

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFTM

Boletim de Serviço

N.º 82, 16 de maio de 2016

Ministério da
Educação

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

Avenida Getúlio Guaritá, 130
Bairro Abadia | CEP: 38025-440 | Uberaba-MG |
Telefone: (34) 3318-5200 | hcuftm.ebserh.gov.br

JOSÉ MENDONÇA BEZERRA FILHO

Ministro de Estado da Educação e Cultura

NEWTON LIMA NETO

Presidente da Ebserh

LUIZ ANTÔNIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

Superintendente do HC-UFTM/Filial Ebserh

AUGUSTO CÉSAR HOYLER

Gerente Administrativo do HC-UFTM/Filial Ebserh

MURILO ANTÔNIO ROCHA

Gerente de Atenção à Saúde do HC-UFTM/Filial Ebserh

DALMO CORREIA FILHO

Gerente de Ensino e Pesquisa do HC-UFTM/Filial Ebserh

SUMÁRIO

COLEGIADO EXECUTIVO.....	4
ALTERAÇÃO DE REGIMENTOS.....	4
Resolução n.º 37, de 3 de maio de 2016.....	4
Regimento Interno da Comissão de Análise de Óbitos e Biópsias	5
Resolução n.º 39, de 3 de maio de 2016.....	10
Regimento Interno da Comissão de Revisão de Prontuários e de Documentação Médica e Estatística.....	11
Resolução n.º 40, de 3 de maio de 2016.....	17
Regimento Interno da Comissão de Padronização de Medicamentos.....	18
Resolução n.º 41, de 3 de maio de 2016.....	35
Regimento Interno do Comitê Hospitalar de Estudo da Mortalidade Materna.....	36
Resolução n.º 42, de 3 de maio de 2016.....	42
Regimento Interno do Comitê Hospitalar de Estudo da Mortalidade Infantil.....	43
Resolução n.º 43, de 3 de maio de 2016.....	49
Regimento Interno da CCIH.....	50
Resolução n.º 45, de 3 de maio de 2016.....	59
Regimento Interno do Núcleo de Segurança do Paciente.....	60
Resolução n.º 46, de 3 de maio de 2016.....	75
Regimento Interno do Comitê Transfusional.....	76
APROVAÇÃO DE REGIMENTOS.....	80
Resolução n.º 36, de 3 de maio de 2016.....	80
Regimento Interno da Comissão Assessora ao Registro Hospitalar do Câncer.....	81
Resolução n.º 38, de 3 de maio de 2016.....	87
Regimento Interno da Comissão de Ética da Enfermagem.....	88
APROVAÇÃO DE REGULAMENTO.....	102
Resolução n.º 44, de 3 de maio de 2016.....	102
Regulamento Interno do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.....	103

RETIFICAÇÃO E ALTERAÇÃO COMPOSIÇÃO DE REGIMENTO DE NÚCLEO.....	121
Resolução n.º 35, de 3 de maio de 2016.....	121
Regimento Interno do Núcleo de Qualidade.....	122
SUPERINTENDÊNCIA.....	135
COMPOSIÇÃO DE COMISSÃO.....	135
Portaria n.º 61, de 10 de maio de 2016.....	135
COMPOSIÇÃO DE NÚCLEO.....	136
Portaria n.º 56, de 5 de maio de 2016.....	136
DESIGNAÇÕES.....	137
Portaria n.º 58, de 10 de maio de 2016.....	137
Portaria n.º 59, de 10 de maio de 2016.....	138
Portaria n.º 60, de 10 de maio de 2016.....	139
DIVISÃO DE GESTÃO DE PESSOAS.....	140
DESIGNAÇÕES.....	140
Portaria n.º 8, de 2 de maio de 2016.....	140
Portaria n.º 9, de 6 de maio de 2016.....	141
DEPARTAMENTO DE COMPRAS, LICITAÇÕES E CONTRATOS.....	142
EXTRATOS DE CONTRATOS.....	142
Extrato de Contrato n.º 24/2016 - UASG 150221.....	142
Extrato de Contrato n.º 25/2016 - UASG 150221.....	142
Extrato de Contrato n.º 30/2016 - UASG 150221.....	142
EXTRATO DE TERMO ADITIVO.....	142
Extrato de Termo Aditivo n.º 4/2016 - UASG 150221.....	142

COLEGIADO EXECUTIVO

ALTERAÇÃO DE REGIMENTOS

Resolução n.º 37, de 3 de maio de 2016

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, administrado Pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh -, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.ª revisão), em reunião extraordinária, realizada em 3 de maio de 2016, resolve:

Art. 1.º Alterar o art. 5.º do Regimento Interno da Comissão de Análise de Óbitos e Biópsias do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, parte integrante desta Resolução, para contemplar a nova formação:

- I – chefe da Divisão Médica/diretor clínico, como presidente;
- II – chefe do Setor de Vigilância em Saúde, como vice-presidente;
- III – chefe da Unidade de Pronto Socorro;
- IV – representante da Unidade de Anatomia Patológica;
- V – chefe da Unidade de Cuidados Intensivos e Semi-intensivos;
- VI – chefe da Unidade Cardiovascular;
- VII - representante do Departamento de Cirurgia;
- VIII - representante do Departamento de Clínica Médica;
- IX - responsável médico pelo Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU);
- X - chefe da Divisão de Enfermagem;
- XI- médicos residentes:
 - a) da especialidade Clínica Médica (estágio a ser escolhido pela Comissão);
 - b) da especialidade Infectologia (Estágio CCIH);
 - c) um aluno do curso de graduação, indicado pela Gerência de Ensino e Pesquisa;
- XII – funcionário administrativo (secretário);

Art. 2.º Esta resolução em vigor na data de sua publicação.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ANÁLISE DE ÓBITOS E BIÓPSIAS DO HC-UFTM

Capítulo I

Das disposições preliminares, objetivos, características

Art. 1.º Esta Comissão foi estruturada e organizada conforme determinação do Art. 7.º, inciso VIII, alínea "g" da Resolução Interministerial n.º 2.400, de 2 de outubro de 2007, que torna obrigatória a criação da Comissão de Análise de Óbitos e Biópsias nas instituições de saúde.

Art. 2.º A Comissão de Análises de Óbitos e Biópsias é um organismo de natureza multidisciplinar que visa à padronização de critérios para otimizar o funcionamento da comissão, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a comissão junto à administração e ao corpo clínico.

Parágrafo único. A atuação da Comissão de Análise de Óbitos é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

Art. 3.º As deliberações da Comissão de Análise de Óbitos e Biópsias, visando à correção ou reparação de distorções e irregularidades verificadas nas análises dos óbitos e no preenchimento das Declarações de Óbitos (DOs), devem ser encaminhadas à Superintendência do Hospital de Clínicas e/ou Comissão de Ética Médica para as providências subsequentes.

Parágrafo único. As diretrizes para as ações investigatórias e educativas, serão definidas nas reuniões da Comissão e desencadeadas pelo presidente.

Capítulo II

Das finalidades

Art. 4.º São finalidades da Comissão de Análise de Óbitos e Biópsias:

I – atender as determinações do Art. 7.º, inciso VIII, alínea "g" da Resolução Interministerial n.º 2.400, de 2 de outubro de 2007;

II – analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos e relatórios de biópsias

III – ser um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

Capítulo III

Da composição

Art. 5.º A Comissão de Análises de Óbitos e Biópsias será nomeada e composta por membros do quadro funcional do HC-UFTM, em portaria da Superintendência do Hospital de Clínicas, publicada no Boletim de Serviço da Instituição:

- I – chefe da Divisão Médica/diretor clínico, como presidente;
- II – chefe do Setor de Vigilância em Saúde, como vice-presidente;
- III – chefe da Unidade de Pronto Socorro;
- IV – representante da Unidade de Anatomia Patológica;
- V – chefe da Unidade de Cuidados Intensivos e Semi-intensivos;
- VI – chefe da Unidade Cardiovascular;
- VII - representante do Departamento de Cirurgia;
- VIII - representante do Departamento de Clínica Médica;
- IX - responsável médico pelo Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU);
- X - chefe da Divisão de Enfermagem;
- XI- médicos residentes:
 - a) da especialidade Clínica Médica (estágio a ser escolhido pela Comissão);
 - b) da especialidade Infectologia (Estágio CCIH);
 - c) um aluno do curso de graduação, indicado pela Gerência de Ensino e Pesquisa;
- XII – funcionário administrativo (secretário);

Parágrafo único. Poderão fazer parte, como membros convidados, outros profissionais quando solicitados para tratar de assuntos pertinentes à Comissão.

Capítulo IV

Do mandato

Art. 6.º O mandato dos membros da Comissão de Análise de Óbitos deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável, conforme definição da própria Comissão.

Parágrafo único. No caso de substituição de um ou mais membros, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Superintendência do Hospital de Clínicas para alteração da portaria de nomeação.

Capítulo V

Da sede

Art. 7.º A Sede da Comissão será a sala de reuniões da Superintendência com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

Capítulo VI

Funcionamento e organização

Art. 8.º Deverão ocorrer reuniões mensais com data, local e horário, previamente definidos e informados.

§ 1.º A ausência de um membro em três reuniões consecutivas, sem justificativa, ou ainda em seis reuniões não consecutivas, sem justificativa, durante 12 meses, gera sua exclusão automática.

§ 2.º Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

§ 3.º As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

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

§ 5.º As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada em livro próprio contendo data, horário da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

§ 6.º Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

§ 7.º Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, sendo convocadas pelo Presidente e, na sua ausência, pelo Vice Presidente.

§ 8.º Após cada reunião, deverá ser elaborado um relatório para envio à Superintendência do Hospital de Clínicas.

Capítulo VII

Das atribuições

Art. 9.º São atribuições dos membros da Comissão de Óbitos e Biópsias:

- I – analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados;
- II – elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- III – realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- IV – normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- V – convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- VI – criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- VII - comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomo-patológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);
- VIII - correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necrópsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);
- IX - zelar pelo sigilo ético das informações;
- X - emitir parecer técnico ou relatório, quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado.
- XI - assessorar a Direção da Instituição em assuntos de sua competência;
- XII - definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;
- XIII - desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à Instituição.

Art. 10. São atribuições do Presidente da Comissão e do Vice, na ausência do presidente:

- I - convocar e presidir as reuniões;

- II - indicar seu substituto;
- III - representar a comissão junto à Diretoria da Instituição, ou indicar seu representante;
- IV - subscrever todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros;
- V - fazer cumprir o regimento;
- VI - ter o voto de qualidade nas decisões da comissão, além do seu voto.

Art. 11. São atribuições da secretaria da Comissão:

- I - organizar a ordem do dia;
- II - receber e protocolar os processos e expedientes;
- III - lavrar a ata das sessões/reuniões;
- IV - convocar os membros da comissão para as reuniões ordinárias ou extraordinárias;
- V - organizar e manter o arquivo da comissão;
- VI - preparar a correspondência;
- VII - realizar outras funções determinadas pelo presidente, relacionadas ao serviço
- VIII - solicitar ao SAM (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

Capítulo VIII

Das disposições finais

Art. 12. Os casos omissos serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Superintendência.

Art. 13. Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 14. O regimento entrará em vigor após aprovação da Superintendência e publicação no Boletim de Serviço do Hospital de Clínicas.

Resolução n.º 39, de 3 de maio de 2016

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, administrado Pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh -, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.ª revisão), em extraordinária, realizada em 3 de maio de 2016, resolve:

Art. 1.º Alterar o art. 2.º do Regimento Interno da Comissão de Revisão de Prontuários e de Documentação Médica e Estatística do HC-UFTM, parte integrante desta Resolução, para contemplar sua nova formação:

- I - o chefe da Divisão Médica/diretor Clínico, como presidente;
- II - o chefe da Divisão de Gestão do Cuidado, como vice-presidente;
- III - o chefe do Setor de Urgência e Emergência;
- IV - um enfermeiro, representante da Chefia da Divisão de Enfermagem;
- V - um representante da Unidade de Anatomia Patológica e Laboratório de Análises Clínicas;
- VI - o chefe da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico;
- VII - o chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde;
- VIII - o chefe da Unidade de Registro, Revisão e Processamento da Informação;
- IX - o chefe da Unidade de Monitoramento, Avaliação e Estatística;
- X - um representante da Gerência Administrativa;
- XI - um representante do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU);
- XII - um representante do Setor de Vigilância em Saúde;
- XIII - um representante de cada departamento dentro do HC (Materno-Infantil, Clínica Médica e Clínica Cirúrgica);
- XIV - um representante dos médicos residentes no HC, indicado pela Comissão de Residência Médica;
- XV - um representante discente, indicado pela Gerência de Ensino e Pesquisa;
- XVI - um representante do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação;
- XVII - um secretário.

Art. 2.º A presente resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS E DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA

Capítulo I

Das Disposições Preliminares, objetivos e Características

Art. 1.º A CRPDME é estruturada e organizada conforme determinação da Resolução n.º 1.638, de 2002 do conselho Federal de Medicina, a qual define Prontuário Médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

Capítulo II

Da composição, mandato e funcionamento

Art. 2.º A CRPDME terá composição multidisciplinar e multiprofissional, designados em portaria pelo superintendente.

I - o diretor Clínico e chefe da Divisão Médica, como presidente;

II - o chefe da Divisão de Gestão do Cuidado, como vice-presidente;

III - o chefe do Setor de Urgência e Emergência;

IV - um enfermeiro, representante da Chefia da Divisão de Enfermagem;

V - um representante da Unidade de Anatomia Patológica e Laboratório de Análises Clínicas;

VI - o chefe da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico;

VII - o chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde;

VIII - o chefe da Unidade de Registro, Revisão e Processamento da Informação;

IX - o chefe da Unidade de Monitoramento, Avaliação e Estatística;

X - um representante da Gerência Administrativa;

XI - um representante do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU);

XII - um representante do Setor de Vigilância em Saúde;

XIII - um representante de cada departamento dentro do HC (Materno-Infantil, Clínica Médica e Clínica Cirúrgica);

XIV - um representante dos médicos residentes no HC, indicado pela Comissão de Residência Médica;

XV - um representante discente, indicado pela Gerência de Ensino e Pesquisa;

XVI - um representante do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação;

XVII - um secretário.

Parágrafo único. A CRPDME poderá contar com consultores “*ad hoc*”, pessoas pertencentes ou não ao HC-UFTM, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos para demandas da comissão.

Art. 3.º As indicações para integrar a CRPDME/HC-UFTM serão realizadas pelos seus pares.

Art. 4.º Os membros da CRPDME terão mandato de 2 (dois) anos, a contar da publicação de portaria em Boletim de Serviço, podendo ser prorrogado por igual período.

§ 1.º A substituição de membros dar-se-á por portaria do Superintendente para o tempo que restar do mandato.

§ 2.º A Comissão contará com apoio de um secretário indicado pelo Presidente da Comissão.

§ 3.º A ausência de um membro da Comissão a 2 reuniões consecutivas ou a 3 alternadas, ao longo de um mesmo ano, sem justificativa, implicará perda do mandato.

Art. 5.º A CRPDME reunir-se-á, ordinariamente, uma vez a cada 2 (dois) meses e extraordinariamente quando convocada pelo Presidente, ou a requerimento da maioria simples de seus membros.

§ 1.º A CRPDME instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o “*quorum*” em cada sessão antes de cada votação.

§ 2.º As deliberações tomadas “*ad referendum*” deverão ser encaminhadas ao Plenário da Comissão para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.

§ 3.º As deliberações da CRPDME serão consubstanciadas em notas endereçadas ao Superintendente

§ 4.º É facultado ao Presidente e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 6.º As reuniões da CRPDME obedecerão à seguinte rotina:

- I - verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo;
- II - verificação de presença e existência de “quorum”;
- III - leitura, aprovação e assinatura de 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 - comunicações breves e franqueamento da palavra.

Parágrafo único. Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a CRPDME por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Art. 7.º A Ordem do Dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhadas dos pareceres e súmulas.

Parágrafo único. A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias.

Art. 8.º Após a leitura do parecer, o Presidente, ou seu substituto deve submetê-lo à discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

§ 1.º O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação.

§ 2.º O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária.

§ 3.º Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião.

Art. 9.º Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Art. 10. As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos.

Capítulo III

Das atribuições

Art. 11. São atribuições do presidente da CRPDME, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- I - instalar a Comissão e presidir suas reuniões;
- II - representar a CRPDME em suas relações internas e externas;
- III - suscitar pronunciamento da CRPDME quanto às questões relativas à documentação e informação médica e de dados estatísticos;
- IV - participar nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
- V - indicar membros pertencentes ou não à Comissão para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;

Art. 12. Caberá aos membros da CRPDME:

- I - estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- II - comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
- III - requerer votação de matéria em regime de urgência;
- IV - executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- V - apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão.

Art. 13. Caberá ao secretário da CRPDME:

- I - organizar a ordem do dia;
- II - receber e protocolar os processos e expedientes;
- III - manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da Comissão;
- IV - providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- V - lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
- VI - lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;
- VII - elaborar relatório anual das atividades da Comissão;
- VIII - providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;

IX - realizar outras funções determinadas pelo presidente, relacionadas ao serviço.

Capítulo IV

Das competências

Art. 14. Compete à CRPDME:

- I - definir modelos de impressos que comporão o prontuário médico do HC-UFTM;
- II - definir modelos de impressos a serem utilizados em quaisquer outras situações que exigirem o registro ou divulgação de dados de pacientes do HC-UFTM;
- III - orientar o correto preenchimento dos impressos;
- IV - definir quais dados, obtidos nos impressos preenchidos pelo corpo docente e assistencial do HC-UFTM, deverão ser utilizados como fonte para geração de informações estatísticas da instituição;
- V - definir quais relatórios estatísticos deverão ser gerados regularmente pelo (Serviço de Estatística do HC-UFTM);
- VI - orientar ao Serviço de Estatística como obter os dados e acompanhar a emissão de boletins estatísticos do HC-UFTM
- VII - zelar pela integridade das informações e registros que permitem acompanhamento das patologias subsidiando o ensino e pesquisa.
- VIII - elaborar e implantar normas para utilização da documentação médica como fonte de dados para pesquisa científica;
- IX - examinar e emitir parecer quando da solicitação de inclusão de novos impressos ou modificação dos já adotados pelo HC-UFTM;
- X - examinar e emitir parecer por ocasião da solicitação de informações médicas que não sejam da rotina de divulgação do HC-UFTM;
- XI - definir quais informações constarão dos arquivos informatizados de pacientes do HC-UFTM.
- XII - rever e avaliar prontuários (por amostra), durante o período de internação e após as altas bem como, os de ambulatório para assegurar-se de que o padrão estabelecido está sendo cumprido.
- XIII - revisar os prontuários glosados e por amostragem os demais sob os seguintes aspectos:
 - 1 quanto à clareza e legibilidade;
 - 2 quanto à qualidade da história do paciente e a precisão da anamnese;
 - 3 diagnóstico provável e definitivo;
 - 4 segmento e continuidade das prescrições.

XIV - verificar o seguimento e atualização de informações;

XV - verificar média de permanência dos pacientes sob coordenação do Núcleo Interno de Regulação e dialogar com equipe envolvida;

XVI - verificar se as altas estão em consonância com o correto preenchimento do prontuário a ser liberado para o faturamento.

Capítulo V

Disposições Finais

Art. 15. O Serviço de Apoio Administrativo proporcionará a infraestrutura necessária a assegurar o suporte técnico, científico e operacional, indispensáveis à eficiência da CRPDME.

Art. 16. A CRPDME, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 17. Os casos omissos serão resolvidos pela CRPDME, em cotejo com a Superintendência.

Art. 18. Esse Regimento entrará em vigor após publicação no Boletim de Serviço.

Resolução n.º 40, de 3 de maio de 2016

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, administrado Pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh -, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.ª revisão), em extraordinária, realizada em 3 de maio de 2016, resolve:

Art. 1.º Alterar o art. 6.º do Regimento Interno da Comissão de Padronização de Medicamentos do, parte integrante desta Resolução, para contemplar sua nova formação:

- I - chefe da divisão médica/diretor clínico, como presidente;
- II - gerente de atenção à saúde, como vice-presidente;
- III - chefe da unidade de abastecimento farmacêutico;
- IV - chefe do Setor de Farmácia;
- V - chefe da divisão de logística e infraestrutura hospitalar;
- VI - chefe da divisão administrativo-financeira;
- VII - chefe do setor de vigilância em saúde;
- VIII - médico da comissão de controle de infecção hospitalar;
- IX - representante do departamento de cirurgia;
- X - representante do departamento de clínica médica;
- XI - representante do departamento materno-infantil;
- XII - representante da gerência de ensino e pesquisa;
- XIII - representante dos médicos residentes, indicado pela Comissão de Residência Médica;
- XIV - representante dos alunos de graduação, indicado pela gerência de ensino e pesquisa.

Art. 2.º A presente Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO HC-UFTM

Capítulo I

Da natureza e finalidade

Art. 1.º A Comissão de Padronização de Medicamentos (CPM) é uma junta deliberativa, designada pela Superintendência, com a finalidade de regulamentar a padronização de medicamentos utilizados no receituário hospitalar.

Art. 2.º A CPM tem por finalidade selecionar os medicamentos que farão parte do arsenal terapêutico por meio de um processo dinâmico, contínuo, participativo e multidisciplinar, visando assegurar o acesso aos medicamentos necessários, adotando critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo para utilização racional destes fármacos.

Capítulo II

Da subordinação e autonomia

Art. 3.º a CPM está diretamente ligada à Superintendência do HC-UFTM e tem autonomia para elaborar, incluir e excluir medicamentos do arsenal terapêutico do Instituição.

Art. 4.º Os membros da CPM serão nomeados pelo Superintendente, por meio de Portaria.

Capítulo III

Das competências

Art. 5.º São competências da CPM:

- I - implantar políticas de utilização de medicamentos com base em avaliação, seleção e emprego terapêutico corretos no hospital;
- II - elaborar, avaliar e atualizar periodicamente a lista de medicamentos padronizados, promovendo inclusões ou exclusões, considerando a eficácia, eficiência clínica, segurança e custo;
- III - reduzir custos visando a obter medicamentos essenciais à cobertura dos tratamentos necessários aos pacientes;

IV - estudar medicamentos sob o ponto de vista clínico, biofarmacêutico e químico, emitindo parecer técnico sob sua eficácia terapêutica medicamentosa como critério fundamental de escolha;

V - incentivar e disseminar a elaboração de protocolos de utilização dos medicamentos;

VI - racionalizar o uso de medicamentos;

Capítulo IV

Da composição

Art. 6.º A CPM será composta por representantes técnicos das áreas:

I - diretor clínico/chefe da divisão médica, como presidente;

II - gerente de atenção à saúde, como vice-presidente;

III - chefe da unidade de abastecimento farmacêutico;

IV - chefe do Setor de Farmácia;

V - chefe da divisão de logística e infraestrutura hospitalar;

VI - chefe da divisão administrativo-financeira;

VII - chefe do setor de vigilância em saúde;

VIII - médico da comissão de controle de infecção hospitalar;

IX - representante do Departamento de Cirurgia;

X - representante do Departamento de Clínica Médica;

XI - representante do Departamento Materno-Infantil;

XII - representante da gerência de ensino e pesquisa;

XIII - representante dos médicos residentes, indicado pela Comissão de Residência Médica;

XIV - representante dos alunos de graduação, indicado pela Gerência de Ensino e Pesquisa.

Parágrafo único. O chefe do Setor de Farmácia será também o secretário da CPM.

Art. 7.º Quando houver necessidade de parecer técnico específico, um profissional não integrante da Comissão poderá ser convidado a participar da reunião para deliberação conjunta.

Art. 8.º Todos os integrantes da Comissão deverão assinar um documento de conflito de interesses, declarando que não têm interesse econômico ou pessoal em relação a nenhum fabricante/distribuidor de medicamentos, e que seu trabalho será isento de qualquer favorecimento pessoal (Anexo I).

Art. 9.º São atribuições do presidente da CPM:

- I - convocar e presidir reuniões da CPM;
- II - assinar documentações provenientes da CPM;
- III - representar a CPM, junto à Direção do Hospital;
- IV - estabelecer a Ordem do Dia;
- V - distribuir tarefas para os membros.

Art. 10. São atribuições dos demais membros da CPM:

- I - estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- II - comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
- III - requerer votação de matéria em regime de urgência;
- IV - executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo Presidente.

Art. 11. Compete ao secretário da CPM:

- I - secretariar as reuniões, registrando em atas, as resoluções da CPM;
- II - receber, expedir e arquivar a documentação da CPM.

Capítulo V

Das reuniões

Art. 12. As reuniões da Comissão serão realizadas quadrimestralmente e, extraordinariamente, por convocação do Presidente, sempre que houver 5 (cinco) ou mais Solicitações de Alteração na Padronização de Medicamentos.

Art. 13. As decisões da CPM serão deliberadas em reunião pela maioria simples dos membros presentes à reunião.

Art. 14. Todas as reuniões serão formalizadas em ata, elaborada pelo secretário, com o registro fidedigno de todas as deliberações feitas, que após lida e achada conforme, será assinada pelos participantes.

Art. 15. No caso de um membro ausentar-se a três reuniões consecutivas ou cinco alternadas, sem justificativa plausível, este será substituído por novo representante,

indicado pelo presidente da Comissão, com alteração da portaria de nomeação pelo Superintendente.

Capítulo VI

Da padronização de medicamentos

Art. 16. Os critérios de seleção de medicamentos (inicial, inclusão e exclusões posteriores) para a lista dos padronizados no HC-UFTM, serão consenso entre os membros da Comissão presentes na reunião e rediscutidos sempre que houver necessidade, sendo quaisquer modificações documentadas e oficializadas.

Art. 17. O corpo clínico (somente o *staff*) do HC-UFTM terá a prerrogativa de solicitar a inclusão ou exclusão de medicamentos na padronização, sempre que julgar necessário.

§ 1.º A solicitação de inclusão ou exclusão de medicamentos na padronização será analisada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e emitido parecer para ser analisado em reunião da CPM.

§ 2.º O mecanismo para este tipo de pedido será o Formulário "Solicitações de Alteração na Padronização de Medicamentos" (Anexo II).

Art. 18. A Comissão deve emitir à CFT parecer favorável ou não à inclusão ou exclusão do medicamento no arsenal terapêutico, com o preenchimento do Formulário "Roteiro de Análise e Parecer Técnico na Padronização de Medicamentos" (Anexo III).

Parágrafo único. Caso as recomendações e pareceres da CFT não sejam aceitas para aprovação final, a CPM deverá apresentar justificativa, por escrito, à CFT.

Art. 19. A resposta ao solicitante será através de Carta Resposta, elaborada pelo secretário, contendo a deliberação da Comissão.

Capítulo VII

Das disposições finais

Art. 20. Toda e qualquer política interna, rotina operacional ou decisão estratégica relacionada ao uso de medicamentos no HC-UFTM deverá passar por avaliação prévia da CPM, que fará cumprir a implementação sugerida, desde que a julgue apropriada.

Art. 21. Todos os documentos oficializados em reunião da CPM, além do registro em atas, devidamente assinados pelos seus membros, serão arquivados pelo membro designado secretário.

Art. 22. Os apêndices I e II: "Fluxo da Solicitação de Inclusão e Exclusão na Padronização de Medicamentos" e "Fluxo da Solicitação de Compra de Medicamento Não Padronizado" são partes integrantes deste regimento, deve ser revistos quando houver necessidade e/ou a cada revisão do regimento, possuindo 6 anexos:

I – anexo I, Declaração de conflito de interesse para participar da CPM;

II – anexo II, Solicitação de alteração na padronização de medicamentos;

III – anexo III, Roteiro de análise e parecer técnico na padronização de medicamentos;

IV – anexo IV, Solicitação de compra de medicamentos não padronizados;

V – anexo V, Procedimento Operacional Padrão do Setor de Administração para a compra de medicamento não padronizado;

VI - anexo VI - fluxograma de alteração na padronização de medicamentos.

Art. 23. Este regimento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros da CPM, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 24. Os casos omissos serão resolvidos pela CPM.

Art. 25. O presente Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Apêndice I

Fluxo da Solicitação de Inclusão e Exclusão na Padronização de Medicamentos

1. Pedido de inclusão

As solicitações de inclusão deverão ser feitas através do preenchimento do Formulário de Solicitações de Alteração na Padronização de Medicamentos (Anexo II). Indicar a referência ou anexá-la (em caso de indisponibilidade de consulta *on-line* será obrigatório seu envio), conforme item 6, do referido formulário.

As solicitações de inclusão deverão seguir os critérios:

- Selecionar apenas medicamentos de valor terapêutico comprovado (eficácia e segurança), preferindo os de menor toxicidade, e aprovados pela Anvisa;
- Adotar a designação genérica do princípio ativo na lista de padronização;
- Evitar multiplicidade de princípios ativos destinados ao mesmo fim (a inclusão de um medicamento deverá estar sempre atrelada à possibilidade de exclusão de um representante da classe, anteriormente padronizado).
- Evitar, sempre que possível, as associações medicamentosas, priorizando medicamentos com um único princípio ativo, em que o médico possa associar os medicamentos considerados necessários nas doses convenientes para cada caso. A padronização de associações de fármacos só se justifica quando:
 1. A documentação clínica justifica o uso concomitante de mais de um fármaco;
 2. O efeito terapêutico da combinação é maior que a soma dos efeitos de cada um isoladamente;
 3. O custo da combinação é menor que a soma dos custos dos diversos produtos em separado;
 4. Facilita a posologia para o paciente.
- Evitar a padronização de forma farmacêutica de liberação prolongada, com exceção dos casos em que haja vantagens terapêuticas comprovadas.
- Resguardando-se a qualidade, padronizar os medicamentos, levando-se em consideração o menor custo de aquisição, armazenamento, dispensação e controle.
- Padronizar formas farmacêuticas, apresentações e dosagens considerando: comodidade de administração aos pacientes; faixa etária; facilidade para cálculo de dose a ser administrada; favorecendo a administração dos mesmos e estimulando a adesão do paciente ao tratamento, facilidade para fracionamento ou multiplicação das doses.

2. Pedido de exclusão

As solicitações de exclusão deverão ser feitas através do preenchimento do Formulário de Solicitações de Alteração na Padronização de Medicamentos (Anexo II).

As solicitações de exclusão deverão seguir os critérios:

- Eliminar da padronização os medicamentos que tiveram sua comercialização proibida por órgão competente (nacional ou internacional);
- Substituir medicamentos que têm outro, correspondente, com vantagens terapêuticas, de custo ou aquisição;
- Despadronizar medicamentos que, por seis meses, não apresentem consumo que justifique sua manutenção em estoque como padronizado;
- Eliminar da padronização medicamentos que, em pesquisa interna de vigilância de reações adversas, tenha apresentado índice preocupante de ocorrência destes efeitos em pacientes internados;
- Comprovar toxicidade e/ou ineficácia do fármaco que será substituído/excluído.

3. Resposta de inclusão e/ou exclusão

Após a entrega do formulário devidamente preenchido e seus anexos ao Serviço de Farmácia, será apresentado em reunião da Comissão de Padronização para análise;

A resposta formal, ao solicitante, contendo a deliberação da Comissão, será encaminhada pelo membro secretário representante da unidade de abastecimento farmacêutico.

Apêndice II

Fluxo da Solicitação de Compra de Medicamento não Padronizado

Apenas os medicamentos inclusos na relação de medicamentos padronizados são adquiridos de forma programada pelo Hospital, estando conseqüentemente disponíveis para uso, ao contrário dos medicamentos não padronizados que passam por um processo de compra específico.

Medicamentos não padronizados são aqueles que, por possuírem um consumo muito baixo e irregular, e/ou por serem utilizados em situações excepcionais, não deverão ser mantidos em estoque, porém serão providenciados quando solicitados.

1. Pedido de compra

As solicitações de compra destes medicamentos deverão ser feitas através do preenchimento do Formulário de Solicitação de Medicamento Não Padronizado (Anexo IV), devidamente preenchido e assinado pelo *Staff*, exclusivamente para paciente internado no HC-UFTM

2. Resposta de compra de medicamento não padronizado

Após entrega do formulário preenchido ao Serviço de Farmácia, o farmacêutico analisa se há algum medicamento da mesma classe terapêutica padronizado.

A proposta será analisada imediatamente pelo Diretor Clínico, se houver necessidade o mesmo poderá solicitar parecer do Médico Responsável pelo Setor solicitante. Em caso de aprovação/autorização o pedido é encaminhado, conforme Rotina para compra de medicamento não padronizado, descrita em Procedimento Operacional Padrão da Divisão Administrativo-Financeira (Anexo V).

Anexo I - Declaração de Conflito de Interesse para Participar da Comissão de Padronização de Medicamentos do HC-UFTM

Eu _____

Matrícula: _____ Cargo: _____

Você, ou alguém de sua família, tem interesse financeiro ou de outra natureza em alguma indústria farmacêutica, que poderá constituir um real, potencial ou aparente conflito de interesse em relação à sua participação nesta Comissão?

() SIM () NÃO

Você teve, durante os últimos 5 anos, qualquer emprego ou relação profissional com alguma organização que é fabricante de medicamentos ou que represente organizações deste tipo?

() SIM () NÃO

Se você respondeu SIM a uma das questões acima, por favor explique no espaço abaixo os detalhes.

Existe algum outro tipo de conflito que afete sua objetividade ou independência em seu trabalho nesta Comissão?

Declaro que as informações acima são expressão da verdade e que nenhuma outra situação de conflito de interesse real ou potencial é conhecida por mim. Comprometo-me a comunicá-los sobre quaisquer mudanças nestas circunstâncias.

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____.

Anexo II - Solicitação de Alteração na Padronização de Medicamentos

Tipo de solicitação:

Inclusão

Exclusão

1. Identificação do medicamento

1.2 Nome Genérico: _____

1.3 Nome Comercial: _____

1.4 Apresentação (Forma farmacêutica e concentração): _____

1.5 Indicação Terapêutica: _____

1.5.1 A indicação terapêutica está aprovada em bula? sim não uso *off-label*

1.6 É produzido e comercializado no Brasil? sim não

2. Esquema Terapêutico Recomendado:

2.1 Dose pediátrica: usual: _____ máxima: _____ mínima: _____

2.2 Dose adulta: : usual: _____ máxima: _____ mínima: _____

2.3 Duração do tratamento: _____

3. Previsão de Consumo:

3.1 Número de pacientes/mês: _____

4. Justificativa para inclusão/exclusão

5. O princípio ativo sugerido substitui com vantagens outro medicamento padronizado?

sim não

5.1 Qual(is) medicamento(s) já padronizado(s) poderá(ão) ser excluído(s)?

6. Referências: fica a critério do solicitante apenas indicar a referência ou anexá-la. Em caso de indisponibilidade de consulta *on-line* será obrigatório seu envio.

6.1 Referências de estudos clínicos: publicadas em periódicos científicos nacionais e/ou internacionais que tenham política editorial seletiva e arbitrada pelos pares, preferencialmente de nível de evidência 1, grau A (revisões sistemáticas, metanálises ou ensaios clínicos randomizados).

6.2 Estudos farmacoeconômicos: preferencialmente estudo de custo-efetividade quando comparado com tratamentos consagrados.

6.3 Indicação de Diretrizes e Consensos Nacionais e Internacionais: Caso haja, o solicitante deverá informar o nome de cada sociedade de especialistas e a recomendação de utilização do medicamento com o nível de evidência.

Solicitante (nome/CRM): _____ Serviço: _____ Telefone: _____ e-mail: _____	
Declaração de conflito de interesse: Declaro não apresentar conflito de interesses na recomendação acima. Assinatura e carimbo: _____ Data: ___/___/___ Assinatura e carimbo Chefe do Serviço: _____ Data: ___/___/___	
7. Uso exclusivo serviço de farmácia 7.1 Custo mensal: _____ 7.2 Relacionar medicamentos já padronizados pertencentes a mesma classe terapêutica:	
8. Parecer técnico da comissão de padronização de medicamentos (CPM):	
9. É necessária a instituição de protocolo clínico? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Obs: Em caso afirmativo o solicitante deverá encaminhá-lo ao Serviço de Farmácia no prazo de 30 dias, a contar da data de recebimento do parecer técnico da CPM para sua apreciação e considerações.	
Data: ____/____/____	Carimbo e assinatura do Presidente da CPM

Anexo III - Roteiro de Análise e Parecer Técnico na Padronização de Medicamentos

Tipo de solicitação: <input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Exclusão
--

<p>1. Identificação do medicamento</p> <p>1.1 Nome Genérico: _____</p> <p>1.2 O medicamento possui registro no Ministério da Saúde: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>1.3 A indicação terapêutica está aprovada em bula: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
<p>2. Existem evidências (Estudos clínicos, Indicações de Diretrizes e Consensos, pareceres de Câmaras Internacionais ou experiências na Instituição) de segurança, eficácia e efetividade que justifique a alteração na padronização: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
<p>3. O custo efetividade do tratamento proposto frente aos disponíveis na instituição justifica a alteração na padronização: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
<p>4. Existe necessidade de restrição na utilização do medicamento: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Se sim, determinar: <input type="checkbox"/> Clínica (s): _____ <input type="checkbox"/> Doença (CID): _____ <input type="checkbox"/> Médico (s) Prescritor (s): _____ <input type="checkbox"/> Solicitar Protocolo Clínico de uso <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>
<p>5. Existe necessidade de estudo de utilização do medicamento por tempo determinado com apresentação de relatório de resultados para análise de continuidade de uso? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Se sim, determinar tempo de utilização, número de pacientes a serem tratados e responsáveis pela elaboração do relatório:</p>

6. PARECER: Incluir no arsenal terapêutico: () sim () não	
7. Comentários:	
_____ _____ Parecerista Técnico Parecerista Técnico	
Data: ____/____/____	Carimbo e assinatura do Presidente da CPM

Anexo IV - Solicitação de Compra de Medicamentos não Padronizados

Nome paciente: _____ registro: _____ _____ leito: _____ unidade: _____
Medicamento solicitado: _____ Nome genérico: _____ Apresentação: _____ Nome comercial: _____ OBS: Se o medicamento solicitado for antimicrobiano, a cópia do antibiograma deverá ser anexada à solicitação. E este deve ser encaminhado para prévia aprovação da CCIH.
Posologia: _____ Duração provável do tratamento: _____ Ação farmacológica: _____ _____
Justificativa: _____ _____ _____
Assinatura e carimbo médico solicitante: Data: ____ / ____ / ____
Parecer da diretoria clínica: Data: ____ / ____ / ____ - O medicamento poderá ser adquirido () SIM () NÃO OBS: _____
Serviço de farmácia: No arsenal terapêutico possui outro medicamento da mesma classe terapêutica? () SIM () NÃO Se sim qual? _____ Data: ____ / ____ / ____ * cotações no verso

Estabelecimento	Telefone	Contato	Preço
OBS.:			

Estabelecimento	Telefone	Contato	Preço
OBS.:			

Estabelecimento	Telefone	Contato	Preço
OBS.:			

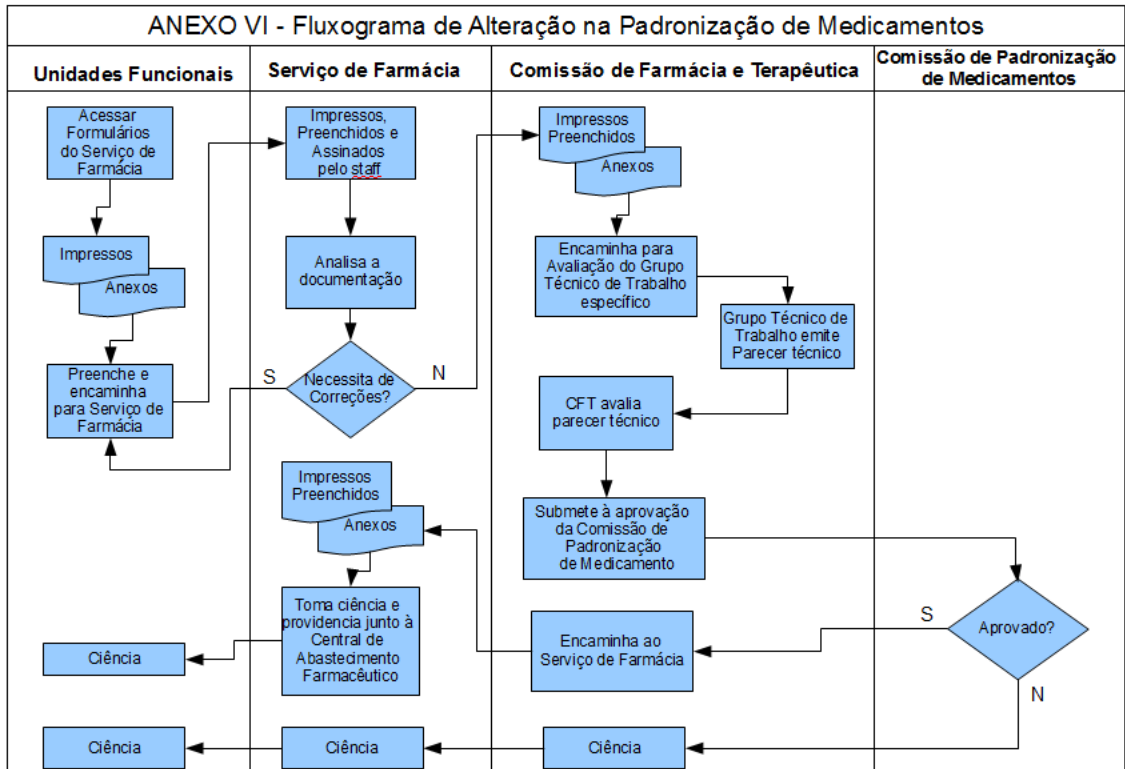
Estabelecimento	Telefone	Contato	Preço
OBS.:			

Anexo V - Rotina Padrão

	EBSERH Hospital de Clínicas da UFTM - Filial EBSERH PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DIVISÃO ADMINISTRATIVA FINANCEIRA - SETOR DE ADMINISTRAÇÃO	POP nº 001
		Data: 25/09/2014
		Revisão: 1ª
	Rotina para compra de medicamento não padronizado	Página: 1 de 2

TAREFA: - Adquirir medicamentos não padronizados no HC/UFTM-Filial EBSERH	Responsável: Médico (Staff) Farmácia Direção Clínica Setor de Administração Unidade de Compras
RECURSOS NECESSÁRIOS: 1. Formulário para Solicitação de Medicamentos Não Padronizados devidamente preenchido e assinado pelo Staff e pelo Diretor Clínico do Hospital autorizando a compra. 2. Memorando do Serviço de Farmácia justificando a necessidade de compra. 3. Pedido de Material e Serviço (PMS) do item (s) solicitado (s).	
PROCEDIMENTOS BÁSICOS	
1. Médico Staff faz a solicitação de compra do medicamento não padronizado exclusivamente para o paciente internado no Hospital e encaminha ao Serviço de Farmácia;	Responsável: Médico Staff
2. Serviço de farmácia certifica se há algum medicamento similar padronizado e verifica com o médico a possibilidade de troca. Se sim, faz a troca e prescrição, se não, passa para o item 3.	Farmacêutico
3. Serviço de Farmácia confirma: a) especificações correta do medicamento; b) quantidade a ser adquirida p/ atender a solicitação; c) realiza o ajuste de embalagem se necessário; d) faz orçamento em 3 farmácias; e) encaminha solicitação para análise e parecer da Diretora Clínica (Coordenadora da Comissão de padronização de Medicamentos)	Farmacêutico

Elaborado por:
 Aprovado Chefia Imediata:
 Aprovação:
 Cesar Hoyler
 Gerente Administrativo
 HC - UFTM / Filial EBSERH
 Siga 0302828



Resolução n.º 41, de 3 de maio de 2016

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, administrado Pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh -, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.ª revisão), em extraordinária, realizada em 3 de maio de 2016, resolve:

Art. 1.º Alterar o art. 7.º do Regimento Interno da Comissão de Estudo da Mortalidade Materna, parte integrante desta Resolução, para contemplar sua nova formação:

I – o vice-diretor clínico, como presidente;

II - o responsável pelo Serviço de Medicina Fetal e Gestação de Alto Risco como investigador e presidente substituto;

III - o Assistente Social da Ginecologia e Obstetrícia;

IV - o chefe da Unidade de Regulação Assistencial;

V - um enfermeiro Responsável pelo Serviço de Enfermagem da Ginecologia e Obstetrícia;

VI - o chefe do Setor de Vigilância em Saúde;

VII - um representante do Núcleo de Vigilância Epidemiológica;

VIII – um médico residente em estágio na especialidade Medicina Fetal;

IX - um aluno de curso de graduação, indicado pela Gerência de Ensino e Pesquisa;

X - um secretário.

Art. 2.º A presente Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ HOSPITALAR DE ESTUDO DA MORTALIDADE MATERNA DO HC-UFTM

Capítulo I

Das disposições preliminares, objetivos, características

Art. 1.º O comitê hospitalar de Estudo da Mortalidade Materna foi estruturado e organizado em 2004, conforme determinação da Portaria 3.477/GM/MS, de 20 de agosto de 1998, revogada pela Portaria 1020, de 29 de maio de 2013, estando em funcionamento atualmente, de acordo com a Resolução SES/MG n.º 3.999 de 31 de outubro de 2013.

Art. 2.º O comitê hospitalar de estudo da mortalidade materna é um organismo de natureza multidisciplinar que visa identificar todos os óbitos maternos ocorridos no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro entre as mulheres em idade fértil, de 10 a 49 anos.

Parágrafo único. A atuação do comitê hospitalar de estudo da mortalidade materna é técnico-científica, sigilosa, não coercitiva ou punitiva, com função eminentemente educativa.

Art. 3.º É considerado óbito materno aquele ocorrido durante a gestação, ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, causado por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela.

Parágrafo único. É considerado óbito materno tardio aquele que ocorre em um período superior a 42 dias, após o término da gestação, e inferior a um ano, após o fim da gestação.

Art. 4.º O instrumento para notificação compulsória e também para embasamento das investigações é a Declaração de Óbito (DO), que deve ser preenchida conforme a portaria n.º 474, de 31 de agosto de 2000, da Fundação Nacional de Saúde, que regulamenta o Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM).

Art. 5.º As decisões emanadas do Comitê de Estudo da Mortalidade Materna hospitalar serão encaminhadas à Superintendência do HC-UFTM para as providências subsequentes.
Parágrafo único. As diretrizes para as ações investigatórias e educativas, visando à redução

da mortalidade materna, serão definidas nas reuniões do comitê e desencadeadas pelo membro designado presidente.

Capítulo II

Das finalidades

Art. 6.º São finalidades do Comitê Hospitalar de Estudo da Mortalidade Materna:

- I - divulgar a necessidade de funcionamento do comitê;
- II - reunir dados levantados em nível institucional, promovendo avaliações contínuas das mudanças nos índices de mortalidade materna e dos fatores que as provocam;
- III - elaborar relatório analítico anualmente;
- IV - estimular as autoridades competentes a atuar sobre o problema, tomando as devidas medidas.

Capítulo III

Da composição e mandato

Art. 7.º O comitê hospitalar, multidisciplinar e multiprofissional, será composto por membros do quadro funcional do HC-UFTM e nomeado em portaria da Superintendência do HC:

- I – o diretor Clínico/Chefe da Divisão Médica, como presidente;
- II - o responsável pelo Serviço de Medicina Fetal e Gestação de Alto Risco como investigador e presidente substituto;
- III - médico do Serviço de Obstetrícia como investigador substituto;
- IV - um Assistente Social da Ginecologia e Obstetrícia;
- V - um responsável pelo Serviço de Admissão e Alta;
- VI - um Enfermeiro Responsável pelo Serviço de Enfermagem da Ginecologia e Obstetrícia;
- VII - um representante do Setor de Vigilância em Saúde;
- VIII - um representante do Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
- IX – um médico residente em estágio na especialidade Medicina Fetal;
- X - um aluno de curso de graduação, indicado por seu respectivo diretório acadêmico e/ou coordenação do curso;
- XI - um secretário.

Parágrafo Único. O Comitê de Estudo da Mortalidade Materna poderá contar com consultores *“ad hoc”*, pessoas pertencentes ou não ao HC-UFTM, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos para demandas do comitê.

Art. 8.º Os membros exercerão seus mandatos num período de dois anos, sem receber qualquer tipo de remuneração adicional, considerando-se o relevante interesse público pertinente às atribuições exercidas pelos mesmos.

§ 1.º A substituição de membros dar-se-á por portaria do Superintendente para o tempo que restar do mandato.

§ 2.º A ausência de um membro do Comitê a três reuniões consecutivas, ao longo de um mesmo ano, sem justificativa, implicará perda do mandato.

Capítulo IV

Das competências

Art. 9.º Compete ao Comitê:

- I – investigar e diagnosticar a mortalidade de mulher em idade fértil na Instituição;
- II – enviar os documentos da investigação e os seus resultados ao Comitê Municipal;
- III – criar medidas para evitar a mortalidade de mulheres em idade fértil na Instituição;
- IV – disponibilizar os resultados obtidos dos trabalhos desenvolvidos para todas as instituições e órgãos competentes, que possam intervir na redução de morte materna;
- V – verificar e zelar pelo correto preenchimento dos prontuários e documento de óbito no estabelecimento;
- VI - atender às solicitações de esclarecimento das secretarias municipal e estadual de saúde, quando necessário.

Capítulo V

Das reuniões/funcionamento

Art. 10. As reuniões serão realizadas em caráter ordinário mensalmente, em dia, local e horário pré-estabelecidos, de acordo com a conveniência de seus membros, na sala de reuniões da Diretoria do HC.

Art. 11. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro do Comitê.

Art. 12. As reuniões serão realizadas com a presença da metade mais um dos membros do Comitê.

Art. 13. De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 14. As deliberações do Comitê de Estudo da Mortalidade Materna serão consubstanciadas em relatórios endereçados ao Superintendente.

Capítulo VI

Das atribuições

Art. 15. São atribuições do presidente do Comitê de Estudo da Mortalidade Materna ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I - instalar a Comissão e presidir suas reuniões;

II - indicar seu vice-presidente e o secretário;

III - representar o Comitê em suas relações internas e externas;

IV - participar nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

VI - indicar membros pertencentes ou não ao Comitê para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;

Art. 16. Caberá ao membro investigador do Comitê:

I - investigar todos os óbitos de mulheres em idade fértil ocorridos no HC-UFTM e preencher a ficha de investigação, padronizada pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde;

II - Apresentar as investigações nas reuniões mensais do comitê.

Art. 17. Caberá ao funcionário do Serviço de Admissão e Alta:

I - Rastrear os óbitos ocorridos no HC-UFTM pelas DOs arquivadas em seu setor e pelo relatório do Serviço de Anatomia Patológica, quando os corpos forem encaminhados ao Serviço de Verificação de Óbito do Município ou Instituto Médico Legal do Estado;

II - Encaminhar a relação de óbitos, ocorridos no mês anterior ao da reunião, ao investigador, com antecedência de pelo 10 dias da reunião.

Art. 18. São atribuições dos demais membros do Comitê:

I - estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

II - comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

III - requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV - executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

V - apresentar proposições sobre as questões atinentes ao Comitê.

Art. 19. Caberá ao secretário do Comitê

I - organizar a ordem do dia;

II - receber e protocolar os processos e expedientes;

III - manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões do Comitê;

IV - providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V - lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI - lavrar e assinar as atas de reuniões do Comitê;

VII - elaborar relatório mensal das atividades do Comitê;

VIII - providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;

IX - providenciar o cálculo da taxa de mortalidade materna mensalmente e encaminhar ao Serviço de Estatística hospitalar;

X - realizar outras funções determinadas pelo presidente, relacionadas ao serviço.

Das disposições gerais

Art. 20. A responsabilidade da direção hospitalar é garantir a infra-estrutura necessária para o funcionamento do comitê hospitalar.

N.º 82, segunda-feira, 16 de maio de 2016

Art. 21. O comitê hospitalar deverá estar vinculado às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde de forma a obter o apoio técnico-administrativo essencial ao exercício de suas funções.

Art. 22. Os casos omissos deste Regimento serão discutidos e resolvidos pelo comitê.

Resolução n.º 42, de 3 de maio de 2016

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, administrado Pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh -, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.ª revisão), em extraordinária, realizada em 3 de maio de 2016, resolve:

Art. 1.º Alterar o art. 8.º do Regimento Interno da Comissão de Estudo da Mortalidade Fetal e Infantil, parte integrante desta Resolução, para contemplar sua nova formação:

- I – o vice diretor clínico, como presidente;
- II – o responsável pelo Serviço de Medicina Fetal e Gestação de Alto Risco/Chefe da Unidade Materno-Infantil, como vice-presidente;
- III – um médico da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica;
- IV – um médico da Unidade de Pronto Socorro Infantil;
- V – um médico da Enfermaria de Pediatria;
- VI - um médico da Unidade de Cuidados Intermediários (Berçário);
- VII - o chefe da Unidade de Regulação Assistencial;
- VIII - o enfermeiro responsável pelo Serviço de Enfermagem da Ginecologia e Obstetrícia;
- IX - o enfermeiro responsável pelo Serviço de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica;
- X - o enfermeiro responsável pelo Serviço de Enfermagem da Unidade de Pediatria;
- XI - o enfermeiro responsável pelo Serviço de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intermediários (Berçário);
- XII - um representante do Alojamento Conjunto;
- XIII - o chefe do Setor de Vigilância em Saúde;
- XIV - um representante do Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
- XV - um médico residente em estágio na especialidade Medicina Fetal;
- XVI - um aluno de curso de graduação, indicado pela Gerência de Ensino e Pesquisa;
- XVII - um secretário.

Art. 2.º A presente resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

**REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ HOSPITALAR DE ESTUDO DA MORTALIDADE
FETAL E INFANTIL DO HC-UFTM**

Capítulo I

Das disposições preliminares, objetivos, características

Art. 1.º O Comitê Hospitalar de Estudo da Mortalidade Fetal e Infantil foi estruturado e organizado conforme determinação da Portaria 3.477/GM/MS, de 20 de agosto de 1998, e da Resolução SES/MG n.º 98, de 30 de junho de 1995, estando em funcionamento de acordo com a Portaria 1119/GM/MS, de 5 de junho de 2008, e da Resolução SES/MG n.º 3.999, de 31 de outubro de 2013.

Art. 2.º O Comitê Hospitalar de Estudo da Mortalidade Fetal e Infantil é um organismo de natureza multidisciplinar que visa identificar todos os óbitos fetais e infantis ocorridos no Hospital de Clínicas (HC) da UFTM.

Parágrafo único. A atuação do Comitê Hospitalar de Estudo da Mortalidade Fetal e Infantil é técnico-científica, sigilosa, não coercitiva ou punitiva, com função eminentemente educativa.

Art. 3.º É considerado óbito fetal a morte de um produto da concepção antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe (a partir de 22 semanas de gestação ou 500 gramas de peso ao nascer).

Parágrafo único. O óbito fetal é indicado pelo fato de o feto, depois da separação, não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

Art. 4.º É considerado óbito infantil a morte de uma criança no primeiro ano de vida.

Parágrafo único. O óbito infantil se subdivide em:

- I - óbito neonatal, que ocorre nos primeiros 28 dias de vida (0 a 27 dias);
 - a) neonatal precoce (0 a 6 dias de vida);

b) neonatal tardio (7 a 27 dias de vida);

II - óbito pós-neonatal, que ocorre após os 28 dias de vida.

Art. 5.º O instrumento para notificação compulsória e também para embasamento das investigações é a Declaração de Óbito (DO), que deve ser preenchida conforme a Portaria n.º 474, de 31 de agosto de 2000, da Fundação Nacional de Saúde, que regulamenta o Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM).

Art. 6.º As decisões emanadas do Comitê serão encaminhadas à Superintendência do HC-UFTM para as providências subsequentes.

Parágrafo único. As diretrizes para as ações investigatórias e educativas, visando à redução da mortalidade fetal e infantil, serão definidas nas reuniões do comitê e desencadeadas pelo membro designado presidente.

Capítulo II

Das finalidades

Art. 7.º São finalidades do Comitê Hospitalar de Estudo da Mortalidade Fetal e Infantil:

I - divulgar a necessidade de instalação do comitê;

II - reunir dados levantados em nível institucional, promovendo avaliações contínuas das mudanças nos índices de mortalidade materna e dos fatores que as provocam;

III - elaborar relatório analítico anualmente;

IV - estimular as autoridades competentes a atuar sobre o problema, tomando as devidas medidas.

Capítulo III

Da composição

Art. 8.º O comitê hospitalar será multidisciplinar e multiprofissional, nomeado e composto por membros do quadro funcional do HC-UFTM, conforme portaria da Superintendência do HC:

I – o vice diretor clínico, como presidente;

- II – o responsável pelo Serviço de Medicina Fetal e Gestação de Alto Risco/Chefe da Unidade Materno-Infantil, como vice-presidente;
- III – um médico da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica;
- IV – um médico da Unidade de Pronto Socorro Infantil;
- V – um médico da Enfermaria de Pediatria;
- VI - um médico da Unidade de Cuidados Intermediários (Berçário);
- VII - o chefe da Unidade de Regulação Assistencial;
- VIII - o enfermeiro responsável pelo Serviço de Enfermagem da Ginecologia e Obstetria;
- IX - o enfermeiro responsável pelo Serviço de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica;
- X - o enfermeiro responsável pelo Serviço de Enfermagem da Unidade de Pediatria;
- XI - o enfermeiro responsável pelo Serviço de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intermediários (Berçário);
- XII - um representante do Alojamento Conjunto;
- XIII - o chefe do Setor de Vigilância em Saúde;
- XIV - um representante do Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
- XV - um médico residente em estágio na especialidade Medicina Fetal;
- XVI - um aluno de curso de graduação, indicado pela Gerência de Ensino e Pesquisa;
- XVII - um secretário.

Parágrafo Único. O Comitê de Estudo da Mortalidade Fetal e Infantil poderá contar com consultores *“ad hoc”*, pessoas pertencentes ou não ao HC-UFTM, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos para demandas do comitê.

Art. 9.º Os membros exercerão seus mandatos num período de dois anos, podendo ser prorrogados, sem receber qualquer tipo de remuneração adicional, considerando o relevante interesse público de suas atribuições.

§ 1.º A substituição de membros dar-se-á por portaria do Superintendente para o tempo que restar do mandato.

§ 2.º A ausência de um membro do Comitê a três reuniões consecutivas, ao longo de um mesmo ano, sem justificativa, implicará perda do mandato.

Capítulo IV

Das competências

Art. 10. Compete ao Comitê:

- I – investigar e diagnosticar a mortalidade fetal e infantil na Instituição;
- II – enviar os documentos da investigação e os seus resultados ao Comitê Municipal;
- III – criar medidas para diminuir a mortalidade fetal e infantil na Instituição;
- IV – disponibilizar os resultados obtidos dos trabalhos desenvolvidos para todas as instituições e órgãos competentes, que possam intervir na redução da mortalidade fetal e infantil;
- V – verificar e zelar pelo correto preenchimento dos prontuários e documento de óbito no estabelecimento;
- VI - atender às solicitações de esclarecimento das secretarias municipal e estadual de saúde, quando necessário.

Capítulo V

Das reuniões/funcionamento

Art. 11. As reuniões serão realizadas em caráter ordinário mensalmente, em dia, local e horário pré-estabelecidos, de acordo com a conveniência de seus membros, na sala de reuniões da Diretoria do HC.

Art. 12. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro do Comitê.

Art. 13. As reuniões serão realizadas com qualquer número de participantes, a critério do Presidente, ficando as resoluções na dependência da presença da metade mais um dos membros do Comitê.

Art. 14. De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 15. As deliberações do Comitê de Estudo da Mortalidade Fetal e Infantil serão consubstanciadas em relatórios endereçados ao Superintendente.

Capítulo VI

Das atribuições

Art. 16. São atribuições do presidente do Comitê de Estudo da Mortalidade Fetal e Infantil, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- I - instalar a Comissão e presidir suas reuniões;
- II - indicar seu vice-presidente e o secretário;
- III - representar o Comitê em suas relações internas e externas;
- IV - participar nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
- VI - indicar membros pertencentes ou não ao Comitê para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;

Art. 17. Caberá aos membros investigadores do Comitê:

- I - investigar todos os óbitos fetais e infantis ocorridos no HC-UFTM e preencher a ficha de investigação, padronizada pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde;
- II - apresentar as investigações nas reuniões mensais do comitê.

Art. 18. Caberá ao membro, funcionário do Serviço de Admissão e Alta:

- I - rastrear os óbitos ocorridos no HC-UFTM nas DOs arquivadas em seu setor e pelo relatório do Serviço de Anatomia Patológica, quando os corpos forem encaminhados ao Serviço de Verificação de Óbito do Município ou ao Instituto Médico Legal do Estado;
- II - encaminhar a relação de óbitos, ocorridos no mês anterior ao da reunião, aos investigadores, com antecedência de pelo 10 dias da reunião.

Art. 19. São atribuições dos demais membros do Comitê:

- I - estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- II - comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
- III - requerer votação de matéria em regime de urgência;
- IV - executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- V - apresentar proposições sobre as questões atinentes ao Comitê.

Art. 20. Caberá ao secretário do Comitê

I - organizar a ordem do dia;

II - receber e protocolar os processos e expedientes;

III - manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões do Comitê;

IV - providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V - lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI - lavrar e assinar as atas de reuniões do Comitê;

VII - elaborar relatório mensal das atividades do Comitê;

VIII - providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;

IX - providenciar o cálculo da taxa da mortalidade neonatal, pós-neonatal e infantil mensalmente e encaminhar ao Serviço de Estatística hospitalar;

X - realizar outras funções determinadas pelo presidente, relacionadas ao serviço.

Das disposições gerais

Art. 21. A responsabilidade da direção hospitalar é garantir a infraestrutura necessária para o funcionamento do comitê hospitalar.

Art. 22. O comitê hospitalar deverá estar vinculado às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde de forma a obter o apoio técnico-administrativo essencial ao exercício de suas funções.

Art. 23. Os casos omissos deste Regimento serão discutidos e resolvidos pelo comitê.

Resolução n.º 43, de 3 de maio de 2016

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, administrado Pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh -, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.ª revisão), em extraordinária, realizada em 3 de maio de 2016, resolve:

Art. 1.º Alterar o art. 6.º do Regimento Interno da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do HC-UFTM, parte integrante desta Resolução, para contemplar sua nova formação:

- I - o chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, como Presidente;
- II - o chefe da Divisão de Gestão do Cuidado;
- III - um médico infectologista;
- IV - o médico da CCIH;
- V - um médico do Laboratório de Análises Clínicas;
- VI - o chefe da Divisão de Enfermagem;
- VII - o chefe da Unidade de Anatomia Patológica e Laboratório de Análises Clínicas;
- VIII - o chefe do Setor de Farmácia;
- IX - um médico, responsável pela Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica;
- X - três enfermeiros do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- XI - um representante da Gerência Administrativa;
- XII - o chefe da Unidade de Reabilitação;
- XIII - o responsável pelo Serviço de Educação na Enfermagem;
- XIV - um médico residente em infectologia (estágio CCIH);
- XV - um aluno de graduação, indicado pela Gerência de Ensino e Pesquisa;
- XVI - um secretário.

Art. 2.º A presente Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR DO HC- UFTM

Capítulo I

Das disposições preliminares, objetivos, características e competências

Art. 1.º A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), é uma Comissão que foi criada para atuar no Hospital de Clínicas da UFTM e anexos, estruturada e organizada conforme determinação da Portaria n.º 2.616, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde.

Art. 2.º A formação da CCIH tem como objetivo básico o equacionamento dos problemas referentes ao desenvolvimento das infecções nosocomiais, partindo da identificação e reconhecimento de suas causas, levando a definição de diretrizes para as ações de controle das infecções hospitalares, avaliando e ratificando o programa de controle de infecção hospitalar, implantado no Hospital de Clínicas, objetivando alcançar os índices para a segurança das pessoas expostas.

Art. 3.º A CCIH é uma comissão permanente, constituída por membros consultores e executores, sendo os executores os representantes da CCIH, devendo atuar como órgão de assessoria e subordinação do Setor de Vigilância em Saúde do Hospital de Clínicas, com autonomia plena para decidir sobre assuntos e traçar metas que, direta ou indiretamente, estiverem relacionadas com o controle da infecção nosocomial.

Art. 4.º As decisões emanadas da CCIH serão encaminhadas à Superintendência do Hospital de Clínicas para providências subsequentes.

Parágrafo único. As diretrizes para as ações de controle de infecções hospitalares no Hospital de Clínicas e seus anexos serão implementadas pelo membros executores da CCIH.

Art. 5.º A Gerência de Risco da ANVISA está sob a responsabilidade das enfermeiras da CCIH.

Capítulo II

Da Composição

Art. 6.º A CCIH será nomeada pelo Superintendente do Hospital de Clínicas, através de edição de Portaria, e será assim constituída:

- I - o chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, como Presidente;
- II - o chefe da Divisão de Gestão do Cuidado;
- III - um médico infectologista;
- IV - o médico da CCIH;
- V - um médico do Laboratório de Análises Clínicas;
- VI - o chefe da Divisão de Enfermagem;
- VII - o chefe da Unidade de Anatomia Patológica e Laboratório de Análises Clínicas;
- VIII - o chefe do Setor de Farmácia;
- IX - um médico, responsável pela Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica;
- X - três enfermeiros do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- XI - um representante da Gerência Administrativa;
- X - o chefe da Unidade de Reabilitação;
- XI - o responsável pelo Serviço de Educação na Enfermagem;
- XII - um médico residente em infectologia (estágio CCIH);
- XIII - um aluno de graduação, indicado pela Gerência de Ensino e Pesquisa;
- XII - um secretário.

Art. 7.º A Presidência da CCIH será exercida pelo chefe o Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente do Hospital de Clínicas.

Art. 8.º A CCIH poderá convidar membros do corpo e/ou unidades de apoio para participarem de suas reuniões sempre que o momento exigir parecer especializado e/ou específico atuando como Consultores.

Art. 9.º A CCIH poderá ter monitores das áreas de Medicina e/ou Enfermagem para auxiliar na execução de tarefas da Comissão e acompanhar programas definidos.

Art. 10. Os membros da CCIH terão mandato que corresponde ao do Superintendente ou a critério do mesmo, sendo permitida sua recondução.

Parágrafo único. Na ausência do representante titular, este deverá indicar o seu substituto legal para participar da reunião.

Capítulo III

Das Competências

Art. 11. Compete à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH):

I – elaborar, implementar, manter e avaliar um programa de Controle de Infecções Hospitalares adequado às características e necessidades da Instituição, contemplando no mínimo ações relativas a: implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares, de acordo com o Anexo III da Portaria 2.616 do Ministério da Saúde/1998; adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando a prevenção e controle das infecções hospitalares; capacitação do quadro de funcionários e profissionais da Instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares; uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.

II – avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;

III – realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

IV – elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da Instituição e às Chefias de todos os setores do hospital, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;

V – elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e isolamento;

VI – adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e o tratamento das infecções hospitalares;

VII – definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a Instituição;

VIII – cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;

IX – elaborar Regimento Interno para a CCIH;

X – cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades;

XI – notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sobre vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em quaisquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com serviços de saúde coletiva;

XII – notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

Capítulo IV

Das Atribuições da CCIH

Art. 12. São atribuições específicas do Superintendente do Hospital de Clínicas:

I – constituir formalmente a CCIH;

II – nomear os componentes da CCIH por meio de ato próprio;

III – propiciar infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIH;

IV – aprovar e fazer respeitar o Regimento Interno da CCIH;

V – garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da Instituição, como por exemplo, os Conselhos Técnicos independente da natureza da entidade mantenedora da instituição de saúde.

Art. 13. São atribuições específicas do Presidente:

I – representar a CCIH;

II – convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias;

III – despachar expedientes e subscrever documentos da Comissão;

IV – dirigir os trabalhos da CCIH;

V – prover recursos para implementação dos Projetos da CCIH;

VI – assessorar a CCIH com relação às diretrizes da administração;

VII – comunicar a destituição dos membros ao Superintendente do Hospital de Clínicas;

VIII – cumprir e fazer cumprir as atribuições descritas;

IX – indicar o seu substituto eventual, sendo este o Chefe do Setor de Vigilância de Saúde.

Art. 14. São atribuições dos membros consultores da Comissão:

I – representante da Administração: implementar as normas da CCIH junto aos serviços de apoio (limpeza, lavanderia, serviço de manutenção, construção civil).

II – médico: participar da padronização de medicamentos; participar ativamente do controle de infecção hospitalar; participar em todos os âmbitos nas discussões e orientações; discutir a prescrição de antibióticos com os médicos, subsidiado com as informações do farmacêutico, do laboratorista e da enfermagem; autorizar a liberação do antibiótico fora da padronização do Hospital de Clínicas; elaborar o programa de controle de antimicrobianos; realizar vigilância epidemiológica ativa; participar de reuniões; participar de reuniões, cursos e congressos que tratem do tema “infecção hospitalar”; participar de pesquisas sobre infecção hospitalar; sugerir medidas que resultem na prevenção ou redução das infecções.

III – farmacêutico: fiscalizar as condições de armazenamento e validade dos medicamentos adquiridos, especialmente dos antibióticos; propor à Comissão o número de marcas e de apresentações comerciais dos agentes terapêuticos utilizados no hospital; manter atualizada a padronização de medicamentos (especialmente a de antibióticos) e sugerir, periodicamente, à CCIH, a exclusão ou a inclusão de agentes terapêuticos na mesma; preparar e divulgar através da CCIH tabela de incompatibilidade química, a fim de evitar a administração inadequada de misturas de medicamentos no paciente; controlar o uso de medicamentos de alto custo ou de elevada toxicidade e pesquisar alternativas menos onerosas e menos tóxicas; informar ao corpo médico, através da CCIH, o custo, os efeitos colaterais e a ação terapêutica dos novos agentes colocados no mercado; manter um arquivo de prescrição de antimicrobianos e fornecer mensalmente à CCIH, levantamento dessa prescrição por clínica e por antibiótico.

IV – enfermeiro: manter contato permanente com as diversas unidades do Hospital para detecção relativa ao controle de infecção hospitalar, coletar dados de interesse, dar orientação técnica e supervisionar o cumprimento das normas e recomendações emanadas da CCIH; criar mecanismos que facilitem o desenvolvimento da vigilância epidemiológica ativa, de forma a facilitar a coleta de dados; acompanhar a implantação do programa de controle de infecção hospitalar; elaborar rotinas e procedimentos técnicos de enfermagem adequado ao controle das infecções hospitalares e orientar sua execução; promover educação em serviço para pessoal que atua em áreas de capacitação específica; participar de reuniões, cursos e congressos que tratem do tema “infecção hospitalar”; participar de pesquisas sobre infecção hospitalar; sugerir medidas que resultem na prevenção ou redução das infecções; promover a revisão e atualização de rotinas e procedimentos com a finalidade de prevenir as infecções hospitalares; fazer cumprir as atribuições descritas.

V - fisioterapeuta: sugerir medidas que resultem na prevenção ou redução das infecções hospitalares; participar de reuniões, cursos e congressos que tratem do tema “infecção hospitalar”; participar de pesquisas sobre infecção hospitalar; promover a revisão e

atualização de rotinas e procedimentos com a finalidade de prevenir as infecções hospitalares; fazer cumprir as atribuições descritas.

VI – microbiologista: orientar o corpo clínico quanto à solicitação de exames, coleta de amostras e interpretação de resultados microbiológicos; rejeitar as solicitações que não estiverem de acordo com os critérios por ele estabelecidos e aprovados pela CCIH; implantar métodos rápidos para a identificação de agentes infecciosos e determinar sua sensibilidade aos antimicrobianos; organizar um arquivo de resultados que permita a realização periódica de levantamentos da frequência de microorganismos isolados das infecções hospitalares e da prevalência de cepas resistentes aos antibióticos.

VII – secretárias: agendar reuniões e expedir convocações/convites para as reuniões extraordinárias; digitar memorandos, ofícios e demais documentos, receber, encaminhar e arquivar correspondências, bem como todas as atualizações pertinentes a CCIH e Gerência de Risco; catalogar fontes bibliográficas; manter os arquivos atualizados; manter os armários organizados; executar os serviços de digitação da CCIH; fazer requisição de materiais e solicitação para consertos de equipamentos e encaminhá-los aos setores competentes, após autorização da chefia da unidade; alimentar diariamente o sistema para notificações de infecção hospitalar (planilha Excel) após notificação de infecção hospitalar pelos membros executores da CCIH, gerando a estatística global mensal; participar da organização de eventos; realizar reservas de transporte aéreo, terrestre e estada dos componentes da CCIH, Gerência de Risco para eventos externos;

k) digitar os relatórios elaborados pelo grupo técnico;

l) confeccionar impresso referente a planilha NNIS (*National Nosocomial Infections Surveillance* - Sistema Nacional de Vigilância de Infecções Hospitalares) mensal das infecções hospitalares das unidades críticas;

m) realizar a notificação das queixas técnicas e eventos adversos da farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância;

n) encaminhar a relação dos produtos notificados à Gerência Administrativa do HC, Setor de Compras do HC, Comissão de Padronização de Materiais e Serviço de Material Consignado do HC-UFTM;

o) emitir com autorização do Gerente de Risco a guia de recolhimento de importação de produtos;

p) participar e elaborar ata de reunião da Gerência de Risco e CCIH;

q) conferir agenda e comunicar as atividades do dia a cada membro do setor;

r) receber exames laboratoriais, conferir unidade de internação e leito do paciente e encaminhar aos membros executores da CCIH para vigilância microbiológica ativa;

- s) checar os e-mails da caixa de entrada do Outlook/CCIH diariamente;
- t) encaminhar até o último dia de cada mês o impresso NNIS para as unidades críticas e solicitar os impressos anteriores;
- u) solicitar até o dia 5 de cada mês as estatísticas gerais de cada setor (Centro Cirúrgico, Serviço de Material Consignado, Ginecologia/Obstetrícia, Cirurgia Cardíaca e Serviço de Dados e Estatística).

Capítulo V

Dos membros executores da CCIH

Art. 15. Os membros executores da CCIH representam o Controle de Infecção Hospitalar, e portanto, são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar:

Da Composição

- I - coordenador, com dedicação a CCIH;
- II - o Médico, com tempo mínimo de 04 horas diárias de dedicação a CCIH;
- III - o enfermeiro com tempo mínimo de 06 horas diárias de dedicação a CCIH;
- IV - secretária com dedicação exclusiva ao CCIH;
- V- estagiários.

Capítulo VI

Das Atribuições

Art. 16. São atribuições dos membros executores:

I - coordenador: estruturar A CCIH do ponto de vista organizacional e operacional; promover a capacitação dos recursos humanos da CCIH; coordenar e ministrar periodicamente, cursos de controle de infecção hospitalar para os profissionais de saúde que atuam na Instituição; realizar busca ativa de casos, diariamente, com assessoramento na abordagem de pacientes de risco e infectados; padronizar germicidas e/ou produtos químicos com supervisão da utilização dos mesmos; avaliar a padronização de rotinas técnicas; realizar investigações epidemiológicas quando necessárias; elaborar relatórios periódicos e promover discussão com o corpo clínico e a unidade de enfermagem; elaborar relatórios mensais e anuais para a Secretaria de Saúde; assessorar e/ou dar subsídio ao Hospital, na aquisição e manutenção de equipamentos destinados a procedimentos invasivos; divulgar o trabalho realizado no

Hospital em congressos, seminários, cursos e atividades afins; comunicar periodicamente ao Superintendente todas as medidas a serem tomadas e o andamento das atividades.

II – médico: realizar busca ativa de casos, com assessoramento na abordagem de pacientes infectados; participar da rotinização de atividades técnicas; realizar investigação epidemiológica; elaborar relatórios periódicos e discuti-los com o corpo clínico; realizar pesquisas e divulgar o trabalho da CCIH em eventos; auditar o uso de antimicrobianos; elaborar estratégias de intercâmbios internos e externos.

III – enfermeiro: realizar vigilância epidemiológica (busca ativa e passiva) de casos nos diversos setores no Hospital, com pesquisa de infecções de egresso; realizar busca ativa no laboratório de microbiologia e/ou obter acesso direto com terminal de computador na CCIH; realizar investigações epidemiológicas; padronizar e/ou supervisionar rotinas técnicas para controle de infecções hospitalares; elaborar os relatórios mensais da CCIH; reciclar recursos humanos para controle de infecções em todos os níveis em cooperação com setores competentes; realizar trabalhos científicos em controle de infecção hospitalar que sejam de importância para a CCIH; realizar inspeção periódica em todos os setores para avaliar a implementação do Programa de Prevenção e Controle das Infecções; atender e assistir os visitantes e estagiários do CCIH; elaborar, implantar e implementar e/ou orientar o Programa de Prevenção do Controle das Infecções Hospitalares; substituir o coordenador em seu impedimento.

Capítulo VII

Art. 17. A execução de atividades desenvolvidas pela CCIH não relacionadas neste Regimento poderão ser realizadas por qualquer um de seus membros de acordo com sua disponibilidade.

Capítulo VIII

Das reuniões

Art. 18. As reuniões da CCIH serão realizadas em caráter ordinário (bimestral), em dia, local e horário pré-estabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, na sala de reuniões da Superintendência do Hospital de Clínicas, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 48 horas de antecedência.

Art. 19. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro da Comissão.

Art. 20. Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer um dos membros da Comissão.

Art. 21. A CCIH poderá incluir mensalmente em uma de suas reuniões, apresentação de trabalhos ou relatos de interesse científico, podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 22. As reuniões serão realizadas com qualquer número de participantes, a critério do Presidente, ficando as resoluções na dependência da presença da metade, mais um, dos membros da CCIH.

Art. 23. De cada reunião será lavrada Ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 24. Os membros da comissão que faltarem a 3 (três) reuniões consecutivas, injustificadamente, serão automaticamente considerados desligados e o pedido de sua substituição encaminhado ao Superintendente.

Capítulo IX

Das disposições finais

Art. 25. Este Regimento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros da Comissão, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 26. Os casos omissos serão resolvidos pela comissão em reunião para isto, convocada com a presença do Superintendente.

Art. 27. O presente Regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

Resolução n.º 45, de 3 de maio de 2016

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, administrado Pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh -, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.ª revisão), em reunião extraordinária, realizada em 3 de maio de 2016, resolve:

Art. 1.º Alterar o art. 15. do Regimento Interno do Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, parte integrante desta Resolução, para contemplar sua nova formação:

- I - o chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, como coordenador;
- II - o chefe da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais;
- III - um enfermeiro da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais;
- IV - o chefe da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar;
- V - o médico da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar;
- VI - um representante da Gerência de Atenção à Saúde;
- VII - um representante da Divisão Médica;
- VIII - o chefe da Divisão de Gestão do Cuidado;
- IX - um representante da equipe médica da Clínica Cirúrgica;
- X - um representante da equipe médica da Clínica Médica;
- XI - dois farmacêuticos;
- XII - o chefe da Divisão de Enfermagem;
- XIII - um representante do Serviço de Educação na Enfermagem;
- XIV - um representante da Gerência Administrativa;
- XV - um representante da Unidade Psicossocial;

Art. 2.º A presente Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Siglário

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)

Eventos Adversos (EAs)

Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)

Ministério da Saúde (MS)

Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

Organização Mundial da Saúde (OMS)

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)

Plano de Segurança do Paciente (PSP)

Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)

Resolução da Diretoria Colegiada (RDC)

Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS)

Úlcera por pressão (UPP)

Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

Introdução

O tema “Segurança do Paciente” vem sendo desenvolvido sistematicamente pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) desde sua criação, cooperando com a missão da vigilância sanitária de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado.

A partir de 2004, a Anvisa incorporou ao seu escopo de atuação as ações previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da Organização Mundial da Saúde (OMS), da qual o Brasil faz parte. Desde então, a Agência vem intensificando suas atividades no campo de serviços de saúde em parceria com o Ministério da Saúde (MS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) e demais entes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Do mesmo modo, práticas de vigilância e monitoramento sobre o uso de sangue, saneantes, materiais, dispositivos, equipamentos e medicamentos, aliam-se à vigilância e controle de eventos adversos (EAs), incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), em busca de uma atenção qualificada à saúde.

Em paralelo, ao redor do mundo, a gestão de riscos e a melhoria de qualidade e nos cuidados passavam a ter esforços conjuntos dentro das organizações de saúde, perseguindo a segurança do paciente.

Fortaleceram-se o cuidado ao paciente e as práticas de vigilância e monitoramento como componentes indissociáveis das discussões sobre o ambiente, as práticas e o uso das tecnologias em saúde, já historicamente presentes no contexto da vigilância sanitária.

Assim, normativas que tratam da prevenção e controle de EAs relacionados à assistência à saúde, como as IRAS, e ações voltadas para a garantia da segurança no uso das tecnologias, como a instituição da vigilância pós-uso e pós-comercialização, dada pela Portaria MS n.º 1.660, de 22 de julho de 2009, têm sido instituídas no País.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído no Brasil pela Portaria MS n.º 529, de 1 de abril de 2013, demonstra comprometimento governamental contribuindo para a qualificação do cuidado em segurança para pacientes, profissionais de saúde e ambiente de assistência à saúde.

Conferindo institucionalidade e responsabilização para se obter a segurança do paciente, faz-se necessário, no âmbito dos estabelecimentos de saúde, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), com a atribuição de elaborar o Plano de Segurança do Paciente (PSP) nos termos definidos pelo PNSP, demonstrando, assim, o compromisso e planejamento

institucional dos ambientes de cuidado, em sistematizar as práticas que podem incorrer em maiores riscos aos pacientes. Nesse contexto, o conhecimento sobre ferramentas de gestão de risco, protocolos de segurança e demais instrumentos que favorecem a incorporação de indicadores e promovem a cultura da segurança do paciente é de grande valia.

Entre as regulamentações criadas pela Anvisa no tema, merece destaque a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. A RDC estabelece a obrigatoriedade de implantação do NSP em serviços de saúde. O desenvolvimento das ações e das estratégias previstas no PNSP cabe ao NSP, o qual desempenha papel fundamental em todo processo de implantação do PSP em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, e promovendo maior segurança para pacientes, profissionais de saúde e ambiente de assistência à saúde.

Capítulo I

Das disposições gerais

Art. 1.º Este regimento atende as normas instituídas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), autoridade regulamentar brasileira encarregada, dentre outras responsabilidades, de acompanhar o desempenho de produtos da área da saúde quando são lançados no mercado e colocados à disposição do consumidor.

Parágrafo único. A Anvisa define se um produto de saúde será mantido ou retirado do mercado, sendo que todos os problemas por ela detectados são comunicados à Organização Mundial de Saúde (OMS), o que beneficia a saúde do Brasil e do mundo.

Art. 2.º As boas práticas de funcionamento do serviço de saúde são componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

Parágrafo único. Conceitua-se serviço de saúde estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis.

Art. 3.º Para efeitos deste regimento a cultura da segurança é o conjunto de 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.

Parágrafo único. A Segurança do Paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde

Art. 4.º A criação do plano de segurança do paciente em serviços de saúde apontará as situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.

Art. 5.º A Gestão de risco será desenvolvida através da aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Art. 6.º O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente e visa à totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem.

Art. 7.º Considera-se dano o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

Art. 8.º Evento adverso (EA) é o incidente que resulta em dano à saúde e pode ser classificado em:

I - eventos graves relacionados aos procedimentos cirúrgicos;

- a) cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no sítio errado;
- b) cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no paciente errado;
- c) realização de cirurgia ou outro procedimento invasivo errado em um paciente;
- d) retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após cirurgia ou outro procedimento invasivo;

e) óbito intraoperatório ou imediatamente pós-operatório / pós-procedimento em paciente ASA Classe 1;

II - eventos relacionados a produtos:

- a) óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de medicamentos;
- b) óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produtos para saúde;
- c) óbito ou evento grave associado ao uso de produtos biológicos (vacina e hemoderivados, sangue e hemocomponentes, outros tecidos e células) contaminados;
- d) óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produto em desacordo com a indicação do fabricante (conforme registrado na Anvisa).

III - eventos relacionados à proteção do paciente:

- a) alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada;
- b) óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente;
- c) suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde.

IV- eventos relacionados à gestão do cuidado:

- a) óbito ou lesão grave de paciente associados a erro de medicação (ex.: erros envolvendo prescrição errada, dispensação errada, medicamento errado, dose errada, paciente errado, hora errada, velocidade errada, preparação errada, via de administração errada);
- b) óbito ou evento adverso grave associado a erro transfusional;
- c) óbito ou lesão grave materna associada ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco;
- d) óbito ou lesão grave de paciente associados à queda durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- e) qualquer úlcera de pressão estágio 3, 4 ou não classificável, adquirida após internação/ comparecimento no serviço de saúde;
- f) óbito ou lesão grave de paciente associados à embolia gasosa durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- g) inseminação artificial com o esperma do doador errado ou com o óvulo errado;
- h) óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irrecuperável de amostra biológica insubstituível;
- i) óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exames de laboratório, patologia ou radiologia.

V- eventos ambientais:

- a) óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- b) qualquer incidente no qual sistema designado para fornecer oxigênio ou qualquer outro gás ao paciente não contenha gás, contenham o gás errado ou estejam contaminados com substâncias tóxicas;
- c) óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- d) óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde.

VI - eventos radiológicos que possam levar a óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à introdução de objeto metálico em área de Ressonância Magnética.

VII- eventos criminais potenciais:

- a) qualquer tipo de cuidado prescrito ou prestado por qualquer um se fazendo passar por médico, enfermeiro, farmacêutico ou por outro prestador de cuidado de saúde licenciado;
- b) sequestro de paciente de qualquer idade;
- c) abuso ou agressão sexual de paciente ou colaborador dentro ou nas proximidades do serviço de saúde;
- d) óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador resultante de agressão física (espancamento) que ocorra dentro ou nas proximidades do serviço de saúde.

Art. 9.º Considera-se tecnologias em saúde o conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infra-estrutura e a organização do serviço de saúde.

Capítulo II

Do núcleo de segurança do paciente

Art. 10. O NSP tem a missão de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado.

Art. 11. O NSP objetiva promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de NSPs.

Art. 12. O NSP, durante as ações de implantação e implementação e a manutenção obedecerá as seguintes normas:

Portaria MS n.º 2616 de 12 de maio de 1998. Estabelece as normas para o programa de controle de infecção hospitalar.

Portaria n.º 529, de 1.º de abril de 2013

Portaria n.º 1.377, de 9 de julho de 2013

Resolução - RDC N.º 36, de 25 de Julho de 2013

Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: Anvisa, 2014.

Capítulo III

Da natureza e finalidade

Art. 13. O NSP é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, deve estar diretamente ligado a Superintendência do Hospital.

Art. 14. O NSP tem por finalidade assessorar a Superintendência estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais do Hospital.

Capítulo IV

Da Composição

Art. 15. O NSP será composto por representantes, titulares e suplentes, de reconhecido saber e competência profissional, todos nomeados pela Superintendência, da seguinte forma:

I - o chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, como coordenador;

II - o chefe da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais;

III - um enfermeiro da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais;

IV - o chefe da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar;

V - o médico da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar;

VI - um representante da Gerência de Atenção à Saúde;

VII - um representante da Divisão Médica;

VIII - o chefe da Divisão de Gestão do Cuidado;

IX - um representante da equipe médica da Clínica Cirúrgica;

X - um representante da equipe médica da Clínica Médica;

XI - dois farmacêuticos;

XII - o chefe da Divisão de Enfermagem;

XIII - um representante do Serviço de Educação na Enfermagem;

XIV - um representante da Gerência Administrativa;

XV - um representante da Unidade Psicossocial;

XVI - um secretário.

Capítulo V

Dos deveres e responsabilidades

Art. 16. Os membros do Núcleo devem exercer suas funções com celeridade e seguindo os seguintes princípios:

I - proteção à honra e à imagem dos pacientes envolvidos em incidentes em saúde;

II - proteção à honra e à imagem dos profissionais envolvidos em incidentes em saúde; III - proteção à honra e à imagem dos fabricantes de produtos relacionados a queixas técnicas e incidentes em saúde;

IV - proteção à identidade do notificador;

V - independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;

VI - foco nos processos durante na apuração dos fatos e no processo decisório.

Art. 21. Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes do Colegiado ao abrir o item de pauta.

Parágrafo único. O membro do Núcleo estará impedido, caso seja aberto para votação, de votar quaisquer itens de pauta envolvendo a área que representa.

Art. 22. As matérias examinadas nas reuniões do Núcleo têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

Parágrafo Único. Os membros do Núcleo não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo ao Coordenador do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicados para apreciação da Superintendência.

Art. 23. As atribuições do Coordenador incluirão, entre outras, as seguintes atividades:

- I - coordenar as discussões;
- II - produzir e expedir documentos;
- III - distribuir tarefas;
- IV - conduzir os trabalhos;
- V - coordenar o apoio administrativo.

Art. 24. O Auxiliar Administrativo que compõe o NSP e o seu substituto terão as atribuições de fornecer o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento do NSP.

Capítulo VI

Do mandato

Art. 25. O mandato dos membros do NSP terá a duração de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos.

Parágrafo único. Independente da motivação sobre a destituição de membro do NSP, essa ocorrerá sob apreciação e ato da Superintendência.

Capítulo VII

Das prerrogativas e competências do NSP

Art. 26. São princípios do NSP:

- I - a garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde;
- II - a garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- III - a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- IV - a disseminação sistemática da cultura de segurança;
- V - a articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- VI - a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;

VII - a promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.

Art. 27. O NSP deve promover ações para a gestão do risco no âmbito da instituição tais como;

I - prever a mitigação de EAs, especialmente aqueles sabidamente evitáveis e os que nunca devem ocorrer.

II - fazer uso de ferramentas de gestão de risco para o processo investigatório;

III - conhecer o processo de tal forma que se antecipe aos problemas, identificando os pontos críticos de controle de cada uma dessas etapas.

Art. 28. O NSP deve desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição.

Parágrafo único. O processo de elaboração e desenvolvimento das ações e atividades do NSP necessita ser conduzido de forma participativa, com envolvimento da direção, de profissionais da assistência, do ambiente e da administração.

Art. 29. O NSP deve promover 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:

Parágrafo único. O NSP deve promover a gestão de riscos e definir ações e estratégias no Plano de Segurança do Paciente (PSP), envolvendo as áreas de maior risco nos serviços de saúde, tais como:

I - elaborar, divulgar e manter atualizado o PSP em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição, bem como:

a) pequenas alterações no plano devem ser sinalizadas e amplamente divulgadas;

b) a atualização periódica do instrumento deve ser realizada sempre que: existir risco iminente de problemas envolvendo novas tecnologias; houver uma drástica alteração na realização de procedimentos e processos.

II - acompanhar as ações vinculadas ao PSP:

a) os integrantes do NSP devem assumir uma postura proativa, identificando e procurando os vários setores dos serviços de saúde para a discussão das soluções possíveis para os problemas encontrados;

- b) promover a melhoria dos processos de trabalho pelo estabelecimento de boas práticas;
- c) incorporar a participação do paciente na decisão do seu cuidado, sempre que possível.

III - implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores, abordando os seguintes temas:

- a) higiene das mãos;
- b) cirurgia segura;
- c) prevenção de úlcera por pressão (UPP);
- d) identificação do paciente;
- e) prevenção de quedas;
- f) prescrição, uso e administração de medicamentos.

IV - estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde, que podem ser:

- a) profissionais capacitados;
- b) uso de protocolos de segurança do paciente;
- c) dose unitária de medicamentos;
- d) outros a serem definidos.

V - desenvolver, implantar, avaliar, monitorar, acompanhar e manter atualizado plano e os programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital, difundindo conhecimentos sobre o tema, capacitando, periodicamente, profissionais que atuam nos serviços de saúde em ferramentas da qualidade e segurança do paciente.

VI - analisar e avaliar os dados sobre incidentes e EAs decorrentes da prestação do serviço de saúde, da seguinte forma:

- a) busca ativa em prontuários;
- b) reuniões de serviço;
- c) auditoria da qualidade;
- d) demais a serem definidas.

VII - compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e EAs decorrentes da prestação do serviço de saúde, estimulando a continuidade da notificação.

VIII – Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) os EAs decorrentes da prestação do serviço de saúde, estimulando os profissionais a notificar os EAs sem ameaça e punição, criando um ambiente onde riscos, falhas e danos podem ser facilmente reportados, por meio de:

a) Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa) onde os *links* para notificação estão disponibilizados no Portal da Anvisa (www.anvisa.gov.br) e *Hotsite* Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde (<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/index.html>);

b) acompanhar o processo de notificação;

c) analisar e avaliar as notificações sobre e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

IX - manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de EAs, nas seguintes condições:

a) se o serviço de saúde não detectar nenhum EA durante o período de notificação, o NSP deverá arquivar como ocorrência relativa àquele mês ausência de EAs naquele estabelecimento, nesse caso, não há necessidade de notificação negativa ao SNVS;

b) em caso de denúncia, inspeção sanitária ou outro tipo de atuação regulatória.

X - acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;

XI - avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

XII - priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA, EBSERH e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;

XIII - desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;

XIV - promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;

XV - promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

XVI - elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;

XVII - apoiar a Sede da Ebserh no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente para a rede da Empresa;

XVIII - participar de eventos e demais ações promovidos pela Ebserh Sede sobre segurança do paciente e qualidade.

Capítulo VIII

Das reuniões

Art. 30. As reuniões do NSP serão realizadas em caráter ordinário (quinzenal), em dia, local e horário pré-estabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 48 horas de antecedência.

Art. 31. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer membro do NSP, de acordo com a urgência da matéria.

Art. 32. As reuniões serão conduzidas pelo Coordenador e, na falta deste, pelo seu substituto formal.

Art. 33. Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer membro do NSP.

Art. 34. O NSP poderá incluir mensalmente em uma das suas reuniões, apresentação de trabalhos ou relatos de interesse científico, podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 35. As reuniões serão realizadas com no mínimo metade, mais um, dos membros do NSP, ficando as Resoluções na dependência da presença deste número de membros.

Art. 36. De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 37. Os membros da comissão que faltarem a 03 (três) reuniões consecutivas, injustificadamente, serão automaticamente considerados desligados e o pedido de sua substituição encaminhado ao Superintendente.

Capítulo IX

Das deliberações e recomendações

Art. 38. As deliberações do NSP serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

§ 1.º As votações, quando necessárias, serão abertas e acompanhadas de defesa verbal registradas em ata.

§ 2.º As decisões serão tomadas em votação por maioria simples dos presentes.

§ 3.º Em caso de empate na votação, a decisão final caberá ao Coordenador do NSP.

Capítulo X

Do suporte ao funcionamento

Art. 39. O apoio administrativo ao NSP será realizado pelo pessoal administrativo do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.

Art. 40. São consideradas atividades administrativas:

- I - prestar subsídios e informações relacionadas às atividades do NSP;
- II - elaborar e arquivar atas, processos, relatórios, documentos, correspondências e a agenda do NSP;
- III - realizar o agendamento, a preparação e a expedição das convocações para as reuniões e o provimento do apoio logístico para as mesmas.

Capítulo XI

Dos grupos de trabalho do nsp

Art. 41. O NSP poderá criar grupos de trabalho para tratamento de assuntos específicos.

§ 1.º - Os grupos de trabalho serão compostos por no máximo 6 (seis) componentes tendo reconhecido saber e competência profissional no tema, todos indicados pelo NSP e nomeados pela Superintendência.

§ 2.º - Cada grupo de trabalho será coordenado por um representante do NSP.

§ 3º - O membro que acumular faltas não justificadas em duas reuniões consecutivas será desligado do grupo de trabalho.

§ 4.º - As atribuições do Coordenador do grupo de trabalho incluirão, sem prejuízo de outras:

- I - coordenar as discussões;
- II - definir responsabilidades dos componentes;
- III - conduzir os trabalhos;

IV - responsabilizar-se pela entrega tempestiva dos produtos demandados pelo NSP.

Capítulo XII

Das disposições finais

Art. 42. Este regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 43. Os casos omissos serão resolvidos pelo núcleo em reunião para isto convocada com a presença do Superintendente.

Art. 44. O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

Resolução n.º 46, de 3 de maio de 2016

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, administrado Pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh -, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.ª revisão), em reunião extraordinária, realizada em 3 de maio de 2016, resolve:

Art. 1.º Alterar o art. 4.º do Regimento Interno do Comitê Transfusional do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, parte integrante desta Resolução, para contemplar sua nova formação:

- I - chefe da Divisão Médica/diretor clínico, como presidente;
- II - chefe do Setor de Vigilância em Saúde, como vice-presidente;
- III - representante do Serviço de Anestesiologia;
- IV - chefe da Unidade de Pronto Socorro;
- V - chefe da Unidade de Especialidades Cirúrgicas;
- VI - um representante da Unidade de Cuidados Intensivos;
- VII - um representante da Divisão de Enfermagem;
- VIII - chefe da Seção de Fracionamento e Produção do Hemocentro/HEMOMINAS;
- IX - responsável pela Unidade Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica;
- X - o coordenador da Enfermagem do Pronto Socorro;
- XI - um enfermeiro do Centro Cirúrgico;
- XII - dois membros da Hemovigilância;
- XIII - os médicos residentes em Hematologia (R2);
- XIV - um médico residente em Anestesiologia (R3);
- XV - um médico residente em Clínica Médica (R1 - Estágio UTI);
- XVI - um aluno de curso de graduação, indicado pela Gerência de Ensino e Pesquisa

Art. 2.º A presente Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ TRANSFUSIONAL DO HC-UFTM

Capítulo I

Da implantação

Art. 1.º O Comitê Transfusional (CT) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro está instituído, considerando:

I - a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC)/Anvisa n.º 153, de 14 de junho de 2004, que determina aos hospitais que tenham serviço de hemoterapia, a constituição de comitê transfusional;

II - a RDC N.º 34, /Anvisa, de 11 de Junho de 2014, que determina o Regulamento Sanitário para serviços que desenvolvem atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue humano e componentes e procedimentos transfusionais;

III - a Portaria Interministerial n.º 2.400/2007, que determina que os hospitais que desejarem ser certificados como Hospital de Ensino devem ter constituído comitê transfusional;

IV - a Portaria do Ministério da Saúde n.º 2.712/2013 que aprova o regulamento técnico dos procedimentos hemoterápicos;

V - as questões de ordem técnica, administrativa e jurídico-legal, referentes à Hemoterapia e especificadas no contrato firmado com a Fundação Hemominas.

Art. 2.º O Comitê Transfusional receberá consultoria técnica da Fundação Hemominas e terá como referência o Comitê do Hemocentro Regional de Uberaba.

Art. 3.º O Comitê Transfusional terá como objetivos e competências:

I - proporcionar a melhoria do atendimento hemoterápico ao paciente internado;

II - analisar a indicação e a eficiência das transfusões realizadas;

III - implementar estratégias para o uso racional do sangue;

IV - orientar e atualizar o corpo clínico e de enfermagem nos assuntos pertinentes à hemoterapia;

V - realizar a hemovigilância de incidentes transfusionais infecciosos e não infecciosos;

VI - atuar segundo as normas técnicas da Fundação Hemominas.

Capítulo II

Da composição

Art. 4.º O Comitê Transfusional será constituído pelos seguintes representantes, todos designados em portaria pelo Superintendente;

I - chefe da Divisão Médica/diretor clínico, como presidente;

II - chefe do Setor de Vigilância em Saúde, como vice-presidente;

III - representante do Serviço de Anestesiologia;

IV - chefe da Unidade de Pronto Socorro;

V - responsável pelo Serviço de Cirurgia;

VI - chefe da Unidade de Especialidades Cirúrgicas;

VII - um representante da Unidade de Cuidados Intensivos;

VII - um representante da Divisão de Enfermagem;

VII - chefe da Seção de Fracionamento e Produção do Hemocentro/HEMOMINAS;

VIII - responsável pela Unidade Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica;

IX - o coordenador da Enfermagem do Pronto Socorro;

X - um enfermeiro do Centro Cirúrgico;

XIII - dois membros da Hemovigilância;

XIV - os médicos residentes em Hematologia (R2);

XVI - um médico residente em Anestesiologia (R3);

XVII - um médico residente em Clínica Médica (R1 - Estágio UTI);

XVIII - um aluno de curso de graduação, indicado pela Gerência de Ensino e Pesquisa.

Art. 5.º A duração do mandato será de 2 anos sendo permitida a reeleição, em comum acordo com os membros.

Parágrafo único. As reuniões ocorrerão bimestralmente, a contar da última reunião realizada, sendo aceitáveis reuniões extraordinárias, considerando a gravidade do caso.

Art. 6.º O Comitê terá sua sede na sala da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e as reuniões serão realizadas na sala de reuniões da Superintendência.

Capítulo III

Das atribuições

Artigo 7.º São atribuições do Comitê Transfusional:

I - discutir, dentre outros, os seguintes aspectos relacionados ao uso dos

hemocomponentes:

- a) solicitação;
- b) distribuição, manuseio e administração;
- c) gerenciamento;
- d) monitorização das respostas dos pacientes.

II - estabelecer diretrizes (“Guidelines”) para a administração de cada hemocomponente, valendo-se da literatura médica como referência:

- a) formalmente aprovadas pelo Corpo Clínico antes de sua implantação;
- b) servem de orientação para os médicos solicitantes sobre práticas transfusionais, para as quais existem evidências baseadas na prática e em estudos clínicos;
- c) não necessariamente devem contemplar todos os casos em que se indique transfusão;
- d) haverá situações clínicas nelas não contempladas, em que a transfusão poderá ser necessária, onde, nestes casos, deve-se obedecer ao bom senso e a experiência dos elementos envolvidos no caso;
- e) poderá haver, também, situações contempladas pelas Diretrizes que não serão necessariamente melhoradas com a transfusão;
- f) em todos os casos, a razão da solicitação do hemocomponente deve estar evidenciada na documentação do prontuário do paciente.

III - avaliar a Indicação da Transfusão:

- a) prospectiva (antes da transfusão), sendo a mais adequada, principalmente para hemocomponentes de alto custo, podendo identificar:
 - 1. transfusões desnecessárias;
 - 2. solicitação inadequada, em tempo hábil;
 - 3. solicitação potencialmente perigosa.
- b) retrospectiva (após a transfusão).

IV - monitorar as hemotransfusões, em relação a um médico ou um grupo de médicos solicitantes (por exemplo, número de unidades de concentrados de hemácias usados no procedimento de prótese de quadril; uso de plaquetas durante uma cirurgia cardíaca; total de hemocomponentes usados num grupo particular de um diagnóstico), com espírito de revisão colaborativa com intervenções corretivas educacionais.

Art. 8.º Para cada transfusão, pelo menos as seguintes informações devem ser documentadas:

- I - pedido médico;
- II - indicação;

III - resultados laboratoriais ou clínicos relacionados, antes e após a transfusão;

IV - avaliação do resultado:

a) revisões dos registros manuais ou eletrônicos, usando as Diretrizes desenvolvidas pelo Comitê como referência;

b) revisões dos registros no prontuário em reuniões do Comitê, quando houver questões sobre a indicação e resultados da transfusão.

§ 1.º Se na avaliação, não se encontrar os elementos que justifiquem a transfusão, o médico do paciente deve ser contatado, cuja resposta deve justificar a transfusão.

§ 2.º Se a resposta não for satisfatória, surge uma oportunidade para se orientar o médico por carta.

§ 3.º Sendo a carta ignorada, ou se a resposta retornada for insatisfatória, o Diretor Clínico/Chefe da Divisão Médica deve ser solicitado para participar do processo de avaliação.

Art. 9.º Os membros do Comitê se comprometem a manter o sigilo e os princípios éticos em todas as atividades relacionadas à Hemovigilância.

Capítulo IV

Das disposições gerais

Artigo 10. Este Regimento poderá ser modificado mediante a aprovação de 51% dos membros, em reunião especialmente convocada para esse fim.

Artigo 11. O presente Regimento entrará em vigor após aprovação do Comitê Transfusional do Hemocentro Regional de Uberaba e do Colegiado Executivo do HC-UFTM.

APROVAÇÃO DE REGIMENTOS

Resolução n.º 36, de 3 de maio de 2016

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, administrado Pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh -, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.^a revisão), em reunião extraordinária, realizada em 3 de maio de 2016, resolve:

Art. 1º. Aprovar o Regimento Interno da Comissão Assessora ao Registro Hospitalar do Câncer do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, parte integrante desta Resolução.

Art. 2º A presente Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO ACESSORA AO REGISTRO HOSPITALAR DO CÂNCER DO HC-UFTM

Capítulo I

Da vinculação e das finalidades

Art. 1.º A Comissão Assessora do Registro Hospitalar de Câncer (CARHC) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro está vinculada à Gerência de Atenção à Saúde da Instituição e tem natureza técnico-científica permanente, fundamental para o aprimoramento da equipe do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do HC-UFTM.

§ 1.º O funcionamento do RHC está amparado legalmente, inicialmente, por Portaria do Ministério da Saúde, n.º 171/1993, que classificou os hospitais de atendimento oncológico do Sistema Único de Saúde (SUS) no Sistema de Informação de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC) e considerou imperiosa a existência de RHC nos hospitais para melhorar a qualidade da informação hospitalar.

§ 2.º Atualmente, a questão do RHC foi reafirmada e fortalecida pela Portaria SAS/MS 741/2005 que redefiniu as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia, reafirmando a necessidade da existência de RHC.

Art. 2.º A CARHC tem por finalidade assessorar a Administração do HC-UFTM para formular estratégias de intervenção na Assistência em Oncologia desempenhada no Hospital, baseado no conhecimento do perfil epidemiológico da comunidade à que assiste, além de funções inerentes à toda Comissão Assessora.

Capítulo II

Da organização

Seção I

Da composição

Art. 3.º A CARHC terá composição multidisciplinar para um mandato de dois anos, sendo permitida a recondução e serão nomeados em Portaria da Superintendência do HC-UFTM.

I - um representante da Gerência de Atenção à Saúde do HC-UFTM;

II- representantes do HC-UFTM, ocupante de funções assistenciais da área:

- a) um titular e suplente do Serviço de Oncologia Clínica;
- b) um titular e suplente do Serviço de Assistência de Enfermagem em Oncologia
- c) um titular e suplente do Serviço de Oncologia Ginecológica;
- d) um titular e suplente do Serviço de Oncologia Hematológica;
- e) um titular e suplente do Serviço de Patologia Cirúrgica;
- f) um titular e suplente do Serviço de Cirurgia;
- g) um titular e suplente do Setor de Vigilância em Saúde;
- h) um titular e suplente do Serviço de Registradores do RHC;
- i) um titular e suplente do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde;
- j) um titular e suplente da Unidade Psicossocial;
- k) um titular e suplente do Serviço de Radioterapia;
- l) um titular e suplente da Gerência de Ensino e Pesquisa;
- m) um titular e suplente do Serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem;
- n) um titular e suplente do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação.

§ 1.º O presidente e o vice-presidente da CARHC são escolhidos em primeira reunião, dentre os membros da comissão, constantes do inciso II do artigo anterior, eleito por maioria dos membros, com mandato de dois anos, sendo permitida uma recondução.

§ 2.º Os demais membros da CARHC terão mandato de dois anos, podendo ser reconduzidos.

§ 3.º Perderá o mandato o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a quatro reuniões consecutivas ou a oito intercaladas no período de um ano.

Seção II

Das competências da CARHC

Art. 4.º Compete à CARHC:

I - assessorar a Administração Superior do HC-UFTM na formulação de estratégias de intervenção na Assistência em Oncologia desempenhada no Hospital baseado no conhecimento do perfil epidemiológico da comunidade à que assiste;

II - auxiliar no planejamento e na tomada de decisões administrativas para a assistência oncológica, que se faz através de acompanhamento dinâmico a longo curso das

características da assistência oncológica do Hospital; de produtividade e de qualidade do Serviço de Assistência em Oncologia do Hospital;

III -fornecer dados de indicadores de produção;

IV - organizar e manter atualizado o Registro Hospitalar de Câncer;

V - ser fonte de informações a respeito do diagnóstico, tratamento e evolução dos pacientes portadores de neoplasia maligna tratados no Hospital;

VI - planejar, desenvolver e colaborar com as atividades de pesquisa e extensão;

VII - emitir instruções de serviço necessárias ao cumprimento das finalidades da CARHC.

Seção III

Das atribuições

Art. 5.º São atribuições do presidente da CARHC dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão e, especificamente:

I - representar a CARHC em suas relações internas e externas;

II - instalar a Comissão e presidir suas reuniões;

III - promover a convocação das reuniões;

IV - tomar parte das discussões e votações e, quando for o caso, exercer o direito do voto desempate;

V - indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão.

Art. 6.º São atribuições dos membros da Comissão:

I - estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

II - comparecer às reuniões, proferir votos ou pareceres;

III - requerer votação de matéria, em regime de urgência;

IV - desempenhar outras atribuições que lhes forem estipuladas pelo Presidente;

V - apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão.

Art. 7.º A CARHC contará com uma secretária, que terá as seguintes atribuições:

I - assistir às reuniões;

II - preparar e encaminhar o expediente;

III - manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões da Comissão;

- IV - providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- V - lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob controle;
- VI - providenciar, sob determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias;
- VII - encaminhar aos integrantes da CARHC a pauta das reuniões;
- VIII - lavrar as atas das reuniões, para posterior aprovação da Comissão;
- IX - elaborar relatório anual das atividades da Comissão;
- X - providenciar arquivo de documentos pertinentes.

Capítulo III

Do funcionamento

Art. 8.º A CARHC se reunirá ordinariamente, uma vez por mês e, extraordinariamente, quando convocada pelo Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.

§1.º As deliberações da CARHC somente ocorrerão com a presença de um terço dos componentes, devendo ser verificado o “quorum” em cada sessão, antes de cada votação.

§2.º O membro titular que não puder comparecer à reunião deverá comunicar à secretária para tomar as providências para o comparecimento do seu suplente.

§3.º Os suplentes terão direito à voto somente no caso de estar suprindo o comparecimento do titular, em caso contrário, poderão participar das reuniões exclusivamente com direito à voz.

§4.º O Presidente terá o direito a voto de qualidade.

§5.º As deliberações tomadas “ad referendum” deverão ser encaminhadas na primeira reunião ordinária após a ocorrência do ato.

§6.º A votação será nominal.

§7.º A fim de assegurar o suporte operacional indispensável à eficiência da CARHC, o Superintendente proporcionará a infraestrutura necessária, inclusive servidores para exercer atividades de apoio administrativo.

Art. 9.º As reuniões da CARHC deverão obedecer a seguinte sequência:

- I - verificação da presença do Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice-Presidente;
- II - verificação da existência de “quorum” de um terço dos componentes;
- III - leitura e aprovação da ata de reunião anterior para posterior assinatura;
- IV - leitura e despacho do expediente;
- V - ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- VI - organização da pauta da próxima reunião, se for o caso;
- VII - comunicações dos demais membros.

Art. 10. A ordem do dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão e comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de dez dias para as reuniões ordinárias e de cinco dias para as extraordinárias.

Art. 11. Após a leitura dos pareceres, o Presidente ou o Vice-Presidente deverá submetê-lo à discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

§1.º Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente votada, no prazo máximo de até duas reuniões.

Art. 12. Após o encerramento das discussões, o assunto deverá ser submetido à votação.

Art. 13. A CARHC, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 14. Os componentes da CARHC estarão dispensados de outras obrigações nos locais em que prestam serviço, durante os trabalhos nas reuniões e atividades pertinentes.

Art. 15. Os integrantes da CARHC deverão ter total independência no exercício das suas funções e na tomada das decisões, mantendo as informações recebidas sob sigilo.

Art. 16. Os componentes da CARHC deverão se abster de tomada de decisão, quando estiverem diretamente envolvidos com o objeto da avaliação.

Capítulo IV

Disposições finais

Art. 17. O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da CARHC, através da maioria simples de seus membros, devendo ser submetido ao Colegiado Executivo do Hospital.

Art. 18. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Presidente da CARHC e em grau de recurso pelo membro da Comissão, representante da Gerência de Atenção à Saúde.

Art. 19. O presente Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Resolução n.º 38, de 3 de maio de 2016

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, administrado Pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh -, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.^a revisão), em reunião extraordinária, realizada em 3 de maio de 2016, resolve:

Art. 1.º Aprovar o regimento interno do Comissão de Ética da Enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, parte integrante desta Resolução.

Art. 2.º Esta Resolução em vigor na data de sua publicação.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM DO HC-UFTM

Capítulo I

Da definição

Art. 1.º A Comissão de Ética de Enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) é o órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (Coren-MG), de caráter permanente, com funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético de enfermagem nesta instituição.

Capítulo II

Das finalidades

Art. 2.º A Comissão de Ética de Enfermagem, reconhecida pela Superintendente do HC-UFTM e pela Chefe da Divisão de Enfermagem, após eleição por voto facultativo, direto e secreto da equipe de enfermagem do HC-UFTM, estabelece com os mesmos uma relação de independência e autonomia em assuntos pertinentes à ética na enfermagem.

Art. 3.º A Comissão de Ética de Enfermagem tem por finalidade:

- I - divulgar o Código de Ética dos profissionais de enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;
- II - estimular a conduta ética dos profissionais de enfermagem do HC-UFTM através da análise das intercorrências notificadas, por meio de denúncia formal e/ou auditoria;
- III - zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem da Instituição;
- IV - colaborar com o Coren-MG na prevenção do exercício ilegal de atividade e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à ética dos profissionais de enfermagem.

Capítulo III

Da organização e composição

Art. 4.º A Comissão de Ética de Enfermagem será composta por:

- I - quatro enfermeiros sendo um presidente e um vice-presidente, com seus respectivos suplentes;

II - quatro técnicos e/ou auxiliares de enfermagem sendo primeiro e segundo secretário, com seus respectivos suplentes;

§ 1.º As funções de presidente e vice-presidente deverão ser exercidas exclusivamente pelos enfermeiros.

§ 2.º Os membros da Comissão deverão estar vinculados a Instituição, de acordo com seus vínculos empregatícios (Regime Jurídico Único ou Consolidação das Leis do Trabalho);

§ 3.º A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ter representantes de todos os vínculos empregatícios no HC-UFTM;

§ 4.º A Comissão de Ética de Enfermagem terá um mandato de dois anos, podendo ser prorrogado por igual período, por uma única vez.

§ 5.º Os membros efetivos estarão à disposição da Comissão para atendimento, organização, informação e estudo dos casos.

§ 6.º Os horários dedicados aos trabalhos da Comissão de Ética da Enfermagem serão computados como de efetivo exercício, ficando o presidente, os membros efetivos e o secretário, desobrigados de suas funções normais.

Capítulo IV

Das eleições

Art. 5.º Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem serão eleitos através de voto facultativo, direto e secreto da equipe de enfermagem do HC-UFTM.

Art. 6.º A Comissão de Ética de Enfermagem vigente, a seu critério, fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral que será responsável pela organização, eleição, apuração e divulgação dos resultados do pleito, devendo ser composta por membros representantes de todos os vínculos empregatícios.

§ 1.º Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos, assim como aqueles que possuem cargos de Chefia de Enfermagem na Instituição (Chefe da Divisão de Enfermagem, Chefe da Unidade de Apoio à Divisão de Enfermagem, Responsável Técnico da Divisão de Enfermagem);

§ 2.º A convocação para a eleição será feita através de ampla divulgação interna, com antecedência mínima de 45 (quarenta e cinco) dias das datas estabelecidas para as inscrições, divulgação dos inscritos e eleição dos candidatos.

§ 3.º Os candidatos deverão representar todas as categorias de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de Enfermagem).

Art. 7.º Os candidatos integrantes das chapas que concorrerão a eleição da Comissão de Ética de Enfermagem deverão atender aos seguintes requisitos:

- I - estar quites com a situação financeira e inscricional perante o Coren-MG;
- II - não terem sido condenados em processo administrativo na Instituição onde trabalha, ou em processo ético no Coren-MG, nos dois últimos anos.

Parágrafo único. Ocorrendo qualquer dos impedimentos enunciados neste artigo durante a investidura na Comissão de Ética, o profissional deverá ser afastado, respeitando o princípio do contraditório, incluindo em sua vaga o suplente imediato.

Art. 8.º Somente poderão votar os profissionais regularmente inscritos no Coren-MG e com vínculo empregatício na Instituição.

Art. 9.º A eleição somente terá legitimidade se o número de votantes for, no mínimo, a metade mais um, dos Profissionais de Enfermagem na Instituição, devendo ser providenciada nova eleição se o número mínimo de votantes não for atingido.

Art. 10. Protestos e recursos relativos ao processo eleitoral deverão ser formalizados por escrito, dentro de no máximo 48 horas após o resultado das eleições, e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e por último, à instância superior – Coren-MG.

Capítulo V

Da posse

Art. 11. A Comissão de Ética de Enfermagem eleita será empossada pelo Superintendente do HC-UFTM e pelo Chefe da Divisão de Enfermagem do HC-UFTM em cerimônia, previamente agendada, com a presença dos seguintes profissionais:

- I - todos os enfermeiros responsáveis técnicos;
- II - um enfermeiro assistencial de cada setor da instituição;
- III - um técnico/auxiliar de enfermagem de cada setor da instituição;
- IV - um representante das demais categorias profissionais (médico, psicólogo, nutricionista, farmacêutico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, assistente social, fonoaudiólogo).

Capítulo VI

Das competências

Art. 12. A Comissão de Ética de Enfermagem tem por competência:

- I - divulgar o Código de Ética dos profissionais de enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;
- II - promover e/ou participar de eventos que se proponham a estudar e discutir o Código de Ética dos profissionais de enfermagem;
- III - assessorar a Divisão de Enfermagem e as Comissões Internas, no que se refere às questões inerentes à ética profissional, emitindo pareceres;
- IV - participar de estudos e projetos visando a orientação aos clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões éticas;
- V - promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à Ética/ Bioética;
- VI - zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem na Instituição;
- VII - averiguar as infrações éticas ocorridas, notificar e encaminhar ao Coren-MG;
- VIII - solicitar assessoramento da Comissão de Ética do Coren-MG, sempre que necessário;
- IX - notificar à Divisão de Enfermagem do HC-UFTM o cronograma de suas atividades semestralmente;
- IX - elaborar relatório anual das atividades desenvolvidas e encaminhar ao Coren-MG, sempre que solicitado.

Capítulo V

Das atribuições

Art. 13. São atribuições do presidente da Comissão de Ética de Enfermagem:

- I - convocar, presidir e coordenar as reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem;
- II - elaborar parecer final para encaminhamentos ao Coren-MG dos casos apresentados como infrações éticas;
- III - representar a Comissão de Ética na Instituição e no Coren-MG ou quando se fizer necessário, podendo integrar a Comissão de Ética Interprofissional da Instituição.

Parágrafo único. As atribuições do substituto da presidência da Comissão de Ética de Enfermagem constituem em substituir a presidência nas ausências e impedimentos legais e assumir todas as atribuições inerentes à presidência.

Art. 14. São atribuições do secretário da Comissão de Ética de Enfermagem:

- I - prover e colaborar na organização das atividades da Comissão de Ética de Enfermagem;

- II - dar encaminhamento das deliberações do Presidente;
- III - secretariar as reuniões registrando-as em ata;
- IV - providenciar a reprodução de documentos e arquivamentos;
- V - colaborar com o Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem, no que for por este solicitado, nos trabalhos atribuídos à Comissão.

Art. 15. São atribuições dos membros efetivos e suplentes:

- I - comparecer às reuniões e a outras atividades promovidas pela Comissão de Ética de Enfermagem;
- II - representar a Comissão quando solicitados;
- III - comunicar ao Secretário da Comissão quando impedido de comparecerem nas reuniões e/ou atividades;
- IV - colaborar com o Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem, no que for por este solicitado, nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética.

Capítulo VI

Do funcionamento

Art. 16. A Comissão de Ética de Enfermagem reunir-se-á uma vez por mês ordinariamente, em dia, hora e local pré-determinado, podendo reunir-se extraordinariamente quando houver necessidade.

Art. 17. A ausência não justificada em mais de 3 (três) reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro efetivo da Comissão de Ética de Enfermagem, devendo ser convocado o respectivo suplente.

Art. 18. O quórum para decisões corresponde à maioria simples (metade mais um) dos membros da Comissão.

Art. 19. A Divisão de Enfermagem do HC-UFTM garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 20. A Comissão de Ética de Enfermagem fará, em caráter sigiloso, a avaliação do fato encaminhado à Comissão (denúncia), ocorrido nas dependências da Instituição, podendo envolver profissionais, pacientes, familiares ou acompanhantes que poderá ser:

- I - fato de natureza ética: ato ou ações que ferem o Código de Ética de Enfermagem;
- II - fato de natureza administrativa: ato ou ações que desobedecem às normas e rotinas estabelecidas pela Instituição;
- III - fato de natureza administrativa e ética: ato ou ação que, além de ferir o Código de Ética dos Profissionais, também fere o Regimento Interno da Instituição.

§ 1.º A denúncia poderá ser encaminhada para a Comissão de Ética pelas seguintes pessoas:

- I - todos os profissionais de enfermagem com vínculo empregatício no HC-UFTM;
- II - pacientes, familiares ou acompanhantes em atendimento nas dependências do HC-UFTM;
- III - profissionais de outras categorias que exerçam atividades laborais no HC-UFTM.

§ 2.º A Comissão de Ética de Enfermagem terá acesso à denúncia conforme descrito no Fluxograma da Denúncia na Instituição (Anexo A).

Art. 21. Em caso de denúncia envolvendo membro da Comissão de Ética de Enfermagem, este será convocado normalmente a prestar esclarecimentos ficando, contudo, impedido de dar continuidade às atividades na Comissão durante a vigência da investigação.

Art. 22. A Comissão de Ética de Enfermagem ao receber uma denúncia terá o prazo de 30 dias, a contar da data de recebimento, para conclusão da investigação.

Parágrafo único. O prazo de conclusão da investigação pela Comissão de Ética poderá ser prorrogado por igual período.

Capítulo VII

Do processo de sindicância

Art. 23. A Comissão de Ética de Enfermagem institucional ao tomar ciência de um fato com indícios de infração de natureza ética, poderá instaurar um processo de averiguação (sindicância) para confirmação de tais indícios.

§ 1.º Compete ao presidente da Comissão de Ética de Enfermagem e, na sua ausência, ao seu vice-presidente, a instauração de processo de sindicância na Instituição.

§ 2.º O processo de sindicância na Instituição deverá ser instaurado quando houver necessidade da convocação dos profissionais e/ou testemunhas envolvidos para esclarecimentos sobre o fato, ou ainda, quando for necessária a verificação da documentação acerca do fato, avaliação de registros em prontuários, livros de relatórios, provas materiais, entre outros meios de prova admitidos.

§ 3.º A instauração de um Processo de Sindicância é facultativa aos membros da Comissão de Ética de Enfermagem.

§ 4.º Todo o Processo de Sindicância deverá transcorrer em caráter sigiloso.

Art. 24. O Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem ao receber a denúncia deverá designar três (3) membros da Comissão de Ética de Enfermagem para proceder a sindicância:

I - um enfermeiro para presidir o processo;

II - um enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem para secretariar;

III - um enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem para colaborar com os trabalhos (vogal).

Art. 25. O prazo para a conclusão da sindicância, após instaurada, deverá estar incluso dentro do prazo da Comissão de Ética de Enfermagem na conclusão da averiguação da denúncia recebida.

Parágrafo único. O prazo a que se refere este artigo poderá ser prorrogado por 15 dias nas seguintes situações:

I - intercorrências com pelo menos um dos membros da Comissão de Sindicância;

II - intercorrências com pelo menos um dos membros envolvidos no Processo;

III - obstrução no recolhimento das provas;

IV - quando ainda se fizer necessária a continuidade da apuração para a elaboração do relatório final.

V - solicitação da Chefia da Divisão de Enfermagem.

Art. 26. O Presidente da Comissão de Sindicância deverá convocar os profissionais envolvidos e as testemunhas, por escrito, com registro do recebimento da convocação (Convocação para Depoimento - Anexo B).

§ 1.º Em caso do não comparecimento dos envolvidos em um primeiro momento, ocorrerá nova convocação, que não excederá três vezes, obedecendo o prazo para a conclusão da investigação.

§ 2.º Persistindo o não comparecimento dos envolvidos para apresentarem seu depoimento, o processo poderá ser:

I - arquivado por falta de dados concretos para apuração do fato ocorrido, considerando o material que a Comissão teve acesso;

II - solicitado intervenção da chefia da Divisão de Enfermagem para o envolvimento do profissional com o intuito de solucionar o fato;

III - enviado para o presidente do Coren-MG, caso um dos profissionais envolvidos assim solicite.

Art. 27. A Comissão de Sindicância deverá tomar os depoimentos dos envolvidos, individualmente, e com registro das falas.

§ 1.º O Presidente da Comissão de Sindicância conduzirá a tomada dos depoimentos;

§ 2.º O Secretário da Comissão de Sindicância será responsável pela transcrição dos depoimentos;

Art. 28. Durante a tomada de depoimentos, a Comissão de Sindicância produzirá o Termo de Declaração (Anexo C) que deverá ser digitado ou manuscrito em letra de forma legível, contendo:

I - nome completo e número do Coren ou documento de identidade do declarante;

II - data, local e horário do depoimento;

III - datas e números escritos por extenso, sem rasuras, entrelinhas, espaço em branco e abreviatura.

§ 1.º O documento redigido ao final do depoimento deverá ser assinado por todos os presentes, com rubrica em todas as folhas.

§ 2.º Caso seja de interesse do depoente, o Presidente da Comissão de Sindicância poderá fornecer-lhe uma cópia de seu depoimento.

Art. 30. A Comissão de Sindicância redigirá um Relatório Final de Sindicância (Anexo D) contendo:

I - parte expositiva: relato objetivo dos fatos apurados;

II - parte conclusiva: relatar se houve ou não indícios de uma infração/mérito de natureza ética.

Art. 31. Ao final dos trabalhos os membros da Comissão de Sindicância poderão concluir que o Processo poderá ser:

I - arquivado quando não houver confirmação de indícios de infração de qualquer natureza;

II - encaminhado a Chefia da Divisão de Enfermagem quando não houver confirmação de indícios de infração ética, para avaliação quanto às medidas cabíveis à administração;

III - encaminhado, em forma de denúncia, com o ciente do Chefe da Divisão de Enfermagem, para o Presidente do Coren-MG quando houver confirmação de indícios de infração de natureza ética;

IV - encaminhado para a Chefia da Divisão de Enfermagem e para o Presidente do Coren-MG quando houver confirmação de infração de natureza administrativa e ética, respectivamente.

Art. 32. Os envolvidos (denunciado e denunciante) em uma infração de natureza ética, deverão ser comunicados previamente sobre o encaminhamento da denúncia ao Presidente do Coren-MG, sob forma de memorando interno, em caráter sigiloso.

Capítulo VIII

Das disposições finais

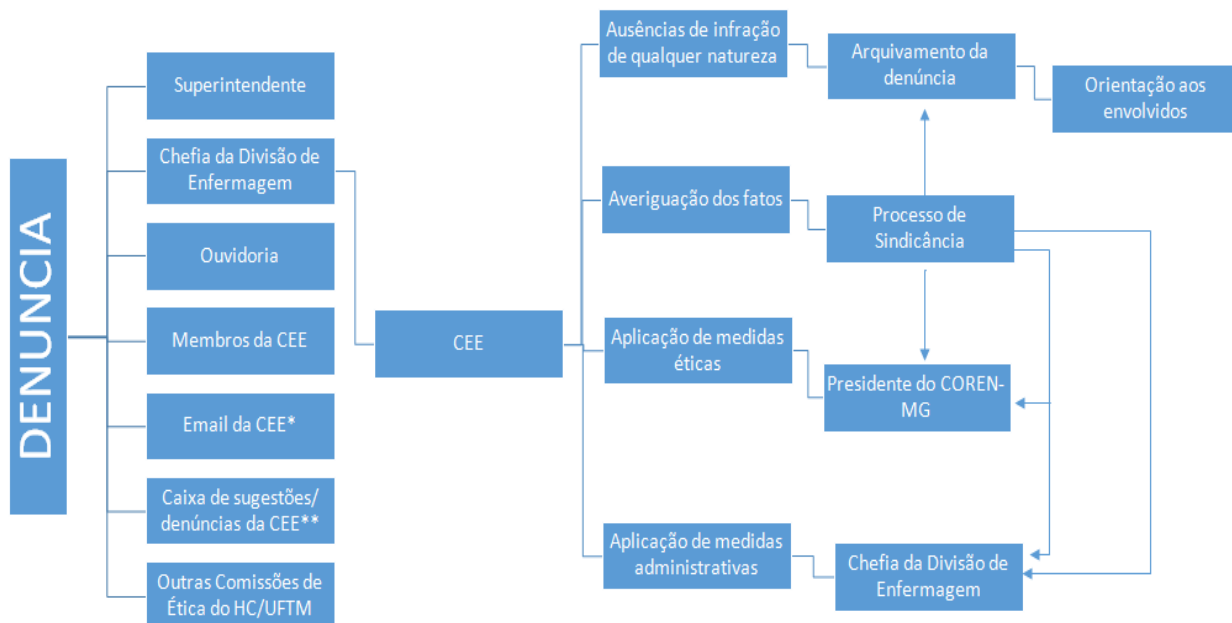
Art. 33. Em caso de desligamento de algum membro da Comissão de Ética de Enfermagem, a pedido ou de ofício, o Chefe da Divisão de Enfermagem poderá indicar outro profissional de enfermagem vinculado ao HC-UFTM para compor a Comissão de Ética de Enfermagem vigente.

§ 1.º Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem deverão avaliar o profissional indicado pelo Chefe da Divisão de Enfermagem.

§ 2.º Caso a avaliação do profissional indicado pelo Chefe da Divisão de Enfermagem não seja aprovado pelos membros da Comissão de Ética de Enfermagem, será solicitado nova indicação.

§ 3.º Este Regimento entra em vigor a partir da aprovação do Colegiado Executivo do HC publicação no Boletim de Serviço da Instituição.

Fluxograma da denúncia na instituição - Anexo A



*Email da Comissão de Ética de Enfermagem - ceeufm@outlook.com

** A caixa para receber as denúncias/ sugestões estará disponível no corredor de acesso à Unidade de Terapia Intensiva, próximo ao relógio de ponto. Será aberta por membros da Comissão de Ética de Enfermagem a cada 15 dias.

N.º 82, segunda-feira, 16 de maio de 2016

Convocação para depoimento - Anexo B

Memorando N.º xx/201x - Comissão de Sindicância
Comissão de Ética de Enfermagem

De: Presidente da Comissão de Sindicância

Para: Sr (a)

Assunto: Processo de Sindicância n.º

Por este termo venho convoca-lo para prestar esclarecimento sobre o processo de sindicância acima citado. Dia __/__/____, às horas, local.

Nome, Coren, carimbo

Presidente da Comissão de Sindicância n.º.....

Relatório Final Do Processo De Sindicância – Anexo C

Relatório Final do Processo de Sindicância n.º.....

I. Síntese

Esta sindicância foi instaurada por determinação do Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem desta Instituição, Enfermeiro..... (nome), Coren n.º, após recebimento da denúncia escrita remetida à Comissão de Ética de Enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Foram designados para compor esta Comissão de Sindicância: (nome), (Coren n.º), na condição de Presidente deste processo; (nome), (categoria profissional), (Coren n.º), na condição de Secretário e (nome), (categoria profissional), (Coren n.º), como Membro/Vogal.

II. Ato Processual

Este processo teve início dia (data), recebendo número de identificação n.º.....

Foi instaurado com base na denúncia escrita a respeito.....(descrever o teor da denúncia).

Para esclarecimento dos fatos iniciou a oitiva dos envolvidos e testemunhas. O primeiro a ser ouvido foi o denunciado Sr (a) (nome), (categoria), (Coren n.º), que declarou.....(resumo sucinto da declaração).

O segundo a ser ouvido foi o também envolvido Sr (a) (nome), (categoria), (Coren n.º), que declarou.....(resumo sucinto da declaração).

O próximo a ser ouvido foi denunciante dos fatos, Sr (a) (nome), (categoria), (Coren n.º), que declarou.....(resumo sucinto da declaração).

Como testemunha foi ouvido o Sr (a) (nome), (categoria), (Coren n.º), que declarou.....(resumo sucinto da declaração).

Também como testemunha o Sr (a) (nome), paciente do leito....., enfermaria....., que também presenciou os fatos declarou (resumo sucinto da declaração)

3. Conclusão

Foram ouvidos depoimentos dos dias..... ao dia

Ao final deste processo, esta Comissão de Sindicância conclui que:

1. Houve infração de natureza ética.
2. Houve infração de natureza ética e administrativa.
3. Não houve infração de natureza ética, somente administrativa.
4. Não houve infração de qualquer natureza.

Será enviado cópia deste relatório ao Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Este enviará cópia ao Chefe da Divisão de Enfermagem deste Hospital e cópia ao Coren-MG para as providências que o caso requer.

Com a finalização deste processo, damos por encerradas as atividades desta Comissão de Sindicância/ processo n.º

Uberaba, data

Presidente da Comissão de Sindicância n.º

Secretário da Comissão de Sindicância n.º

Membro da Comissão de Sindicância n.º

Termo de declaração – Anexo D

Termo de Declaração

Processo de Sindicância n.º

Nome do Depoente:

Categoria:..... Profissional:..... Coren:.....

Local: Data: Hora:

Depoimento:

Assinatura dos presentes:

APROVAÇÃO DE REGULAMENTO

Resolução n.º 44, de 3 de maio de 2016

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, administrado Pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh -, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.^a revisão), em reunião extraordinária, realizada em 3 de maio de 2016, resolve:

Art. 1.º Aprovar o regulamento do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, parte integrante desta Resolução.

Art. 2.º Esta Resolução em vigor na data de sua publicação.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

REGULAMENTO INTERNO SETOR DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Sumário

- Capítulo I – Disposições iniciais
- Capítulo II - Caracterização
 - Seção I - Caracterização geral
 - Seção II - Estrutura física
- Capítulo III – Responsabilidades
 - Seção I – Missão
 - Seção II – Visão
 - Seção III - Valores
 - Seção IV - Produtos
 - Seção V – Clientes
 - Seção VI – Fornecedores
 - Seção VII – Funções Operacionais
 - Seção VIII – Competências Técnicas
- Capítulo IV – Capital Humano
 - Seção I – Deveres
 - Seção II - Cargos e atribuições
 - Seção III – Nomeação do Gestor
- Capítulo V – Organização Interna
 - Seção I - Funcionamento
 - Seção II - Reuniões da Equipe/Comissão Gestora
- Capítulo VI – Indicadores de Gestão
- Capítulo VII – Base Legal
- Capítulo VIII - Disposições finais

Capítulo I

Disposições iniciais

Art. 1.º Este regulamento foi elaborado como intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, tendo como foco principal a possibilidade de oferecer um atendimento rápido, eficaz e de qualidade aos usuários do HC-UFTM e às equipes internas.

Art. 2.º O conteúdo deste regulamento possibilitará o acesso às informações necessárias ao funcionamento do Setor, tais como fluxos dos procedimentos e as orientações sobre as condições de trabalho a serem adotadas e compartilhadas entre a equipe.

Art. 3.º Este regulamento facilitará a identificação, a análise e a correção dos pontos críticos e de possíveis não conformidades que vierem a ocorrer em cada etapa do processo de trabalho e ainda possibilitará aos gestores uma visão global e ao mesmo tempo detalhada da estrutura funcional e organizacional, propiciando uma base para a realização de um planejamento adequado de um programa de capacitação técnica-científica e humanitária.

Capítulo II

Caracterização

Seção I

Caracterização geral

Art. 4.º O setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, caracteriza-se da seguinte forma:

I - título: Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

II - localização: 2.º andar do HC-UFTM

III - ambientes de trabalho: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Gerência de Risco, Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Núcleo da Qualidade, Comissão de Uso e Controle de Antimicrobianos e Núcleo de Vigilância Epidemiológica;

IV - vinculação: Gerência de Atenção à Saúde

V - cargo de gestão: Chefia do Setor de Vigilância e Segurança do Paciente, Chefia da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar e Chefia da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais

VI - supervisão técnica: Responsável Técnica da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Seção II

Estrutura física

Art. 5.º Compõem a estrutura física da Unidade, espaço atualmente utilizado pelo Setor, mas com possibilidade de alteração, conforme demanda:

N.º	Classificação	Quantidade	Objetivo
1	Sala da Chefia é em conjunto com os outros 14 trabalhadores (estações de trabalho)	1 (61 m ²)	Desenvolver ações, monitoramento e avaliação do setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente
2	Sala de reuniões	1 (9,3 m ²)	Discutir as informações necessárias para apoiar os principais processos, a tomada de decisão e a melhoria do desempenho do setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente e unidades assistenciais do HC-UFTM
3	Recepção	1 (12,7 m ²)	Atender o público interno e externo do HC-UFTM
4	Banheiro	1 (3,1 m ²)	Garantir espaço adequado para as necessidades fisiológicas dos trabalhadores
5	Copa	1 (5,75 m ²)	Espaço destinado a alimentação dos colaboradores

Capítulo III

Responsabilidades

Seção I

Missão

Art. 6.º O setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente tem por missão: garantir a excelência em saúde por meio do controle dos riscos sanitários decorrentes de produtos, serviços, meio ambiente e processos de trabalho.

Seção II

Visão

Art. 7.º Ser um setor de gestão de processos eficiente do Sistema Único de Saúde nas ações de Vigilância Ambiental, Epidemiológica, Sanitária e Segurança do Paciente.

Seção III

Art. 8.º -São valores do Setor:

- I - preceitos ético-legais;
- II - eficiência, eficácia e efetividade;
- III - cooperação e integração.

Seção IV

Produtos

Art. 9.º Constituem produtos do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente:

- I - protocolos e manuais de normas, rotinas e procedimentos atualizados;
- II - ações sistemáticas e contínuas de busca ativa;
- III - monitorização através de sistema de registro dos resultados e informações aos serviços envolvidos;
- IV - programa de educação e treinamento continuado;
- V - auditoria e orientação do uso racional de antibióticos;
- VI - grupos de trabalho para a melhoria de processos e integração institucional;
- VII - sistema de análise crítica dos eventos adversos, visando a melhoria da técnica, controle de problemas, melhoria de processos e procedimentos e minimização de riscos;
- VIII - registro do perfil de sensibilidade ou resistência a antimicrobianos;
- IX - relatórios com recomendação e adoção de medidas de controle;
- X - avaliação do sistema de vigilância epidemiológica e retroalimentação e divulgação de informações;
- XI - relatórios de condutas referentes aos Agravos de Notificação Compulsória;

XII - notificação de eventos adversos;

XIII - acompanhamento e monitorização de eventos sentinela;

XIV - fluxo do programa destinado a controlar as infecções, processo de vigilância epidemiológica e processamento de resultados;

XV - ciclos de melhoria com impacto sistêmico (PDCA - ferramenta da qualidade utilizada no controle do processo para a solução de problemas);

XVI - relatórios de gestão com informações do alcance das metas, conforme os indicadores definidos e segundo a sistemática de avaliação traçada.

Seção V

Clientes

Art. 10. São clientes internos e externos do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente:

I - clientes internos:

a) superintendência, gerências e departamentos, áreas de apoio, unidades Assistenciais e colaboradores do HC-UFTM;

II - clientes externos:

a) pacientes e seus acompanhantes, colaboradores do HC-UFTM, órgãos públicos ligados às vigilâncias sanitária e epidemiológica.

Seção VI

Fornecedores

Art. 11. São fornecedores de serviços e de informações em favor do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente:

I - unidades de apoio: laboratório clínico, farmácia do HC, almoxarifado, serviço de manutenção, engenharia, hotelaria, central de equipamentos, central de materiais esterilizados, nutrição, Núcleo de Atenção ao Servidor;

II - unidades assistenciais;

III - comunidade como um todo, que está interessada na qualidade dos serviços prestados pelo setor, de maneira a proteger os clientes e trabalhadores do hospital.

Seção VII

Funções Operacionais

Art. 12. Constituem funções operacionais de responsabilidade Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente:

- I - referendar as diretrizes para a ação de Controle de Infecções Hospitalares, Segurança do Paciente, Gerência de Risco e Qualidade Hospitalar;
- II - ratificar o programa anual de trabalho do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar Segurança do Paciente, Gerência de Risco e Qualidade Hospitalar;
- III - informar sistematicamente e periodicamente os dados de infecção hospitalar, eventos adversos e queixas técnicas e aprovar as medidas de controle propostas pelo mesmo;
- IV - normatizar rotinas e protocolos exigidos para a manutenção dos padrões sanitários mínimos para a assistência à saúde humana;
- V - elaborar e analisar indicadores epidemiológicos exigidos a nível municipal, estadual e federal, controle microbiológico, agentes químicos, doenças infecciosas de atendimento de notificação compulsória;
- VI - elaborar e analisar indicadores epidemiológicos referentes a infecções relacionadas à assistência à saúde exigidos a nível municipal, estadual e federal;
- VII - avaliar as taxas de infecção hospitalar e dirigir as metas de treinamento e prevenção;
- VIII - realizar a Vigilância de Hemoculturas e microorganismos multirresistentes.

Seção IX

Competências Técnicas

Art. 13. O Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente deve exercer o seu papel organizacional com o suporte das competências técnicas a seguir:

- I - planejar, implementar e coordenar as atividades de análise de eventos adversos, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, controle de infecção hospitalar e revisão de prontuários;
- II - atuar na prevenção e no controle de infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
- III - implementar as diretrizes de prevenção e controle de infecção hospitalar, em coerência com normatização do Ministério da Saúde;
- IV - acompanhar e avaliar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar;
- V - realizar busca ativa, notificar e investigar doenças de notificação compulsória;
- VI - alimentar os sistemas nacionais de vigilância em saúde: FORMSUS, NOTIVISA, REHUF, VIGIHOSP, PROHOSP, SIM, SINAN, SINASC e SI-PNI, em conformidade com os fluxos e periodicidade definida pelo gestor do SUS;

- VII - produzir informações que permitam identificar o perfil de morbimortalidade hospitalar;
- VIII - avaliar o perfil de morbimortalidade hospitalar;
- IX - participar quando convocados das atividades de planejamento, monitoramento e avaliação da Gerência de Atenção à Saúde;
- X - realizar a análise de situação de saúde, subsidiando o processo de planejamento da Instituição;
- XI - garantir o registro no Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) dos dados produzidos no Setor;
- XII - coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada ao Setor;
- XIII - identificar as necessidades e propor ações de educação permanente da equipe multiprofissional;
- XIV - participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;
- XV - desenvolver ações de integração do setor de vigilância hospitalar com a gestão da vigilância em saúde da gestão do SUS;
- XVI - participar das Comissões de Análise de Óbito.

Capítulo IV

Capital Humano

Seção I

Deveres

Art. 14. São deveres gerais dos trabalhadores lotados no Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente:

- I - comparecer ao trabalho trajado adequadamente, com cumprimento da carga horária definida;
- II - usar o crachá nas dependências do hospital;
- III - cumprir os procedimentos operacionais padrão (POPs), referentes às tarefas para as quais foi designado;
- IV - acatar as ordens recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade;
- V - observar rigorosamente os horários de entrada e saída e de refeições, determinados pela chefia;
- VI - utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da instituição;

VIII - participar dos programas de capacitação para os quais for convocado;

IX - participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela chefia;

X - zelar pelo patrimônio da instituição, prevenindo quaisquer tipos de danos materiais aos equipamentos, instalações ou qualquer outro patrimônio, e informar/registrar possíveis danos assim que identificar ou tomar conhecimento dos mesmos;

Seção II

Cargos e atribuições

Art. 15. O Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente possui os seguintes cargos e atribuições, assim especificados:

1		Chefia do setor de Vigilância e Segurança do Paciente
		Requisito para ocupação do cargo: pessoa com formação em nível superior completo na área da saúde, com no mínimo 5 anos de experiência em gestão em saúde e conhecimento em epidemiologia
Atribuições: <ul style="list-style-type: none">- Planejar, organizar e assessorar o cuidado realizado no âmbito do setor de Vigilância em Saúde;- Implementar diretrizes da gestão da clínica e da clínica ampliada, visando a linha de cuidado;- Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada;- Efetivar a horizontalização do cuidado multiprofissional, assegurando o vínculo da equipe com o usuário e familiares;- Elaborar, implantar e avaliar os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas afetos aos cuidados desenvolvidos no setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;- Cuidar para que os dados dos paciente estejam registrados no AGHU e nos sistemas nacionais de informação da atenção e da vigilância em saúde; mantendo o sigilo das informações quando necessário;- Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais;- Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;- Conhecer Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas		

<p>de Saúde, Gestão da Clínica e Administração Pública;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter experiência em gestão de serviços de saúde e em atenção à saúde; - Apresentar habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças; - Conhecer os Sistemas de Informação em Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI); - Gerir o centro de custo do setor de Vigilância em Saúde; - Definir processo de trabalho com retorno adequado à chefia superior e à sua equipe. 		
2		<p>Chefia da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar</p> <p>Requisito para ocupação do cargo: pessoa com formação em nível superior completo na área da saúde, com no mínimo três (03) anos de experiência em gestão em saúde e conhecimento em vigilância epidemiológica, controle de infecção relacionada á assistência em saúde e melhoria contínua da qualidade hospitalar</p>
<p>Atribuições</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planejar, organizar e gerenciar o cuidado realizado no âmbito do setor de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar; - Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada; - Elaborar, implantar e avaliar os protocolos de Vigilância em Saúde e Qualidade afetos aos cuidados desenvolvidos no setor de Vigilância em Saúde; - Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais; - Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde; - Apresentar habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças; - Definir processo de trabalho com retorno adequado à chefia superior e à sua equipe. 		
3		<p>Chefia da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais</p> <p>Requisito para ocupação do cargo: pessoa com formação em nível superior completo na área da saúde, com no mínimo três (03) anos de experiência em gestão de riscos sanitários em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde de Média e Alta Complexidade e conhecimento em Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente</p>

<p>Atribuições:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver o mapeamento dos processos essenciais; - Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada - Estabelecer a cultura da elaboração documental e sua aplicação; - Manter programas para o gerenciamento de riscos e eventos adversos, com vistas a contemplar as Metas Internacionais de Segurança do Paciente; - Capacitar os profissionais para a prática com qualidade e segurança; - Sedimentar a cultura e a prática de qualidade e segurança na instituição. - Garantir o gerenciamento de riscos na instituição, através das diretrizes das Gerências de Risco, CCIH e NSP; - Garantir a implementação das metas internacionais de segurança; - Obter efetividade nas ações voltadas para a melhoria da segurança do paciente; - Mapear, revisar e monitorar os processos estabelecidos buscando a melhoria institucional contínua; <ul style="list-style-type: none"> - Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde; - Monitorar a melhoria dos processos; - Garantir que o monitoramento e a intervenção em todos dos processos estabelecidos, sejam realizados pelas lideranças, buscando as melhorias exigidas; - Garantir a manutenção das melhorias alcançadas com seus respectivos registros e divulgação a toda comunidade do HC-UFTM; - Promover a comunicação dos processos de melhoria da segurança do paciente em toda a instituição. - Apresentar habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças - Definir processo de trabalho com retorno adequado à chefia superior e à sua equipe. 		
4		Secretário do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente
		Requisito para ocupação do cargo: pessoa com formação em nível médio completo, com domínio em informática {excel, powerpoint, internet, outlook e outros} e com habilidade em comunicação e organização
<p>Atribuições:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agendar reuniões e expedir convocações/convites para as reuniões extraordinárias; - Controlar agenda de compromissos; - Digitar memorandos, ofícios e demais documentos, receber, encaminhar e arquivar 		

- correspondências, bem como todas as atualizações pertinentes ao setor;
- Catalogar fontes bibliográficas;
 - Manter os arquivos atualizados;
 - Manter os armários organizados;
 - Executar os serviços de digitação do setor;
 - Fazer requisição de materiais e solicitação para consertos de equipamentos e encaminhá-los aos setores competentes, após autorização da chefia da unidade;
 - Alimentar diariamente o sistema para notificações de infecção hospitalar (planilha Excel) após notificação de infecção hospitalar pelos membros executores da CCIH, gerando a estatística global mensal;
 - Planejar viagens, despacho e conferência de documentos;
 - Participar da organização de eventos;
 - Realizar reservas de transporte aéreo, terrestre e estada dos componentes do setor; para eventos externos;
 - Digitar os relatórios elaborados pelo grupo técnico;
 - Confeccionar impresso referente a planilha NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance - Sistema Nacional de Vigilância de Infecções Hospitalares) mensal das infecções hospitalares das unidades críticas;
 - Realizar a notificação das queixas técnicas e eventos adversos da farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância;
 - Encaminhar a relação dos produtos notificados à Gerência Administrativa do HC, Setor de Compras do HC, Comissão de Padronização de Materiais e Serviço de Material Consignado do HC;
 - Emitir, com autorização do Gerente de Risco, a guia de recolhimento de importação de produtos;
 - Participar de reuniões e elaborar as atas do setor;
 - Conferir agenda e comunicar as atividades do dia a cada membro do setor;
 - Receber exames laboratoriais, conferir unidade de internação e leito do paciente e encaminhar aos membros executores da CCIH para vigilância microbiológica ativa;
 - Checar os e-mails da caixa de entrada do Outlook/CCIH diariamente;
 - Planejar e organizar eventos;
 - Encaminhar até o último dia de cada mês o impresso NNIS para as unidades críticas e solicitar os impressos anteriores;
 - Solicitar até o dia 05 de cada mês as estatísticas gerais de cada setor (Centro Cirúrgico, Serviço de Material Consignado, Ginecologia/Obstetrícia, Cirurgia Cardíaca e Serviço de

Dados e Estatística).		
5		Médico do Setor
		Requisito para ocupação do cargo: (pessoa com formação em nível superior completo, com no mínimo três (3) anos de experiência em infectologia e conhecimento em controle e uso de antimicrobianos)
		<p>Atribuições:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participar da padronização de medicamentos; - Participar ativamente do controle de infecção hospitalar; - Participar em todos os âmbitos nas discussões e orientações; - Discutir a prescrição de antibióticos com os médicos, subsidiado com as informações do farmacêutico, do laboratorista e da enfermagem; - Autorizar a liberação do antibiótico fora da padronização do hospital de clínicas; - Elaborar o programa de controle de antimicrobianos; - Realizar vigilância epidemiológica ativa; - Participar de reuniões; - Participar de reuniões, cursos e congressos que tratem do tema "infecção hospitalar"; - Participar de pesquisas sobre infecção hospitalar; - Sugerir medidas que resultem na prevenção ou redução das infecções; - realizar a notificação imediata aos médicos assistenciais para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação imediata, e definir isolamento e profilaxia; - participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão de doenças de notificação compulsória (DNC) detectados no âmbito hospitalar; - promover um trabalho integrado com o laboratório do hospital e com outros laboratórios de referência, bem como serviços de anatomia patológica, estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC; - incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológico e anátomo-patológico, em caso de óbito por causa mal definida; - estabelecer um fluxo com a farmácia, para recebimento de informação de pacientes em uso de medicamentos próprios de DNC;

		<ul style="list-style-type: none"> - promover a integração com o serviço de arquivo médico e a comissão de revisão de prontuário do hospital, para o acesso às informações necessárias à vigilância epidemiológica contidas nos prontuários e em outros registros de atendimento; - trabalhar em parceria com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Registro Hospitalar de Câncer, Comissão de Análise de Óbito, Gerência de Riscos Sanitário Hospitalar, Tecnovigilância, Farmacovigilância e Hemovigilância. - participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar;
6		Enfermeiro do Setor de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar
		Requisito para ocupação do cargo: pessoa com formação em nível superior completo, com no mínimo 3 anos de experiência na área assistencial e conhecimento em vigilância epidemiológica, controle de infecção relacionada á assistência em saúde e melhoria contínua da qualidade hospitalar
		<p>Atribuições:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coletar e consolidar dados de vigilância epidemiológica; - Realizar investigação epidemiológica; - Interpretar os dados e analisar as informações; - Retroalimentar e divulgar informações; - Realizar busca ativa nas unidades assistenciais; - Realizar busca passiva nos prontuários dos pacientes; - Confeccionar e avaliar os protocolos de Vigilância em Saúde e Qualidade; - Realizar ações de educação permanente das equipes multiprofissionais; - Realizar auditorias; - Participar de campanhas educativas; - Participar de reuniões de serviço e com a alta gestão; - Encaminhar estatísticas aos serviços internos e aos órgãos fiscalizadores.
7		Enfermeiro do Setor de Riscos Assistenciais
		Requisito para ocupação do cargo: (pessoa com formação em nível superior completo, com no mínimo 3 anos de experiência na área

		assistencial e conhecimento em Gestão de risco, Qualidade e Segurança do Paciente)
		<p>Atribuições:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar o mapeamento dos processos essenciais; - Monitorar programas para o gerenciamento de riscos e eventos adversos, com vistas a contemplar as Metas Internacionais de Segurança do Paciente; - Capacitar os profissionais para a prática com qualidade e segurança; - Monitorar a implementação das metas internacionais de segurança; - Facilitar a comunicação dos processos de melhoria da segurança do paciente em toda a instituição. - Realizar ações de educação permanente das equipes multiprofissionais; - Realizar auditorias; - Participar de campanhas educativas; - Participar de reuniões de serviço e com a alta gestão; - Encaminhar estatísticas aos serviços internos e aos órgãos fiscalizadores.

Seção III

Nomeação dos Gestores

Art. 16. A indicação para nomeação da chefia do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente e das chefias das Unidades de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar e de Gestão de Riscos Assistenciais deverá seguir os critérios estabelecidos pela Resolução nº 08, de 24 de setembro de 2012, da Diretoria Executiva da Ebserh Sede e pelo Regulamento de Pessoal da Ebserh.

Art. 17. A chefia do setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, bem como as chefias das Unidades de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar e de Gestão de Riscos Assistenciais são funções gratificadas na estrutura das filiais da Ebserh, sendo a classificação, descrição e atribuições apresentadas no Plano de Cargos em Comissão e Funções Gratificadas (PCCFG) da Ebserh.

Parágrafo único. Nas ausências e impedimentos legais da chefia do setor de Vigilância em Saúde, bem como das chefias das Unidades de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar e

de Gestão de Riscos Assistenciais, assumirão pessoas de confiança, indicados pelas respectivas chefias, que serão os substitutos legais, formalmente nomeados, permanecendo no cargo por igual período ao do mandato das chefias.

Capítulo V

Organização Interna

Seção I

Do Funcionamento

Art. 18. O setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente funciona nos seguintes horários: - Segunda a Sexta: 7 horas às 17 horas.

Art. 19. As escalas de trabalho são de responsabilidade de cada segmento que compõe o Setor, devendo ser elaborada até o dia 30 de cada mês para análise e aprovação da Chefia.

Art. 20. Os afastamentos e férias deverão ser inicialmente avaliados pela chefia para posterior encaminhamento à Alta Gestão para deliberação.

Seção II

Das Comissões Gestoras

Art. 21. O setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente poderá ter Comissões Gestoras, de natureza consultiva e deliberativa, de caráter permanente, constituído pela chefia e representantes dos segmentos que a compõem, com a finalidade de auxiliar na tomada de decisões, relacionadas à funcionalidade do serviço.

Art. 22. São objetivos das Comissões Gestoras:

I - promover o alinhamento das ações das diretrizes estratégicas do setor de Vigilância em Saúde;

II - promover e apoiar a priorização de projetos a serem atendidos para dar suporte às necessidades estratégicas de planejamento da Unidade;

III - implementar oportunidades de melhorias para que a unidade possa se adaptar rapidamente a mudanças de circunstâncias tecnológicas ou de gestão e a novas demandas operacionais.

Art. 23. A Comissão Gestora do setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente é a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), nomeada em Portaria pelo Superintendente, com competências, atribuições e funcionamento ordenados pelo regimento interno da CCIH, aprovado em resolução do Colegiado Executivo, de n.º 4, de 2 de junho de 2015, publicado no Boletim de Serviço n.º 49, de 9 de junho de 2015.

Art. 24. São competências da Comissão Gestora, além das estabelecidas no Regimento Interno da CCIH:

- I - propor atualização do regulamento interno, quando necessário;
- II - apreciar o Plano Anual de Investimento da Unidade, para o exercício subsequente;
- III - definir as diretrizes de planejamento, organização e execução das atividades da Unidade;
- IV - definir prioridades na formulação e execução de planos e projetos relacionados à expansão da Unidade;
- V - estabelecer um cronograma de reuniões e de atividades da Comissão para o exercício, quando do início das atividades;
- VI - propor a criação de Grupos de Trabalho para:
 - a) auxiliarem nas decisões da Comissão Gestora, definindo sua composição, objetivos e prazo para conclusão dos trabalhos;
 - b) comporem o centro de custo da unidade, com o objetivo de fazer levantamento das demandas de materiais de consumo e permanente, gerir e controlar estoque, bem como acompanhar o andamento das aquisições.

Capítulo VI

Indicadores de Gestão

Art. 25. Os indicadores de gestão do setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente estão dispostos no quadro abaixo:

1	Indicadores de Produção	Especificação
	- Estatística Global	- Mensal
	- Taxas de Eventos Adversos Graves	- Trimestral
	- Taxa de Reações Transfusionais	- Trimestral
	- Consumo de Álcool e Clorexidina	- Mensal
	- Densidades de incidência de infecção	- Semestral
		- Trimestral

	Número de notificações do sistema de informações gerenciais (SIG)	- Anual - Trimestral
2	Indicadores de Desempenho	Especificação
	- Taxa de capacitação CCIH - Taxa de capacitação em Segurança do Paciente - Taxa de capacitação do Núcleo da Qualidade - Taxa de notificações busca passiva - Taxa de notificações busca ativa - N.º de reuniões com ata conforme regimento - N.º prescrições ATB autorizadas/ mês - N.º culturas revisadas/mês	- Anual - Anual - Mensal - Mensal - Anual - Anual - Mensal - Mensal

Capítulo VII

Base Legal

Art. 26. Constitui fundamentação legal para o funcionamento do setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

I - Portaria 2.616 do Ministério da Saúde/1998

II - Portaria MS n.º 1.660, de 22 de julho de 2009

III - Portaria MS n.º 529, de 1 de abril de 2013

IV- Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.º 36, de 25 de julho de 2013

V- Portaria n.º 1.377, de 9 de julho de 2013

VI- Portarias n.º 523, de 4 de abril, ANVISA: tornou pública a entrada do HC-UFTM na Rede Sentinela;

VII - Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC)/ANVISA 63, de 25 de novembro de 2011;

VIII- Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC)/ANVISA n.º 23, de 04 de abril de 2012.

Capítulo VIII

Disposições finais

Art. 27. O funcionamento do setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, além dos critérios, regras e recomendações contidas neste Regulamento, deve observar a legislação brasileira pertinente, assim como o Estatuto e o Regimento Geral da Ebserh, bem como as regras estabelecidas internamente pela Instituição.

Parágrafo único. Assuntos referentes a normas e rotinas do setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente devem ser tratados em documento próprio (manual de normas e rotinas e/ou POPs).

Art. 28. Os casos omissos deverão ser objeto de discussão e deliberação da comissão gestora com a chefia do setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, bem como com a chefia imediatamente superior.

Art. 29. O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação pelo colegiado executivo do HC-UFTM.

RETIFICA E ALTERA COMPOSIÇÃO E REGIMENTO DE NÚCLEO

Resolução n.º 35, de 3 de maio de 2016

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, administrado Pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh -, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.ª revisão), em reunião extraordinária, realizada em 3 de maio de 2016, resolve:

Art. 1.º Retificar o Art. 1.º da Resolução n.º 30, de 20 de abril de 2016, inciso III, alínea a) , onde se lê "três representantes da Administração Hospitalar para Planejamento Estratégico", lê-se "dois representantes da Administração Hospitalar para Planejamento Estratégico".

Art. 2.º Alterar o Art. 15 do Regimento Interno do NQ do HC-UFTM (parte integrante desta Resolução) para contemplar a nova formação.

Art. 3.º A presente Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE QUALIDADE DO HC-UFTM

Siglas

CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar EBSERH
FNQ	Fundação Nacional da Qualidade
HC	Hospital de Clínicas
NQ	Núcleo da Qualidade
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
ONA	Organização Nacional de Acreditação
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Introdução

A qualidade dos serviços e produtos de saúde e o controle da gestão em hospitais é um fator de fundamental importância para uma administração hospitalar eficiente, buscando o atendimento das necessidades, anseios e expectativa das pessoas. A qualidade nos serviços de saúde deve ser constantemente aperfeiçoada, tornando-se alvo constante dos esforços das instituições de saúde, tendo em vista a maior satisfação dos que necessitam desses serviços.

Para Silva *et al* (2010), os programas de qualidade na área hospitalar tem um complexo conjunto de dimensões a serem consideradas dentre elas, a reunião de um excelente corpo clínico, da gestão dos processos administrativos, da organização que envolvem finanças, logística, procedimentos operacionais e outras áreas comuns a organizações de diferentes setores.

A Fundação Nacional da Qualidade (FNQ), do Brasil estabelece critérios de Excelência para uma gestão de qualidade plena. Dentre eles:

- 1- Visão sistêmica – entendimento das relações de interdependência entre os diversos componentes de uma organização, bem como entre a organização e o ambiente externo.
- 2- Aprendizado organizacional – busca e alcance de um novo nível de conhecimento, por meio de percepção, reflexão, avaliação e compartilhamento de experiências, alterando

princípios e conceitos aplicáveis a práticas, processos, sistemas, estratégias e negócios, e produzindo melhorias e mudanças na organização.

3- Proatividade – capacidade da organização de se antecipar às mudanças de cenários e às necessidades e expectativas dos clientes e das demais partes interessadas.

4- Foco no cliente e no mercado – conhecimento e entendimento do cliente e do mercado, visando à criação de valor de forma sustentada para o cliente e maior competitividade nos mercados

5- Responsabilidade social – atuação baseada em relacionamento ético e transparente com todas as partes interessadas, visando ao desenvolvimento sustentável da sociedade, preservando recursos ambientais e culturais para futuras gerações, respeitando a diversidade e promovendo a redução das desigualdades sociais.

6- Inovação – implementação de novas idéias geradoras de um diferencial competitivo.

7- Gestão baseada em fatos – tomada de decisões com base na medição e análise do desempenho, levando-se em consideração às informações disponíveis, incluindo os riscos identificados.

8- Valorização das pessoas – compreensão de que o desempenho da organização depende da capacitação, motivação e bem-estar da força de trabalho e da criação de um ambiente de trabalho propício à participação e ao desenvolvimento das pessoas.

9- Abordagem por processos – compreensão e gerenciamento da organização por meio de processos, visando à melhoria do desempenho e à agregação de valor para as partes interessadas.

10- Liderança e constância de propósitos – comprometimento dos líderes com os valores e princípios da organização; capacidade de construir e implementar estratégias e um sistema de gestão que estimule as pessoas a realizar um propósito comum e duradouro.

11- Visão de futuro – compreensão dos fatores que afetam o negócio e o mercado no curto e no longo prazo, permitindo o delineamento de uma perspectiva consistente para o futuro desejado pela organização.

12- Orientação para resultados – compromisso com a obtenção de resultados que atendam, de forma harmônica e balanceada, às necessidades de todas as partes interessadas na organização.

Devido a inúmeros problemas na área da saúde, houve a necessidade em criar alguma ferramenta que fosse capaz de entender os mecanismos e tentar reduzir falhas, com o objetivo de oferecer qualidade no atendimento e criar uma nova estrutura que atendesse com profissionalismo os usuários do sistema. Foi então criada a acreditação, que, de acordo com a Organização Nacional de Acreditação (ONA), é o procedimento pelo qual uma

instituição acreditadora “reconhece formalmente que uma empresa tem competência para cumprir as atividades definidas na sua razão social”. No Sistema Brasileiro de acreditação das organizações prestadoras de serviços de saúde, a avaliação pauta-se por exigências legais de segurança no atendimento, bem como na organização do trabalho e seus resultados. A certificação na área de saúde surge com a intenção de promover a melhoria contínua dos processos hospitalares.

Capítulo I

Das disposições gerais

Art. 1.º Este regimento atende as normas instituídas pela alta administração do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, autoridade que otimiza os serviços de saúde e promove o aperfeiçoamento da gestão do HC.

Art. 2.º As boas práticas de funcionamento do serviço de saúde são componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

Art. 3.º Para efeitos deste regimento a Qualidade é entendida "como um processo dinâmico, ininterrupto e de exaustiva atividade permanente de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, que devem ser periodicamente revisados, atualizados e difundidos, com participação da alta administração do hospital até seus funcionários mais básicos".

Art. 4.º O Núcleo da Qualidade tem como pontos básicos: foco no cliente, trabalho em equipe permeando toda a organização, decisões baseadas em fatos e dados e a busca constante da solução de problemas e da diminuição de erros.

Art. 5.º Considerar-se-à Gestão por Processos o conjunto de operações sucessivas ou paralelas que proporcionam um resultado definido.

Parágrafo único. O monitoramento dos processos é fundamental para garantir resultados positivos e segurança, com atividades como: padronização de documentos, mapeamento de processos, gerenciamento de indicadores e análise de dados, determinação de conceitos

e metodologias para gerenciamento de riscos, acompanhamento e implantação de melhorias, capacitação de gestores e colaboradores

Art. 6.º Nas unidades são estabelecidas sistemáticas para tratamento e prevenção de falhas, com aplicação de ferramentas para gerenciamento de riscos associados aos cuidados prestados.

Parágrafo único. Além disso, fluxos e métodos são padronizados para execução das atividades clínicas e administrativas, evidenciados em documentos oficiais com o objetivo é fortalecer a interface entre profissionais de disciplinas diversas, com foco na integração assistencial e monitoramento contínuo dos resultados.

Art. 7.º A acreditação é um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos.

Parágrafo único. Terá caráter educacional e não fiscal para determinar se a instituição atende aos requisitos elaborados para melhorar a segurança e a qualidade do serviço.

Art. 8.º O Núcleo da Qualidade (NQ) está alicerçado nos pilares fundamentais da Qualidade, segundo Donabedian (1990):

I - eficácia: é a habilidade da ciência médica em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos;

II - efetividade: é a relação entre o benefício real oferecido pela assistência e o resultado potencial, representado por estudos epidemiológicos e clínicos;

III - eficiência: é a relação entre o benefício oferecido pela assistência médica e seu custo econômico;

IV - otimização: é o estabelecimento do ponto de equilíbrio relativo, em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico. É a tentativa de evitar benefícios marginais a custos inaceitáveis;

V - aceitabilidade: é a adaptação dos cuidados médicos e da assistência à saúde às expectativas, desejos e valores dos pacientes e suas famílias. Este atributo é composto por 5 conceitos: acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, preferências do paciente quanto aos efeitos da assistência e preferências do paciente quanto aos custos da assistência;

VI - legitimidade: é a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo. Implica conformidade individual, satisfação e bem-estar da coletividade;

VII - equidade: é a determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para todos os membros da comunidade.

Do núcleo da qualidade

Art. 9.º O NQ tem o compromisso de introduzir a Gestão da Qualidade como uma ferramenta permanente de aprimoramento institucional, reorganizando suas práticas e diminuindo riscos para pacientes, profissionais e colaboradores, monitorando periodicamente os indicadores para subsidiar os responsáveis do HC-UFTM nas tomadas de decisão a fim de consolidar os processos.

Art. 10. O NQ tem por objetivo assegurar que a Gestão da Qualidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro seja estabelecido, implantado e mantido, de acordo com requisitos da qualidade estabelecidos no processo de Acreditação da ONA.

Art. 11. O NQ, durante as ações de implantação, implementação e a manutenção, obedecerá as normas vigentes para cada processo trabalhado.

Capítulo II

Da natureza e finalidade

Art.12. O NQ é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, é diretamente ligado a Superintendência do Hospital.

Art. 13. O NQ é um conjunto de programas gerenciais que sistematiza o planejamento, a formulação e a operacionalização dos processos assistenciais e de apoio, necessários para garantir a excelência nos serviços prestados.

Art. 14. O NQ tem por finalidade assessorar a promoção de ações institucionais de melhoria contínua na gestão dos processos, elevando o padrão dos serviços prestados por meio de indicadores da qualidade, avaliação da satisfação dos usuários, definição de metodologias e

ferramentas da qualidade e controle dos instrumentos administrativos que compõem a estrutura organizacional.

Capítulo III

Da Composição

Art.15. O NQ, composto por colaboradores do HC e nomeado pelo Superintendente em Portaria, é formado:

I- coordenador;

II - dois representantes da alta administração Hospitalar;

III - grupo técnico/executor:

a) três representantes do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

b) dois representantes da Administração Hospitalar para planejamento estratégico;

c) um representante da Divisão de Enfermagem;

V - secretário.

Art. 16. Fica facultada ao coordenador do Núcleo propor a participação de novos profissionais para atuarem como apoio técnico e operacional na implementação dos processos.

Capítulo IV

Dos deveres e responsabilidades

Art. 17. São deveres e responsabilidades dos membros do NQ:

I - participar das reuniões, discussões e deliberações sobre quaisquer assuntos constantes da pauta;

II - propor assuntos para a pauta das reuniões;

III - solicitar reunião extraordinária do NQ;

IV - colaborar com estudos e propostas ao NQ, que contribuam para a implantação de medidas que venham a assegurar a estruturação organizacional mais adequada à execução dos processos e das atividades do NQ;

V - colaborar com estudos e debates visando ao aperfeiçoamento permanente dos processos e das atividades do NQ;

VI - coordenar a implantação, na sua área de atuação, das medidas e processos aprovados pelo NQ;

VII - colaborar com as outras áreas de atuação do NQ na implantação das medidas e processos aprovados;

VIII - participar da apreciação e deliberação sobre propostas apresentadas por membros do NQ, a serem levadas às reuniões do Núcleo;

IX - pedir vistas de assuntos em discussão.

Art. 18. Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes ao abrir o item de pauta.

Art. 19. As matérias examinadas nas reuniões do Núcleo têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

Parágrafo único. Os membros do Núcleo não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo ao Coordenador do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicados para apreciação da Superintendência.

Art. 20. As atribuições dos representantes do NQ são as seguintes atividades:

I - representantes da alta administração:

a) assegurar que os processos e requisitos necessários à implantação e implementação do Sistema de Gestão da Qualidade sejam estabelecidos;

b) assegurar a promoção da conscientização sobre os requisitos do cliente em toda a organização;

c) servir como contato para organizações externas no que se refere NQ-HC-UFTM.

II - coordenador:

a) convocar e coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias do NQ;

b) consolidar a pauta definitiva das reuniões do NQ;

c) colocar em discussão qualquer matéria urgente ou de alta relevância, ainda que não constante da pauta de convocação;

d) representar o NQ junto à Gestão Superior e entidades da sociedade;

e) delegar atribuições aos demais membros do NQ;

f) constituir grupo(s) de trabalho(s), se e quando necessário, indicando para cada grupo um relator;

- g) expedir todos os atos necessários à efetivação das deliberações do NQ;
- h) convidar, a seu critério ou por indicação dos membros do NQ, autoridades ou técnicos de notória competência profissional, para participar das reuniões, sem direito à participação nas deliberações do NQ;
- i) conceder visto de matérias aos membros do NQ, quando solicitado;
- j) supervisionar as atividades exercidas pelo Secretário do NQ;
- k) convocar e coordenar as reuniões de análise crítica do sistema e na periodicidade prevista no Manual da Qualidade;
- l) fazer cumprir este Regimento.

III - grupo técnico/executor:

- a) consolidar a pauta preliminar das reuniões do NQ, e submeter ao coordenador;
- b) estudar e propor ao NQ, medidas para assegurar a estruturação dos processos organizacionais, adequando-os ao cumprimento da missão institucional;
- c) mapear e monitorar a implantação das medidas e da estruturação dos processos organizacionais estabelecidos e aprovados pelo NQ;
- d) realizar estudos e debates visando o aperfeiçoamento permanente dos processos e da estrutura organizacional visando o cumprimento da missão institucional;
- e) apreciar e deliberar sobre propostas apresentadas por membros do NQ, a serem levadas às reuniões do Núcleo;
- f) representar o NQ junto aos setores do HC-UFTM;
- g) apoiar, acompanhar e controlar todas as ações voltadas para a implantação e manutenção do sistema da qualidade;
- h) assegurar a realização das reuniões de análise crítica do sistema e na periodicidade prevista;
- i) acompanhar os indicadores de desempenho do Sistema da Gestão da Qualidade para a tomada de decisão que garanta a eficácia do sistema;
- j) promover a integração do NQ com os demais setores, sendo interlocutor que viabilize a consolidação dos ajustes necessários à implantação das medidas que assegurem a estruturação dos processos organizacionais, adequando-os ao cumprimento da missão institucional do HC.;
- k) prestar serviço de consultoria interna em desenvolvimento organizacional e qualidade ao NQ;
- l) acompanhar os Planos Anuais de Auditoria Interna visando assegurar a sua realização;

m) Prestar assistência ao processo de desenvolvimento e manutenção do NQ, buscando informações e feedback que possibilitem avaliação dos programas e procedimentos implantados.

n) programar e executar o treinamento de todos os funcionários nas atividades relacionadas a qualidade hospitalar, visando a multiplicação dos conhecimentos e facilitar a implementação dos programas;

o) organizar eventos internos e externos relativos ao Sistema de Gestão da Qualidade, visando promover o treinamento dos colaboradores;

p) elaborar os fluxogramas de documentação do NQ, visando a correta comunicação e registro das informações;

q) desenvolver material de apoio, tais como apostilas, cartilhas, cartazes, visando otimizar os treinamentos e a divulgação do programa;

r) ministrar treinamentos internos relacionados com a qualidade.

IV - secretário:

a) controlar as ocorrências relacionadas com a qualidade, digitando dados, para elaboração de relatórios com estatísticas de produção;

b) participar da elaboração e redação dos procedimentos relacionados com a qualidade; c) manter controles dos registros da qualidade;

d) controlar os certificados de qualidade de matérias-primas recebidas;

e) verificar os prazos dos certificados de aferição de instrumentos por entidade credenciada;

f) distribuir e controlar as cópias de manuais da qualidade;

g) preparar a proposta de pauta das reuniões do NQ, fazendo constar as sugestões encaminhadas previamente pelos membros do Comitê, e consolidá-la com o Coordenador;

h) expedir convocação para as reuniões do NQ, anexando a pauta e a documentação necessária para as deliberações;

i) providenciar a organização do local das reuniões, a infraestrutura necessária e a comunicação aos membros do NQ;

j) elaborar as atas ou notas de reuniões e encaminhá-las aos membros do NQ, num prazo máximo de 7 dias;

k) organizar a comunicação, o arquivo e a documentação da qualidade, de forma a garantir o acesso rápido e seguro às informações.

V - Assessor de planejamento e qualidade:

a) substituir o Coordenador nas suas ausências ou afastamentos temporários;

b) assessorar o Coordenador e o grupo da Qualidade em todos os assuntos de sua competência;

c) assessorar os gerentes e facilitadores do HC na implantação das atividades do NQ, visando garantir sua execução dentro dos padrões estabelecidos.

Capítulo V

Das competências do núcleo de qualidade

Art. 21. Estudar e propor à representantes da alta administração e da comunidade do HC-UFTM, medidas para assegurar a estruturação dos processos organizacionais, adequando-os ao cumprimento da missão institucional.

Art. 22. Assegurar a implantação e manutenção dos processos organizacionais estabelecidos e aprovados, inclusive através da viabilização, junto à alta administração.

Art. 23. Incentivar estudos e debates com as lideranças, visando o aperfeiçoamento permanente da estrutura e dos processos organizacionais, definidos para estes serviços.

Art. 24. Assegurar a implantação das medidas aprovadas.

Art. 25. Garantir que o Núcleo de Qualidade (NQ) orientará os processos de trabalho elencados prioritariamente :

I - desenvolver o mapeamento dos processos essenciais;

II - estabelecer a cultura da elaboração documental e sua aplicação;

III - manter programas para o gerenciamento de riscos e eventos adversos, com vistas a contemplar as Metas Internacionais de Segurança do Paciente;

IV - capacitar os profissionais para a prática com qualidade e segurança;

V - sedimentar a cultura e a prática de qualidade e segurança na instituição.

VI - garantir o gerenciamento de riscos na instituição, através das diretrizes das Gerências de Risco, CCIH e NSP;

VII - garantir a implementação das metas internacionais de segurança;

VIII - obter efetividade nas ações voltadas para a melhoria da qualidade e segurança do paciente;

IX - mapear, revisar e monitorar os processos estabelecidos buscando a melhoria institucional contínua;

X - monitorar os indicadores de qualidade dos serviços, na aferição da melhoria dos processos;

XI - garantir que o monitoramento e a intervenção em todos dos processos estabelecidos, sejam realizados pelas lideranças, buscando as melhorias exigidas;

XII - garantir a manutenção das melhorias alcançadas com seus respectivos registros e divulgação a toda comunidade do HC-UFTM;

XIII - promover a comunicação dos processos de melhoria da qualidade em toda a instituição.

Capítulo VI

Das reuniões

Art. 26. As reuniões do NQ serão realizadas quinzenalmente com o grupo técnico, executor e assessor e mensalmente com os membros da alta administração em caráter ordinário, em dia, local e horário pré-estabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, na sala do NQ do HC, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 48 horas de antecedência.

Art. 27. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer membro da Comissão.

Art. 28. Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer um dos membros da Comissão.

Art. 29. O NQ mensalmente apresentará nas suas reuniões, trabalhos propostos em andamento e concluídos, com entrega de relatórios podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 30. As reuniões serão realizadas com qualquer número de participantes, a critério do Coordenador, ficando as resoluções na dependência da presença da metade, mais um, dos membros presentes à reunião.

Art. 31. De cada reunião será lavrada Ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 32. Os membros da comissão que faltarem a 03(três) reuniões consecutivas, injustificadamente, serão automaticamente considerados desligados e o pedido de sua substituição encaminhado ao Superintendente.

Capítulo VII

Das deliberações e recomendações

Art. 33. As deliberações do NQ serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros:

I - as votações, quando necessárias, serão abertas e acompanhadas de defesa verbal registradas em ata;

II - as decisões serão tomadas em votação por maioria simples dos presentes;

III - em caso de empate na votação, a decisão final caberá ao Coordenador do NQ.

Capítulo VIII

Do Suporte Ao Funcionamento

Art. 34. O apoio administrativo ao NQ será realizado pelo trabalhador administrativo terceirizado a ser contratado.

Art. 35. São consideradas atividades administrativas:

I - prestar subsídios e informações relacionadas as atividades do NQ;

II - elaborar e arquivar atas, processos, relatórios, documentos, correspondências e a agenda do NQ;

III - realizar o agendamento, a preparação e a expedição das convocações para as reuniões e o provimento do apoio logístico para as mesmas.

Capítulo IX

Dos grupos de trabalho

Art. 36. O NQ poderá criar grupos de trabalho para tratamento de assuntos específicos.

Parágrafo único. Os grupos de trabalho serão compostos por pessoas de reconhecido saber e competência profissional no tema, todos indicados pelo coordenador do NQ e nomeados pela Superintendência.

Art. 37. Cada grupo de trabalho será coordenado por um representante do NQ.

Capítulo X

Das disposições finais

Art. 38. Este regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 39. Os casos omissos serão resolvidos pelo núcleo em reunião para isto convocada com a presença do Superintendente.

Art. 40. O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

Referências

SILVA, A.M.B.S.; FARIAS, D.L.G.; VIEIRA, F.O.; SANTOS, V.M. Gestão da qualidade do serviço hospitalar em organizações privadas de saúde do estado do rio de janeiro: estudo de caso comparativo. In: VI CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO Energia, Inovação, Tecnologia e Complexidade para a Gestão Sustentável, 2010, Niterói, RJ. Resumos.... Rio de Janeiro, Brasil.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE QUALIDADE – PNQ – Prêmio Nacional da Qualidade, 2006.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. O processo de acreditação. Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.cbacred.org.br/front/vantagens.php>. Acesso em: 22 set. 2008.

SUPERINTENDÊNCIA

COMPOSIÇÃO DE COMISSÃO

Portaria n.º 61, de 10 de maio de 2016

O Superintendente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no uso de sua competência que lhe foi subdelegada pela Portaria n.º 23, de 26 de abril de 2013, do Presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh -, resolve:

Art. 1.º Designar Geisa Perez Medina Gomide, Diretora Clínica e Chefe da Divisão Médica; Cristina da Cunha Hueb Barata de Oliveira, Chefe do Setor de Vigilância em Saúde; Fernanda Barros Bittar, Responsável pela Unidade de Pronto Socorro; Antônio Carlos de Oliveira Meneses, Representante da Unidade de Anatomia Patológica; Edson Elias Vieira, Chefe da Unidade Cuidados Intensivos e Semi Intensivos; José de Oliveira Ferreira, Chefe da Unidade Cardiovascular; João Paulo Vieira dos Santos, Representante do Departamento de Cirurgia; Renata Cristina Frazon Bonatti, Representante do Departamento de Clínica Médica; Ayres Alexandre Carlos Menezes, Responsável médico pelo Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU); Renata Maria Dias de Abreu, Chefe da Divisão de Enfermagem e Eliane Cristina Silva Oliveira, secretária, para comporem, sob a presidência da primeira servidora e vice-presidência da segunda, a Comissão de Análise de Óbitos e Biópsias do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Art. 2.º Também integram esta comissão os médicos residentes de Clínica Médica (Estágio a ser escolhido pela Comissão), o médico residente de Infectologia (Estágio CCIH) e um aluno do curso de graduação, indicado pela Gerência de Ensino e Pesquisa.

Art. 3.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura e altera a Portaria n.º 40, de 11 de março de 2015.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

COMPOSIÇÃO DE NÚCLEO

Portaria n.º 56, de 5 de maio de 2016

O Superintendente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no uso de sua competência que lhe foi subdelegada pela Portaria n.º 23, de 26 de abril de 2013, do Presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh -, resolve:

Art. 1.º Designar Eva Claudia Venâncio de Senne, coordenadora; Geisa Perez Medina Gomide e Sonia Beatriz Félix Ribeiro, representantes da alta administração hospitalar; as enfermeiras Luciana Paiva, Patrícia Borges Peixoto e Cristina da Cunha Hueb Barata de Oliveira, representantes do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente; Fabio Aparecido dos Santos e Giuliano César Silveira como representantes da Administração Hospitalar para planejamento estratégico; Renata Maria Dias de Abreu como representante da Divisão de Enfermagem e Márcia Borges Félix, Secretária da Comissão, para comporem o Núcleo de Qualidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Art. 2.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

DESIGNAÇÕES

Portaria n.º 58, de 10 de maio de 2016

O Superintendente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no uso de sua competência que lhe foi subdelegada pela Portaria n.º 23, de 26 de abril de 2013, do Presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh -, resolve:

Art. 1.º Designar os servidores abaixo indicados para atuar como fiscal titular e suplente do contrato relacionado, com a função de efetuar a medição de parcelas/etapas e atestá-las para pagamentos no Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais – SIASG.

Fiscais	Contrato	Objeto	Contratado	Processo
Titular: Hélida Rosa Silva Siape: 1445157 Suplente: Eurípedes Rogério dos Santos Camilo Siape: 1444320	44/2015	Prestação de serviços terceirizados na área de portaria para o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.	Rezende Conservação e Serviços Ltda.-EPP	23127.00 0417/14- 55

Art. 2.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos à data de assinatura do Contrato acima especificado.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

Portaria n.º 59, de 10 de maio de 2016

O Superintendente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no uso de sua competência que lhe foi subdelegada pela Portaria n.º 23, de 26 de abril de 2013, do Presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh -, resolve:

Art. 1.º Designar os servidores abaixo indicados para atuar como fiscal titular e suplente do contrato relacionado, com a função de efetuar a medição de parcelas/etapas e atestá-las para pagamentos no Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais – SIASG.

Fiscais	Contrato	Objeto	Contratado	Processo
Titular: Daniela Minaré Fonseca Siape: 2445333 Suplente: Ana Lúcia Lopes Moreira de Almeida Siape: 0388974	31/2016	Prestação de serviços de Nutrição e Alimentação Hospitalar, visando à produção e distribuição de refeições, dietas e dietas especiais.	Nutrisabor Assessoria e Alimentos Ltda.	23127.0005 31/15-66

Art. 2.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos à data de assinatura do Contrato acima especificado.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

Portaria n.º 60, de 10 de maio de 2016

O Superintendente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no uso de sua competência que lhe foi subdelegada pela Portaria n.º 23, de 26 de abril de 2013, do Presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh -, resolve:

Art. 1.º Designar os servidores abaixo indicados para atuar como fiscal titular e suplente do contrato relacionado, com a função de efetuar a medição de parcelas/etapas e atestá-las para pagamentos no Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais – SIASG.

Fiscais	Contrato	Objeto	Contratado	Processo
Titular: Hélida Rosa Silva Siape: 1445157 Suplente: Eurípedes Rogério dos Santos Camilo Siape: 1444320	45/2015	Prestação de serviços terceirizados nas áreas de vigilância/segurança patrimonial para o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro	Segurar Vigilância e Segurança Patrimonial Ltda.	23127.000 417/14-55

Art. 2.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos à data de assinatura do Contrato acima especificado.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

DIVISÃO DE GESTÃO DE PESSOAS

DESIGNAÇÕES

Portaria n.º 8, de 2 de maio de 2016

A chefe da Divisão de Gestão de Pessoas do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no uso da subdelegação de competência que lhe foi conferida pela Portaria n.º 22, do Superintendente do Hospital de Clínicas da Universidade do Triângulo Mineiro, datada de 7 de março de 2014, publicado no Boletim de Serviço n.º 1, de 17 de março de 2014, resolve:

Art. 1.º Designar o empregado público, Leonardo Rodrigues de Oliveira, siape n.º 1518930, Médico para substituir Edson Elias Vieira, siape n.º 2101321 Chefe da Unidade de Cuidados Intensivos e Semi-intensivos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, nas ausências e impedimentos legais do titular.

Vanilda Ap. Santana Paulino

Portaria n.º 9, de 6 de maio de 2016

A chefe da Divisão de Gestão de Pessoas do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no uso da subdelegação de competência que lhe foi conferida pela Portaria n.º 22, do Superintendente do Hospital de Clínicas da Universidade do Triângulo Mineiro, datada de 7 de março de 2014, publicado no Boletim de Serviço n.º 1, de 17 de março de 2014, resolve:

Art. 1.º Designar o empregado público, Fernando Alves dos Santos siape n.º2118836, Assistente Administrativo para substituir Nilva Setsuko Takahashi siape n.º 1140152, Chefe do Setor de Engenharia Clínica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, nas ausências e impedimentos legais do titular.

Vanilda Ap. Santana Paulino

DEPARTAMENTO DE COMPRAS LICITAÇÕES E CONTRATOS

EXTRATOS DE CONTRATO

Extrato de Contrato n.º 24/2016 - UASG 150221

Processo: 23127000509/15-16. Pregão SRP n.º 123/2015. Contratante: Universidade Federal do Triângulo Mineiro. CNPJ Contratado: 50595271000105. Contratado: Biotronik Comercial Medica Ltda. Objeto: Fornecimento em consignação, órteses, próteses e materiais especiais (OPME). Fundamento Legal: Lei 8.666/93. Vigência: 12/5/2016 a 11/5/2017. Valor Total: R\$1.354.100,00. Fonte: 6153000000 - 2016NE800993. Data de Assinatura: 20/4/2016. (Sicon - 11/5/2016) 150221-15242-2016NE800053

Extrato de Contrato n.º 25/2016 - UASG 150221

Processo: 23127000509/15-16. Pregão SRP n.º 123/2015. Contratante: Universidade Federal do Triângulo Mineiro. CNPJ Contratado: 28219442000142. Contratado: Promni Comércio, Industria, Importação e Exportação DE. Objeto: Fornecimento em consignação, órteses, próteses e materiais especiais (OPME). Fundamento Legal: Lei 8.666/93. Vigência: 12/5/2016 a 11/5/2017. Valor Total: R\$24.000,00. Fonte: 6153000000 - 2016NE800994. Data de Assinatura: 20/4/2016. (Sicon - 11/5/2016) 150221-15242-2016NE800053

Extrato de Contrato n.º 30/2016 - UASG 150221

Processo: 23127000653/15-52. Pregão SRP n.º 152/2015. Contratante: Universidade Federal do Triângulo Mineiro. CNPJ Contratado: 04927782000160. Contratado: Addlife Diagnósticos Ltda - EPP. Objeto: Aquisição de tiras reagentes para uroanálise, com cessão de uso de aparelho para leituras das tiras. Com cessão de uso de equipamentos. Fundamento legal: Lei 8.666/93. Vigência: 11/5/2016 a 10/5/2017. Valor Total: R\$15.936,00. Fonte: 6153000000 - 2016NE801048. Data de Assinatura: 28/4/2016. (Sicon - 10/5/2016) 150221-15242-2016NE800053

EXTRATOS DE TERMOS ADITIVOS

Extrato de Termo Aditivo n.º 4/2016 - UASG 150221

Contrato: 31/2012. Processo: 23127000142/12-98. Dispensa n.º 367/2012. Contratante: Universidade Federal do Triângulo Mineiro. CNPJ Contratado: 07797967000195. Contratado: NP Capacitação e Soluções Tecnológicas Ltda. Objeto: Prorrogar o prazo de vigência por

N.º 82, segunda-feira, 16 de maio de 2016

mais 12 (doze) meses. Fundamento Legal: Lei 8.666/93. Vigência: 18/5/2016 a 17/5/2017.
Valor Total: R\$7.990,00. Fonte: 6153000000 - 2016NE800750. Data de Assinatura: 27/4/2016.
(Sicon - 10/5/2016) 150221-15242-2016NE800053