  
imediatamente para procederem com  
o cancelamento da bolsa, a partir da  
data de desligamento ou trancamento,  
e tomar outras providências. O não  
cumprimento dos trâmites legais  
acarretará em ressarcimento dos  
valores pagos com a Bolsa.

Art. 27. Em períodos de férias, licenças ou  
folgas, os residentes em serviço assumirão as  
atividades do ausente, com esquema combi-  
nado previamente com os tutores e precep-  
tores da área.

## SEÇÃO III - Avaliações

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

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

LOGO DA  
UNIDADE

**PROPOSTA DE  
REGIMENTO DA  
RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE HOSPITAL  
ESTADUAL DE SÃO  
LUÍS DE MONTES  
BELOS**

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

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

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

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

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

cinco (MM) em todas as disciplinas teóricas e práticas realizadas.

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

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

Art. 35. Para receber o Certificado de Conclusão, o Residente deverá obter a média final igual ou superior a cinco (MM) em todas as disciplinas teóricas e práticas realizadas, como também no trabalho final que deverá ser aprovado por banca constituída para esse fim.

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

## SEÇÃO IV – Penalidades

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



LOGO DA  
UNIDADE

# PROPOSTA DE REGIMENTO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

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

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

I-Falta de assiduidade reiterada às atividades programadas pela COREMU;

II-Faltas sem justificativas;

III- Insubordinação;

IV- Conduta desabonadora, no âmbito do HESLMB e em outros campos assistenciais ou fora deles, que comprometa o nome da Instituição;

V- Ofensa física e/ou verbal em serviço, salvo em legítima defesa;

VI- Falta sem justificativa por mais de sete dias consecutivos ou quinze dias intercalados;

VII-Em decorrência de problemas éticos;

VIII. Baixo índice de aproveitamento, conforme critérios estabelecidos neste Regimento;

IX- Não enquadramento nas exigências deste Regimento.

X- Não atendimento à exigência da dedicação exclusiva.

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

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

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

Art. 44. Após uma advertência por escrito, a COREMU emitirá parecer à GEP para apli-

LOGO DA  
UNIDADE

**PROPOSTA DE  
REGIMENTO DA  
RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE HOSPITAL  
ESTADUAL DE SÃO  
LUÍS DE MONTES  
BELOS**

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

cação da suspensão do Residente. Art. 45. A pena de suspensão pode ser aplicada por 15 (quinze) ou 30 (trinta) dias, devendo o residente cumprir a carga horária ao final do ano de treinamento.

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

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

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

após sindicância visando esclarecimento dos fatos.

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

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

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

## **CAPÍTULO IV - DA SUPERVISÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA**

### **SEÇÃO I - Preceptores**

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



LOGO DA  
UNIDADE

**PROPOSTA DE  
REGIMENTO DA  
RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE HOSPITAL  
ESTADUAL DE SÃO  
LUÍS DE MONTES  
BELOS**

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

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

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

Art. 54. A necessidade de o preceptor ser da mesma área profissional do residente não se aplica às atividades que possam ser desempenhadas por quaisquer profissionais da saúde habilidades na área de atuação específica.

Art. 55. Das atribuições dos preceptores:

- I- Participar das reuniões por área de atuação com os tutores e residentes;
- II- Exercer a função de orientador de referência para o residente no desempenho das atividades práticas, participando da supervisão e avaliação do residente;
- III- Orientar e acompanhar, com suporte de tutores, o

desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas dos residentes, observando-se as diretrizes do projeto pedagógico;

- IV- Elaborar, com o suporte de tutores e demais preceptores da área de concentração, as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução;
- V- Participar da implementação e avaliação do projeto pedagógico do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;
- VI- Facilitar a integração entre os residentes em formação, e destes com a equipe de saúde, com os usuários (indivíduos, família e grupos), com residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática;
- VII- Participar, junto com os residentes e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS;
- VIII- Participar da elaboração de relatórios periódicos e documentos desenvolvidos pelos residentes sob sua supervisão;
- IX- Proceder, em conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade

LOGO DA  
UNIDADE

**PROPOSTA DE  
REGIMENTO DA  
RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE HOSPITAL  
ESTADUAL DE SÃO  
LUÍS DE MONTES  
BELOS**

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

máxima trimestral;

- X- Orientar e avaliar o trabalho técnico e científico do residente, inclusive o TCC (Trabalho de Conclusão de Curso), respeitada a exigência mínima de titulação de mestre;
- XI- Programar grupos de estudo e sessões clínicas com os residentes na sua clínica;
- XII- Identificar dificuldades e problemas de qualificação dos residentes relacionadas ao desenvolvimento das atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no programa pedagógico, encaminhando-as ao(s) tutor(es) quando necessário;
- XIII- Identificar e informar para o(s) tutor(es) sobre as dificuldades vivenciadas no campo de prática, de forma a manter a COREMU informada sobre as barreiras ao bom desempenho das atividades dos residentes;
- XIV- Solicitar ao tutor que discuta com a COREMU a aplicação de sanções disciplinares.

## SEÇÃO II - Tutores

Art. 56. Os tutores são profissionais de instituições de ensino parceira do HESLMB, com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 03 anos designa-

dos por área de atuação profissional, para orientar academicamente preceptores e residentes nos diferentes campos de prática.

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

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

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

Art. 60. Das atribuições dos tutores:

- I- Planejar e implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino-serviço, possibilitando a aquisição das competências previstas no projeto pedagógico;
- II- Organizar, em conjunto com os preceptores, reuniões periódicas para implementação e avaliação do projeto pedagógico;



LOGO DA  
UNIDADE

**PROPOSTA DE  
REGIMENTO DA  
RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE HOSPITAL  
ESTADUAL DE SÃO  
LUÍS DE MONTES  
BELOS**

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

III- Planejar, implementar e avaliar em conjunto com a COREMU o projeto pedagógico do programa de Residência, contribuindo para o seu aprimoramento;

IV- Participar do planejamento e implementação das atividades de educação permanente para preceptores;

V- Planejar e implementar, junto aos preceptores, equipes de saúde, docentes e residentes, ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias para atenção e gestão em saúde;

VI- Articular a integração dos preceptores e os residentes em formação com seus respectivos pares de outros programas, incluindo a residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde;

VII- Articular a integração dos preceptores e residentes com a equipe de saúde presente no campo de prática, bem como com os usuários e seus cuidadores;

VIII- Atuar como supervisor nos processos de treinamento em serviço e avaliação dos Residentes;

IX- Orientar o trabalho técnico e científico do residente, inclusive o TCC (Trabalho de Conclusão de Curso), acompanhando-o em todas as etapas e buscando soluções em conjunto para os problemas surgidos no exercício das atividades;

X- Manter a COREMU informada sobre o desempenho das atividades e as dificuldades enfrentadas pelos residentes e preceptores;

XI- Solicitar à COREMU a aplicação de sanções disciplinares.

## SEÇÃO III – Disposições Gerais

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

Parágrafo único. Em relação à proporção de residente por supervisor, quando houver resolução específica em conselhos das Áreas Profissionais da Saúde, essa prevalecerá e será utilizada para determinar tal quantitativo.

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

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

Art. 64. Os tutores e preceptores receberão um

LOGO DA  
UNIDADE

**PROPOSTA DE  
REGIMENTO DA  
RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE HOSPITAL  
ESTADUAL DE SÃO  
LUÍS DE MONTES  
BELOS**

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

certificado correspondente a sua atuação no programa de residência, expedido pela GEP.

## **CAPÍTULO V - DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DO HESLMB**

### **SEÇÃO I – Finalidade da Residência Multiprofissional em Saúde do HESLMB**

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

Parágrafo 1º. O programa de Residência Multiprofissional do HESLMB poderá abranger as seguintes áreas de saúde: biomedicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, serviço social.

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

- I- Cenários de educação em serviço representativos da realidade sócio-epidemiológica do Estado de

Goiás e do País ;

- II- Concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural;
- III- Política nacional de gestão da educação na saúde para o SUS;
- IV- Abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais;
- V- Estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar;
- VI- Integração ensino-serviço-comunidade, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários;
- VII- Integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde;
- VIII- Integração dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a educação profissional, a graduação e a pós-graduação na



LOGO DA  
UNIDADE

**PROPOSTA DE  
REGIMENTO DA  
RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE HOSPITAL  
ESTADUAL DE SÃO  
LUÍS DE MONTES  
BELOS**

CÓDIGO: XXX-XXX-XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

área da saúde; IX- Articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica;

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

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

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

Parágrafo 3º. O programa de Residência Multiprofissional do HESLMB será realizado sob orientação dos preceptores dos diversos setores do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos e tutores das respectivas instituições de ensino parceiras.

I- Parágrafo 4º O programa de Residência Multiprofissional é estruturada e organizada segundo as 6 áreas temáticas da CNRMS:

II- Apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades clínicas;

III- Intensivismo, Urgência e

Emergência;

IV- Atenção Básica, Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva;

V- Saúde Mental;

VI- Saúde Funcional;

VII-Saúde e meio ambiente.

## SEÇÃO II - Organização

Art. 66. A Residência Multiprofissional acontece em regime de dedicação exclusiva, nos termos da Lei Federal 1129 de 30 de junho de 2005, art. 13º, parágrafo segundo. As atividades ocorrem com carga horária de 60 horas semanais, com 2 anos de duração e um total de 5760h, sendo 2880h anuais, divididos em semestres letivos de 24 semanas a respeitar o período de Março a Agosto e de Setembro a Fevereiro. Das 60 horas semanais, 48h (80%) serão destinadas a atividades práticas e teórico-práticas e 12h (20%) a atividades teórico-complementares ou de ensino.

I- No momento da efetivação do ingresso junto à GEP o residente deverá dar ciência da exigência de dedicação exclusiva. O não cumprimento dessa exigência configurará falta grave, possível de desligamento, previsto no Art.47.

LOGO DA  
UNIDADE

**PROPOSTA DE  
REGIMENTO DA  
RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE HOSPITAL  
ESTADUAL DE SÃO  
LUÍS DE MONTES  
BELOS**

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- II- As atividades práticas são relacionadas ao treinamento em serviço de acordo com as especificidades das áreas de concentração e das categorias profissionais da saúde, obrigatoriamente sob supervisão de corpo docente assistencial.
- III- Estratégias educacionais teóricas são aquelas cuja aprendizagem se desenvolve em estudos individuais e em grupos, em que o Residente conta formalmente com a orientação do corpo docente assistencial e convidados.
- IV- As estratégias educacionais teórico-práticas são aquelas que se fazem por meio de simulação em laboratório, ações em territórios de saúde e em instâncias de controle social, em ambientes virtuais de aprendizagem, análises de casos clínicos e ações de saúde coletiva, entre outras, sob orientação do corpo docente assistencial

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

Art. 67. As atividades dos Residentes R1 e R2 serão distribuídas em 4 semestres de 24

semanas cada, com conteúdos curriculares em três eixos principais: o eixo 1 referentes às disciplinas teóricas comuns; o eixo 2 de atuação multiprofissional específica e o eixo 3 de formação em serviço. A distribuição da carga horária de atuação dos residentes será apresentada no momento de ingresso no programa de residência.

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

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

- II- O estágio terá duração de 30 a 60 dias;
- III- É de responsabilidade do Residente a tramitação dos acertos com o programa de origem e instituição de ensino;
- IV- Necessário de formulação de convenio entre as instituições que garanta ao Residente supervisão e avaliação durante o estágio, além de medidas de proteção como o seguro para o estágio;



LOGO DA  
UNIDADE

**PROPOSTA DE  
REGIMENTO DA  
RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE HOSPITAL  
ESTADUAL DE SÃO  
LUÍS DE MONTES  
BELOS**

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

V- Deverá ser homologada pela  
COREMU.

### SEÇÃO III – Inscrição e Vagas

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

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

### SEÇÃO IV – Seleção e Matrícula

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

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

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

Art. 75. O candidato aprovado, que não confirmar sua matrícula no prazo estipulado em edital e não entregar os documentos comprobatórios dos requisitos exigidos será considerado desistente e o próximo imediatamente classificado será chamado.

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

Art. 77. O candidato classificado, que for chamado em razão da desistência do candidato

LOGO DA  
UNIDADE

**PROPOSTA DE  
REGIMENTO DA  
RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE HOSPITAL  
ESTADUAL DE SÃO  
LUÍS DE MONTES  
BELOS**

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

inicialmente aprovado, disporá de 24 horas para confirmar a sua aceitação e, findo este prazo, será também desclassificado, caso não atenda aos requisitos para a confirmação da matrícula.

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

## **SEÇÃO V – Disposições Gerais**

Art. 79. A COREMU poderá organizar ofici-

nas de trabalho ou outros eventos que congreguem áreas de conhecimento e tecnologia, visando subsidiar o exercício de suas competências.

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

Art. 81. As alterações neste Regimento só terão validade quando aprovadas pela COREMU e homologadas pela GEP.

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





LOGO DA  
UNIDADE

**PROPOSTA DE  
REGIMENTO DA  
RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE HOSPITAL  
ESTADUAL DE SÃO  
LUÍS DE MONTES  
BELOS**

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## Cronograma de Atividades:

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

# ITEM 2.1.18 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

LOGO DA  
UNIDADE

PROPOSTA  
REGIMENTO DO  
COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA (CEP) DO  
HOSPITAL ESTADUAL  
DE SÃO LUÍS DE  
MONTES BELOS -  
HESLMB.

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## REGIMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS DO HOSPITAL ESTADUAL DE HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS - HESLMB.

### CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º - O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do HOSPITAL ESTADUAL DE HOSPITAL ESTADUAL DE São Luis de Montes Belos - HESLMB. é um

órgão colegiado, de natureza técnico-científica, vinculado à Diretoria Geral do HESLMB, constituído nos termos da Resoluções 466/12, 510/16 e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Parágrafo Único - Caracteriza-se como um colegiado interdisciplinar e independente, com múnus público, de caráter consultivo, educativo e deliberativo, tem como principal objetivo a defesa dos interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões técnicos, legais e éticos.

### CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES DO CEP

Artigo 2º - O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do HESLMB, tem por finalidade:

divulgar e capacitar os membros do CEP, pesquisadores, médicos, enfermeiros e toda



LOGO DA  
UNIDADE

PROPOSTA REGIMENTO  
DO COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA (CEP) DO HOS-  
PITAL ESTADUAL DE SÃO  
LUÍS DE MONTES BELOS -  
HESLMB.

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

equipe multidisciplinar além de funcioná-  
rios e participantes de pesquisas, em relação  
às normas relativas à ética em pesquisa en-  
volvendo seres humanos;

- II. analisar todos os protocolos de pesquisa apresentados, desde que em conformidade com os critérios estabelecidos no item VI da Resolução 466/12, no item V da Resolução 510/16 e demais resoluções, cabendo-lhe a decisão sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas;
- III. tramitar os protocolos de pesquisa, de acordo com o contido na Resolução CNS nº 466/12 complementada pela Norma Operacional nº 001/13, no prazo de 10 (dez) dias para checagem documental e 30 (trinta) dias, após aceite do protocolo, para emissão do parecer consubstanciado, on-line, por meio do Sistema Plataforma Brasil, enquadrando-o em uma das seguintes categorias:

**A)** APROVADO: QUANDO  
O PROTOCOLO SE  
ENCONTRA TOTALMENTE  
ADEQUADO PARA EXECUÇÃO.

**B)** COM PENDÊNCIA:  
QUANDO A DECISÃO  
É PELA NECESSIDADE  
DE CORREÇÃO, HIPÓTESE EM QUE  
SERÃO SOLICITADAS ALTERAÇÕES  
OU COMPLEMENTAÇÕES DO  
PROTOCOLO DE PESQUISA, POR MAIS  
SIMPLES QUE SEJA A EXIGÊNCIA  
FEITA. O PROTOCOLO CONTINUA  
EM "PENDÊNCIA", ENQUANTO ESTA  
NÃO ESTIVER COMPLETAMENTE  
ATENDIDA. O PESQUISADOR TERÁ O  
PRAZO MÁXIMO DE TRINTA (30) DIAS  
CONTADOS A PARTIR DA EMISSÃO  
DO PARECER CONSUBSTANCIADO,  
NA PLATAFORMA BRASIL, PARA  
RESPONDER A(S) PENDÊNCIA(S) E O  
CEP NO MÁXIMO MAIS (30) TRINTA  
DIAS PARA LIBERAÇÃO DO PARECER  
CONSUBSTANCIADO FINAL.

**C)** NÃO APROVADO: QUANDO  
A DECISÃO CONSIDERA  
QUE OS ÔBICES ÉTICOS  
DO PROTOCOLO SÃO DE TAL  
GRAVIDADE QUE NÃO PODEM SER  
SUPERADOS PELA TRAMITAÇÃO EM  
"PENDÊNCIA".

**D)** NAS DECISÕES DE NÃO  
APROVAÇÃO CABE  
RECURSO AO PRÓPRIO

LOGO DA  
UNIDADE

PROPOSTA REGIMENTO  
DO COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA (CEP) DO HOS-  
PITAL ESTADUAL DE SÃO  
LUÍS DE MONTES BELOS -  
HESLMB.

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

CEP E /OU A CONEP, NO PRAZO  
MÁXIMO DE 30 DIAS, SEMPRE  
QUE ALGUM FATO NOVO FOR  
APRESENTADO PARA FUNDAMENTAR  
A NECESSIDADE DE REANÁLISE.

**E)** ARQUIVADO: QUANDO  
O PESQUISADOR  
DESCUMPRIR O PRAZO  
PARA ENVIAR AS RESPOSTAS AS  
PENDÊNCIAS APONTADAS OU PARA  
RECORRER.

**F)** SUSPENSO: QUANDO A  
PESQUISA APROVADA, JÁ  
EM ANDAMENTO, DEVE  
SER INTERROMPIDA POR MOTIVO  
DE SEGURANÇA, ESPECIALMENTE  
REFERENTE AO PARTICIPANTE DA  
PESQUISA.

**G)** RETIRADO: QUANDO O  
SISTEMA CEP/CONEP  
ACATAR A SOLICITAÇÃO  
DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL  
MEDIANTE JUSTIFICATIVA PARA A  
RETIRADA DO PROTOCOLO. ANTES  
DE SUA AVALIAÇÃO ÉTICA. NESTE  
CASO, O PROTOCOLO É CONSIDERADO  
ENCERRADO.

sobre as pesquisas submetidas à sua apre-  
ciação, se torna corresponsável por garantir  
a proteção dos participantes de pesquisa.

Artigo 3º Havendo modificação no projeto origi-  
nal da pesquisa, poderá o pesquisador formular  
emenda ao projeto, que carecerá de análise.

Parágrafo Único: emenda é toda proposta  
de modificação ao projeto original, apresen-  
tada com a justificativa que a motivou, as  
emendas devem ser apresentadas ao CEP  
de forma clara e sucinta, identificando a  
parte do protocolo a ser modificada e suas  
justificativas. A emenda será analisada pe-  
las instâncias de sua aprovação final (CEP  
e/ou CONEP).

Artigo 4º Havendo modificações importan-  
tes de objetivos e métodos, deve ser apresen-  
tado outro protocolo de pesquisa.

Parágrafo Único: extensão é a proposta de  
prorrogação ou continuidade da pesquisa  
com os mesmos participantes recrutados, sem  
mudança essencial nos objetivos e na metodo-  
logia do projeto original. Havendo modifica-  
ções importantes de objetivos e métodos, deve  
ser apresentado outro protocolo de pesquisa.

Parágrafo Único: O CEP, ao analisar e decidir

Artigo 5º . Analisar ocorrência de eventos



LOGO DA  
UNIDADE

PROPOSTA REGIMENTO  
DO COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA (CEP) DO HOS-  
PITAL ESTADUAL DE SÃO  
LUIS DE MONTES BELOS -  
HESLMB.

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

adversos (EAS).

Parágrafo Único: Evento Adverso Sério é  
qualquer ocorrência médica desfavorável  
que resulta em:

1) MORTE;

2) AMEAÇA OU RISCO DE VIDA;

3) HOSPITALIZAÇÃO OU  
PROLONGAMENTO DE  
UMA HOSPITALIZAÇÃO  
PREEXISTENTE, EXCETUANDO-SE AS  
CIRURGIAS ELETIVAS E AS INTERNAÇÕES  
PREVISTAS NO PROTOCOLO;

4) INCAPACIDADE  
PERSISTENTE OU  
SIGNIFICATIVA;5) ANOMALIA CONGÊNITA OU  
DEFEITO DE NASCIMENTO;

6) OCORRÊNCIA MÉDICA  
SIGNIFICATIVA  
QUE, BASEADA EM  
JULGAMENTO MÉDICO APROPRIADO,  
PODE PREJUDICAR O PACIENTE

E/OU REQUERER INTERVENÇÃO  
MÉDICA OU CIRÚRGICA PARA  
PREVENIR QUAISQUER DAS DEMAIS  
OCORRÊNCIAS SUPRACITADAS ;

7) TODA E QUALQUER  
INTERCORRÊNCIA QUE  
ACOMETA O PARTICIPANTE  
DE PESQUISA, ENQUANTO INDIVÍDUO  
VULNERÁVEL, A SITUAÇÕES  
DETERMINADAS POR FATORES  
PSICOSSOCIAIS EM PESQUISAS DE  
QUALQUER NATUREZA.

## CAPÍTULO III- DA COMPOSIÇÃO

Artigo 6º - O CEP do HESLMB do será assim  
constituído:

I. O CEP deverá ser constituído por  
no mínimo 3 (três) membros do  
quadro funcional da instituição,  
indicados pela diretoria geral, pelo  
menos 1 (um) representante de  
usuários, indicado pela sociedade  
civil, conforme Resolução CNS nº  
240/1997 de 05 de julho de 1997,  
e pelo menos 1(um) representante  
religioso com formação em teologia;

II. A representação dos médicos deverá  
ser composta por no mínimo 2(dois)  
membros, com experiência em  
pesquisa clínica;

III. Pelo menos 50% dos membros do CEP

LOGO DA  
UNIDADE

PROPOSTA REGIMENTO  
DO COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA (CEP) DO HOS-  
PITAL ESTADUAL DE SÃO  
LUÍS DE MONTES BELOS -  
HESLMB.

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

deverão ter experiência em pesquisa;

IV- Os representantes dos usuários e de órgãos suplementares só poderão analisar e emitir parecer consubstanciado se tiverem reconhecida experiência em pesquisa;

V. o mandato dos membros terá duração de 2 (dois) anos, a partir da data de sua designação por meio de documento institucional;

VI. será permitida recondução e garantida permanência de 50% de seus membros.

Parágrafo Único: A escolha da Coordenação e Vice Coordenação do CEP será realizada dentre os membros que o compõem.

## CAPÍTULO IV – DA COMPETÊNCIA

Artigo 7º - Compete ao CEP assumir, com o pesquisador, a corresponsabilidade pela preservação de condutas eticamente corretas no projeto e no desenvolvimento da pesquisa, cabendo-lhe, ainda, comunicar à CONEP e à ANVISA a ocorrência de eventos adversos graves.

- Receber denúncias de situações antiéticas e infrações éticas.
- Ao receber denúncias ou perceber

situações de infrações éticas, sobretudo as que impliquem em riscos aos participantes de pesquisa, os fatos deverão ser comunicados às instâncias competentes para averiguação e, quando couber, ao Ministério Público

## CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO

Artigo 8º Todos os trabalhos para protocolo no CEPE deverão ser entregues de segunda a sexta-feira, na secretaria da diretoria geral do HESLMB das 8 às 12 horas.

Artigo 9º - Todos os membros do CEP se obrigam, nos termos da Resolução CNS 466/12, a manter sigilo e confidencialidade de todo o conteúdo durante todo o procedimento de análise dos protocolos tramitados no CEP. Suas reuniões são sempre fechadas ao público, e os membros do CEP e todos os funcionários que tem acessos a todos os documentos, inclusive virtuais, e as reuniões, devem manter sigilo comprometendo-se por declaração escrita, sob pena de responsabilidade.

- o membro do CEP que infringir este artigo ou que, por qualquer razão, incorrer em falta de ética profissional no exercício de suas atribuições ou para com o pesquisador, devidamente apurada



LOGO DA  
UNIDADE

PROPOSTA REGIMENTO  
DO COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA (CEP) DO HOS-  
PITAL ESTADUAL DE SÃO  
LUÍS DE MONTES BELOS -  
HESLMB.

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

e comprovada, deverá ser afastado do Comitê, não podendo voltar a ocupar a vaga novamente;

- II. as denúncias de infração deverão ser formuladas, por escrito, ao CEP que, se entender procedentes, as encaminhará à Instituição para abertura de sindicância.

Artigo 10º - O CEP poderá contar com consultores ad hoc, pertencentes ou não à Instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

- I. no caso de pesquisas que envolvem grupos vulneráveis, comunidades e coletividades, poderá ser convidado um representante, como membro ad hoc do CEP, para participar da análise do projeto específico;
- II. nas pesquisas envolvendo população indígena deverá participar um consultor ad hoc, familiarizado com os costumes e tradições da respectiva etnia.

Artigo 11º - O CEP deverá se reunir uma vez ao mês, em caráter ordinário, conforme calendário definido na última reunião anual, respeitando períodos de recesso institucional. O CEP deverá se reunir em caráter extraordinário, quando convocado pela Coordenação, ou por 2/3 (dois terços) de seus membros:

- I. o CEP se reunirá e deliberará com a presença de 50% (cinquenta por cento) mais um dos representantes de sua constituição, e terá suas convocações feitas pelo coordenador;
- II. os membros do CEP deverão ter total independência na tomada das decisões no exercício de suas funções;
- III. o controle da participação nas reuniões será realizado por meio de assinatura em lista de presença e na pauta, gerada pelo Sistema Plataforma Brasil;
- IV. O membro que faltar a três reuniões ao ano, sem justificativa escrita, será dispensado e substituído do Conselho, na forma do artigo 4º, inciso I;
- IV. As justificativas das faltas serão avaliadas pela coordenação e, se fizer necessário, pelo colegiado;
- V. a análise ética de todo e qualquer protocolo de pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser dissociada da sua análise científica.

Artigo 12º - Seguindo as Resoluções 466/12, 510/16 e demais resoluções quando cabíveis do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, os projetos conduzidos nas

LOGO DA  
UNIDADE

PROPOSTA REGIMENTO  
DO COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA (CEP) DO HOS-  
PITAL ESTADUAL DE SÃO  
LUÍS DE MONTES BELOS -  
HESLMB.

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

dependências do HESLMB ou coordenados por pesquisadores da instituição devem ter o parecer do CEP.

Artigo 13º - Os Projetos de Pesquisa somente poderão ser analisados pelo CEP se forem devidamente cadastrados no Sistema Plataforma Brasil.

## CAPÍTULO VI- DAS ATRIBUIÇÕES DO CEP

Artigo 14º São atribuições orgânicas do CEP entre outras, enviar os relatórios de pesquisa a cada 2 meses, comunicando a ocorrência de eventos adversos esperados ou não esperados a todos os membros do CEP para monitoramento colegiado.

**1-** MANTER SOB SUA GUARDA E RESPONSABILIDADE, OS PROTOCOLOS DE PESQUISA E DEMAIS DOCUMENTOS, INCLUSIVE DIGITALIZADOS, PELO PRAZO MÍNIMO DE CINCO (5) ANOS A CONTAR DO ENCERRAMENTO DO PROTOCOLO. DECORRIDO ESTE TEMPO, O CEP DEVERÁ AVALIAR OS DOCUMENTOS COM VISTAS A SUA DESTINAÇÃO FINAL, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE;

**2** - ACOMPANHAR O DESENVOLVIMENTO DOS PROJETOS POR MEIO DE RELATÓRIOS SOLICITADOS AOS PESQUISADORES TANTO INTERMEDIÁRIOS COMO FINAIS, DA PESQUISA;

**3-** MANTER COMUNICAÇÃO REGULAR COM A CONEP;

**4** - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS DO HESLMB NÃO ANALISA PESQUISA COM ANIMAIS;

**5.** COMPROMETER-SE COM AS ATIVIDADES RELATIVAS AO PROCESSO DE TRABALHO DO CEP (REUNIÃO, ASSESSORIA, CAPACITAÇÃO DE PESQUISADORES, EDUCAÇÃO CONTINUADA SOBRE A ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS, ANÁLISE DE PROJETOS, ORGANIZAÇÃO DE EVENTOS CIENTÍFICOS);

**6-** EMITIR PARECER CONSUBSTANCIADO, ON LINE, NO SISTEMA PLATAFORMA BRASIL, NO PRAZO MÁXIMO DE 48 HORAS A PARTIR DO PARECER APRESENTADO EM REUNIÃO.



LOGO DA  
UNIDADE

PROPOSTA REGIMENTO  
DO COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA (CEP) DO HOS-  
PITAL ESTADUAL DE SÃO  
LUÍS DE MONTES BELOS -  
HESLMB.

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

O CONTATO DO PARECERISTA  
COM O PESQUISADOR É PROIBIDO.  
CASO SEJAM NECESSÁRIOS  
ESCLARECIMENTOS ESPECÍFICOS  
SOBRE O PROJETO DE PESQUISA, O  
PARECERISTA DEVERÁ CONSULTAR A  
COORDENAÇÃO DO CEP.

**7** RELATAR PARECER E ATENDER  
ÀS RECOMENDAÇÕES  
● INDICADAS EM REUNIÃO DO  
COLEGIADO DO CEP.

## Capítulo VII- Das Disposições Gerais

Artigo 15º - Caberá ao Coordenador do CEP en-  
caminhar o registro do Comitê junto à CONEP.

Artigo 16º - Os membros do CEP não poderão  
ser remunerados no desempenho desta tarefa.

Artigo 17º - Para cada membro do CEP será  
disponibilizada carga horária semanal de  
2 (duas) horas para suas atividades. Para  
a coordenação do CEP, serão computadas 4  
(quatro) horas semanais e 2 horas semanais  
para a vice- coordenação.

Artigo 18º - Cabe ao HESLMB o provimen-  
to de condições para o funcionamento do  
CEP, conforme as Resoluções 003/2007 e  
370/2007, bem como, a Norma Operacional

001/2013 do Conselho Nacional de Saúde do  
Ministério da Saúde.

Artigo 19º - Cabe ao CEP e ao HESLMB infor-  
mar as instâncias institucionais, a comunida-  
de de pesquisadores, o público em geral e a  
CONEP situações de recesso institucional ou  
paralisações do CEP por período superior a  
30(trinta) dias com devida antecedência, por  
via eletrônica, indicando o período exato de du-  
ração e a forma de contato com o CEP durante



LOGO DA  
UNIDADE

PROPOSTA REGIMENTO  
DO COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA (CEP) DO HOS-  
PITAL ESTADUAL DE SÃO  
LUÍS DE MONTES BELOS -  
HESLMB.

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## CRONOGRAMA DE REUNIÕES

| 1º Mês  | Reunião Ordinária – Instalação e Posse do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DO HOSPITAL ESTADUAL DE HOSPITAL ESTADUAL DE São Luís de Montes Belos - HESLMB. |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2º Mês  | Capacitação dos Membros conforme Normas da CONEP;                                                                                                           |
| 3º Mês  | Reunião Ordinária – Discursão de casos;                                                                                                                     |
| 4º Mês  | Reunião Ordinária, Avaliação Trimestral;                                                                                                                    |
| 5º MÊS  | Reunião Ordinária – Discursão de casos: Debate sobre Eventos Adversos e Eventos Clínicos;                                                                   |
| 6º Mês  | Reunião Ordinária – Discursão de casos;                                                                                                                     |
| 7º Mês  | Reunião Ordinária- Palestra Bioética;                                                                                                                       |
| 8º Mês  | Reunião Ordinária – Avaliação semestral;                                                                                                                    |
| 9º Mês  | Reunião Ordinária – Discursão de casos;                                                                                                                     |
| 10º Mês | Reunião Ordinária – Discursão de casos;                                                                                                                     |
| 11º Mês | Reunião Ordinária – Ética e Humanização na pesquisa clínica;                                                                                                |
| 12º Mês | Reunião Ordinária – Avaliação dos 12 meses                                                                                                                  |





# ITEM 2.1.19 – EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL

LOGO DA  
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO  
DA EQUIPE  
MULTIPROFISSIONAL  
DE TERAPIA  
NUTRICIONAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL

### CONSTITUIÇÃO

A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional deve ser constituída em atendimento a legislação sobre a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional Resolução do SVS/MS Nº 272/1998 e a resolução RCD Nº 63/2000 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

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

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

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

### ORIGEM

As responsabilidades sociais do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, em relação à assistência e pesquisa serão de alta

LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

relevância. O compromisso com o paciente será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional desempenhará um papel importante.

## MEMBROS

A equipe será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral, será norteadada pelo Regimento Interno da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional.

A equipe deverá ser composta por no mínimo 4 (quatro) membros, sendo formada por profissionais de saúde de diferentes formações.

Caso a equipe seja formada por mais de 4 (quatro) membros, pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 2 (dois) médicos. Outros profissionais da saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional. O presidente da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional deverá obrigatoriamente ter formação em Terapia Nutricional, podendo ser médico nutrólogo ou nutricionista e acrescida dos seguintes profissionais da Unidade de Saúde:

I. Médico;

II. Enfermeiro;

III. Nutricionista;

IV. Farmacêutico.

## MECANISMO DE CONTROLE

A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

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

## FINALIDADE DA EQUIPE



LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL

As ações da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

I. Normatizar as indicações, uso e controle do suporte nutricional;

II. Divulgar os conhecimentos sobre suporte nutricional aos profissionais da área de saúde;

III. Promover a profilaxia da desnutrição nos pacientes internados do hospital;

IV. Racionalizar custo/benefício maximizando os benefícios e minimizando as complicações.

V. Através das avaliações, estudos e indicações da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional, assim como dos indicadores resultantes destas avaliações, espera-se atingir a qualidade na realização dos processos que balizam a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional, sendo que estes indicadores resultantes das avaliações, auxiliem atingir a qualidade, sendo estes:

- Nº de pacientes em jejum por mais de 72 horas antes do início da Terapia Nutricional (TN);
- Porcentagem (%) de avaliação nutricional nas primeiras 48 horas de internação;

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- Prevalência de pacientes com déficit ou em risco nutricional;
- Mensurar o número de pacientes em Terapia de Nutrição Enteral (TNE) que apresentem diarreia (três ou mais evacuações líquidas por dia);
- Mensurar a frequência de pacientes com resíduo gástrico aspirado maior que 250 mL em Terapia de Nutrição Enteral (TNE);
- Mensurar o índice de infecção de cateter venoso central em pacientes sob Terapia Nutricional Parenteral (TNP);
- Mensurar o número de sondas de nutrição enteral (gástricas ou enterais) obstruídas.

## PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional, visando à correção ou reparação de condutas, procedimentos, distorções ou irregularidades verificadas na análise dos indicadores, devem ser encami-

LOGO DA  
UNIDADE

# CONSTITUIÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

nhadas primeiramente à Diretoria Técnica do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, que irá notificar os profissionais a respeito das orientações da equipe e métodos a serem utilizados para correções.

Compete a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional através da justa e rigorosa observância dos itens a serem monitorados e avaliados periodicamente, gerando os indicadores acompanhados no Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.

**Nota:** A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional deverá manter estreita relação com as Comissões do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações, enviando seus relatórios as Diretorias Técnica e Geral.

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

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





LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA EQUIPE MULTIPRO-  
FISSIONAL DE TERA-  
PIA NUTRICIONAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

REGIMENTO IN-  
TERNO DA EQUI-  
PE MULTIPRO-  
FISSIONAL DE  
TERAPIA NUTRI-  
CIONALCAPÍTULO I - DOS  
OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional junto à administração e ao corpo clínico.

CAPÍTULO II - DAS  
FINALIDADES

Artigo 2º. A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional atende a legislação sobre a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional Resolução do SVS/MS Nº 272/1998 e a resolução RCD Nº 63/2000 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Artigo 3º. É um órgão de assessoria direta-

mente vinculado à Direção Técnica Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.

CAPÍTULO III - DA  
COMPOSIÇÃO

Artigo 4º. A composição mínima da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional deverá ser de 4 (quatro) membros, podendo ser superior a isso de acordo com a necessidade.

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

- I. Médico;
- II. Enfermeiro;
- III. Nutricionista;
- IV. Farmacêutico.

Parágrafo Único: A critério da Direção Técnica e da própria equipe, a carga horária total de 1 (um) ou mais membros poderá ser de uso exclusivo da equipe, desde que respeitadas às necessidades dos serviços.

CAPÍTULO IV - DA  
COMPETÊNCIA

Artigo 6º. Ao presidente da Equipe Multipro-

LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTERNO DA EQUIPE MULTIPRO- FISSIONAL DE TERA- PIA NUTRICIONAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

fissional de Terapia Nutricional, além das outras instituídas neste regimento, compete:

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

Artigo 7°. Ao vice-presidente da Equipe Multi-

profissional de Terapia Nutricional, além das outras instituídas neste regimento, compete:

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

Artigo 8°. À Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional compete:

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



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA EQUIPE MULTIPRO-  
FISSIONAL DE TERA-  
PIA NUTRICIONAL

CÓDIGO: XXX-XXX-XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional;

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

VIII. Zelar pelo sigilo ético das informações.

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

CAPÍTULO V - DO  
FUNCIONAMENTO

Artigo 9º. A equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, será presidida por médico ou nutricionista, com formação em Terapia Nutricional, nomeado através de Portaria Interna pela Diretoria Geral.

Artigo 10º. A equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, terá sede em locação a ser disponibilizada pela unidade hospitalar, com infraestrutura básica para seu funcionamento.

Artigo 11º. As reuniões da equipe Multipro-

fissional de Terapia Nutricional serão realizadas mensalmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente, com local e horário, previamente definidos e informados.

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

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

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

Artigo 16º. Todos membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional.

Artigo 17º. As decisões equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 18º. Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões e ações da equipe, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 19º. As reuniões da equipe Multipro-

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA EQUIPE MULTIPRO-  
FISSIONAL DE TERA-  
PIA NUTRICIONAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

fissional de Terapia Nutricional deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

**Artigo 20º.** O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser anexado a

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



ata da reunião ordinária ou extraordinária.

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

CAPÍTULO VI - DAS  
ATRIBUIÇÕES

**Artigo 23º.** São atribuições de todos os membros da equipe Multiprofissional de Terapia



LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTERNO DA EQUIPE MULTIPRO- FISSIONAL DE TERA- PIA NUTRICIONAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## Nutricional:

I. Normatizar as indicações, uso e controle do suporte nutricional;

II. Divulgar os conhecimentos sobre suporte nutricional aos profissionais da área de saúde;

III. Promover a profilaxia da desnutrição nos pacientes internados do hospital;

IV. Racionalizar custo/benefício maximizando os benefícios e minimizando as complicações;

V. Participar nas discussões sobre a necessidade de suporte nutricional nos casos propostos;

VI. Participar das programações educacionais da equipe (palestras, aulas, reuniões, etc);

VII. Participar do desenvolvimento, introduções, modificações e revisões de protocolo e fichas utilizadas pela equipe;

VIII. Comparecer às reuniões convocadas e colaborar com o trabalho da equipe;

IX. Criar mecanismos para que se desenvolvam as etapas de triagem e vigilância nutricional, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de terapia nutricional a serem

encaminhados aos cuidados da equipe multiprofissional;

X. Atender às condições de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a Terapia Nutricional, quando necessário, e em comum acordo com o médico e nutricionista responsáveis pelo paciente, até que sejam atingidos os critérios de reabilitação nutricional preestabelecidos;

XI. Assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, conservação, transporte e administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final, da Terapia Nutrição Parenteral, visando obter os benefícios máximos do procedimento e evitar riscos;

XII. Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação dos procedimentos relacionados a Terapia Nutricional, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;

XIII. Documentar todos os resultados do controle e da avaliação da Terapia Nutrição Parenteral visando a garantia de sua qualidade;

XIV. Estabelecer auditorias periódicas a serem realizadas por um dos membros da equipe, para verificar o cumprimento e o registro dos controles e avaliação da Terapia Nutrição Parenteral;

LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTERNO DA EQUIPE MULTIPRO- FISSIONAL DE TERA- PIA NUTRICIONAL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

XV. Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da Terapia Nutrição Parenteral;

XVI. Desenvolver, rever e atualizar regularmente as diretrizes e procedimentos relacionados à Terapia Nutrição Parenteral;

XVII. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos que lhe forem enviados;

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

**Artigo 24º.** São atribuições do Secretário da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional:

I. Receber e protocolar os processos e expedientes;

II. Lavrar a ata das sessões/reuniões;

III. Convocar os membros da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional para as reuniões determinadas pelo presidente;

IV. Organizar e manter o arquivo da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional;

V. Preparar a correspondência;

VI. Solicitar aos Departamentos correspondentes documentação, fichas, controles, prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los ou arquivá-lo em 24 horas após o trabalho realizado.

## CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

**Artigo 25º.** Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional, em conjunto com a Diretoria Geral Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.

**Artigo 26º.** Os assuntos tratados equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

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

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



## CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL

| MÊS     | ATIVIDADES                                                                                                                                |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M1 e M2 | Criar a equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional , através de uma Resolução do Diretor Geral, indicando nominalmente seus membros. |
|         | Aprovar o regimento da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional                                                                    |
|         | Elaborar o programa de atuação para o primeiro ano de atuação da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional                          |
|         | Elaborar relatório de avaliação e acompanhamento das atividades desenvolvidas.                                                            |
|         | Elaborar programa de palestras                                                                                                            |
|         | Reunião ordinária da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (dia da semana a ser definido)                                       |
|         | Definir indicadores prioritários da equipe assim como elementos ou instrumentos de coleta de dados utilizados                             |
|         | Reunião ordinária da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional                                                                      |
|         | Realizar treinamento e palestra.                                                                                                          |
|         | Divulgar indicadores                                                                                                                      |
| M3      | Reunião ordinária da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional                                                                      |
|         | Realizar treinamento e palestra.                                                                                                          |
|         | Divulgar indicadores                                                                                                                      |
| M4      | Reunião ordinária da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional                                                                      |
|         | Realizar treinamento e palestra.                                                                                                          |
|         | Divulgar indicadores                                                                                                                      |
| M5      | Reunião ordinária da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional                                                                      |
|         | Realizar treinamento e palestra.                                                                                                          |
|         | Divulgar indicadores                                                                                                                      |

|     |                                                                      |
|-----|----------------------------------------------------------------------|
| M6  | Reunião ordinária da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional |
|     | Realizar treinamento e palestra.                                     |
|     | Divulgar indicadores                                                 |
| M7  | Reunião ordinária da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional |
|     | Realizar treinamento e palestra.                                     |
|     | Divulgar indicadores                                                 |
| M8  | Reunião ordinária da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional |
|     | Realizar treinamento e palestra.                                     |
|     | Divulgar indicadores                                                 |
| M9  | Reunião ordinária da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional |
|     | Realizar treinamento e palestra.                                     |
|     | Divulgar indicadores                                                 |
| M10 | Reunião ordinária da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional |
|     | Realizar treinamento e palestra.                                     |
|     | Divulgar indicadores                                                 |
| M11 | Reunião ordinária da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional |
|     | Realizar treinamento e palestra.                                     |
|     | Divulgar indicadores                                                 |
| M12 | Reunião ordinária da equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional |
|     | Realizar treinamento e palestra.                                     |
|     | Divulgar indicadores                                                 |



# ITEM 2.1.20 - COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

LOGO DA  
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO  
DA COMISSÃO  
DE PROTEÇÃO  
RADIOLÓGICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

### CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Proteção Radiológica - CPR é um órgão de natureza técnico-científica que busca sua ação das diretrizes da radioproteção na área de radiologia médica e diagnóstico por imagem estabelecida e embasada na RDC Nº 330 de 26 de dezembro de 2019 da Anvisa, na NR-32 de 16 de novembro de 2005 do Ministério do Trabalho, na Portaria Federal nº 453 de 01 de junho de 1998 e, por fim, na Portaria Interministerial MEC/MS nº 285 de 24 de março de 2015, que determina a criação de uma comissão de proteção radiológica.

### ORIGEM

A CPR tem por princípios básicos: otimização da proteção radiológica, limitação de doses individuais e prevenção de acidentes.

As responsabilidades técnicas do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos em relação à proteção radiológica serão de alta relevância. O compromisso com o paciente, bem como com os colaboradores, será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comissão de Proteção Radiológica desempenhará um papel importante.

### MEMBROS

A CPR do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos será integrada por equipe multidisciplinar designada pela direção da instituição, por meio de ato normativo.

O mandato dos membros da Comissão deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável, con-

LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

forme definição da própria Comissão. No caso de substituição de um ou mais membros por indicação da supervisão de cada departamento do hospital, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à direção da comissão para alteração da Portaria de nomeação.

As indicações dos membros deverão recair em profissionais especializados, com suas respectivas atribuições sempre um titular e um vice caso a falta sempre terá substituto.

- I. Supervisor de Proteção Radiológica;
- II. Chefe do setor de Radiologia;
- III. Enfermeiro ou médico do setor de Radiologia;
- IV. Representante da Segurança do Trabalho;
- V. Secretário.

Reuniões extraordinárias poderão ser solicitadas a qualquer momento pelo Presidente ou Vice-Presidente, desde que haja denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência, e quando houver solicitação expressa da Diretoria.

Será necessário o quórum, calculado pela maioria simples, de membros efetivos para a edição de resoluções.

- I. Não havendo quórum, será feita nova convocação;
- II. Havendo impasse, a situação deverá ser votada;
- III. Em caso de empate em votação, o (a) Presidente terá "Voto de Minerva";
- IV. Membros consultivos não terão direito a voto.

## MECANISMO DE CONTROLE

As reuniões da comissão deverão ocorrer trimestralmente.

As reuniões terão atas lavradas, após leitura dos teores assinados pelos presentes, com encaminhamento posterior para o Núcleo de Qualidade Hospitalar, para que elas fiquem à disposição de qualquer fiscalização.

A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda quatro reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática, devendo o mesmo ser substituído de acordo com sua representação.

## FINALIDADE DA COMISSÃO

- I. Assumir a responsabilidade técnica e legal perante as questões relativas à proteção radiológica.



LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLOGICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- II. Definir prazos e divisão de tarefas das ações propostas em reunião, consultoria técnica especializada em proteção radiológica;
- III. Fiscalizar a perfeita execução dos procedimentos de proteção radiológica pelos técnicos de radiologia (ou similares) sob sua responsabilidade;
- IV. Fiscalizar o cumprimento da RDC Nº 330, de 20 de dezembro de 2019;
- V. Quando necessário adequar escalas de trabalho para cobertura nos casos de falta ou afastamentos (p.ex. causados por exposição excessiva à radiação);
- VI. Validar, juntamente com o Técnico de segurança do trabalho, os relatórios mensais de dosimetria individual, relatando à Diretoria possíveis problemas.

## PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão deverá revisar sistematicamente o programa de proteção radiológica para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de proteção radiológica.

A Comissão deverá recomendar as medidas cabíveis para garantir o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação existentes no Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO  
DE PROTEÇÃO  
RADIOLÓGICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

REGIMENTO  
INTERNO DA  
COMISSÃO DE  
PROTEÇÃO  
RADIOLÓGICA

## CAPÍTULO I - OBJETIVOS

Artigo 1º. A Comissão de Proteção Radiológica - CPR é um órgão de natureza técnico-científica que busca sua ação das diretrizes da radioproteção na área de radiologia médica e diagnóstico por imagem estabelecida e embasada na RDC Nº 330 de 26 de dezembro de 2019 da Anvisa, na NR-32 de 16 de novembro de 2005 do Ministério do Trabalho, na Portaria Federal nº 453 de 01 de junho de 1998 e, por fim, na Portaria Interministerial MEC/MS nº285 de 24 de março de 2015, que determina a criação de uma comissão de proteção radiológica.

Artigo 2º. Revisar sistematicamente o programa de proteção radiológica para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de proteção radiológica.

Artigo 3º. Recomendar as medidas cabíveis para garantir o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação existentes na instituição.

CAPÍTULO II -  
COMPOSIÇÃO,  
ORGANIZAÇÃO E  
ESTRUTURA

Artigo 4º. A CPR do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos será integrada por equipe multidisciplinar designada pela direção da instituição, por meio de ato normativo.

Artigo 5º. O mandato dos membros da Comissão deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável, conforme definição da própria Comissão. No caso de substituição de um ou mais membros por indicação da supervisão de cada departamento do hospital, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à direção da comissão para alteração da Portaria de nomeação.

Artigo 6º. As indicações dos membros deverão recair em profissionais especializados, com suas respectivas atribuições sempre um titular e um vice caso a falta sempre terá substituto.

I. Supervisor de Proteção Radiológica;

II. Chefe do setor de Radiologia;

III. Enfermeiro ou Médico do setor de Radiologia;

IV. Representante da Segurança do Trabalho;



LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLOGICA

CÓDIGO: XXX-XXX-XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

V. Representante da Diretoria;

VI. Secretário.

## CAPÍTULO III - COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Artigo 7º. Compete ao presidente:

- I. Assumir a responsabilidade técnica e legal perante as questões relativas à proteção radiológica;
- II. Definir e divulgar a pauta das reuniões ordinárias e extraordinárias da CPR;
- III. Conduzir as reuniões ordinárias e extraordinárias da CPR como moderador;
- VI. Definir prazos e divisão de tarefas das ações propostas em reunião, consultoria técnica especializada em proteção radiológica.

Artigo 8º. Compete o Responsável Técnico ou Supervisor de Proteção Radiológica:

- I. Assessorar o Presidente da CPR nas suas funções por meio de esclarecimentos técnicos e legais em proteção radiológica, incluindo RDC Nº 330, de 20 de dezembro de 2019;

II. Manter contato com autoridades sanitárias responsáveis pela fiscalização da proteção radiológica;

III. Realizar adequações necessárias no Plano de Proteção Radiológica do Hospital;

VI. Realizar, quando contratada, os procedimentos de garantia da qualidade e testes radiométricos e de constância, treinamentos e controle de qualidade de equipamentos, e EPI's.

Artigo 9º. Compete ao Chefe do setor de Radiologia:

- I. Elaborar e apresentar trimestralmente relatórios gerenciais relacionados à proteção radiológica;
- II. Efetivar contratações necessárias para o bom andamento das atividades de proteção radiológica;
- III. Validar contratos do serviço de dosimetria individual;
- IV. Manter a documentação de proteção radiológica atualizada e organizada;
- V. Garantir recursos financeiros para manter os serviços terceirizados necessários a garantia da qualidade;
- VI. Informar à CPR a contratação e demissão de colaboradores dos

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO  
DE PROTEÇÃO  
RADIOLÓGICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

serviços radiológicos;

VII. Instituir medidas punitivas ao não cumprimento das obrigações aqui relacionadas.

XI. Validar, juntamente com o Técnico de segurança do trabalho, os relatórios mensais de dosimetria individual, relatando à CPR possíveis problemas.



VIII. Fiscalizar a perfeita execução dos procedimentos de proteção radiológica pelos colaboradores do setor sob sua responsabilidade;

Artigo 10º. Compete a Enfermagem ou Médicos do setor de Radiologia:

IX. Fiscalizar o cumprimento da RDC Nº 330, de 20 de dezembro de 2019;

I. Conhecer protocolos de imagens radiológicas nos diversos serviços do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos propondo adequações para melhorar a qualidade das imagens com redução da exposição radioativa para pacientes, colaboradores e para o meio ambiente;

X. Quando necessário adequar escalas de trabalho para cobertura nos casos de falta ou afastamentos (p.ex. causados por exposição excessiva à radiação);



LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

CÓDIGO: XXX-XXX-XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- II. Propor temas para treinamentos e reciclagens dos colaboradores.

Artigo 11º. Compete ao Técnico de Segurança do Trabalho:

- I. Validar, juntamente com os supervisores técnicos e chefe da radiologia, os relatórios mensais de dosimetria individual, relatando à CPR possíveis problemas;
- II. Cobrar e acompanhar os relatórios de dosimetria individual dos colaboradores do Serviço de Radiologia do Hospital de Estadual de São Luis de Montes Belos que atuem em serviços externos;
- III. Fiscalizar cumprimento integral da NR-32.

Artigo 12º. Compete ao representante da Diretoria:

- I. Garantir perfeito funcionamento dos equipamentos médico-hospitalares da área diagnóstica, incluindo calibrações e procedimentos de manutenção preventiva e corretiva, procedimentos de manutenção preventiva e corretiva;
- II. Comunicar imediatamente ao Presidente da CPR qualquer ocorrência com os equipamentos médico-hospitalares, propondo medidas para a resolução rápida dos problemas.

## CAPÍTULO VI - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 13º. As reuniões da Comissão ocorrerão no Escritório Administrativo da Unidade.

Artigo 14º. As reuniões deverão ocorrer trimestralmente.

Artigo 15º. As reuniões terão atas lavradas, após leitura dos teores assinados pelos presentes, com encaminhamento posterior para o Núcleo de Qualidade Hospitalar, para que elas fiquem à disposição de qualquer fiscalização.

Artigo 16º. Reuniões extraordinárias poderão ser solicitadas a qualquer momento pelo Presidente ou Vice-Presidente, desde que haja denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência, e quando houver solicitação expressa da Diretoria.

Artigo 17º. Será necessário o quórum, calculado pela maioria simples, de membros efetivos para a edição de resoluções.

- I. Não havendo quórum, será feita nova convocação;
- II. Havendo impasse, a situação deverá ser votada;
- III. Em caso de empate em votação, o (a) Presidente terá "Voto de Minerva";

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO  
DE PROTEÇÃO  
RADIOLÓGICA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

IV. Membros consultivos não terão direito a voto.

Artigo 18°. 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.

Artigo 19°. Todos os membros deverão assinar a Portaria de Nomeação, onde afirmam o compromisso assumindo a responsabilidade descrito neste regimento, como membro desta comissão.

Artigo 20°. O presente Regimento Interno entra em vigor após a provação dos membros da comissão e do Diretor Geral, revogadas as disposições em contrário.

CAPÍTULO V - DISPOSIÇÕES  
GERAIS



## CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

| MÊS | ATIVIDADES                                                                                                                    |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M1  | 1. Criar a Comissão de Proteção Radiológica através de uma Resolução do Diretoria Geral, indicando nominalmente seus membros. |
|     | 2. Aprovar o Regimento Interno da Comissão de Proteção Radiológica                                                            |
|     | 3. Elaborar programa de palestras.                                                                                            |
|     | 4. Reunião ordinária a Comissão de Proteção Radiológica (primeira terça-feira do mês).                                        |
| M4  | 1 Reunião ordinária a Comissão de Proteção Radiológica (primeira terça-feira do mês).                                         |
| M7  | 1 Reunião ordinária a Comissão de Proteção Radiológica (primeira terça-feira do mês).                                         |
| M10 | 1 Reunião ordinária a Comissão de Proteção Radiológica (primeira terça-feira do mês).                                         |



# ITEM 2.1.21 - COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

LOGO DA  
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA  
COMISSÃO DE  
BIOSSEGURANÇA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

### CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Biossegurança, é constituída para acompanhamento das ações e proposição de ações em cumprimento à Norma Regulamentadora nº 32, aprovada pela Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005, do Ministério do Trabalho e Emprego, visando estabelecer a implementação de medidas de proteção à segurança e saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde.

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

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

Como objetivo de implantar os princípios de uma gestão participativa junto à unidade de

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

### ORIGEM

As responsabilidades sociais do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, em relação à assistência e segurança de seus colaboradores são metas prioritárias e de alta relevância. O compromisso com o colaborador será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comissão de Biossegurança desempenhará um papel importante.

### MEMBROS

A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Ge-



LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE BIOSSE- GURANÇA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

ral, será norteadada pelo Regimento Interno da Comissão de Biossegurança.

A Comissão de Biossegurança deve ser constituída, de preferência, pelos seguintes membros:

- I. Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Núcleo de Segurança do Paciente;
- II. Representante da Comissão de Prevenção de Riscos de Acidentes com Perfurocortantes;
- III. Representante da Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SESMT);
- IV. Representante da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA;
- V. Representante da Comissão de Proteção Radiológica;
- VI. Representante do Centro Cirúrgico e do Centro Obstétrico;
- VII. Representante do Laboratório Clínico;
- VIII. Representante da Divisão de Enfermagem;
- IX. Representante da Unidade Multiprofissional;
- X. Representante do Conselho Gestor.

## MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão de Biossegurança do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

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

## FINALIDADE DA COMISSÃO

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

- I. Identificar aspectos clínicos e epidemiológicos relacionados aos acidentes com material biológico ocorridos na unidade de saúde;

LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO DA  
COMISSÃO DE BIOSSE-  
GURANÇA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

relacionados aos acidentes com material biológico ocorridos na unidade de saúde;

II. Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;

III. Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;

IV. Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição;

V. Monitoramento por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras;

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

Através da avaliação dos incidentes e riscos de exposição avaliados, assim como dos indicadores resultantes destas avaliações, espera-se atingir a qualidade na realização dos processos que balizam a Comissão de Biossegurança, sendo que estes indicadores resultantes das avaliações, auxiliem atingir a qualidade, sendo estes:

- Nº de Acidentes com materiais biológicos ocorridos/investigados;
- Nº de eventos notificados ao SESMT;
- Nº de Comunicação de Acidentes de Trabalho – CAT por exposição a material biológico abertas.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS  
CONSTITUCIONAL

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

As deliberações da Comissão de Biossegurança, visando à correção, reparação ou prevenção de distorções e irregularidades verificadas nas análises e ações educativas ou fiscalizatórias, devem ser encaminhadas pri-



LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO DA  
COMISSÃO DE BIOSSE-  
GURANÇA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

meiramente à Diretoria Técnica do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, que irá auxiliar nas questões sobre sua competência.

Compete a Comissão de Biossegurança a análise de 100% (cem por cento) dos acidentes e riscos destes com material biológico ocorridos no Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.

**NOTA:** A Comissão de Biossegurança deverá manter estreita relação com as Comissões Interna de Prevenção de Acidentes e de Prevenção de Riscos de Acidentes com Material Perfurocortante do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, com as quais deverão ser discutidos os resultados das avaliações, enviando seus relatórios individuais ou coletivos as Diretorias Técnica e Geral.

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

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



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTER-  
NO DA COMISSÃO DE  
BIOSSEGURANÇA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

REGIMENTO  
INTERNO DA  
COMISSÃO DE  
BIOSSEGURANÇACAPÍTULO I - DOS  
OBJETIVOS

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

CAPÍTULO II - DAS  
FINALIDADES

Artigo 2º. A Comissão de Biossegurança do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, tem como objetivo conscientizar as equipes de trabalho na prevenção, em especial, por agentes biológicos, ou mesmo pela incorporação de novas tecnologias e insumos que afetem diretamente os aspectos de saúde, mitigando os riscos gerados.

Parágrafo Único: A biossegurança é um processo tanto funcional quanto operacional nos diferentes serviços de saúde e deve ser

vista como um mecanismo de proteção, tanto para o paciente, quanto para os atores envolvidos nos cuidados de saúde.

Artigo 3º. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Técnica do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.

CAPÍTULO III - DA  
COMPOSIÇÃO

Artigo 4º. A Comissão de Biossegurança terá composição multiprofissional de membros efetivos, com representantes de diversos segmentos, na forma que segue:

- I. Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Núcleo de Segurança do Paciente;
- II. Representante da Comissão de Prevenção de Riscos de Acidentes com Perfurocortantes;
- III. Representante do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT);
- IV. Representante da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA;
- V. Representante da Comissão de Proteção Radiológica;
- VI. Representante do Centro Cirúrgico e



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTER-  
NO DA COMISSÃO DE  
BIOSSEGURANÇA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Centro Obstétrico;

VII. Representante do Laboratório  
Clínico;VIII. Representante da Divisão de  
Enfermagem;IX. Representante da Unidade  
Multiprofissional;

X. Representante do Conselho Gestor.

Parágrafo Único: Caberá à área da Segurança do Trabalho a articulação das ações, no que se refere à biossegurança, garantindo a unificação destas ações.

CAPÍTULO IV - DA  
COMPETÊNCIA

Artigo 5º. É competência da Comissão de Biossegurança promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores do hospital, ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais, e através destas:

- I. Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio ambiente pela manipulação e descarte de resíduos

químicos, tóxicos e infectantes;

- II. Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição;

- III. Monitorar por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras;

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

Artigo 6º. Compete aos membros nomeados da Comissão eleger o Presidente e o Secretário através de votação simples dos membros da comissão, o Vice-Presidente será indicado pelo Presidente eleito da Comissão.

CAPÍTULO V - DO  
FUNCIONAMENTO

Artigo 7º. A Comissão de Biossegurança do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, terá sede em locação a ser disponibiliza-

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTER-  
NO DA COMISSÃO DE  
BIOSSEGURANÇA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

da pela unidade hospitalar, com infraestrutura básica para seu funcionamento.

Artigo 8º. As reuniões da Comissão de Biossegurança serão realizadas bimestralmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente; com local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 9º. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 10º. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 11º. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral.

Artigo 12º. Todos membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos. Os cargos de presidente, vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão de Biossegurança.

Artigo 13º. As decisões da Comissão de Biossegurança serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 14º. Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões e ações da Comissão, desde que

autorizado em plenária prévia.

Artigo 15º. As reuniões da Comissão de Biossegurança deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 16º. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser anexado a ata da reunião ordinária ou extraordinária.

Artigo 17º. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 18º. Nenhum membro da Comissão de Biossegurança, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão em eventos formais, institucionais ou extra institucionais sem que para isso esteja devidamente autorizado pelo presidente ou seu vice-presidente em caso de impedimentos do mesmo, e em situações não padronizadas pela Comissão de Biossegurança.

CAPÍTULO VI - DAS  
ATRIBUIÇÕES

Artigo 19º. São atribuições do presidente da



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTER-  
NO DA COMISSÃO DE  
BIOSSEGURANÇA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Comissão de Biossegurança, além das outras instituídas neste regimento:

- I. Encaminhar a pauta da reunião para o secretário da Comissão fazer a convocação, com pelo 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. Subscriver todos os documentos e resoluções da Comissão, previamente aprovados pelos membros desta;
- V. Fazer cumprir o regimento interno da Comissão de Biossegurança do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos;
- VI. Nas decisões da Comissão de Biossegurança, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);
- VII. Indicar seu vice-presidente/ coordenador.

Artigo 20º. Ao vice-presidente da Comissão Biossegurança, além das outras instituídas neste regimento, é atribuído:

I. Assumir as atividades do presidente na sua ausência;

II. Executar atribuições que lhe forem delegadas;

III. Zelar pelo sigilo ético das informações e cumprimento do regimento interno da Comissão de Biossegurança do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.

Artigo 21º. São atribuições do Presidente e do Vice-Presidente, em conjunto:

- I. Cuidar para que a Comissão disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;
- II. Coordenar e supervisionar as atividades da Comissão, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
- III. Delegar atribuições aos membros da Comissão;
- IV. Divulgar as decisões da Comissão a todos os trabalhadores do estabelecimento.

Artigo 22º. São atribuições da Secretaria da Comissão de Biossegurança:

I. Receber e protocolar os processos



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTER-  
NO DA COMISSÃO DE  
BIOSSEGURANÇA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

e expedientes;

II. Lavrar a ata das sessões/  
reuniões;III. Convocar os membros da  
Comissão de Biossegurança para  
as reuniões determinadas pelo  
presidente;IV. Organizar e manter o arquivo da  
Comissão de

V. Biossegurança;

VI. Preparar a correspondência;

VII. Solicitar ao demais setores  
e/ou comissões documentação  
necessária a avaliação, assim como  
devolvê-los em 24 horas após o  
trabalho realizado.Artigo 23º. São atribuições de todos os mem-  
bros da Comissão de Biossegurança:I. Participar de todas as reuniões  
convocadas e em caso de situações  
que inviabilizem sua participação  
realizar por escrito a justificativa  
para a falta;II. Desenvolver e participar  
ativamente das atividades de  
caráter técnico-científico comfins de subsidiar conhecimentos  
relevantes;III. Ser um agente ativo nos que se  
refere aos assuntos de educação  
e prevenção da Comissão de  
Biossegurança na unidade a qual  
representa e em toda unidade  
hospitalar.CAPÍTULO VII -  
DISPOSIÇÕES GERAISArtigo 24º. Os casos omissos neste regimento  
serão resolvidos pelos membros da Comissão  
de Biossegurança, em conjunto com a Direto-  
ria Geral do Hospital Estadual de São Luis de  
Montes Belos.Artigo 25º. A qualquer tempo, por decisão da  
maioria de seus membros, ou por eventuais  
exigências de adoção de novas legislações  
pertinentes ao assunto, poderá ser alterado  
o presente regimento, devendo a alteração  
ser obrigatoriamente submetida à aprecia-  
ção da Diretoria Geral.Artigo 26º. Este regimento entra em vigor na  
data de sua publicação.



## CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

| MÊS     | ATIVIDADES                                                                                                           |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M1 e M2 | 1. Criar a Comissão de Biossegurança, através de Resolução do Diretor Geral.                                         |
|         | 2. Dar a conhecimento, realizar as correções pertinentes e aprovar o Regimento Interno da Comissão de Biossegurança. |
| M3      | 1. Elaboração do plano de Biossegurança.<br>2. Fixar possíveis datas para as reuniões.                               |
|         | 3. Aprovação pela Diretoria-Geral.                                                                                   |
| M4      | 1. Análise de acidentes do Trabalho do mês anterior;                                                                 |
|         | 2. Discussão de medidas educativas;                                                                                  |
| M5      | 1. Análise de acidentes do Trabalho do mês anterior;                                                                 |
|         | 2. Discussão de medidas educativas;                                                                                  |
| M6      | 1. Análise de acidentes do Trabalho do mês anterior;                                                                 |
|         | 2. Discussão de medidas educativas;                                                                                  |
| M7      | 1. Análise de acidentes do Trabalho do mês anterior;                                                                 |
|         | 2. Discussão de medidas educativas;                                                                                  |
| M8      | 1. Análise de acidentes do Trabalho do mês anterior;                                                                 |
|         | 2. Discussão de medidas educativas;                                                                                  |
| M9      | 1. Análise de acidentes do Trabalho do mês anterior;                                                                 |
|         | 2. Discussão de medidas educativas;                                                                                  |
| M10     | 1. Análise de acidentes do Trabalho do mês anterior;                                                                 |
|         | 2. Discussão de medidas educativas;                                                                                  |
| M11     | 1. Análise de acidentes do Trabalho do mês anterior;                                                                 |
|         | 2. Discussão de medidas educativas;                                                                                  |
| M12     | 1. Análise de acidentes do Trabalho do mês anterior;                                                                 |
|         | 2. Discussão de medidas educativas;                                                                                  |

# ITEM 2.1.22 - COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

LOGO DA  
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO  
COMISSÃO DE  
PADRONIZAÇÃO DE  
PRODUTOS PARA  
SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

### CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Padronização de Produtos para Saúde deve ser constituída de acordo com a Lei 9.784/1999 (Processo administrativo) e Lei 8666/1993, artigos 14º e 15º (Licitações e Contratos) através da racionalização sistemática e garantindo a qualidade dos itens adquiridos nas unidades de saúde.

A Comissão De Padronização De Produtos Para Saúde é um órgão colegiado do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, de natureza consultiva, deliberativa, normativa e educativa, que tem por objetivo normatizar e implementar na Instituição de Saúde o

processo de padronização dos produtos para saúde e está vinculada à Direção Geral, em decorrência de sua transversalidade por tratar de questões relacionadas a pesquisa, ensino e assistência.

### ORIGEM

A responsabilidade técnico-científica do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos em relação à qualidade da assistência e pesquisa serão de alta relevância. O compromisso com o paciente será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comissão De Padronização De Produtos Para Saúde - HESLMB desempenhará um importante papel. Sendo constituída de acordo com a Lei 9.784/1999 (Processo administrativo) e Lei 8666/1993, artigos 14º e 15º (Licitações e Contratos) e respeitando o preconizado no âmbito da avaliação legal, técnica e funcional dos produtos para saúde, segundo pelo Governo Federal, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Código de De-



LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

fesa do Consumidor (Lei 8.078 de 11/09/90). Isto compreende a apresentação por parte dos fornecedores dos registros dos artigos na ANVISA, conforme a RDC N° 185/2001 da ANVISA/MS, com sua publicação no D.O.U. ou o documento do cadastramento (RDC 260/02) dos produtos, nos casos aplicáveis.

## MEMBROS

A Comissão De Padronização De Produtos Para Saúde será composta por membros do quadro funcional da Instituição de Saúde, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral. A Comissão será norteadada pelo Regimento Interno da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde.

A Comissão deverá ser multiprofissional e composta, preferencialmente, por no mínimo 07 (sete) membros. A Comissão de Padronização de Produtos para Saúde deverá ser composta pelos seguintes membros:

- I. 01 (um) representante da Gerência de Risco ou da Comissão de Segurança do Paciente;
- II. 01 (um) representante da Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde;
- III. 01 (um) representante da Central de

Materiais e Esterilização - CME;

- IV. 01 (um) representante da Engenharia Clínica;
- V. 01 (um) representante do Setor da Farmácia Hospitalar;
- VI. 01 (um) representante da Divisão Médica;
- VII. 01 (um) representante da Unidade de Compras ou Suprimentos.

## MECANISMO DE CONTROLE

Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, com proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados a Direção Geral, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação.

Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixe de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano de trabalho, sendo solicitadas novas indicações pelo serviço/diretoria.

LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

A Comissão De Padronização De Produtos Para Saúde - HESLMB terá um Presidente, Vice-Presidente e Secretário eleitos pelos seus pares, com mandato de 02 (dois) anos, podendo ser reeleitos.

## FINALIDADE DA COMISSÃO

As ações da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

- I. Elaborar a padronização dos produtos para saúde, utilizando o método descritivo identificando-o com clareza e contemplando as características físicas, mecânicas, de acabamento e de desempenho, possibilitando a orientação do processo licitatório;
- II. Promover estudos pertinentes à padronização de Produtos para Saúde, visando economicidade, qualidade e segurança na aquisição destes materiais, para melhoria da assistência dos serviços prestados, pelos profissionais da saúde e para os pacientes;
- III. Estabelecer normas e rotinas para análise de produtos para saúde visando assegurar a qualidade desses materiais a serem adquiridos no hospital;
- IV. Elaborar a revisão da padronização de produtos para saúde, uniformizando as especificações na rede;
- V. Elaborar fichas para análise

(protocolo de testes) de amostras dos produtos para saúde, considerando suas características técnicas;

- VI. Definir o quantitativo das amostras, período dos testes, prazo e local de entrega das amostras;
- VII. Analisar, testar e emitir parecer técnico dos produtos para saúde de uso do hospital, em conjunto com os demandantes e/ou utilizadores;
- VIII. Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;
- IX. Analisar e validar os pareceres emitidos pelos consultores;
- X. Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres emitidos pelos consultores;
- XI. Criar e manter atualizado banco de dados com as queixas técnicas notificadas e encaminhadas pela Gerência de Risco Sanitário Hospitalar;
- XII. Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de produtos para saúde utilizados no hospital;
- XIII. Coordenar a avaliação técnica de materiais em processo de compra;
- XIV. Realizar estudos acerca do custo benefício dos produtos para saúde para verificar a viabilidade econômica de sua padronização;



LOGO DA  
UNIDADE

# CONSTITUIÇÃO COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- XV. Estabelecer critérios para a utilização dos produtos para saúde não padronizados no hospital, para os casos excepcionais;
- XVI. Divulgar no hospital as atualizações da padronização;
- XVII. Encaminhar solicitações de inclusão de novos produtos na lista de padronização para avaliação do NATS (Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde), quando houver;
- XVIII. Emitir parecer sobre os produtos para saúde analisados, considerando o parecer técnico científico encaminhado pelo NATS, quando existente;
- XIX. Recomendar a Direção Geral, por meio da emissão de parecer técnico, a padronização dos produtos para saúde, considerando as evidências científicas e o perfil assistencial do hospital (nos casos em que ficar evidenciado o aumento nos custos);
- XX. Assegurar que os produtos para saúde a serem adquiridos cumpram a Legislação Sanitária, as Normas técnicas vigentes e estejam dentro dos padrões de qualidade estabelecidos por esta Comissão;
- XXI. Subsidiar as áreas administrativa e jurídica nas demandas que envolvam o uso dos produtos para saúde;
- XXII. Receber assessoria jurídica do hospital, sempre que necessário, para consultas e orientações;
- XXIII. Assessorar a governança do hospital em assuntos relacionados à gestão de produtos para saúde;
- XXIV. Assessorar a Diretoria de Ensino e Pesquisa quanto às questões relacionadas a pesquisas que utilizam produtos para saúde;
- XXV. Prestar assessoria técnica à Unidade de Compras e a Unidade de Abastecimento (ou unidade equivalente) do hospital;
- XXVI. Consultar o setor de Vigilância e Segurança do Paciente, acerca das notificações identificadas no uso dos produtos para saúde;
- XXVII. Estimular que os profissionais utilizem o NOTIVISA (Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária) para notificações de desvios de qualidade ou reações adversas aos produtos de saúde utilizados na prática assistencial;
- XXVIII. Orientar a notificação imediata à ANVISA, quando da suspeita de surtos de infecções e de eventos adversos relacionados aos produtos para saúde;
- XXIX. Estimular os profissionais a preencherem a "Ficha de Notificação de Desvio de Qualidade Técnica de Produto para Saúde";
- XXX. Solicitar a Unidade de Abastecimento a convocação de fornecedor para formalizar a queixa e informá-los das providências requeridas que incluirão solicitação de emissão de laudo técnico do fabricante (ou seja, o fornecedor deve levar amostras para avaliação do fabricante) e/ou troca dos lotes e/



LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

ou modelos do produto questionado até que a questão se resolva adequadamente;

XXXI. Promover a gestão do conhecimento em temas relacionados ao gerenciamento de produtos para saúde no hospital;

XXXII. Manter o processo permanente de atualização da padronização de produtos para saúde, necessários à realização dos procedimentos médicos, de enfermagem e de outras atividades hospitalares, através de análise para melhor assistência ao paciente;

XXXIII. Revisar anualmente a Lista de Produtos para Saúde Padronizados, utilizando o método descritivo, identificando com clareza as especificações, possibilitando a orientação do processo licitatório;

XXXIV. Construir e monitorar indicadores de produtividade do uso dos produtos para saúde padronizados e/ou a serem padronizados.

## PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão reunir-se-á ordinariamente uma vez ao mês, em local e data a serem definidos previamente, e extraordinariamente, sempre que necessário, devendo todas as reuniões ser registradas em forma de ata com o registro fidedigno de todas as delibe-

rações feitas, que após lida e achada conforme, será assinada pelos participantes e deverá ser arquivado toda sua documentação em local a ser designado em sua primeira reunião ordinária.

As reuniões extraordinárias acontecerão sempre que necessário, por convocação da Presidência, constando da pauta da reunião com antecedência mínima de 24 horas, contendo as razões que justifiquem e ordem do dia, vedada a discussão de quaisquer outros assuntos.

As decisões serão tomadas por consenso, e ou se necessária votação, com necessidade de maioria absoluta e decidirá pela aprovação ou não da padronização e/ou envio ao NATS (quando houver) para avaliação científica. A comissão deliberará no horário marcado, com o "quórum" presente de metade mais um de seus membros.

Os membros deverão comparecer pontualmente às reuniões das quais foram convocados. Em caso de ausência, a mesma deve ser justificada por escrito, ou por e-mail antecipadamente, ou no máximo em 48 horas após a reunião, sendo os casos emergenciais justificados por telefone para um dos membros. Os membros, quando em gozo de férias, não poderão comparecer às reuniões, enviando os seus suplentes, que caso não possam comparecer devem justificar sua ausência.



LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

# REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

## CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

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

## CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º. A Comissão de Padronização de Produtos para Saúde é uma instância colegiada, consultiva e deliberativa, com a finalidade de normatizar e implementar na Instituição de Saúde o processo de padronização dos produtos para saúde e está vinculada à Direção Geral, em decorrência de sua transversalidade por tratar de questões relaciona-

das à pesquisa, ensino e assistência.

Artigo 3º. Tem por objetivo elaborar, com racionalização sistemática, a relação dos produtos para saúde com os descritivos (marcas/fabricações) aprovadas na Instituição de Saúde e posterior validação para inclusão ou exclusão de qualquer item à lista dos produtos padronizados.

## CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º. A Comissão deverá ser multiprofissional e composta, preferencialmente, por no mínimo 07 (sete) membros. A Comissão de Padronização de Produtos para Saúde deverá eleger Presidente, Vice-Presidente e um secretário, sendo composta em sua totalidade pelos seguintes membros efetivos:

**A.** 01 (UM) REPRESENTANTE DA GERÊNCIA DE RISCO OU DA COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE;

**B.** 01 (UM) REPRESENTANTE DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE;

**C.** 01 (UM) REPRESENTANTE DA CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO - CME;

LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

**D.** 01 (UM) REPRESENTANTE DA  
ENGENHARIA CLÍNICA;

**E.** 01 (UM) REPRESENTANTE  
DO SETOR DA FARMÁCIA  
HOSPITALAR;

**F.** 01 (UM) REPRESENTANTE DA  
DIVISÃO MÉDICA;

**G.** 01 (UM) REPRESENTANTE DA  
UNIDADE DE COMPRAS OU  
SUPRIMENTOS.

Artigo 5º. Os membros da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde - HESLMB serão indicados pelos respectivos serviços e nomeados pela Diretoria da Instituição de Saúde, sendo permitido convite a consultores técnicos externos convidados, quando necessário.

Artigo 6º. A Comissão de Padronização de Produtos para Saúde - HESLMB será composta por colaboradores das áreas de interesse do hospital ou outros consultores quando necessário.

Artigo 7º. Todos os integrantes da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde deverão assinar um documento de conflito de interesses, declarando que não têm inte-

resse econômico ou pessoal em relação a nenhum fabricante ou distribuidor de Produtos para Saúde, e que seu trabalho será isento de qualquer favorecimento pessoal.

Artigo 8º. O membro da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde deverá guardar sigilo sobre dados e informações pertinentes aos assuntos a que tiver acesso em decorrência do exercício de suas funções, utilizando-os, exclusivamente, para a análise e revisão dos processos, sob pena de responsabilidade.

Artigo 9º. O presidente, vice-presidente e o secretário da Comissão de Padronização de Produtos serão escolhidos entre seus membros, com o aval da Diretoria da Instituição de Saúde.

Artigo 10º. O mandato de cada representante será de 02 (dois) anos, a contar da data da posse, podendo ser prorrogado por igual período em comum acordo com os membros da comissão.

Artigo 11º. Deverá ser indicado um suplente para cada membro titular, que o represente em suas ausências e impedimentos.

Artigo 12º. A designação dos membros da comissão deverá ser precedida, sem prejuízo de outras formalidades, do preenchimento anual do Termo de Compromisso e Confidencialidade e da Declaração de Conflitos de Interesse.



LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

### CAPÍTULO IV - DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Artigo 13º. São atribuições do(a) Presidente da Comissão De Padronização De Produtos Para Saúde - HESLMB:

**A.** CONVOCAR E PRESIDIR AS REUNIÕES MENSAIS E AS REUNIÕES EXTRAORDINÁRIAS DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE;

**B.** ASSINAR TODOS OS DOCUMENTOS OFICIAIS DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE;

**C.** ASSESSORAR O DIRETOR GERAL, QUANDO SOLICITADO;

**D.** RECEBER DOS FORNECEDORES AS AMOSTRAS DOS MATERIAIS EM PROCESSO DE COMPRA OU NÃO, E ENCAMINHAR AS EQUIPES TÉCNICAS RESPONSÁVEIS PELA AVALIAÇÃO DO MATERIAL, CONFORME PROTOCOLO E FLUXO ESTABELECIDO PELA COMISSÃO;

**E.** DISTRIBUIR AOS CONSULTORES TÉCNICOS OS MATERIAIS A SEREM TESTADOS E RESPECTIVOS FORMULÁRIOS CONFORME ORIENTAÇÃO DESSA COMISSÃO;

**F.** COORDENAR E SUPERVISIONAR O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DOS PRODUTOS PARA SAÚDE NA ETAPA DE JULGAMENTO TÉCNICO PARA ESCOLHA DOS MATERIAIS A SEREM ADQUIRIDOS;

**G.** INFORMAR A SEÇÃO DE COMPRAS DO HOSPITAL AS ESPECIFICAÇÕES DOS PRODUTOS PARA SAÚDE PADRONIZADOS NA INSTITUIÇÃO, PARA DAR SUPORTE TÉCNICO A TODOS PROCESSOS LICITATÓRIOS DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE;

**H.** PARTICIPAR DA ELABORAÇÃO DO EDITAL DE LICITAÇÃO PRESTANDO SUPORTE TÉCNICO AO SETOR DE LICITAÇÃO;

**I.** COORDENAR A ELABORAÇÃO DE INDICADORES DE QUALIDADE E DE PRODUTIVIDADE PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DOS INSUMOS DA RELAÇÃO DE MATERIAIS



LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

PADRONIZADOS E/OU A SEREM  
PADRONIZADOS;

**J** PARTICIPAR DO PROCESSO  
DE ANÁLISE DOS EVENTOS  
• ADVERSOS IDENTIFICADOS  
PELA GERÊNCIA DE RISCO SANITÁRIO  
HOSPITALAR (LEVANDO O CASO A  
COMISSÃO E PODENDO RETIRAR  
O PRODUTO DA LISTA DOS ITENS  
PADRONIZADOS, CASO SE JULGUEM  
NECESSÁRIO);

**K** SOLICITAR TREINAMENTO  
AOS COLABORADORES (E  
• INDICAR PARA O SETOR  
ESPECÍFICO DE TREINAMENTO  
DA UNIDADE HOSPITALAR AS  
NOVAS TECNOLOGIAS QUE ESTÃO  
SENDO ADQUIRIDAS PARA QUE  
ESTES VIABILIZEM JUNTO AOS  
FORNECEDORES A CAPACITAÇÃO DOS  
FUNCIONÁRIOS) COM O OBJETIVO  
DE OFERECER SUBSÍDIOS PARA  
A ANÁLISE TÉCNICA, QUANDO  
NECESSÁRIO.

**L** ENCAMINHAR PARA CIÊNCIA  
E AVALIAÇÃO DOS DEMAIS  
• MEMBROS DA COMISSÃO AS  
DEMANDAS SURGIDAS NO HOSPITAL;

**M** ENCAMINHAR A LISTAGEM  
DE PRODUTOS PARA  
• SAÚDE PADRONIZADOS.

PARA A UNIDADE DE APOIO  
CORPORATIVO, PARA QUE A  
MESMA SEJA DIVULGADA NO SITE  
DO INSTITUIÇÃO HOSPITALAR,  
E UTILIZADOS NO SETOR DE  
SUPRIMENTOS PARA O PROCESSO  
LICITATORIO;

**N** ELABORAR RELATÓRIO  
ANUAL DE ATIVIDADES  
• DA COMISSÃO DE  
PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA  
SAÚDE - HESLMB;

**O** DESEMPENHAR OUTRAS  
ATIVIDADES AFINS,  
• SOLICITADAS PELO  
DIRETOR GERAL.

Artigo 14º. São atribuições do(a) Vice-Presi-  
dente da Comissão De Padronização De Pro-  
dutos Para Saúde - HESLMB:

A. Representar e desenvolver as ativida-  
des do Presidente em suas ausências e  
impedimentos.

Artigo 15º. São atribuições do(a) Secretá-  
rio(a) da Comissão De Padronização De Pro-  
dutos Para Saúde - HESLMB:

**A** RECEBER E ORDENAR  
OS FORMULÁRIOS DOS  
• LAUDOS TÉCNICOS DAS  
ANÁLISES DOS MATERIAIS TESTADOS



LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

ORIUNDOS DOS CONSULTORES E  
COMUNICAR O RECEBIMENTO À  
PRESIDÊNCIA DA COMISSÃO;

DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS (SIG)  
PROTOCOLO;

**B.** SECRETARIAR AS  
REUNIÕES DA COMISSÃO  
DE PADRONIZAÇÃO DE  
PRODUTOS PARA SAÚDE E ELABORAR  
AS RESPECTIVAS ATAS;

**H.** PROVIDENCIAR A CÓPIA DE  
IMPRESSOS NECESSÁRIOS  
AO DESENVOLVIMENTO DAS  
ATIVIDADES DA COMISSÃO;

**C.** ENVIAR À UNIDADE DE  
APOIO CORPORATIVO  
AS INFORMAÇÕES  
REFERENTES AS ATAS, NOMEAÇÕES E  
DOCUMENTOS PARA DIVULGAÇÃO NO  
SITE DA UNIDADE HOSPITALAR;

**I.** ELABORAR, ATUALIZAR E  
DISPONIBILIZAR PARA A  
PRESIDÊNCIA, UM BANCO  
DE DADOS INFORMATIZADO DOS  
PRODUTOS APROVADOS E/OU  
REPROVADOS NOS TESTES;

**D.** ENVIAR AS ATAS DAS  
REUNIÕES MENSAS A UM  
ENDEREÇO ELETRÔNICO  
CRIADO PARA ESSA FINALIDADE;

**J.** DESEMPENHAR TAREFAS  
AFINS;

**E.** DIGITAR, ORDENAR E  
ARQUIVAR DOCUMENTOS  
DA COMISSÃO SEGUINDO  
CRITÉRIOS DE ARQUIVAMENTO PRÉ-  
ESTABELECIDOS;

**K.** ENCAMINHAR, NO INÍCIO DE  
CADA ANO, O CALENDÁRIO  
ANUAL DAS REUNIÕES  
DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO  
DE PRODUTOS PARA SAÚDE -  
HESLMB PARA A UNIDADE DE APOIO  
CORPORATIVO E PARA OS MEMBROS  
DA COMISSÃO;

**F.** CONTROLAR A ENTRADA E  
SAÍDA DE DOCUMENTOS DA  
COMISSÃO;

**L.** MANTER O BANCO DE  
DADOS DE MATERIAIS E DE  
FORNECEDORES ATUALIZADO;

**G.** ENCAMINHAR E RECEBER  
DOCUMENTOS ATRAVÉS DE  
REGISTRO NO SISTEMAS

Artigo 16º. São atribuições dos membros  
da Comissão De Padronização De Produtos  
Para Saúde - HESLMB:



LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

**A.** ELEGER O PRESIDENTE,  
O VICE-PRESIDENTE E O  
SECRETÁRIO DA COMISSÃO.

ACERCA DAS MARCAS APROVADAS  
E REPROVADAS NOS TESTES  
REALIZADOS NA INSTITUIÇÃO.

**B.** RECEBER DA PRESIDÊNCIA  
AS AMOSTRAS DOS  
MATERIAIS EM PROCESSO DE  
COMPRA OU NÃO, A FIM DE PROCEDER  
AOS TESTES PERTINENTES.

**G.** DESEMPENHAR OUTRAS  
ATIVIDADES AFINS,  
SOLICITADAS PELO  
PRESIDENTE.

**C.** ENCAMINHAR AS AMOSTRAS  
DOS MATERIAIS PARA  
TESTE AOS CONSULTORES,  
ACOMPANHADAS DOS FORMULÁRIOS  
PRÓPRIOS PARA DOCUMENTAÇÃO  
DAS ANÁLISES TÉCNICAS.

Artigo 17º. O profissional que atuará na co-  
missão deverá apresentar habilidades para:

**D.** PRESTAR SUPORTE TÉCNICO  
AOS CONSULTORES, PARA  
ESCOLHA DO PRODUTO  
PARA O PROCESSO DE COMPRA EM  
ANDAMENTO.

**A.** TOMADA DE DECISÕES;  
O TRABALHO DO  
PROFISSIONAL DEVE ESTAR  
FUNDAMENTADO NA CAPACIDADE  
DE TOMAR DECISÕES MEDIANTE  
ANÁLISE DE CRITÉRIOS TAIS COMO,  
EFICÁCIA, EFICIÊNCIA, EFETIVIDADE,  
SEGURANÇA E CUSTO-EFETIVIDADE  
DO PRODUTO ANALISADO.

**E.** CABE AO REPRESENTANTE  
TÉCNICO (DA COMISSÃO) DE  
CADA ÁREA PROFISSIONAL,  
COORDENAR O PROCESSO DE  
AVALIAÇÃO DOS MATERIAIS ATRAVÉS  
DE SEUS CONSULTORES.

**B.** COMUNICAÇÃO: O  
PROFISSIONAL DEVE SER  
ACESSÍVEL E DEVE MANTER  
A CONFIDENCIALIDADE ÉTICA E  
BIOÉTICA DAS INFORMAÇÕES QUE LHE  
FOREM CONFIADAS NA INTERAÇÃO  
COM OUTROS PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE E COM O PÚBLICO EM GERAL.  
DEVE, TAMBÉM, PROMOVER A GESTÃO  
DO CONHECIMENTO REFERENTE AS  
AÇÕES REALIZADAS PELA COMISSÃO.

**F.** NO CASO DE AUSÊNCIA  
DA PRESIDÊNCIA, VICE  
PRESIDÊNCIA E DO  
SECRETÁRIO, ATENDER AOS  
FORNECEDORES PARA INFORMAR



LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

**C** LIDERANÇA: NO TRABALHO EM EQUIPE • MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE. O PROFISSIONAL DEVE ESTAR APTO A ASSUMIR POSIÇÕES DE LIDERANÇA SOB O ENFOQUE DA PROTEÇÃO DA SAÚDE E DOS INTERESSES PÚBLICOS, ENVOLVENDO COMPROMISSO, RESPONSABILIDADE E IMPLICAÇÃO ÉTICA PARA APOIAR A TOMADA DE DECISÕES E GERENCIAMENTO DE FORMA EFETIVA E EFICAZ.

**D** ADMINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTO: O PROFISSIONAL DEVE ESTAR APTO A TOMAR INICIATIVAS, ESTABELECEER APRECIACÕES, APRESENTAR PROPOSIÇÕES E CONSTRUIR ESTRATÉGIAS DE ACOMPANHAMENTO E COORDENAÇÃO NO ÂMBITO DAS AÇÕES DA COMISSÃO.

## CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 18º. A Comissão reunir-se-á ordinariamente uma vez ao mês, em local e data a serem definidos previamente, e extraordinariamente, sempre que necessário, devendo todas as reuniões ser registradas em forma de ata com o registro fidedigno de todas as deliberações feitas, que após lida e achada

conforme, será assinada pelos participantes e deverá ser arquivado toda sua documentação em local a ser designado em sua primeira reunião ordinária.

Artigo 19º. As reuniões extraordinárias acontecerão sempre que necessário, por convocação da Presidência, constando da pauta da reunião com antecedência mínima de 24 horas, contendo as razões que justifiquem e ordem do dia, vedada a discussão de quaisquer outros assuntos.

Artigo 20º. As decisões serão tomadas por consenso, e ou se necessária votação, com necessidade de maioria absoluta e decidirá pela aprovação ou não da padronização e/ou envio ao NATS (quando houver) para avaliação científica. A comissão deliberará no horário marcado, com o "quórum" presente de metade mais um de seus membros.

Artigo 21º. Só ocorrerá a reunião da Comissão De Padronização De Produtos Para Saúde com a presença da maioria de seus membros, devendo ser verificado o "quórum" em cada sessão, antes da votação. Membros consultivos não terão direito a voto. Nenhum membro da comissão presente poderá escusar-se de votar. Em caso de empate a decisão será dada pelo voto da Presidência.

Artigo 22º. O quórum será apurado no início de cada reunião pela contagem das assi-

LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

naturas dos membros em lista de presença. Não havendo quórum, o presidente declarará a impossibilidade de efetuar a reunião, o que constará em Ata, registrando-se os nomes de todos os membros ausentes para os efeitos do disposto neste Regimento.

Artigo 23º. Os membros deverão compa-

gozo de férias, não poderão comparecer às reuniões, enviando os seus suplentes, que caso não possam comparecer devem justificar sua ausência.

Artigo 24º. Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixe de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco inter-



recer pontualmente às reuniões das quais foram convocados. Em caso de ausência, a mesma deve ser justificada por escrito, ou por e-mail antecipadamente, ou no máximo em 48 horas após a reunião, sendo os casos emergenciais justificados por telefone para um dos membros. Os membros, quando em

caladas no período de um ano de trabalho, sendo solicitadas novas indicações pelo serviço/diretoria.

Artigo 25º. Os membros poderão ser substituídos, a qualquer tempo, mediante ato formal motivado por iniciativa própria, através de requerimento escrito com justificativa.



LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Artigo 26º. Compete ao presidente estabelecer a ordem do dia da reunião. Na impossibilidade do presidente e do vice-presidente estarem em reunião ordinária, a mesma será conduzida por um membro indicado pela Comissão.

Artigo 27º. As reuniões terão duração máxima de 2 horas.

Artigo 28º. Caso as recomendações e pareceres da Comissão De Padronização De Produtos Para Saúde não sejam aceitas para a homologação final da Direção Geral, o Presidente deverá apresentar justificativa, por escrito, à referida Comissão.

Artigo 29º. Enquanto pertencer à Comissão De Padronização De Produtos Para Saúde, nenhum dos membros poderá ter vantagens pessoais, proporcionadas por indústrias de produtos para saúde.

Artigo 30º. O encaminhamento das reuniões da Comissão De Padronização De Produtos Para Saúde obedecerá a seguinte rotina:

**A.** APROVAÇÃO DA  
ATA DA REUNIÃO  
• ANTERIOR, SEGUIDA DE  
ASSINATURA;

**B.** REVISÃO DAS  
DEMANDAS PENDENTES;

**C.** DELIBERAÇÃO DOS  
ITENS DA PAUTA, E  
• VOTAÇÃO QUANDO FOR  
O CASO;

**D.** SUGESTÃO DE PAUTA  
DA PRÓXIMA REUNIÃO.

Artigo 31º. A pauta da reunião deverá ser pré-definida com clareza dos temas.

Artigo 32º. O expediente deverá conter a natureza da reunião, dia, hora e local de sua realização, nome de quem a presidiu e dos membros presentes e seus cargos.

Artigo 33º. O resumo da discussão da ordem-do-dia e os resultados da votação (e o registro das decisões tomadas, a motivação que levou algumas ideias a serem abandonadas, evitando que a mesma discussão ocorra outras vezes).

Artigo 34º. Encaminhamentos: onde são registrados os prazos para execução de tarefas e é estabelecido o dia, horário, local e participantes da próxima reunião.

Artigo 35º. A ata deve ser um documento sucinto, de fácil leitura e identificação (em especial) das decisões tomadas.

Artigo 36º. A seleção de produtos para padronização levará em conta a avaliação da

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO DE  
PADRONIZAÇÃO DE  
PRODUTOS PARA  
SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

efetividade, da segurança, de sua inserção em protocolos ou rotinas assistenciais e sua relação de custo-efetividade durante o uso.

Artigo 37º. A inclusão de itens na Padronização exigirá a visão completa dos programas assistenciais, tanto no que se refere à compatibilidade entre os diversos produtos, quanto ao suporte e ao seu impacto inerente, por exemplo, quando se tratar de inclusão de uma tecnologia que necessitará uso de outros artigos e processos de esterilização, será obrigatória uma justificativa plena para a aquisição, impacto sobre a saúde e agilização do trabalho.

Artigo 38º. Qualquer alteração que gerar aumento de custo orçamentário (O custo efetividade do uso, proposto em procedimentos frente aos recursos disponíveis justifica a alteração na padronização) deverá ser encaminhado para aprovação do Colegiado Executivo.

**A.** DETERMINAR A QUALIDADE DOS PRODUTOS MÉDICOS QUE SÃO DISPONIBILIZADOS PARA OS PROFISSIONAIS, COM IMPACTO DIRETO NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE;

**B.** DIMINUIR O NÚMERO DE ITENS NO ESTOQUE EM ASPECTOS TÉCNICOS E

## ECONÔMICOS:

**C.** SIMPLIFICAR OS MATERIAIS, ELIMINANDO OS TIPOS INEFICIENTES, EVITANDO O DESPERDÍCIO;

**D.** PERMITIR A COMPRA EM GRANDES LOTES;

**E.** OTIMIZAR O TRABALHO DO SETOR DE LOGÍSTICA E UNIDADE DE COMPRAS;

**F.** DIMINUIR OS CUSTOS DE ESTOCAGEM REDUZINDO A QUANTIDADE DE ITENS ESTOCADOS;

**G.** ADQUIRIR MATERIAIS COM MAIOR RAPIDEZ;

**H.** EVITAR A DIVERSIFICAÇÃO DE MATERIAIS DE MESMA APLICAÇÃO;

**I.** OBTER MAIOR QUALIDADE E UNIFORMIDADE.

Artigo 39º. Os critérios de seleção de Produtos para Saúde (inclusão e exclusão) para a



LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

lista dos padronizados serão consenso entre os membros da Comissão presentes na reunião e rediscutidos sempre que houver necessidade, sendo quaisquer modificações documentadas e oficializadas.

Artigo 40º. Membros da equipe assistencial (Médicos, Enfermeiros, Nutricionistas, Fisioterapeutas e demais profissionais da saúde) e a Segurança Ocupacional e Segurança do Trabalho (em casos que envolvam Equipamento de Proteção Individual) terão a prerrogativa de solicitar a inclusão ou exclusão de produtos na padronização.

Artigo 41º. A solicitação de inclusão ou exclusão de produtos na padronização será analisada pela Comissão De Padronização De Produtos Para Saúde que emitirá parecer favorável ou não à inclusão ou exclusão do produto na lista de padronizados, conforme instrumento próprio.

Artigo 42º. A resposta ao solicitante será através de Carta Resposta, elaborada pelo secretário, contendo a deliberação da Comissão.

## CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 43º. Os artigos aprovados, sem registro negativo ou alterações de especificações,

terão sua qualificação revalidada. Artigos aprovados que, porventura, após o processo de compra e aquisição apresentarem não conformidades, notificadas e investigadas pela Gerência de Risco Sanitário Hospitalar, serão automaticamente colocados como pauta na próxima reunião da Comissão.

Artigo 44º. Os produtos reprovados somente poderão ser submetidos a novos testes mediante comprovação oficial das alterações efetuadas pelo fabricante de modo a atender as especificações da instituição.

Artigo 45º. É vedado à Comissão de Padronização de Produtos para Saúde, o fornecimento extra institucional de laudos técnicos referentes aos produtos testados na Unidade Hospitalar.

Artigo 46º. Só poderão participar do processo de licitação os produtos aprovados pela Comissão de Padronização de Produtos para Saúde do hospital.

Artigo 47º. Os produtos a serem licitados deverão seguir as especificações padronizadas, fornecidos pela Comissão de Padronização de Produtos para Saúde.



## CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

| MÊS      | ATIVIDADES                                                                                                                                                                        |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M1 e M2  | 1. Criar a Comissão de Padronização de Produtos para Saúde, através de uma Resolução do Diretoria Geral, indicando nominalmente seus membros de acordo com o perfil profissional. |
|          | 2. Aprovar o Regimento Interno da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde.                                                                                                |
|          | 3. Reunião ordinária da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde.                                                                                                          |
|          | 4. Estabelecer Plano de Ação e calendário anual de reuniões.                                                                                                                      |
| M3 e 4   | 1. Reunião ordinária da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde.                                                                                                          |
|          | 2. Elaborar diagnóstico situacional da Instituição quanto a Padronização de produtos para saúde.                                                                                  |
|          | 3. Realizar estudos pertinentes à padronização de Produtos para Saúde na Instituição.                                                                                             |
|          | 4. Elaborar as normas e rotinas para análise de produtos para saúde.                                                                                                              |
| M5 e 6   | 1. Reunião ordinária da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde.                                                                                                          |
|          | 2. Elaborar fichas para análise (protocolo de testes) de amostras dos produtos para saúde disponíveis na instituição.                                                             |
|          | 3. Criar e manter atualizado um banco de dados para registro dos pareceres emitidos e para queixas técnicas notificadas.                                                          |
| M7 e 8   | 1. Reunião ordinária da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde.                                                                                                          |
|          | 2. Elaborar fichas para análise (protocolo de testes) de amostras dos produtos para saúde disponíveis na instituição.                                                             |
|          | 3. Manter atualizado um banco de dados para registro dos pareceres emitidos e para queixas técnicas notificadas.                                                                  |
| M9 e 10  | 1. Reunião ordinária da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde.                                                                                                          |
|          | 2. Manter atualizado um banco de dados para registro dos pareceres emitidos e para queixas técnicas notificadas.                                                                  |
| M11 e 12 | 1. Reunião ordinária da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde.                                                                                                          |
|          | 2. Manter atualizado um banco de dados para registro dos pareceres emitidos e para queixas técnicas notificadas.                                                                  |
|          | 3. Redigir relatório anual das ações e resultados da Comissão.                                                                                                                    |
| M12      | 1. Finalizar e apresentar relatório anual da Comissão.                                                                                                                            |



# ANEXO I

## NOTIFICAÇÃO DE DESVIO DE QUALIDADE TÉCNICA HESLMB

| NOTIFICAÇÃO DE DESVIO DE QUALIDADE TÉCNICA HESLMB                                                        |                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| PRODUTOS PARA SAÚDE - QUEIXA TÉCNICA                                                                     |                                 |
| Nome do Notificador:                                                                                     |                                 |
| Cargo:<br>e-mail:                                                                                        |                                 |
| Setor/Unidade:                                                                                           |                                 |
| Data da identificação/ocorrência: ____/____/____                                                         |                                 |
| IDENTIFICAÇÃO DO MATERIAL                                                                                |                                 |
| Descrição do Produto:                                                                                    |                                 |
| Empresa (Fabricante):                                                                                    |                                 |
| Marca:                                                                                                   |                                 |
| CNPJ do fabricante:                                                                                      |                                 |
| Tel/SAC:                                                                                                 |                                 |
| Lote ou Nº Série:                                                                                        |                                 |
| Registro da ANVISA:                                                                                      |                                 |
| Data de fabricação ____/____/____                                                                        | Data de validade ____/____/____ |
| DESCRIÇÃO DETALHADA DA QUEIXA TÉCNICA:                                                                   |                                 |
| Levou agravo a saúde do paciente? ( ) Não ( )                                                            |                                 |
| Levou risco a saúde do profissional? ( ) Não ( )                                                         |                                 |
| Causou transtornos técnicos com: ( ) Retrabalho ( ) Onerou custos ( ) Desperdício de Material            |                                 |
| A utilização do produto seguiu as instruções do fabricante? ( ) Não ( ) Sim                              |                                 |
| Houve comunicação a indústria / distribuidor? ( ) Não ( ) Sim<br>Em caso afirmativo, quais providências? |                                 |

Carimbo e Assinatura

*Assinatura*

## ANEXO II

### TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado XXX (NOME), NACIONALIDADE), (ESTADO CIVIL), lotado no Departamento XXXXX, da presente Instituição de Saúde,

Considerando que para o bom e fiel desempenho das atividades da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde faz-se necessária a disponibilização de informações técnicas e confidenciais dos produtos a serem analisados,

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO** - O objeto do presente termo é a proteção das INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS disponibilizadas a Comissão de Padronização de Produtos para Saúde, em razão da atividade desenvolvida pelas partes,

**CLÁUSULA SEGUNDA - DAS DEFINIÇÕES** - Todas as informações técnicas obtidas através da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde e relacionadas a projeto, especificação, funcionamento, organização ou desempenho dos produtos serão tidas como CONFIDENCIAIS E SIGILOSAS.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** Serão consideradas para efeito deste termo toda e qualquer informação, documentos, contratos, papéis, estudos, pareceres e pesquisas a que o empregado tenha acesso:

a) por qualquer meio físico (documentos expressos, manuscritos, mensagens eletrônicas (e-mail), fotografias etc);

b) por qualquer forma registrada em mídia eletrônica (cd's, dvd's, disquetes etc);

c) oralmente,

**CLÁUSULA TERCEIRA - DA RESPONSABILIDADE** - O empregado compromete-se a manter sigilo não utilizando tais informações confidenciais em proveito próprio ou alheio,

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** As informações confidenciais confiadas aos empregados somente poderão ser abertas a terceiro mediante consentimento prévio e por escrito da COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE, ou em caso de determinação judicial, hipótese em que o empregado deverá informar de imediato, por escrito, a comissão para que esta procure obstar e afastar a obrigação de revelar as informações,

**CLÁUSULA QUARTA - DAS INFORMAÇÕES NÃO CONFIDENCIAIS** - Não configuram informações confidenciais aquelas:

a) Já disponíveis ao público em geral sem culpa do empregado;

b) Que já eram do conhecimento do empregado antes de seu ingresso na comissão e que não foram adquiridas direta ou indiretamente na COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE;

c) Que não são mais tratadas como confidenciais pela COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE.

**CLÁUSULA QUINTA - DA GUARDA DAS IN-**



**FORMAÇÕES** - Todas as informações de confidencialidade e sigilo previstas neste termo terão validade durante toda a vigência deste instrumento, enquanto perdurar a relação de trabalho e, ainda, por um período mínimo de 01 (um) ano do rompimento do vínculo do empregado com a COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE.

**CLÁUSULA SEXTA - DAS OBRIGAÇÕES** - Deverá o empregado:

I) Usar tais informações apenas com o propósito de bem e fiel cumprir os fins da COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE;

II) Manter o sigilo relativo às informações confidenciais e revelá-las apenas aos empregados que tiverem necessidade de ter conhecimento sobre elas;

III) Proteger as informações confidenciais que lhe foram divulgadas, usando o mesmo grau de cuidado utilizado para proteger suas próprias informações confidenciais;

IV) Manter procedimentos administrativos adequados à prevenção de extravio ou perda de quaisquer documentos ou informações confidenciais, devendo comunicar à comissão, imediatamente, a ocorrência de incidentes desta natureza, o que não excluirá sua responsabilidade.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** O empregado fica desde já proibido de produzir cópias ou backup, por qualquer meio ou forma, de qualquer dos documentos a ele fornecidos ou documentos que tenham chegado ao seu conhecimento em virtude da relação de emprego.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** O empregado deverá devolver, íntegros e integralmente, todos os documentos a ele fornecidos, inclusive as cópias porventura necessárias, na data estipulada pela comissão para entrega, ou quando não for mais necessária a manutenção das informações confidenciais, comprometendo-se a não reter quaisquer reproduções, cópias ou segundas vias, sob pena de incorrer nas responsabilidades previstas neste instrumento.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** O empregado deverá destruir todo e qualquer documento por ele produzido que contenha informações confidenciais da COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE, quando não mais for necessária a manutenção dessas informações confidenciais, comprometendo-se a não reter quaisquer reproduções, sob pena de incorrer nas responsabilidades previstas neste instrumento.

**CLÁUSULA SÉTIMA - DAS DISPOSIÇÕES ESPECIAIS** - Ao assinar o presente instrumento, o empregado manifesta sua concordância no seguinte sentido:

I) Todas as condições, termos e obrigações ora constituídas serão regidas pelo presente Termo, bem como pela legislação e regulamentação brasileira pertinente;

II) O presente termo só poderá ser alterado mediante a celebração de novo termo, posterior e aditivo;

III) As alterações do número, natureza e quantidade das informações confidenciais disponibilizadas pela empresa não descaracterizarão ou reduzirão o compromisso

*AM*

ou as obrigações pactuadas neste Termo de Compromisso e Confidencialidade, que permanecerá válido e com todos os seus efeitos legais em qualquer das situações tipificadas neste instrumento:

IV) O acréscimo, complementação, substituição ou esclarecimento de qualquer das informações confidenciais disponibilizadas para o empregado, em razão do presente objetivo, serão incorporadas a este Termo, passando a fazer parte integrante dele, para todos os fins e efeitos, recebendo também a mesma proteção descrita para as informações iniciais disponibilizadas, não sendo necessário, nessas hipóteses, a assinatura ou formalização de Termo aditivo.

**CLÁUSULA OITAVA - DA VALIDADE** - Este termo tornar-se-á válido a partir da data de sua efetiva assinatura pelas partes.

**Parágrafo Único:** As disposições deste instrumento devem, contudo, ser aplicadas retroativamente a qualquer informação confidencial que possa já ter sido divulgada, antes da data de sua assinatura.

**CLÁUSULA NONA - DAS PENALIDADES** - A não-observância de quaisquer das disposições de confidencialidade estabelecidas

neste instrumento, sujeitará ao empregado infrator, como também ao agente causador ou facilitador, por ação ou omissão de qualquer daqueles relacionados neste Termo, ao pagamento, ou recomposição, de todas as perdas e danos comprovados pela COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE, bem como as de responsabilidade civil e criminal respectivas, as quais

serão apuradas em regular processo judicial ou administrativo.

**CLÁUSULA DÉCIMA - DO FORO** - O foro competente para dirimir quaisquer dúvidas ou controvérsias resultantes da execução deste Instrumento é o da cidade de XXXXXX, Estado XXXXXXXX, caso não sejam solucionadas administrativamente.

E por estarem assim justas e acordadas, as Partes assinam o presente Termo em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Cidade, de de 2021

-----  
Empregado

-----  
Diretoria Institucional



## ANEXO III

**Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.**

### **COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS**

#### **DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CONFLITO DE INTERESSE**

EU \_\_\_\_\_

MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_

VOCÊ, OU ALGUÉM DE SUA FAMÍLIA, TEM INTERESSE FINANCEIRO OU DE OUTRA NATUREZA EM ALGUMA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA, QUE PODERÁ CONSTITUIR UM REAL, POTENCIAL OU APARENTE CONFLITO DE INTERESSE EM RELAÇÃO À SUA PARTICIPAÇÃO NESTA COMISSÃO?

☐ SIM    ☐ NÃO

VOCÊ TEVE, DURANTE OS ÚLTIMOS 5 ANOS, QUALQUER EMPREGO OU RELAÇÃO PROFISSIONAL COM ALGUMA ORGANIZAÇÃO QUE É FABRICANTE DE MEDICAMENTOS OU QUE REPRESENTA ORGANIZAÇÕES DESTE TIPO?

☐ SIM    ☐ NÃO

SE VOCÊ RESPONDEU SIM A UMA DAS QUESTÕES ACIMA, POR FAVOR, EXPLIQUE NO ESPAÇO ABAIXO OS DETALHES.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

EXISTE ALGUM OUTRO TIPO DE CONFLITO QUE AFETE SUA OBJETIVIDADE OU INDEPENDÊNCIA EM SEU TRABALHO NESTA COMISSÃO? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO EXPRESSÃO DA VERDADE E QUE NENHUMA OUTRA SITUAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE REAL OU POTENCIAL É CONHECIDA POR MIM. COMPROMETO-ME A COMUNICÁ-LOS SOBRE QUAISQUER MUDANÇAS NESTAS CIRCUNSTÂNCIAS.

ASSINATURA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*AM*

## ANEXO IV

**Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.**

### **COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS**

#### **SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO NA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

TIPO DE SOLICITAÇÃO

☐ INCLUSÃO ☐ EXCLUSÃO ☐ ALTERAÇÃO

1. IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO

NOME GENÉRICO: \_\_\_\_\_

APRESENTAÇÃO (FORMA FARMACÊUTICA E CONCENTRAÇÃO): \_\_\_\_\_

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: \_\_\_\_\_

A INDICAÇÃO TERAPÊUTICA ESTÁ APROVADA EM BULA? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ USO OFF-LABEL

É PRODUZIDO E COMERCIALIZADO NO BRASIL? ☐ SIM ☐ NÃO

2. ESQUEMA TERAPÊUTICO RECOMENDADO:

DOSE PEDIÁTRICA: USUAL: \_\_\_\_\_ MÁXIMA: \_\_\_\_\_ MÍNIMA: \_\_\_\_\_

DOSE ADULTA: USUAL: \_\_\_\_\_ MÁXIMA: \_\_\_\_\_ MÍNIMA: \_\_\_\_\_

DURAÇÃO DO TRATAMENTO: \_\_\_\_\_

3. PREVISÃO DE CONSUMO:

NÚMERO DE PACIENTES TRATADOS MENSALMENTE: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE PACIENTES/MÊS QUE PREENCHEM CRITÉRIOS PARA USAR O NOVO PRODUTO \_\_\_\_\_

JUSTIFICATIVA PARA INCLUSÃO/EXCLUSÃO/SUBSTITUIÇÃO

6. O PRINCÍPIO ATIVO SUGERIDO SUBSTITUI COM VANTAGENS OUTRO MEDICAMENTO PADRONIZADO?

☐ SIM ☐ NÃO

QUAL(IS) MEDICAMENTO(S) JÁ PADRONIZADO(S) PODERÁ(ÃO) SER EXCLUÍDO(S)?

7. REFERÊNCIAS

FICA A CRITÉRIO DO SOLICITANTE APENAS INDICAR A REFERÊNCIA OU ANEXÁ-LA. EM CASO DE INDISPONIBILIDADE DE CONSULTA ON-LINE SERÁ OBRIGATÓRIO SEU ENVIO.



REFERÊNCIAS DE ESTUDOS CLÍNICOS: PUBLICADAS EM PERIÓDICOS CIENTÍFICOS NACIONAIS E/OU INTERNACIONAIS QUE TENHAM POLÍTICA EDITORIAL SELETIVA E ARBITRADA PELOS PARES, PREFERENCIALMENTE DE NÍVEL DE EVIDÊNCIA 1, GRAU A (REVISÕES SISTEMÁTICAS, METANÁLISES OU ENSAIOS CLÍNICOS RANDOMIZADOS).

ESTUDOS FARMACOECONÔMICOS: PREFERENCIALMENTE ESTUDO DE CUSTO-EFETIVIDADE QUANDO COMPARADO COM TRATAMENTOS CONSAGRADOS.

INDICAÇÃO DE DIRETRIZES E CONSENSOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS: CASO HAJA, O SOLICITANTE DEVERÁ INFORMAR O NOME DE CADA SOCIEDADE DE ESPECIALISTAS E A RECOMENDAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DO MEDICAMENTO DOM O NÍVEL DE EVIDÊNCIA.

## B. SOLICITANTE

NOME COMPLETO/Nº REGISTRO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_

SERVIÇO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

## 9. DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE:

DECLARO NÃO APRESENTAR CONFLITO DE INTERESSES NA RECOMENDAÇÃO ACIMA.

ASSINATURA E CARIMBO: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_/\_\_/\_\_

ASSINATURA E CARIMBO CHEFE DO SERVIÇO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_

## 10. USO EXCLUSIVO SERVIÇO DE FARMÁCIA OU COMPRAS

CUSTO MENSAL: \_\_\_\_\_

RELACIONAR MEDICAMENTOS JÁ PADRONIZADOS PERTENCENTES A MESMA CLASSE TERAPÊUTICA:

## 11. PARECER TÉCNICO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 12. É NECESSÁRIA A INSTITUIÇÃO DE PROTOCOLO CLÍNICO? ( ) SIM ( ) NÃO

OBS: EM CASO AFIRMATIVO O SOLICITANTE DEVERÁ ENCAMINHÁ-LO AO SERVIÇO DE FARMÁCIA NO PRAZO DE 30 DIAS, A CONTAR DA DATA DE RECEBIMENTO DO PARECER TÉCNICO DA CPMI PARA SUA Apreciação e Considerações.

DATA:

\_\_/\_\_/\_\_

CARIMBO E ASSINATURA DO PRESIDENTE DA COM

*AM*

# ITEM 2.1.23 - COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE

LOGO DA  
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO  
DA COMISSÃO DE  
PREVENÇÃO E  
CUIDADOS COM A  
INTEGRIDADE DA PELE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE

### CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele do Hospital Estadual De São Luis de Montes Belos Dr. Geraldo Landó deve ser constituída tendo em vista A Resolução da Diretoria Colegiada-RDC Nº 63, de 25 de novembro de 2011, que estabelece que os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de, mais precisamente no Capítulo I, Seção III, Art. 4º, alínea X - trata sobre a segurança do paciente: "conjunto de

ações voltadas à proteção do paciente contra riscos, eventos adversos e danos desnecessários durante a atenção prestada nos serviços de saúde". E no Capítulo II, Seção II, Da Segurança do Paciente, no Art. 8º, dispõe que o serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações voltadas para a segurança do paciente, tais como: alínea III. Ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionados à assistência à saúde; e a alínea VII. Mecanismos para a prevenção de úlceras por pressão. A Portaria Nº 529 de 1º de abril de 2013 institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente e visa prevenir e reduzir incidentes que resultam em danos ao paciente nos serviços de saúde públicos e privados. O programa tem como ações a implementação de seis protocolos de segurança do paciente com foco nos problemas de maior incidência, dentre eles o de "Prevenção de úlceras por pressão".



## CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

As responsabilidades sociais do HESLMB em relação à assistência e pesquisa serão de alta relevância.

### ORIGEM

O compromisso com o paciente será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele desempenhará um papel importante.

### MEMBROS

A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual De São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landóe deverá ser multiprofissional e multidisciplinar nomeados por seus pares, em concordância com a Direção Geral.

A comissão deverá ser composta por no mínimo 07 (sete) membros que prestem assistência direta ao paciente com lesão de pele, sendo representantes de diferentes categorias profissionais em saúde. O Presidente da Comissão deverá ser um enfermeiro especialista em estomaterapia e/ou derma-

tologia e/ou especialista em assistência em lesões de pele.

A comissão será composta por representantes profissionais das seguintes áreas:

- I. Representante da Equipe de Enfermagem;
- II. Representante da Equipe Médica;
- III. Representante da Nutrição;
- IV. Representante da Fisioterapia;
- V. Representante Farmacêutico;
- VI. Representante da Educação Permanente da Instituição.

### MECANISMO DE CONTROLE

Hospital Estadual De São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landóe com proposição da periodicidade mensal das reuniões ordinárias, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele será de 24 (vinte e quatro) meses, per-

## CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

mitindo-se a recondução, segundo a avaliação por pares em reunião, disponibilidade dos membros titulares e ato da Direção Geral de publicar a portaria de recondução.

## FINALIDADE DA COMISSÃO

A Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele do HESLMB é um órgão de assessoria e de autoridade da instituição e tem por finalidade o desenvolvimento de ações para a prevenção e tratamento de feridas, com o compromisso de oferecer qualidade na assistência e otimizar recursos.

- I. Considera-se como atividade desta comissão o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente para a redução da incidência e da gravidade das feridas;
- II. Entende-se por ferida qualquer perda da continuidade da pele;
- III. Entende-se por curativo o tratamento, utilizando técnicas com produtos químicos, físicos e mecânicos no local da ferida.

## PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele deverá reunir-se men-

salmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

A Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele irá realizar acompanhamento dos pacientes internados na instituição após solicitação de parecer do enfermeiro ou médico responsável pelo paciente ou através da busca ativa de pacientes nas unidades de internação.

Compete a Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade Da Pele Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem atribuídas, comparecer às reuniões, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito do assunto em discussão, desempenhar as ações atribuídas pela comissão, requerer a votação de assuntos em regime de urgência e auxiliar na formação, treinamento e aprimoramento de pessoal na realização de curativos.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será assinada pelos presentes, encaminhada para as instâncias superiores e armazenada em local específico para registros da Comissão.



LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

# REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE

## CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º - O presente Regimento disciplina a organização e o funcionamento da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele do Hospital Estadual De São Luís de Montes Belos Dr. César Saad Fayad, bem como, estabelece a dinâmica de suas atividades e de seu funcionamento. Esta comissão tem por objetivo oferecer um atendimento de qualidade ao paciente portador de lesões, através da padronização de saberes entre os profissionais da Instituição de Saúde, assim como, prevenir o surgimento de lesões evitáveis nos pacientes desta instituição.

## CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º - A Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele do HES-LMB é um órgão de assessoria e de autoridade da instituição e tem por finalidade o desenvolvimento de ações para a prevenção e tratamento de feridas, com o compromisso de oferecer qualidade na assistência e otimizar recursos.

I. Considera-se como atividade desta comissão o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente para a redução da incidência e da gravidade das feridas;

II. Entende-se por ferida qualquer perda da continuidade da pele;

III. Entende-se por curativo o tratamento, utilizando técnicas com produtos químicos, físicos e mecânicos no local da ferida.

## CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º - A Comissão terá composição multiprofissional e multidisciplinar, contando com membros titulares.

Artigo 4º - A Comissão poderá contar com consultores "ad hoc", que não fazem parte da comissão como membro titular, podendo auxiliar em uma reunião determinada, sendo

LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

convidado formalmente para esta. Os consultores são pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos a determinado assunto.

Artigo 5º - Os membros titulares, serão representantes do serviço de enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia, farmácia e representante do serviço de educação permanente da instituição, preferencialmente de nível superior.

Artigo 6º - A CCP deve contar com, no mínimo 07 (sete) membros titulares, podendo ser ampliado este número conforme a necessidade da Comissão.

Artigo 7º - A comissão será composta por representantes profissionais das seguintes áreas:

- I. Representantes da Equipe de Enfermagem;
- II. Representante da Equipe Médica;
- III. Representante da Nutrição;
- IV. Representante da Fisioterapia;
- V. Representante Farmacêutico;
- VI. Representante da Educação Permanente da Instituição.

Artigo 8º - Os membros titulares da Comissão serão escolhidos por seus pares em votação aberta em reunião, em concordância com a Direção Geral, para exercerem estas funções por um período de no mínimo 2 (dois) anos, permitindo-se a recondução.

Artigo 9º - O critério para recondução dos membros será avaliado pelos pares presentes na reunião, através da disponibilidade dos membros em auxiliar com os trabalhos.

Artigo 10º - A Comissão deverá ser formada por profissionais da área de saúde, que prestem assistência direta ao paciente com lesão de pele, seja no cuidado ambulatorial ou em uma unidade de internação e que atuem como sujeitos na prevenção do surgimento de lesões e atuem na evolução de feridas nesses indivíduos.

Artigo 11º - O presidente da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele do Hospital Estadual De São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó deve necessariamente ser um enfermeiro especialista em Estomaterapia e/ou Dermatologia e/ou especialização em Assistência em Lesões de Pele.

Artigo 12º - O vice-presidente deve ser um profissional de nível superior enfermeiro que tenha interesse pelo tema, não tendo a obrigatoriedade de possuir especialização



LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

em áreas fins relacionados ao atendimento ao paciente com lesões.

**Artigo 13º** - O mandato do presidente, vice-presidente e dos membros da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele do Hospital Estadual De São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landóserá de no mínimo 02 (dois) anos, podendo haver recondução ao cargo por prazo indeterminado, visto que, este é um serviço de caráter técnico-científico que se beneficia com a experiência de seus membros, através de indicação da comissão e nomeação pela Direção Geral da Instituição.

**Artigo 14º** - Após a nomeação pela Direção Geral, permanecendo os mesmos membros, caberá somente a recondução, ou seja, após a indicação da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele no sentido de reconduzir seus membros, caberá como ato da Direção Geral a publicação de portaria de recondução.

**Artigo 15º** - Qualquer membro da comissão poderá solicitar afastamento no período de mandato, desde que comunique a Direção Geral da Instituição de Saúde com antecedência mínima de 30 dias.

**Artigo 16º** - O mandato poderá ter um período inferior, desde que por motivo de força maior que justifique o término do vínculo

com a Comissão ou por ausência em 03 (três) reuniões consecutivas, sem aviso prévio, ou 06 (seis) alternadas, mesmo que com aviso prévio.

**Artigo 17º** - As ausências justificadas e não computadas são: férias, licença maternidade ou paternidade, licença médica ou odontológica, licença gala, licença por morte de familiar, licença para capacitação ou possibilidade de prejuízo assistencial.

## CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA E ATRIBUIÇÕES

**Artigo 18º** - À Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele do Hospital Estadual De São Luís de Montes Belos Dr. César Saad Fayad, compete:

- I. Garantir aos pacientes da Instituição de Saúde um cuidado biopsicossocial no tratamento de suas lesões;
- II. Amenizar o estresse do paciente durante a sua internação, através do uso de coberturas e produtos para curativos que otimizem a cicatrização e melhorem sua qualidade de vida;
- III. Implantar ações sistematizadas para a realização de curativos e o tratamento do paciente com feridas;



LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- IV. Reduzir o período de internação dos pacientes com lesões de pele, sempre que possível;
- V. Decidir sobre o produto utilizado na ferida, após a avaliação da mesma;
- VI. Reduzir os custos hospitalares;
- VII. Alterar, sempre que necessário, o produto escolhido para o tratamento da lesão do paciente, após comprovado seu malefício e acordado com o médico;
- VIII. Capacitar a equipe multiprofissional no tratamento de feridas;
- IX. Elaborar protocolos e implantá-los com o intuito de melhorar a assistência ao paciente com lesões de pele dentro da Instituição hospitalar;
- X. Supervisionar o cumprimento do protocolo elaborado pela comissão;
- XI. Acompanhar a evolução das feridas dos pacientes da Instituição de Saúde, quando solicitado pela equipe multidisciplinar, após a análise da real necessidade de acompanhamento do paciente pelo enfermeiro supervisor do setor ou do médico, e após a avaliação da lesão por esta comissão;
- XII. Promover subsídios que forneçam uma assistência qualificada e efetiva, proporcionando reabilitação dos pacientes com lesões de pele;

XIII. Orientar os pacientes e/ou cuidadores acompanhados por esta comissão no momento da sua alta hospitalar em relação aos cuidados domiciliares com as suas lesões;

XIV. Acompanhar os pacientes com lesões que receberam alta hospitalar da instituição ambulatorialmente, e os demais pacientes encaminhados de outros serviços de saúde.

Artigo 19º - Ao presidente da Comissão compete:

- I - Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão de Cuidados com a Pele;
- II - Instalar a comissão e presidir suas reuniões;
- III - Promover convocação formal das reuniões;
- IV - Representar a Comissão em suas relações internas e externas;
- V - Tomar parte das discussões e, quando for o caso, exercer o direito de voto de desempate;
- VI - Indicar, dentre os membros da comissão, os relatores dos expedientes, quando da ausência do secretário;
- VII - Indicar os membros para a realização de estudos, levantamento



LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

de pareceres e outros, quando necessários ao cumprimento da finalidade da comissão;

VIII - Promover a interação da comissão com a equipe multidisciplinar da instituição e demais comissões;

IX- Solicitar, quando necessário e na ausência de um médico disponível, exames complementares para melhor acompanhamento do paciente, respeitando competências para cada profissional, sendo que estes exames serão posteriormente avaliados conjuntamente com o médico do paciente e cabe ao médico a prescrição de medicamentos para uso sistêmico.

Artigo 20º - Ao vice-presidente da Comissão compete:

- I - Auxiliar na direção, coordenação e supervisão das atividades da Comissão de Cuidados com a Pele;
- II - Auxiliar na promoção da comissão com a equipe multidisciplinar da instituição e demais comissões;
- III - Na ausência do presidente, o vice presidente realizará suas atribuições.

Artigo 21º - Ao secretário da Comissão compete:

I - Assistir as reuniões;

II - Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos estudos de casos ou outros que devam ser examinados nas reuniões da comissão;

III - Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata;

IV - Fazer registros de atas, deliberações, entre outros;

V - Lavrar e assinar as atas de reuniões da comissão;

VI - Auxiliar administrativamente as atividades da comissão;

VII - Na ausência do secretário, o presidente nomeará um dos membros presentes para redigir a ata;

VIII - Encaminhar as atas das reuniões anteriores com antecedência de 48 horas da próxima reunião para o presidente e/ou vice-presidente.

Artigo 22º - Ao serviço de educação permanente compete:

- I - Auxiliar na promoção de capacitações sobre feridas e curativos com os profissionais da

LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

instituição e demais interessados;

- II - Elaborar, conjuntamente com a comissão, projetos de capacitações estabelecendo datas, locais, conteúdos programáticos e público alvo;

- III - Buscar parcerias e patrocinadores para a realização das capacitações quando necessário;

- IV - Realizar relatórios de todas as capacitações realizadas;

- V - Avaliar se as capacitações estão atingindo os objetivos esperados.

Artigo 23º - Aos enfermeiros membros da Comissão compete:

- I - Avaliar as feridas dos pacientes desta instituição em parceria com esta Comissão quando solicitado;
- II - Comunicar ao presidente ou vice-presidente da Comissão a admissão de pacientes com lesões;
- III - Comunicar ao presidente ou vice-presidente da Comissão a alta de pacientes com lesões;
- IV - Acompanhar, quando solicitado pela Comissão, os pacientes com lesões de pele, sendo que, este acompanhamento não exime a equipe de enfermagem assistencial das unidades de internação da responsabilidade de execução de

curativos e da avaliação da ferida.

Artigo 24º - Aos membros da Comissão compete:

- I - Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem atribuídas;
- II - Comparecer às reuniões, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito do assunto em discussão;
- III - Desempenhar as ações atribuídas pela comissão;
- IV - Requerer a votação de assuntos em regime de urgência;
- V - Auxiliar na formação, treinamento e aprimoramento de pessoal na realização de curativos.

## CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 25º - A Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade Pele irá realizar acompanhamento dos pacientes internados na instituição após solicitação de parecer do enfermeiro ou médico responsável pelo paciente ou através da busca ativa de pacientes nas unidades de internação.



LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Artigo 26º - As respostas de parecer, ou seja, a avaliação das lesões pode ser realizada por qualquer enfermeiro ou médico membro titular da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade Pele.

Artigo 27º - As solicitações de parecer do período noturno e final do período vespertino, serão realizadas com prazo máximo de 48 horas, salvo se os integrantes da comissão estiverem envolvidos em outras atividades.

Artigo 28º - As avaliações de parecer solicitadas aos sábados, domingos ou feriados serão realizadas no primeiro dia útil conforme a escala.

Artigo 29º - Dias de Funcionamento:

- I - Esta comissão atenderá os pacientes desta instituição em dias úteis da semana.

Artigo 30º - Das reuniões:

- I - As reuniões ordinárias e extraordinárias Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade Pele serão realizadas em sala previamente agendada, localizada dentro da Instituição de Saúde;

- II - As reuniões ordinárias e

extraordinárias serão realizadas mensalmente, com dia e horário previamente agendados;

- III - Poderá haver reuniões extraordinárias requeridas pela maioria de seus membros.

Artigo 31º - Os assuntos que demandarem decisão da Comissão serão colocados em pauta para votação pelo Presidente.

- § 1º. Após entrar em pauta, o assunto deverá ser estudado e votado no prazo máximo de 02 (duas) reuniões.

- § 2º. Os membros consultores, quando convocados, terão direito ao voto.

- § 3º. Será considerado "quórum", para votação, a maioria simples dos membros desta comissão.

- § 4º. Em caso de empates nas votações, caberá ao Presidente o desempate ("voto Minerva").

## CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 32º - Este regimento poderá ser alterado, mediante proposta, através da aprovação de 3/5 de seus membros executores.

LOGO DA  
UNIDADE
**REGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO DE  
PREVENÇÃO E  
CUIDADOS COM A  
INTEGRIDADE DA PELE**

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Artigo 33º - A proposta para alteração regimental poderá ser feita por qualquer membro titular da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade Pele.

Artigo 34º - Os casos omissos neste Regimento serão decididos pelo presidente desta comissão, ouvidos os membros desta e demais atores envolvidos.

Artigo 35º - Este Regimento entra em vigor na

data de sua publicação da Portaria pela Direção Geral do hospital, revogado o Regimento anterior e as demais disposições em contrário.

**CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE  
PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE**

| MÊS        | ATIVIDADES                                                                                                                                                    |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M1 e<br>M2 | 1. Criar a Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele, por meio de uma Resolução da Direção Geral do hospital, bem como indicar seus membros. |
|            | 2. Aprovar o Regimento Interno da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele                                                                  |
|            | 3. Reunião ordinária mensal e treinamento interno para atuação.                                                                                               |
|            | 4. Realizar Diagnóstico situacional e levantar dados sobre lesões de pele na Instituição.                                                                     |
|            | 5. Iniciar criação de programa de educação permanente no tema de prevenção e gerenciamento de lesões de pele na Instituição.                                  |
| M3         | 1. Reunião ordinária mensal e apresentação do relatório sobre pacientes com lesões ou risco para lesões na Instituição.                                       |
|            | 2. Finalizar o projeto de educação permanente no tema junto ao setor da Instituição responsável.                                                              |
|            | 3. Atender as demandas para avaliação de lesões, conforme solicitação das equipes de diferentes unidades da Instituição.                                      |



LOGO DA  
UNIDADE

**REGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO DE  
PREVENÇÃO E  
CUIDADOS COM A  
INTEGRIDADE DA PELE**

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

|             |                                                                                                                                                                            |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M4 e<br>M5  | 1. Reunião ordinária mensal e apresentação do último relatório mensal sobre pacientes com lesões ou risco para lesões na Instituição.                                      |
|             | 2. Iniciar implementação do Programa de boas práticas na prevenção e gerenciamento de lesões na Instituição.                                                               |
|             | 3. Atender as demandas para avaliação de lesões, conforme solicitação das equipes de diferentes unidades da instituição.                                                   |
| M6<br>e 7   | 1. Reunião ordinária mensal e apresentação do último relatório mensal sobre pacientes com lesões ou risco para lesões na Instituição.                                      |
|             | 2. Continuidade do Programa de boas práticas na prevenção e gerenciamento de lesões na Instituição.                                                                        |
|             | 3. Atender as demandas para avaliação de lesões, conforme regimento e solicitação das equipes de diferentes unidades da instituição.                                       |
| M8<br>e 9   | 1. Reunião ordinária mensal e apresentação do último relatório mensal sobre pacientes com lesões ou risco para lesões na Instituição.                                      |
|             | 2. Continuidade do Programa de boas práticas na prevenção e gerenciamento de lesões na Instituição.                                                                        |
|             | 3. Atender as demandas para avaliação de lesões, conforme solicitação das equipes de diferentes unidades da instituição.                                                   |
| M10<br>e 11 | 1. Reunião ordinária mensal e apresentação do último relatório mensal sobre pacientes com lesões ou risco para lesões na Instituição.                                      |
|             | 2. Finalização do Programa de boas práticas na prevenção e gerenciamento de lesões na Instituição e análise do impacto do programa nos dados referentes ao gerenciamento e |
|             | 3. Atender as demandas para avaliação de lesões, conforme solicitação das equipes de diferentes unidades da instituição.                                                   |
|             | 4. Elaboração de relatório anual da Comissão.                                                                                                                              |
| M12         | 1. Reunião ordinária mensal e apresentação do último relatório mensal sobre pacientes com lesões ou risco para lesões na Instituição.                                      |
|             | 2. Apresentação do relatório anual da Comissão com análise do impacto do programa nos dados referentes ao gerenciamento e prevenção de lesões na instituição.              |
|             | 3. Atender as demandas para avaliação de lesões, conforme solicitação das equipes de diferentes unidades da instituição.                                                   |
|             | 4. Elaboração com as metas e objetivos para o próximo ano no que tange às obrigações da Comissão.                                                                          |
|             | 5. Divulgação dos relatórios para a Direção Geral e demais colaboradores da Instituição.                                                                                   |



# ITEM 2.1.24 – NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR)

LOGO DA  
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO  
NÚCLEO INTERNO DE  
REGULAÇÃO - NIR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - NIR

### CONSTITUIÇÃO

A criação e funcionamento do Núcleo Interno de Regulação- NIR obedece à Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, instituída através da Portaria nº 1559 de 1º de agosto de 2008, e trata-se de um mecanismo estratégico para o acesso do usuário do SUS aos serviços especializados disponíveis na rede de atenção à saúde – RAS, ratificado na atual política com as RAS. A nova diretriz estabelecida, é para quais Centrais de Regulação devem buscar a articulação necessária entre os pontos de atenção definidos pelos gestores de saúde.

Tem como objetivo regular o acesso aos leitos considerando-se a origem da condição

do paciente, se eletiva ou de urgência, sendo importante mecanismo para a garantia da equidade no acesso aos serviços especializados, do fluxo dos pacientes para os níveis mais complexos do sistema estadual, reorganização da oferta de serviços, buscando assim, a melhor alternativa assistencial para a necessidade apresentada.

No Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos - HESLMB desempenhara seu papel mantendo canal permanente de comunicação com a Central de Regulação Estadual 24 horas/dia, 7 (sete) dias por semana, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivos coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, garantindo que o tempo de resposta seja inferior a 1(uma) hora.

O NIR também regulará os pacientes destinados ao serviço ambulatorial, SADT, além de buscar vagas externas de apoio diagnóstico e terapêutico quando necessário e otimizar a contra referência para unidades de menor complexidade.



LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO DO  
NÚCLEO INTERNO DE  
REGULAÇÃO - NIR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## ORIGEM

O NIR é um órgão colegiado ligado hierarquicamente à direção das Unidades Hospitalares Públicas e conveniadas ao SUS podendo ser composto por representantes do corpo clínico, setores ligados a admissão e alta, informações, faturamento, coordenadores ou chefias das áreas: clínica, cirúrgica, de emergência, bem como de outros setores julgados como necessários pela direção do estabelecimento de saúde hospitalar.

A Portaria nº 3.390 de 30 de dezembro de 2013, define sobre a Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do SUS através das diretrizes para os componentes Hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). No artigo nº 5 inciso XIV descreve que:

Núcleo Interno de Regulação (NIR): constitui a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário (BRASIL, 2013, p.1).

## MEMBROS

Seguindo a orientação do Ministério da Saúde, consideramos a complexidade e a capacidade instalada do HESLMB para definir a composição do quadro de funcionários do NIR.

O NIR será composto por:

**01** ENFERMEIRO  
COORDENADOR ATUANDO  
DE SEGUNDA A SEXTA  
FEIRA DAS 07:00H. AS 17:00 HORAS;

**04** ENFERMEIROS EM  
ESCALA DE PLANTÃO  
DE 12 HORAS, SENDO  
02 ENFERMEIROS NO PERÍODO  
DIURNO E 02 NO PERÍODO NOTURNO,  
EM PLANTÕES ESCALONADOS,  
GARANTINDO A COBERTURA 24/DIA, 7  
DIAS DA SEMANA;

## MECANISMO DE CONTROLE

A implantação do NIR no Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos permitirá promover práticas assistenciais seguras, mediante a utilização de protocolos clínicos e instrumentos de boas práticas, que elevam a qualidade do atendimento prestado ao usuário.

LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO DO  
NÚCLEO INTERNO DE  
REGULAÇÃO - NIR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

O NIR do HESLMB trabalhará para que os leitos de internação hospitalar sejam ocupados de maneira eficiente, de modo controlado e ágil, sendo responsável pela avaliação e reavaliação constante do plano terapêutico dos pacientes, atuando junto à equipe multidisciplinar para evitar eventuais atrasos dos processos a fim de possuir maior controle e monitoramento de cada paciente internado.

O NIR estará em pleno funcionamento 24/dia, 7 dias por semana a fim de garantir o acesso da população ao serviço de saúde. Todas as solicitações encaminhadas pelo complexo regulador serão avaliadas por médico responsável que emitirá a resposta em menos de 1h da emissão da solicitação.

O NIR terá número maior de funcionários nos dias úteis para garantir a disponibilização, acompanhamento e avaliação da grade de agendamentos ambulatoriais e de SADT.

Este também disponibilizará informações diárias, semanais, mensais e trimestrais a SES, munindo de informações sobre os atendimentos realizados, preenchimento das vagas disponibilizadas, índice de absenteísmo aos agendamentos, transferências, filas de consultas, procedimentos e demais informações que se mostrar necessárias.

## FINALIDADE

O Núcleo Interno de Regulação tem por finalidade trabalhar o gerenciamento de leitos no nível hospitalar de forma centralizada, disponibilizar e organizar a grade de atendimentos ambulatoriais e de SADT e organizar o atendimento de urgência e emergência, servindo de interface com as instâncias reguladoras através do Complexo Regulador Estadual.

Constitui as principais atribuições do Núcleo Interno de Regulação os seguintes itens:

- I. Permitir o conhecimento da necessidade de leitos, por especialidades e patologias;
- II. Regular e gerenciar as diferentes ofertas hospitalares existentes, a saber: Ambulatório, Internação, Urgência e Emergência, Agenda Cirúrgica;
- III. Permitir e aprimorar a interface entre a gestão interna hospitalar e a regulação de acesso hospitalar;
- IV. Estabelecer e/ou monitorar o painel de indicadores da capacidade instalada hospitalar.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS  
CONSTITUCIONAIS

O NIR do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, seguirá todos os protocolos do Complexo Regulador Estadual.



LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO DO  
NÚCLEO INTERNO DE  
REGULAÇÃO - NIR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Realizará elaboração de protocolo visando definir critérios e perfis para atendimento AMBULATORIAL e ELETIVO, bem como estabelecer fluxograma de atendimento. Através de protocolos, iremos gerar agilidade e eficácia, priorizando assistir o paciente com respeito e humanidade, garantindo ao paciente, segurança em relação ao acompanhamento e tratamento de sua patologia.

A Regulação Ambulatorial tem como objetivo principal unir as ações voltadas para a regulação do acesso na área ambulatorial, propiciando o ajuste da oferta disponível às necessidades imediatas da população. Trata-se de um sistema que monitora a disponibilidade de vagas em atendimento especializado, tornando mais ágil a marcação de consultas e exames.

O SADT Externo do HESLMB, disponibilizará exames de análises clínicas, eletrocardiograma, raio-x, ultrassonografia, para o Complexo Regulador Estadual.

As unidades que se depararem, com insuficiência de recursos para procedimentos de urgências também terão acesso aos serviços ofertados, para isto deverão solicitar o requerido exame ao Complexo Regulador Estadual (CRE), e médico regulador do HESLMB, realizará o aceite dos pacientes via regulação para realização do mesmo.

O serviço de Urgência e Emergência do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, funcionará 24 horas por dia, atendendo a

demanda espontânea (porta aberta), a demanda referenciada conforme fluxo estabelecido pela SES e regulado pelo NIR.

As diversas especialidades estarão à disposição para atendimento também dos pacientes conduzidos pelo Serviço móvel de Urgência (SAMU) e/ou Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE).



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DO NÚCLEO INTERNO  
DE REGULAÇÃO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

REGIMENTO  
INTERNO DO  
NÚCLEO INTERNO  
DE REGULAÇÃOCAPÍTULO I - DOS  
OBJETIVOS

Artigo 1º. O Núcleo Interno de Regulação tem por objetivo:

- I. Cumprir e fazer cumprir o disposto por meio da Portaria de Consolidação n.º 2 de 28 de setembro de 2017, em seu art. 6º, inciso IV, define e recomenda a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais, de forma a realizar a interface com as Centrais de Regulação.

CAPÍTULO II - DAS  
FINALIDADES

Artigo 2º. O Núcleo Interno de Regulação - NIR é composto por uma equipe multiprofissional, com a finalidade de gerenciar os processos assistenciais junto às equipes e otimizar os recursos hospitalares, monitorando o paciente desde sua chegada, processo de internação, movimentação e alta.

Artigo 3º. O Núcleo Interno de Regulação - NIR terá seu funcionamento regulamentado por este regimento, normas internas do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis: PORTARIA MS Nº 312 de 02 de maio de 2002; PORTARIA MS Nº 529, de 1º de abril de 2013; PORTARIA MS Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 ; PORTARIA MS Nº 2048, de 5 de novembro de 2002; PORTARIA MS Nº 2.657, DE 16 de dezembro de 2004; PORTARIA MS Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013; PORTARIA MS Nº 3432, de 12 de agosto de 1998; RESOLUÇÃO CFM Nº 2.156, de 28 de outubro de 2016.

CAPÍTULO III - DA  
COMPOSIÇÃO

Artigo 4º. O Núcleo Interno de Regulação - NIR terá composição multiprofissional e multisetorial, contando com a seguinte equipe operacional:

- I. 01 Coordenador;
- II. 04 Enfermeiros plantonistas;

Artigo 5º. As indicações para integrar o Núcleo Interno de Regulação - NIR serão submetidas à aprovação da Diretoria.



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DO NÚCLEO INTERNO  
DE REGULAÇÃO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

CAPÍTULO IV - DA  
COMPETÊNCIA

Artigo 6º. Compete ao Núcleo Interno de Regulação:

I. Fortalecer o processo de regulação assistencial atuando como interface entre o Complexo Regulador Estadual e Núcleo Interno de Regulação - NIR;

II. Qualificar a informação gerencial intra-hospitalar e fornecer diariamente a situação dos leitos hospitalares sob regulação para a Central de Regulação de Leitos, contribuindo para a redução do tempo de espera para a internação;

III. Participar da construção dos protocolos assistenciais para fins da regulação de leitos;

IV. Atuar em consonância com os serviços ofertados pelo hospital através do instrumento formal de contratualização;

V. Elaborar relatórios mensais contendo os indicadores gerenciais de movimentação de leitos e correlatos, para que estes sejam discutidos em instância colegiada da instituição;

VI. Permitir o conhecimento da necessidade de leitos, por especialidades e patologias;

VII. Otimiza a utilização dos leitos

hospitalares, para redução da Taxa de Ocupação, Tempo Médio de Permanência, nos diversos setores do hospital, além de ampliar o acesso aos leitos, tanto no âmbito intra-hospitalar, quanto para outros serviços disponibilizados pelas RAS;

VIII. Promove o uso dinâmico os leitos hospitalares, por meio do aumento da rotatividade e monitoramento das atividades de gestão da clínica desempenhadas pelas equipes assistenciais.

CAPÍTULO V - DO  
FUNCIONAMENTO

Artigo 7º. O Núcleo Interno de Regulação - NIR atuará na regulação dos leitos do HESLMB, e em todas as especialidades médicas e ambulatoriais. São parâmetros essenciais para melhor utilização dos leitos:

- I. Critérios bem definidos de internação e alta;
- II. Agilidade nos resultados de exames e procedimentos necessários;
- III. Planejar a alta desde a internação (plano terapêutico);
- IV. Melhoria da qualidade da informação disponível - monitoramento de indicadores: de demanda, de movimentação de leitos, de eficiência, etc.;

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DO NÚCLEO INTERNO  
DE REGULAÇÃO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

V. Cuidado integrado do paciente;

enfermeiros;

VI. Os leitos serão readaptados em casos de epidemias ou pandemias para melhor satisfazer às necessidades da população.

VII. Informar e orientar a equipe a atuar em consonância com os serviços ofertados pelo hospital por meio do instrumento formal de contratualização;

CAPÍTULO VI - DAS  
ATRIBUIÇÕES

Artigo 8º. Ao coordenador incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Núcleo Interno de Regulação - NIR e, especificamente:

I. Representar o Núcleo Interno de Regulação - NIR em suas relações internas e externas;

II. Coordenar e orientar as ações da equipe em relação a regulação;

III. Fornecer suporte técnico relacionado a questões de operacionalização do sistema de regulação;

IV. Discutir com as equipes médicas e chefias de unidades para agilizar transferências e permanências prolongadas de pacientes na instituição;

V. Gerenciar folha de frequência de toda equipe do Núcleo Interno de Regulação - NIR;

VI. Gerenciar escalas de folgas e férias, em conjunto com a Gerência de Enfermagem em casos de

VIII. Prezar pelo funcionamento dos fluxos regulatórios em consonância com o preconizado pela Política Nacional de Regulação e de acordo com as diretrizes e grades de referência definidas pelo gestor local do Sistema Único de Saúde - SUS;

IX. Elaborar relatórios das atividades do Núcleo Interno de Regulação - NIR;

X. Elaborar, em conjunto com médico e enfermeiro regulador, Procedimentos Operacionais Padrão - POP referente aos processos de trabalho do núcleo;

XI. Coordenar e orientar o trabalho do auxiliar administrativo em relação às pautas de reunião, atas, memorandos, organização de documentos em geral e rotina administrativa;

XII. Reunir documentos oficiais do Núcleo Interno de Regulação - NIR (atas assinadas, Procedimentos Operacionais Padrão - POP publicados, memorandos etc.) sempre que houver solicitação da gestão do hospital, auditoria ou de órgão externo.



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DO NÚCLEO INTERNO  
DE REGULAÇÃO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Artigo 9°. Ao médico do Núcleo Interno de Regulação - NIR, incumbe:

- I. Identificar as pendências (avaliações médicas, exames, marcação de cirurgias) e providenciar junto à equipe assistencial a sua resolução;
- II. Identificar pacientes com critérios de Alta Hospitalar e discutir o caso com a equipe assistente;
- III. Regular os leitos disponíveis no próprio hospital de acordo com as especialidades;
- IV. Realizar a interface entre as especialidades médicas e os setores da unidade hospitalar, a fim de promover as interconsultas de modo mais eficiente e ágil;
- V. Contribuir com o desenvolvimento do NIR;
- VI. Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.

Artigo 10°. Aos enfermeiros do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

- I. Gerenciar a ocupação e movimentação de leitos, monitorando os leitos disponíveis na instituição e suas destinações;
- II. Interagir com a equipe

multidisciplinar assistencial, para aperfeiçoar o processo de transferência;

- III. Conferência diária in loco nas enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva - UTIs do censo hospitalar com a situação física do leito;
- IV. Realizar interface entre a Regulação e a equipe da emergência e após a avaliação médica, determinar conjuntamente os usuários elegíveis para ocupação de leitos internos e externos;
- V. Adequar os leitos disponíveis por especialidade e gênero (feminino/masculino);
- VI. Analisar as solicitações de internação recebidas pelo SERVIR ao Complexo Regulador Estadual (CRE);
- VII. Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente;
- VIII. Orientar a realização de remanejamentos internos, quando necessário tanto nos casos de isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas;
- IX. Acompanhar o cumprimento do fluxo de pacientes nas diversas portas de entrada da instituição (Pronto Atendimento Clínico - PAC,



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DO NÚCLEO INTERNO  
DE REGULAÇÃO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Pronto Atendimento Pediátrico  
- PAP, Pronto Atendimento  
Ginecológico e Obstétrico - PAGO,  
Ambulatório);

- X. Monitorar as respostas de solicitação de vagas externas, com a finalidade de agilizar o fluxo de transferência de pacientes;
- XI. Enviar adendos com atualização clínica via sistema de regulação (SERVIR) para o Complexo Regulador Estadual;
- XII. Monitorar os leitos disponíveis na instituição e suas destinações.

Artigo 11º. Aos Assistentes Sociais do Núcleo Interno de Regulação - NIR, incumbe:

- I. Abordar e orientar usuários e familiares para as transferências internas e externas;
- II. Apoiar e esclarecer toda e qualquer dúvida do usuário e/ou familiar com relação à transferência para os hospitais de maior complexidade;
- III. Realizar investigação social do paciente, nos casos pertinentes;
- IV. Orientar o paciente que ele é responsável pelos seus objetos e documentos pessoais;

- V. Explicar as particularidades da questão social e construir propostas de trabalho capazes de preservar e efetivar direitos dos usuários, conforme legislação específica;
- VI. Participar no cuidado da saúde do indivíduo em sua totalidade Bio-Psico-Social-Espiritual;
- VII. Potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso aos direitos sociais;
- VIII. Contribuir com o desenvolvimento do NIR;
- IX. Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.

Art. 12º. Aos auxiliares administrativos do Núcleo Interno de Regulação - NIR, incumbe:

- I. Entregar para os médicos reguladores/auditores, conforme o caso cópia do Relatório dos Pacientes internados;
- II. Enviar os prontuários dos pacientes ao SAME transferidos para outros hospitais do dia anterior devidamente protocolado, envelopado e etiquetado;
- III. Alimentar a planilha de dados no computador dos pacientes transferidos para outros hospitais;



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DO NÚCLEO INTERNO  
DE REGULAÇÃO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- IV. Checar no mapa cirúrgico se tem algum dos usuários em monitoramento, para procedimentos cirúrgicos, no dia seguinte;
- V. Separar a documentação e o prontuário dos pacientes que irão ser transferidos no dia. A documentação que deve ser enviada para a hospital codificado com o paciente, deverá conter: Relatório Médico com o Termo de Consentimento, Cópia dos exames laboratoriais do dia, Cópia dos laudos dos exames de imagem e filmes dos exames de imagem mais recentes, Cópia da prescrição do dia, Cópia da evolução de enfermagem;
- VI. Realizar controles de solicitações enviadas e recebidas;
- VII. Realizar o arquivamento de toda documentação relacionada à regulação (Solicitações de internação, Memorandos, Atas, entre outros);
- VIII. Receber e protocolar os documentos;
- IX. Lavrar e assinar as atas de reuniões do Núcleo Interno de Regulação - NIR até 2 dias úteis após sua realização;

- X. Solicitar materiais de consumo;
- XI. Manter a organização do serviço;
- XII. Realizar outras funções determinadas pelo Coordenador do Núcleo Interno de Regulação - NIR, relacionadas ao serviço.

CAPÍTULO VII -  
DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 13º. A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência das atividades do NIR, a equipe do HESLMB, proporcionará a infraestrutura necessária para o desenvolvimento dos trabalhos.

Artigo 14º. O NIR, observará a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Artigo 15º. Os casos omissos referentes à matéria do NIR serão resolvidos pelo próprio núcleo, em conjunto com a Direção Hospitalar.

Artigo 16º. Este Regimento entra em vigor após sua aprovação, revogando-se todas as disposições em contrário.

AM

## CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ANUAIS DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO.

| MESES     | ATIVIDADES PROPOSTAS                                                                                                                                                               |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jan e Fev | Implantação do Núcleo Interno de Regulação e nomeação dos profissionais.                                                                                                           |
|           | Realizar treinamentos aos profissionais lotados ao Núcleo Interno de Regulação nos sistemas de regulação Estadual, SERVIR e SISREG III.                                            |
|           | Criar acessos ao sistema de regulação de urgência SERVIR e sistema de regulação eletivas SISREG III, dos membros do Núcleo Interno de Regulação.                                   |
|           | Elaboração do Protocolo de Regulação do acesso Ambulatorial e Eletivo.                                                                                                             |
|           | Elaboração do Roteiro para Configuração SERVIR e SISREG, disponibilizando os serviços ambulatoriais eletivos e diagnósticos e terapêuticos                                         |
|           | Execução dos atendimentos ofertados.                                                                                                                                               |
| Mar       | Revisar roteiro de agenda ambulatorial eletivo.                                                                                                                                    |
|           | Apresentação de relatório mensal para diretoria do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos (HESLMB), para análise de dados e tomada de decisões para definição de melhorias. |
|           | Atividades e reuniões ordinárias e extraordinárias (conforme demanda) e Criar POP de Regulação Ambulatorial.                                                                       |
| Abr       | Revisar roteiro de agenda ambulatorial eletivo.                                                                                                                                    |
|           | Realizar atualização do Regimento Interno do NIR.                                                                                                                                  |
|           | Apresentação de relatório mensal para diretoria do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos (HESLMB), para análise de dados e tomada de decisões para definição de melhorias. |
| Mai       | Revisar roteiro de agenda ambulatorial eletivo.                                                                                                                                    |
|           | Apresentação de relatório mensal para diretoria do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos (HESLMB), para análise de dados e tomada de decisões para definição de melhorias. |
| Jun       | Revisar roteiro de agenda ambulatorial eletivo.                                                                                                                                    |
|           | Reunião ordinária com todos os membros da equipe do NIR.                                                                                                                           |
|           | Apresentação de relatório mensal para diretoria do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos (HESLMB), para análise de dados e tomada de decisões para definição de melhorias. |



|           |                                                                                                                                                                                    |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jul       | Revisar roteiro de agenda ambulatorial eletivo.                                                                                                                                    |
|           | Apresentação de relatório mensal para diretoria do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos (HESLMB), para análise de dados e tomada de decisões para definição de melhorias. |
|           | Criar POP de Referência e Contra Referência Hospitalar.                                                                                                                            |
| Ago       | Revisar roteiro de agenda ambulatorial eletivo.                                                                                                                                    |
|           | Apresentação de relatório mensal para diretoria do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos (HESLMB), para análise de dados e tomada de decisões para definição de melhorias. |
|           | Atividades e reuniões ordinárias e extraordinárias (conforme demanda).                                                                                                             |
| Set e Out | Revisar roteiro de agenda ambulatorial eletivo.                                                                                                                                    |
|           | Criação de Fluxogramas.                                                                                                                                                            |
|           | Apresentação de relatório mensal para diretoria do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos (HESLMB), para análise de dados e tomada de decisões para definição de melhorias. |
|           | Revisar roteiro de agenda ambulatorial eletivo.                                                                                                                                    |
|           | Realizar treinamento operacional com a equipe NIR conforme atualização dos sistemas de regulação.                                                                                  |
| Nov       | Revisar roteiro de agenda ambulatorial eletivo.                                                                                                                                    |
|           | Apresentação de relatório mensal para diretoria do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos (HESLMB), para análise de dados e tomada de decisões para definição de melhorias. |
|           | Reunião ordinária com todos os membros da equipe do NIR.                                                                                                                           |
| Dez       | Revisar roteiro de agenda ambulatorial eletivo.                                                                                                                                    |
|           | Apresentação de relatório mensal para diretoria do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos (HESLMB), para análise de dados e tomada de decisões para definição de melhorias. |
|           | Elaboração do Plano de Ação de 2022.                                                                                                                                               |

# ITEM 2.1.25 - COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO

LOGO DA  
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO  
COMISSÃO DE  
ACIDENTES COM  
MATERIAL BIOLÓGICO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO

### CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) constitui um grupo técnico, formado por profissionais de níveis superior e médio da área da saúde e segurança do trabalhador. É de caráter obrigatório em instituições hospitalares e pré-hospitalares e atende a Norma Regulamentadora 32 (NR32) do Ministério do Trabalho e Emprego e a Portaria Nº 1.748, de 30 de agosto de 2011, que dispõe sobre o Plano de Riscos de Acidentes com materiais Perfurocortantes.

A CAMB tem por objetivo geral reduzir os riscos de acidentes com insumos biológicos dentro das instituições de saúde, propor

adequações estruturais e tecnológicas, garantir a disponibilidade de equipamentos de proteção individual e coletiva e prover capacitação profissional no tema.

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

### ORIGEM

A responsabilidade técnica e científica da presente Instituição de Saúde em relação à qualidade e segurança da assistência serão de alta relevância. Nesse sentido, o compromisso com os colaboradores e pacientes será alicerce fundamental e, para isso, a Comissão de Acidentes com Material Biológico desempenhará importante papel.

### MEMBROS

A Comissão será composta por membros do quadro funcional da Instituição de Saúde, e



LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO

CÓDIGO: XXX-XXX-XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, sendo norteadada pelo Regimento Interno da Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB). Contará ainda com um presidente, um vice-presidente, um secretário e os membros efetivos.

A CAMB deverá ser composta pelos seguintes membros:

- I. Um representante do setor de Recursos Humanos;
- II. Um representante do SESMT;
- III. Um representante da CIPA;
- IV. Um representante da Comissão de Segurança do Paciente ou Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- V. Um representante da Enfermagem;
- VI. Um representante da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
- VII. Um representante do setor de compras e logística.

gurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e caberá à Direção da Instituição constituir formalmente CAMB através de ato próprio e propiciar a infraestrutura necessária à sua correta operacionalização.

Deverá ainda a Direção da Instituição garantir a participação do Presidente da CAMB nos órgãos colegiados, deliberativos e formuladores da política da Instituição.

O mandato dos membros da Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Técnica ou Diretoria Geral. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar os membros da Comissão de Acidentes Material Biológico em parte ou na totalidade de seus membros.

Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados à Direção Geral da Instituição de Saúde, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação.

## MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) deverá funcionar com apoio do Serviço Especializado em Engenharia de Se-

## FINALIDADE DA COMISSÃO

Dentre as responsabilidades e atribuições gerais da CAMB, destacam-se:

LOGO DA  
UNIDADE

# CONSTITUIÇÃO COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- I. Elaborar e executar ações programadas para prevenção de acidentes com material biológico;
- II. Adequar, implementar e supervisionar as normas e rotinas técnico-operacionais, que se relacionem com a prevenção e controle de acidentes com materiais biológicos;
- III. Propor e conduzir investigação epidemiológica de casos e implementar medidas de controle;
- IV. Realizar a elaboração e divulgação periódica de relatórios relacionados aos acidentes com material biológico, reportando-se à autoridade máxima da instituição e às chefias de todos os setores do hospital;
- V. Estimular e promover o amplo debate dos resultados obtidos na investigação pela CAMB na comunidade hospitalar;
- VI. Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais propostas pela CAMB, visando a prevenção e diminuição dos acidentes com materiais biológicos, por meio da utilização de medidas de precaução e controle;
- VII. Promover treinamentos e capacitação dos colaboradores da Instituição na utilização de produtos e dispositivos de segurança disponíveis, prevenção, notificação e demais condutas relacionadas aos acidentes com materiais biológicos;
- VIII. Elaborar as diretrizes e protocolos do seguimento e análise sistemática dos funcionários em acompanhamento de tratamento de doença infectocontagiosa junto com o SESMT, com elaboração periódica de relatórios;
- IX. Elaborar periodicamente um relatório com os indicadores epidemiológicos interpretados e analisados. Esse deverá ser divulgado a todos os serviços e à direção;
- X. Conduzir a elaboração de Diretrizes específicas, bem como a implementação de um plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais biológicos, tendo em vista a segurança e proteção à saúde dos colaboradores dos serviços de saúde e daqueles que exercem outras atividades relacionadas e também estão expostos;
- XI. Analisar as informações existentes no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), além dos acidentes de trabalho ocorridos com materiais biológicos;
- XII. Formular e implantar protocolos e instrumentos para o registro e investigação de acidentes e situações de risco, estabelecendo as prioridades considerando os seguintes aspectos:



LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO  
COMISSÃO DE  
ACIDENTES COM  
MATERIAL BIOLÓGICO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

**A)** SITUAÇÕES DE RISCO E ACIDENTES QUE POSSUAM MAIOR PROBABILIDADE DE TRANSMISSÃO DE AGENTES BIOLÓGICOS VEICULADOS PELO SANGUE;

**B)** FREQUENCIA DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES EM PROCEDIMENTOS COM UTILIZAÇÃO DE UM MATERIAL PERFUROCORTANTE ESPECÍFICO;

**C)** PROCEDIMENTOS DE LIMPEZA, DESCONTAMINAÇÃO OU DESCARTE QUE CONTRIBUEM PARA UMA ELEVADA OCORRÊNCIA DE ACIDENTES;

**D)** NÚMERO DE TRABALHADORES EXPOSTOS ÀS SITUAÇÕES DE RISCO DE ACIDENTES COM MATERIAIS BIOLÓGICOS.

situação do controle dos acidentes com material biológico;

XIV. Estabelecer parceria com a Comissão de Padronização, para a substituição de materiais perfurocortantes por materiais com dispositivos de segurança sempre que possível;

XV. Firmar parceria com centro de estudos, com vistas a obter capacitação adequada do quadro



de funcionários e profissionais, sobretudo na utilização de dispositivos de segurança e outras práticas de prevenção de acidentes com material biológico;

XIII. Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital, a

XVI. Elaborar relatórios bimestrais e enviar para a Direção Geral, SESMT,

*ML*

LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Gerência de Riscos e Setor de  
Recursos Humanos da Instituição.

### PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão de Acidentes Com Material Biológico (CAMB) deverá reunir-se bimestralmente, podendo realizar reuniões extraor-

niões periódicas, que serão registradas em atas e os registros devem indicar com clareza a existência de um programa de ação para o controle acidentes biológicos e treinamento de colaboradores sobre biossegurança.

Ocorrerá pela Instituição de Saúde, com proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades por meio de atas, comunicações internas e relatórios, com poste-



dinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

A CAMB terá obrigatoriedade de manter reu-

rior divulgação aos demais colaboradores.

Deverá ainda a Direção da Instituição garantir a participação do Presidente da CAMB nos órgãos colegiados, deliberativos e formuladores da política da Instituição.



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DA COMISSÃO DE  
ACIDENTES COM  
MATERIAL BIOLÓGICO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

REGIMENTO  
INTERNO DA  
COMISSÃO DE  
ACIDENTES  
COM MATERIAL  
BIOLÓGICOCAPÍTULO I - DOS  
OBJETIVOS

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

CAPÍTULO II - DAS  
FINALIDADES

Artigo 2º. Reduzir os riscos de acidentes com insumos biológicos dentro das instituições de saúde, propor adequações estruturais e tecnológicas, garantir a disponibilidade de equipamentos de proteção individual e coletiva e prover capacitação profissional no tema.

CAPÍTULO III - DA  
COMPOSIÇÃO

Artigo 4º. A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral, sendo norteadada pelo Regimento Interno da Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB).

A CAMB deverá ser composta pelos seguintes membros:

- I. Um representante do setor de Recursos Humanos;
- II. Um representante do SESMT;
- III. Um representante da CIPA;
- IV. Um representante da Comissão de Segurança do Paciente ou Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- V. Um representante da Enfermagem;
- VI. Um representante da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
- VII. Um representante do setor de compras e logística.

## CAPÍTULO IV - DA

LOGO DA  
UNIDADE

## REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

### COMPETÊNCIA

Artigo 5º. A CAMB deverá ser presidida pelo representante da SESMT, sendo de sua responsabilidade dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão. Dentre suas atribuições, destacam-se:

- I. Conduzir a instalação da Comissão e presidir as reuniões;
- II. Proceder à convocação das reuniões da Comissão;
- III. Representar a Comissão em suas relações internas e externas;
- IV. Participar ativamente nas discussões e votações, tendo o voto de desempate, quando necessário;
- V. Indicar, dentre os membros da Comissão, os relatores dos expedientes;
- VI. Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;
- VII. Elaborar cotas decorrentes de deliberações da Comissão e "ad referendum" desta, nos casos de manifesta urgência.

Artigo 6º. É de responsabilidade do Vice-Presidente da CAMB:

- I. Substituir o Presidente da Comissão sempre que se fizer necessário.

Artigo 7º. É de responsabilidade do(a) Secretário(a) da Comissão:

- I. Participar das reuniões;
- II. Elaborar o expediente da Comissão;
- III. Encaminhar aos demais membros o expediente da Comissão;
- IV. Fazer o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos a serem discutidos nas reuniões da Comissão;
- V. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- VI. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
- VII. Elaborar relatório bimestralmente das atividades da Comissão;
- VIII. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;
- IX. Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias;
- X. Distribuir aos Membros da Comissão



LOGO DA  
UNIDADE

# REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

a pauta das reuniões.

Artigo 8º. São obrigações dos membros da CAMB:

I. Participar das reuniões, relatando os expedientes, manifestando pareceres ou votos à respeito das matérias em discussão;

II. Estudar e relatar as matérias

IV. Desempenhar atribuições designadas pelo Presidente;

V. Apresentar proposições sobre as questões pertinentes à Comissão.

## CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO



que lhes forem atribuídas pelo Presidente, obedecendo aos prazos estabelecidos;

III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;

Artigo 9º. A Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) deverá funcionar com apoio do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do

LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Trabalho (SESMT), da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e caberá à Direção da Instituição constituir formalmente CAMB através de ato próprio e propiciar a infraestrutura necessária à sua correta operacionalização.

Artigo 10º. Deverá ainda a Direção da Instituição garantir a participação do Presidente da CAMB nos órgãos colegiados, deliberativos e formuladores da política da Instituição.

Artigo 11º. A CAMB terá obrigatoriedade de manter reuniões periódicas, que serão registradas em atas e os registros devem indicar com clareza a existência de um programa de ação para o controle acidentes biológicos e treinamento de colaboradores sobre biossegurança.

Artigo 12. Ocorrerá pela Instituição de Saúde, com proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades por meio de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação aos demais colaboradores.

## CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 13º. O mandato dos membros da Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) encerrar-se-á quando houver mudança da Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos ou, anteci-

padamente, se houver motivo que justifique a cessação.

Artigo 14º. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados à Direção Geral do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação.

## CAPÍTULO VIII - INDICADORES

Artigo 15º. Para cálculo do percentual de acidentes com material biológico utilizar-se-á a seguinte fórmula: número de profissionais expostos ao risco multiplicado por 100 (cem), dividido pelo número de acidentes ocorridos em um determinado período de tempo.

Artigo 16º. Para análise da abrangência do programa de treinamento de prevenção de acidentes com material biológico, utilizar-se-á a seguinte fórmula para cálculo: Número de profissionais existentes multiplicados por 100 (cem), dividido pelo número de profissionais que compareceram ao treinamento em um determinado período de tempo.

Artigo 17º. A CAMB poderá adotar, quando julgar necessário, outros indicadores para análise do programa de prevenção de acidentes.



## CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO

A Comissão de Acidentes com Material Biológico foi nomeada pela Diretoria Geral e Clínica do Hospital Estadual São Luís de Montes Belos em 18 de maio de 2021 conforme Portaria Interna N° 18/2021.

Regimento Interno do O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar já aprovado e implantado desde 30/10/2020.

O Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes - PPRAMP, já aprovado e implantado desde 20/05/2021.

| MÊS | ATIVIDADES                                                                                                                |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M2  | Reunião ordinária a Comissão de Acidentes com Material Biológico (primeira terça-feira do mês).                           |
|     | Elaboração de relatório bimestral e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                                            |
| M4  | Reunião ordinária a Comissão de Acidentes com Material Biológico (primeira terça-feira do mês).                           |
|     | Elaboração de relatório bimestral e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                                            |
| M6  | Reunião ordinária a Comissão de Acidentes com Material Biológico (primeira terça-feira do mês).                           |
|     | Elaboração de relatório bimestral e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                                            |
| M8  | Reunião ordinária a Comissão de Acidentes com Material Biológico (primeira terça-feira do mês).                           |
|     | Elaboração de relatório bimestral e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                                            |
| M10 | Reunião ordinária a Comissão de Acidentes com Material Biológico (primeira terça-feira do mês).                           |
|     | Reunião ordinária a Comissão de Acidentes com Material Biológico (primeira terça-feira do mês).                           |
| M12 | Elaboração de relatório bimestral e, encaminhar para Diretoria técnica e Geral                                            |
| M13 | Reunião ordinária a Comissão de Acidentes com Material Biológico (primeira terça-feira do mês). Definir cronograma anual. |

# ITEM 2.1.26 - COMITÊ DE COMPLIANCE

LOGO DA UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## COMITÊ DE COMPLIANCE

### CONSTITUIÇÃO

O Comitê de Compliance, deve ser constituído em atendimento as Leis: n.12.846/2013 (lei anticorrupção), lei n.7.209/84 (Código Penal), lei n. 9.613/98 (lei de lavagem de capitais), lei n. 8666/93 (Lei de licitações), bem como Lei Estadual do Estado de Goiás Anticorrupção n. 18.762/2014 e seus decretos, que torna essencial a existência do Programa de Ética e respectivo Comitê de Compliance, e pela diretoria do IMED no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos.

A Comissão atuará como canal direto, através da figura do compliance officer para o recebimento, análise, orientação de dúvidas, bem como monitoramento e eventual aplica-

ção de medidas coercitivas, disciplinadoras e até punitivas quanto a casos de possíveis práticas ilícitas ou antiéticas na condução dos negócios, além da responsabilidade pelo processo de melhoria contínua.

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

### PROGRAMA DE COMPLIANCE

**Objetivo:** Gestão transparente e responsável e em Conformidade com a Lei e os Princípios Éticos Universais.

**Aplicação:** Todos Colaboradores, administradores, empregados, estagiários, aprendizes do Instituto, assim como terceiros contratados.

**Responsabilidade:** Qualquer Colaborador que se envolva em conduta ilegal ou antiética estará sujeito a sanções disciplinares, ou até mesmo procedimentos criminais, sendo responsável por



LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO  
DO COMITÊ DE  
COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

conduzir todas suas atribuições no Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos de maneira íntegra e em cumprimento de todas as leis aplicáveis;

da qualificação jurídica da relação (a título de exemplo, Colaboradores de projetos específicos, prestadores de serviços temporários, trabalhadores temporários).

O IMED e todos os colaboradores e parceiros do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, não manterão qualquer relacionamento com quem viole os seus princípios e regras de conduta contidos nos Padrões de Conduta abaixo, que resumem os valores, a cultura corporativa e as regras de conduta do Instituto.

O Programa de Compliance não é regido apenas pelos Padrões de Conduta do Instituto, mas também pelos Métodos de Aplicação, Controle e Monitoramento que identifica os responsáveis pela implementação da Política de Compliance e explica como aplicar os valores e padrões de comportamentos definidos, para que se confirmem nas práticas cotidianas.

## ESCOPO DE APLICAÇÃO

Os Padrões de Conduta aplicam-se aos administradores, Colaboradores, Parceiros e todos os demais que, por motivos diversos, agem em nome ou por conta e no interesse do Instituto e do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, independentemente

PADRÕES DE  
CONDUTA

## VALORES ÉTICOS

**Objetivo:** Os Padrões de conduta do Instituto ("Padrões") identificam valores e princípios que norteiam suas relações. O Instituto realiza negócios e trabalha junto com um forte senso de ética. O Instituto tem como compromisso a honestidade, a integridade e a lealdade em tudo o que faz; portanto, nossas atividades refletem positivamente sobre seus stakeholders no mercado ao atendido pelo mesmo, na comunidade e em seus colaboradores e Parceiros.

Uma tomada de decisão ética exige a compreensão dos valores e dos princípios pessoais e do Instituto, além de muito bom senso. Todos seus colaboradores e Parceiros desempenham o papel mais importante no processo de tomada de decisão ética e, portanto, na implementação dos padrões éticos do mesmo.

Seu gerente pode ser a primeira fonte de consulta sobre questões éticas. Como alter-

LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO  
DO COMITÊ DE  
COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

nativa, você também pode relatar qualquer preocupação ética ou de conformidade pelo telefone ou por e-mail à linha direta de ética do Instituto ou para qualquer representante da empresa indicado nos Métodos de Aplicação destes Padrões.

**Aplicabilidade:** Os gerentes do Instituto são responsáveis por discutir estes padrões de Conduta com todos os colaboradores da organização e por garantir que suas condições sejam entendidas e observadas. Cada gerente é responsável por praticar uma supervisão atenta a fim de garantir o comportamento comercial ético e legal desses colaboradores sobre os quais tem responsabilidade operacional. Cada colaborador também tem responsabilidade pessoal direta por seguir as condições destes Padrões de Conduta e por tomar a iniciativa de buscar ajuda ou esclarecimento a fim de evitar decisões comerciais ilegais ou antiéticas.

Quando tiver dúvida sobre uma questão ética, pergunte a si mesmo:

**SE ESTA AÇÃO FOSSE DIVULGADA, PREJUDICARIA A REPUTAÇÃO DO INSTITUTO, OU DE ALGUÉM, INCLUINDO EU MESMO?**

**EU FICARIA CONSTRANGIDO SE**

**OUTRAS PESSOAS SOUBESSEM QUE FIZ ISSO?**

**SE A SITUAÇÃO FOSSE INVERSA, COMO EU ME SENTIRIA COMO VÍTIMA DESSA AÇÃO?**

**HÁ UMA AÇÃO ALTERNATIVA QUE NÃO REPRESENTA UM CONFLITO ÉTICO?**

**DEVO CONVERSAR COM ALGUÉM QUE TENHA AUTORIDADE NO INSTITUTO ANTES DE EXECUTAR ESSA AÇÃO?**

## RELAÇÕES DO INSTITUTO

O colaborador do Instituto, será visto como um reflexo do mesmo. Isso se aplicará tanto ao horário comercial quanto às demais horas do dia.

Espera-se que seja leal e fiel aos princípios do mesmo, de honestidade, integridade e lealdade, bem como às responsabilidades de seu trabalho, e que se comporte de uma maneira ética que seja benéfica para você e para o Instituto.



LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO  
DO COMITÊ DE  
COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

Uma tomada de decisão ética exige a compreensão dos valores e dos princípios pessoais e do Instituto, além de muito bom senso. Qualquer colaborador ou parceiro do Instituto deve agir apenas conforme o escopo de sua contratação e descrição de suas atribuições. Qualquer dúvida a esse respeito deve ser levada ao seu superior imediato.

São alguns temas que merecem atenção específica:

**Fraudes Internas** – nenhum Colaborador poderá agir sem poderes de representação, elaborar ou induzir a elaboração de documentos fraudulentos a fim de obter a aprovação do Instituto para decisões, despesas, relatório de despesas ou algum benefício individual.

**Contratações em nome do Instituto** – nenhum Colaborador poderá celebrar contratos ou acordos, salvo os contratos e acordos padrão do mesmo, sem a ciência e aprovação do gerente responsável.

**Assinaturas** – nenhum Colaborador poderá assinar por outro sem o devido consentimento desse, também não poderá forjar a assinatura (rubrica ou outro sinal) de outro.

**Discursos e apresentações** – a realização de discursos, apresentações, seminários em que o nome do Instituto esteja

ou possa estar envolvido, deve ser previamente aprovada pelo responsável pela área de Comunicação.

Relações com e entre  
Colaboradores

O Instituto está firmemente comprometida com as oportunidades iguais, sem preconceito de idade, sexo, raça, religião, cor, preferência sexual, nacionalidade, deficiência ou outra condição protegida por lei. O Instituto respeita as diferenças de formação, experiência e perspectivas que as pessoas trazem com elas para o mesmo. O Instituto está interessado em contratar pessoas integras que, com certeza, serão os melhores executores.

Esperamos que todos os Colaboradores se aceitem e se respeitem como iguais, com atitudes de cooperação, cortesia e consideração. Nenhum indivíduo ou grupo deve ser considerado de "segunda classe". O Instituto não tolerará, da parte de qualquer Colaborador, uma conduta que assedie, perturbe ou interfira no desempenho do trabalho de outra pessoa ou que crie um ambiente de trabalho constrangedor, ofensivo, abusivo ou hostil.

Caracteriza-se o assédio sexual quando alguém em posição privilegiada usa dessa condição para coagir ou ofertar benefícios

LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO  
DO COMITÊ DE  
COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

a um Colaborador para obter vantagem ou favor sexual. Formas mais graves de assédio sexual podem ser caracterizadas pelo pedido de favores sexuais ou qualquer forma de chantagem sexual, explícita ou implícita, que possa ter influência na carreira, salário, funções ou condições de trabalho. Outros exemplos, menos graves, de assédio sexual incluem comentários sexualmente sugestivos, insinuações, gracejos ou piadas. A caracterização da conduta de assédio sexual depende das circunstâncias e contexto em que o incidente tiver ocorrido. Tal tipo de comportamento pode interferir no exercício do trabalho e criar um ambiente de trabalho hostil. Quando este tipo de violação tiver ocorrido o Instituto atuará para frear o assédio, prevenir sua ocorrência, bem como tomar as medidas disciplinares e legais contra os responsáveis. As reclamações sobre assédio sexual devem ser realizadas ao Compliance Officer e devem ser prontamente analisadas e resolvidas.

O Instituto apoia e defende a proteção de direitos humanos internacionais em nossa esfera de influência, garantindo que não exista participação em abusos de direitos humanos e além de reforçar a mesma exigência de seus parceiros comerciais e fornecedores. O Instituto respeita as leis relacionadas a mão de obra infantil e demais exigências trabalhistas.

O Instituto garante que nenhum trabalho é realizado de maneira forçada, obrigado ou involuntário, sendo certo que seus contratos de trabalho respeitam todos os direitos dos trabalhadores em se organizar de acordo com as leis e as práticas estabelecidas.

O Instituto está dedicado em manter um ambiente de trabalho que seja seguro e em conformidade com as leis que regem a segurança e a saúde no local de trabalho. Seus colaboradores devem seguir as regras estabelecidas de segurança, meio ambiente e saúde e deve ter consciência de que as precauções apropriadas relacionadas à saúde e à segurança em todas as ocupações foram tomadas por cada indivíduo e pelo Instituto. Caso tal regra não seja respeitada, o colaborador deve imediatamente reportar para a gerência apropriada qualquer incidente ou ferimento sofrido no trabalho ou qualquer preocupação ambiental, de saúde ou de segurança que possa ter. Ações apropriadas e oportunas serão tomadas para corrigir condições inseguras.

Atos violentos ou ameaças de violência não serão tolerados.

## Relações com fornecedores e prestadores de serviços

Os fornecedores e prestadores de servi-



LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO  
DO COMITÊ DE  
COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

ços que oferecem produtos, material médico, medicamentos e serviços de qualidade são uma parte importante da capacidade do Instituto de oferecer serviços superiores para seus pacientes. O Instituto espera que seus fornecedores e prestadores de serviços sejam pessoas íntegras que produzam componentes de qualidade excelente, com entregas no prazo e por preços competitivos. O Instituto utiliza sempre as práticas de ética comercial de mais alto nível na seleção, negociação e administração de todas as atividades de compras, respeitando o e protegendo as informações de propriedade exclusiva de seus parceiros.

## Relações com a comunidade

O Instituto visa fornecer às comunidades onde se encontra o Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, colaboração com pessoas capazes que ajudarão nas tarefas de liderança. Desde que essas tarefas externas atendam aos nossos interesses e não interfiram no desempenho de seu trabalho, encorajamos a sua participação. Para qualquer tarefa externa que envolva uma quantidade significativa de tempo durante o horário de trabalho normal, é preciso obter aprovação prévia do gerente.

## CONFORMIDADE COM LEIS E NORMAS

O Instituto realiza seu trabalho e gestão de suas Unidades de Saúde de acordo com todas as leis e normas aplicáveis. Cada indivíduo do Instituto é pessoalmente responsável por cumprir essa obrigação. Os gerentes devem garantir que os funcionários conheçam as exigências legais e compreendam a importância de adequar sua conduta às leis. Obedecer às leis não é a única responsabilidade ética; é uma condição absolutamente mínima e essencial na execução de nossas funções. Se você tiver dúvidas sobre leis ou normas específicas, entre em contato com o departamento jurídico do Instituto.

## Antissuborno/Anticorrupção

A Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013 (lei brasileira sobre responsabilidade de empresas por atos de corrupção) e várias outras leis relacionadas proíbem o Instituto de oferecer ou pagar qualquer quantia em dinheiro ou outro item de valor, direta ou indiretamente, a qualquer agente público nacional, partido político nacional ou seus representantes e candidatos a cargos públicos, com a finalidade de obter ou manter indevidamente os negócios ou de influen-

LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO  
DO COMITÊ DE  
COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

ciar uma ação do governo em favor do Instituto. Esses pagamentos proibidos incluem taxas de consultoria, corretagem, assessoria ou outras taxas pagas a terceiros quando haja motivo para acreditar que qualquer parte dessas taxas será distribuída para representantes ou partidos políticos de governo nacional visando a realização desses objetivos indevidos.

## Atividades políticas

O Instituto encoraja todos os funcionários a votarem e a serem ativos no processo político. No entanto, várias leis regem o uso de fundos e recursos corporativos ligados a eleições. Contribuições políticas por ou em nome da Instituto são proibidas.

## CONFLITOS DE INTERESSES

O Instituto espera que seus colaboradores e parceiros se dediquem com lealdade e sinceridade em seu horário de trabalho e que evitem qualquer conflito de interesses, pois são proibidos. Um conflito de interesses ocorre quando seu interesse particular interfere de alguma maneira, ou aparenta interferir, nos interesses do mesmo como um todo. Por exemplo, seus colaboradores e parceiros de-

vem evitar qualquer relação, influência, interesse externo ou atividade que possa prejudicar sua capacidade de tomar decisões objetivas e justas ao exercer sua função ou que possa levar outras pessoas a acreditarem que suas decisões não são objetivas. Também deve evitar qualquer situação na qual qualquer colaborador ou um familiar receba benefícios pessoais impróprios como resultado de sua posição no Instituto.

Sempre que surgir um conflito ou uma possibilidade de conflito, o colaborador deverá revelar a todos os detalhes da questão ao Compliance Officer, a fim de determinar se há um conflito de interesses e, se houver, para determinar se suas atividades podem ser estruturadas de uma maneira que o conflito, ou até mesmo a aparência de conflito, não interfira no desempenho de seu trabalho ou se é necessária uma dispensa relacionada com a situação de conflito de interesses.

O Compliance Officer, juntamente com outros membros da gerência sênior, deve avaliar as informações fornecidas, o conflito de interesses apresentado e outros fatos e circunstâncias conforme apropriado, a fim de estabelecer uma determinação consistente com estes Padrões de Conduta. O Compliance Officer deve, então, informar os funcionários e seus supervisores, bem como a diretoria do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, sobre a determinação estabelecida.



LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO  
DO COMITÊ DE  
COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

**Subornos, presentes e  
entretenimento**

Os funcionários do Instituto não podem oferecer nem aceitar qualquer presente que possa, real ou aparentemente, influenciar indevidamente uma relação ou decisão comercial. Presentes podem incluir desde brindes promocionais de valor nominal amplamente distribuídos, que qualquer colaborador possa oferecer ou aceitar, até subornos, que inquestionavelmente não devem ser oferecidos nem aceitos. Nenhum presente ou entretenimento deve ser oferecido a nenhum agente público brasileiro, independentemente da intenção ser real ou aparente. Oferecer ou receber presentes inapropriados ou pagamentos não autorizados prejudica a objetividade, compromete as relações e pode ser ilegal.

## PROTEÇÃO DOS ATIVOS DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS

Todo colaborador do Instituto é responsável

por proteger os ativos do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, incluindo seus ativos físicos, como instalações, equipamentos e estoques, e ativos intangíveis. Todo colaborador deve usar e manter esses ativos com o maior cuidado e respeito, protegendo-os contra danos, abuso, roubo e descuido, estando o mesmo sempre atento às oportunidades de melhorar o desempenho e reduzir custos. Os ativos do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, só podem ser usados para fins da gestão e operação do mesmo.

**Precisão de livros, registros e  
dos relatórios públicos**

Colaboradores, executivos e diretores devem relatar, de maneira honesta, precisa e completa, todas as transações contábeis. Todos os colaboradores são responsáveis pela precisão e pela integridade de seus registros e relatórios. Informações precisas e completas são essenciais à capacidade do Instituto de cumprir as obrigações legais e normativas. Todos os livros, registros e contas da empresa devem ser mantidos de acordo com todas as normas, padrões e políticas contábeis e financeiras aplicáveis e devem refletir, com precisão, a real natureza das transações que registraram. Isso é obrigatório. As declarações financeiras do Instituto devem estar em conformidade com todas as regras e práticas

LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO  
DO COMITÉ DE  
COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

contábeis aceitas em geral e exigidas pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás.

Nenhuma conta ou fundo não divulgado ou não registrado deve ser estabelecido para qualquer finalidade. Faz parte da política do Instituto fornecer informações completas, idôneas, precisas, imediatas e compreensíveis em relatórios e documentos que serão consolidados e apresentados à Secretaria de Saúde do Estado de Goiás.

## Proteção de Dados Pessoais

Todo Colaborador deve agir para proteger os dados pessoais de terceiros ou pacientes tratados pelo Instituto.

Por dados pessoais entende-se toda informação relacionada a pessoa física identificada ou identificável.

Por tratamento de dados pessoais entende-se toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.

Dados pessoais mantidos em arquivos físicos devem ter acesso controlado e registra-

do, devendo-se registrar inclusive a justificativa para o acesso a dados pessoais.

Dados pessoais mantidos em arquivos eletrônicos devem ser protegidos por senha. Equipamentos que contenham dados pessoais devem ser protegidos por senha.

Dados pessoais não podem ser compartilhados com terceiros estranhos ao Instituto. Antes de se enviar qualquer documento ou informação a terceiros (inclusive antes de se repassar um e-mail) deve-se checar se no documento em questão há dados pessoais e se houve autorização para uso desses dados. Na ausência de autorização, esses dados devem ser apagados ou anonimizados. Citamos como exemplo os pedidos de prontuários de pacientes por pessoas não autorizadas pela família.

Sempre que um colaborador se deparar com uma reclamação quanto ao uso incorreto ou quanto à inexatidão de dados pessoais, deve encaminhá-la imediatamente a seu superior e ao responsável pela proteção de dados do Instituto.

Nenhum colaborador pode manter em seus arquivos dados pessoais, a não ser, que haja uma justificativa para tanto.

Qualquer dúvida quanto a dados pessoais



LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO  
DO COMITÊ DE  
COMPLIANCE

deve ser encaminhada ao responsável pela proteção de dados do Instituto.

MÉTODOS DE  
APLICAÇÃO,  
CONTROLE E  
MONITORAMENTO

A Política de Compliance é levada ao conhecimento de todos os destinatários por meio de atividades de comunicação específicas. Treinamentos e cursos são periodicamente realizados, na frequência a ser estabelecida pelo Compliance Officer.

Qualquer dúvida de aplicação relacionada a este documento deve ser prontamente discutida com o Compliance Officer.

Qualquer colaborador do Instituto, tem uma obrigação para com a empresa de relatar a conduta que, de boa-fé, acredite ser uma violação das leis, das normas, destes Padrões de Conduta ou das políticas do Instituto, incluindo qualquer questão contábil ou de auditoria.

Esses relatos podem ser feitos anonimamente. Nenhum colaborador sofrerá represália por relatar, de boa-fé, informações que acredite estejam violando as leis, as normas ou estes Padrões de Conduta. O Instituto não

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

punirá, discriminará nem fará retaliações contra qualquer funcionário que relate uma reclamação ou preocupação, a menos que seja determinado que o relato foi intencionalmente falso.

## Procedimentos para relatar

O Instituto encoraja os funcionários a discutir com o gerente questões relacionadas à interpretação e à aplicação destes Padrões de Conduta e a relatar para ele qualquer suspeita de violação. Cada gerente do Instituto tem como responsabilidade especial criar e manter um ambiente de trabalho que encoraje o comportamento ético e a comunicação aberta em relação a questões e preocupações éticas.

Se, no entanto, sentir-se constrangido em procurar seu gerente ou se as questões ou preocupações não forem satisfatoriamente resolvidas por ele, você poderá contactar o responsável pela aplicação do Programa de Compliance. O acesso ao conteúdo das mensagens ou denúncias é estritamente limitado aos indivíduos cujo acesso a elas é indispensável.

Qualquer colaborador poderá fornecer as informações anonimamente, se preferir. No entanto, lembre-se de que, normalmente, é mais difícil investigar totalmente os proble-



LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO  
DO COMITÊ DE  
COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

mas levantados anonimamente e não receberá o resultado da investigação.

## Procedimentos de investigação

Se o Instituto receber informações sobre uma suposta violação da lei, das normas ou destes Padrões, o responsável pela aplicação do Programa de Compliance (ou alguém nomeado por ele) deverá, conforme apropriado, com a colaboração de outros membros da gerência sênior: (a) avaliar as informações; (b) se a violação alegada envolver um executivo ou diretor, informar a diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos; (c) determinar se é necessário iniciar uma investigação informal ou formal e, nesse caso, iniciar a investigação; (d) ter os resultados de qualquer investigação, bem como uma recomendação para disposição do problema, relatados ou, se a violação alegada envolver um executivo ou diretor, relatar os resultados de qualquer investigação para a diretoria ou um comitê responsável. Espera-se a total cooperação de funcionários, executivos e diretores em qualquer investigação realizada pelo Instituto que envolva uma alegação de violação dos Padrões. A não cooperação com qualquer investigação desse tipo poderá resultar em ações disciplinares, levando até à demissão.

O Instituto deverá determinar se as violações dos Padrões ocorreram e, se forem constatadas, deverá determinar as medidas disciplinares a serem tomadas contra qualquer funcionário que os tenha violado. Se a violação alegada envolver um executivo ou diretor, a diretoria deverá determinar se ocorreu a violação dos Padrões e, se for constatada, serão tomadas as devidas medidas disciplinares contra esse executivo ou diretor.

Lembre-se de que uma pessoa que relata uma violação alegada da lei, das normas ou destes Padrões, mesmo que o relato não seja anônimo, não será necessariamente informada do andamento, da conclusão ou dos resultados da investigação. O não cumprimento dos Padrões poderá resultar em ação disciplinar, incluindo, sem limitação, advertências, medidas de controle, suspensão sem pagamento e demissão.

Determinadas violações dos Padrões poderão exigir que o Instituto encaminhe a questão para as autoridades governamentais ou normativas competentes para investigação ou ação legal. Além disso, qualquer supervisor que ordene ou aprove qualquer conduta que viole os Padrões, ou que tenha conhecimento dessa conduta e não a relate imediatamente, também estará sujeito à ação dis-



LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO  
DO COMITÊ DE  
COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

ciplinar, levando até à demissão.

## Medidas Disciplinares

Compete ao Compliance Officer a verificação e apuração de eventuais violações dos deveres previstos na Política de Compliance. Em caso de violação, as funções competentes, titulares do poder disciplinar, comprometem-se a impor, com coerência, imparcialidade e uniformidade, sanções proporcionais às respectivas violações e ao cumprimento das disposições em vigor sobre a regulamentação das relações de trabalho.

## ORIGEM

As responsabilidades do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, em relação ao Programa de Compliance serão de alta relevância. O compromisso do Instituto com o mesmo será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comissão de Compliance desempenhará um papel importante.

## MEMBROS

A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral será norteadas pelas regras do Programa de

Compliance dispostas nesse documento.

A comissão deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, e presidida pelo Compliance Officer da Unidade Hospitalar, conforme descrito abaixo:

I. Compliance Officer a ser definido;

II. Representante da Diretoria Administrativa;

III. Representante da Diretoria Assistencial;

## MECANISMO DE CONTROLE

O Comitê de Compliance do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato do Comitê de Compliance será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Administrativa ou Assistencial.

Em caso de substituição dos membros, os



LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO  
DO COMITÊ DE  
COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

## FINALIDADE DO COMITÊ

As ações do Comitê de Compliance, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

I. Receber as denúncias e avaliar;

II. Analisar questões éticas e legais relacionadas às denúncias;

III. Promover a divulgação do Programa de Compliance e seu respectivo canal;

IV. Monitorar o cumprimento e observação das regras do Programa de Compliance;

V. Instaurar os eventuais procedimentos de investigação;

VI. Proceder a aplicação de medidas disciplinadoras quando necessário;

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

VIII. Principais Elementos do Programa de Compliance;

IX. Envolvimento Alta Direção;

X. Códigos de Ética;

XI. Políticas e procedimentos Internos;

XII. Autonomia;

XIII. Recursos, treinamentos;

XIV. Análise periódica de riscos;

XV. Registros contábeis;

XVI. Controles Internos;

XVII. Diligências;

XVIII. Canal de Comunicação;

XIX. Medidas disciplinadoras e melhoria contínua.

Através do monitoramento do cumprimento das regras do Programa e Compliance, espera-se garantir o compromisso com trabalho ético, responsável e dentro das normas, leis e regras aplicáveis, no Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.



LOGO DA  
UNIDADECONSTITUIÇÃO  
DO COMITÊ DE  
COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

PRINCÍPIOS DE DESENHOS  
CONSTITUCIONAL

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

As deliberações do Comitê de Compliance, visando à correção ou reparação de distorções e irregularidades verificadas no cumprimento do Programa de Compliance devem ser encaminhadas primeiramente ao Compliance Officer do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, que irá notificar os demais a respeito do ocorrido.

Compete ao Comitê de Compliance a análise de 100% (cem por cento) dos casos de denúncia contra as normas do Programa de Compliance ocorridos no Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada à Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DO COMITÊ DE  
COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

REGIMENTO  
INTERNO DO COMITÊ  
DE COMPLIANCECAPÍTULO I - DOS  
OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento do Comitê de Compliance, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comitê de Compliance junto à administração e todo grupo de colaboradores do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.

CAPÍTULO II - DAS  
FINALIDADES

Artigo 2º. Receber e analisar os casos de denúncia, os procedimentos e condutas, bem como instaurar os procedimentos de investigação e as medidas disciplinadoras quando cabíveis.

Artigo 3º. É um órgão de assessoria independente e ligado ao Jurídico e Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.

CAPÍTULO III - DA  
COMPOSIÇÃO

Artigo 4º. A composição mínima da Comitê de Compliance deverá ser de três membros, sendo um compliance officer, um membro da Diretoria Administrativa e um membro da Diretoria Assistencial, podendo ser superior a isso de acordo com a necessidade.

CAPÍTULO IV - DA  
COMPETÊNCIA

Artigo 5º. Ao presidente do Comitê de Compliance, além das outras instituídas neste regimento, compete:

- I. Presidir as reuniões ordinárias;
- II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;
- III. Encaminhar aos membros do Comitê de Compliance as propostas técnicas e administrativas de funcionamento da Comitê de Compliance para apreciação e aprovação;
- IV. Representar Comitê de Compliance sempre que solicitado;



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DO COMITÊ DE  
COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

V. Nos impedimentos, este indicará um representante para substituí-lo;

VI. Subscriver todos os documentos e resoluções do Comitê de Compliance previamente aprovados pelos membros desta;

VII. Fazer cumprir o regimento;

VIII. Nas decisões do Comitê de Compliance, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

IX. Indicar seu vice-presidente/ coordenador;

X. Instaurar procedimento de investigação relativo as denúncias quando cabível.

Artigo 7º. Ao vice-presidente do Comitê de Compliance compete, além das outras instituídas neste regimento, compete:

I. Assumir as atividades do presidente na sua ausência;

II. Zelar pelo sigilo ético das informações.

Artigo 8º. Ao Comitê de Compliance compete:

I. Emitir parecer técnico ou relatório

quando solicitado pela Comitê de Compliance;

II. Assessorar a Direção Geral em assuntos de sua competência;

III. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias;

IV. Desenvolver atividades de disseminação do Programa de Compliance a todos os colaboradores e Parceiros do Instituto;

V. Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações e orientações do Programa de Compliance e do Comitê de Compliance;

VI. Divulgar e promover ações que viabilizem o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões do Comitê de Compliance;

VII. Avaliar e tratar todas as denúncias de Compliance;

VIII. Zelar pelo sigilo ético das informações.

CAPÍTULO V - DO  
FUNCIONAMENTO

Artigo 9º. O Comitê de Compliance do Hos-

LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DO COMITÊ DE  
COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

pital Estadual de São Luis de Montes Belos será presidido pelo Compliance Officer que nomeado através de Portaria Interna pela Diretoria Geral.

CAPÍTULO VI - DAS  
ATRIBUIÇÕES

Artigo 10º. São atribuições de todos os membros do Comitê de Compliance:

- I. Promover o monitoramento das regras Programa de Compliance.

Artigo 11º. São atribuições da Secretaria do comitê de Compliance :

- I. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- II. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- III. Convocar os membros da Comitê de Compliance para as reuniões determinadas pelo presidente;
- IV. Organizar e manter o arquivo do Comitê de Compliance;
- V. Preparar a correspondência.

CAPÍTULO VII -  
DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 12º. As reuniões do Comitê de Com-

pliance serão realizadas mensalmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente, com local e horário, previamente definidos e informados.

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

Artigo 14º. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

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

Artigo 16º. O presidente do Comitê de Compliance, assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pelo Comitê de Compliance.

Artigo 17º. As decisões do Comitê de Compliance serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 18º. Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 19º. As reuniões do Comitê de Compliance deverão ser registradas em ata contendo: data e hora da mesma, nome e assi-



LOGO DA  
UNIDADEREGIMENTO INTERNO  
DO COMITÊ DE  
COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

natura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

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

Artigo 21º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros do Comitê de Compliance, em conjunto com a Diretoria Geral Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.

Artigo 22º. Os assuntos tratados pelo Comitê de Compliance deverão ser guardados em sigilo ético e em obediência a Lei Geral de Proteção de Dados pessoais, por todos os membros.

Artigo 23º. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 24º. Nenhum membro do Comitê de Compliance, com exceção do Presidente, pode falar em nome do Comitê sem que para isso esteja devidamente autorizado.

Artigo 25º. A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral.

Artigo 26º. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.



## CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DO COMITÊ DE COMPLIANCE

| MÊS     | ATIVIDADES                                                                                                         |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M1 e M2 | 1. Criar o Comitê de Compliance, através de uma Resolução do Diretoria Geral, indicando nominalmente seus membros. |
|         | 2. Aprovar o Regimento Interno do Comitê de Compliance;                                                            |
|         | 3. Elaborar programa de palestras.                                                                                 |
|         | 4. Reunião ordinária do Comitê de Compliance; (primeira terça-feira do mês).                                       |
|         | 5. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas;                                                          |
| M3      | 1. Elaborar normas para aplicação dos processos de melhoria contínua de monitoramento do Programa de Compliance;   |
|         | 2. Normatizar o adequado registro das denúncias e dos procedimentos de investigação instaurados;                   |
|         | 3. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas;                                                          |
|         | 4. Reunião ordinária do Comitê de Compliance; (primeira terça-feira do mês).                                       |
|         | 5. Realizar treinamento – Palestra                                                                                 |
| M4      | 1. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas;                                                          |
|         | 2. Reunião ordinária do Comitê de Compliance (primeira terça-feira do mês).                                        |
| M5      | 1. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas;                                                          |
|         | 2. Reunião ordinária do Comitê de Compliance (primeira terça-feira do mês).                                        |
| M6      | 1. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas;                                                          |
|         | 2. Reunião ordinária do Comitê de Compliance (primeira terça-feira do mês).                                        |
|         | 3. Realizar treinamento – Palestra                                                                                 |
| M7      | 1. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas;                                                          |
|         | 2. Reunião ordinária do Comitê de Compliance (primeira terça-feira do mês).                                        |



|          |                                                                             |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------|
| M8       | 1. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas;                   |
|          | 2. Reunião ordinária do Comitê de Compliance (primeira terça-feira do mês). |
| M9 e M10 | 1. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas;                   |
|          | 2. Reunião ordinária do Comitê de Compliance (primeira terça-feira do mês). |
|          | 3. Realizar treinamento – Palestra.                                         |
|          | 1. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas;                   |
|          | 2. Reunião ordinária do Comitê de Compliance (primeira terça-feira do mês). |
| M11      | 1. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas;                   |
|          | 2. Reunião ordinária do Comitê de Compliance (primeira terça-feira do mês). |
| M12      | 1. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas;                   |
|          | 2. Reunião ordinária do Comitê de Compliance (primeira terça-feira do mês). |
|          | 3. Realizar treinamento – Palestra.                                         |



# ITEM 2.1.27 COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES – CIHDOTT

LOGO DA  
UNIDADE

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO  
DA COMISSÃO INTRA-  
HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE  
ÓRGÃOS E TECIDOS PARA  
TRANSPLANTE (CIHDOTT) DO  
HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO  
LUÍS DE MONTES BELOS.

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

COMISSÃO  
INTRA-  
HOSPITALAR  
DE DOAÇÃO  
DE ÓRGÃOS E  
TECIDOS PARA  
TRANSPLANTE  
(CIHDOTT)  
DO HOSPITAL  
ESTADUAL DE  
SÃO LUÍS DE  
MONTES BELOS

## CONSTITUIÇÃO

A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) é uma Comissão Intra-hospitalar constituída por equipe multiprofissional da área de saúde, que tem a finalidade de organizar, no âmbito da instituição, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes, conforme portaria nº 2.600/GM/MS/2009, tem como objetivos permitir uma melhor organização do processo de captação de órgãos, melhor identificação dos potenciais doadores, mais adequada abordagem de seus familiares.





**PROPOSTA DE  
CONSTITUIÇÃO DA  
COMISSÃO INTRA-  
HOSPITALAR DE DOAÇÃO  
DE ÓRGÃOS E TECIDOS  
PARA TRANSPLANTE  
(CIHDOTT) DO HOSPITAL  
ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE  
MONTES BELOS.**

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

melhor articulação do Hospital com a respectiva Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO, e viabilizar uma ampliação qualitativa e quantitativa na captação de órgãos conforme a legislação vigente, para fins de transplantes de órgãos e tecidos, nas dependências do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos - HESLMB.

## ORIGEM

A CIHDOTT tem sua origem na portaria nº 2.600/GM/MS/2009, que a institui com a missão de organizar, no âmbito da instituição rotinas, processos e protocolos que possibilitem o trâmite de doação de órgãos e tecidos para transplantes.

## MEMBROS

A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante deve ser composta por no mínimo três membros de nível superior, integrantes do corpo funcional do estabelecimento de saúde, dentre os quais 1 (um) médico ou enfermeiro, designado como Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante.

Os membros da Comissão não podem ser integrantes de equipe de transplante e/ou remoção de órgãos ou tecidos ou integrar equipe de diagnóstico de morte encefálica;

O coordenador deverá ter certificação de Curso de Formação de Coordenadores Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, ministrado pelo Sistema Nacional de Transplante (SNT) ou pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos dos Estados validado pelo SNT.

## MECANISMO DE CONTROLE

Todos os atos e atividades da CIHDOTT deverão ser registrados conforme determinam as portarias nº1262/GM/MS e nº2.600/GM/MS/2009.

É de responsabilidade da CIHDOTT o controle, arquivamento e guarda adequada dos documentos do doador, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento esclarecido, exames laboratoriais e outros, de acordo com a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997.

*AM*



PROPOSTA DE  
CONSTITUIÇÃO DA  
COMISSÃO INTRA-  
HOSPITALAR DE DOAÇÃO  
DE ÓRGÃOS E TECIDOS  
PARA TRANSPLANTE  
(CIHDOTT) DO HOSPITAL  
ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE  
MONTES BELOS.

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## FINALIDADE DA COMISSÃO

**1)** ARTICULAR-SE COM A CENTRAL DE NOTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓRGÃOS DO ESTADO (CNCDO), NOTIFICANDO AS SITUAÇÕES DE POSSÍVEIS DOAÇÕES DE ÓRGÃOS E TECIDOS;

**2)** ORGANIZAR, NO ÂMBITO DO HESLMB, ROTINAS E PROTOCOLOS QUE POSSIBILITEM O PROCESSO DE CAPTAÇÃO E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS;

**3)** PROMOVER PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA DE TODOS OS PROFISSIONAIS DO HESLMB PARA COMPREENSÃO DO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS.

## PRINCÍPIOS E DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão de que trata este artigo deverá ser instituída por ato próprio e formal da direção Geral do HESLMB e ficará diretamente vinculada à diretoria técnica.

A CIHDOTT do HESLMB, reunirá ordinariamente de dois em dois meses, para deliberação de assunto pertinentes as atividades da comissão, e extraordinariamente sempre que algum fato relevante e urgente assim necessite.

Para cada reunião realizada se lavrará uma ata, a qual será assinada pelos presentes e encaminhada ao núcleo de qualidade hospitalar.

## DISPOSIÇÕES GERAIS

Caberá ao Coordenador da CIHDOTT homologar a comissão junto a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado (CNCDO), para articularem-se quanto as situações de possíveis doações de órgãos e tecidos.

Os membros do CIDOTT não poderão ser remunerados no desempenho desta tarefa.

Cabe ao HESLMB o provimento de condições para o funcionamento do CIHDOTT, conforme normatização da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado (CNCDO).





PROPOSTA DE  
CONSTITUIÇÃO DA  
COMISSÃO INTRA-  
HOSPITALAR DE DOAÇÃO  
DE ÓRGÃOS E TECIDOS  
PARA TRANSPLANTE  
(CIHDOTT) DO HOSPITAL  
ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE  
MONTES BELOS.

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## CRONOGRAMA DE REUNIÕES

| MÊS | ATIVIDADES                                                                                                            |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M1  | Aprovar o regimento da CIHDOTT                                                                                        |
|     | - Elaborar o cronograma de treinamento de todos os envolvidos nos procedimentos captação de órgãos para transplantes; |
| M3  | Elaborar e apresentar protocolos de condutas para captação de órgãos de doador não vivo;                              |
|     | Elaborar e apresentar programação de campanha de captação de órgãos na região Oeste I e Oeste II;                     |
|     | Reunião ordinária da CIHDOTT (última terça-feira do mês);                                                             |
| M5  | Preparar encontro de familiares de doadores e receptores;                                                             |
|     | Reunião ordinária do CIHDOTT (última terça-feira do mês)                                                              |
| M7  | Reunião com cirurgiões que realizam a retirada de órgãos para transplantes;                                           |
|     | Reunião ordinária do CIHDOTT (última terça-feira do mês);                                                             |
| M9  | Campanha de captação de doadores ;                                                                                    |
|     | Reunião ordinária do CIHDOTT (última terça-feira do mês);                                                             |
| M11 | Apresentar proposta de treinamento para equipe assistencial para abordagem de familiares;                             |
|     | Reunião ordinária do CIHDOTT (última terça-feira do mês);                                                             |



# ITEM 2.1.28 OUTRAS COMISSÕES

## ITEM 2.1.28.1 - COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO E INFANTIL

LOGO DA  
UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DO  
COMITÊ DE  
INVESTIGAÇÃO DO  
ÓBITO MATERNO E  
INFANTIL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

## COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO E INFANTIL

### CONSTITUIÇÃO

O Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil deve ser constituído em atendimento a determinação da Portaria Interministerial MEC/ Nº 2.400 de 2 de outubro de 2007, que torna obrigatório a existência da Comitê de Investigação

do Óbito Materno e Infantil para as instituições de saúde, que possuam maternidade. Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM nº 2.171/2017 que instituiu a rede Nacional de Serviços de Verificação de óbito materno e infantil e Esclarecimentos da Causa Mortis. Portaria Nº 1119, de 5 de junho de 2008, do Ministério da Saúde, que regulamenta a Vigilância de óbitos Maternos e a Portaria Nº 72, de 11 de janeiro de 2010, do Ministério da Saúde, que torna obrigatória a Vigilância do Óbitos Infantil e Fetal, pelo corpo clínico Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos - HESLMB.

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

All



LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE INVE- STIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO E INFANTIL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

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

Como objetivo de implantar os princípios de uma gestão participativa junto ao hospital, o Comitê, de modo fundamentado, poderá levar suas orientações à diretoria da unidade competente pelo tema, a fim de adotar as referidas orientações.

Caso a diretoria não adote referidas orientações, o Comitê poderá encaminhar a matéria ao diretor presidente da organização social, expondo suas razões.

## ORIGEM

As responsabilidades sociais do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos em relação à assistência e pesquisa serão de alta relevância. O compromisso com o paciente será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil desempenhará um papel importante.

Levando em consideração a existência da Comissão de Verificação de Óbitos do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos e que o número de casos com desfechos desfavoráveis para o binômio mãe-feto é pequeno,

este comitê será composto pelos membros que já fazem parte da Comissão de Verificação de Óbitos do HESLMB e analisará os óbitos materno e infantil com base nas mesmas premissas utilizadas por esta comissão.

## MEMBROS

O Comitê será composto por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral e será norteadada pelo Regimento Interno do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil.

O Comitê deverá ser composto por no mínimo 4 (quatro) membros, sendo 2 (dois) representantes médicos, enfermeiro e assistente social.

Caso o Comitê seja formada por mais de 4 (quatro) membros, pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos. Outros profissionais da saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor o Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, sendo 1 (um) representante por profissão. O presidente do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil será obrigatoriamente médico. O comitê será composto por um representante de cada unidade existente no serviço:

1. Representante da Unidade Ginecologia e Obstetrícia;

LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE INVESTI- GAÇÃO DO ÓBITO MA- TERNO E INFANTIL

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

- II. Representante da Unidade do Alojamento Conjunto
- III. Representante da Unidade de Neonatologia;
- IV. Representante do Setor de Vigilância em Saúde, Segurança do Paciente ou Serviço de Controle de infecções.

## MECANISMO DE CONTROLE

O Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

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

## FINALIDADE DO COMITÊ

As ações do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

- I. Identificar aspectos clínicos e epidemiológicos relacionados aos óbitos ocorridos na unidade de saúde;
- II. Analisar questões éticas e legais relacionadas ao atendimento aos pacientes que evoluíram a óbito;
- III. Contribuir para a identificação de questões relacionadas à mortalidade da região;
- IV. Contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada a população da região;
- V. Orientar a diretoria responsável da unidade com relação a práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação.

Através da avaliação dos óbitos, assim como dos indicadores resultantes destas avaliações, espera-se atingir a qualidade na realização dos processos que balizam o Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, sendo que estes indicadores resultantes das avaliações, auxiliem atingir a qualidade, sendo estes:



LOGO DA  
UNIDADE

## CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE INVE- STIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO E INFANTIL

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

## PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

O Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, visando à correção ou reparação de distorções e irregularidades verificadas nas análises dos óbitos e no preenchimento das Declarações de Óbito (D.Os), devem ser encaminhadas primeiramente à Diretoria Técnica do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, que irá notificar os médicos a respeito do preenchimento incorreto.

Compete ao Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, a análise de 100% (cem por cento) dos óbitos ocorridos no Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA: XX/XX/XXXX

REVISÃO: XX

PÁGINAS: X DE XX

NOTA: O Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações, enviando seus relatórios as Diretorias Técnica e Geral.

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

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

