



HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ DR. SERAFIM DE CARVALHO - HEJ

PROPOSTA DE TRABALHO

PASTA II

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO
Processo nº 202300010051875
Chamamento Público nº 06/2024

3. AÇÕES VOLTADAS PARA A QUALIDADE OBJETIVA

3.1. Implantação de Comissões, Núcleos e Grupos de Trabalho

As Comissões, Núcleos e Grupos de Trabalho constituem órgãos colegiados, consultivos, orientadores e auxiliares da Diretoria do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ que buscam contribuir com a melhoria da qualidade assistencial nos seus diversos âmbitos. São as seguintes Comissões:

- ❖ Comissão de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde - CCIRAS;
- ❖ Comissão de Ética Médica - CEM;
- ❖ Comissão de Ética Multiprofissional - CEMU;
- ❖ Comissão de Proteção Radiológica - CPR;
- ❖ Comissão de Biossegurança - CB;
- ❖ Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante - CIHDOTT;
- ❖ Comissão de Acidentes com Material Biológico - CAMB;
- ❖ Comitê de Ética em Pesquisa - CEP;
- ❖ Comitê Transfusional - CT;
- ❖ Comitê de Compliance - CC;
- ❖ Comitê de Gerenciamento de Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar - CGPRLPH;
- ❖ Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional - EMTN;
- ❖ Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho - SESMT;
- ❖ Comissão de Análise e Revisão de Prontuários de Pacientes - CARPP;
- ❖ Comissão de Verificação de Óbitos - CVO;
- ❖ Comissão de Investigação de Óbito Materno e Infantil - CIOMI;
- ❖ Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT;
- ❖ Comissão de Documentação Médica e Estatística - CDME;
- ❖ Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA;
- ❖ Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - CGRSS;
- ❖ Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP;
- ❖ Núcleo Interno de Regulação - NIR;
- ❖ Núcleo de Vigilância Epidemiológica - NVE;
- ❖ Comissão de Residência Médica - COREME
- ❖ Comissão de Residência Multiprofissional - COREMU.

Os Regimentos Internos aqui descritos deverão ser revisados e adequados à realidade dos Serviços quando implantados. Assim como a constituição de novas Comissões, Comitês, Núcleos e Grupos de Trabalho será avaliada com a inauguração das atividades hospitalares.

3.1.1. Comissão de Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde – CCIRAS:

Regimento Interno

CAPÍTULO I DA NATUREZA

Art. 1º - A Comissão de Controle de Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde – CCIRAS é um órgão de assessoria a Diretoria da instituição e de execução das ações de controle de infecção.

CAPÍTULO II DA FINALIDADE

Art. 2º - A CCIRAS, órgão colegiado, tem por objetivo definir as políticas e diretrizes gerais do sistema de prevenção e controle das infecções relacionadas a Assistência à Saúde e a função de assessoramento para o desenvolvimento de ações que visem à redução máxima da incidência e gravidade das infecções.

CAPÍTULO III DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 3º - Será composta por profissionais de nível superior da área da saúde, nomeados formalmente pelo Diretor Geral da Unidade, como se segue:

§ 1º - Membros Consultores – Comissão de Controle de Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde – CCIRAS: representantes dos serviços médicos (Infectologista), de enfermagem, de nutrição, de farmácia, de laboratório e da administração, dentre os quais 01 terá a função de Coordenação.

§ 2º - Membros Executores – Serviço de Controle de Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde: no mínimo 02 profissionais de nível superior da área da saúde, sendo 01 deles, preferencialmente, infectologista e o outro enfermeiro. Eles serão responsáveis pela execução das ações de controle das infecções.

CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

Art. 4º - São competências da CCIRAS:

- a) elaboração, implementação, manutenção e avaliação do Programa de Controle de Infecções dos serviços de saúde;
- b) execução de atividades de vigilância epidemiológica e de controle das infecções dos serviços de saúde;
- c) detecção dos casos de infecção dos serviços de saúde, de acordo com critérios de diagnóstico estabelecidos previamente;
- d) realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;
- e) conhecer as principais infecções dos serviços de saúde observadas na Unidade e saber reconhecer as taxas aceitáveis de ocorrência de Infecção Relacionadas a Assistência a Saúde para determinados serviços;
- f) opinar na elaboração dos instrumentos normativos dos procedimentos assistenciais;
- g) adequação, implementação e supervisão de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção das infecções Relacionadas a Assistência a Saúde;

- h) adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais visando à prevenção e o tratamento das Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde;
- i) capacitar o quadro de colaboradores para a prevenção e controle das Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde;
- j) elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da instituição e às chefias de todos os setores da Unidade, a situação do controle das Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde;
- k) elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de medidas de precaução e de isolamento;
- l) opinar na política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;
- m) emitir parecer técnico prévio relativo a mudanças e/ou reformas da área física com repercussão no controle de infecções;
- n) cooperar com a ação do órgão de gestão da SES/GO e do SUS, bem como fornecer prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;
- o) notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão da SES/GO e do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 5º - A CCIRAS deverá reunir-se ordinariamente a cada trinta dias, em calendário a ser definido pelos seus membros e, extraordinariamente sempre que necessário.

§ 1º - As reuniões serão efetivadas com um mínimo $\frac{3}{4}$ de seus membros presentes e as decisões tomadas por maioria deverão ser lavradas em Atas.

§ 2º - Todas as resoluções da Comissão serão submetidas à apreciação da Diretoria. Os membros executores serão responsáveis pela aplicação e seguimento das resoluções aprovadas.

Art. 6º- O SCIRAS deverá funcionar em dias úteis e em horário administrativo supervisionando os serviços e fazendo busca ativa de eventos adversos.

Art. 7º - Caberá a Diretoria da Unidade:

- Constituir formalmente a CCIRAS;
- Nomear os componentes da CCIRAS por meio de ato próprio;
- Designar o presidente ou coordenador da CCIRAS;
- Propiciar a infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIRAS;
- Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIRAS;
- Garantir o cumprimento das recomendações formuladas SES/GO;
- Fomentar a educação e o treinamento de todos os colaboradores da Unidade.

Art. 8º - O Cronograma Anual de Atividades da Comissão prevê:

- a) Reuniões mensais da Comissão sempre às últimas quartas feiras de cada mês;
- b) Elaboração do Plano Anual de Trabalho da Comissão para o ano seguinte (dezembro);
- c) Elaboração de relatórios mensais para Diretoria Técnica;
- d) Reuniões semestrais com o Corpo Clínico para apresentação da finalidade, objetivos e pareceres emitidos pela comissão (novembro e maio);
- e) Supervisionar a implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos-PGRSS da Unidade (novembro);
- f) Elaboração e envio de relatórios mensais dos indicadores epidemiológicos a Vigilância Sanitária da SES/GO (mensalmente);

- g)** Realização de visitas técnicas mensais nos diversos setores assistenciais da Unidade (mensalmente);
- h)** Realizar o controle microbiológico da água (mensalmente).

CAPITULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 9º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Geral, nos limites de suas atribuições.

Art. 10º - Nenhum colaborador lotado no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

Art. 11º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pela CCIRAS, Diretoria e SES/GO e sua publicação.

Jataí, de de 2024.

(Diretor Geral)

(Coordenador da CCIRAS)

3.1.2. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA – CEM

Regimento Interno

CAPÍTULO I DA NATUREZA

Art. 1º - A Comissão de Ética é vinculada ao Conselho Regional de Medicina e deve manter a sua autonomia em relação às instituições onde atua, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do estabelecimento.

Parágrafo Único - Cabe ao Diretor Técnico prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO II DA FINALIDADE

Art. 2º - Terá funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras no desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência dentro da Instituição, normatizados através deste Regimento Interno.

CAPÍTULO III DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 3º - A Comissão de Ética Médica será composta por 01 (hum) Presidente, 01 (hum) Secretário e demais membros efetivos e suplentes, tendo como perfil nível superior em medicina e fazendo parte do Corpo Clínico da Unidade.

Art. 4º - A Comissão de Ética Médica será instalada de acordo com a Resolução CFM 1.657/2002, obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

- Nas instituições com até 15 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética;
- Na instituição que possuir de 16 (dezesesseis) a 99 (noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 03 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;
- Na instituição que possuir de 100 (cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 04 (quatro) membros efetivos e igual número de suplentes;
- Na instituição que possuir de 300 (trezentos) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão deverá ser composta por 06 (seis) membros efetivos e igual número de suplentes;
- Na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por 08 (oito) membros efetivos e 08 (oito) suplentes.

Art. 5º - A CEM será eleita pelo conjunto de médicos que atuam na Instituição, por meio de eleição convocada por uma comissão eleitoral, para este fim.

§ 1º - Não poderão integrar a Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de Direção Técnica, Clínica ou Administrativa da Instituição e os que não estejam regularizados junto ao Conselho Regional de Medicina.

CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

Art. 6º - Compete ao Diretor Técnico encaminhar ao Conselho Regional de sua jurisdição a ata da eleição da Comissão de Ética Médica.

Parágrafo Único - O mandato da Comissão de Ética Médica será de 30 (trinta) meses.

Art. 7º - À Comissão de Ética Médica compete:

- a) Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, 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 respeitem os preceitos éticos e legais;
- b) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;
- c) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;
- d) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;
- e) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;
- f) Instaurar sindicância, instruindo e formulado relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;
- g) Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e regularizado com as suas obrigações;
- h) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
- i) Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;
- j) Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;
- k) Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;
- l) Fornecer subsídios à Direção da Instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
- m) Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- n) Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;
- o) Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;
- p) Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;
- q) Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Art. 8º - Compete aos membros da Comissão de Ética:

- a) Eleger o presidente e secretário;
- b) Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;
- c) Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica, previstas neste regimento;
- d) Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder sindicâncias.

Art. 9º - Compete ao Presidente da Comissão de Ética:

- a) Representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores, inclusive no Conselho Regional de Medicina;
- b) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- c) Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
- d) Solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;

- e) Encaminhar ao Conselho Regional de Medicina as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica;
- f) Nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de sindicâncias.

Art. 10º - Compete ao Secretário da Comissão de Ética Médica:

- a) Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;
- b) Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica;
- c) Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- d) Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Médica;
- e) Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO

Art. 11º - A CEM deverá reunir-se ordinariamente a cada trinta dias sempre às quintas feiras, em calendário a ser definido pelos seus membros e, extraordinariamente sempre que necessário.

§ 1º - As reuniões serão efetivadas com um mínimo $\frac{3}{4}$ de seus membros presentes e as decisões tomadas por maioria deverão ser lavradas em Atas.

Art. 12º - O Cronograma de atividade anual da CEM prevê:

- a) Reuniões mensais da Comissão sempre às últimas quintas feiras de cada mês;
- b) Elaboração do Plano Anual de Trabalho da CEM para o ano seguinte (dezembro);
- c) Elaboração de relatórios mensais para Diretoria Geral e Técnica;
- d) Reuniões semestrais com o Corpo Clínico para apresentação da finalidade e objetivos da comissão (novembro e maio).

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 13º - Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá a convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficializar tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

Art. 14º - Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Art. 15º - Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

Art. 16º - A Comissão de Ética Médica estabelecerá seu calendário de reuniões ordinárias que ocorrerão mensalmente, encaminhando a Diretoria Técnica da Unidade, podendo reunir-se de forma extraordinária quando convocada pelo seu Presidente.

Art. 17º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Geral, nos limites de suas atribuições.

Art. 18º - Nenhum colaborador médico lotado no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

Art. 19º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pela Diretoria Geral e Diretoria Técnica da Unidade e sua publicação.

Jataí, de de 2024.

(Diretor Técnico)

(Presidente da CEM)

3.1.3. COMISSÃO DE ÉTICA MULTIPROFISSIONAL – CEMU

Regimento Interno

CAPÍTULO I DA NATUREZA

Art. 1º - A Comissão de Ética Multiprofissional – CEMU é um órgão dotado de independência técnica e científica, de natureza consultiva e obrigatória em Instituições de saúde do setor público, privado e social. Tem a missão de contribuir para a observância de princípios da ética e da bioética na atividade da Instituição, na prestação de cuidados de saúde e na realização de investigação clínica, em especial no exercício das ciências da saúde, à luz do princípio da dignidade da pessoa humana, como garante do exercício dos seus direitos fundamentais, bem como a integridade, confiança e segurança dos procedimentos em vigor na respectiva instituição.

CAPÍTULO II DA FINALIDADE

Art. 2º - A CEMU analisa e reflete sobre temas da prática dos profissionais da saúde que envolvam questões éticas e emite pareceres sobre os mesmos. Abordará também questões de assédio moral.

CAPÍTULO III DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 3º - A CEMU tem composição multidisciplinar e é constituída por um número ímpar de membros, determinado em função das características da Instituição em que se integram, que não pode ser inferior a cinco, nem superior a onze elementos, e inclui um presidente e vice-presidente.

§1º - Para efeitos do número anterior deve ser ponderada a participação específica de algumas áreas profissionais como da medicina, do direito, da filosofia/ética, da teologia, da enfermagem, da farmácia, e outras que garantam os valores culturais e morais da comunidade, de acordo com o objeto da instituição.

§2º - De acordo com o objeto de cada instituição, as designações dos membros para a comissão de ética devem respeitar a seguinte composição multidisciplinar:

- a) Profissionais de reconhecido mérito, nas áreas adequadas ao desempenho das suas competências, oriundos da instituição em que a comissão de ética se integra;
- b) Pelo menos, 2 elementos externos à instituição em que a comissão de ética se integra, sendo 1 destes membros recrutado da comunidade, de forma a garantir os valores culturais e morais da comunidade.

§3º As comissões de ética, sempre que o considerem necessário, face à natureza das matérias a abordar, podem solicitar o apoio de outros técnicos ou peritos.

CAPÍTULO IV DA CONSTITUIÇÃO E MANDATO

Artigo 4º - Os membros da CEMU serão designados por deliberação da Diretoria Geral da Instituição, para um mandato de quatro anos, renovável uma única vez, por igual período. O presidente e vice-presidente da CEMU serão eleitos por votação entre seus membros.

CAPÍTULO V DAS COMPETÊNCIAS

Art. 5º - São competências gerais da CEMU:

- a) Zelar, no âmbito do funcionamento da respectiva Instituição, pela observância de padrões de ética, salvaguardando o princípio da dignidade e integridade da pessoa humana;
- b) Emitir pareceres, relatórios, recomendações e outros documentos, por sua iniciativa ou por solicitação, sobre questões éticas relacionadas com as atividades da respectiva instituição, e divulgar aqueles que considerar relevantes no site da Instituição;
- c) Elaborar documentos de reflexão sobre questões de bioética de âmbito geral, designadamente com interesse direto no âmbito da atividade da Instituição, e divulgá-los no site da Instituição, promovendo uma cultura de formação e de pedagogia na esfera da sua ação, incluindo a divulgação dos princípios gerais da bioética;
- d) Colaborar, a nível regional, nacional e internacional, com outras entidades relevantes no âmbito da ética e bioética, tendo em vista a partilha de melhores práticas;
- e) Promover ações de formação sobre assuntos relacionados com a ética e bioética na respectiva Instituição;
- f) Pronunciar-se sobre a elaboração de documentos institucionais que tenham implicações no domínio da ética.
- g) Colaborar com os serviços e profissionais da instituição envolvidos na prestação de cuidados de saúde, no domínio da ética;
- h) Zelar pela proteção e pelo respeito dos direitos e deveres dos usuários e dos profissionais de saúde da Instituição;
- i) Prestar assistência ética e mediação na tomada de decisões que afetem a prática clínica e assistencial;
- j) Assessorar, numa perspetiva ética, a tomada de decisões de saúde, organizativas e institucionais;
- k) Elaborar orientações e recomendações nos casos e nas situações que gerem ou possam gerar conflitos éticos colocados pela prática clínica;
- l) Verificar o cumprimento dos requisitos éticos legalmente estabelecidos.

Art. 6º - Compete ao Presidente:

- a) Representar a CEMU;
- b) Coordenar a atividade da comissão de ética, convocar e presidir às reuniões e fazer cumprir a ordem de trabalhos;
- c) Exercer voto de qualidade em caso de empate nas votações.

Parágrafo Único - O presidente é substituído nas suas ausências ou impedimentos pelo vice-presidente.

CAPÍTULO VI DO FUNCIONAMENTO

Art. 7º - A CEMU funciona em reuniões plenárias por convocação e sob direção do seu presidente ou, nos impedimentos deste, do seu vice-presidente, devendo reunir pelo menos uma vez por mês.

Art. 8º - Por iniciativa do presidente, quando a natureza da matéria o justifique, e tendo em conta a composição da CEMU e a especificidade do assunto em pauta, podem ser constituídas comissões especializadas, incumbidas de preparar o parecer ou o relatório sobre as matérias que lhes sejam expressamente submetidas.

Art. 9º - A comissão especializada criada nos termos do número anterior extingue-se com a emissão do parecer ou relatório cuja preparação fundamentou a sua criação.

Art. 10º - As convocatórias indicam o dia, o local, a hora da reunião e a ordem do dia e contêm a documentação de suporte sobre cada assunto dela constante.

Art. 11º - A CEMU só podem reunir estando presente a maioria dos seus membros, entre os quais o presidente ou o vice-presidente.

Art. 12º - Podem participar nas reuniões, sem direito a voto, quaisquer pessoas cuja presença seja considerada necessária para esclarecimento dos assuntos em apreciação, por convocação do seu presidente.

Art. 13º - A CEMU delibera por maioria simples dos membros presentes, tendo o presidente, ou na sua ausência, o vice-presidente, voto de qualidade.

Art. 14º - Das reuniões da CEMU são lavradas atas, que incluem um resumo de tudo o que nela tenha ocorrido, indicando, designadamente, a data e o local da reunião, os membros presentes, as justificações de ausência recebidas, os assuntos apreciados, os pareceres, relatórios, ou outros documentos sujeitos a deliberação, as deliberações tomadas e a forma e o resultado das respetivas votações.

Art. 15º - A CEMU elabora e aprova o respetivo regulamento interno de funcionamento, que se encontra sujeito a homologação por parte do órgão máximo da instituição.

Art. 16º - O regulamento interno de funcionamento da CEMU, depois de homologado, é divulgado no site da Instituição;

Art. 17º - No exercício das suas competências, a CEMU atua com independência relativamente aos órgãos de direção ou de gestão da Instituição a que pertencem.

CAPITULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18º - Constituem direitos dos membros das comissões de ética:

- a) Participar nas reuniões e votações;
- b) Frequentar ações de formação em matérias de relevo no âmbito das competências da CEMU, de acordo com a programação por ela aprovada, com o apoio da Instituição através da Diretoria Geral;
- c) A dispensa dos profissionais de suas atividades exercidas na Instituição, quando se encontrem no exercício efetivo de funções relacionadas com as atividades da comissão, sem perda de quaisquer direitos ou regalias.

§1º - O exercício das funções na CEMU não é remunerado, sem prejuízo do pagamento de ajudas de custo e deslocamentos a que tenham direito, nos termos legais, cujos encargos são suportados pela Instituição.

§2º - Aos membros da comissão de ética deve ser concedida dispensa do exercício de funções, pelos respetivos dirigentes, durante o tempo considerado necessário assegurando o trabalho exercido na missão da CEMU.

Art. 19º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Geral, nos limites de suas atribuições.

Art. 20º - Nenhum médico lotado no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

Art. 21º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação Diretoria Geral da Unidade e sua publicação.

Itumbiara, de de 2024.

(Diretor Geral)

(Presidente da CEMU)

132

3.1.4. COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA – CPR

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA

Art. 1º - A Comissão de Proteção Radiológica – CPR é de natureza multidisciplinar permanente.

133

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

Art. 2º - A CPR tem por finalidade:

§ 1º - Atender as exigências em radioproteção determinadas na legislação vigente e, em conformidade com resolução - RDC Nº 611, de 09/03/2022 do Ministério da Saúde e instruções normativas, normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN - CNEN NN 3.01 Diretrizes Básicas de Proteção Radiológica, CNEN NN 6.10 e suas resoluções e pela Portaria nº Interministerial MEC/MS. 285, de 24 de março de 2015, que redefine o Programa de Certificação de Hospital de Ensino e torna obrigatória a criação de mencionada Comissão.

§ 2º - Instituir e fomentar política de Proteção Radiológica regulamentada na Policlínica Estadual Ismael Alexandrino Pinto – São Luís de Montes Belos;

§ 3º - Revisar sistematicamente os programas de gerenciamento de risco e proteção radiológica a fim de garantir o uso seguro de fontes emissoras de radiação e de equipamentos geradores de radiação em funcionamento no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ.

CAPÍTULO III

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 3º - Da composição da CPR:

§ 1º - Os membros da CPR serão indicados pelos colaboradores dos serviços representados em conjunto à Diretoria da Unidade.

§ 2º - O mandato dos membros no CPR terá duração de três anos bem como será permitido a recondução dos membros. Podendo haver a substituição de cada membro sempre que solicitado.

§ 3º - Compreendem a Estrutura da CPR: Presidente; Vice-Presidente; Secretário (a); Membros do corpo deliberativo e executivo; Membros do corpo consultivo.

§ 4º - Compõem o corpo deliberativo e executivo: representante da Diretoria da Unidade; representante do Serviço de Radioterapia; representante do serviço de hemodinâmica/Angiografia; representante dos técnicos de radiologia; representante dos técnicos de radioterapia; representante da Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho da Unidade; representante da Enfermagem do serviço de radiologia; representante da CIPA; representante dos assistentes administrativo para o cargo de secretário ou secretária; representante dos médicos radiologistas; representante do NQSP; representante da Engenharia Clínica.

§ 5º - Compõem o corpo consultivo: representante da Engenharia Clínica; representante dos trabalhadores com vínculo com o IGA; representante do representante do serviço de enfermagem da Unidade.

CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

Art. 4º - Compete a CPR:

I - elaborar e manter atualizados os planos de proteção radiológica dos serviços que possuem equipamentos emissores de radiação ionizante e dos setores onde haja manipulação de fontes radioativas;

II - nomear integrantes para o Comitê de Gerenciamento de Risco (CGR) e o Núcleo Executivo de Proteção Radiológica (NEPR), propondo a definição de suas atribuições e relacionamento com as demais áreas da Unidade;

III - assessorar a equipe de Engenharia Clínica) da Instituição quando da instalação de novos equipamentos/serviços ou modificações nas instalações já existentes para garantir a adequação das normas vigentes;

IV - acompanhar o gerenciamento da monitoração ambiental e individual das pessoas ocupacionalmente expostas e mantê-las informadas dos valores de doses registradas, bem como o da monitoração ambiental, garantindo que os níveis de exposição à radiação sejam compatíveis às classificações das áreas de Instituição;

V - orientar o setor administrativo na aquisição dos dispositivos de proteção individuais específicos para atividade com radiação ionizante;

VI - assessorar a equipe de Engenharia Clínica e Administração na seleção de equipamentos emissores de radiação e na definição dos acessórios necessários, com base nas suas especificações;

VII - definir programas de treinamento periódicos em proteção radiológica e revisar sistematicamente os Programas de Educação Permanente;

VIII - manter e fomentar, junto ao NEPR ou CGR o Programa e Garantia de Qualidade de equipamentos, processos e insumos que possibilite manter padrão de qualidade e a segurança no atendimento, com doses otimizadas de exposição à radiação ionizante nos casos que se aplicarem;

IX - assessorar o corpo diretivo e administrativo da Unidade quanto ao descarte dos equipamentos geradores de radiação ou que possuam fontes radioativas seladas internamente, bem como de insumos classificados como rejeitos radioativos.

§ 1º - O CGR ou NEPR atuarão de forma mais localizada em cada serviço.

§ 2º - Os serviços para os quais será necessário estabelecer CGR ou o NEPR são: Serviço de Radioterapia; Serviço de Radiologia; Serviço de Tomografia; Serviço de Ultrassonografia; Serviço de Endoscopia.

§ 3º - O gerenciamento de riscos deve contemplar, no mínimo:

I. Identificação, análise, avaliação, tratamento, monitoramento e comunicação dos riscos, conforme as demais normativas aplicáveis;

II. Identificação de possíveis falhas de equipamentos e erros humanos que possam resultar em incidentes relacionados a assistência à saúde, e promoção das medidas preventivas necessárias;

III. Investigação documentada que determine as causas das possíveis falhas de equipamentos, erros humanos identificados ou descumprimento das normas em vigor, suas consequências e as ações preventivas e corretivas necessárias; **IV.** Execução das ações preventivas e corretivas identificadas durante as investigações; Notificações à autoridade sanitária competente das situações previstas nas normativas aplicáveis.

CAPÍTULO V DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º - Ao Presidente cabe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do CPR, especificamente:

- I** - representar a CPR em suas relações internas e externas;
- II** - instalar a CPR, promover a convocação e presidir suas reuniões;
- III** - participar das discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
- IV** - indicar, dentre os integrantes da CPR, os relatores dos expedientes;
- V** - indicar integrantes para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;
- VI** - elaborar cotas decorrentes de deliberações da Comissão e para aprovação desta, nos casos de manifesta urgência;
- VII** - conduzir o processo de transição nos momentos de troca de membros e gestão da CPR.

Parágrafo Único - Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

Art. 6º - Aos integrantes cabem:

- I** - estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- II** - comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;
- III** - requerer votação de matéria em regime de urgência;
- IV** - desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- V** - apresentar proposições sobre as questões referentes ao CPR.

Art. 7º - À Secretária do CPR cabe:

- I** - assistir as reuniões e encaminhar o expediente da CPR;
- II** - manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões da CPR;
- III** - providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- IV** - lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;
- V** - providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias e distribuir aos integrantes da CPR a pauta das reuniões;
- VI** - encaminhar ao responsável pelas comissões as ATAS das Reuniões da Comissão de Proteção Radiológica;
- VII** - encaminhar à Unidade da administração responsável pelas comissões o calendário Anual das Reuniões da Comissão de Proteção radiológica.

CAPÍTULO VI DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 8º - Esta Comissão será presidida por representante designado pelo Diretor Geral dentre os membros do corpo deliberativo da CPR.

Parágrafo único: a vice-presidência será exercida por qualquer membro do corpo deliberativo da CPR a ser indicado entre os membros do corpo deliberativo e executivo da CPR.

Art. 9º - O quórum mínimo para realização das reuniões da CPR é de um quarto do corpo deliberativo, composto pelos membros deliberativos.

Art. 10º - Serão garantidas aos membros da CPR condições que não descaracterizam suas atividades laborais na Unidade.

§ 1º - A Administração disponibilizará sala própria e exclusiva para o funcionamento da CPR bem como os materiais e equipamentos que visem atender as suas necessidades administrativas e funcionais.

§ 2º - A Administração garantirá a disponibilização de 08 (oito) horas mensais aos membros da CPR para trabalhos exclusivos da Comissão.

Art. 11º - A CPR se reunirá ao menos 3 vezes ao ano, conforme calendário prévio anual.

136

CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 12º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Geral, nos limites de suas atribuições.

Art. 13º - Nenhum colaborador lotado no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

Art. 14º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação Diretoria Geral da Unidade e sua publicação.

Jataí, de _____ de 2024.

(Diretor Geral)

(Presidente da CPR)

3.1.5. COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA – CB

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - A Comissão de Biossegurança - CB está regulamentada pelos artigos 9º e 10º da Lei nº 8.974, de 05 de Janeiro de 1995, que determina que toda entidade que utilize técnicas e métodos de engenharia genética deve ter suas atividades por ela definidas. Tem a função de monitorar e fazer vigilância nas atividades que envolvam Organismos Geneticamente Modificados (OGMs) e seus derivados. A CB também é responsável por garantir o cumprimento das normas de biossegurança e acompanhar o desenvolvimento e o progresso técnico e científico nas áreas de biossegurança, biotecnologia, bioética e afins, com o objetivo de aumentar sua capacitação para a proteção da saúde humana.

137

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 2º - Os membros da CB devem, como requisito prévio, possuir experiência e conhecimento que permitam realizar a supervisão e avaliação de trabalhos com OGMs que venham a ser conduzidos na Instituição. O presidente da CB será nomeado pelo Diretor Técnico da Instituição através da escolha entre um dos membros especialistas da comissão. A CB será composta por especialistas nas áreas de atuação da entidade. É recomendado também que uma pessoa leiga seja incluída.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 3º - A CB terá como principais competências:

- I.** A elaboração e divulgação de normas sobre os procedimentos de biossegurança, seguindo as normas e disposições da CTNBio;
- II.** A deliberação e tomada de decisão sobre os procedimentos de biossegurança, seguindo as normas e disposições da CTNBio;
- III.** Elaborar e submeter à CTNBio pedidos de novos CQBs ou extensões para os mesmos;
- IV.** Avaliar e revisar as solicitações institucionais e individuais de realização de atividades e pesquisas com OGM orientando os pesquisadores quanto aos potenciais riscos no transporte, produção ou manipulação de OGMs, orientando sobre os riscos e maneiras de mitigá-los. Esta atividade inclui orientar os pesquisadores quanto recomendações da CTNBio;
- V.** Manter em seu poder os registros dos projetos avaliados, aprovados e os respectivos relatórios para as atividades envolvendo OGMs;
- VI.** Avaliar, inspecionar e, eventualmente, recomendar o nível de segurança de estruturas institucionais que incluam instalações e laboratórios nas instituições. Este aspecto é mandatório sobretudo para as instalações manipulando OGMs e deve ser realizado ao menos duas vezes por ano para garantir que as mesmas atendam aos padrões de contenção preconizados pelas normas da CTNBio;
- VII.** Avaliar a capacitação do pessoal envolvido nas atividades envolvendo OGMs de forma a garantir o correto cumprimento dos procedimentos recomendados de contenção.

Este aspecto inclui o registro das pessoas que trabalham nas instalações de contenção e a garantia da capacitação e treinamento de qualquer novo indivíduo que venha a ser incluído nestas atividades.

CAPÍTULO IV DO FUNCIONAMENTO

Art. 4º - A CB realizará reuniões trimestrais e reuniões extraordinárias com objetivo de discutir assuntos urgentes, sempre e quando solicitado por um dos membros. Nestas reuniões ocorrerão deliberações sobre os projetos submetidos a avaliações e emissão de autorizações para recebimento e/ou transporte de OGMs.

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 5º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Geral, nos limites de suas atribuições.

Art. 6º - Nenhum colaborador lotado no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

Art. 7º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelas Diretorias Geral e Diretoria Técnica da Unidade e sua publicação.

Jataí, de de 2024.

(Diretor Técnico)

(Presidente da CB)

3.1.6. COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE – CIHDOTT

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - A CIHDOTT é um órgão instituído com a finalidade de regulamentar, organizar e controlar a realização de captação e transplante de órgãos e tecidos, em atenção à Portaria nº 1752/05, que determina a constituição de CIHDOTT em todos os hospitais com mais de 80 leitos.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 2º - A CIHDOTT será composta por no mínimo 03 (três) membros integrantes do corpo funcional do Hospital, de nível superior cujo perfil profissional seja médico (a), Enfermeiro(a) e/ou Assistente Social.

Art. 3º - Os membros da CIHDOTT serão indicados pelo Diretor Técnico da Instituição e nomeados pelo Diretor Geral pelo período de dois anos.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 4º - A Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante tem a competência de:

- a) Detectar possíveis doadores de órgãos e tecidos no Hospital;
- b) Viabilizar o diagnóstico de morte encefálica, conforme a Resolução do
- c) Conselho Federal de Medicina – CFM sobre o tema;
- d) Criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no Hospital
- e) a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;
- f) Articular-se com a Central de Transplantes do Estado de São Paulo, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;
- g) Responsabilizar-se pela educação continuada dos funcionários da Instituição sobre os aspectos de doação e transplantes de órgãos e tecidos;
- h) Articular-se com todas as unidades de recursos diagnósticos necessários para atender aos casos de possível doação;
- i) Capacitar, em conjunto com a Central de Notificação e Distribuição de Órgãos e Sistema Nacional de Transplantes, os funcionários do estabelecimento hospitalar para a adequada entrevista familiar de solicitação e doação de órgãos e tecidos;
- j) Coordenar o procedimento e explante e implante conforme protocolo;
- k) Providenciar autorização para doação de órgãos;
- l) Prestar apoio psicológico aos familiares do Doador e Receptor de órgãos;
- m) Fornecer à Equipe de Retira de Órgãos as informações necessárias para realização do procedimento. Quando em descarte ou desistência de manutenção, passar estas informações a CIHDOTT.

CAPÍTULO IV DO FUNCIONAMENTO

Art. 5º - As reuniões da CIHDOTT ocorrerão ordinariamente por duas vezes no ano e extraordinariamente, quando convocadas pelo Coordenador ou por mais de um dos membros titulares para apreciação de temas específicos, podendo participar como convidados profissionais com notório saber em área de conhecimento específico.

Art. 6º - O Cronograma de atividade anual da Comissão prevê:

- Reuniões mensais da Comissão sempre às primeiras quartas- feiras de cada mês;
- Elaboração do Plano Anual de Trabalho da Comissão para o ano seguinte (dezembro);
- Elaboração de relatórios semestrais para Diretoria Geral (dezembro e junho);
- Reuniões semestrais com o Corpo Clínico para apresentação da finalidade, objetivos e pareceres emitidos pela comissão (novembro e maio).

140

CAPITULO V DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 7º - Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá à convocação do suplente pelo tempo que perdurar o afastamento.

Art. 8º - Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Art. 9º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Geral, nos limites de suas atribuições.

Art. 10º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelas Diretorias Geral e Diretoria Técnica do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ e sua publicação.

Jataí, de _____ de 2024.

(Diretor Geral)

(Diretor Técnico)

(Coordenador da CIHDOTT)

3.1.7. COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO – CAMB

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - A Comissão de Acidentes com Material Biológico – CAMB é um órgão de assessoria a Diretoria da Instituição e desempenha papel consultivo, deliberativo e educativo sugerindo medidas que permitam a implementação de políticas de biossegurança, educando e respondendo a consultas formuladas. tem a finalidade de adotar ações de que visem reduzir os riscos de acidentes com materiais biológicos e atuar nos serviços de prestação da assistência à saúde promovendo a adequação da estrutura física e tecnológica e a capacitação do corpo funcional.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 2º - Será composta por:

- O empregador, seu representante legal ou representante da direção do serviço de saúde;
- Representante do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT, conforme a Norma Regulamentadora nº. 4;
- Vice-presidente da CIPA;
- Representante da CCIRAS;
- Coordenação de Enfermagem;
- Direção Técnica;
- Responsável pela elaboração e implementação do PGRSS;
- Representante da Central de Material e Esterilização;
- Representante do setor de compras;
- Representante do setor de padronização de material.

Parágrafo Único - A área da segurança do trabalho deverá atuar como articuladora das atividades da CAMB.

Art. 3º - O mandato desta comissão será indeterminado.

Art. 4º - A substituição de algum membro poderá ocorrer de acordo com avaliação e indicação da diretoria.

Art. 5º - A Comissão poderá ser extinta, se for consenso do grupo de escolha, caso ocorram divergências insuperáveis no seu modo de ação e o da Instituição que venham a trazer prejuízo à mesma, sendo escolhidos novos membros.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 6º - Compete à CAMB:

I. Promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores da Unidade, ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais;

II. Analisar os dados estáticos dos acidentes de trabalho ocorridos com materiais perfuro cortantes na Instituição;

- III.** Analisar os acidentes de trabalho ocorridos e as situações de risco com materiais perfuro-cortantes em caso de dúvidas na investigação realizada pelo SESMT;
- IV.** Propor ações com vistas à redução dos acidentes de trabalho;
- V.** Colaborar e participar da implantação gradativamente dos materiais com dispositivos de segurança;
- VI.** Prestar suporte técnico necessário para: questões relacionadas a testes com dispositivos de segurança; a situações de risco para acidentes com materiais perfurocortantes que possuem maior probabilidade de transmissão de agentes biológicos veiculados pelo sangue; a procedimentos de limpeza, descontaminação ou descarte que contribuem para uma elevada ocorrência de acidentes.

CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO

Art. 7º - As reuniões ocorrerão a cada três meses.

Art. 8º - Nas reuniões, será apresentado o levantamento estatísticos dos acidentes de trabalho com materiais perfuro cortante realizado pelo SESMT e após a apresentação os membros deverão definir medidas que visem a redução dos acidentes.

Art. 9º - As reuniões serão registradas em atas, assinados por todos os membros da comissão e enviadas para a diretoria da Unidade.

CAPITULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Geral, nos limites de suas atribuições.

Art. 11º - Nenhum colaborador lotado no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

Art. 12º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelas Diretorias Geral e Diretoria Técnica da Unidade e sua publicação.

Jataí, de de 2024.

(Diretor Técnico)

(Presidente da CAMB)



3.1.8. COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E DAS FINALIDADES

Art. 1º - O Comitê de Ética em Pesquisa - CEP é um colegiado multiprofissional, autônomo e independente, vinculado à Diretoria Técnica, criado de modo a atender a Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, a Norma Operacional CNS nº 001, de 30 de setembro de 2013, e demais normas relacionadas à ética na pesquisa em seres humanos, para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade, dignidade, direitos, segurança e bem estar, e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa em seres humanos.

§ 1º - O CEP é apoiado pela Diretoria Técnica, que deve assegurar os meios adequados para seu funcionamento, inclusive com a disponibilização de sala, equipamentos e pessoal exclusivo para funcionamento;

§ 2º - As Chefias imediatas dos membros do CEP deverão apoiar e colaborar para que os mesmo participem ativamente de todas as reuniões e/ou eventos promovidos pela CEP.

Art. 2º - O CEP tem por finalidade:

I - identificar, analisar, avaliar, aprovar, acompanhar e fazer cumprir as implicações éticas nas pesquisas e trabalhos científicos que envolvam seres humanos realizados na Unidade;

II - solicitar a instauração de sindicâncias e auditorias ao receber denúncias ou perceber situações de infrações éticas, sobretudo as que impliquem em riscos aos participantes de pesquisa, os fatos devem ser comunicados às instâncias competentes para averiguação e, quando couber, ao Ministério Público;

III - realizar atividades educativas junto à comunidade científica e acadêmica da Unidade quanto a assuntos de sua finalidade;

IV - Garantir que os direitos e deveres dos pesquisadores e participantes de pesquisa sejam observados;

§ 1º - O CEP, ao analisar e decidir pela aprovação das pesquisas apreciadas, se torna corresponsável por garantir a proteção desses direitos e deveres.

CAPÍTULO II

DOS DIREITOS E DEVERES DOS PESQUISADORES E PARTICIPANTES DE PESQUISA

Art. 3º - São Pesquisadores: indivíduos com formação de nível superior na área de saúde ou outras, responsáveis pela condução da pesquisa, integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa.

§ 1º - São direitos do pesquisadores, quando da submissão de projetos na Unidade:

I. Receber assessoria do CEP quanto à tramitação de projetos no sistema CEP/Conep;

II. Receber assessoria quanto à confecção de formulários e termos necessários para a submissão de projetos de pesquisa para análise no sistema CEP/Conep;

III. Ser comunicado quanto a deliberações do colegiado em até 30 dias, a contar do recebimento do protocolo para análise, via Plataforma Brasil ou sistema posterior adotado pela CONEP;

IV. Ser comunicado formalmente quando for instaurada sindicância ou auditoria em pesquisa sob sua responsabilidade, conforme normas em vigor na Unidade.

V. Recorrer ao CEP no prazo de 30 dias corridos, ou conforme atualização de normas pela CONEP, quando o projeto de pesquisa não for aprovado.

§ 2º - São deveres dos pesquisadores que conduzam pesquisas vinculadas ou sob apreciação do CEP:

I. Cumprir e garantir a aplicação de todas as normas relacionadas à ética na pesquisa com seres humanos, inclusive as normas deliberadas pela Unidade;

II. Realizar pesquisas na Unidade somente se autorizado pela Diretoria e aprovado pelo CEP;

III. Realizar pesquisa em que tenha benefícios (proveito direto ou indireto, imediato ou posterior, auferido pelo participante e/ou sua comunidade em decorrência de sua participação na pesquisa);

IV. Iniciar a coleta de dados, recrutamento, entrevistas, consultas de participantes de pesquisa ou qualquer fase da pesquisa que envolva contato direto ou indireto com os participantes de pesquisa, somente após a aprovação do projeto pelo Sistema CEP, bem como autorização administrativa da Unidade ou das demais instituições participantes, conforme o caso;

V. Realizar todas as fases da pesquisa de acordo com o protocolo aprovado pelo sistema CEP;

VI. Realizar pesquisas com participantes de pesquisa somente após autorização do mesmo ou de seu(s) responsável(is) legal(is) através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, se maior de idade, acrescido do respectivo Termo de Assentimento se o participante for menor de 18 anos de idade;

VII. Garantir assistência imediata e integral, sem ônus de qualquer espécie, ao participante de pesquisa, decorrente de complicações e danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, diretos e indiretos, da pesquisa;

VIII. Garantir que a pesquisa não irá gerar ônus ao Sistema Único de Saúde ou Operadora de Saúde ou aos Fundos de Saúde de cada uma das Forças Armadas, sem prévia autorização;

IX. Garantir ressarcimento exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação;

X. Tornar público os resultados da pesquisa, inclusive ao participante de pesquisa ou seu(s) responsável(is) legal(is);

XI. Encaminhar relatórios parciais e final da pesquisa sob sua responsabilidade;

XII. Citar a aprovação do CEP em publicações na comunidade científica;

XIII. Assinar termo de compromisso e confidencialidade da CEP.

§ 3º - A solicitação de dispensa do TCLE será apreciada pelo CEP podendo ou não ser aprovada, mesmo que tenha passado por prévia autorização pelos setores ou instituições envolvidas.

§ 4º - Em princípio o TCLE será considerado obrigatório, mesmo nos casos de pesquisas retrospectivas, não sendo isso, por si só, considerada justificativa para solicitação da dispensa.

Art. 4º - São Participantes de Pesquisa: indivíduos que, de forma esclarecida e voluntária, ou sob esclarecimento e autorização de seu(s) responsável(is) legal(is), aceitem ser pesquisados direta ou indiretamente.

§ 1º - São direitos dos participantes de pesquisa:

- I.** Ter seus direitos humanos respeitados, o que inclui os direitos da pessoa à vida, à saúde, à liberdade, à igualdade, à segurança pessoal, à livre escolha, à dignidade e a ser tratada sem distinção de classe social, geração, etnia, cor, crença religiosa, cultura, incapacidade, deficiência, doença, identidade de gênero, orientação sexual, nacionalidade, convicção política, raça ou condição social.
- II.** Ser atendido presencialmente, em caráter sigiloso, pelo CEP sempre que houver necessidade para esclarecimentos, denúncias, sugestões e outros.
- III.** Recusar a participar de pesquisa, sem nenhum tipo de prejuízo, punição ou retaliação;
- IV.** Não ser recrutado para participar de pesquisa em momentos que antecedem quaisquer procedimentos;
- V.** Assinar o TCLE somente após todas as suas dúvidas serem esclarecidas;
- VI.** Conhecer todos os riscos e benefícios relacionado à sua participação na pesquisa;
- VII.** Receber assistência imediata e integral sem ônus de qualquer espécie decorrentes de complicações e danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, diretos e indiretos, da pesquisa;
- VIII.** Receber ressarcimento exclusivamente de despesas pessoais e de seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação;
- IX.** Requerer, por vias legais, indenização (cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa);
- X.** Receber, em linguagem acessível ao seu grau de instrução, os resultados da pesquisa.

§ 2º - São deveres dos participantes da pesquisa:

- I.** Recorrer ao CEP sempre que se sentir desconfortável com qualquer abordagem dos pesquisadores;
- II.** Comunicar ao pesquisador responsável a desistência na participação da pesquisa;
- III.** Comunicar ao pesquisador quaisquer complicações e danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, diretos e indiretos, decorrentes da participação na pesquisa.

CAPÍTULO III **DA ORGANIZAÇÃO**

Art. 5º - Da Composição: o CEP terá composição multiprofissional e transdisciplinar, com um quantitativo mínimo de sete membros titulares, preferencialmente com atuação destacada no campo da pesquisa.

§ 1º - O CEP será constituído, em equilíbrio, por pessoas de ambos os sexos não sendo permitido que nenhuma categoria profissional tenha uma representação superior à metade dos seus membros.

§ 2º - Pelo menos um dos membros titulares, para cada múltiplo de sete (7), deve ser da categoria de Representante dos Usuários, conforme legislação em vigor.

§ 3º - Os representantes dos usuários, indicados e nomeados conforme as orientações vigentes da CONEP devem ser pessoas interessadas no estudo da ética na pesquisa e na defesa dos direitos dos cidadãos e usuários de serviços, representando os interesses e preocupações da comunidade e sociedade local.

§ 4º - Os membros do CEP deverão representar as diversas áreas de atuação multidisciplinar da Instituição, sendo que pelo menos 1/3 de seus membros deverá possuir experiência em pesquisa.

§ 5º - O CEP poderá ter membros suplentes para substituir eventuais faltas de algum membro titular e garantir quórum para deliberação.

§ 6º - Apenas o membro representante de usuários terá seu respectivo suplente, não sendo admitido membro de outra área para essa substituição.

§ 7º - Os membros do CEP não serão remunerados no desempenho desta tarefa.

§ 8º - No cumprimento das obrigações relativas ao CEP e seguindo as normas vigentes da Unidade e da CONEP, são direitos dos membros do CEP:

I. Ser dispensados, nos horários de seu trabalho no CEP de outras obrigações na Unidade, dado o caráter de relevância pública da função;

II. Ter destinada em sua carga horária de trabalho para a execução das atividades de apoio à coordenação, participação nas reuniões ordinárias e extraordinárias, apreciação dos protocolos de pesquisa, elaboração de pareceres e relatórios.

III. Poder receber o custeio de despesas efetuadas para a sua capacitação, transporte, hospedagem e alimentação em atividades ligadas ao CEP.

§ 9º - É vedado, tanto aos membros titulares quanto aos membros suplentes, exercer atividades nas quais interesses privados possam comprometer o interesse público e sua imparcialidade no exercício de suas atividades no sistema CEP.

Art. 6º - A participação como membros do CEP se dará por meio de processo seletivo simples, realizado por chamamento público pela coordenação do CEP, após aprovação pelo colegiado.

§ 1º - Serão exigidos, minimamente, Currículo Lattes, Declaração de Não Existência de Conflito de Interesse, Termo de Compromisso de Sigilo Profissional e Declaração de Idoneidade.

§ 2º - A nomeação dos membros do CEP será realizada através de ato administrativo da Diretoria Técnica.

§ 3º - As vagas em aberto serão divulgadas, com apoio da Diretoria Técnica, para a manifestação voluntária dos interessados que, preferencialmente, tenham relação e interesse com atividades abordando a ética na pesquisa com seres humanos.

§ 4º - Persistindo a existência de vagas em aberto, poderá ser solicitada indicação aos setores da Unidade.

§ 5º - O Candidato a membro do CEP não poderá possuir nos assentamentos funcionais penalidades decorrentes de Processo Administrativo Disciplinar, Processo Ético ou Pesquisa Reprovada no Sistema CEP/CONEP nos últimos cinco (05) anos, em decorrência da não observância aos princípios bioéticos e/ou boas práticas de pesquisa clínica.

Art. 7º - O mandato dos membros do CEP será de três (03) anos, sendo permitida 01 (uma) recondução.

§ 1º - A renovação dos membros do CEP ocorrerá através de processo seletivo simples, através de chamamento público, nos termos do Art. 6º.

§ 2º - Será admitida, a cada ano, salvo em casos excepcionais, a renovação de até metade dos membros do CEP.

§ 3º - Será exonerado, após anuência do colegiado do CEP, o membro que:

I - Sem comunicação prévia ou justificável, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a quatro intercaladas durante um ano;

II - Apresentar mais que 06 (seis) ausências justificadas no decorrer de 01 (um) ano;

III - Tiver projeto de pesquisa cancelado pelo sistema CEP/CONEP por infração ética;

IV - Realizar pesquisa no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ sem autorização da instituição e apreciação ética no sistema CEP/CONEP.

CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8º - São atribuições do CEP:

I - revisar os protocolos de pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos participantes de pesquisa nas referidas pesquisas;

II - emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o efetivo recebimento do protocolo pela secretaria.

III - acompanhar o desenvolvimento dos projetos aprovados através de relatórios parciais e finais fornecidos pelos pesquisadores e zelar pela realização da pesquisa da forma como foi aprovada;

IV - apreciar as eventuais emendas aos protocolos em desenvolvimento e as notificações de eventos adversos graves ocorridos;

V - desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na pesquisa em seres humanos;

VI - receber dos participantes de pesquisa, ou de qualquer outra parte, denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, adequar o termo de consentimento;

VII - comunicar às instâncias competentes para averiguação e, quando couber, ao Ministério Público, quando receber denúncias ou perceber situações de infrações éticas, sobretudo as que impliquem em riscos aos participantes de pesquisa, os fatos devem ser;

VIII - requerer instauração de sindicância ou processo administrativo à Diretoria Técnica da Unidade nos casos de realização de pesquisas ainda não aprovada ou reprovadas e de denúncias de irregularidades de natureza ética nas pesquisas, comunicando também, à CONEP e, quando couber, ao Ministério Público;

IX - manter arquivados todos os documentos referentes aos protocolos de pesquisa analisados durante um período mínimo de cinco anos após o encerramento do estudo;

X - manter a Diretoria Técnica atualizada sobre as atividades do CEP, conforme solicitado;

XI - manter comunicação regular e permanente com a CONEP;

XII - manter programas de capacitação dos membros, bem como da comunidade acadêmica e promover a educação em ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

§ 1º - O CEP, ao analisar e decidir sobre as pesquisas apreciadas, se torna corresponsável por garantir a proteção desses direitos e deveres.

§ 2º - O conteúdo tratado durante todo o procedimento de análise dos protocolos tramitados no CEP é de ordem estritamente sigilosa.

§ 3º - Os membros do CEP e todos os funcionários que têm acesso aos documentos, inclusive virtuais e reuniões, devem manter sigilo, comprometendo-se, por declaração escrita, sob pena de responsabilidade.

CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO

Art. 9º - O CEP deverá divulgar o cronograma anual das reuniões ordinárias, assim como informar aos membros e respectivos setores as datas e horários das reuniões extraordinárias.

Art. 10º - O CEP reunir-se-á, ordinariamente, mensalmente de fevereiro a dezembro.

Art. 11º - O CEP poderá ser reunir extraordinariamente, mediante aprovação do colegiado, por convocação do seu coordenador ou maioria simples dos seus membros (50% + 1).

Art. 12º - A Secretaria Executiva do CEP funcionará em sala exclusiva dentro da DTEP, com horário para atendimento ao público em geral e pesquisadores de segunda à sexta-feira das 08h às 12h ou das 14 às 18 horas.

Art. 13º - O quórum mínimo para iniciar e conduzir reuniões, além de realizar deliberações sobre protocolos de pesquisa, com presença física ou por teleconferência, será de maioria simples (50% + 1) do colegiado.

CAPITULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 14º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Técnico, nos limites de suas atribuições.

Art. 15º - Nenhum colaborador lotado no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

Art. 16º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelas Diretorias Geral e Diretoria Técnica da Unidade e sua publicação.

Jataí, de de 2024.

(Diretor Técnico)

(Presidente do CEP)

3.1.9. COMITÊ TRANSFUSIONAL – CT

Regimento Interno

CAPÍTULO I DA FINALIDADE

Art. 1º - O Comitê Transfusional tem natureza técnico/científica permanente, com funções educativas. Tem por finalidade o desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento das práticas hemoterápicas no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ.

CAPÍTULO II DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Artigo 2º - O CT terá composição multidisciplinar e multiprofissional. Deverão ser indicados representantes dos principais serviços e as indicações deverão recair em profissionais com experiência e participação em atividades ligadas à administração de sangue e hemocomponentes.

Artigo 3º - O Diretor Técnico escolherá os membros do CT e promoverá as designações do Presidente e Vice-Presidente.

Artigo 4º - O Diretor Técnico poderá a qualquer tempo e por motivo justificado promover a substituição dos integrantes do Comitê.

Artigo 5º - As funções dos membros do Comitê não serão remuneradas.

CAPÍTULO III DO FUNCIONAMENTO

Artigo 6º - O CT reunir-se-á ordinariamente 01 (uma) vez por mês e extraordinariamente quando convocado pelo Diretor Técnico, Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.

- a) O Comitê instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quorum" em cada sessão;
- b) O Presidente terá voto de qualidade;
- c) As deliberações do Comitê tomadas "Ad Referendum" deverão ser encaminhadas ao plenário do Comitê para deliberação desta, na primeira sessão seguinte;
- d) As deliberações do Comitê serão consubstanciadas em cartas endereçadas à Diretoria Técnica.

Artigo 7º - O Comitê, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativa ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Artigo 8º - 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 9º - A sequência das reuniões será a seguinte:

- I - A verificação da presença do Presidente, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice-Presidente;
- II - Verificação da presença e existência de quorum;

- III – Votação e assinatura da ata da reunião anterior;
- IV – Leitura e despacho do expediente;
- V – Ordem do dia, compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- VI – Organização da pauta da próxima reunião;
- VII – Distribuição de expedientes aos relatores;
- VIII – Comunicação breve e franqueamento da palavra.

Artigo 10º – 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 11º – A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e o Secretário lavrará uma Ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes.

CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 12º – Compete ao Comitê:

- a) Elaborar normas, analisar e emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas ao processo de hemotransfusão;
- b) Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para aumentar a segurança transfusional, dentro da área de abrangência estabelecida pela Secretaria Estadual de Saúde em consonância às disposições legais e às orientações normativas emanadas do Ministério da Saúde e da SES/GO;
- c) Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas aos assuntos de sua competência;
- d) Monitorar as reações transfusionais;
- e) Promover educação continuada na área transfusional para profissionais de saúde integrantes da equipe assistencial;
- f) Revisar periodicamente a legislação relacionada à política transfusional e sua aplicação na legislação;
- g) Estabelecer critérios transfusionais em conhecimento científico adequado ao atendimento dos pacientes na instituição;
- h) Desenvolver mecanismos para avaliação das requisições transfusionais.

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 13º - O presente regimento interno poderá ser alterado mediante proposta do Comitê, por meio da maioria absoluta de seus membros submetidos ao Diretor Técnico para aprovação.

Art. 14º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Técnico, nos limites de suas atribuições.

Art. 15º - Nenhum colaborador lotado no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

Art. 16º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelas Diretorias Geral e Diretoria Técnica da Unidade e sua publicação.

Jataí, de de 2024.

(Diretor Geral)

(Diretor Técnico)

151

3.1.10. COMITÊ DE COMPLIANCE – CC

Regimento Interno

CAPÍTULO I DA FINALIDADE

Art. 1º - O Comitê de Compliance - CC tem a missão de apoiar, difundir, aprimorar e aplicar as ações de compliance dentro da sua competência, de acordo com as boas práticas do mercado, legislações aplicáveis e instrumentos normativos internos.

CAPÍTULO II DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 2º - Os membros do CC são investidos na função em caráter de voluntário, interessado ou como parte da função exercida na Unidade, portanto, não são remunerados independentemente do número de reuniões e do caráter das deliberações aplicadas.

Art. 3º - O CC é composto dos seguintes membros:

- Diretor Geral da Unidade;
- Diretor Administrativo da Unidade;
- Representante dos Funcionários;
- Assessor de Compliance.

O Diretor Geral terá a função de presidir o CC, tendo seu voto como o decisivo quando os votos dos membros apresentarem empate entre duas decisões diferentes. O mandato do Presidente da CC será exercido em razão do mandatos dos cargos exercidos na Unidade. O mandato do Representante dos Funcionários é voluntário, nomeado por indicação dos membros os CC e terá vigência por dois anos, o mesmo período de gestão dos órgãos estatutários. O Assessor de Compliance tem a função de Secretário do CC de Compliance, agendando as reuniões, organizando a pauta e documentação e registrando as deliberações em Atas de reunião. Este terá função consultiva, sem poder de voto no CC. A área de Recursos Humanos terá o funcionário responsável como membro consultivo presente em todas as reuniões como gestor da área de Compliance na Unidade. Este não terá poder de voto. A investidura dos cargos será realizada via registro em Ata de Reunião na data da primeira reunião do CC após o início dos mandatos de Presidente e Diretoria da Unidade.

CAPÍTULO III DO FUNCIONAMENTO

Art. 4º - As reuniões ordinárias do CC serão realizadas uma vez por mês e devem ser notificadas aos membros com 10 dias de antecedência junto com a ciência da pauta da reunião. Os membros que não comparecerem nas reuniões perderão seu direito ao voto das deliberações registradas na pauta da reunião.

Art. 5º - Os membros do CC podem ser requisitados extraordinariamente em reuniões de cunho de gestão de crise. As reuniões extraordinárias não terão tempo mínimo de notificação e serão realizadas com os membros que estiverem disponíveis para deliberar sobre crise de imagem, jurídica, reputação e segurança.

CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

Art. 6º - Compete ao CC:

- I. Analisar os resultados das investigações de denúncias realizadas contra pessoas que estão submetidas ao Código de Ética e Conduta da Unidade.
- II. Deliberar sobre as investigações: necessidade de mais informações, suspensão, cancelamento, alteração de modus operandi.
- III. Deliberar ações de mitigação dos riscos aferidos pelas investigações, criar planos de ação com as ferramentas educativas e informativas que serão aplicadas.
- IV. Deliberar sobre a consequência a ser aplicada de acordo com os critérios estabelecidos na Norma de Consequência e Antirretaliação quando a investigação concluir sobre um comportamento que quebra as diretrizes Código de Ética e Conduta.
- V. Analisar os dados de resultado das ações de compliance e definir estratégias para aumento do alcance do Programa.
- VI. Manter o sigilo sobre os assuntos pautados pelo CC;
- VII. Seguir as normas e políticas internas da Unidade e da SES/GO para tratar os assuntos com transparência e idoneidade;
- VIII. Seguir as Legislações externas as quais a Unidade está submetida quando deliberar sobre os assuntos concernentes ao CC;
- IX. Manter uma postura ética ao emitir opiniões no CC, utilizando a sensibilidade e civilidade independente do caso tratado;
- X. Não emitir opiniões religiosas ou doutrinárias para tratamento dos casos submetidos ao CC;
- XI. Se comprometer a retirar suas opiniões e votos quando entender que apresenta conflito de interesse em relação às pessoas envolvidas nos casos tratados;
- XII. Apoiar o compliance officer na condução e divulgação dos assuntos e ações deliberadas.

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 7º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Técnico, nos limites de suas atribuições.

Art. 8º - Nenhum colaborador lotado no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

Art. 9º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelas Diretorias Geral e Diretoria Técnica da Unidade e sua publicação.

Jataí, de _____ de 2024.

(Diretor Geral)

3.1.11. COMITÊ DE GERENCIAMENTO DE PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR – CGPRLPH

Regimento Interno

CAPÍTULO I DA FINALIDADE E COMPOSIÇÃO

Art. 1º - O Comitê de Gerenciamento de Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar – CGPRLPH terá a finalidade de gerenciar a assistência dos pacientes com internação por um período igual ou superior a 30 dias, com foco nas ações de desospitalização.

Art. 2º - O CGPRLPH será formado por uma equipe multidisciplinar constituída por Presidente, Vice Presidente, Secretário e membros representados e nomeados pela Diretoria Técnica do Hospital.

Art. 3º - São atribuições do Presidente do Comitê:

- I. Presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias;
- II. Estabelecer a pauta das reuniões;
- III. Dirigir os trabalhos do Comitê;
- IV. Distribuir tarefas entre os membros do Comitê;
- V. Representar o Comitê perante os demais órgãos do HEJ, subscrevendo seus atos;
- VI. Indicar o seu substituto, entre os membros do Comitê.
- VII. Fazer cumprir o Regimento.

Parágrafo único - O Vice-Presidente é responsável por substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários, realizando, nesse período, as atividades atribuídas ao Presidente.

Art. 4º - São atribuições do Secretário do Comitê:

- I. Presidir as reuniões na impossibilidade do Presidente;
- II. Registrar em ata todas as resoluções do Comitê;
- III. Convocar os membros do Comitê para reuniões determinadas pelo Presidente;
- IV. Expedir documentação, mantendo as cópias em arquivo;
- V. Realizar outras funções determinadas pelo Presidente.

Art. 5º - Aos demais Membros do Comitê compete:

- I. Sinalizar ao Comitê os pacientes com risco para longa permanência hospitalar;
- II. Participar de reunião mensal para discussão de casos e busca da melhoria contínua.

CAPÍTULO II DA ORGANIZAÇÃO

Art. 6º - As reuniões do CGPRLPH serão mensais e, extraordinariamente, de acordo com a convocação do Presidente.

Art. 7º - Na ausência do Presidente, um membro designado pelo mesmo deverá realizar a reunião, dando andamento aos trabalhos empreendidos.

Art. 8º - As ausências em reuniões deverão ser justificadas por escrito e/ou e-mail para o Presidente, sendo que 03 (três) ausências consecutivas ou 06 (seis) intercaladas no período de 1 (um) ano não justificadas poderão ocasionar o desligamento e substituição do membro faltoso.

Art. 9º - As resoluções do Comitê serão tomadas com a participação do número de presentes nas reuniões ordinárias e extraordinárias.

Art. 10º - Os assuntos tratados pelo Comitê deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 11º - Para cada reunião realizada, deverá ser lavrada ata, subscrita pelos presentes.

CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

Art. 12º - São competências do CGPRLPH:

- I. Identificar precocemente e acompanhar os pacientes com risco para longa permanência hospitalar;
- II. Avaliar e contribuir para uma maior adequação e racionalização do tempo de permanência, planejamento de alta e encaminhamentos, provendo uma desospitalização segura do paciente, conduzindo de forma rotineira e aplicável as atividades abaixo elencadas:
 - a) Identificar, desde o momento da admissão, os pacientes com risco para longa permanência, tais como pacientes com insuficiência renal em terapia dialítica, pacientes com patologias que afetam o sistema nervoso central ou motor, doença pulmonar obstrutiva crônica grave, pacientes com reinternações frequentes e pacientes com indicação de antibiótico prolongado;
 - b) Monitorar os pacientes com internação superior a 10 (dez) dias;
 - c) Monitorar a abertura do Projeto Terapêutico Singular - PTS e o cumprimento da Alta Qualificada;
 - d) Detectar, durante o período de internação hospitalar, falhas de fluxo que possam interferir no tempo de permanência no leito e na qualidade assistencial oferecida e propor intervenções relacionadas a exames diagnósticos e terapêuticos, interface entre as equipes médicas, problemas sociais ou de entendimento do paciente, família ou cuidador e transição para o ambiente extra-hospitalar de pacientes complexos;
 - e) Desenvolver estratégias para melhoria da comunicação entre as equipes das estruturas de cuidado, serviços especializados, de apoio técnico e suporte administrativo;
 - f) Acompanhar o preparo do paciente, da família e 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;
 - g) Providenciar encaminhamentos junto aos recursos existentes na comunidade de forma a viabilizar tratamento/permanência fora da Unidade, residência ou instituições de longa permanência, caso necessário;
 - h) Orientar ou encaminhar para a continuidade do cuidado no domicílio com suporte multidisciplinar, por meio de serviços Serviço de Atendimento Domiciliar - SAD, de forma a facilitar a desospitalização e reduzir os índices de reinternação;
 - i) Gerar bases de dados para monitorar a qualidade do atendimento e a incidência de desfechos adversos.

CAPÍTULO V DOS RESULTADOS ESPERADOS

Art. 13º - São resultados esperados:

- Menor tempo de permanência hospitalar dos pacientes;
- Aumento do giro de leito na Unidade;

- Maior disponibilidade de vagas na Unidade;
- Menor quantidade de complicações para o paciente;
- Redução do custo assistencial.

CAPITULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 7º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Técnico, nos limites de suas atribuições.

Art. 8º - Nenhum colaborador lotado no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

Art. 9º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelas Diretorias Geral e Diretoria Técnica da Unidade e sua publicação.

Jataí, de de 2024.

(Diretor Geral)

3.1.12. EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL – EMTN

Regimento Interno

CAPÍTULO I DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º - Para este regimento considera-se:

- Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional: grupo formal e obrigatoriamente constituído de, pelo menos, um profissional de cada categoria, a saber: médico, nutricionista, enfermeiro e farmacêutico, podendo ainda incluir profissionais de outras categorias a critério do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ, conforme prevê RDC nº 63/2000.
- Terapia Nutricional - TN: conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral - NP ou Nutrição Enteral - NE.
- Terapia de Nutrição Enteral - TNE: conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio de NE.

CAPÍTULO II DA COMPOSIÇÃO

Art. 2º - A EMTN é composta por Médico, Nutricionista, Farmacêutico, Enfermeiro, todos habilitados e treinados para a prática da terapia nutricional . Pode também contar com a participação de fonoaudiólogos e assistentes sociais, que orientam os pacientes, cuidadores e familiares.

CAPÍTULO III DAS COMPETÊNCIAS

Art. 3º - Compete à EMTN:

- a) Criar mecanismos para que se desenvolvam as etapas de triagem e vigilância nutricional para pacientes submetidos a terapia nutricional enteral e parenteral;
- b) Definir condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte, administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final da terapia nutricional, visando obter os benefícios máximos do procedimento e evitar riscos;
- c) Desenvolver, rever e atualizar normas, protocolos institucionais, fluxogramas e procedimentos abordando a terapia nutricional parenteral e enteral;
- d) Implantar e difundir ações que promovam a segurança do paciente em terapia nutricional;
- e) Estabelecer as diretrizes técnico-administrativas que devem nortear as atividades da equipe e suas relações com a instituição;
- f) Criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem e vigilância nutricional em regime hospitalar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de TN;
- g) Planejar as ações de educação permanente da comissão, em consonância com as diretrizes de Segurança do Paciente e demais normas institucionais, desenvolvendo de forma permanente, atividades de caráter técnico-científico em prol do cumprimento das metas propostas;
- h) Padronizar e avaliar os indicadores de estrutura, processo e resultado, relacionados à terapia nutricional, apontando necessidade de melhoria, mediante preparação de plano de ação e acompanhamento de seu cumprimento.

CAPÍTULO IV

DA COMPOSIÇÃO E ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 4º - São atribuições do Coordenador Técnico-Administrativo da EMTN:

- a) Assegurar condições para o cumprimento das atribuições gerais da Comissão, visando prioritariamente a qualidade e efetividade da TN;
- b) Representar a equipe em assuntos relacionados com a TN;
- c) Gerenciar os protocolos assistenciais relacionados à TN;
- d) Promover e presidir todas as reuniões da Comissão;
- e) Fazer cumprir o Regimento Interno;
- f) Emitir, nas decisões da Comissão, além do seu voto, o "voto de minerva", quando necessário.

Art. 5º - Ao Coordenador Clínico da EMTN cabe assumir as atribuições do Coordenador Técnico-Administrativo em suas ausências e impedimentos.

Art. 6º - São atribuições do Secretário da EMTN:

- a) Assistir às reuniões;
- b) Preparar o expediente das reuniões e encaminhar as pautas aos seus membros;
- c) Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões;
- d) Lavrar e assinar as atas das reuniões mensais da Comissão;
- e) Registrar a ata por meio de processo eletrônico no e-doc;
- f) Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Coordenador Técnico-Administrativo;
- g) Realizar outras funções determinadas pelo Coordenador Técnico/Administrativo relacionadas à comissão.

Art. 7º - São atribuições dos Membros da EMTN:

- a) Conhecer, integralmente, o Regimento Interno e cumprir as normas nele estabelecidas;
- b) Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito dos assuntos em discussão;
- c) Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação, revisão, manutenção e desenvolvimento da Equipe;
- d) Atuar como agente multiplicador;
- e) Implementar e supervisionar as diretrizes instituídas nos protocolos assistenciais elaborados pela Equipe;
- f) Comunicar à equipe da Equipe sobre trabalhos realizados na sua área de atuação, relacionados à TN;
- g) Participar de programa de treinamento, eventos e trabalhos científicos relacionados à TN;
- h) Apresentar sugestões sobre assuntos referentes à Comissão.

Art. 8º - Para realização dos trabalhos da Equipe, os membros deverão ser dispensados de suas atividades assistenciais pelo tempo necessário à participação nas reuniões e execução das atividades definidas.

CAPÍTULO V

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 9º - A EMTN reunir-se-á ordinariamente, minimamente, 1 (uma) vez por mês e, extraordinariamente, todas as vezes que se fizer necessário, mediante convocação prévia com, no mínimo, 72 horas para as reuniões ordinárias e 24 horas para as extraordinárias.

Art. 10º - As reuniões da Equipe deverão ser registradas em ata padronizada, contendo pauta, decisões tomadas e encaminhamentos, devendo ser assinada por todos os membros presentes.

Art. 11º - A ausência de um membro em 3 (três) reuniões consecutivas, sem justificativa, ou em 6 (seis) reuniões, não consecutivas, sem justificativa, durante 12 meses gerará sua substituição automática.

Art. 12º - Os participantes da Equipe deverão ser liberados das atividades de seu setor nos dias e horários programados para participação das atividades da Comissão.

Art. 13º - Na ausência do Coordenador Técnico-Administrativo, o Coordenador Clínico conduzirá a reunião.

Art. 14º - As decisões da Equipe serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos votos dos membros presentes.

Art. 15º - Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos será designado um Relator ou será convidado um Consultor (interno ou externo), o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma, poderão ser convidados outros profissionais para participar das reuniões.

Art. 16º - Os assuntos tratados pela Equipe deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 17º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelos membros da EMTN, em conjunto com a Diretoria Técnica da Instituição.

Art. 18º - Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto ou qualquer necessidade identificada pela EMTN ou Diretoria Técnica do HEJ.

Art. 19º - O Regimento Interno entrará em vigor após ser aprovado pela EMTN e pela Diretoria Geral do HEJ.

Jataí, de de 2024.

(Diretor Geral)

3.1.13. SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO – SESMT

Regimento Interno

CAPÍTULO I DA NATUREZA

Art. 1º - O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho – SESMT é estabelecido pela norma regulamentadora nº4/22. Consiste na obrigatoriedade das empresas em contratarem profissionais da área da saúde e de segurança de acordo com o número de trabalhadores na organização e o grau de risco da atividade exercida.

CAPÍTULO II DA FINALIDADE

Art. 2º - Tem a finalidade de garantir um ambiente de trabalho mais seguro aos colaboradores, prevenir doenças ocupacionais, promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho.

CAPÍTULO III DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 3º - De acordo com a NR4, devem fazer parte do SESMT os seguintes profissionais:

- Médico do Trabalho: pós-graduado em Medicina do Trabalho, ou que porte o certificado de residência médica que tenha relação com saúde ocupacional;
- Engenheiro de Segurança do Trabalho, pós-graduado na área;
- Enfermeiro do Trabalho, pós-graduado em Enfermagem do Trabalho;
- Técnico em Segurança do Trabalho, com formação técnica e registro no Ministério do Trabalho;
- Técnicos de Enfermagem do Trabalho, com certificado de qualificação reconhecido pelo Ministério da Educação, proveniente de instituições habilitadas.

§ 1º - A Instituição, obrigatoriamente, deverá contratar profissionais da área da saúde e de segurança de acordo com o número de trabalhadores na organização e o grau de risco da atividade econômica exercida.

CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

Art. 4º - Ao Médico do Trabalho cabe:

- Realizar atendimentos clínicos dentro da empresa;
- Promoção de ações preventivas a doenças ocupacionais;
- Promoção da saúde coletiva e individual;
- Coordenação de programas relacionados à saúde;
- Perícias, auditorias e sindicâncias;
- Difusão dos conhecimentos sobre a Medicina do Trabalho.

O Médico do Trabalho também é o responsável por emitir documentos como o CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho). Além disso, ele participa de outros programas importantes para a saúde ocupacional, como PCMSO e PPRA.

Art. 5º - Ao Engenheiro de Segurança do Trabalho cabe:

- Atuar para minimizar os riscos de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.
- Identificar os riscos, elaborar medidas de contenção e alternativas.

Os profissionais deste cargo devem ser pós-graduados em Engenharia de Segurança do Trabalho.

Art. 6º - Ao Enfermeiro do Trabalho cabe:

- Coleta de informações diversas acerca da saúde ocupacional;
- Execução de inquéritos sanitários;
- Gestão de programas de prevenção a acidentes e doenças ocupacionais;
- Avaliação das causas de insalubridade na empresa;
- Treinamentos sobre uso de EPI (Equipamentos de Proteção Individual);
- Promoção da prevenção de doenças ocupacionais.

O Enfermeiro do Trabalho é quem lida diretamente com o paciente, prestando todo tipo de assistência. Ele lidera a equipe de técnicos para atendimento em ambulatórios, hospitais, clínicas, ou até mesmo a domicílio, conforme orientação médica.

Art. 7º - Ao Técnico de Segurança do Trabalho cabe:

- Inspecionar locais de instalação de equipamentos;
- Examinar utensílios de combate a incêndios (extintores, mangueiras, hidrantes, entre outros);
- Investigar acidentes, descobrir suas causas e propor medidas de prevenção;
- Ministrando treinamentos sobre segurança e prevenção de acidentes.

Dentro do SESMT, o Técnico de Segurança do Trabalho é quem elabora e coloca em prática as políticas de saúde e segurança. Ele trabalha em conjunto com o Engenheiro de Segurança do Trabalho, realizando auditorias periódicas com o objetivo de identificar variáveis no controle de doenças, acidentes e qualidade de vida dos colaboradores.

Art. 8º - Ao Técnico de Enfermagem do Trabalho cabe:

- Preparação de pacientes para exames;
- Organização de instrumentação;
- Gestão de medicamentos.

Estes profissionais devem atuar segundo procedimentos de biossegurança e boas práticas da profissão e sob orientação do Enfermeiro do Trabalho e do Médico do Trabalho, os auxiliares prestam atendimento em diversas frentes.

CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO

Art. 9º - O desenvolvimento do trabalho do SESMT será realizado de maneira contínua durante o horário de expediente do estabelecimento.

O engenheiro de segurança do trabalho, o médico do trabalho e o enfermeiro do trabalho devem dedicar, no mínimo, quinze horas (tempo parcial) ou trinta horas (tempo integral) por semana, para as atividades do SESMT.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Geral, nos limites de suas atribuições.

Art. 11º - Nenhum colaborador lotado no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

Art. 12º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelas Diretorias Geral e Diretoria Administrativa da Unidade e sua publicação.

Jataí, de de 2024.

(Diretor Geral)

(Diretor Administrativo)

162

3.1.14. COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIO DE PACIENTES – CARPP

Regimento Interno

CAPÍTULO I DA NATUREZA

Art. 1º - A Comissão de Avaliação e Revisão de Prontuários está regulamentada pela Resolução do CFA nº 1638/2002, que define o prontuário do paciente como 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 multidisciplinar e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

CAPÍTULO II DA FINALIDADE

Art. 2º - Terá a função de revisar e avaliar o conjunto de informações, registros e documentos gerados durante a estadia do paciente na Instituição, relativos à assistência a ele prestada.

CAPÍTULO III DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 3º - A CARPP será instituída por ato normativo interno da Direção e publicada em veículo de divulgação usualmente utilizado. Possuirá caráter legal, sigiloso e científico e terá o papel de assessoramento, diretamente vinculado à alta administração da Unidade.

Art. 4º - Terá um mandato de dois anos e será constituída por membros efetivos e suplentes, representantes do Corpo Clínico e da Equipe de Saúde, arquivista ou responsável pela guarda da documentação e representante da área jurídica da instituição.

Parágrafo Único - Na dependência do trabalho a ser realizado, outros participantes poderão ser convocados.

Art. 5º - Um dos membros desta comissão, designado pela Diretoria, será o Presidente, o qual será escolhido entre aqueles que já serviram a comissão, em período não inferior a um ano.

CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

Art. 6º - Terá como principais competências:

- a) elaborar normas, analisar, emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas às informações sobre os pacientes;
- b) avaliar a organização dos conjuntos documentais; forma de processamento, acesso e utilização das informações contidas no prontuário do paciente;
- c) estabelecer normas para manutenção e adequação dos Arquivos Nosológicos e outros sistemas de registros de informações de morbimortalidade hospitalares;
- d) desenvolver e recomendar um plano para revisão periódica, anexando amostra dos registros que serão documentados para os padrões acima;



- e) definir e supervisionar o método de classificação adotado;
- f) avaliar a qualidade dos registros para fins de prova, de informação, de estudos e pesquisas;
- g) determinar, com base na legislação em vigor, respectivos prazos de guarda e a destinação;
- h) estabelecer critérios para análise e avaliação dos documentos e sua destinação final, considerando os requisitos previstos na legislação pertinente;
- i) recomendar ao Diretor Técnico, ação disciplinar quanto aos prontuários que:
 - estão abaixo do padrão e critério estabelecido;
 - apresentam complementação em desacordo com o padrão e critério estabelecidos;
- j) revisar, periodicamente, a Tabela de Temporalidade e Destinação de Documentos, em função da produção ou supressão de novos documentos e da evolução da legislação e dos procedimentos médicos.

CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO

Art. 7º - A Comissão de Avaliação e Revisão de Prontuários estabelecerá seu calendário de reuniões ordinárias que ocorrerão mensalmente, encaminhando a Diretoria Técnica da Unidade, podendo reunir-se de forma extraordinária quando convocada pelo seu Presidente.

Art. 8º - O Cronograma de atividade anual da Comissão prevê:

- a) Reuniões mensais da Comissão sempre às últimas segundas-feiras de cada mês;
- b) Elaboração do Plano Anual de Trabalho da Comissão para o ano seguinte (dezembro);
- c) Elaboração de relatórios mensais para Diretoria Técnica;
- d) Reuniões trimestrais com o Corpo Clínico para apresentação da finalidade, objetivos e pareceres emitidos pela comissão (dezembro, março, junho e setembro);
- e) Padronizar os formulários que compõem o prontuário da Unidade e definição de ordem de arrumação dos prontuários na Unidade (primeiro mês de implantação da Comissão).

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 9º - Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá à convocação do suplente pelo tempo que perdurar o afastamento.

Art. 10º - Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Art. 11º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Geral, nos limites de suas atribuições.

Art. 12º - Nenhum colaborador lotado no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

Art. 13º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelas Diretorias Geral e Diretoria Técnica da Unidade e sua publicação.

Jataí, de de 2024.

(Diretor Geral)

(Diretor Técnico)

(Coordenador da CARPP)

3.1.15. COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS – CVO

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 1º - A Comissão de Verificação de Óbitos - CVO deverá ser composta por, no mínimo 3 (três) membros, podendo ser médico, enfermeiro e/ou outros profissionais da área da saúde, sendo o Coordenador da Comissão um médico, obrigatoriamente.

166

CAPÍTULO II

DO OBJETIVO

Art. 2º - A Comissão de Verificação de Óbitos tem a finalidade de avaliar todos os óbitos ocorridos no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ.

Parágrafo Único: o médico membro da CVO, ao analisar a conduta do médico que assistiu o paciente, deve limitar-se a elaborar relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente dos fatos analisados, evitando emitir juízo de valor em relação a imperícia, imprudência ou negligência.

Art. 3º - Visa detectar a ocorrência de eventos adversos (acidentes ou falhas operacionais) que podem comprometer a qualidade da assistência ou influir no curso da internação, indicando necessidade de revisão do processo assistencial e a avaliação do funcionamento da própria Comissão.

Art. 4º - Busca avaliar a adequação da história clínica de admissão, evolução, investigação diagnóstica desencadeada pela hipótese diagnóstica inicial e a terapêutica indicada.

CAPÍTULO III

DO MANDATO

Art. 5º - A duração do mandato da CVO será de, no máximo, 30 meses, com os Membros somente podendo ser substituídos neste período, a pedido.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

Art. 6º - As reuniões extraordinárias acontecerão com periodicidade mensal, bem como o registro de indicadores e as informações pertinentes a essa Comissão.

Art. 7º - Previamente às reuniões, a pauta deverá ser encaminhada junto a convocação através de comunicação eletrônica institucional. A cada reunião realizada, uma ata simples será lavrada, subscrita pelo secretário da CVO em meio eletrônico com as pendências, plano de ação e operacionalização dos resultados.

Art. 8º - A CVO emitirá, anualmente, relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser compartilhado com a Diretoria Técnica para as providências necessárias.

Art. 9º - A ausência de um membro em 3 (três) reuniões consecutivas sem justificativa ou, ainda, 6 (seis) reuniões não consecutivas, sem justificativa, durante 12 meses, gerará sua exclusão automática da Comissão.



Art. 10º - As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta por maioria simples dos membros presentes, com "voto de minerva" do primeiro integrante a chegar na reunião.

Art. 11º - Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os Membros.

CAPÍTULO V DA METODOLOGIA

Art. 12º - A análise dos óbitos no HEJ será realizada com a utilização de instrumento específico de coleta de dados, com fluxo e variáveis padronizadas. Os óbitos analisados pela CVO que necessitarem de esclarecimentos em relação às condutas médicas adotadas, deverão ser encaminhados à Diretoria Técnica da Unidade para análise, e esta, se necessário, encaminhará os casos para o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente e Comissão de Ética Médica da instituição, que deverá observar as disposições da Resolução CFM nº 2.152/2016.

Art. 13º - A verificação de óbito ocorrerá por investigação cruzada entre os setores de internação e Unidade de Terapia Intensiva - UTI e será realizada, principalmente, por um profissional médico que componha a CVO, em até 48 horas após o óbito. A revisão será feita por meio do preenchimento de instrumento específico para esse fim e por meio da revisão dos documentos do prontuário do paciente. Outro Membro da Comissão poderá apoiar o profissional médico na revisão.

Art. 14º - Os membros desta Comissão estão obrigados a manter a confidencialidade e o sigilo das informações contidas no prontuário em análise.

CAPÍTULO VI DAS FONTES DE INFORMAÇÃO

Art. 15º - Serão utilizadas como fontes de informação para subsidiar as discussões e tomadas de decisão desta Comissão:

- a) Autorização de Internação Hospitalar -AIH;
- b) Relatório de alta;
- c) Declaração de óbito;
- d) Relatório cirúrgico;
- e) Anotações médicas;
- f) Anotações de enfermagem;
- g) Anotações multiprofissionais.

CAPÍTULO VII DAS VARIÁVEIS ANALISADAS

Art. 16º - Serão analisadas as seguintes variáveis autoexplicativas:

- a) Idade;
- b) Sexo;
- c) Data da internação;
- d) Dia, data e hora do óbito;
- e) Diagnóstico de admissão;
- f) Diagnóstico final e causa mortis;
- g) Óbito antes do início do tratamento;
- h) Óbito antes de 48 horas de internação;
- i) Óbito no ato cirúrgico ou anestésico;

- j) Óbito no pós-operatório imediato;
- k) Acidentes ou falhas operacionais;
- l) Confirmação do diagnóstico: clínico (baseado na evolução clínica e resposta terapêutica), clínico-laboratorial (confirmação diagnóstica baseada em resultados de exames de patologia clínica ou de imagens), cirúrgico (expresso no relatório cirúrgico) ou anatomopatológico (resultado de necropsia ou de exame anatomopatológico). Quando não houver enquadramento em nenhum desses critérios, será classificado como não confirmado;
- m) Anamnese adequada, incluindo história da doença atual, história patológica pregressa, história familiar e história social colhida até 24 horas após a admissão, com dados completos de identificação;
- n) Exame físico adequado, com registro de avaliação de todos os segmentos e sistemas;
- o) Evolução adequada, com evolução médica e de enfermagem diária, constando hora e data, assinada e carimbada;
- p) Exames complementares adequados, compatíveis com o diagnóstico inicial ou o diagnóstico principal;
- q) Terapêutica adequada, compatível com o diagnóstico inicial ou o diagnóstico principal;
- r) Óbito desassistido, quando este ocorrer sem a presença de um profissional da equipe de saúde envolvida na assistência ao paciente;
- s) Infecção hospitalar, sendo considerada qualquer infecção surgida após 72 horas da internação do paciente, podendo manifestar-se durante a internação ou após a alta, ou surgida antes de 72 horas após realização de procedimento invasivo diagnóstico ou terapêutico associável ao processo infeccioso;
- t) Dia mais frequente;
- u) Horário de predomínio.

Art. 17º - O não enquadramento da anamnese, exame físico, evolução, exames complementares e terapêuticas nos critérios especificados classifica a variável como inadequada ou inexistente, de acordo com critérios definidos.

CAPÍTULO VIII DOS SETORES E ESPECIALIDADES

Art. 18º - A Comissão considerará todos os setores e especialidades existentes na Unidade a fim de proceder os trabalhos de avaliação dos óbitos, dentre os quais destacam-se:

- Emergência;
- Clínica Médica;
- Clínica Cirúrgica;
- Unidade de Terapia Intensiva;
- Centro Cirúrgico.

CAPÍTULO IX DAS FALHAS OPERACIONAIS

Art. 19º - A Comissão considerará as seguintes falhas operacionais:

- I. Não realização de exame solicitado;
- II. Não realização de procedimento solicitado;
- III. Falta de material médico-hospitalar;
- IV. Falta da hemoderivados;
- IV. Falta de medicação prescrita;
- V. Erro na administração de medicação prescrita;
- VI. Falha em equipamento médico-hospitalar;

- VII. Não conformidade no resultado de exames;
- IX. Falta de preenchimento de impressos de rotina;
- X. Letra ilegível;
- XI. Falta de assinatura e registro de conselho;
- XIII. Falta de vaga em setor crítico;
- XIV. Retorno para setor crítico;
- XV. Queda do leito;
- XVI. Formação de lesão por pressão;
- XVII. Perda de acesso venoso central;
- XVIII. Perda de tubo orotraqueal ou traqueostomia;
- XIX. Perda de sondas (nasogástrica, nasoenteral, vesical);
- XX. Obstrução de vias aéreas por secreção;
- XXI. Extravio de material para exames.

CAPÍTULO X DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 20º - São atribuições da CVO:

- I. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos a óbitos que lhe forem enviados;
- II. Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
 - II. Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- IV. Normatizar e fiscalizar o adequado registro das Declarações de Óbito;
- V. Convocar o médico que atestou o óbito, caso as informações sejam conflitantes;
- VI. Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
 - VIII. Zelar pelo sigilo ético das informações;
 - IX. Emitir parecer técnico ou relatório, quando solicitado;
 - X. Assessorar a Diretoria Técnica da Unidade em assuntos de sua competência.

CAPÍTULO XI DO ARQUIVAMENTO DE DADOS

Art. 21º - Todos os impressos preenchidos e/ou informações virtuais serão arquivadas no Prontuário Eletrônico do Paciente - PEP.

CAPÍTULO XII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 22º - É vedada a utilização do termo "morte evitável" para os casos de óbitos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderam o paciente. Estes casos devem ser classificados como "óbito a esclarecer".

Art. 23º - Os casos omissos neste regimento, serão resolvidos pelos membros da CVO, em conjunto com a Diretoria Técnica do HEJ.

Art. 24º - Este Regimento Interno poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 25º - O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, após aprovação e validação da Diretoria Geral, podendo ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Jataí, de de 2024.

(Diretor Geral)

(Diretor Técnico)

(Coordenador da CVO)

3.1.16. COMISSÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO MATERNO E INFANTIL – CIOMI

Regimento Interno

CAPÍTULO I DA FINALIDADE

Art. 1º - A Comissão de Investigação de Óbito Materno e Infantil – CIOMI constitui-se em instância de natureza interinstitucional, de caráter técnico/científico, sigiloso e educativo, não coercitivo/punitivo, com a finalidade de identificar os óbitos maternos, fetais e neonatais.

CAPÍTULO II DA COMPOSIÇÃO

Art. 2º - A composição da CIOMI será:

- 01 representante da Área Técnica de Saúde da Criança;
- 01 representante da Área Técnica de Saúde da Mulher;
- 01 representante da Equipe Multidisciplinar.

Parágrafo Único: para cada Membro Titular, haverá um Membro Suplente indicado pelos órgãos entidades participantes da Comissão.

Art. 3º - A presidência deverá ser exercida por um dos membros titulares, eleito entre seus pares, para um mandato de 02 (dois) anos.

CAPÍTULO III DO FUNCIONAMENTO

Art. 4º - Segmentos da sociedade civil organizada poderão participar das reuniões do Comitê com direito a voz e sem direito a voto, as quais serão abertas ao público. Deverá ser normatizada através de Regimento Interno próprio e reunir-se ordinariamente, a cada 30 dias, podendo ocorrer reuniões extraordinárias, desde que identificada a necessidade e sua divulgação com antecedência de 08 dias.

CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

Art. 5º - Compete a CIOMI:

- avaliar os óbitos maternos, fetais e neonatais;
- subsidiar as políticas públicas para adoção de ações de assistência à saúde materna, fetal e neonatal, com vistas a redução dos fatores de risco contribuintes a estes eventos;
- avaliar a qualidade da assistência prestada à partir da análise dos óbitos materno, fetal e neonatal;
- detectar a ocorrência de eventos adversos (acidentes ou falhas operacionais) que venham a comprometer a qualidade da assistência, indicando a necessidade de revisão dos processos assistenciais;
- avaliar se a terapêutica instituída foi adequada ao diagnóstico inicial e evolução do quadro do paciente;
- analisar a totalidade de óbitos da Unidade e dos laudos necroscópicos, quando existirem, visando conhecer as suas causas.

CAPÍTULO V

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 6º - É vedada a utilização do termo "morte evitável" para os casos de óbitos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderam o paciente. Estes casos devem ser classificados como "óbito a esclarecer".

Art. 7º - Os casos omissos neste regimento, serão resolvidos pelos membros da CIOMI, em conjunto com a Diretoria Técnica do HEJ.

Art. 8º - Este Regimento Interno poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 9º - O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, após aprovação e validação da Diretoria Geral, podendo ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Jataí, de de 2024.

(Diretor Geral)

(Diretor Técnico)

(Coordenador da CIOMI)

3.1.17. COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA – CFT

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - A CFT será um órgão consultivo e deliberativo, que terá a função de regulamentar a seleção e padronização de medicamentos utilizados o que representará para a Instituição uma substancial economia, simplificando e racionalizando a assistência e permitindo uma programação de atividades e de recursos adequados.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 2º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) contará com membros representativos dos diversos serviços da Unidade, como:

- um (01) representante da Diretoria Técnica, tendo como perfil nível superior em Medicina, preferencialmente exercendo cargo de Diretoria;
- um (01) representante da Farmácia, tendo como perfil nível superior em Farmácia preferencialmente exercendo cargo de Coordenação do setor;
- um (01) representante da CCIRAS, tendo como perfil nível superior em medicina com especialização em Infectologia;
- um (01) representante da Enfermagem, tendo como perfil nível superior em Enfermagem, exercendo preferencialmente cargo de Coordenação.

Parágrafo Primeiro – Um membro desta Comissão, designado pela Diretoria, será o Presidente.

Parágrafo Segundo - O mandato desta Comissão será de 24 meses.

Art. 3º - Na escolha dos integrantes da Comissão pela Diretoria Técnica, deverá serem observados critérios que permitam reunir entre seus integrantes um conhecimento técnico amplo, visto que a natureza da análise envolve toda prática médica/farmacêutica.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 4º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica terá as competências de:

- a) assessorar a Diretoria na formulação da política de medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos;
- b) organizar e manter atualizada a Padronização de Medicamentos e correlatos a serem utilizados na Unidade, tendo em vista a eficiência terapêutica;
- c) adotar medidas visando evitar a duplicação de substâncias básicas ou associações similares com nome comercial diferente;
- d) acompanhar estudos e pesquisas de medicamentos e correlatos, sob o ponto de vista clínico, químico, farmacocinético e farmacodinâmico, emitindo parecer técnico sobre sua eficiência terapêutica, para embasar critério fundamental de escolha;
- e) examinar e emitir parecer com referência a medicamentos e correlatos, no que diz respeito a propostas de substituição ou eliminação da Grade de Medicamentos Padronizados e de novas aquisições;
- f) manter, através de sistema informatizado, com controle de acesso lógico, registros atualizados sobre medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos, com programação especial, contendo: grade de Medicamentos Padronizados, dados farmacológicos e clínicos, reações adversas, ocorrências no emprego;

- g) desempenhar papel consultivo e educativo, divulgando no âmbito da Instituição, esclarecimentos sobre medicamentos e correlatos e utilização de substâncias potencialmente tóxicas;
- h) emitir instruções de serviço necessárias ao cumprimento das finalidades da Comissão;
- i) implementar ações referentes ao sistema de inspeção da qualidade dos medicamentos e correlatos;
- j) recomendar e auxiliar na adoção e formulação de critérios para escolha, seleção, aquisição, uso e práticas corretas relativas aos medicamentos;
- k) promover junto ao Corpo Clínico, ou por seu intermédio, a adoção de medidas relacionadas com a execução de normas indispensáveis para uso de medicamentos;
- l) registrar e examinar as reações adversas causadas por medicamentos e propor medidas necessárias ao esclarecimento do pessoal auxiliar, bem como dos assuntos relacionados com o uso de medicamentos e outras substâncias;
- m) emitir parecer de caráter técnico/científico em assuntos relacionados aos produtos farmacêuticos;
- n) revisar frequentemente a Padronização de Medicamentos a fim de manter sua atualização, propondo adição ou exclusão de medicamentos e/ou produtos;
- o) estudar as solicitações de inclusão de novos medicamentos sugeridas pelo Corpo Clínico da Unidade;
- p) formular programas de esclarecimentos ao Corpo Clínico, para conhecimento do uso de novos produtos da Unidade.

CAPÍTULO IV DO FUNCIONAMENTO

Art. 5º - A CFT estabelecerá seu calendário de reuniões ordinárias mensais encaminhando a Diretoria Técnica, podendo reunir-se de forma extraordinária quando convocado pelo seu Presidente.

Art. 6º - O Cronograma de atividade anual da Comissão prevê:

- a) Reuniões mensais da Comissão sempre às primeiras segundas-feiras de cada mês;
- b) Elaboração do Plano Anual de Trabalho da Comissão para o ano seguinte (dezembro);
- c) Elaboração de relatórios mensais para Diretoria Técnica;
- d) Reuniões semestrais com o corpo clínico para apresentação da finalidade, objetivos e pareceres emitidos pela comissão (novembro e maio);
- e) Aprovação e implantação da Padronização de Medicamentos da Unidade (novembro);
- f) Controle mensal dos antimicrobianos utilizados na Unidade.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 7º - Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá à convocação do suplente pelo tempo que perdurar o afastamento.

Art. 8º - Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Art. 9º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Geral, nos limites de suas atribuições.

Art. 10º - Nenhum colaborador lotado no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

Art. 11º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelas Diretorias Geral e Diretoria Técnica da Unida e sua publicação.

Jataí, de _____ de 2024.

175

(Diretor Geral)

(Diretor Técnico)

(Presidente da CFT)

3.1.18. COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA – CDME

Regimento Interno

CAPÍTULO I DA COMPOSIÇÃO

Art. 1º - A CDME terá composição multiprofissional, contando com 11 membros titulares, sendo 1 (um) representante de cada Setor/Equipe como se segue:

- Equipe Médica;
- Equipe de Enfermagem;
- Serviço da Qualidade;
- Equipe Multiprofissional;
- Setor de Tecnologia da Informação;
- Diretoria;
- Serviço de Prontuário;
- Setor de Planejamento;
- Gerência de Operações;
- Comissão de Revisão de Prontuários;
- Núcleo Interno de Regulação.

CAPÍTULO II DA FINALIDADE

Art. 2º - A CDME terá a finalidade de formular diretrizes para a escolha e adoção de impressos a serem utilizados na composição dos prontuários de atendimento hospitalar e ambulatorial dos pacientes do HEJ, além de orientar e sugerir o seu preenchimento correto, monitorar a qualidade da 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 III DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 3º - A CDME será vinculada diretamente à Diretoria Geral do HEJ e deverá ter assegurados os meios adequados para seu funcionamento. O funcionamento será regulamentado por regimento e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis.

Art. 4º As reuniões ordinárias acontecerão mensalmente e as extraordinárias conforme a necessidade, podendo ser convocadas pelo Presidente ou Vice-Presidente.

§ 1º - A ausência de um membro em 3 (três) reuniões consecutivas sem justificativas ou, ainda, 6 (seis) reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses, gerará sua exclusão automática da Comissão.

§ 2º - O quórum mínimo para realização de reuniões será de 50% dos membros mais um.

Art. 5º As decisões da CDME serão tomadas após aprovação, por meio de votação por maioria simples dos membros presentes.

Art. 6º Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado, um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma, poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões.

§ 1º -As reuniões da CDME deverão ser registradas em ata e arquivadas contendo data, nome e assinatura dos membros presentes, resumo dos assuntos tratados, decisões tomadas e ações a serem executadas.

§ 2º- Os assuntos tratados pela CDME deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 7º - O Presidente da Comissão será nomeado pela Diretoria Técnica, sendo obrigatoriamente médico. O Vice-Presidente e Secretário serão nomeados pelo Presidente da Comissão.

§ 1º - O mandato será de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Direção Geral, em comum acordo com as demais Diretorias.

§ 2º - A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada por meio de Ato Administrativo expedido pela Direção Geral, que será encaminhado à Secretaria da CDME, bem como a substituição/exclusão de qualquer membro, a qualquer momento.

§ 3º - No caso de substituição de 1 (um) ou mais membros, caberá à Direção Geral, em comum acordo com as demais Diretorias, realizar novas nomeações por Atos Administrativos.

CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8º - Compete à CDME:

- a) Avaliar os itens obrigatórios que deverão constar no PEP (identificação do paciente, anamnese, exame físico, exames complementares e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado, alta médica e outros documentos pertinentes ao atendimento);
- b) Instituir a obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente (em casos de documentos gerados em meio físico), bem como assinatura e carimbo e/ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe. Considerar todos esses quesitos, caso seja utilizado o PEP;
- c) Instituir a obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica, consignando data e hora;
- d) Criar e aprovar normas que regulamentem o fluxo de prontuários da Unidade;
- e) Garantir a coerência no registro do tipo de alta que o paciente recebeu;
- f) Recomendar a inclusão e exclusão de formulários físicos e eletrônicos, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários, visando a qualidade dos mesmos;
- g) Assessorar a Direção Técnica da Instituição em assuntos de sua competência;
- h) Manter interação com as Comissões de Ética Médica, Multiprofissional, Segurança do Paciente e Verificação de Óbito da Unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas, sempre que necessário;
- i) Definir, anualmente, metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade por meio da educação permanente;
- j) Emitir relatório anual das atividades realizadas pela Comissão;
- k) Propor relatórios estatísticos que deverão ser gerados pelo SAME do HEI;
- l) Discutir, com a Diretoria e o SAME, a forma de obter os dados e sugerir os cálculos estatísticos a serem utilizados.

Art. 9º - Ao Presidente incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CDME e, especificamente:

- a) Representar a Comissão junto à Diretoria Geral da Instituição e nas relações externas, ou indicar seu representante;
- b) Subscrever todos os documentos da Comissão previamente aprovados pelos membros desta;

- c) Presidir as reuniões;
- d) Promover a convocação das reuniões;
- e) Fazer cumprir o Regimento;
- f) Suscitar pronunciamento da CDME quanto a questões relativas à documentação e informação médica e de dados estatísticos;
- g) Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
- h) Indicar membros para a realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;
- i) Repassar todos os documentos, informativos, fluxogramas, estruturação, regimento para a Diretoria;
- j) Elaborar relatório anual das atividades da Comissão.

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

Art 10º - Compete ao Vice-Presidente assumir as atividades do Presidente na sua ausência.

Art 11º - Ao Secretário da CDME incumbe:

- a) Assistir às reuniões;
- b) Preparar e encaminhar o expediente;
- c) Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da Comissão;
- d) Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- e) Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;
- f) Organizar o cronograma das reuniões;
- g) Receber e protocolar os processos e expedientes;
- h) Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente;
- i) Organizar e manter o arquivo da Comissão;
- j) Realizar outras funções determinadas pelo Presidente, relacionadas ao serviço desta secretaria;
- k) Compilar, planilhar dados para indicadores de qualidade da Comissão;
- l) Alimentar indicadores de qualidade da Comissão;
- m) Criar e executar planos de ação de melhorias, em conjunto com os demais membros da Comissão;
- n) Receber, analisar e tratar ocorrências e Oportunidades de Melhorias – OPM referentes a esta Comissão, em conjunto com os demais membros da Comissão.

Art. 12º - Aos Membros da CDME incumbe:

- a) Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- b) Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
- c) Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- d) Desempenhar atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- e) Apresentar proposições sobre as questões pertinentes à Comissão;
- f) Ao membro eleito de forma interina, substituir o Presidente quando das suas ausências e impedimentos.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 13º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CDME, em conjunto com o Diretor Geral da Instituição.

Art. 14º - O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua aprovação por esta Comissão, podendo ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto ou por votação de sua maioria absoluta.

Jataí, de de 2024.

(Diretor Geral)

(Diretor Técnico)

(Presidente da CDME)

3.1.19. COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes tem como finalidade a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, identificando os riscos do processo do trabalho, buscando soluções que possam prevenir a ocorrência de danos à saúde do trabalhador, regulamentada pela NR nº 5.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 2º - A CIPA será composta por representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da NR nº 5, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos para setores econômicos específicos.

Art. 3º - De acordo com o perfil da Unidade e dimensionamento da NR nº 5, deverá ser composta por 04 membros efetivos e 03 suplentes.

Art. 4º - Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes serão por eles designados. Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, no qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

Parágrafo Único - O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

Art. 5º - O empregador designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

Art. 6º - Os membros da CIPA, eleitos e designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Art. 7º - Será indicado, de comum acordo com os membros da CIPA, um secretário e seu substituto, entre os componentes ou não da comissão, sendo neste caso necessária a concordância do empregador.

Parágrafo Único - Empossados os membros da CIPA, a empresa deverá protocolar, em até dez dias, na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho, cópias das atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias.

Art. 8º - Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

Art. 9º - Cabe aos empregados participar da eleição de seus representantes, colaborar com a gestão da CIPA, indicar à CIPA, ao SMO e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho, observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

CAPÍTULO III DAS COMPETÊNCIAS

Art. 10º - A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes tem a competência de:

- a) identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SMO- Serviço de Medicina Ocupacional;
- 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 SMO, 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 SMO, ou ao empregador, a paralisação de equipamento 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;
- j) divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- k) participar, em conjunto com o SMO, ou com o empregador da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
- l) requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- m) requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;
- n) promover, anualmente, em conjunto com o SMO a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;
- o) participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

Art. 11º - Compete ao Presidente da CIPA:

- a) convocar os membros para as reuniões da CIPA;
- b) coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e ao SMO as decisões da comissão;
- c) manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA;
- d) coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;
- e) delegar atribuições ao Vice-Presidente.

Art. 12º - Compete ao Vice-Presidente:

- a) executar atribuições que lhe forem delegadas;
- b) substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Art. 13º - O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

- a) cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;
- b) coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
- c) delegar atribuições aos membros da CIPA;
- d) promover o relacionamento da CIPA com o SMO;
- 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.

Art. 14º - Ao Secretário da CIPA compete:

- a) acompanhar as reuniões da CIPA, e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;
- b) preparar as correspondências e executar outras atribuições que lhe forem conferidas.

CAPÍTULO IV DO FUNCIONAMENTO

Art. 15º - A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido, realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado, podendo reunir-se extraordinariamente sempre que necessário.

Art. 16º - As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros. As atas ficarão no estabelecimento à disposição dos Agentes da Inspeção do Trabalho - AIT.

Art. 17º - O Cronograma de atividade anual da Comissão prevê:

- a) Realizar a eleição na CIPA conforme dimensionamento determinado em legislação apropriada (no primeiro mês de vigência do contrato);
- b) Empossar e treinar todos os membros da CIPA;
- c) Realizar reuniões mensais da Comissão sempre às primeiras quintas-feiras de cada mês com registro em atas;
- d) Realizar anualmente a SIPAT- Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho da Unidade (setembro);
- e) Identificar e mapear as áreas de risco da Unidade junto com o serviço de Segurança e Medicina do Trabalho (primeiro trimestre do contrato);
- f) Elaborar o Plano Anual de Trabalho da Comissão para o ano seguinte (dezembro);
- g) Elaborar relatórios trimestrais para Diretoria Geral (dezembro, março, junho e setembro).

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18º - Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá à convocação do suplente pelo tempo que perdurar o afastamento.

Art. 19º - Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Art. 20º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Geral, nos limites de suas atribuições.

Art. 21º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelas Diretorias Geral e Técnica do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ.

Jataí, de _____ de 2024.

(Diretor Geral)

(Diretor Técnico)

(Presidente da CIPA)

3.1.20. COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE – CGRSS

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - A CGRSS, órgão vinculado à Diretoria Geral do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ, tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, de acordo com as normas vigentes (Lei 12.305/10, RDC 306/04, CONAMA 358/05).

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 2º - Compete à CGRSS:

- a) Elaborar o Plano de Ação para implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde e encaminhar para aprovação do Diretor Geral da Unidade e SES/GO;
- b) Acompanhar e fazer cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
- c) Estabelecer programas de metas e atividades para o Gerenciamento dos Resíduos, definindo prazo para seu cumprimento;
- d) Desenvolver juntamente com a Diretoria da Unidade a efetividade do programa e divulgar seus resultados regularmente;
- e) Avaliar, periódica e sistematicamente, o plano de ação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- f) Colaborar com os setores de treinamento, com vista a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos;
- g) Atualizar anualmente o PGRSS da Instituição;
- h) Auxiliar na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;
- i) Auxiliar na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;
- j) Auxiliar os diversos setores da Unidade em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos;
- k) Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços e Saúde – PGRSS;
- l) Cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes;
- m) Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) e demais normas da Unidade.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º. A CGRSS será formada por servidores voluntários e terá a seguinte composição:

- a) Um representante da Diretoria Geral;
- b) Um representante da Diretoria Técnica;
- c) Um representante da Coordenação de Enfermagem;
- d) Um representante do Serviço de Higienização;
- e) Um representante da CCIRAS.

§ 1º - Os representantes indicados serão nomeados pela Diretoria Geral da Unidade.

§ 2º - O Presidente, Vice-Presidente e Secretário da Comissão serão eleitos por maioria simples de votos por todos os membros da Comissão e terão mandato de (02) dois anos, permitida recondução, pelo mesmo período, salvo legislação superior em contrário.

§ 3º - A comissão terá autonomia para a indicação do novo integrante, caso haja desistência de qualquer membro.

CAPÍTULO IV **DA ESTRUTURAÇÃO**

Art. 4º. Compreendem a estrutura da CGRSS:

- a) Presidente;
- b) Vice-Presidente;
- c) Secretário;
- d) Integrantes.

Art. 5º. Compete ao Presidente da CGRSS:

- a) Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias, coordenando os trabalhos;
- b) Tomar votos e votar;
- c) Emitir votos de qualidade, nos casos de empate;
- d) Indicar integrantes para funções ou tarefas específicas;
- e) Representar a CGRSS ou indicar representantes;
- f) Supervisionar e assinar relatórios, convites, atas, e outros documentos;
- g) Manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos;
- h) Cumprir e fazer cumprir este Regimento;
- i) Indicar um ou mais Integrantes para elaboração de relatórios.

Art. 6º - Compete ao Vice-Presidente da CGRSS: na ausência do Presidente, exercer as funções indicadas no art. 5º deste Regimento.

Art. 7º - Compete ao Secretário:

- a) Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;
- b) Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais integrantes;
- c) Expedir ato de convocação, conforme indicação do Coordenador;
- d) Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão;
- e) Proceder ao registro de dados e informações autorizados para fins de divulgações;
- f) Auxiliar o Coordenador durante as sessões plenárias e prestar esclarecimentos que forem solicitados durante debates;
- g) Encaminhar expediente aos interessados dando ciência dos despachos e decisões proferidas nos respectivos processos;
- h) Elaborar os atos decorrentes das deliberações da Comissão.

Parágrafo Único - A Coordenação da CGRSS será exercida por um dos integrantes da Comissão eleito por esta e nomeado pelo Diretor Geral da Unidade.

Art. 8º - Compete aos Integrantes da CGRSS:

- a) Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;
- b) Analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais integrantes da Comissão, para discussão e deliberação, no prazo máximo de 15 dias;
- c) Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas ser entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 12 (doze) horas da reunião;
- d) Requisitar à Secretaria, à Coordenação da Comissão de Resíduos e aos demais integrantes informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;
- e) Justificar ausência com antecedência;

- f) Elaborar relatório de atividades da Comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados;
- g) Propor à Coordenação medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos;
- h) Auxiliar na implementação do PGRSS.

CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO

Art. 9º - A CGRSS reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo Coordenador ou por requerimento da maioria de seus Integrantes.

§ 1º - Salvo nos casos de alteração deste Regimento, nos quais serão necessários 2/3 de votos favoráveis do total de seus integrantes, as demais deliberações serão tomadas por voto favorável da maioria simples dos integrantes presentes.

§ 2º - O comparecimento dos integrantes as reuniões da CGRSS é obrigatório e prefere as demais atividades, salvo as atividades assistenciais e da Direção da Unidade.

Art. 10º - As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias da CGRSS serão feitas com a antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, por telefone ou via e-mail ou pessoalmente.

§ 1º - A antecedência de 48 (quarenta e oito) horas poderá ser abreviada para até 24 (vinte e quatro) horas em caso de motivos excepcionais, justificados no documento de convocação e apreciados no início da reunião convocada.

§ 2º - O termo de convocação das reuniões deverá ser obrigatoriamente acompanhado da pauta da reunião e dos documentos ou informações vinculadas à sua apreciação.

Art. 11º - A CGRSS reunir-se-á com a presença da maioria de seus Integrantes, deliberando pelo voto da maioria dos presentes à reunião, resguardada a verificação do "quorum" mínimo (50%+1), salvo nos casos especiais previstos neste Regimento.

§ 1º - As reuniões extraordinárias realizar-se-ão independentemente de "quorum" em segunda chamada, a ser feita após 15 (quinze) minutos do horário previsto para seu início.

Art. 12º - O Cronograma de atividade anual da Comissão prevê:

- a) Realizar a eleição do Coordenador e demais cargos da CGRSS conforme dimensionamento determinado em legislação apropriada (no primeiro mês de vigência do contrato);
- b) Empossar e treinar todos os membros da CGRSS;
- c) Elaborar o PGRSS (1º mês de contrato);
- d) Atuar em cooperação com os Serviços responsáveis pela implantação do PGRSS (continuamente);
- e) Supervisionar a implementação do PGRSS da Unidade (mensalmente);
- f) Capacitar profissionais envolvidos nas atividades de GRSS (continuamente);
- g) Realizar reuniões mensais da Comissão sempre às primeiras terças-feiras de cada mês para avaliação do GRSS, com registro em atas;
- h) Elaborar o Plano Anual de Trabalho da Comissão para o ano seguinte (dezembro);
- i) Elaborar relatórios trimestrais para Diretoria Geral (dezembro, março, junho e setembro).

CAPÍTULO VI
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 13º - Os casos omissos serão resolvidos pelo Coordenador da CGRSS e posteriormente encaminhados à Diretoria da Unidade.

Art. 14º - O presente Regimento somente poderá ser modificado por proposta da Coordenação ou de, no mínimo, 1/5 (um quinto) dos integrantes da CGRSS, devendo a modificação ser aprovada em reunião ordinária por, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos votantes, e encaminhada para aprovação da Diretoria Geral da Unidade.

Art. 15º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelas Diretorias Geral e Técnica do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ.

Jataí, de de 2024.

(Diretor Geral)

(Diretor Técnico)

(Presidente da CGRSS)

3.1.21. NÚCLEO DE QUALIDADE SEGURANÇA DO PACIENTE – NQSP

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art.1º - O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP, órgão colegiado, deverá ser instituído pela Gestão da Unidade, assim como ter seus membros também por ela nomeados. Terá a função de assessoramento à Diretoria Geral no que concerne aos valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art.2º - O NQSP será constituído por uma equipe multiprofissional, comprovadamente capacitada em conceitos de melhoria da qualidade e segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde. Será composto por membros da organização que conheçam bem os processos de trabalho e que tenham perfil de liderança. O Núcleo contará, preferencialmente, com representantes que tenham experiência nas áreas de controle de infecção, gerência de risco, epidemiologia, qualidade, microbiologia, farmácia hospitalar, farmácia e engenharia clínicas, segurança do paciente entre outras.

CAPÍTULO III

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art.3º - O NQSP deverá desenvolver atividades educativas e de supervisão, de forma contínua junto aos diversos serviços e se reunirá, no mínimo, mensalmente. Deverá também, possuir Regimento Interno próprio.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art.4º - Terá como principais competências:

- promoção de ações para a gestão do risco no serviço de saúde; desenvolvimento de ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- estabelecimento de mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados, incluindo aqueles envolvidos na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos e propor ações preventivas e corretivas;
- elaboração, implantação, divulgação e atualização do PSP;
- acompanhamento das ações vinculadas ao PSP;
- implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- desenvolver e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- divulgar para a direção e 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;

- notificar a autoridade sanitária sobre os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- manter sob sua guarda e disponibilizar para a autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

CAPÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.5º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Geral, nos limites de suas atribuições.

Art. 6º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelas Diretorias Geral e Técnica do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ.

Jataí, de de 2024.

(Diretor Geral)

(Diretor Técnico)

3.1.22. NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO – NIR

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - O Núcleo Interno de Regulação – NIR constitui-se em unidade técnico/administrativa subordinada à Diretoria Geral da Unidade que tem a finalidade de gerenciar todas as vagas ofertadas de acordo com o perfil da Unidade, monitorar os fluxos dos pacientes desde o atendimento da solicitação ambulatorial e internação, movimentação interna e externa até a saída hospitalar e propiciar a interface com as centrais de regulação. A sua atuação consistirá na oferta de vagas de consultas ambulatoriais, terapias especializadas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, agendas cirúrgicas e leitos de internação, de forma a atender a demanda regulada, em conformidade com o perfil assistencial do HEJ.

190

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art.2º - O NIR contará com equipe multiprofissional composta por:

- Coordenador;
- Médico Regulador;
- Enfermeiro Horizontal;
- Enfermeiros Plantonistas;
- Assistentes Administrativos.

CAPÍTULO III

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art.3º - Funcionará 24hs em todos os dias do ano, em espaço físico destinado exclusivamente ao NIR e que disponha de linha telefônica e acesso à internet compatível com as necessidades dos sistemas de regulação. Trabalharão em horário administrativo e deverão organizar o mapa de serviços e vagas disponíveis a cada dia, disponibilizando-as à Regulação Estadual.

Art.4º - O NIR será responsável pelo acompanhamento das regulações efetivadas e aquelas não efetivadas, pelos, pelos levantamentos estatísticos, pela elaboração de relatórios mensais e pelo encaminhamento destes à Diretoria da Unidade.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art.5º - O NIR terá a competência de:

- Promover a comunicação efetiva entre a Unidade e a regulação de acesso (Complexos Reguladores e Centrais de Regulação);
- Regular e gerenciar de forma contínua as diferentes ofertas hospitalares: consultas ambulatoriais, terapias especializadas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, agendas cirúrgicas e leitos de internação;
- Monitorar o fluxo dos pacientes, desde o atendimento da solicitação da vaga pela Regulação Estadual para demanda regulada, perpassando sua chegada à Instituição até a sua saída hospitalar, envolvendo todo o processo de internação e sua movimentação interna e externa;

- Elaborar protocolos do fluxo de regulação de acesso, de acordo com as legislações vigentes e critérios do Ministério da Saúde e participar da implantação e/ou revisão dos protocolos/diretrizes assistenciais e/ou administrativos na Unidade;
- Otimizar a ocupação dos leitos hospitalares, salas cirúrgicas e ambulatorios, mantendo a taxa de ocupação em limites adequados;
- Desenvolver estratégias para redução do tempo de espera para cirurgias e otimizar o planejamento das agendas cirúrgicas;
- Realizar o monitoramento dos indicadores: taxa de ocupação operacional, tempo médio de permanência em leito de internação, índice de intervalo de substituição de leito, tempo médio de espera por atendimento ambulatorial a fim de subsidiar a gestão do acesso na Unidade;
- Subsidiar discussões que permitam o planejamento da ampliação e/ou readequação do perfil assistencial ofertado;
- Monitorar os dados com a finalidade de diminuir o número de procedimentos eletivos cancelados/suspensos ou adiados por razões técnicas e/ou administrativas;
- Subsidiar a direção da Unidade com informações relacionadas às conformidades e não conformidades da gestão de acesso para a tomada de decisão estratégica;
- Qualificar os fluxos de acesso aos serviços e processos de trabalho internos e promover a permanente articulação das equipes multiprofissionais, a fim de garantir a integralidade do cuidado.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 6º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Geral, nos limites de suas atribuições.

Art. 7º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelas Diretorias Geral e Técnica do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ.

Jataí, de _____ de 2024.

(Diretor Geral)

(Diretor Técnico)

3.1.23. NÚCLEO VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA – NVE

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - O NVE estará diretamente subordinado à Diretoria Geral do HEJ e vinculado, tecnicamente, à VEH/SES-GO. Suas ações terão a finalidade detectar, de modo oportuno, as doenças transmissíveis e os agravos de importância nacional ou internacional, bem como a alteração do padrão epidemiológico em regiões estratégicas do país, desenvolvida em estabelecimentos de saúde hospitalares, que atuarão como unidades sentinelas para a Rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar Nacional - REVEH.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO E ATRIBUIÇÕES

Art.2º - O NVEH será constituído pelos seguintes profissionais:

- Médico
- Enfermeiro;
- Técnico de Enfermagem;
- Agente Administrativo.

Art.3º - São atribuições do Médico:

- Investigar eventos adversos identificados;
- Realizar a notificação imediata aos órgãos competentes dos casos de doenças que necessitam de ações de controle e investigação, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela autoridade sanitária do município e estado.

Art.4º - São atribuições do Enfermeiro:

- Coordenar os trabalhos do NVE;
- Representar a instituição, sempre que necessário, no que se refere à vigilância epidemiológica das doenças, eventos e agravos, perante outras entidades;
- Supervisionar e/ ou realizar a investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos, em colaboração com as equipes das unidades envolvidas, por meio do método de busca ativa para pacientes internados e ambulatoriais;
- Supervisionar e revisar os casos levantados durante a vigilância epidemiológica;
- Proceder à investigação epidemiológica dos surtos ou suspeitas de surtos de DNC, em colaboração com as equipes das unidades envolvidas;
- Notificar a SVS/MS as DNC detectadas no âmbito hospitalar, de acordo com os instrumentos e fluxos de notificações definidos;
- Fornecer a taxa mensal de DNC das unidades sob vigilância;
- Assessorar a Direção do HEJ sobre as questões relativas ao NVE;
- Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa dos agravos em serviços de saúde;
- Manter-se atualizado na área de vigilância epidemiológica;
- Divulgar, diariamente, os resultados de exames em andamento a respeito de pacientes internados e ambulatoriais sob vigilância epidemiológica;
- Realizar capacitação sobre vigilância epidemiológica para colaboradores;
- Elaborar normas para vigilância epidemiológica;
- Elaborar, em conjunto com as equipes envolvidas, protocolos para vigilância epidemiológica das doenças, eventos e agravos;
- Cumprir e fazer cumprir as decisões do NVE;
- Cumprir e fazer as determinações das normas vigentes;
- Aprovar e fazer respeitar o Regimento Interno do NVE.

Art. 5º - São atribuições do Técnico de Enfermagem:

- Proceder à investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos, em colaboração com as equipes das unidades envolvidas, por meio do método de busca ativa para pacientes internados e ambulatoriais;
- Revisar os casos levantados durante a vigilância epidemiológica;
- Proceder à investigação epidemiológica dos surtos ou suspeitas de surtos de DNC, em colaboração com as equipes das unidades envolvidas;
- Notificar a SVS/MS as DNC detectadas no âmbito hospitalar, de acordo com os instrumentos e fluxos de notificações definidos;
- Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa dos agravos em serviços de saúde;
- Divulgar, diariamente, os resultados de exames em andamento a respeito de pacientes internados e ambulatoriais sob vigilância epidemiológica;
- Elaborar, em conjunto com as equipes envolvidas, protocolos para vigilância epidemiológica das doenças, eventos e agravos;
- Manter-se atualizado na área de vigilância epidemiológica;
- Cumprir e fazer cumprir as decisões do NVE;
- Cumprir e fazer as determinações das normas vigentes.

Art. 6º - São atribuições do Agente Administrativo:

- Manter atualizado os indicadores aplicados ao serviço;
- Realizar, diariamente e conforme demanda, o registro das fichas de notificação compulsória no SINAN;
- Preparar relatório de envio das fichas de notificação compulsória para os órgãos de saúde;
- Realizar ata de reunião em documento eletrônico, sempre que necessário;
- Participar das atividades diárias do NVE.

CAPÍTULO III

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 7º - O NVE deverá desenvolver atividades de busca ativa e notificação de EAS de maneira contínua junto aos diversos serviços e se reunirá, mensalmente, para avaliação e planejamento de intervenções e ações a serem desenvolvidas. Possuirá Regimento Interno próprio e trabalho em estreita interação com a CCIRAS.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8º - São competências do NVE:

- Elaborar, implementar e manter o sistema de busca ativa para detecção de doenças de notificação compulsória (DNC), atendidas na Unidade;
- Fazer vigilância epidemiológica das DNC, DANTS (Doenças e Agravos Não Transmissíveis) e agravos inusitados;
- Realizar as atividades de investigação de casos, surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito hospitalar;
- Consolidar, analisar e divulgar as informações referentes às DNC no ambiente hospitalar, subsidiando o planejamento e a avaliação das ações para os gestores;
- Promover um trabalho integrado com o laboratório da Unidade e com outros laboratórios de referência, bem como serviços de anatomia patológica, estabelecendo fluxo interno de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC e eventos de importância em saúde pública;

- Desenvolver processo de trabalho integrado com os setores estratégicos do Hospital, tais como Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, Serviço de Arquivo de Prontuário, Comissão de Revisão de Prontuário, Comissão de Verificação de óbitos, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, para fins de implementação das atividades de vigilância epidemiológica;
- Elaborar normas e rotinas técnicas e operacionais, visando a detecção, prevenção e controle dessas doenças e agravos;
- Capacitar os colaboradores, no que diz respeito a vigilância epidemiológica;
- Realizar notificação e investigação de agravos inusitados à saúde e de surtos e suspeita de problema de saúde de notificação compulsória;
- Desenvolver trabalho integrado com a Vigilância Epidemiológica Hospitalar da SES/GO e do município.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.6º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Geral, nos limites de suas atribuições.

Art. 7º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelas Diretorias Geral e Técnica do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ.

Jataí, de de 2024.

(Diretor Geral)

(Diretor Técnico)

3.1.24. COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - COREME

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - A Comissão de Residência Médica – COREME é uma instância auxiliar da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM e da Comissão Estadual de Residência Médica-CEREM, estabelecida em instituição de saúde que oferece programa de residência médica para planejar, coordenar, supervisionar e avaliar os Programas de Residência Médica da Instituição e os processos seletivos relacionados, nos termos do Decreto nº 7.562/11.

Art. 2º - Os Programas de Residência Médica serão coordenados por uma COREME que constitui-se em órgão competente para manter os entendimentos com a Comissão Nacional de Residência Médica-CNRM, através de suas Secretarias Executivas - Resolução CNRM nº. 15/82.

Art. 3º - Está regulamentada pela Resolução nº 16/22 e é definida como uma instância auxiliar da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e da Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM), estabelecida na instituição de saúde proponente do(s) Programa(s) de Residência Médica (PRM), regularmente credenciados no Ministério da Educação através da CNRM.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 4º - A COREME será composta por:

- I. Um Coordenador Geral, que será o Presidente e seu respectivo Vice - Coordenador Geral;
- II. Um Supervisor dos Programas de Residência Médica e seu respectivo Vice Supervisor;
- III. Um representante geral dos Médicos Residentes, eleito entre os demais representantes do Programa de Residência Médica e seu respectivo suplente;
- IV. Um Representante da Direção da Unidade e seu respectivo suplente indicados pelo Diretor Geral/Técnico.

Art. 5º - 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.

Art. 6º - O Coordenador da COREME deverá ser médico integrante do corpo funcional da Unidade ou Preceptor, com experiência na supervisão de Médicos Residentes e domínio da legislação sobre Residência Médica de acordo com a Resolução nº 02 do CNRM de 03/07/2013.

Parágrafo Único: O Coordenador da COREME será eleito pelo conjunto de Supervisores de Programas de Residência Médica da instituição de saúde, podendo ser um dos Supervisores ou vice Supervisor ou Preceptor, em atividade, de um dos Programas.

Art. 7º - A presidência da Comissão será exercida pelo Coordenador, na ausência deste, pelo Vice Coordenador.



Art. 8º - Compete ao Coordenador da COREME:

- I. Coordenar as atividades da COREME;
- II. Convocar e presidir as reuniões;
- III. Encaminhar à instituição de saúde as decisões da COREME;
- IV. Coordenar o processo seletivo dos programas de residência médica da instituição;
- V. Representar a COREME junto à CEREM;
- VI. Encaminhar trimestralmente a CEREM informações atualizadas sobre os programas de residência médica da instituição;
- VII. Divulgar, coordenar e organizar as reuniões;
- VIII. Exercer voto de qualidade quando houver empate nas votações;
- IX. Estar sempre atualizado com as Normas e Resoluções dos Órgãos Superiores;
- X. Participar, ou fazer-se representar, nas reuniões convocadas pelos Conselhos Nacionais;
- XI. Participar, ou fazer-se representar, nas reuniões convocadas pela SES/GO;
- XII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento dos Programas de Residência.

Art. 9º - Compete ao Vice Coordenador da Comissão:

- I. Representar o Coordenador em sua ausência e impedimento;
- II. Realizar as atividades determinadas pela Comissão.

Art. 10º - A eleição de Coordenador e Vice- Coordenador da COREME obedecerá aos seguintes requisitos de acordo com a resolução nº 2/13 da CNRM:

- I. A COREME, trinta dias antes do término do mandato, fixará reunião específica de eleição;
- II. As candidaturas deverão ser registradas na secretaria da COREME, até 7 dias antes da eleição;
- III. A eleição será realizada em reunião da COREME, convocada extraordinariamente para o pleito, e será presidida pelo Coordenador;
- IV. Caso o Coordenador seja candidato a eleição, um membro (Supervisor de Programa) não candidato, será escolhido para presidir a reunião;
- V. A votação será realizada em primeira chamada com maioria absoluta, e em segunda chamada com qualquer número de membros votantes;
- VI. Em caso de empate, o presidente da reunião terá voto de qualidade.

§ 1º O Médico Residente é inelegível aos cargos de Coordenador e Vice-Coordenador da COREME.

§ 2º Os mandatos de Coordenador e Vice Coordenador têm duração de dois anos, sendo permitida uma recondução ao cargo.

§ 3º O Vice Coordenador da COREME tem que ser médico especialista integrante do corpo funcional da Unidade, com experiência em programas de residência médica e ter domínio pleno das legislações de residência médica.

Art. 11º - A eleição/escolha/indicação de Supervisor/Coordenador de área e do Programa de Residência Médica da Unidade, obedecerá aos seguintes requisitos:

- Será indicado 1 (um) Supervisor de cada área e seu Vice, dentre os Preceptores da Unidade para cada Programa de Residência Médica desta instituição;
- O Supervisor e seu Vice, serão indicados pelos seus pares dentro do Programa de Residência Médica, para mandato de dois anos sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

Art. 12º - A eleição do representante geral dos Médicos Residentes, do Programa de Residência Médica, obedecerá aos seguintes requisitos:

I. Anualmente em abril, a COREME, estipulará prazo, para que se indique dentro do Programa de Residência Médica, um representante e seu vice para mandato de 1 (um) ano, podendo ser prorrogado por mais 1 (um) ano;

II. Os interessados em ser representante geral dos Residentes, devem colher ao tempo indicado pela COREME, as assinaturas de seus pares em "formulário de indicação";

III. É vedado a cada Residente indicar mais de uma composição de representante e vice, ou seja, assinar em mais de um "formulário de indicação";

IV. No caso de única composição de representante para ser eleita deverá ser indicada por maioria simples do grupo da respectiva área, ou seja, 50% mais 01 (um), deve assinar concordando;

V. No caso de duas ou mais composições de representante, será eleita/indicada a que obtiver maior número de assinaturas de seus pares.

Parágrafo único. O representante dos Médicos Residentes deverá estar regularmente matriculado em Programa de Residência Médica da Unidade.

Art. 13º - O representante da instituição de saúde e seu suplente serão indicados pela Direção da Unidade, para mandato de dois anos sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

CAPÍTULO III DAS COMPETÊNCIAS

Art. 14º - Compete à COREME:

I. Planejar a criação de novos Programas de Residência Médica na instituição, manifestando-se sobre a conveniência em fazê-lo, o seu conteúdo programático e o número de vagas a serem oferecidas;

II. Coordenar e supervisionar a execução de processo seletivo para os programas de residência médica da instituição, de acordo com as normas em vigor;

III. Avaliar periodicamente os Programas de Residência Médica da instituição de saúde;

IV. Elaborar e revisar o seu regimento interno e/ou regulamento;

V. Participar das atividades e reuniões da CEREM, sempre que convocada;

VI. Tomar ciência e providências em relação às resoluções dos órgãos superiores;

VII. Zelar pela adequação do Residente à estrutura de funcionamento da Unidade e pelo bom relacionamento com sua administração, exercendo o papel mediador sempre que necessário;

VIII. Tomar providências cabíveis em relação a eventuais faltas disciplinares cometidas por Residentes, quando encaminhadas pelos Supervisores ou Preceptores;

IX. Acatar a escolha entre os pares dos Programas, conduzir a nomeação e substituição de Supervisores dos Programas de Residência Médica;

X. Propor normas para avaliação do desempenho dos Residentes baseadas em conceitos de Andragogia, com a garantia de devolutiva, permitindo o crescimento dos Residentes no transcurso do programa;

XI. Discutir e aprovar a lista de oferta de professores, a grade curricular e as ementas das disciplinas, obedecendo às regras emanadas da CNRM;

XXII. Manifestar-se sobre questões de matrícula, avaliação de desempenho e disciplinar; XIII. Promover integração técnica dos Programas de Residência;

XIV. Responder a todos os questionamentos da CNRM;

XVI. Divulgar, cumprir e fazer cumprir todas as normas emanadas deste Regimento, da CNRM, da Unidade e da SES/GO.



Parágrafo único. As instituições de saúde que oferecem programas de residência médica devem prover espaço físico, recursos humanos e materiais necessários ao adequado funcionamento da COREME.

CAPÍTULO IV DO FUNCIONAMENTO

Art. 15º - A Comissão de Residência Médica reger-se-á por este Regimento Interno após sua aprovação pela autoridade competente.

Art. 16º -. A COREME reunir-se-á, ordinariamente, com periodicidade mínima bimestral, ou extraordinariamente, a qualquer momento, com prévia divulgação da pauta da reunião e registro em ata.

Parágrafo único. Qualquer membro da Comissão poderá solicitar a realização de reunião extraordinária.

Art. 17º - Salvo nos casos de aprovação de proposta de alteração deste Regimento, nos quais serão necessários 2/3 de votos favoráveis do total de seus membros, as demais deliberações serão tomadas por voto favorável da maioria simples dos membros presentes.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 18º - Este Regimento Interno poderá ser alterado sempre que houver necessidade de adequações para aprimoramento do serviço, após aprovação da COREME e dos Conselhos Superiores competentes.

Art. 19º - Os casos omissos serão resolvidos pela COREME, e em caso de necessidade serão encaminhados a CEREM-GO e CNRM.

Art. 20º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelas Diretorias Geral e Técnica do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ.

Jataí, de de 2024.

(Diretor Geral)

(Diretor Técnico)

(Coordenador da COREME)

3.1.25. COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL – COREMU

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - A Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde constitui-se em ensino de pós-graduação lato sensu, destinada a profissionais da área de saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, de acordo com a Portaria Interministerial nº 506/2008.

§1º - A Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde será desenvolvida no modelo tripartite, com a participação de gestores locais, serviços e academia, em áreas justificadas pela realidade local, considerando o modelo de gestão, a realidade epidemiológica, a composição das equipes de trabalho, a capacidade técnico/assistencial, as necessidades locais e regionais e o compromisso com os eixos norteadores da Residência Multiprofissional em Saúde (Portaria Interministerial nº 45/2007);

§2º - A Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde poderá ser constituída pela articulação entre as seguintes profissões da área da saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Portaria Interministerial nº 45/2007).

Art. 2º - A Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde é credenciada pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS, e tem como objetivos o aperfeiçoamento progressivo do padrão profissional e científico dos residentes e a melhoria da assistência à saúde da comunidade nas áreas profissionalizantes.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 3º - A COREMU será constituída por:

- I. Coordenador e Vice Coordenador da Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde;
- II. Coordenador de cada Programa de Residência;
- III. Um Representante de cada Área Profissional que participam da Residência;
- IV. Um representante de Preceptores por Campus;
- V. Um representante dos Residentes por Campus;
- VI. Um representante do Gestor local do Sistema Único de Saúde;
- VIII. Um representante das Instituições Conveniadas.

§1º - O Coordenador e o Vice Coordenador da Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde serão eleitos pelo Colegiado da COREMU.

- a) Os representantes da alínea "II" serão eleitos pelo Colegiado Interno de seu respectivo programa e terão direito à voz e voto.
- b) Os representantes das alíneas "III", "IV", "V" e "VI" deverão ser eleitos por seus respectivos pares e terão direito à voz e voto.
- c) Os representantes das alíneas "VII" e "VIII" serão indicados pelos respectivos órgãos competentes e terão direito à voz e voto.

d) Os representantes das alíneas "II", "III", "IV", "V" e "VI" deverão ter um suplente, o qual terá direito à voz, ou seja, só haverá um voto por representação.

Art. 4º - O colegiado da COREMU elegerá o Coordenador e Vice Coordenador, encaminhando os respectivos nomes para homologação da Diretoria da Instituição.

Art. 5º - O Coordenador é o membro Executivo da COREMU.

§1º - Os cargos de Coordenador e Vice Coordenador deverão ser ocupados por Docentes do quadro funcional da Unidade. O mandato terá duração de 3 (três) anos, admitindo-se uma recondução consecutiva.

§2º - O Vice Coordenador substituirá o Coordenador em suas ausências e impedimentos.

§3º - Os Coordenadores de Programas e representantes dos Tutores e Preceptores terão mandato de 3 (três) anos, com uma recondução.

§4º - Os Representantes de Área profissional terão mandato de 3 (três) anos, com uma recondução.

§5º - Os residentes elegerão, anualmente, seu representante, encaminhando o nome por escrito à COREMU. Recomenda-se que o R2 seja eleito como representante titular e a suplência seja exercida pelo R1.

CAPÍTULO III DAS COMPETÊNCIAS

Art. 6º - Compete à COREMU o planejamento, coordenação, supervisão e avaliação da Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde, bem como deliberar sobre os programas de residência oferecidos anualmente, de acordo com a Portaria Interministerial nº 45//2007.

Art. 7º - É competência da COREMU:

- I. Fazer cumprir este Regimento;
- II. Zelar pela manutenção da qualidade dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde da Unidade;
- III. Avaliar periodicamente os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde, a fim de apreciar as alterações nos projetos pedagógicos dos Programas existentes;
- IV. Solicitar Credenciamento e Recredenciamento de Programas junto à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC);
- V. Supervisionar a implantação e execução dos novos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde da Unidade;
- VII. Empreender esforços junto às áreas competentes para a obtenção de recursos necessários à execução dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde;
- VIII. Aplicar junto aos residentes dos diferentes programas instrumento de avaliação semestral dos Programas em vigência.

CAPÍTULO IV DO FUNCIONAMENTO

Art. 8º - A COREMU reunir-se-á mensalmente de acordo com calendário aprovado na primeira reunião do ano letivo.

§1º - Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas em qualquer data, pelo Coordenador ou por solicitação de qualquer representante da COREMU, por meio de correio eletrônico, com anuência de pelo menos 51% de seus membros e com no mínimo 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.

§2º - A reunião iniciar-se-á em primeira chamada em horário pré-estabelecido, com a presença de 51% de seus membros ou após quinze minutos, em segunda chamada, com o quorum presente.

§3º - Poderão compor ainda a COREMU outras instituições participantes como campo de prática dos residentes do Programa, como membros convidados, com direito à voz.

Art. 9º - As decisões serão tomadas em reunião da COREMU por votação pelo sistema de maioria simples, com o quorum presente.

Parágrafo Único: Será redigida ata correspondente à reunião, a qual deverá ser aprovada na reunião subsequente e, posteriormente, disponibilizada na página da Residência Multiprofissional em Saúde no site da Unidade.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 10º - O presente Regimento somente poderá ser alterado mediante proposta aprovada por maioria absoluta dos membros da COREMU.

Art. 11º - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Diretoria da Unidade, ouvida a COREMU.

Art. 12º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelas Diretorias Geral e Técnica do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ.

Jataí, de _____ de 2024.

(Diretor Geral)

(Diretor Técnico)

(Coordenador da COREMU)

4. AÇÕES VOLTADAS PARA A QUALIDADE SUBJETIVA

4.1. DESENVOLVIMENTO DA UNIDADE

4.1.1. PROJETO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE INDIVIDUALIZADA PARA O HEJ

A filosofia do IGA para o desenvolvimento dos talentos estará centrada nos seguintes apontamentos: sucesso pelo esforço solidário, contínua capacitação de recursos humanos para a qualidade, liderança, humanização da assistência à saúde e planejamento estratégico das ações a serem desenvolvidas.

A gestão das pessoas será orientada pela estratégia da motivação dos talentos através da participação deles nas discussões e desenhos de planos de trabalho a serem aplicados, treinamentos, educação permanente e valorização profissional. Para tal, o serviço estará organizado para implantar e implementar o Núcleo de Educação Permanente que terá o objetivo de desenvolver programas de treinamento e capacitação contínua para todos os profissionais da Unidade visando melhorar os processos de trabalho e para tal serão estabelecidos critérios, procedimentos, responsabilidades e elaborado um planejamento com base na pedagogia da problematização. Das atribuições do Núcleo de Educação Permanente destacamos:

- Identificar demandas por capacitação e treinamento nas diversas áreas da Instituição;
- Planejar e elaborar programas e projetos de atualização para os diversos profissionais da Instituição, tanto do segmento assistencial quanto do segmento administrativo e de infraestrutura, com base na problematização;
- Estabelecer critérios para a realização de cursos de atualização e aperfeiçoamento externos, priorizando os temas e áreas conforme a demanda por atividades;
- Planejar, receber e encaminhar profissionais externos na realização de visitas técnicas e estágios nas dependências da Unidade;
- Incentivar e orientar os diversos profissionais da organização a participarem das atividades educativas, na qualidade de instrutor e/ou treinando;
- Elaborar e divulgar material institucional para as atividades de treinamento;
- Estimular a socialização dos conhecimentos adquiridos em eventos, congressos e cursos pelos profissionais liberados;
- Estabelecer, junto com as coordenações e diretorias, os objetivos, critérios e instrumentos de avaliação para as atividades de Educação Permanente;
- Acompanhar e avaliar o desenvolvimento das atividades de atualização, capacitação e treinamento;
- Organizar e realizar eventos científicos e específicos das diversas categorias de servidores existentes na Instituição;
- Integrar os colaboradores contratados, recentemente, através da apresentação da Unidade, sua história, filosofia de trabalho, organização física e administrativa;
- Promover treinamento a todos os colaboradores sobre os temas novos a serem incorporados pela Instituição.

O processo de Educação Permanente começa antes do início das atividades dos profissionais contratados, celetistas e/ou terceirizados, que participarão do treinamento introdutório dirigido e coordenado pelo Departamento de RH local, objetivando inteirar-se quanto a história da instituição, a cultura e identidade organizacional, características da Unidade, Código de Conduta Ética, bem como do funcionamento macro dos serviços componentes da Unidade.

Este treinamento também apresentará as cláusulas pertinentes do Contrato de Gestão, a legislação do SUS e as responsabilidades dos colaboradores e parceiros nesse contexto.

Para os treinamentos e aperfeiçoamento específicos exigidos a cada cargo, será feito o Levantamento das Necessidades de Treinamento, de acordo com os critérios desenhados pela Gestão do HEJ e com o apoio do Serviço de Recursos Humanos. As demais necessidades de treinamento/aperfeiçoamento serão originadas pelos responsáveis pelos serviços que poderão solicitá-los à equipe de Desenvolvimento Humano considerando-se:

- Desempenho do profissional em relação às suas funções;
- Previsão de implantação de novos processos;
- Complementação da formação para exercer uma função;
- Necessidade de implantação de melhorias.

As solicitações de treinamento/aperfeiçoamento serão analisadas pelo Serviço de RH que deverá estruturar a ação necessária para melhoria contínua da qualidade o serviço prestado pela Unidade.

Os Levantamentos das Necessidades de Treinamento poderão ser compostos, pelos treinamentos técnicos, comportamentais, gerenciais, sistemas operacionais e de obrigações legais, a saber:

Treinamentos Técnicos: visam desenvolver os conhecimentos e habilidades específicos para a realização das atividades com excelência. Consistem em etapas graduais de conhecimento, de acordo com o cargo e/ou setor de atuação.

Treinamentos Comportamentais (Desenvolvimento Humano): promovem o desenvolvimento de competências comportamentais, atitudes pessoais e profissionais, autoconhecimento e melhoria na capacidade de geração de soluções inovadoras.

Treinamentos Gerenciais: referem-se ao aperfeiçoamento de técnicas e práticas de gestão de equipes e de processos.

Treinamentos Operacionais (sistemas e macroprocessos): consiste na oferta de cursos básicos para realização das atividades, dos fluxos organizacionais específicos para as rotinas de trabalho na Unidade e para o manuseio das plataformas informatizadas.

Treinamentos de Obrigações Legais: são obrigatórios, exigidos por lei para o exercício de determinadas atividades.

As competências e atribuições para materialização dos treinamentos/aperfeiçoamentos são:

Do Serviço de Recursos Humanos:

- Efetuar, periodicamente, junto aos diversos serviços, o Levantamento de Necessidades de Treinamento;
- Assessorar as áreas competentes na elaboração dos conteúdos a serem trabalhados;
- Fomentar processos de educação continuada, a partir de informações coletadas em Avaliação de Desempenho, pesquisas e outras demandas observadas;
- Proceder aos registros competentes, tais como cadastro em sistema e registro de presenças, garantindo fácil resgate de informações, sempre que necessário;
- Avaliar a eficácia dos treinamentos através de Avaliações de Reação, Aprendizagem, Mudança de Comportamento e Resultados.

Dos Gestores de Serviços:

- Realizar ou designar profissional apto para prover o treinamento o novo colaborador na função definida;
- Apontar necessidades de treinamentos;
- Solicitar treinamentos, acionando as respectivas áreas envolvidas;
- Colaborar com a área de RH na análise dos resultados do treinamento.

Realização dos Treinamentos/Aperfeiçoamentos - podem ser:

Interno

Identificadas e validadas as necessidades de treinamento/aperfeiçoamento interno, o responsável pelo serviço e pelo RH, designará um ou mais instrutores capacitados e definirá as datas dos treinamentos, conforme demanda (eletiva ou emergente). O gestor da Unidade, juntamente com a área de RH, deverá providenciar a infraestrutura e os recursos necessários ao treinamento/aperfeiçoamento, tais como recursos audiovisuais, material de apoio, etc., quando programado para a forma presencial.

A área de gestão de pessoas deverá efetuar a convocação dos participantes e operacionalizar contingências, tais como compatibilidade à jornada laboral, pagamento de horas extras, etc. Além disso, será também função da área de Desenvolvimento Humano organizar a lista de presença nos treinamentos e realizar a avaliação de sua eficácia, dentre outras atividades que se fizerem necessárias para o sucesso do processo de educação permanente interno.

Externo - para eventos patrocinados pela gestão do HEJ, serão adotadas medidas cabíveis no que tange a operacionalização das demandas para pagamento e formalização. Nos casos em que o desembolso do treinamento for de responsabilidade do profissional e o período compreendido coincida com seu horário de trabalho, este deverá registrar o pedido de liberação em Comunicação Interna ao superior imediato, para autorização. Em seguida, o documento deverá ser encaminhado ao Serviço de RH para os registros competentes.

Para as duas modalidades descritas acima, deverá ser realizada a Avaliação de Eficácia do Treinamento/Aperfeiçoamento através da Avaliação de Reação ao fim do treinamento, somada à Avaliação de Aprendizado respondida pelos participantes e à de Mudança de Comportamento respondida pelo seu superior imediato, no período de 30 dias a contar da data de término do evento. Esta ação é procedida pelo RH por meio de sistema de Gestão de Pessoas, em conjunto com o responsável pelo respectivo setor ao qual o colaborador está vinculado. Caso seja verificada a ineficácia do treinamento, serão recomendadas providências no sentido de: reencaminhar o colaborador para novos treinamentos/aperfeiçoamentos; averiguar junto à entidade promotora do aperfeiçoamento eventuais falhas no processo e/ou reorientar e acompanhar o profissional, ratificando fatores intervenientes que possam estar influenciando negativamente em seu desempenho.

Os resultados do Programa de Educação Permanente serão avaliados pelo Serviço de RH, Gerências, Coordenações e Supervisões dos serviços, tanto do ponto de vista da satisfação dos colaboradores, quanto do impacto da qualificação na assistência, sendo utilizados os resultados para implementar melhorias contínuas. Trabalhará também, com instituições de ensino parceiras da SES/GO, para disponibilizar, organizar e acompanhar as atividades de estágios e pesquisa.

4.1.2. FLUXO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DE EQUIPAMENTOS PARA A UNIDADE DE SAÚDE

Finalidade

A Unidade de Manutenção tem a finalidade de prover a conservação e operação contínua da infraestrutura do Hospital, sendo a mesma representada pelas instalações elétricas, eletrônicas, mecânicas, hidráulica e predial. A disponibilização dos recursos existentes deve estar de acordo com as especificações técnicas para viabilizar a segurança, garantia e economia das atividades do Hospital.

Organização e Estrutura

A Unidade de Manutenção estará diretamente subordinada à Diretoria Administrativo/Financeira e contará com equipe de técnicos e auxiliares de manutenção nas 24 horas no período de pleno funcionamento do Hospital.

Atribuições Gerais

As atribuições da Unidade de Manutenção são as seguintes:

- Planejar e Coordenar todas as atividades das equipes de manutenção, garantindo a satisfação crescente das áreas requisitantes;
- Elaborar o Planejamento de Manutenção Preventiva para os equipamentos e demais recursos do Hospital;
- Elaborar em conjunto com a Unidade de Suprimentos, a relação de todas as peças e insumos necessários para garantir a reposição dos mesmos quando necessário, seja por manutenção corretiva ou preventiva;
- Manter atualizado o Prontuário do Equipamento, documento este, individual para cada equipamento cadastrado e existente nas dependências do Hospital;
- Elaborar a relação de manuais e especificações de todos os equipamentos existentes na Instituição;
- Manter arquivo de endereços e contatos com todos os fabricantes dos equipamentos e dos prestadores de serviços de manutenção para sanar possíveis ocorrências;
- Elaborar condutas de ordem técnica e administrativa para os reparos de equipamentos e instalações a serem realizados;
- Zelar pela operação contínua dos recursos existentes na Instituição;
- Prestar atendimento de emergência às demais unidades da Instituição, a fim de promover a continuidade das atividades;
- Manter um registro de ocorrências de quebras de equipamentos, analisando as estatísticas e índices de eficiência dos mesmos, objetivando, por meio dos indicadores, a real taxa de disponibilidade dos equipamentos para o Hospital;
- Manter um controle rígido sobre as ferramentas e dispositivos adequados para a correta atividade corretiva e preventiva da infraestrutura hospitalar;
- Fomentar o desenvolvimento dos envolvidos na manutenção para a capacitação contínua dos mesmos tendo em vista o elevado nível de tecnologia dos equipamentos e instrumentos hospitalares;
- Manter a planta da Instituição, aprovada tecnicamente pelos órgãos competentes;
- Cumprir os programas de manutenção, reparos, adaptações e/ou ampliações da estrutura do Hospital mediante orientação técnica e aprovação da planta pelos órgãos competentes;
- Avaliar e atestar os serviços executados por terceiros, seja por contratos de manutenção ou periódica, a fim de garantir a qualidade dos bens e proteger o Estado contra a depreciação da "coisa pública".

- Assessorar na análise técnica e de viabilidade econômica quando da escolha de empresas prestadoras de serviços de manutenção preventiva.

A Unidade de Manutenção deverá manter em constante funcionamento e em condições ideais de trabalho:

- Equipamentos de uso constante e de alta complexidade, sendo para estes, sugerido o desenvolvimento de potenciais empresas terceirizadas por se tratar de equipamentos de alto nível tecnológico;
- Instalações elétricas, hidráulicas, de refrigeração, gases e vapor e predial;
- Elevadores, bombas, equipamentos contra incêndio, sinalização interna e externa, serviços de comunicação e telefonia;
- Edifício e dependências do Hospital.

206

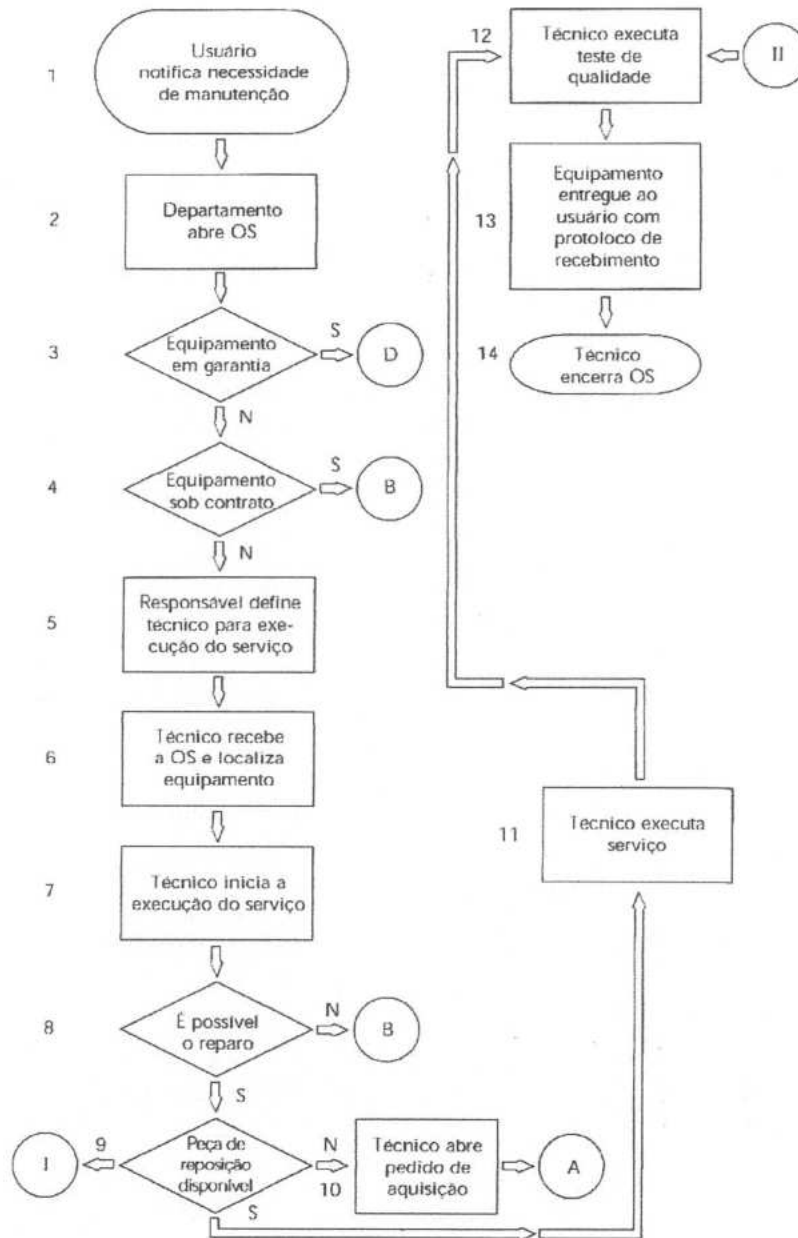
MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS

O método de gerenciamento para monitoração de um equipamento pertencente ao Hospital será desenvolvido e executado a partir da solicitação de aquisição do mesmo. Será implantado na Unidade, um sistema de gerenciamento dos equipamentos que contemplará:

- Os controles necessários, desde a solicitação do serviço para a manutenção até o retorno do equipamento à operação;
- Os controles periódicos em relação ao grupo de manutenção e à qualidade dos serviços por ele oferecida.

A partir destas premissas será elaborado o Plano Anual de Manutenção Corretiva/Preventiva do Hospital, conforme demonstrado no procedimento específico a seguir:

A ROTINA DA MANUTENÇÃO CORRETIVA QUE SERÁ ADOTADA NO HOSPITAL



Tipos de Manutenção

Manutenção Corretiva

- Qualquer que seja a forma da solicitação, a abertura de uma ordem de serviço (OS), deverá ser feita de imediato.
- Em princípio, a OS deverá ser encaminhada ao responsável pelo setor, que deverá verificar imediatamente se o equipamento está dentro do período de garantia de aquisição ou garantia de serviço (informação contida no Formulário para Histórico de Equipamento).

Se o equipamento estiver em garantia entrar em contato com o fabricante. Antes de enviar o equipamento a uma empresa ou representante técnico, é importante que o técnico tente identificar a causa da falha do equipamento, independentemente do defeito acusado na OS, pelo usuário. A identificação da causa será registrada tanto no Formulário para Histórico de Equipamentos quanto na Ficha para Controle de Serviços Externos.

- Para equipamentos sob contrato de manutenção (informação contida no Formulário para Histórico de Equipamento), é necessário que o responsável verifique o tipo de contrato efetuado para o equipamento em questão. Se for contrato de manutenção por período determinado, deverá então solicitar a presença do técnico ou enviar o equipamento para as oficinas da empresa prestadora de serviço.

- Antes do início de qualquer reparo, o técnico deverá seguir alguns procedimentos para evitar a abertura de um equipamento cuja falha pode ser simplesmente devida a erro de operação, queima de fusível ou qualquer outra causa de fácil solução.

- Quando o técnico não conseguir identificar ou reparar o defeito, é necessário o contato com o fabricante ou com a assistência técnica. Para isso, o técnico deverá devolver a OS ao responsável pelo setor, que localizará a assistência técnica à qual será solicitada a visita de um técnico ou para onde será enviado o equipamento para reparo, seguindo a rotina de controle de serviços de terceiros.

- A OS é encerrada e arquivada para posterior utilização no controle periódico desenvolvido pelo grupo de manutenção. Após o encerramento da rotina de manutenção corretiva ou preventiva de cada equipamento, tenha sido ela executada através de serviço interno ou externo, é importante que haja um documento que faça um resumo do serviço executado, das peças que foram substituídas e do custo de manutenção (interna ou externa). Esse resumo ou histórico do equipamento, funciona como instrumento de informação tanto para os técnicos da manutenção no início de cada serviço, como para que o responsável pelo setor possa gerenciar o andamento da manutenção de cada equipamento sob sua responsabilidade. Esse documento deve conter toda a história do equipamento de modo bastante resumido, desde sua chegada ao hospital até a desativação. Dele devem ser extraídas as seguintes informações:

- Número e tipo de falhas ocorridas no equipamento;
- Comparação das falhas que foram relatadas pelo grupo interno de manutenção e aquelas relatadas pelas empresas prestadoras de serviço;
- Tipo e número de peças que estão sendo substituídas no equipamento, tanto em serviços internos como externos;
- Custo por serviço (interno e externo) e custo acumulado;
- Datas de realização de cada serviço;
- No caso de serviços externos, a pessoa de contato para cada serviço executado na(s) empresa(s) de prestação de serviço.



FORMULÁRIO PARA HISTÓRICO DE EQUIPAMENTO *

Hospital: _____

Equipamento: _____ Modelo: _____

Código do equipamento: [][]-[][][][][][][][]

OS nº _____ Data: _/ _/ _

Conserto nº _____ Vencimento da garantia do serviço: _/ _/ _

Tipo de serviço: MP MC Local do serviço: Interno Externo

Forma do serviço: Garantia Contrato Demanda

Empresa: _____

Pessoa de contato: _____

Falha acusada usuário/grupo: _____

Falha relatada grupo/empresa: _____

Serviço executado: _____

Valor do serviço (R\$): _____

OS nº _____ Data: _/ _/ _

Conserto nº _____ Vencimento da garantia do serviço: _/ _/ _

Tipo de serviço: MP MC Local do serviço: Interno Externo

Forma do serviço: Garantia Contrato Demanda

Empresa: _____

Pessoa de contato: _____

Falha acusada usuário/grupo: _____

Falha relatada grupo/empresa: _____

Serviço executado: _____

Valor do serviço (R\$): _____

Manutenção Preventiva

A manutenção preventiva é de suma importância para ampliar a vida útil do equipamento com a consequente redução de custo e aumento da sua segurança e desempenho. Para tanto, o Hospital implantará um programa de manutenção preventiva, definindo inicialmente os equipamentos considerados críticos e que farão parte do plano de manutenção preventiva, conforme método a seguir:

- Identificação do equipamento: nome do equipamento, marca, modelo e idade (se possível);
- Local ou setor a que o equipamento pertence;
- Estado do equipamento: se em operação ou desativado;
- Grau de utilização do equipamento: sua importância para o hospital (receita cessante, serviços essenciais);

- Obsolescência tecnológica: se o equipamento satisfaz as atuais necessidades dos usuários.

Uma vez feito o levantamento inicial dos equipamentos, será feita a priorização através da utilização dos seguintes critérios:

- Risco: equipamentos que apresentam alto risco à vida do paciente ou operador em caso de falha;
- Importância Estratégica: equipamentos cuja manutenção preventiva foi solicitada pela própria administração do Hospital, equipamentos cuja paralisação ocasiona receita cessante, e equipamentos de reserve e/ou que possuem alto grau de utilização, ou seja, cuja paralisação impossibilita ou dificulta a realização de um ou mais serviços oferecidos pelo Hospital;
- Recomendação: equipamentos sujeitos a algum tipo de norma de fiscalização por parte de órgãos governamentais [Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde] para seu funcionamento; equipamentos sujeitos a recomendações dos seus fabricantes, ou seja, que possuem peças de vida útil predeterminada ou que devem sofrer procedimentos de rotina.

Para equipamentos de apoio e instalações de infraestrutura predial, apresentamos a seguir uma lista de materiais e locais que necessariamente deverão ser incluídos no nosso programa de manutenção preventiva.

Equipamentos de apoio:

- Máquina de lavar;
- Secadores;
- Prensa;
- Calandra;
- Caldeiras;
- Compressores;
- Conjunto de bombas de recalque;
- Equipamento de ar condicionado e refrigeração;
- Painéis elétricos que contenham contadores e relés;
- Grupo gerador (emergência);
- Disjuntores de alta tensão;
- Bombas de vácuo;
- Autoclaves;
- Transformadores.

Intervalos entre Manutenções Preventivas de Equipamentos Médicos

Adotaremos no Hospital os intervalos e critérios discriminados a seguir:

CATEGORIA DO EQUIPAMENTO**	INTERVALOS E CRITÉRIOS GERAIS
Equipamentos alimentados via rede elétrica	Intervalo anual: a MP abrangente deve incluir a verificação visual, testes de segurança elétrica e de desempenho. A MP específica anual deve incluir a verificação da segurança elétrica (requerida por algumas normas).
Equipamentos alimentados por bateria	Os mesmos procedimentos para a categoria de equipamentos alimentados via rede elétrica, com a inclusão de testes da capacidade ou tensão da bateria a cada MP abrangente ou específica. Algumas baterias necessitam de um ciclo de descarga/carga para melhorar o desempenho e aumentar a vida útil. Para minimizar as chamadas de emergência e possíveis desativações, deve-se considerar a possibilidade de trocar periodicamente as baterias, com base em sua vida média.
Equipamentos controlados ou alimentados por sistemas mecânicos, eletromecânicos, pneumáticos ou fluidos	Intervalo semestral ou trimestral. Os roteiros de MP devem incluir verificação visual, testes de segurança elétrica e de desempenho; limpeza, lubrificação. A execução de uma MP abrangente ou específica vai depender da classe do equipamento.
Equipamentos de ressuscitação ou de manutenção da vida	Intervalo trimestral ou semestral. Por causa da natureza crítica desses equipamentos e do mau uso a que estão sujeitos, eles requerem verificações mais frequentes. Esses equipamentos devem ser verificados pelo menos semestralmente.
Equipamentos localizados em áreas de cuidados especiais	Como na categoria anterior, esses equipamentos podem necessitar de verificações mais frequentes. Entretanto, a sua presença ou utilização dentro de uma área de cuidados especiais não significa que haja uma obrigatoriedade de aumentar a frequência de MP.
Equipamentos de monitoração crítica	Intervalo anual ou semestral. Enquanto as falhas desses equipamentos podem ter consequências adversas, a experiência indica que a maioria das falhas de seus componentes ocorrem aleatoriamente e a frequência de MP tem pouco ou nenhum efeito na sua ocorrência.
Equipamentos que apresentam altos riscos aos usuários	Intervalo quadrimestral ou semestral. Equipamentos com alto potencial de danos, tanto ao operador como ao paciente, requerem regularmente testes visuais e de desempenho para garantir a sua segurança.

* Esta tabela e os intervalos de MP relacionados são aplicáveis somente a equipamentos referentes a cuidados com os pacientes em um sistema de manutenção e controle de equipamentos. Esta tabela não cobre verificações diárias e testes antes da utilização que devem ser feitas em carrinhos de anestésias respiradores, desfibriladores, bisturis elétricos e outros equipamentos que têm um grande potencial de dano para os pacientes ou usuários.

**Nota-se que muitos equipamentos podem ser incluídos em mais de uma categoria. Ex: desfibriladores podem ser incluídos em mais de uma categoria, exceto a de equipamentos de monitoração crítica.



Avaliação da Frequência dos Procedimentos de MP

Para estabelecermos a frequência dos procedimentos de manutenção preventiva que serão realizadas no Hospital adotaremos a tabela que se segue:

FREQUÊNCIA DOS PROCEDIMENTOS DE MP		
MUITO ALTA	ADEQUADA	MUITO BAIXA
<ul style="list-style-type: none"> • equipamento sempre calibrado, sem necessidade de mudanças 	<ul style="list-style-type: none"> • equipamento ligeiramente fora de calibração, sem ter a sua operação afetada 	<ul style="list-style-type: none"> • equipamento sempre fora de calibração, gerando resultados errôneos na operação
<ul style="list-style-type: none"> • equipamento não precisa de limpeza • peças e botões ajustados sem folgas • não há necessidade de lubrificação 	<ul style="list-style-type: none"> • é necessária alguma limpeza • lubrificação fará o equipamento funcionar adequadamente • desajustes (folgas leves nos componentes) 	<ul style="list-style-type: none"> • filtros de ventilação sujos, impedindo um fluxo de ar adequado • desgaste devido a lubrificação inadequada • falta de porcas ou parafusos • botões frouxos e com folgas que tornam incertos os valores ajustados para o funcionamento dos equipamentos
	<ul style="list-style-type: none"> • nenhuma reclamação sobre a operação do equipamento 	<ul style="list-style-type: none"> • reclamações frequentes sobre a operação do equipamento
	<ul style="list-style-type: none"> • frequência reduzida de manutenções corretivas 	<ul style="list-style-type: none"> • frequência de MC aumenta ou fica inalterada

PROCEDIMENTOS

PROCEDIMENTO: Gestão do Plano de Manutenção Corretiva e Preventiva para os Equipamentos

RESPONSÁVEL: Manutenção e Demais Setores do Hospital

OBJETIVO

Estabelecer sistemática de manutenção corretiva e preventiva para os equipamentos do Hospital, de modo a assegurar a sua durabilidade, disponibilidade e utilização adequadas.

ÁREAS ENVOLVIDAS

- Diretoria Geral; Diretoria Técnica; Diretoria Administrativa/Financeira; Manutenção; Coordenação de Enfermagem; Higienização; Nutrição.

DEFINIÇÕES

➤ Equipamento Crítico:

Equipamento cuja indisponibilidade poderia ter impacto significativo sobre o sistema da qualidade e a prestação dos serviços de saúde do hospital, sendo por isso, incluído numa estratégia de manutenção preventiva. Para tal avaliação se levaram em conta fatores tais como: relevância, disponibilidade de equipamentos substitutos, consequências potenciais para a prestação do serviço etc.

Para os equipamentos avaliados como não críticos a estratégia de manutenção somente corretiva foi julgada suficiente tendo em vista a melhor relação custo benefício.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Cabe ao usuário a responsabilidade pelo:

- uso adequado dos equipamentos designados como sob sua responsabilidade no - Plano de Manutenção de Equipamentos (vide modelo em Anexo);
- cumprimento dos prazos de manutenção preventiva;
- chamado do responsável pela execução das manutenções corretivas (quando necessárias) e preventivas (nos prazos estabelecidos);
- acompanhamento da realização do serviço de manutenção, bem como, pela avaliação da eficácia do serviço realizado tendo em vista o desempenho do equipamento em uso;
- impressão das OS's (vide modelo em Anexo), relativas aos equipamentos sob sua responsabilidade, preenchimento integral da mesma em conjunto com o responsável pela execução da manutenção e envio destas para o coordenador/ encarregado de manutenção.

É de responsabilidade da Manutenção:

- a elaboração e atualização do Plano de Manutenção Corretiva e Preventiva dos Equipamentos, com base nos manuais dos fabricantes dos equipamentos e em consenso com os usuários;
- o controle do cumprimento do plano pelas partes envolvidas;
- recebimento, análise e guarda dos registros (OS's) de manutenção preenchidos;
- resolução de problemas que eventualmente extrapolem a capacidade dos usuários e/ou responsáveis pela execução da manutenção;
- realizar a manutenção preventiva ou corretiva, predial, hidráulica, elétrica e eletrônica cumprindo as etapas descritas nos respectivos procedimentos.



A responsabilidade pela execução da manutenção dos equipamentos críticos poderá caber a um funcionário ou a um fornecedor externo de serviços de manutenção, via de regra o representante local do fabricante. Para cada equipamento o responsável pela execução da manutenção é indicado no Plano de Manutenção de Equipamentos.

PROCEDIMENTO

O Coordenador de Manutenção com base na listagem dos equipamentos do hospital efetua uma avaliação de quais deles devem ser considerados críticos, sendo assim vantajosa a sua inserção em uma estratégia de manutenção preventiva. Com base nestas informações ele emite o Plano de Manutenção de Equipamentos, disponibilizando-o na rede local para conhecimento e cumprimento por toda a equipe envolvida. Em meados de cada mês o usuário (responsável por providenciar a manutenção) levanta os equipamentos cujo prazo de manutenção irá vencer no mês seguinte e elabora uma lista. O usuário equaciona a liberação do equipamento e negocia com o responsável pela execução da manutenção a data mais conveniente. Emite a OS's correspondente (corretiva ou preventiva específica), faz o seu preenchimento envolvendo o executor da manutenção onde necessário. Todos os itens das OS's relativos às manutenções preventivas devem ser executados e as exceções justificadas.

Tanto o usuário quanto o executor da manutenção podem inserir seus comentários relativos ao serviço, desempenho do equipamento antes e/ou depois da intervenção, recomendações para melhoria do plano ou da operação do equipamento etc.

Reprogramações de manutenção são permitidas, desde que efetuadas no máximo no mês subsequente.

Coordenador/Encarregado de Manutenção fará a atualização das manutenções já realizadas no Plano, com base nas OS's recebidas.

Coordenador/Encarregado de Manutenção analisará os comentários, os desempenhos dos equipamentos, as recomendações dos fabricantes para efetuar as revisões do Plano de Manutenção de Equipamentos;

Encontra-se previsto na planilha de custos/despesas desta proposta, o orçamento destinado a manutenção de equipamentos, predial, hidráulica, elétrica e eletrônica do Hospital.

Modelo de Ordem de Serviço

HOSPITAL				
OS-02- PREVENTIVA – TRIMESTRAL				
Tipo de Equipamento:		Ambulância	Identificação (Número de Patrimônio):	
Número Sequencial desta OS:			Data e Hora do início da Manutenção:	
Item	Descrição da Atividade Programada	Realizado? (S/N)	Resultado? (OK/Não OK/ Valores Lidos, Aplicável)	Necessária OS de Corretiva? (Se sim, colocar o número sequencial da mesma)
1				
2				
3				
4				
Comentário do Executante:				
Responsável pela Execução:		Aprovação do Usuário:		
Data e Hora da Conclusão:		Data e Hora da Aprovação:		
Comentário do Usuário				



HOSPITAL			
OS-01- CORRETIVA			
Tipo de Equipamento:		Identificação (Número de Patrimônio):	
Número Sequencial desta OS:		Solicitante:	
Data e Hora do início da Manutenção:		Data e Hora da Solicitação:	
Descrição do Defeito:			
Serviços Realizados:			
Comentário do Executante:			
Responsável pela Execução:		Aprovação do Solicitante:	
Data e Hora da Conclusão:		Data e Hora da Aprovação:	
Comentário do Solicitante:			

1.1.1. PROCEDIMENTO :	1.1.2. Gestão do Plano de Manutenção Corretiva e Preventiva para os Equipamentos
1.1.3. RESPONSÁVEL:	1.1.4. Manutenção e Demais Setores do Hospital

PLANO DE MANUTENÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DO HOSPITAL

Identificação (Número de Patrimônio)				
Estratégia de Manutenção (C= Corretiva, P= Preventiva)				
Periodicidade				
Ordem de Serviço				
Responsável por Providenciar a Manutenção				
Responsável pela Execução da Manutenção				
Periodicidade (em dias)				
Última Execução				
Próxima Execução				
Situação				
Observações				



PROCEDIMENTO: Manutenção Corretiva/ Preventiva – Climatização

RESPONSÁVEL: Auxiliar de Manutenção

ETAPAS	RESULTADO	Frequência						
		D	S	Q	M	T	Se	A
1. Remover filtro tela, aspirar, lavar com água morna e sabão neutro	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>			X				
2. Verificar filtro bacteriológico	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>			X				
3. Substituir filtro bacteriológico	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>						X	
4. Medir temperatura dos mancais:								
- Motor	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>						X	
- Compressor	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>						X	
- Ventilador	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>						X	
5. Medir amperagem motor	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>				X			
6. Medir Voltagem motor	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>				X			
7. Verificar alinhamento de polias	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>				X			
8. Verificar tensão das correias	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>				X			
9. Auscultar ruídos/ vibração	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>				X			
10. Verificar sentido de rotação	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>				X			
11. Verificar lubrificação dos mancais	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>			X				
12. Executar lavagem das serpentinas dos evaporadores	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>						X	
13. Verificar contatos, contadores, reles auxiliar e térmico, temporizadores, aquecimento, calibre dos fusíveis e reapertar conexões	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>						X	
14. Verificar corrosão e aterramento	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>						X	
15. Calibrar proteções	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>							X

PROCEDIMENTO: Manutenção Corretiva/ Preventiva Casa das Máquinas
 (Gerador, Transformador e Bombas)

RESPONSÁVEL: Auxiliar de Manutenção e/ou Eletricista

ETAPAS	RESULTADO						Frequência							
							D	S	Q	M	T	Se	A	
1. Verificar Nível de água radiador	N	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>		X						
2. Verificar Nível de água bateria e densidade	N	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>		X						
3. Verificar Nível de óleo do cárter	N	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>		X						
4. Verificar Nível de óleo combustível	N	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>		X						
5. Medir tensão da bateria	N	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>			X					
6. Fazer leitura no horímetro	N	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>			X					
7. Verificar tensão das correias	N	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>				X				
8. Trocar óleo lubrificante (300 horas-cada)	N	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>								
9. Trocar filtro lubrificante (300 horas-cada)	N	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>								
10. Verificar filtro de ar, de óleo combustível e óleo lubrificante	N	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>			X					
11. Verificar pré aquecimento do sistema em Stand By	N	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>			X					
12. Simular falta de energia com partida automática e verificar: ruído, vibração, temperatura do motor e do gerador	N	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>			X					
13. Desenergizar transformadores, colocar placa de advertência	N	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>						X		
14. Abrir chave Seccionadora entrada e saída de Tensão	N	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>						X		
15. Aterrar o sistema	N	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>						X		
16. Limpeza e reapertar conexões barramento, alta tensão, baixa tensão, neutro, terra, bucha, chaves Seccionadoras	N	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>						X		
17. Verificar vazamento de óleo isolante nos trafos, buchas, disjuntores	N	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>						X		
18. Executar teste no óleo isolante trafos e disjuntores	N	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>						X		
19. Retirar aterramento	N	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>						X		
20. Ligar chaves Seccionadoras	N	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>						X		
21. Ligar disjuntor	N	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>						X		
22. Medir tensão, corrente entre fases e fase, neutro/terra	N	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>						X		

ETAPAS	RESULTADO	Frequência						
		D	S	Q	M	T	Se	A
23. Verificar ruído, temperatura trafo	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>						X	
24. Retirar etiqueta de segurança	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>						X	
25. Verificar sentido de rotação das bombas	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>				X			
26. Medir temperatura mancais , bombas	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>				X			
27. Medir vibrações radiais e axial bombas	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>				X			
28. Medir R.P.M.	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>				X			
29. Verificar vazamento selo	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>				X			
30. Verificar pressão de operação	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>		X					
31. Fazer rodízios bombas	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>		X					
32. Painel de acionamento das bombas, reapertar conexões, torneiras, verificar calibre de fusíveis, reles térmicos, checar aterramento e contatos	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>						X	

Material necessário: - Kit de ferramentas e EPI's básicos

Legenda:

→ D – diário; S – semanal; Q – quinzenal; M – mensal; T – trimestral; Se – semestral e A – anual

→ N – normal; A – anormal; C – corrigir

4.1.3. PROJETO DE HOSPITAL DE ENSINO PARA O HEJ

O IGA acredita que o desenvolvimento de atividades de estudo, ensino e pesquisa contribui para o alcance da excelência na prestação de assistência à saúde.

Considerando o perfil, o número de leitos e especialidades existentes no HEJ, entendemos que a Unidade tem capacidade para o desenvolvimento de estágios de Instituições de Ensino e Pesquisa da Região de Saúde e conveniadas com a SES/GO, observando sempre as diretrizes e exigências da legislação pertinente dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).

As vagas disponíveis para estágios serão preenchidas, exclusivamente, por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico conduzido pela SES/GO ou por parceiro conveniado a ela, com acompanhamento pela SESG.

Cabe à Gestão do HEJ:

- A distribuição interna dos estagiários;
- O acompanhamento e avaliação do desenvolvimento dos estágios;
- Supervisionar os Preceptores e estagiários, assegurando o total cumprimento das normas e diretrizes estabelecidas pela SESG e pelo Hospital;
- Encaminhar informações solicitadas pela SES/GO referentes aos Programas de Estágio por meio do Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da legislação vigente.

Os Programas de Residência Médica e de Residência Multiprofissional serão regulamentados pelos Regimentos Internos próprios, descritos e integrantes desta Proposta de Trabalho.

4.2. ACOLHIMENTO

4.2.1. MANUAL COM INDICAÇÃO DAS FORMAS DE NOTIFICAÇÃO, RECEPÇÃO, ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS E ACOMPANHANTES NA EMERGÊNCIA CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

222

Definição

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Introdução

A Portaria nº 2048/02 do Ministério da Saúde propõe a implantação, nas unidades de atendimento às urgências/emergências, do Acolhimento e da "Triagem Classificatória de Risco". De acordo com a Portaria, este processo "deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos preestabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento" (BRASIL, 2002).

O Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR é um instrumento para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as Portas de Entrada das urgências/emergências, gerando atendimentos resolutivos e humanizados. O Protocolo de ACCR será construído pela equipe multidisciplinar a partir das diretrizes e modelo preconizados pela SES/GO, imediatamente no início das atividades da Unidade.

Mais que uma previsão legal, a classificação de risco é entendida como uma necessidade para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada das urgências/emergências, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado àqueles em situações de sofrimento agudo ou crônico agudizado de qualquer natureza.

Arcabouço Legal

1 - Regulamento técnico do funcionamento em Urgência/Emergência (Portaria Ministerial nº. 2.048/2002): ferramenta tecno/assistencial, realizada por profissional de nível superior treinado para a utilização de protocolos preestabelecidos que têm por objetivo avaliar o grau de urgências das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento.

2 - Diretriz da Rede de Atenção à Saúde (Portaria MS/GM nº 4.279/2010): tem o objetivo de incentivar a organização da porta de entrada, incluindo acolhimento e humanização do atendimento.

3 - Objetivo Geral da Rede Psicossocial (Portaria MS/GM nº 3.088/2011): preconiza a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Missão do Acolhimento com Classificação de Risco

Ser instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência.



Objetivos

- Humanizar o atendimento mediante escuta qualificada do cidadão que busca os serviços de urgência/emergência;
- Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;
- Garantir um atendimento rápido e efetivo;
- Promover escuta qualificada do cidadão que procura os serviços de urgência/emergência;
- Utilizar o encontro com o cidadão como instrumento de educação no que tange ao atendimento de urgência/emergência;
- Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência considerando a rede dos serviços de prestação de assistência à saúde;
- Garantir o acesso do usuário aos serviços e a continuidade da assistência, dentro da Rede de Atenção;
- Subsidiar a construção de indicadores que permitam um mapeamento da situação epidemiológica da área de abrangência do serviço;
- Esclarecer à comunidade o modelo proposto, informando a expectativa de atendimento e o tempo de espera;
- Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da demanda dos serviços de urgência/emergência.

223

Processo de Trabalho

O fluxo de entrada e saída de pacientes, adulto e pediátrico, será norteado pelo Protocolo de Acolhimento com Classificação de Riscos preconizado nas Portarias de nº 2.048/2002 e nº 1.600/2011, metodologia que será adotada pelo Serviço de Urgência/Emergência do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ. Neste processo de trabalho será feita a identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica, de cuidados de enfermagem e assistência da equipe multidisciplinar, de acordo com o potencial de risco ou grau de sofrimento, segundo critérios preestabelecidos.

Quem Faz

A Equipe multiprofissional composta por: enfermeiro, técnico de enfermagem, serviço social, equipe médica, profissionais da portaria/recepção e estagiários. "... deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos preestabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento." (Portaria nº 2048 de 05 de novembro de 2002/Ministério da Saúde).

A Quem se Destina

A usuários que procuram as Portas de Entrada dos serviços de urgência/emergência do sistema de saúde da rede SUS, no momento definido pelo mesmo como de necessidade aguda ou de urgência.

Como se Aplica

É um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Esse processo se dá mediante escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo, aliadas à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

Ao chegar ao serviço de urgência demandando necessidade aguda ou de urgência, o usuário é acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários e encaminhado para confecção da ficha de atendimento.

Após a sua identificação, o usuário é encaminhado ao espaço destinado à Classificação de Risco onde é acolhido pelo técnico de enfermagem e enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário em:

VERMELHO – EMERGÊNCIA: necessidade de atendimento imediato - 00 min.;

LARANJA – MUITO URGENTE: necessitam de atendimento em até 10 min.

AMARELO – URGENTE: necessitam de atendimento rápido e em até 50 min. Será atendido com prioridade sobre os pacientes classificados como VERDE ou AZUL, no consultório ou leito da sala de observação;

VERDE – POUCO URGENTE: necessita de atendimento em até 120 min. ou encaminhamento para outro serviço de saúde somente será atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHO e AMARELO;

AZUL – NÃO URGENTE: necessita de atendimento em até 240 min. ou, preferencialmente, será encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou pelo Serviço Social do Hospital. Se o usuário desejar, poderá ser atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHO, AMARELO e VERDE.

Observação importante: nenhum paciente poderá ser dispensado sem atendimento, ou seja, sem ser acolhido, classificado, avaliado pelo médico e encaminhado de forma responsável a uma Unidade de Saúde de referência.

Avaliação do Usuário - Ficha de Classificação de Risco

O usuário será avaliado através do sistema queixa/evento/sintoma, que faz parte da etapa do preenchimento da ficha de classificação de risco. O paciente será abordado conforme os critérios descritos:

1. Queixa/evento/sintoma;
2. Início, evolução e duração do agravo;
3. Aparência física/estado geral;
4. Escala de dor;
5. Escala de coma de Glasgow;
6. Resposta emocional;
7. Medicações em uso e alergias;
8. Dados vitais.

Citamos algumas condições de saúde, queixas e sinais para atendimento por prioridade:

Vermelho: pacientes que deverão ser encaminhados diretamente à Sala Vermelha (emergência) para atendimento imediato:

Situação /Queixa:

- Politraumatizado grave – lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas;
- Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios;
- Trauma Crânio Encefálico grave – ECG <12;
- Estado mental alterado ou em coma ECG <12;
- História de uso de drogas;
- Comprometimentos da Coluna Vertebral;
- Desconforto respiratório grave;
- Dor no peito associado à falta de ar e cianose;
- Perfurações no peito, abdome e cabeça;

- Crises convulsivas (inclusive pós- crise);
- Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de 12;
- Anafilaxia ou reações alérgicas associadas a insuficiência respiratória;
- Tentativas de suicídio;
- Complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia);
- Parada cardiorrespiratória;
- Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático: FC > 140 ou < 45, PA diastólica < 130 mmHg, PA sistólica < 80 mmHg, FR >34 ou <10;
- Hemorragias não controláveis;
- Infecções graves – febre, exantema petequial ou púrpura, alteração do nível de consciência.

Laranja: pacientes com condições e sinais perigosos de alerta, que deverão ser levados em consideração, pois podem representar condições em que o paciente poderá piorar repentinamente:

Situação /Queixa:

- Acidentes com veículos motorizados acima de 35 Km/h;
- Forças de desaceleração tais como quedas ou em explosões;
- Perda de consciência, mesmo que momentânea, após acidente;
- Negação violenta das óbvias injúrias graves com pensamentos de fugas e alterações de discurso e ocasionalmente, com respostas inapropriadas;
- Fraturas da 1ª e 2ª costela;
- Fraturas 9ª, 10ª, 11ª costela ou mais de três costelas;
- Possível aspiração;
- Possível contusão pulmonar.

Amarelos: pacientes que necessitam de atendimento médico e de enfermagem o mais rápido possível, porém não correm risco imediato de vida. Deverão ser encaminhados diretamente à sala de consulta de enfermagem para classificação de risco:

Situação/Queixa:

- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15, sem alterações de sinais vitais;
- Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos, parestesias, alterações do campo visual, dislalia, afasia;
- Trauma cranioencefálico leve (ECG entre 13 e 15);
- Diminuição do nível de consciência;
- Alteração aguda de comportamento – agitação, letargia ou confusão mental;
- História de Convulsão pós ictal – convulsão nas últimas 24 horas;
- Dor torácica intensa;
- Antecedentes de problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes);
- Crise asmática;
- Diabético apresentando sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipneia, taquicardia;
- Desmaios;
- Estados de pânico, overdose;
- Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático: FC < 50 ou > 140, PA sistólica < 90 ou > 240, PA diastólica > 130, T < 35 ou 40;
- História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia com PA sistólica, 100 ou FC > 120;
- Epistaxe com alteração de sinais vitais;
- Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais (taquicardia ou bradicardia, hipertensão ou hipotensão, febre);

- Sangramento vaginal com dor abdominal e alteração de sinais vitais, gravidez confirmada;
- Náuseas/Vômitos e diarreia persistente com sinais de desidratação grave – letargia, mucosas ressecadas, turgor pastoso, alteração de sinais vitais;
- Desmaios;
- Febre alta (39/ 40°C);
- Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neurovascular ou dor intensa;
- Intoxicação exógena sem alteração de sinais vitais, Glasgow de 15;
- Vítimas de abuso sexual;
- Imunodeprimidos com febre.

Verdes: pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidos com prioridade sobre consultas simples:

Situação/Queixa:

- Idade superior a 60 anos;
- Gestantes com complicações da gravidez;
- Pacientes escoltados;
- Pacientes doadores de sangue;
- Deficientes físicos;
- Retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro anterior;
- Impossibilidade de deambulação;
- Asma fora de crise;
- Enxaqueca - pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca;
- Dor de ouvido moderada a grave;
- Dor abdominal sem alteração de sinais vitais;
- Sangramento vaginal sem dor abdominal ou com dor abdominal leve;
- Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação;
- História de convulsão sem alteração de consciência;
- Lombalgia intensa;
- Abscessos;
- Distúrbios neurovegetativos;
- Intercorrências ortopédicas (entorse suspeita de fraturas, luxações).

Observação: pacientes com ferimentos deverão ser encaminhados diretamente para a sala de sutura.

Azuis: demais condições não enquadradas nas situações/queixas acima, como:

Situação/Queixa:

- Queixas crônicas sem alterações agudas;
- Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos.

Observação: após a consulta médica e medicação o paciente é liberado.

Conduta a Ser Tomada

Os pacientes classificados como VERMELHO devem ser rapidamente encaminhados para a sala de emergência, onde deverão receber cuidados médicos e de enfermagem imediatos. Existe um subgrupo de pacientes classificados como VERMELHO, considerados PRIORIDADE I ou LARANJA, que toda a equipe deve estar alerta para identificá-los e encaminhá-los à sala de emergência com acionamento de sinal sonoro.

Os pacientes classificados como AMARELO devem aguardar atendimento médico em sala de espera priorizada, assentados, onde deverão estar sob supervisão contínua de toda a equipe da Unidade.

Deverão ser reavaliados, idealmente, a cada 30 min ou imediatamente em caso de alteração do quadro clínico, durante a espera para o atendimento médico.

Os pacientes classificados como VERDE também aguardam atendimento médico em sala de espera, recebendo orientação que serão atendidos após os pacientes classificados como VERMELHO ou AMARELO. Deverão ser reavaliados em caso de alteração do quadro clínico. Pacientes classificados como VERDE podem também receber orientação para encaminhamento à unidade básica de referência pelo serviço social, via contato telefônico, com garantia de consulta médica e/ou cuidados de enfermagem, situação que deve ser pactuada previamente. Pacientes classificados como AZUL serão acolhidos, classificados, receberão atendimento médico ou poderão ser encaminhados, através de documento escrito, para o acolhimento na Unidade Básica de Saúde de referência, se assim o desejarem.

Observação importante: Todos os pacientes classificados como VERDE e AZUL, se desejarem, serão atendidos pela Equipe de Saúde.

Indicadores

Propõe-se que sejam avaliados, entre outros, os seguintes indicadores:

- Tempos de espera (chegada do paciente até a classificação, classificação até o atendimento médico);
- Tempo de permanência de acordo com a classificação.

Observações Gerais

Alguns grupos de pacientes devem ser considerados como situações especiais. São eles: idosos, deficientes físicos, deficientes mentais, acamados, pacientes com dificuldade de locomoção, gestantes, algemados, escoltados ou envolvidos em ocorrência policial, vítimas de abuso sexual e os pacientes que retornam em menos de 24h sem melhora.

Esses pacientes devem receber atenção especial da equipe da Classificação de Risco e, dentro do possível, a sua avaliação deve ser priorizada, respeitando a situação clínica dos outros pacientes que aguardam atendimento.

Aqueles pacientes que necessitarem de remoção para outros serviços de maior complexidade ou requererem avaliações especializadas e/ou recursos diagnósticos e terapêuticos não disponíveis no Hospital, serão acolhidos, estabilizados e permanecerão sendo assistidos na Unidade até a sua saída por transferência. As solicitações de transferências serão cadastradas no sistema de Informações da Regulação Estadual após emissão de relatório médico de referência/contra referência.

Os pacientes transferidos serão acompanhados de relatório médico, onde estarão descritos o quadro clínico, os procedimentos e terapêuticas realizados, a impressão diagnóstica e a identificação, bem como a cópia de laudos de exames realizados (de imagem, de métodos gráficos e/ou laboratoriais). A saída do paciente só poderá ser efetivada após confirmação de recebimento e garantia de disponibilidade dos recursos requeridos.

As vagas oriundas de altas, transferências e óbitos deverão ser disponibilizadas imediatamente pelo NIR através de sistema eletrônico.

Os pacientes que não possuírem perfil para atendimento de urgência/emergência, chamados de AZUIS, após acolhimento, classificação de risco e atendimento médico, serão encaminhados pelo Serviço Social, a Unidades de Atenção Básica de referência, após orientações pertinentes.

Normas e Rotinas para o Atendimento na Sala de Acolhimento

Acolhimento com Classificação de Risco

O usuário será acolhido e submetido à classificação de risco, pelo enfermeiro, que priorizará o atendimento por gravidade do caso e não por ordem de chegada, como preconiza a Portaria GM-MS nº 1.863/03 e conforme Protocolo de Classificação de Risco adotado pela SES/GO.

228

A Enfermagem, através do Enfermeiro e do Técnico de Enfermagem deverá:

- Receber cordialmente o paciente e realizar sua classificação com base no Protocolo de Classificação de Risco da Unidade;
- Aferir os sinais vitais e registrar, o atendimento realizado, na ficha de atendimento;
- Encaminhar o paciente para atendimento médico conforme a classificação de risco indicada;
- Encaminhar os casos classificados como não urgentes (pacientes verdes e azuis) ao Serviço Social para referenciamento às unidades da Rede de Atenção Básica.

O Médico Plantonista deverá:

- Adotar o Protocolo de Classificação de Risco da Unidade e realizar anamnese, examinar, definir conduta e/ou referenciar o paciente a outros serviços;
- Encaminhar o paciente para a Sala Vermelha e realizar procedimentos de estabilização do quadro, nos casos indicados;
- Encaminhar o paciente ao leito, no caso de permanência em observação, de acordo com a hipótese diagnóstica da admissão;
- Solicitar exames laboratoriais e outros, caso seja necessário;
- Realizar pequenos procedimentos previstos (colocação de aparelho gessado, suturas, drenagens de abscessos, dentre outros);
- Preencher correta e completamente a ficha de atendimento no ato da admissão.

O Assistente Social deverá:

- Prestar orientação social e apoio psicossocial;
- Informar os usuários quanto aos EAS disponíveis na comunidade e orientá-los quanto ao tipo de atendimento oferecido e a utilização destes;
- Fazer o agendamento e encaminhamento aos equipamentos assistenciais de saúde/sociais previamente identificados, conforme a classificação de risco identificada.

4.2.2. PROPOSTA E METODOLOGIA E INSTRUÇÃO COM DEFINIÇÃO DE HORÁRIOS, CRITÉRIOS E MEDIDAS E CONTROLE DE RISCO PARA AS VISITAS AOS USUÁRIOS

Finalidade

Estabelecer procedimentos para controlar a entrada de visitantes para os pacientes internados.

Âmbito de Aplicação

Todos os colaboradores, pacientes, visitantes e principalmente aos setores de enfermagem, recepção e as portarias do Hospital.

Fundamentação Legal

- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Título VIII – Da Ordem Social (art. 193 a 232) – Seguridade Social;
- Lei nº 8.069, de 13/07/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA);
- Lei nº 8.080, de 19/09/1990 – Lei Orgânica da Saúde (LOS);
- Lei nº 10.741, de 01/10/2003 – (Estatuto do Idoso);
- Portaria MS/GM nº 2.418, de 02/09/2005 – (Acompanhantes em trabalho de parto);
- Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde – Ministério da Saúde/2006.

Conceitos Básicos

- Visitante
- Familiar e/ou pessoa conhecida do paciente internado.
- Colaboradores - pessoas que trabalham no Hospital.

Normas

Direito à visita:

Todo paciente internado tem o direito de ser visitado diariamente, nos horários previamente determinados, como a seguir:

HORÁRIO E NÚMERO DE VISITANTES

SETOR	Nº DE VISITANTES	HORÁRIO
Unidades de Internação/Observação	de 01, podendo trocar até 03	14h às 17h
Unidades de Terapia Intensiva	01 por horário de visita	10 às 12h e 15 às 17h

Observações:

- Para cada um dos horários acima estabelecidos será permitido 01(um) visitante por vez;
- Os esclarecimentos/notificações feitos aos familiares pelos médicos deverão ser realizados em sala própria destinada para tal finalidade e nos horários previamente estabelecidos.

Alta Hospitalar

Em todas as Unidades de Internamento do Hospital, a prescrição de alta hospitalar deverá ocorrer até às 10hs da manhã. A alta será dada pelo médico assistente do paciente, prescrita e assinada em prontuário e comunicada ao paciente/familiar. O paciente deverá receber relatório de alta e só deverá sair após liberação dos Serviços de Enfermagem e de Assistência Social.

Acesso de Visitantes

Critérios para liberar entrada:

- Estar na Portaria do Hospital no horário de vista;
- Ser maior de 14 anos;
- Não estar trajando roupas inadequadas (sem camisa, roupas transparentes, decote avantajado, bermuda, etc.);
- Não estar portando gêneros alimentícios;
- Não apresentar sintomas de embriaguez ou utilização de drogas ilícitas;
- Não estar fumando;
- Não estar abalado emocionalmente de forma a prejudicar o paciente internado;
- Portar o crachá adequado ao leito onde o paciente encontra-se internado;
- Estar com calçado fechado;
- Não trazer cigarros, bebidas alcoólicas ou drogas, bem como bolsas, celulares, sacolas, entre outros, para o Hospital.

230

Observação: para liberação de visitas a crianças menores de 14 anos será necessário avaliação e preparação prévia do setor de Psicologia, que fornecerá a respectiva autorização de acesso.

Uso obrigatório de identificação (crachá ou adesivo)

Portar o crachá/adesivo fornecido pela portaria do Hospital, posicionado à altura do peito em local bem visível. Objetivando um melhor controle, somente será permitida a entrada do 2º visitante e dos demais sucessivamente, após a saída do visitante anterior, com o devido crachá/adesivo devolvido, ou seja, o 3º visitante somente poderá ter acesso ao Hospital após a devolução do crachá/adesivo pelo 1º e 2º visitantes.

Critérios e Medidas de Controle de Risco para Visitas aos Pacientes:

A equipe de enfermagem é responsável por orientações cabíveis para acesso, bem como as demais recomendações da CCIRAS;

- É vetada a realização de procedimentos hospitalares por visitantes, mesmo que este tenha conhecimento para tal;
- A dieta oral poderá ser oferecida pelo visitante, em situações extraordinárias, com autorização, orientação e responsabilidade do enfermeiro responsável pela unidade e/ou casos estabelecidos pelo Estatuto do Idoso;
- Fica terminantemente proibida a entrada de visitantes com qualquer espécie de alimento;
- Em situações especiais, deverá ser solicitada autorização do Serviço de Nutrição e Dietética, o qual fará a avaliação adequada e autorizará ou não a entrada de alimentos;
- A solicitação de entrada de alimentos só poderá ser realizada no horário de visita, na Recepção ou na própria enfermaria;
- Não é permitido visitar outros leitos e ficar circulando pelos corredores do Hospital;
- O visitante não poderá sentar-se nos leitos dos pacientes;
- Lavar as mãos sempre ao chegar à enfermaria, antes e depois de ter contato com o paciente, utensílios e pertences do paciente;
- Utilizar somente o banheiro destinado aos visitantes;
- Não visitar pacientes internados quando estiver com alguma doença, tais como: gripe, febre, dor de garganta, lesão em pele, etc.

Orientação do Quadro Clínico dos Pacientes Internados

É responsabilidade do médico assistente e/ou plantonista passar aos visitantes informações sobre o estado geral do paciente. O enfermeiro responsável pela unidade deverá prestar informações sobre o cuidado e os procedimentos realizados durante a internação dele.

Procedimentos Gerais

Da Portaria

- Receber cordialmente os visitantes;
- Prestar respeitosamente as informações solicitadas e orientar sobre as normas e rotina de visitas e/ou acompanhamento no hospital;
- Conferir a listagem de pacientes internados, para verificar a enfermaria e o leito de cada um deles;
- Caso o visitante compareça fora do horário de visita, informar ao enfermeiro responsável pela unidade ou Serviço Social, solicitando o envio da autorização de acesso;
- No caso de visita extra, além do crachá, o visitante deverá receber uma via da autorização de acesso emitida pelo Serviço Social;
- Identificar o visitante: no caso de visita em horário estabelecido anotar os dados de todos os visitantes, para cada paciente internado no "Controle de Visitas Normais"; no caso de substituição de visita extra (horário diferenciado autorizado pelo enfermeiro responsável ou acompanhado pelo assistente social após contato prévio com a enfermagem), anotar os dados no "Controle de Visitas Extras";
- Após a identificação do visitante, entregar o crachá correspondente ao leito onde o paciente está internado;
- Encaminhar os visitantes a Recepção, para liberação da entrada;
- Indicar a localização de cada enfermaria a ser visitada;
- Após o horário de visita verificar se todos os crachás de identificação foram devolvidos;
- Impedir a entrada de pessoas alcoolizadas, suspeitas de estarem drogadas, com roupas inadequadas (saia curta, decote grande, bermuda, etc.);
- Não permitir a entrada de aparelhos eletro/eletrônicos, salvo se devidamente autorizado formalmente pela Coordenação de Enfermagem;
- Conferir permanentemente o crachá de identificação com o seu portador, para verificar a compatibilidade dele com o local que esta sendo visitado;
- Fazer rondas ostensivas durante o horário de visitas, com o objetivo de evitar tumultos e/ ou circulação de visitantes em locais não autorizados a eles;
- Controlar a saída dos visitantes, recolhendo os respectivos crachás;
- Verificar, na saída, se algum visitante não portar o crachá, buscar o motivo da não utilização do mesmo;
- Não permitir a saída de visitantes portando crachás, equipamento ou material, a menos que o visitante possua autorização expressa para tal;
- Impedir a saída de qualquer paciente internado, sozinho ou com o visitante.

Da Recepção

- Somente permitir a entrada de visitantes nas dependências do Hospital devidamente identificados com o crachá adequado ao local da visita correspondente;
- Informar aos visitantes que o Hospital não se responsabiliza pelos pertences pessoais (cheque, dinheiro, jóias e outros) nas dependências do Hospital.
-

Do Visitante

- Seguir as normas e rotinas previstas e as orientações oferecidas pelos colaboradores do Hospital;
- Utilizar permanentemente o crachá/adesivo de identificação, trazendo-o à altura do peito, em local bem visível;
- O visitante deverá **devolver o crachá/adesivo ao sair do hospital**;
- Não fumar nas enfermarias e corredores;
- Não trazer alimentos, pois a equipe de nutrição planeja uma alimentação adequada ao estado de saúde de cada cliente;
- Não é permitida a entrada de alimentos nas enfermarias, para impedir a proliferação de insetos e evitar as infecções que eles trazem;
- Lavar as mãos e seguir demais recomendações da CCIRAS;
- Não manusear os aparelhos, a não ser que seja solicitado ou autorizado por alguém da equipe médica ou de enfermagem;
- Cuidar de sua higiene pessoal, para evitar a contaminação no ambiente hospitalar;
- Não interferir no tratamento do paciente, pois a equipe do Hospital estará sempre fazendo o melhor para ele;
- Respeitar os direitos dos outros doentes, especialmente os que estão internados no mesmo ambiente;
- Sair das dependências do Hospital dentro dos horários previstos nesta Norma.

232

Da Equipe de Enfermagem

- Recepcionar os visitantes com respeito, realizando as devidas orientações sobre a rotina da unidade;
- Orientar sobre a higienização das mãos e demais recomendações da CCIH;
- Explicar aos visitantes como devem comportar-se durante a permanência ao lado dos pacientes;
- Informar sobre os pertences pessoais que podem permanecer junto aos pacientes;
- Contribuir com o fluxo de revezamento dos visitantes;
- Esclarecer as dúvidas dos visitantes dentro de sua área de competência;
- Informar e orientar a família sobre os cuidados que estão sendo prestados aos pacientes internados;
- Relatar aos porteiros sobre algum tumulto ocorrido e outras situações adversas ao sistema de segurança;
- Encaminhar, diariamente, até às 13h, uma relação atualizada dos pacientes internados com os seus respectivos leitos.

Dos Médicos Assistentes

- Informar sobre o quadro clínico dos pacientes que acompanha;
- Explicar sobre o uso dos medicamentos utilizados pelo paciente;
- Orientar sobre os procedimentos pós-alta do Hospital;
- Prestar outras informações que auxiliem na recuperação dos pacientes.

Das orientações da CCIRAS:

- Lavar as mãos antes e após contato com o paciente e/ou utensílios de uso pessoal;
- Não ingerir alimentos nos postos de enfermagem, enfermarias e/ou corredores do Hospital;
- Não circular pelas dependências do Hospital;
- Não sentar no leito do paciente;

- Não realizar visitas quando apresentar doenças como: resfriado, febre, dor de garganta, lesão em pele, etc.;
- Não é permitido o uso de ventiladores no Hospital.

4.3. ATENDIMENTO

4.3.1. PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO E OUVIDORIA SUS VINCULADA À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, COM PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Relacionamento com o Cliente

A Gestão do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ não medirá esforços para manter com seus clientes uma relação bastante estreita, baseada na consciência geral de que o contato direto gera oportunidade para estabelecer um processo sistemático de aprendizado mútuo.

Grupos de Clientes

- Usuários/Pacientes: são todas as pessoas atendidas por qualquer dos serviços oferecidos pela Unidade: ambulatório, tratamento clínico e cirúrgico, diagnóstico e terapia e serviços de apoio.
- Familiares/Acompanhantes/Visitantes: são os parentes e amigos dos usuários que estejam ou não acompanhando os mesmos na Unidade.

Acessibilidade e Gestão de Reclamações

Para facilitar o acesso à Unidade serão disponibilizadas várias alternativas eficazes, conforme descrito a seguir:

- Serviço de Apoio ao Usuário – SAU vinculado à Ouvidoria do SUS;
- Caixa de Sugestões;
- Entrevista de Saída – Pesquisa de Avaliação de Serviços.

Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU/Ouvidoria:

Será implantado na Unidade o SAU/Ouvidoria com o objetivo de estabelecer um canal de comunicação entre a Instituição, usuários e funcionários com o intuito de identificar problemas e buscar soluções para as manifestações apresentadas.

Competências:

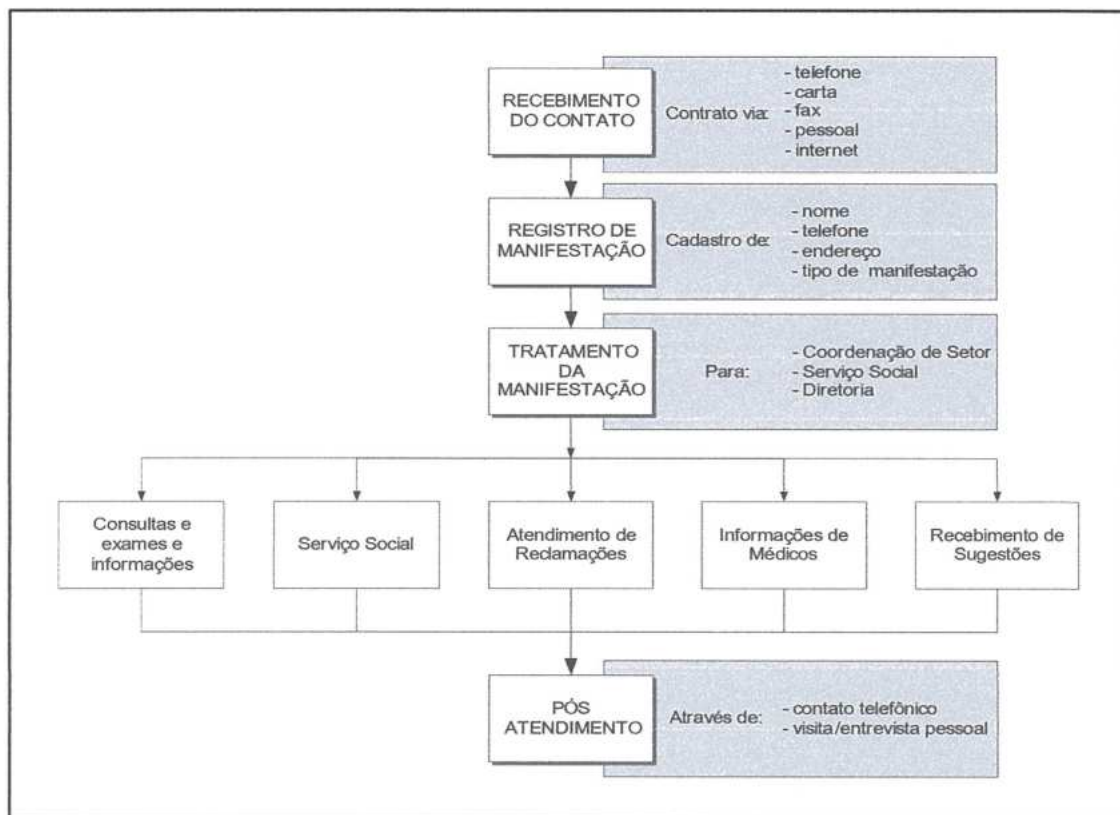
- receber críticas, reclamações e/ou sugestões referentes aos serviços prestados pela Unidade e encaminhar soluções;
- apurar a procedência das reclamações e denúncias apresentadas;
- fornecer informações gerais sobre a estrutura, atendimento e funcionamento dos serviços de atendimento;
- identificar e avaliar o grau de satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde oferecidos pela Unidade, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS;
- buscar a participação social, através do acompanhamento e controle dos serviços realizados;
- sugerir medidas de aperfeiçoamento das atividades da Unidade;
- realizar a mediação de situações emergenciais;
- realizar acolhimento aos usuários;
- realizar encaminhamento para resolução de problemas concretos;
- estabelecer critérios para pesquisas e divulgação de dados;
- informar sobre a estrutura, atendimento e funcionamento dos Serviços do Hospital;
- acolher, mediar e resolver os problemas concretos;
- informar e divulgar aos usuários a existência da Ouvidoria do SUS vinculada ao SAU e à SES-GO;

- garantir o acesso dos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade à Ouvidoria do SUS através do SAU;
- realizar auditoria independente para validação da confiabilidade da Pesquisa de Satisfação aplicada pelo do SAU/Ouvidoria;
- registrar e enviar à SES/GO, por meio do sistema oficial da Ouvidoria, os resultados da auditoria, as manifestações dos usuários e as medidas adotadas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações.

Solicitações Previstas: críticas, elogios, reclamações e/ou sugestões referentes aos serviços prestados pela Unidade.

235

O fluxo do processo do SAU/Ouvidoria está representado na figura abaixo:



Membros do SAU:

- Assistente Social (responsável pelo serviço);
- Auxiliar Administrativo.

Horário de Atendimento

- 2ª a 6ª feira das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 18:00h.

Principais Atividades que serão realizadas pelo SAU/Ouvidoria:

- Informações de Médicos: através do SAU/Ouvidoria os familiares/responsáveis dos usuários serão informados sobre o nome do Médico Assistente e dias e horários de atendimento ao familiar.
- Agendamento de consultas e exames clínicos: através de um sistema de pré-cadastro o cliente terá acesso à escolha do horário de atendimento e marcação de consultas ambulatoriais com a máxima agilidade;

- Serviços de Apoio: através do SAU/Ouvidoria qualquer usuário ou familiar poderá ser encaminhado aos serviços de apoio tais como: Serviço Social, Psicologia, Nutrição, dentre outros, que estarão aptos a auxiliar em quaisquer problemas decorrentes da prestação de serviço da Unidade;
- Atendimento de Reclamações: os atendentes do SAU/Ouvidoria serão treinados para fornecerem informações básicas padronizadas e dar orientações para resolução de problemas.

Observação: casos eventualmente mais graves serão encaminhados a Diretoria e Coordenação dos Serviços competentes para análise e solução utilizando a metodologia MASP – Metodologia de Análise e Solução de Problemas descrita a seguir:

236



Todas as manifestações de clientes serão registradas e os tratamentos dados às reclamações, seguirão um processo formal, onde o foco será a efetiva resolução de sua causa. O tempo de resposta a reclamações, quando identificadas, será de até 05 (cinco) dias após o recebimento da mesma.

Recebimento e Tratamento de Reclamações/Críticas/Sugestões: qualquer manifestação dos clientes será devidamente cadastrada e encaminhada às respectivas coordenações, que a analisará criteriosamente para possível incorporação ao processo pertinente.

Localização

O SAU/Ouvidoria estará centralizado na Recepção da Unidade, tendo um Auxiliar Administrativo posicionado em Balcão de Atendimento conforme modelo abaixo:

MODELO DE BALCÃO DE ATENDIMENTO DO SAU



237

Instrumentos de Medição

O Formulário de Avaliação de Serviços será utilizado para medir o grau de satisfação dos clientes e detectar problemas percebidos por eles acerca dos serviços prestados. Nele estará inserido espaço de avaliação dos diversos serviços, com direcionamento para a valoração entre "ótimo", "bom", "regular" e "ruim" assim como espaço para críticas, sugestões e elogios. A identificação do usuário deverá ser facultativa.

Metodologia

O formulário de Avaliação de Serviços será entregue pelo SAU/Ouvidoria aos pacientes e/ou acompanhantes, no primeiro atendimento realizado pelo setor. Nesse contato, serão passadas orientações como: a importância do preenchimento e a indicação do local para devolução do mesmo.

Serão, estrategicamente, distribuídas urnas nos setores da Unidade para o recebimento dos formulários de avaliação dos Serviços Médicos, de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Assistenciais e de Apoio Logístico e de Infraestrutura.

Nos formulários, o cliente poderá avaliar questões como o nível de satisfação com o serviço utilizado, com o atendimento, com a estrutura da Unidade e fazer sugestões/comentários ou críticas que serão encaminhadas aos responsáveis para que sejam tomadas as devidas providências para correção e/ou aperfeiçoamento dos processos de atendimento.

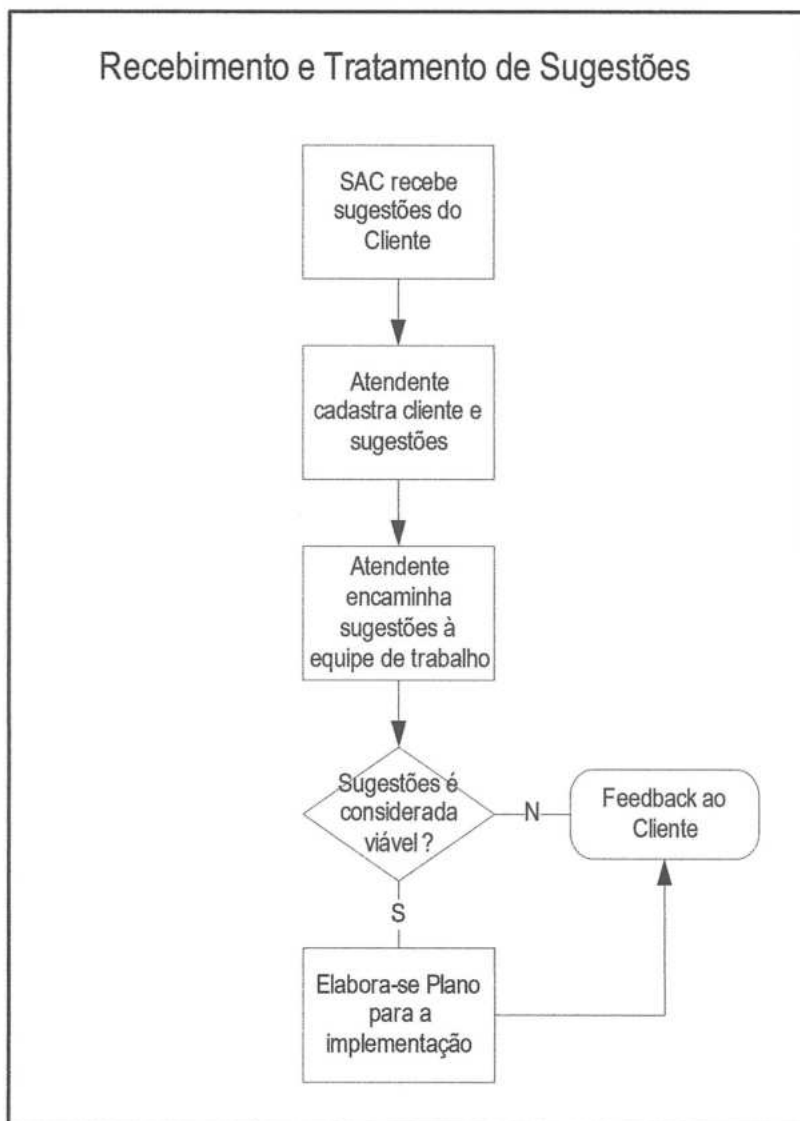
O recolhimento dos formulários nas urnas será realizado uma vez por semana pelo SAU/Ouvidoria que analisará os dados e fará a tabulação dos resultados obtidos por setor, repassando as informações para a Diretoria.

Uso das Informações

Através da análise dos resultados da pesquisa poderão ser identificados os motivos de insatisfação dos clientes, o que possibilitará ações corretivas e/ou preventivas nas suas causas e assim melhorar continuamente os serviços prestados.

As informações obtidas pelas avaliações de serviço, além de permitirem a identificação do nível de satisfação do cliente, servirão também para guiar ações de promoção de melhorias no atendimento, qualificação e especialmente aumentar o grau de satisfação do cliente.

Qualquer sugestão efetuada por clientes será devidamente cadastrada e encaminhada às respectivas coordenações, que analisarão criteriosamente para possível incorporação ao processo pertinente. O fluxo que rege o recebimento de sugestões está demonstrado a seguir:

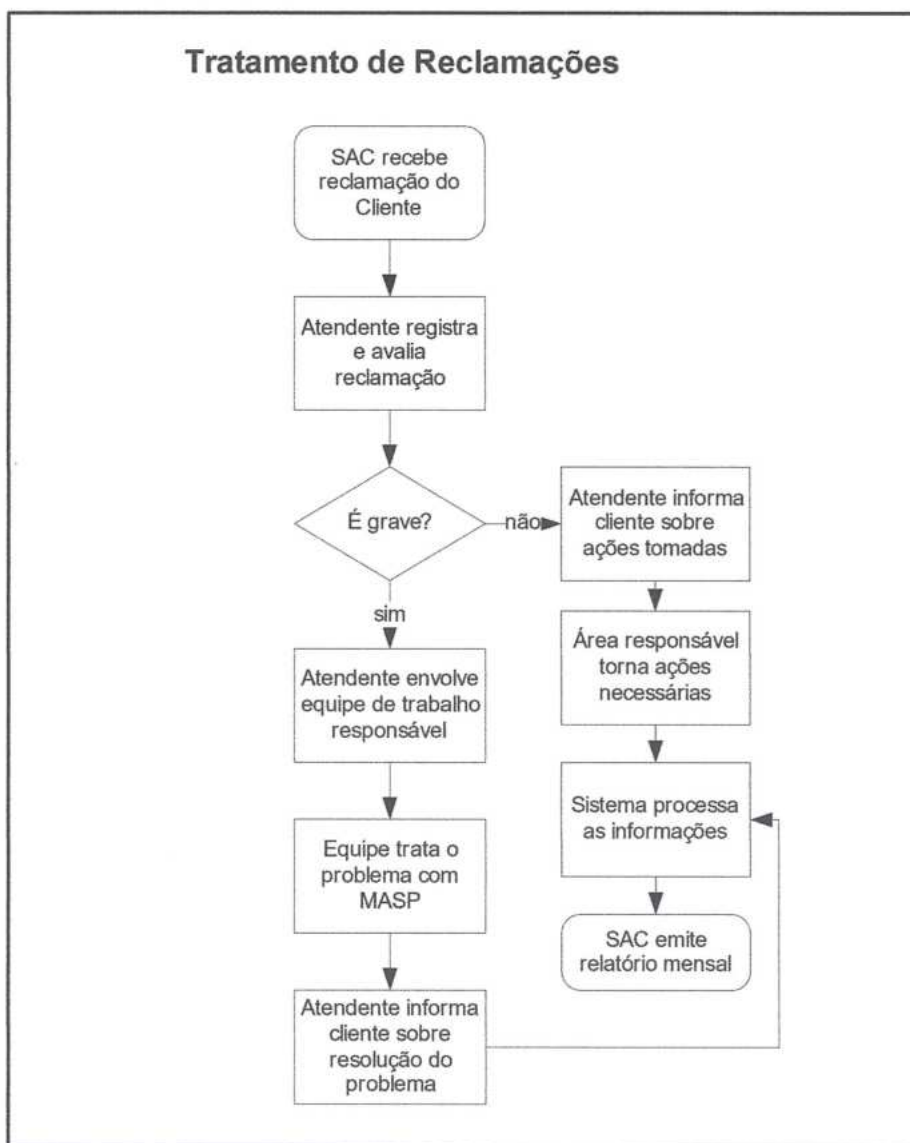


O SAU encaminhará mensalmente à Gestão da Unidade o resultado da pesquisa de avaliação de serviço do mês e semestralmente, encaminhará os gráficos comparativos com o resultado da pesquisa, por área, à Gestão da Unidade. O tempo de resposta a reclamações, quando identificadas, será de até 05 dias úteis após o recebimento da mesma.

Os processos de recebimento, de registro, de tratamento e solução das reclamações de clientes estão demonstrados no fluxo a seguir:



Tratamento de Reclamações



4.3.2. PROPOSTA DE FORMAS DE ACOMODAÇÃO E CONDUTA PARA OS ACOMPANHANTES, COM ÊNFASE AOS DE USUÁRIOS IDOSOS, CRIANÇAS, ADOLESCENTES E PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS CONFORME PREVISÃO DA LEGISLAÇÃO VIGENTE

Finalidade

Estabelecer procedimentos para orientar a conduta dos acompanhamentos aos pacientes internados e demais orientações pertinentes.

240

Âmbito de Aplicação

Todos os colaboradores, pacientes, acompanhantes e principalmente aos setores de enfermagem, recepção e portaria.

Fundamentação Legal

- Constituição da República Federativa do Brasil de 1998, Título VIII Da Ordem Social (art. 193 a 232) Seguridade Social;
- Lei nº 8.069, de 13/07/1990 Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA);
- Lei nº 8.080, de 19/09/1990 Lei Orgânica da Saúde (LOS);
- Lei nº 10.741, de 01/10/2003 (Estatuto do Idoso) ,Portaria MS/GM nº 2.418, de 02/09/2005 (Acompanhantes em trabalho de parto);
- Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde Ministério da Saúde/2006.

Conceitos Básicos

- Acompanhante: familiar ou pessoa indicada pelo paciente e/ou familiar que acompanhará o paciente internado.
- Colaboradores: profissionais que trabalham no Hospital.

Normas

Direito à acompanhante: atendendo a legislação vigente será liberado 01 acompanhante para pacientes menores de 18 anos, os maiores de 60 anos, portadores de deficiência e as gestantes, além dos liberados por indicação da equipe multidisciplinar.

Horário e número de acompanhantes:

- Será permitido 01 acompanhante por paciente;
- O horário de acompanhamento será das 07:00 às 19:00h e 19:00 às 07:00h.

Critérios para liberação da entrada de acompanhantes:

- Ser maior de 18 anos;
- Não estar trajando roupas inadequadas (sem camisa, roupas transparentes, minissaia, decote avantajado, bermuda, camiseta sem manga, etc.);
- Não estar portando gêneros alimentícios;
- Não apresentar sintomas de embriaguez ou utilização de drogas ilícitas;
- Não estar fumando;
- Não estar abalado emocionalmente de forma a prejudicar o paciente internado;
- Portar o crachá fornecido pela portaria à altura do peito em local visível;
- Não trazer cigarros, bebidas alcoólicas ou drogas, bem como bolsas, celulares, sacolas, entre outros, para o hospital.

Orientação do quadro clínico do paciente:

- É responsabilidade do médico assistente, informar aos acompanhantes sobre o estado geral do cliente;

- O enfermeiro responsável pela unidade deverá prestar informações sobre o cuidado e os procedimentos realizados durante a internação dele.

Das Recomendações:

- Fica terminantemente proibida a entrada de acompanhantes com qualquer espécie de alimento;
- Em situações especiais deverá ser solicitada autorização do Serviço de Nutrição e Dietética, o qual fará a avaliação, fornecerá ou não uma autorização formal;
- A solicitação somente poderá ser realizada no horário de visita, na Recepção ou na própria enfermaria;
- Não é permitido visitar outros leitos e ficar circulando pelos corredores do Hospital;
- Não é permitida a lavagem de roupas pessoais ou dos pacientes, na enfermaria, ou mesmo a secagem nas dependências/enfermarias);
- Não é permitido sentar-se nos leitos dos pacientes;
- Não é permitido trazer aparelhos de som, TV, celular e ventilador.

241

Formas de acomodação, orientação e conduta do acompanhante:

- A autorização de acompanhante será entregue pelo Serviço de Enfermagem e Serviço Social no momento da internação do paciente;
- O revezamento entre acompanhantes deverá ser realizado no horário das 7h às 10h ou no horário de visita;
- Em situações extraordinárias, fica a critério da equipe multiprofissional, responsável pela unidade, liberar o revezamento em outro horário;
- O revezamento deverá ocorrer na Portaria Principal;
- O Hospital fornecerá as refeições aos acompanhantes que serão realizadas no refeitório nos seguintes horários:
 - café da manhã: 07:30 às 08:00h;
 - almoço: 13:00 às 13:30h;
 - jantar: 18:30 às 19:00h.
- Será disponibilizada, diariamente, roupa de uso exclusivo dos acompanhantes, que será lavada na lavanderia do Hospital;
- Os objetos trazidos pelos acompanhantes ficarão no guarda volumes do Hospital;
- O acompanhante terá acomodações em poltronas reclináveis, disponibilizadas pelo Hospital, na unidade do paciente;
- É de responsabilidade da equipe de enfermagem realizar as orientações cabíveis para acesso de acompanhantes aos leitos, principalmente no que diz respeito à higienização das mãos/ antebraços;
- É vetada a realização de procedimentos hospitalares por acompanhantes, mesmo que este tenha conhecimento para tal;
- Fica a critério da equipe multidisciplinar da unidade verificar a necessidade de acompanhantes realizarem procedimentos hospitalares supervisionados para: orientação de alta, verificação de procedimentos domiciliares e, portanto, necessitam treinamento hospitalar durante a internação. Em todos os casos caberá ao enfermeiro responsável pela unidade a autorização final;
- A dieta oral poderá ser oferecida pelo acompanhante em situações extraordinárias, com autorização, orientação e responsabilidade do enfermeiro responsável pela unidade e/ou casos estabelecidos pelo Estatuto do Idoso;
- O Hospital não se responsabiliza pela guarda de objetos pessoais de valor do paciente e/ou acompanhante;
- O uso de celular deverá ser evitado dentro das dependências do Hospital.



Procedimentos Gerais

Portaria

- Receber cordialmente os acompanhantes;
- Prestar as informações solicitadas e orientar sobre as normas e rotinas para acompanhamento no Hospital;
- Conferir a listagem de pacientes internados, para verificar a unidade e o leito de cada um deles;
- Impedir a entrada de pessoas alcoolizadas, suspeitas de estarem drogadas, com roupas inadequadas (saia curta, decote grande, bermuda, etc.);
- Não permitir a entrada de aparelhos eletro/eletrônicos, salvo se devidamente autorizado formalmente pela Coordenação de Enfermagem;
- Conferir permanentemente o crachá/adesivo de identificação com o seu portador, para verificar a compatibilidade dele com o local que esta sendo visitado;
- Permitir o revezamento de acompanhantes nos horários definidos, ou quando autorizado pelo enfermeiro responsável, o que somente poderá ocorrer na Recepção ou Portaria da Unidade;
- Controlar a saída dos acompanhantes, recolhendo os respectivos crachás;
- Verificar, na saída, se alguns acompanhantes não portam o crachá e neste caso, buscar o motivo da não utilização do mesmo;
- Não permitir a saída de acompanhante portando sacolas, equipamento ou material, a menos que o mesmo possua autorização expressa para tal;
- Impedir a saída de qualquer paciente internado quer sozinho ou com o acompanhante.

242

Da Recepção

- Somente permitir a entrada de acompanhantes nas dependências do Hospital devidamente identificados com o crachá/adesivo adequado ao local do acompanhamento;
- Na Portaria da urgência/emergência permitir a entrada de acompanhantes somente para crianças, adultos portadores de necessidades especiais, idosos, gestantes e situações extraordinárias que requererem, após avaliação da equipe multidisciplinar, um acompanhante;
- Assegurar que o crachá/adesivo esteja posicionado no peito, em posição visível e sem nada para encobri-lo parcial ou totalmente;
- Informar aos acompanhantes que o Hospital não se responsabiliza pelos pertences pessoais (cheque, dinheiro, jóias e outros) nas dependências do mesmo.

Do Acompanhante

- Seguir as normas e rotinas previstas e as orientações oferecidas pelos colaboradores do Hospital;
- Utilizar permanentemente o crachá/adesivo de identificação, trazendo-o à altura do peito, em local bem visível;
- **Devolver o crachá/adesivo ao sair do hospital;**
- Não fumar nas dependências do Hospital;
- Não trazer alimentos, pois a equipe de nutrição planeja uma alimentação adequada ao estado de saúde de cada cliente;
- Lavar as mãos sempre que chegar à unidade, antes e depois de ter contato com o paciente, utensílios e pertences do paciente;
- Não é permitido o uso de celular nas dependências do Hospital, principalmente nas unidades de atendimento;
- Não é permitido sentar no leito do paciente;
- Utilizar somente o banheiro destinado aos acompanhantes;

- Não acompanhar o paciente quando estiver com alguma doença, tais como: gripe, febre, dor de garganta, lesão em pele, etc.;
- Não manusear os equipamentos e aparelhos em uso pelo paciente;
- Cuidar de sua higiene pessoal, para evitar a contaminação no ambiente hospitalar;
- Não interferir no tratamento do paciente, pois a equipe do Hospital estará sempre fazendo o melhor para ele;
- Respeitar os direitos dos outros pacientes, especialmente os que estão internados no mesmo ambiente;
- Dirigir-se ao SAU/Ouvidoria para esclarecer dúvidas ou fazer sugestões e/ou reclamações.

5. QUALIDADE TÉCNICA

5.1. EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

5.1.1. Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 200 leitos. (*) - a documentação comprobatória encontra-se na Pasta IV, ANEXO I, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

5.1.2. Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos. (*) - a documentação comprobatória encontra-se na Pasta IV, ANEXO I, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

5.1.3. Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos. (*) - a documentação comprobatória encontra-se na Pasta IV, ANEXO I, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

5.1.4. Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular na área da saúde, com proposta de aplicação do recurso na unidade, com anuência posterior da SES/GO. - a documentação comprobatória encontra-se na Pasta IV, ANEXO I, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

5.2. ESTRUTURA E EXPERIÊNCIA DA DIRETORIA

5.2.1. Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório de interesse do titular

Diretor Geral: a documentação comprobatória encontra-se na Pasta IV, ANEXO II, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

Diretor Técnico: a documentação comprobatória encontra-se na Pasta IV, ANEXO II, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

Diretor Administrativo/Financeiro: a documentação comprobatória encontra-se na Pasta IV, ANEXO II, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

Gerente Operacional de Enfermagem: a documentação comprobatória encontra-se na Pasta IV, ANEXO II, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

5.2.2. Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoria ou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular

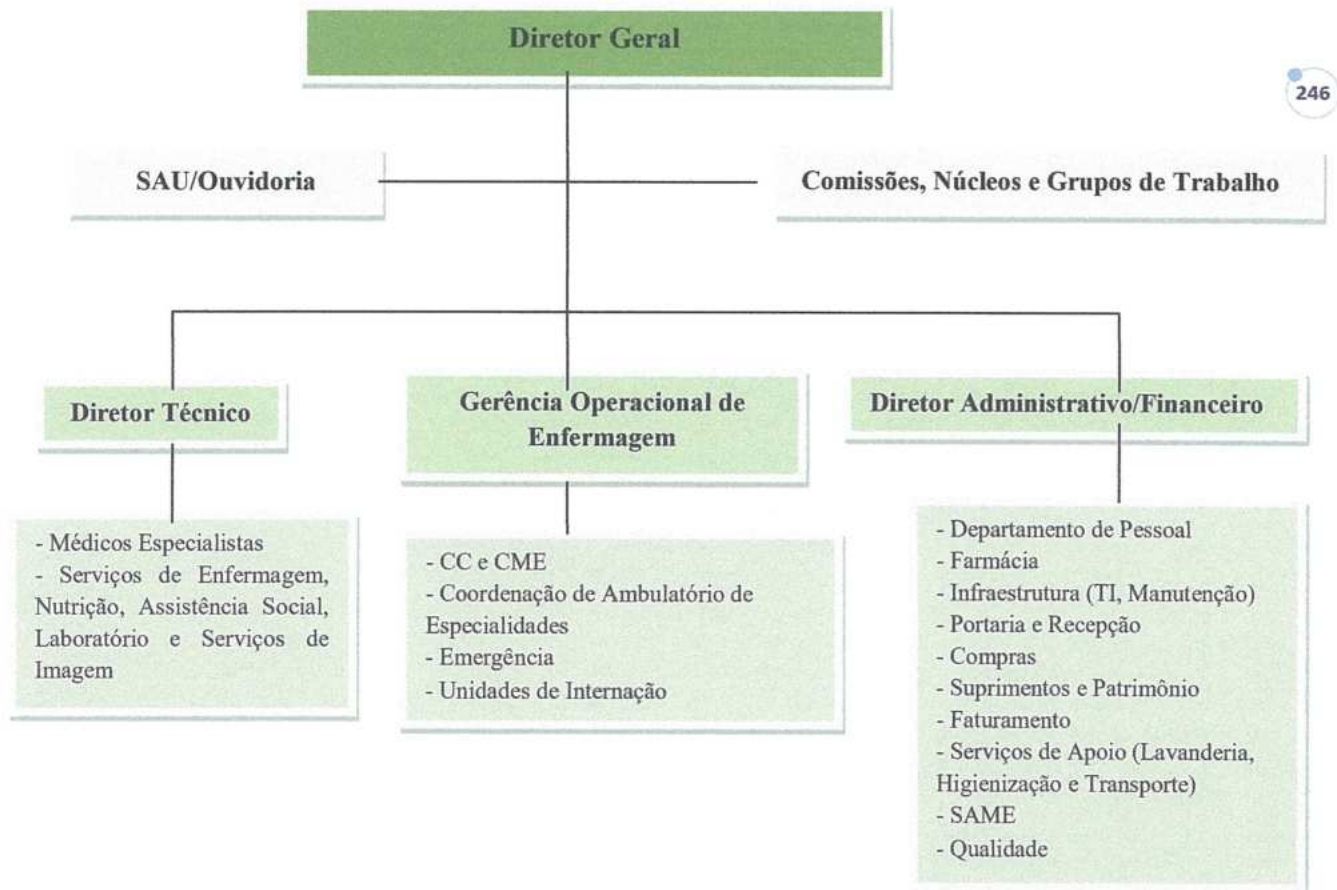
Diretor Geral: a documentação comprobatória encontra-se na Pasta IV, ANEXO II, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

Diretor Técnico: a documentação comprobatória encontra-se na Pasta IV, ANEXO II, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

Diretor Administrativo/Financeiro: a documentação comprobatória encontra-se na Pasta IV, ANEXO II, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

Gerente Operacional de Enfermagem: a documentação comprobatória encontra-se na Pasta IV, ANEXO II, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

5.2.3. Apresentação de organograma com definição das competências de cada membro do corpo diretivo.



*As Comissões, Núcleos e Grupos de Trabalho terão a função de assessoramento à Diretoria Geral.

À Diretoria Geral compete:

- Coordenar o desenvolvimento dos planos traçados para as atividades médicas, técnicas, administrativas e financeiras;
- Zelar pela observância princípios éticos profissionais das atividades desenvolvidas sob sua orientação;
- Constituir Comissões Permanentes e Transitórias para estudo de problemas médicos, técnicos e administrativos;
- Coordenar a elaboração do orçamento anual de despesas e receitas, e investimentos, bem como controlar a execução do orçamento aprovado;
- Autorizar ou prestar informações ao Poder Judiciário, dentro dos preceitos estabelecidos pelos Códigos de Ética;
- Elaborar programas de conferências e cursos, visando o aperfeiçoamento técnico-científico das atividades médicas, técnicas e administrativas;
- Firmar contratos e convênios com prestadores de serviços quando necessário;
- Desenvolver programas de esclarecimento ao público sobre as funções da Unidade e de orientação dos funcionários/servidores em suas relações com o público;

- Difundir as atividades médico-científicas da Unidade;
- Apresentar mensalmente a SES/GO os relatórios sobre o desenvolvimento das atividades médicas, técnicas e administrativas do hospital – RIH, conforme determinado em contrato de prestação de serviços.

À Diretoria Técnica compete:

- Desenvolver o planejamento das atividades de assistência médica e técnicas da Organização;
- Coordenar e supervisionar a execução das atividades das unidades integrantes;
- Analisar sob o ponto de vista técnico e científico todas as propostas para execução de serviços por terceiros, em regime de contrato ou convênio;
- Zelar pela observância do Regimento Interno e Responsabilidades dos funcionários da Instituição;
- Estabelecer normas de controle e avaliação da utilização dos recursos financeiros, humanos e operacionais/produção na execução das atividades das Unidades integrantes;
- Desenvolver e implantar novas técnicas de gestão dos serviços;
- Gerenciar o corpo de funcionários das Unidades integrantes, garantindo satisfação no trabalho através de educação continuada, melhoria do ambiente de trabalho e alcance das metas de produtividade;
- Elaborar relatórios gerenciais para a Direção Geral e para os Conselhos da Instituição.

À Diretoria Administrativo/Financeira compete:

- Desenvolver o planejamento das atividades administrativas, financeiras e de operações da Unidade;
- Coordenar e supervisionar a execução das atividades dos serviços integrantes;
- Analisar sob o ponto de vista administrativo e financeiro todas as propostas para execução de serviços por terceiros, em regime de contrato ou convênio;
- Zelar pela observância do Regimento da unidade e Responsabilidades dos funcionários da Instituição;
- Estabelecer normas de controle e avaliação da utilização dos recursos financeiros, humanos e operacionais/produção na execução das atividades da Instituição;
- Desenvolver e implantar novas técnicas de gestão dos serviços;
- Intermediar todas as atividades de compra com a Direção Geral;
- Gerenciar o corpo de funcionários da Instituição, garantindo satisfação no trabalho através de educação continuada, melhoria do ambiente de trabalho e alcance das metas de produtividade;
- Elaborar relatórios gerenciais para a Direção Geral.

À Coordenação de Enfermagem compete:

- Promover a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade;
- Assistir ao paciente integralmente, atendendo-o em suas dimensões biológica, psicológica e emocional, objetivando a sua mais breve recuperação e sua reintegração social;
- Promover continuamente a excelência da qualidade assistencial, estimulando a equipe ao constante desenvolvimento técnico-científico, oferecendo condições que viabilizem o crescimento integral de seu potencial, idade, pessoal e profissional;

- Propiciar ambiente harmonioso e produtivo que estimule o desenvolvimento do trabalho interativo em equipe, garantindo a harmonia de objetivos e metas e o comprometimento de todos na condução do sucesso;
- Realizar e colaborar com os estudos e pesquisas desenvolvidas por profissionais desta e de outras áreas, disponibilizando contribuições, conhecimentos e auxiliando-os em suas necessidades;
- Prestar colaboração e atender sempre que necessário às solicitações dos serviços públicos ou privados de assistência à saúde;
- Colaborar com as instituições educacionais na área de Enfermagem e outras congêneres na formação de profissionais, viabilizando acesso ao desenvolvimento de estágio em campo de trabalho, firmando compromisso com comunidade, em atendimento ao seu papel quanto à responsabilidade social e cidadania;
- Participar através de setor de competência do processo seletivo de profissional para a Equipe de Enfermagem, através de planejamento e ações conjuntas com o departamento responsável pelo recrutamento e seleção de pessoal;
- Colaborar continuamente com os Sistemas de Gestão vigentes e demais serviços para a melhoria na aplicação de métodos, práticas, otimização dos desempenhos técnicos, administrativos e no alcance de melhores resultados;
- Manter o trabalho norteado pelos preceitos e orientações contidas no código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN).

PERFIL DOS MEMBROS DO CORPO DIRETIVO

249

CARGO	ESCOLARIDADE	COMPETÊNCIA TÉCNICA	COMPETÊNCIA PESSOAL	C.H.
Diretor Geral	Superior em Administração c/ Especialização	Cursos de especialização na área, preferencialmente em Gestão Hospitalar. Experiência na área, conhecimento das práticas administrativas e legislações vigentes.	Responsabilidade, Administração de conflitos, Autocontrole Responsabilidade	40 h
Diretor Médico	Superior em Medicina	Cursos de especialização na área, preferencialmente em Gestão Hospitalar. Experiência em cargo de Direção, conhecimento das práticas administrativas e legislações vigentes.	Liderança e capacidade de negociação Rapidez nas decisões Administração de conflitos Atendimento humanizado Maturidade Psicossocial e autocontrole Capacidade para trabalhar com equipe multiprofissional Controle e acompanhamento de indicadores de área	40 h
Diretor Administrativo/ Financeiro	Superior em Administração	Cursos de especialização na área, preferencialmente em Gestão Hospitalar. Experiência de Direção na área Administrativo/Financeira. Conhecimento em informática.	Liderança Bom senso e autocontrole Responsabilidade Administração de conflitos Segurança	40 h
Gerente Operacional de Enfermagem	Superior em Enfermagem	Cursos de Especialização em Administração Hospitalar ou Saúde Coletiva. Experiência como gestor. Conhecimento de planejamento estratégico, objetivos e prioridades institucionais	Liderança Capacidade de negociação Rapidez nas decisões Administração de conflitos Atendimento humanizado Autocontrole Maturidade Psicossocial Capacidade para trabalhar	40 h