

PROPOSTA DE
TRABALHO
INTS

MÓDULO I

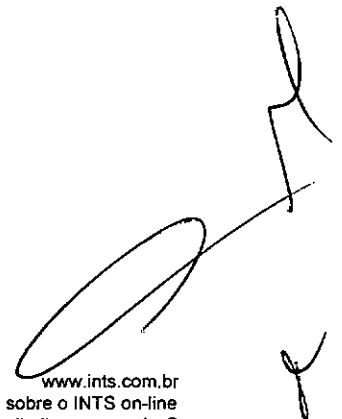
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO

Nº 03/2017-SES/GO

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO ESTADO DE GOIÁS, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE – SES, NOS TERMOS DO DESPACHO GOVERNAMENTAL Nº 020/2017 NOS TERMOS DO ARTIGO 8º A, § 1º DA LEI ESTADUAL Nº 15.503/2005 E SUAS ALTERAÇÕES.

PROPOSTA TÉCNICA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2017-SES/GO

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO ESTADO DE GOIÁS, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE – SES, NOS TERMOS DO DESPACHO GOVERNAMENTAL Nº 020/2017 NOS TERMOS DO ARTIGO 8º A, § 1º DA LEI ESTADUAL Nº 15.503/2005 E SUAS ALTERAÇÕES.

PROPOSTA TÉCNICA

À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS

À COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO

À COMISSÃO INTERNA DE CONTRATOS DE GESTÃO E SERVIÇOS EM SAÚDE

DO HEMOCENTRO DO ESTADO DE GOIÁS

ENDEREÇO: O Hemocentro - HEMORREDE, localizado a Av. Anhanguera no 5.195 Setor Coimbra, Goiânia-Goiás

NOME DA PROPONENTE: INTS – Instituto Nacional de Amparo à Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Gestão Pública

CNPJ/MF:11.344.038/0001-06

ENDEREÇO: End. Av. Professor Magalhães Neto, nº. 1856, Sl 806, Pituba, Salvador-BA

TELEFONE: 71 3018- 1212

E-MAIL: contato@ints.com.br

TIPO:

Melhor técnica.

OBJETO:

Seleção de organização social para celebração de Contrato de Gestão objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde da Hemorrede

End. Av. Professor Magalhães Neto, nº. 1856, Sl 806, Pituba, Salvador-BA

publica Estadual de Hemoterapia e Hematologia de Goiás, em regime de 24 horas/dia, que assegure assistência universal e gratuita a população, por um período de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, nos termos do artigo 8o-A, § 1o, da Lei Estadual no 15.503/2005.

SESSÃO DE ABERTURA:

No dia **08/02/2017** as **09:00 horas** na sede da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, situada no edifício sede da SES/GO, Rua SC- 1 no 299, Parque Santa Cruz, CEP: 74.860-270, telefone (62) 3201-3840/3800.

OBJETIVO:

Elaboração de proposta técnica de trabalho de acordo com o edital do Instrumento de Chamamento No **03/2017-SES/GO**, de pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, qualificadas como Organização Social - OS no Estado de Goiás, objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde da Hemorrede pública estadual de Hemoterapia e Hematologia de Goiás, em regime de 24 horas/dia, que assegure assistência universal e gratuita a população, por um período de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, nos termos do artigo 8o-A, § 1o, da Lei Estadual nº 15.503/2005, executando um trabalho na saúde humanizado, ágil, com foco na melhoria dos processos internos da organização, na capacitação dos colaboradores, no monitoramento do ambiente de trabalho e na verificação da satisfação dos clientes, dos colaboradores e fornecedores, visando sempre à qualidade e melhoria contínua.

Goiânia, 02 de fevereiro de 2018.


Emanuel Marcelino Barroso Sousa
Presidente

INTS - Instituto Nacional de Amparo à Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Gestão Pública
CPF: 178.205.295-04

Sumário

QUEM SOMOS.....	4
1-TÍTULO	10
2-OBJETIVO.....	10
3- JUSTIFICATIVA.....	11
INFORMAÇÕES SOBRE A HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DE GOIÁS.....	16
CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE.....	16
ÁREA DE ATIVIDADE.....	19
ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE	20
IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS	20
Fluxo de registros e documentos de usuários e administrativos.....	25
Fluxo unidirecional para materiais esterilizados	27
Fluxo unidirecional de resíduos de saúde.....	28
IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO	34
IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS	62
Manual de rotinas administrativas para faturamento de procedimentos	62
Manual de rotinas para administração financeira.....	63
Manual de rotinas administrativas para gerência de almoxarifado e patrimônio.....	69
Manual para transporte de sangue, hemocomponentes e hemoderivados.....	71
QUALIDADE.....	79
QUALIDADE OBJETIVA	79
QUALIDADE SUBJETIVA	289
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA.....	330
Organograma com definição das competências de cada membro diretivo	331
ROTINAS OPERACIONAIS	398
POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS.....	562
METAS.....	582
PLANILHA DE CUSTOS/DESPESAS MENSAS	592
REFERÊNCIAS	593
ANEXOS.....	596

QUEM SOMOS

O INTS, Instituto Nacional de Amparo à Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Gestão Pública é uma organização sem fins lucrativos, certificada pelo Ministério da Justiça como de Utilidade Pública Federal, com foco na pesquisa e inovação das melhores práticas tecnológicas para a gestão pública e operação da área da Saúde, Educação e da Assistência Social no Brasil.

Com perfil multidisciplinar, o INTS desde a sua criação vem trabalhando de forma integrada com o setor empresarial, promovendo o desenvolvimento de pesquisas nas áreas de serviços públicos de Saúde, Educação e Assistência Social nas esferas municipal, estadual e federal, oferecendo serviços de mais alto nível para toda a comunidade.

Atuar de forma sustentável e duradoura tem sido a principal vertente do INTS desde a sua criação, entende-se que os serviços públicos no Brasil, principalmente nas áreas da Saúde, Educação e Assistência Social necessitam de um alto desenvolvimento tecnológico para atendimento da demanda do país. Como será apresentado nesse relatório de atividades, o INTS, no que se refere a esses investimentos, vem atuando fortemente fomentando parcerias com instituições públicas e privadas para suprir essa lacuna.

MISSÃO

Prover uma sociedade justa e igualitária, através de instrumentos eficientes que assegurem o funcionamento excelente da Administração Pública Brasileira, sendo fidedigna ao cumprimento das determinações da Constituição Federal e suas respectivas leis regulamentadoras.

VISÃO

Aprimorar e modernizar os serviços da Educação, Assistência Social e Saúde brasileira, em todas as esferas de atuação do Poder Público, trazendo como prática de sustentabilidade a pesquisa científica e a tecnologia, tornando-se referência na satisfação popular e no desenvolvimento social.

VALORES

O INTS tem como princípios éticos a legalidade, a transparência de seus atos, o desenvolvimento de recursos de utilidade pública e a reforma social em busca de qualidade de vida.

POLÍTICA DA QUALIDADE

Prover a Administração Pública com Soluções de gestão e tecnologia nas áreas de saúde, educação e assistência social, cumprindo as determinações de suas respectivas leis regulamentadoras, sempre promovendo a melhoria continua da gestão da organização para aumentar a satisfação dos clientes.

CERTIFICAÇÕES (TITULAÇÕES E QUALIFICAÇÕES)

Hoje, as capacidades técnicas e certificações de qualidade desta Organização Social atingem de modo mais eficiente as necessidades das comunidades brasileiras. O INTS entende que é preciso atender os anseios primários e vitais do indivíduo e da coletividade e, que o funcionamento equilibrado da vida social é resultado do fortalecimento de estruturas como Educação, Assistência Social e Saúde.

Com suas titulações, qualificações e certificações o INTS está habilitado a participar de projetos de utilidade pública, visando o benefício nas áreas da Educação, da Assistência Social, da Saúde e do Meio Ambiente nas esferas municipal, estadual e federal. Tendo como modalidades de contratação: as Licitações, os Convênios, os Contratos de Emergência e a Dispensa, ou Inexigibilidade de Licitação.

TITULAÇÕES PÚBLICAS DO INTS

Título de Utilidade Pública Federal - UPF;

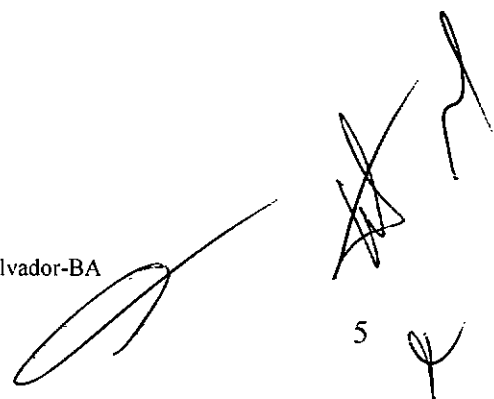
Título de Utilidade Pública no município de Salvador-BA;

Título de Utilidade Pública no município de Suzano – SP;

Título de Organização Social no Estado da Bahia;

Título de Organização Social no Estado de Rondônia;

Título de Organização Social no Estado de Goiás.



5

- Título de Organização Social no município Maracanaú - CE;
- Título de Organização Social no município Caucaia - CE
- Título de Organização Social no município Camaçari-BA;
- Título de Organização Social no município de Santo Amaro da Imperatriz-SC;
- Título de Organização Social no município de Biguaçu-SC;
- Título de Organização Social no município de Serra-ES;
- Título de Organização Social no município de Vila Velha-ES;
- Título de Organização Social no município de Suzano - SP;
- Título de Organização Social no município São Paulo – SP;
- Título de Organização Social no município de Barueri – SP.

CERTIFICAÇÃO ISO 9001:2015

Há alguns anos o INTS vem trabalhando para implementar um Sistema de Gestão da Qualidade como a ISO 9001, assumindo sua obrigação com a qualidade dos produtos e serviços, com a eficiência operacional e com a satisfação do cliente, constituindo as seguintes diretrizes:

Investir constantemente em inovações e desenvolvimento de novos produtos e serviços, sendo pioneiro no atendimento de qualidade e em tecnologia. Desenvolver métodos eficientes para alcançar o cliente e processar as operações de maneira segura e contínua.

Atender cada cliente compreendendo suas especificidades, estreitando o relacionamento e contribuindo para que o cliente seja percebido como referência de desempenho e eficiência, conseqüentemente, fortalecendo a reputação do INTS.

Ser líder atuante, empenhado no desenvolvimento e implantação de melhoria contínua dos requisitos do Sistema de Gestão de Qualidade do INTS.

E no ano de 2014 a certificação do sistema de gestão da qualidade veio para ajudar o INTS a desenvolver e melhorar seu desempenho. A certificação ISO 9001:2008 permitiu que a instituição demonstrasse seus elevados níveis de qualidade nos serviços e que segue os

princípios de gestão da qualidade internacionalmente reconhecidos. E no ano de 2017 o INTS passou pelo processo de transição da norma, ganhando a certificação na nova versão 2015.

O INTS com cinco anos de mercado já atuou em diversos municípios brasileiros espalhados por Bahia, São Paulo, Mato Grosso, Espírito Santo, Goiás, Rondônia e Pernambuco aplicando as melhores práticas tecnológicas e de inovação aos contratos de gestão firmados.

PRINCIPAIS PREMIAÇÕES

Premiação é o reconhecimento do trabalho realizado pela instituição e pela manifestação da população quanto a indicações da valoração dos serviços prestados aos usuários em consonância com a meta estabelecida.

Dengue – Resultado de uma parceria INTS e Prefeitura Municipal de Salvador foi aplicado uma tecnologia inovadora no combate à dengue no município, e gerou uma premiação na Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (Expoepi), dentre os mais de 704 projetos apresentados. Através de uma cooperação técnica com o IBGE, agentes de endemias utilizam 4 mil dispositivos móveis para levantar as informações sobre a doença nos bairros do Centro Histórico de Salvador. Os equipamentos foram os mesmos utilizados para a realização do censo demográfico do IBGE, que foram doados para auxiliar no combate à dengue.

Vida+ - Utilizado para cadastro e confecção do Cartão Nacional de Saúde por 117 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) de Salvador e 334 EAS de outros municípios baianos, o Sistema Vida+ permite a identificação biométrica dos usuários, a organização e o controle de acesso aos serviços de saúde do SUS, o acompanhamento de vacinas, exames e procedimentos, agendamento de consultas e outros serviços. Para isso, o INTS capacitou mais de 4 mil profissionais, que realizaram quase 2,4 milhões de reimpressões de cartões, além de 960 mil novos cadastros. Experiências de tecnologia em Salvador também foram premiadas na Mostra Nacional de Experiências em Gestão Estratégica e Participativa no SUS (Expogep), onde mais de 560 participantes realizaram apresentação oral. Foi mostrado os trabalhos bem sucedidos nas áreas de Regulação, Gestão de Farmácia e falou sobre o Cartão Vida e o Disque Saúde.

PESQUISA DE SATISFAÇÃO - Serviços de Saúde municipais são aprovados por 75% da população de Suzano

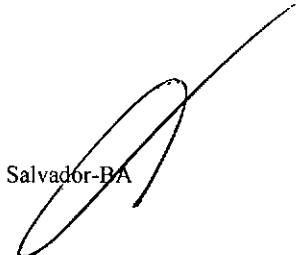

A prestação de serviços do Instituto Nacional de Amparo à Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Gestão Pública (INTS) teve reconhecimento atestado em Suzano pela segunda vez em 2014, em mais uma pesquisa de opinião realizada no município com a finalidade de avaliar demandas e anseios da sociedade em relação aos serviços prestados pelo Sistema de Saúde. A seriedade do trabalho levou 75% da população a aprovar quesitos como capacidade e competência médica, tempo de espera, educação e presteza do funcionário, interesse e atendimento médico e limpeza e organização do posto.

Foram aplicados 400 questionários junto aos usuários das unidades básicas de saúde do município através de entrevistas pessoais, no período de 1º de julho a 30 de setembro de 2014. O item “competência e capacidade do médico” recebeu 92,25% de aprovação da população, seguido de “educação e presteza do funcionário da recepção”, que alcançou 88% de aceitação. Já no quesito “tempo de atendimento” foram 86,9% de indicações positivas e “limpeza e organização do posto” alcançou 84,5%. “A pesquisa de opinião pública é mais uma ferramenta de gestão adotada pelo INTS afim de avaliar as ações e serviços prestados, servindo de ponto de partida para o planejamento, sempre buscando excelência e melhorias nos serviços ofertados à população”, considera Raphael Rocha, coordenador operacional do INTS em Suzano.

Unidades Básicas de Saúde - Nas Unidades de Saúde Básica e da Família (UBSF) Vila Fátima e São José, capacidade e competência do médico foram as mais bem avaliadas. Já na unidade Jardim Ikeda o tempo de atendimento obteve 100% de aprovação, enquanto na UBSF Recanto São José, interesse e atendimento médico tiveram 97,2% de aceitação. A pesquisa também apontou as principais demandas da população nas unidades de Saúde. Segundo o levantamento, 18,25% das pessoas visitam a UBSF para consultas de rotina. Em seguida, exames de rotinas e fazer exames (10,25%). Na terceira posição, aparece pressão alta e hipertensão, com 9,2% e gravidez com 8,25%.

Desde fevereiro de 2014, o INTS assumiu o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de dois programas na cidade: Atenção Básica, através do PSF, e Urgência

e Emergência, administrando o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). O contrato do INTS com Suzano prevê a reforma de 11 USFs do município - 4 delas entregues já este ano.



9

1-TÍTULO

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do **HEMOCENTRO-GO** conforme **INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2017 – SES/GO**.

2-OBJETIVO

O presente Termo de Referência, tem por objeto o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde da HEMORREDE PUBLICA ESTADUAL DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DE GOIAS, composta de 01 Hemocentro Coordenador contendo 02 Unidades de Coleta Moveis – Ônibus, 04 Hemocentros Regionais: Rio Verde, Jatai, Catalão e Ceres e 04 Unidades de Coleta e Transfusão- UCT : Formosa, Iporá, Porangatu, e Quirinópolis, exceto as Agencias Transfusionais-AT's.

Objetiva especificamente:

- I – Gerenciar, respeitando a Política Estadual e Nacional de Sangue, Hemocomponentes e Derivados.
- II – Coordenar, Supervisionar a HEMORREDE Estadual, visando garantir a qualidade do sangue e seus derivados, bem como prestar assessorias, quando necessárias, para alcance desses objetivos.
- III - Disponibilizar a população, por meio da Hemorrede Publica, acesso ao atendimento hemoterápicos e hematológico de qualidade.
- IV – Manter, ampliar ou implantar a Hemorrede Publica Estadual, os serviços ambulatoriais para atendimento de doadores e portadores de doenças hematológicas, bem como o escopo de serviços ofertados a população;
- V – Garantir atendimento de cem por cento (100%) da demanda de pacientes do Sistema Único de Saúde de acordo com as metas pré-fixadas.
- VI – Adequar qualitativamente e quantitativamente a produção a demanda de serviços hemoterápicos do Estado de Goiás.
- VII - Aprimorar e manter adequada a estrutura da Hemorrede Publica Estadual, para atendimento a demanda populacional e de serviços em hemoterapia e hematologia, em consonância com a legislação vigente, aperfeiçoando processos, serviços e produtos.

3- JUSTIFICATIVA

Preliminarmente, deve-se descrever a relevância e os motivos pelos quais se buscam parcerias com Organizações Sociais na SES/GO.

Observa-se, na prática, que em áreas onde as demandas sociais são amplas e complexas e que a prestação da atenção pelo Estado exige ações imediatas, impactantes e muitas vezes contingenciais e intempestivas, o modelo da administração direta, fundamentado no paradigma burocrático, não mais propicia o alcance de resultados esperados por uma sociedade cada vez mais exigente e conhecedora de seus direitos e deveres no exercício pleno da cidadania.

A partir de 2010 e 2011, o Governo Estadual deu início a um processo de expansão do modelo, programando elevar o número de unidades geridas por OS, como estratégia para enfrentar um cenário de graves dificuldades relacionadas a fatores como, entre outros:

- excessiva morosidade dos processos de compra e licitação (cujos tramites chegavam a ultrapassar a marca de 500 dias); Dificuldade de contratação de profissionais; Entraves a manutenção preventiva e corretiva de equipamentos; Esgotamento financeiro das unidades próprias (unidades geridas pelo próprio Estado); e baixa capacidade de atendimento a demanda dos usuários.

A decisão para estabelecimento de parceria com Organização Social, levou em consideração metodologias já existentes no mercado fomentado por modelos de organizações que atuam na área, apresentando significativos resultados de êxito, com a transferência no tocante aos princípios da economicidade, efetividade, vantajosidade, qualidade dos serviços e aplicação dos dividendos excedentes na evolução da instituição trazendo a confiabilidade no sistema.

Outro fator não menos importante é a capacidade que a SES/GO deve ter para cumprir sua missão que é “Coordenar a formulação da Política Estadual de Saúde, promover a sua implementação e permanente avaliação, de modo a garantir o desenvolvimento de ações e serviços que respeitem os princípios do SUS, com a participação de seus usuários e que contribuam para a melhoria da qualidade de vida da população no Estado de Goiás”.

As Secretarias Estaduais de Saúde coordenam a implantação das políticas nacionais nos estados, formulam as políticas estaduais em sintonia com as demandas dos municípios e cooperam com esses no fortalecimento das ações locais de saúde. Da mesma forma, a sua participação na execução direta de ações e serviços deve-se dar, apenas, em caráter de exceção ou em áreas estratégicas.

A busca da excelência no cumprimento de todas as citadas macro funções e, ainda, a resolubilidade da atenção em saúde em sua rede própria torna-se inaplicável em virtude da amplitude de suas atribuições como coordenadora de políticas estaduais.

Destaca-se a Política Nacional de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde segundo a qual, pela Resolução da ANVISA (RDC), o Hemocentro e uma entidade de âmbito central, de natureza pública, localizada preferencialmente na capital, referência na área de hemoterapia e (ou) hematologia com a finalidade de prestar assistência e apoio Hemoterápicos e (ou) hematológico a rede de serviços de saúde, bem como coordenar a HEMORREDE no Estado. Deverá prestar serviço de assistência as áreas a que se propõe, de ensino e pesquisa, formação de RH, controle de qualidade, suporte técnico, integração das instituições públicas e filantrópicas e apoio técnico a Secretaria da Saúde na formulação da política do sangue e hemoderivados no estado, de acordo com o Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados (SINASAN) e Plano Nacional do Sangue e Hemoderivados (PLANASHE) e em articulação com as vigilâncias sanitárias e epidemiológicas.

O uso do sangue e quase tão antigo quanto a humanidade, pois sempre esteve ligado ao conceito de vida: sua oferta significa força e saúde; sua perda, doença e morte. Foi utilizado pelos povos primitivos como fonte de vigor e coragem, em forma de banhos, unções e uso oral e na Idade Média, sendo considerado como uma das quatro seivas da vida.

Ganhou significado em algumas correntes políticas e ideológicas, definiu causas jurídicas e já padronizou classes sociais, pela conotação de sangue azul. Tem importância relevante em algumas religiões pelo papel mágico, pelo poder de redenção, mas, também, relacionado ao pecado. Houve períodos em que doenças infecciosas como a sífilis e até mesmo patologias psiquiátricas foram tratadas com transfusões de sangue, ou por meio de sangrias.

O período científico da hemoterapia inicia-se em 1900, com a descrição dos antígenos de grupos sanguíneos e a descoberta do Sistema ABO, por Karl Landsteiner.

Em 1921, surge o primeiro Serviço de Transfusão Sanguínea, em Londres e na década de 30, no Brasil, destaca-se, noGoiás, o Serviço de Transfusão de Sangue (STS), com conotação assistencial e atividades científicas, conforme relatam Junqueira, Rosenblit e Hamerschlak (2005).

A doação de sangue é um ato solidário, benevolente e altruísta (BRASIL, 2004) sendo a participação popular um fator de extrema importância na manutenção dos estoques de Sangue que serão disponibilizados aos serviços de saúde que dele necessitam, evitando assim que a demanda de solicitação de sangue seja maior que a reposição do mesmo.

Cabe ao Ministério da Saúde garantir, por meio de políticas, a segurança transfusional e a qualidade do sangue.

Em 1998, o Ministério da Saúde lançou o programa da meta mobilizadora nacional do setor saúde, “Sangue com garantia de qualidade em todo o seu processo até 2003”, marco da hemoterapia, assegurando um grande impulso na qualidade dos serviços.

Com a finalidade de assegurar a qualidade do sangue e evitar a transmissão de doenças pelo sangue no ato da transfusão, o Ministério da Saúde estabeleceu, por meio da RDC 153 de 14/06/2004 (BRASIL, 2004), resolução vigente RDC 34 de 11/06/2014, que todo doador de sangue deve passar por um processo de triagem clínica e que em todo sangue coletado devem ser realizados testes sorológicos para Hepatites B e C, HIV (AIDS), HTLV I e II Doença de Chagas e Sífilis.

No Brasil, é notório o avanço no campo da hemoterapia, realizado nas últimas décadas, no que se refere a questão da segurança transfusional e a produção de serviços de hemoterapia. O surgimento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids) e a descoberta do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) produziram grande impacto na sociedade atual, contribuindo decisivamente para as mudanças desenvolvidas no campo hemoterápicos. Procedeu-se a revisão

completa dos critérios, com mudanças nos testes sorológicos, aquisição de uma melhor qualidade do sangue e indicações para o seu uso racional e dos hemocomponentes.

As estratégias utilizadas para regulamentar a atuação dos serviços de hemoterapia, desenvolveram-se, com a adoção de diferentes intervenções, incluindo a triagem epidemiológica, clínica e laboratorial dos doadores. Como consequência, o risco de adquirir uma doença transmitida por meio de transfusão de sangue, paulatinamente, sofre significativa redução durante as últimas décadas.

Portanto, os pressupostos acima referidos deverão ser rigorosamente observados na transferência do gerenciamento da HEMORREDE PUBLICA do Estado de Goiás para Organizações Sociais de Saúde por tratar-se de segurança do paciente e responsabilidade do Estado.

Como exemplo de parceria de sucesso entre governo e entidade sem fins lucrativos, citamos a Hemorrede Publica do Estado de Santa Catarina que atualmente é administrada por uma Organização Social de Saúde a FAHECE – Fundação de Apoio ao HEMOSC/CEPON e em 2006 participou do Concurso de Projetos SPG/SES no 001/2006, realizado pelo Estado de Santa Catarina, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e Secretaria de Estado do Planejamento (SPG), para selecionar uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, devidamente qualificada como Organização Social, para firmar contrato de gestão com o Estado e gerenciar as atividades e serviços desempenhados pela Hemorrede Publica de Santa Catarina com o atendimento prioritário de 100% das metas estabelecidas em contrato de gestão, preponderantemente destinadas a clientela SUS.

Tal parceria consolidou o novo modelo de gestão do serviço público de saúde descentralizado em Santa Catarina, definindo os termos da parceria entre o Estado e a FAHECE para a execução, pela Fundação, da assistência nas áreas de hematologia e Hemoterapia, inerentes as atividades do Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina – HEMOSC.

O reconhecimento nacional dos serviços prestados pelos Laboratórios do HEMOSC, aliados à participação em programas de proficiência e de avaliação externa, com 100% de acerto, colocam o HEMOSC como modelo de eficiência em gestão na Hemorrede Brasileira.

O resultado do índice de satisfação dos clientes apresentados para o HEMOSC e aferido no ano de 2015 por meio de aplicação de pesquisa com preenchimento voluntário, foi de 97,5% de satisfação para doadores e 96,6% de satisfação para pacientes, em uma escala de 0 a 100%. Essa avaliação é verificada mensal e trimestralmente pela unidade.

Por fim, informamos que a transferência da gestão de uma unidade pública para uma entidade sem fins lucrativos, não afasta o Estado de seus deveres constitucionais de assegurar a saúde a todos os brasileiros, apenas designa o desenvolvimento de suas atividades para uma pessoa jurídica especializada, tecnicamente capaz de realizá-las. Em nenhum momento, a política pública de saúde deixará de ser responsabilidade do poder Público (governo estadual). Mesmo administrado por uma Organização Social, caso haja problema no atendimento e insatisfação dos usuários em relação ao serviço, a mesma será notificada e deverá explicar os motivos dos problemas ocorridos.

Entre estes aprimoramentos instituídos ou planejados pela gestão estadual podemos destacar o fortalecimento do papel do Poder Público como gestor e definidor das políticas que devem ser executadas; a regulação estatal dos processos de gestão dos bens públicos, o aperfeiçoamento da avaliação, controle e fiscalização dos contratos de gestão com atuação de equipe qualificada em gestão por resultados, maior publicitação das informações de prestação de contas objetivando maior transparência do modelo de parcerias e ajustes do instrumento contratual objetivando adoção de novos parâmetros de desempenho, eficiência e pagamentos mediante os resultados alcançados.

INFORMAÇÕES SOBRE A HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DE GOIÁS

INTRODUÇÃO

A Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, na busca do aprimoramento e da eficiência na prestação dos serviços públicos de saúde, pretende adotar o modelo de gestão por Organização Social - OS's, na HEMORREDE PUBLICA ESTADUAL DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DE GOIÁS, composto de 01 Hemocentro Coordenador contendo 02 Unidades de Coleta Moveis – Ônibus; 04 Hemocentros Regionais : Rio Verde , Jatai, Catalão e Ceres; e 04 Unidades de Coleta e Transfusão- UCT : Formosa, Iporá, Porangatu, e Quirinópolis, exceto as Agencias Transfusionais-AT's.

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

Hemocentro Coordenador- HEMORREDE

O Hemocentro – HEMORREDE, localizado a Av. Anhanguera no 5.195 Setor Coimbra Goiânia Goiás, e um órgão da administração direta da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, referência em hemoterapia e hematologia. E um Ambulatório de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária especializado em Média e Alta Complexidade em Hematologia adulto e pediátrica sendo responsável pela coleta, processamento, qualificação e distribuição de hemocomponentes e hemoderivados para os hospitais públicos e demais hospitais com leitos do Sistema Único de Saúde-SUS conveniados.

E referência Estadual para coagulopatias com demanda espontânea e devidamente Referenciado pelo Complexo Regulador Estadual/ Municipal e atende pacientes portadores de doenças hematológicas de todo Estado de Goiás. E, também, responsável pela coordenação e implantação das políticas de sangue, hemoderivados e seus componentes e pela organização da Rede Estadual de Hemoterapia e Hematologia de Goiás - HEMORREDE.

De acordo com a sua missão institucional, de proporcionar atendimento hemoterápicos e hematológico de excelência a população, por meio da HEMORREDE Estadual, o Hemocentro tem como clientes os hospitais públicos e privados com leitos SUS contratados, os doadores de

sangue e medula óssea, os pacientes com coagulopatias hereditárias, doença falciforme e outras hemoglobinopatias ou com outras doenças hematológicas. Responsável pelo planejamento, desenvolvimento e execução da Política Estadual do Sangue. Desde o início de seu funcionamento, buscou trabalhar com qualidade e segurança em seus processos de coleta, produção, distribuição e transfusão de hemocomponentes. E detentor de um forte compromisso com a prestação de serviços a população de Goiás, demonstrado pelo crescimento constante de coletas e transfusões realizadas no Estado, anualmente, e pelo número crescente de leitos atendidos pela rede pública de hemoterapia.

Apesar das dificuldades inerentes ao setor público, os resultados obtidos em 19 anos de funcionamento evidenciam o cumprimento de sua função primordial, ou seja, disponibilizar hemocomponentes com presteza e qualidade a todos os pacientes que deles necessitem dentro do território de Goiás. Esse compromisso é comprovado de forma singular no desempenho da Instituição na formação de recursos humanos na área da Hematologia e Hemoterapia, sendo responsável pela formação de médicos, farmacêuticos e técnicos de hemoterapia, além de possibilitar especialização de enfermeiros, fisioterapeutas e assistentes sociais, dentre outros profissionais.

O Centro de Hematologia e Hemoterapia de Goiás (HEMORREDE) foi criado em 09/06/1992, por meio do Decreto Estadual no 3.800, nos moldes do Programa Nacional do Sangue/Ministério da Saúde (Pró-sangue) e visa proporcionar condições que assegurem quantidade e qualidade do sangue, hemocomponentes e hemoderivados a serem transfundidos a população do Estado, quando assim necessitarem. Com sede inaugurada em 1988, onde está em funcionamento atualmente, possui área construída de 1.867,31mt², em terreno pertencente ao Governo do Estado de Goiás.

Suas competências básicas podem ser divididas em:

- I. Atender aos doadores espontâneos (voluntários) de sangue através de pontos fixos de atendimento (Hemocentro Coordenador e Regionais, UCT's e UC's) e das unidades moveis de coleta disponíveis no hemocentro coordenador.
- II. Coletar, processar o sangue e distribuir hemocomponentes para todos os hospitais públicos de Goiás e demais hospitais com leitos do Sistema Único de Saúde – SUS conveniados.

III. Realizar transfusão de hemocomponentes em todos os hospitais atendidos pela HEMORREDE.

IV. Realizar procedimentos especializados como coleta de hemocomponentes por aférese, procedimentos de aférese terapêutica. Os procedimentos de aférese estão disponíveis no Hemocentro Coordenador em Goiânia

V. Realizar testes diagnósticos especializados em hematologia geral, coagulação sanguínea, hemoglobinopatias.

VI. Atender a pacientes com doenças hematológicas, pacientes com doença falciforme e outras hemoglobinopatias e pacientes com coagulopatias hereditária em todo Estado.

VII. Cadastrar os possíveis doadores de medula óssea no Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (REDOME).

O Hemocentro Coordenador conta com 2 (dois) consultórios para consultas médicas, 1 sala de Fisioterapia para atendimento de pacientes portadores de coagulopatias e outros, 1 Centro de Tratamento de Hemofilia- CTH onde os pacientes recebem orientação e acompanhamento médico para a obtenção do medicamento de uso domiciliar, 8 leitos/ dia (6 adultos e 2 pediátricos) para transfusão de hemocomponentes, medicamentos de alto custo, ferroterapia e outros procedimentos.

Identificação das Unidades da Rede Estadual Pública de Hemoterapia e Hematologia de Goiás

a) Hemocentro: Unidade Coordenadora, contendo 02 unidades de Coletas Moveis com sede em Goiânia-GO:

a.1) Hemocentros Regionais - instalados nos municípios de: Rio Verde; Jatai; Catalão e Ceres.

a.2) Unidades de Coleta e Transfusão (UCT):

b) Hospital Municipal de Formosa - UCT de Formosa;

c) Hospital Municipal Antônio Martins da Costa – UCT de Quirinópolis;

d) Municipal – UCT de Iporá (215 km da capital);

Rua e) UCT de Porangatu (425 km da capital).

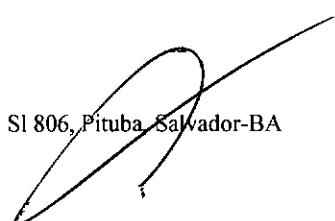



ÁREA DE ATIVIDADE

Avalia as ações propostas para a organização da Hemorrede Pública do Estado de Goiás.

Organização da atividade composta por implantação de fluxos, implantação da gestão e implantação de processos.

Implantação de Fluxos operacionais e Organização da Atividade. São atividades operacionais descritivas, voltadas à circulação externa e interna e também relativa à organização da unidade HEMOCENTRO.

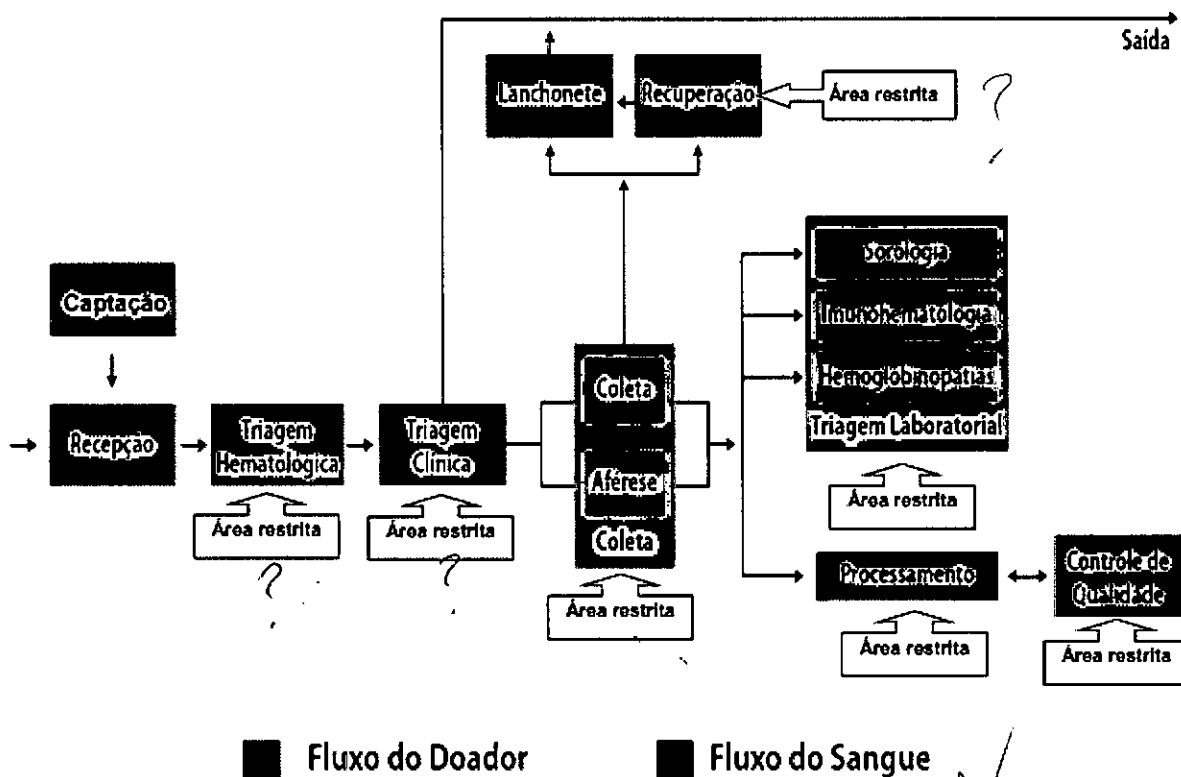


ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS

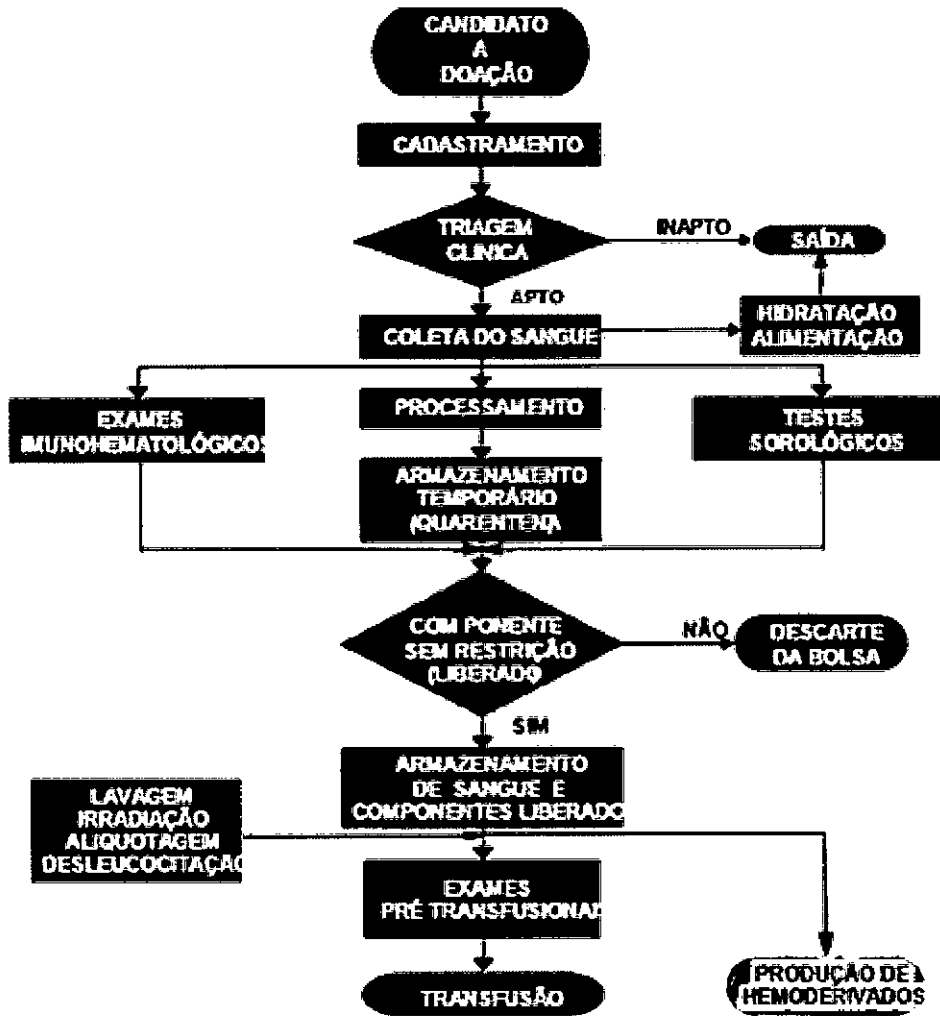
Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internas

1- Fluxo operacional circulação do doador e do sangue



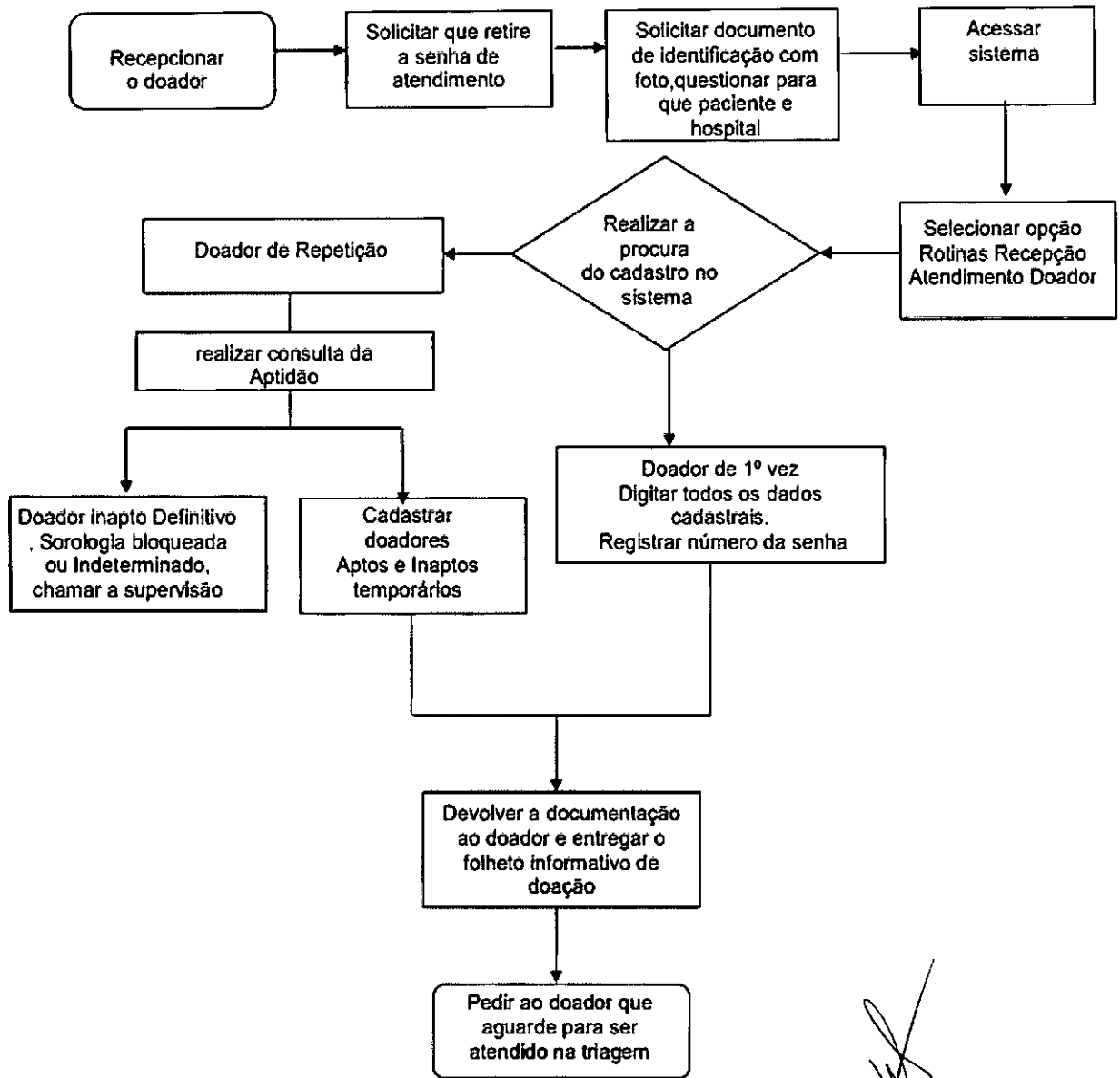
Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internas

2. Fluxo operacional ciclo do sangue



Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internas

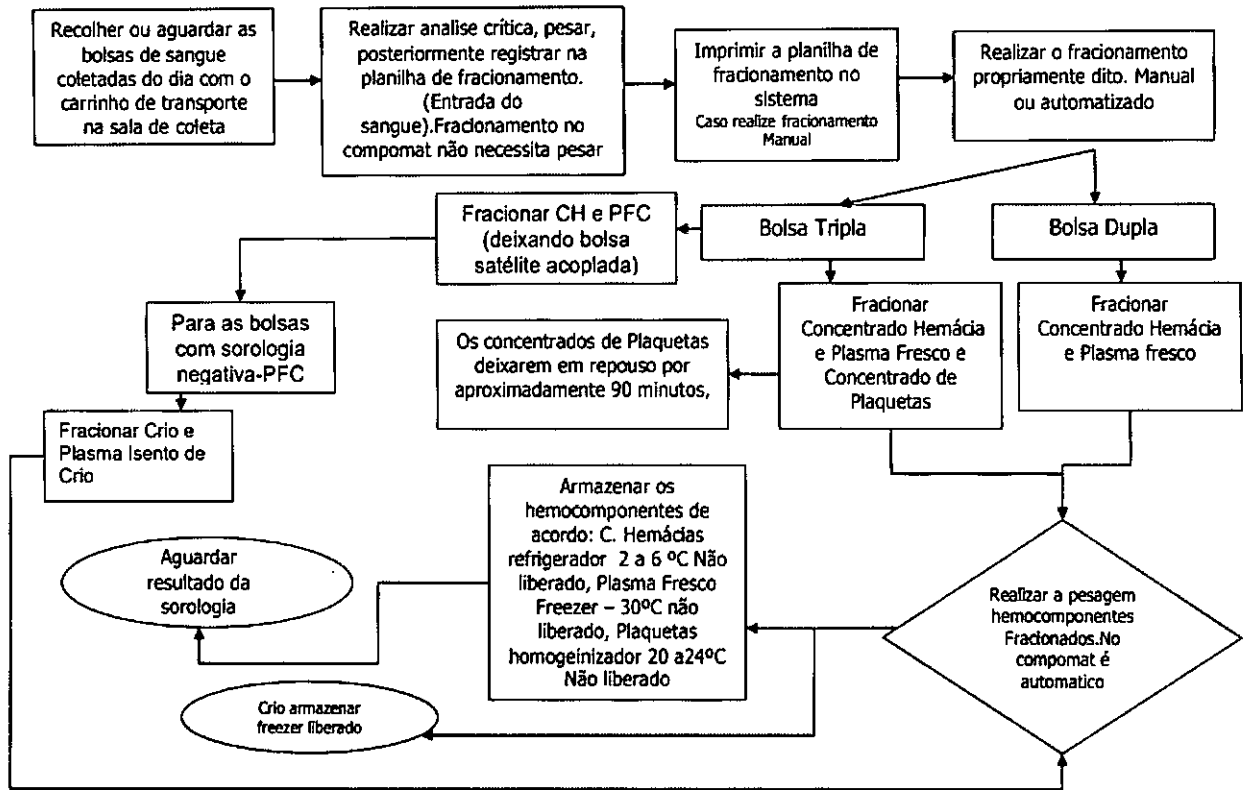
3. Fluxo operacional recepção e cadastro



Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internas

4. Fluxo operacional processamento de hemocomponentes

justiça



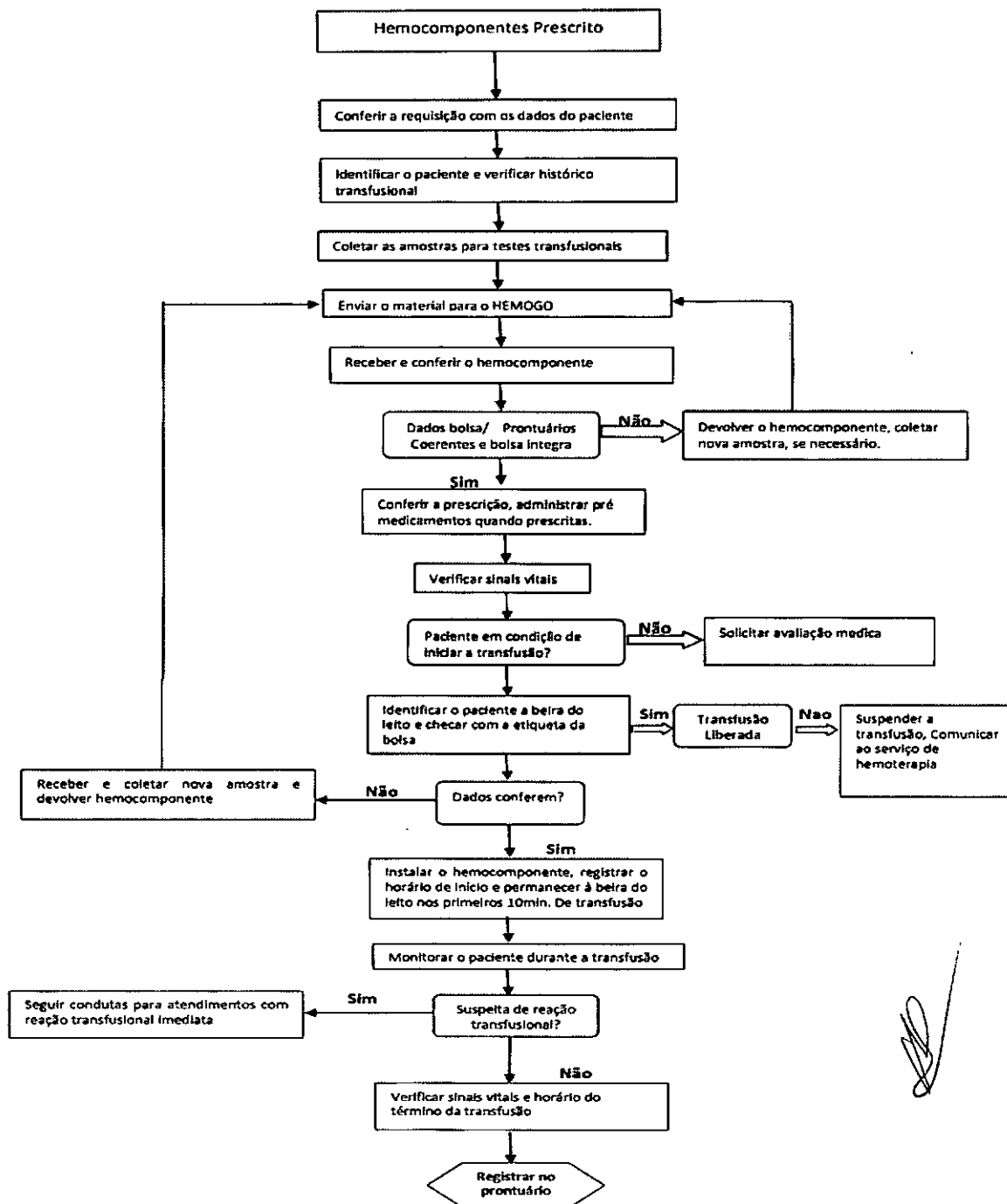
[Handwritten signature]

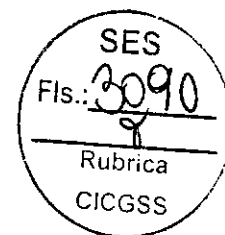
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internas

5. Fluxo operacional ciclo do sangue





Fluxo de registros e documentos de usuários e administrativos

OBJETIVO

Garantir que:

- Os documentos e registros da qualidade, que estejam em circulação tenham sido elaborados e/ou revisados (encarregado ou supervisor) e aprovados pelo responsável técnico e pelo diretor da Garantia da qualidade
- Os documentos e registros da qualidade tenham revisão anual ou a cada alteração
- Os documentos e registros da qualidade obsoletos estejam devidamente identificados e fora de circulação
- Os documentos e registros da qualidade estejam devidamente indexados, de fácil acesso e rastreáveis.

PESSOAL / SETORES ENVOLVIDOS

Pessoal: Todos funcionários	Setor: Todos os setores
--------------------------------	----------------------------

PROCEDIMENTO

1. Os documentos ou registros são produzidos pelo ELABORADOR (encarregado ou supervisor), devem descrever sucintamente, porém suficientemente, o processo a que se dedica.
2. Devem conter no cabeçalho a logomarca da Instituição, nome do documento ou registro, identificação numérica
3. Devem conter no rodapé o nome do elaborador
4. Os documentos ou registros são aprovados pelo APROVADOR (Responsável Técnico)
5. Devem conter no rodapé o nome do aprovador
6. Os documentos ou registros são verificados pelo VERIFICADOR (encarregado ou supervisor)

7. Devem conter no rodapé o nome do verificador
8. Anualmente ou quando necessários, os documentos e registros devem ser revisados. A cada nova versão deverá seguir os passos descritos de 1 a 7
9. Ao se tornarem obsoletos, devem ser identificados como tal e retirados de circulação, devendo ficar armazenadas, pela Garantia da Qualidade. O elaborador e o aprovador devem assinar e datar no rodapé (carimbo de obsoleto)
10. A indexação deve ser feita por setor e deve seguir os seguintes critérios

TIPO	Nome do documento ou registro
INDEXAÇÃO	Cronológica
LOCAL	Setor que deu origem ao documento/registro
ARQUIVO TEMPORÁRIO	Local de arquivo temporário
TEMPO ARQUIVO TEMPORÁRIO	A ser definido pelo setor
DISPOSIÇÃO	Destino após arquivo temporário : <input type="checkbox"/> Destruir <input type="checkbox"/> Scannear <input type="checkbox"/> arquivo morto
ARQUIVO DEFINITIVO	Local do arquivo definitivo
TEMPO ARQUIVO DEFINITIVO	Definitivamente

A indexação é realizada todo final de mês. Preencher a folha de trabalho de registro de indexação e anexar aos documentos e encaminhar ao local indicado na planilha.




Fluxo unidirecional para materiais esterilizados

O HEMORREDE não irá trabalhar com CME – Central de Material Esterilizado definindo que todos os materiais de uso médico hospitalar serão descartáveis.

Trata-se de produtos mais seguros para o paciente, pois são livre de microrganismos que possam causar transmissão de bactérias. A higiene em ambientes de saúde é um ponto fundamental para integridade dos pacientes e da equipe multidisciplinar, por isso, o uso de **produtos descartáveis** é importante.

Os **materiais descartáveis** são aqueles que não podem ser reutilizados nem mesmo após uma esterilização, pois não se consegue eliminar todos os microrganismos na higienização.

Além de serem usados em **ambiente hospitalar**, os materiais descartáveis também são úteis em consultórios médicos, postos de saúde, banco de sangue, laboratórios e outros locais que prestam **atendimento médico**. Entre os descartáveis usados nestes lugares estão: **luvas descartáveis** estéreis, agulhas, seringas, máscaras, jelco, gorro, aventais, pro pé, equipos, gases, pacote de curativos (tubos e outros).

→ descartável?

Fluxo unidirecional de resíduos de saúde

A preocupação com a questão ambiental torna o gerenciamento de resíduos um processo de extrema importância na preservação da qualidade da saúde e do meio ambiente. A gestão integrada de resíduos deve priorizar a não geração, a minimização da geração e o reaproveitamento dos resíduos, a fim de evitar os efeitos negativos sobre o meio ambiente e a saúde pública. A prevenção da geração de resíduos deve ser considerada tanto no âmbito das indústrias como também no âmbito de projetos e processos produtivos, baseada na análise do ciclo de vida dos produtos e na produção limpa para buscar o desenvolvimento sustentável.

Além disso, as políticas públicas de desenvolvimento nacional e regional devem incorporar uma visão mais pró-ativa com a adoção da avaliação ambiental estratégica e o desenvolvimento de novos indicadores ambientais que permitam monitorar a evolução da ecoeficiência da sociedade. É importante, ainda, identificar ferramentas ou tecnologias de base socioambiental, relacionadas ao desenvolvimento sustentável e responsabilidade total, bem como às tendências de códigos voluntários setoriais e políticas públicas emergentes nos países desenvolvidos, relacionados à visão sistêmica de produção e gestão integrada de resíduos sólidos.

Portanto, a implantação de processos de segregação dos diferentes tipos de resíduos em sua fonte e no momento de sua geração conduz certamente à minimização de resíduos, em especial àqueles que requerem um tratamento prévio à disposição final. Nos resíduos onde predominam os riscos biológicos, deve-se considerar o conceito de cadeia de transmissibilidade de doenças, que envolve características do agente agressor, tais como capacidade de sobrevivência, virulência, concentração e resistência, da porta de entrada do agente às condições de defesas naturais do receptor.

Considerando esses conceitos, foram publicadas diversas normativas, das quais vigoram as Resoluções RDC ANVISA nº 306/04 e CONAMA nº 358/05 que dispõem, respectivamente, sobre o gerenciamento interno e externo dos RSS.

Dentre os vários pontos importantes das resoluções destacam-se a importância dada à segregação na fonte, à orientação para os resíduos que necessitam de tratamento e à possibilidade de solução diferenciada para disposição final, desde que aprovada pelos Órgãos de Meio Ambiente, Limpeza Urbana e de Saúde.

Segundo a RDC ANVISA nº 306/04, o gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde consiste em um conjunto de procedimentos planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais. Tem o objetivo de minimizar a geração de resíduos e proporcionar aos mesmos um manejo seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde, dos recursos naturais e do meio ambiente.

Embora essas resoluções sejam de responsabilidades dos Ministérios da Saúde e do Meio Ambiente, ambos hegemônicos em seus conceitos, refletem a integração e a transversalidade no desenvolvimento de trabalhos complexos e urgentes.

Então, a gestão compreenderá as ações referentes às tomadas de decisões nos aspectos administrativo, operacional, financeiro, social e ambiental e terá no planejamento integrado, um importante instrumento no gerenciamento de resíduos em todas as suas etapas, como geração, segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário, tratamento, armazenamento externo, coleta e transporte externo até a disposição final, possibilitando que se estabeleça de forma sistemática e integrada, em cada uma delas, metas, programas, sistemas organizacionais e tecnologias, compatíveis com a realidade local.

Assim, o gerenciamento abrangerá todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo dos RSS.

Procedimentos Básicos de Manejo de Resíduos

- **Manejo:** o manejo dos RSS é entendido como a ação de gerenciar os resíduos em seus aspectos intra e extra estabelecimento, desde a geração até a disposição final, incluindo as seguintes etapas:
 - Segregação que consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos.
 - Acondicionamento que consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura. A capacidade dos recipientes de acondicionamento será compatível com a geração diária de cada tipo de

resíduo. Os resíduos sólidos serão acondicionados em saco constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2000 da ABNT, respeitados os limites de peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento. Os sacos estarão contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados resistentes ao tombamento. Os resíduos líquidos serão acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante. No caso de resíduos perigosos, seguiremos os procedimentos que serão especificados num Plano de Descarte de Resíduos Químicos de acordo com a NBR 12235 da ABNT.

- Identificação que consiste no conjunto de medidas que permitem o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS. A identificação deve estar aposta nos sacos de acondicionamento, nos recipientes de coleta interna e externa, nos recipientes de transporte interno e externo, e nos locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, utilizando-se símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referenciados na norma NBR 7500 da ABNT, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos. A identificação dos sacos de armazenamento e dos recipientes de transporte poderá ser feita por adesivos, ou outros, desde que seja garantida a resistência destes aos processos normais de manuseio dos sacos e recipientes. O Grupo A é identificado pelo símbolo de substância infectante constante na NBR-7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos. O Grupo B é identificado através do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco. O Grupo C é representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão REJEITO RADIOATIVO. O grupo D São os resíduos que não apresentam riscos biológicos, químicos ou radiológicos à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares. Como papel de uso sanitário, fraldas, absorventes sobra de alimentos, restos alimentar de refeitórios, resíduos provenientes de áreas administrativas, resíduos de podas, varrições e jardins, resíduos de gessos provenientes da área de assistência à saúde. O Grupo E é identificado pelo símbolo de substância infectante constante na NBR 7500 da ABNT, com rótulos de fundo

branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTANTE, indicando o risco que apresenta o resíduo.

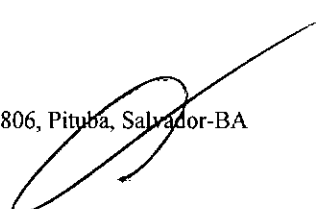
- **Transporte Interno:** consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta. O transporte interno de resíduos será realizado atendendo roteiro previamente definido e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades. Será feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos. Cada unidade especificará o horário e dias da remoção do RSS. Os recipientes para transporte interno serão constituídos de material rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, e serem identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo neles contidos, de acordo com este regulamento técnico. Serão providos de rodas revestidas de material que reduzam ruídos. Os recipientes com mais de 400 litros de capacidade possuirão válvula de dreno no fundo. O uso de recipientes desprovidos de rodas observarão os limites de carga permitidos para o transporte pelos trabalhadores, conforme normas reguladoras do Ministério do Trabalho e Emprego.
- **Armazenamento Temporário:** consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Não será feito o armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento. O armazenamento temporário poderá ser dispensado nos casos em que a distância entre o ponto de geração e o armazenamento externo justifique. A sala para guarda de recipientes de transporte interno de resíduos terá pisos e paredes lisas e laváveis, sendo o piso ainda resistente ao tráfego dos recipientes coletores. Possuirá ponto de iluminação artificial e área suficiente para armazenar, no mínimo, dois recipientes coletores, para o posterior traslado até a área de armazenamento externo. Quando a sala for exclusiva para o armazenamento de resíduos, estará identificada como: SALA DE RESÍDUOS. A sala para o armazenamento temporário poderá ser compartilhada com a sala de utilidades. Neste caso, a sala deverá dispor de área exclusiva

de no mínimo 2m², para armazenar 02 (dois) recipientes coletores para posterior traslado até a área de armazenamento externo. No armazenamento temporário não é permitida a retirada dos sacos de resíduos de dentro dos recipientes ali estacionados. Os resíduos de fácil putrefação que venham a ser coletados por período superior a 24 horas de seu armazenamento, deverão ser conservados sob refrigeração, e quando não for possível, serão submetidos a outro método de conservação. O armazenamento de resíduos químicos atenderá a NBR 12235 da ABNT.

- **Tratamento:** consiste na aplicação de método, técnica ou processo que modifique as características dos riscos inerentes aos resíduos, reduzindo ou eliminando o risco de contaminação, de acidentes ocupacionais ou de dano ao meio ambiente. O tratamento poderá ser aplicado no próprio estabelecimento gerador ou em outro estabelecimento, observadas nestes casos, as condições de segurança para o transporte entre o estabelecimento gerador e o local do tratamento. Os sistemas para tratamento de resíduos de serviços de saúde deverá ser objeto de licenciamento ambiental, de acordo com a Resolução CONAMA n° 237/1997 e são passíveis de fiscalização e de controle pelos órgãos de Vigilância Sanitária e de meio ambiente. O processo de autoclavagem aplicado em laboratórios, para redução de carga microbiana de culturas e estoques de microorganismos está dispensado de licenciamento ambiental, ficando sob a responsabilidade dos serviços que as possuem, a garantia da eficácia dos equipamentos mediante controles químicos e biológicos periódicos devidamente registrados. Os sistemas de tratamento térmico por incineração obedecerão ao estabelecido na Resolução CONAMA n° 316/2002.
- **Armazenamento Externo:** consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores. No armazenamento externo não será permitida a manutenção dos sacos de resíduos fora dos recipientes ali estacionados. Será definido o local para armazenamento externo, bem como a forma de acesso.
- **Coleta e Transporte Externos:** consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos

trabalhadores, da população e do meio ambiente e estarão de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana. A coleta e transporte externos dos resíduos de serviços de saúde serão realizados de acordo com as normas NBR 12810 e NBR 14652 da ABNT. Serão definidos os procedimentos para coleta e transporte externos pela unidade geradora.

- **Disposição Final:** consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a Resolução CONAMA nº 237/97. Para fins de aplicabilidade deste Regulamento, o manejo dos RSS nas fases de acondicionamento, identificação, armazenamento temporário e destinação final, será tratado segundo a classificação dos resíduos constantes.



IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DO HEMOCENTRO

CAPÍTULO I DAS FINALIDADES

Artigo 1º – A Enfermagem do HEMOCENTRO tem por finalidade:

- a) Prestar assistência de enfermagem necessária à promoção, proteção, recuperação e reabilitação nos três níveis de atenção à saúde;
- b) Desenvolver ações para a realização de programas de assistência, ensino e pesquisa;
- c) Garantir aos usuários assistência de enfermagem respeitando os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade;
- d) Estimular e promover o trabalho atendendo conceitos de multi, inter e transdisciplinar;
- e) Colaborar com os sistemas de gestão vigente e demais serviços, na aplicação de métodos e práticas e otimização dos desempenhos técnico, administrativo e econômico-financeiro, para o alcance de melhores resultados.
- f) Desenvolver atividades de qualquer natureza dentro dos limites da Enfermagem, conforme os preceitos legais e o Código de Ética de Enfermagem, Lei nº 7498/86, Decreto nº 94406/87, Resolução COFEN-159 e 195.

CAPÍTULO II DA COMPOSIÇÃO E ATRIBUIÇÕES

Artigo 2º – O quadro funcional de Enfermagem do HEMOCENTRO está assim classificado:

- a) Enfermeiro Responsável Técnico;
- b) Enfermeiro Responsável dos Serviços;
- c) Enfermeiro de Unidade;

- d) Técnico de Enfermagem;
- e) Auxiliar de Enfermagem

Artigo 3º – Ao Enfermeiro Responsável Técnico compete:

- a) Representar a Enfermagem da Instituição junto aos Órgãos Legais de competência do exercício de Enfermagem;
- b) Administrar planejando, organizando, supervisionando e avaliando a política assistencial de Enfermagem, juntamente com Gestores da Instituição;
- c) Promover a integração dos Serviços de Enfermagem a nível multi, inter e transdisciplinar;
- d) Emitir parecer sobre matéria de Enfermagem;
- e) Incentivar, promover e proporcionar condições para o desenvolvimento técnico e científico dos profissionais de saúde;
- f) Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno, normas e rotinas de enfermagem e da instituição;
- g) Dimensionar o pessoal de Enfermagem de acordo com a legislação vigente, necessidade técnica de cada unidade ou área e política assistencial da Instituição;
- h) Proporcionar a instauração e efetivação da Comissão de Ética de Enfermagem;
- i) Promover a sistematização das ações de enfermagem;
- j) Primar pela assistência centrada ao usuário;
- k) Cumprir e fazer cumprir o disposto no código de ética vigente;
- l) Fazer-se representar quando necessário em comissões de ética, científica, cultural, associativa e sindical de enfermagem;
- m) Participar de reunião sistemática com Responsáveis Técnicas de cada Unidade do HEMOCENTRO. (Hemorede)

Artigo 4º – Ao Enfermeiro Responsável dos serviços compete:

- a) Representar a equipe de seu serviço perante a instituição;
- b) Cumprir e fazer cumprir o regimento interno, normas e rotinas da enfermagem e do serviço da instituição;
- c) Planejar, organizar, coordenar e avaliar o funcionamento do Serviço;

- d) Administrar quadro de pessoal, contemplando, dimensionando, substituindo e realizando a manutenção de escalas;
- e) Administrar o suprimento de materiais necessários ao desempenho das atividades bem como sua conservação;
- f) Participar na implementação dos diversos processos de trabalho como integrante de uma equipe inter-trans e multiprofissional;
- g) Promover e participar de aperfeiçoamento técnico da equipe de enfermagem através de Programas de Educação Continuada, Permanente e pesquisas;
- h) Promover e realizar a política de avaliação e desenvolvimento;
- i) Emitir parecer sobre matéria de enfermagem;
- j) Realizar o processo da emissão/elaboração de pareceres técnicos de materiais e equipamentos;
- k) Planejar, participar e avaliar os programas de ensino;
- l) Participar de reuniões com chefia de setores, entre serviços e gerências;
- m) Interagir com demais serviços HEMOCENTRO;
- n) Receber e elaborar relatórios das atividades realizadas;
- o) Indicar sua substituição em caso de férias, licenças, folgas;
- p) Participar no planejamento de projetos de construção, reformas das áreas físicas;
- q) Fazer-se representar quando necessário em comissões de ética, científica, cultural e sindicais;
- r) Aplicar e verificar o cumprimento do exercício legal da profissão observando a legislação e o código de ética vigente.

Artigo 5º – Ao Enfermeiro de Unidade compete:

- a) Planejar, organizar, coordenar e avaliar a assistência de enfermagem do turno, sob sua responsabilidade;
- b) Elaborar escalas de trabalho diário, mensal, folgas, férias, bem como as substituições;
- c) Prover e administrar os recursos materiais necessários às suas funções;
- d) Prover e incentivar o relacionamento interpessoal e o aperfeiçoamento técnico da equipe de enfermagem;
- e) Responder pelo Serviço de Enfermagem;
- f) Proporcionar encontros e reuniões com a chefia do Serviço de Enfermagem;
- g) Participar no planejamento de projetos de construção e reformas da área física;
- h) Realizar pareceres técnicos;

- i) Participar do Programa de Treinamento em Serviço para o pessoal de enfermagem;
- j) Substituir a chefia do Serviço de Enfermagem, mediante ausência ou quando solicitado;
- k) Realizar e participar da Política de Avaliação e Desenvolvimento;
- l) Participar de pesquisas técnicas e científicas na área de saúde;
- m) Prover administração dos recursos, materiais e humanos necessários às unidades;
- n) Assessorar técnicos e auxiliares sob sua responsabilidade;
- o) Cumprir e fazer cumprir o exercício legal da profissão, observando a legislação e o Código de Ética vigente;
- p) Fazer-se representar quando necessário em comissões de ética, científica, cultural, associativa e sindical de enfermagem;
- q) Coordenar, supervisionar e realizar passagem de plantão;
- r) Aplicar o processo de enfermagem nos usuários;
- s) Acompanhar as atividades do pessoal de enfermagem em seu local de atuação;
- t) Supervisionar o cuidado com o equipamento, o material e instrumental utilizado, providenciando sua substituição ou recuperação;
- u) Elaborar, atualizar e implementar normas, rotinas e procedimentos técnicos de enfermagem;
- v) Participar na elaboração e execução de rotinas junto aos serviços de apoio;
- w) Instituir medidas de segurança ao paciente durante a assistência de enfermagem;
- x) Participar na prevenção e controle de infecção HEMOCENTRO;
- y) Participar nos programas de saúde, higiene e segurança do trabalho, prevenção de acidentes, doenças profissionais e do trabalho;
- z) Emitir parecer sobre matéria de enfermagem;
- aa) Trabalhar em conjunto com a chefia de serviço e setor, de acordo com as normas e rotinas da instituição;
- bb) Realizar consulta de enfermagem, conforme protocolos institucionais ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão;
- cc) Realizar assistência integral conforme processo de enfermagem (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias da USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

Artigo 6º – Ao Técnico de Enfermagem compete:

- a) Exercer atividades de nível médio;
- b) Acompanhar e executar o trabalho de enfermagem em grau auxiliar, sob supervisão e orientação do enfermeiro, cabendo-lhe especificamente:
 - c) Executar ações da assistência de enfermagem, exceto as privativas do enfermeiro;
 - d) Participar da orientação do trabalho de enfermagem em grau auxiliar;
 - e) Participar da equipe de saúde e na programação da assistência de enfermagem;
 - f) Realizar punção intravenosa por cânula de mandril;
 - g) Realizar e proceder a leitura de testes para aferição de glicemia capilar;
 - h) Exercer a limpeza, montagem e testagem de equipamentos do setor.
- i) Prestar cuidados integrais a usuários em unidades de maior complexidade técnica sob supervisão do enfermeiro;
- j) Contribuir na elaboração de escala de serviço diária, mensal e de folgas, sob a supervisão do enfermeiro;
- k) Receber e passar plantão com demais integrantes da equipe de sua unidade de serviço;
- l) Executar as atividades determinadas pelo enfermeiro responsável pela unidade de serviço que não estejam aqui descritas, mas que façam parte de suas atribuições conforme estabelecido na Lei nº 7.498/86, Artigos 12º e 15º; no Decreto nº94.406/87, Artigos 10º e 13º;
- m) Cumprir o exercício legal da profissão, observando a Legislação e o Código de Ética vigente;
- n) Exercer todas as atividades que também competem ao auxiliar de Enfermagem quando necessário.

CAPÍTULO III REQUISITOS PARA INGRESSO

Artigo 7º – Os requisitos exigidos para o cargo de Enfermeiro Responsável Técnico de Enfermagem são:

- a) Ter diploma de enfermeiro;
- b) Estar em dia com suas obrigações junto ao COREN;
- c) Ter vivência profissional como enfermeiro na instituição, de no mínimo dois anos;
- d) Ser escolhido conforme Regimento Eleitoral Vigente do Serviço de Enfermagem o qual se predispõe representar;

- e) Estar isento de processos éticos;
- f) Ter disponibilidade de horário;
- g) Ter curso de especialização preferencialmente em Gerenciamento do Serviço de Enfermagem;
- h) Ter aprovação no processo seletivo público para o HEMOCENTRO.

Artigo 8º – Os requisitos para o cargo de Enfermeiro Responsável dos Serviços são:

- a) Ter diploma de enfermeiro;
- b) Cumprir suas obrigações junto ao COREN;
- c) Estar isento de processos éticos;
- d) Ter disponibilidade de horário;
- e) Ter aprovação no processo seletivo público para o HEMOCENTRO.

Artigo 9º – Os requisitos para o cargo de Enfermeiro de Unidade são:

- a) Ter diploma de enfermeiro;
- b) Cumprir suas obrigações junto ao COREN;
- c) Possuir conhecimentos e condições técnicas para desenvolver as atividades de sua competência, junto aos pacientes, equipes e unidades de trabalho;
- d) Ter aprovação no processo seletivo público para o HEMOCENTRO.

Artigo 10º – Os requisitos para o cargo de Enfermeiros Coordenadores, são:

- a) Ter diploma de enfermeiro;
- b) Cumprir suas obrigações junto ao COREN;
- c) Ter aprovação no processo seletivo público para o HEMOCENTRO.

Artigo 11º – Os requisitos para o cargo de Técnico de Enfermagem são:

- a) Ter diploma de técnico de enfermagem;
- b) Cumprir suas obrigações junto ao COREN;

- c) Possuir conhecimentos e condições técnicas para desenvolver as atividades de sua competência junto aos pacientes, equipes e unidades de trabalho;
- d) Ter aprovação no processo seletivo público para o HEMOCENTRO.

Artigo 12º – Os requisitos para o cargo de Auxiliar de Enfermagem são:

- a) Ter diploma de auxiliar de enfermagem;
- b) Cumprir suas obrigações junto ao COREN;
- c) Possuir conhecimentos e condições técnicas para desenvolver as atividades de sua competência, junto aos pacientes, equipes e unidades de trabalho;
- d) Ter aprovação no processo seletivo público para o HEMOCENTRO.

CAPÍTULO IV DO HORÁRIO

Artigo 13º – O Serviço de Enfermagem do HEMOCENTRO atua junto aos usuários durante 24¹² horas diárias, conforme segue:

- a) Horário diurno: das 07h00min às 19h00min horas em dias alternados;

CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS OU TRANSITÓRIAS

Artigo 14º – Ao Responsável Técnico incumbe inferir e definir situações ou questões que não estejam previstas neste Regimento.

Artigo 15º – O Serviço de Controle do HEMOCENTRO se organizará de acordo com a realidade da Unidade a que está inserido, inclusive quanto ao Responsável Técnico de Enfermagem.

Artigo 16º – A Comissão de Ética de Enfermagem é constituída por representantes de todas as categorias da enfermagem, tendo um total de 08 (oito) membros, coordenada por enfermeiro(a), com mandatos de 02 (dois) anos, eleita por pleito, validada pelo COREN, sendo estimulada e oportunizada pelo Responsável Técnico de Enfermagem da Unidade do HEMOCENTRO.

Artigo 17º – As sanções e punições disciplinares das chefias se darão de acordo com a Legislação Trabalhista, avaliação e solicitação de enfermeiros com base no Código de Ética e Deontologia e aplicabilidade através da Gerência de Recursos Humanos.

Artigo 18º – Qualquer alteração deste regimento deve ser realizada mediante deliberação do Conselho de Administração do HEMOCENTRO.

Artigo 19º – O Enfermeiro Responsável dos Serviços contempla a todos os Enfermeiros Responsáveis por Áreas ou Setores, nas mais diversas especialidades de trabalho.

Artigo 20º – Compete à Diretoria do HEMOCENTRO, apresentar o organograma institucional que possibilite visualizar a posição e/ou inserção do Serviço de Enfermagem nas respectivas unidades. A enfermagem se predispõe a esta discussão e reconhecimento.

Artigo 21º – Os estágios extracurriculares são permitidos e/ou viabilizados de acordo com os Dispositivos da Resolução COFEN nº 299/2005, Artigos 10º, 11º, 12º, 13º, 14º e 15º.

Artigo 22º – Os casos omissos neste Regimento Interno de Enfermagem do HEMOCENTRO serão resolvidos pelos membros do Serviço de Enfermagem, em conjunto com o Conselho de Administração.

Artigo 23º – Este Regimento Interno de Enfermagem poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Artigo 24º – O presente Regimento Interno de Enfermagem entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovado pelo Conselho de Administração, revogadas as disposições em contrário.

REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO DO HEMOCENTRO DAS DEFINIÇÕES E FINALIDADES

Artigo 1º – O Regimento Interno do Corpo Clínico do HEMOCENTRO, dispõe sobre a constituição, finalidade e normas de funcionamento do seu Corpo Clínico aqui regimentadas.

Artigo 2º – O Corpo Clínico é o conjunto dos médicos da instituição, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural, tendo como atribuição principal prestar assistência aos usuários que procuram o HEMOCENTRO, sendo subordinado à Direção Clínica.
a Hemorreal

Parágrafo 1º – Dentre os objetivos do Corpo Clínico constam necessariamente:

- a) Contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos;
- b) Assegurar a melhor assistência aos usuários;
- c) Colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e pessoal técnico;
- d) Estimular a pesquisa médica e a educação continuada;
- e) Cooperar com a administração do HEMOCENTRO visando a melhoria da assistência prestada;
- f) Estabelecer rotinas para o aperfeiçoamento dos serviços prestados;
- g) Colaborar nos programas de promoção de saúde e projetos alternativos que visem melhorar a qualidade do atendimento;
- h) Exercer suas atividades conforme as ações programáticas adotadas pela instituição dentro da política de saúde adotada.

Parágrafo 2º – Para execução de suas finalidades o Corpo Clínico manterá, além de um elevado nível técnico-científico, uma conduta compatível com as normas da Bioética, respondendo os seus membros administrativos, éticos, civil e penalmente por seus atos profissionais.

Parágrafo 3º – Nas suas relações individuais e coletivas propugnará de fato e de direito pelo respeito às normas contidas no Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina – CFM e às resoluções emanadas dos Conselhos Federal e Regional de Medicina.

CAPÍTULO II DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º – O Corpo Clínico da instituição compõe-se de todos os médicos que utilizam suas instalações, dependências ou serviços e que se encontram em pleno direito de exercer a profissão, sendo classificados:

- a) **Membros Efetivos:** admitidos através de concurso de provas ou provas e títulos conforme normas legais. São médicos ocupantes de provimento efetivo; têm direito a votar e serem votados para qualquer cargo eletivo dentro da instituição;
- b) **Membros Contratados:** médicos que desenvolvem suas atividades dentro da instituição mediante contrato específico de trabalho; têm direito a votar, mas não serem votados para cargos eletivos dentro da instituição;
- c) **Membros Residentes:** médicos cumprindo programas de capacitação de acordo com as normas da Comissão Nacional de Residência Médica; têm direito a votar, mas não a serem votados para cargos eletivos;
- d) **Médicos Eventuais:** médicos que, esporádica ou excepcionalmente, desenvolvem atividades na instituição, a fim de assistir um paciente específico, respeitadas as normas técnicas do estabelecimento, em conformidade com o Artigo 25º do Código de Ética Médica. Têm o direito de votar, mas, não o de ser votado.

CAPÍTULO III DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 4º – Estão garantidas aos integrantes do Corpo Clínico as seguintes competências:

- a) Frequentar a instituição assistindo aos seus pacientes, valendo-se dos recursos técnicos disponíveis;
- b) Participar de assembleia e reuniões científicas;
- c) Votar e ser votado, conforme a categoria;
- d) Eleger Diretor Clínico e seu substituto (Vice-Diretor Clínico);
- e) Eleger os integrantes da Comissão de Ética Médica;

- f) Indicar os coordenadores de especialidades e/ou serviços de acordo com sua área de atuação;
- g) Colaborar com a administração da instituição, respeitando o Código de Ética Médica e/ou regulamentos e normas existentes;
- h) Colaborar nos programas de treinamento implementados pela instituição HEMOCENTRO;
- i) Participar das Comissões Permanentes e Temporárias da Instituição quando for indicado pelo Diretor Clínico, pelo Diretor Técnico, pela Assembleia do Corpo Clínico ou pelo Conselho de Administração.

CAPÍTULO IV

DOS DIREITOS E DEVERES

Artigo 5º – São direitos fundamentais dos integrantes do Corpo Clínico:

- a) Autonomia profissional;
- b) Acesso à instituição e seus serviços;
- c) Participação das assembleias e reuniões;
- d) Votar e conforme sua categoria ser votado;
- e) Receber a remuneração adequada pelos serviços prestados.

Artigo 6º – São deveres dos integrantes do Corpo Clínico:

- a) Obediência ao Código de Ética Médica, resoluções do CRM e CFM, assim como o Regimento Interno do Corpo Clínico e o Estatuto da Instituição;
- b) Respeitar as normas gerais da Bioética;
- c) Respeitar os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, conforme preconiza a Constituição Federal vigente em seus Artigos 196º e 198º, contribuindo dentro de suas competências para o aprimoramento e aperfeiçoamento do Sistema;
- d) Assistir os pacientes sob seus cuidados com respeito, consideração e dentro da melhor técnica em seu benefício;
- e) Colaborar com seus colegas na assistência aos seus pacientes quando solicitados;
- f) Participar de atos médicos em suas especialidades ou auxiliar colegas, quando necessário;
- g) Cumprir as normas técnicas e administrativas da instituição, inclusive pertinentes a biossegurança e segurança do trabalho;

- h) Elaborar prontuários dos pacientes, com registros indispensáveis à elucidação do caso em qualquer momento;
- i) Colaborar com as comissões específica da instituição;
- j) Atuar e promover o trabalho em equipe, respeitando os demais profissionais de saúde nas suas diversas áreas de competências;
- k) Comunicar falhas observadas na assistência prestada pela instituição e reivindicar melhorias que resultem no aprimoramento da assistência aos pacientes e/ou melhoria das condições de trabalho;
- l) Incentivar melhoria do padrão técnico-científico e ético dos integrantes do corpo clínico;
- m) Cumprir atividades de plantão quando escalado pela coordenação de especialidade e/ou serviço.

CAPÍTULO V DAS DELIBERAÇÕES

Artigo 7º – O Corpo Clínico deliberará através de assembleias gerais.

Parágrafo 1º – Compete à Assembleia Geral fixar orientação geral superior para exercício da medicina no HEMOCENTRO, observadas as disposições legais vigentes:

- a) Dirimir dúvidas suscitadas por orientações da Diretoria Clínica ou Colegiado Médico, ou ainda, para resolver conflitos de atribuições desses órgãos;
- b) Comunicar às autoridades do HEMOCENTRO, através do Diretor Clínico, as orientações superiores aprovadas para solução dos problemas éticos ou técnicos, contando com a assessoria da Comissão de Ética Médica e do Colegiado Médico;
- c) Eleger membros da Comissão Eleitoral para organização do processo eleitoral de escolha do Diretor Clínico e Vice-Diretor Clínico;
- d) Eleger membros da Comissão Eleitoral para organização do processo eleitoral dos representantes da Comissão de Ética Médica;
- e) Destituir por maioria absoluta qualquer integrante da Diretoria Clínica e representantes do Colegiado Médico em assembleia especialmente convocada.

Parágrafo 2º – A destituição a que se refere o Parágrafo Primeiro alínea “e” poderá ser proposta por infração grave deste Regimento Interno ou ações manifestadamente contrárias aos interesses do Corpo Clínico.

Artigo 8º – A Assembleia Geral deverá ser integrada por todos os médicos do Corpo Clínico.

Artigo 9º – A Assembleia Geral será presidida pelo Diretor Clínico ou seu substituto legal - o Vice-Diretor - e na ausência deste, por um dos membros presentes indicados por maioria simples de voto.

Parágrafo Único – O Presidente da Assembleia solicitará a um dos membros presentes que exerça a função de secretário, que registrará pautas e deliberações em Livro de Ata específico.

Artigo 10º – A Assembleia Geral reunir-se-á ordinariamente 02 (duas) vezes ao ano, nos meses de Abril e Novembro, devendo ser convocada pelo Diretor Clínico com antecedência mínima de 10 (dez) dias; e extraordinariamente mediante requerimento de 1/3 (um terço) dos membros do Corpo Clínico.

Artigo 11º – Considerar-se-á quórum mínimo para deliberar em primeira convocação 2/3 (dois terços) dos seus membros na primeira chamada, 1/3 dos membros em segunda hora, ficando estabelecido um mínimo de 10% dos membros efetivos na terceira convocação, após a qual qualquer número de presentes, sendo as decisões adotadas por maioria simples de votos, com exceção do disposto no alínea “e” do Parágrafo 1º do Artigo 7º.

CAPÍTULO VI DA ORGANIZAÇÃO

Artigo 12º – O presente Regimento Interno do Corpo Clínico prevê, além da Assembleia Geral, a existência de Diretor e Vice-Diretor Clínico, Diretor Técnico, Coordenadores de especialidade e/ou Serviços, Colegiado Médico e Comissão de Ética Médica, Comissão de Revisão de Prontuário, Comissão de Revisão de Óbitos e Comissão de Controle de Infecção HEMOCENTRO (CCINFECÇÕES).

Artigo 13º – Do Diretor Clínico: Médico de confiança do Corpo Clínico.

Obrigatoriamente deverá ser eleito por voto secreto e direto dos membros do Corpo Clínico, conforme Resolução do CFM 1.342, em processo eleitoral especialmente convocado para essa finalidade com antecedência mínima de 10 (dez) dias, sendo escolhido pela maioria simples de votos.

Parágrafo 1º – O mandato do Diretor Clínico será de 02 (dois) anos, com direito a uma reeleição.

Parágrafo 2º – O Diretor Clínico deverá ter assegurada total autonomia no desempenho de suas atribuições, conforme Resolução do CFM nº 1342 de 08 de março de 1991.

Parágrafo 3º – São atribuições do Diretor Clínico:

- a) Coordenar o Corpo Clínico da instituição;
- b) Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico;
- c) Convocar e presidir a Assembleia Geral do Corpo Clínico, conforme estabelecido no Capítulo respectivo do presente Regimento;
- d) Presidir as reuniões do Colegiado Médico;
- e) Executar e fazer executar a orientação deliberada pela assembleia do Corpo Clínico ou pelo Colegiado médico, quando se fizer necessário;
- f) Colaborar com as atividades da Comissão de Ética e demais comissões permanentes e/ou instituídas pela instituição;
- g) Tomar conhecimento e encaminhar os pleitos do Corpo Clínico, adotando as providências cabíveis;
- h) Representar o Corpo Clínico junto ao Conselho de Administração da instituição e/ou equipe de gestores;
- i) Encaminhar ao Conselho de Administração do HEMOCENTRO as sugestões e pedidos do Corpo Clínico e vice-versa;
- j) Esclarecer ao Conselho de Administração as irregularidades eventualmente detectadas nos diversos serviços;
- k) Prestar contas dos seus atos ao Corpo Clínico nas assembleias gerais;

- l) Esclarecer às partes interessadas em eventuais conflitos, de posição entre o Corpo Clínico e ao Conselho de Administração e/ou Equipe de Gestores, visando harmonizá-las, em face dos postulados éticos;
- m) Empenhar-se para que os integrantes do Corpo Clínico observem os princípios gerais da Bioética, do Código de Ética Médica, das resoluções do Conselho Federal de Medicina, assim como as disposições gerais em vigor, a ordem interna da instituição e a resoluções estabelecidas no Regulamento Geral do HEMOCENTRO;
- n) Apresentar relatório anual das atividades do Corpo Clínico ao Conselho de Administração;
- o) Estimular a pesquisa e educação continuada para o Corpo Clínico e dos demais integrantes das equipes de saúde;
- p) Supervisionar o cumprimento das escalas de plantões e horários estabelecidos para os médicos pelos coordenadores das especialidades e/ou serviços, assim como programação de férias dos integrantes do Corpo Clínico;
- q) Zelar pelo direito do médico de perceber a remuneração pelos serviços prestados da forma mais direta possível;
- r) Transmitir o seu cargo ao vice-diretor em caso de férias, licença e impedimentos eventuais;
- s) Encaminhar ao Conselho as consultas sobre assuntos de natureza ética visando o bom exercício da Medicina na Instituição;
- t) Coordenar as comissões sob sua responsabilidade conforme normas inerentes a cada uma;
- u) Zelar pelo cumprimento deste regimento e pelos livros de atas.

Parágrafo 4º – O Diretor Clínico poderá acumular a função de Diretor Técnico, ou o Conselho de Administração do HEMOCENTRO poderá indicar um profissional para este fim específico.

Artigo 14º – Do Vice-Diretor Clínico: Médico de confiança do Corpo Clínico deverá ser eleito por voto secreto dos membros do Corpo Clínico da instituição juntamente com o Diretor Clínico.

Parágrafo 1º – O mandato será de 02 (dois) anos, com direito a 01 (uma) reeleição.

Parágrafo 2º – As principais atribuições do Vice-diretor Clínico são:

- a) Auxiliar a Diretoria Clínica em suas atribuições;
- b) Substituir o Diretor Clínico em caso de férias, licenças e impedimentos,

será eleito indicado pela SES-60 ?

c) Participar nas reuniões do Colegiado Médico;

Artigo 15º – Do Diretor Técnico: Médico nomeado para o cargo (através do Conselho de Administração), tratando-se de pessoa de confiança da Instituição e com competências comprovadas para assumir o cargo, preferencialmente com experiências anteriores ou titulação em cursos reconhecidos de gestão em saúde. São suas atribuições:

- a) Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;
- b) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e dos demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da instituição;
- c) Representar a instituição em suas relações com as autoridades sanitárias e outras quando exigir a legislação em vigor;
- c) Executar a orientação dada pela instituição em matéria administrativa;

Artigo 16º – Do Coordenador de Especialidades e/ou Serviços: Membro do Corpo Clínico, com título de especialista, que deverá ser indicado por maioria simples dos integrantes da especialidade e/ou serviço, em ato convocado pela Direção Clínica.

Parágrafo 1º – São atribuições do coordenador de especialidade e/ou serviços:

- a) Supervisionar e coordenar as atividades da especialidade ou serviço;
- b) Confeccionar escalas de plantões e distribuições de horário de atendimento dos integrantes da especialidade ou serviço;
- c) Elaborar escalas de férias, encaminhando-as à Direção Clínica;
- d) Propor protocolos específicos da especialidade ou serviço;
- e) Participar das reuniões do Colegiado médico;
- f) Atuar como elo de ligação entre os integrantes da especialidade ou serviço e a Direção Clínica e vice-versa;
- g) Estimular a realização de atividade científica e educação continuada no âmbito de suas competências;

h) Zelar pelo cumprimento, no âmbito da especialidade ou serviço, das normas estabelecidas no Regimento do Corpo Clínico, Regulamento Geral do HEMOCENTRO, princípios gerais da Bioética, Código de Ética Médica e Resoluções do Conselho Federal de Medicina e do conselho de GO, comunicando à Direção Clínica de irregularidades quando for pertinente;

Parágrafo 2º – Em caso de empate tanto para eleição para Diretor Clínico quanto para escolha dos coordenadores de especialidades e serviços será considerado eleito o mais antigo médico efetivo do Corpo Clínico da instituição. Persistindo o empate será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no Conselho de GO.

Artigo 17º – São Comissões Permanentes do HEMOCENTRO, ligadas à Direção Clínica:

- a) Comissão de Controle de Infecção – CCINFECCÕES;
- b) Comissão de Ética Médica;
- c) Comissão de Avaliação e Revisão de Prontuários;
- e) Comissão de Hemoterapia;
- f) Comissão de Residência Médica;
- g) Comissão de Gerenciamento de Riscos Relacionados aos Produtos para a saúde, Medicamentos, Correlatos, Saneantes, Sangue, Hemocomponentes e Equipamentos;
- h) Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde;
- i) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- j) Comissão de Ética em Pesquisa Científica;
- k) Comissão de Educação Permanente;
- l) Comissão Multidisciplinar de Bioética
- m) Demais comissões que forem criadas pelo HEMOCENTRO.

Comissão de Captação de doadores?

Parágrafo Único – Os membros das Comissões Permanentes serão eleitos ou designados pelo Diretor Clínico, pelo Diretor Técnico, pela Assembleia do Corpo Clínico ou pelo Conselho de Administração, dependendo do regimento interno de cada comissão, exceto os membros da Comissão de Controle de Infecção HEMOCENTRO que são designados pelo Conselho de Administração da Instituição, segundo a Portaria 2616-98 MS.

Artigo 18º – Serão Comissões Temporárias do HEMOCENTRO aquelas que porventura forem criadas segundo a necessidade de melhor organizar os trabalhos do HEMOCENTRO.

Parágrafo 1º – Os membros das Comissões Temporárias serão eleitos ou designados pelo Diretor Clínico, pelo Diretor Técnico, pela Assembleia do Corpo Clínico ou pelo Conselho de Administração, dependendo do Regimento Interno de cada comissão.

Parágrafo 2º – A duração das Comissões Temporárias não poderá exceder o prazo de 12 (doze) meses. Caso haja necessidade de extensão dos seus trabalhos por um período maior, elas serão transformadas em Comissões Permanentes e deverão seguir as regras estabelecidas para estas.

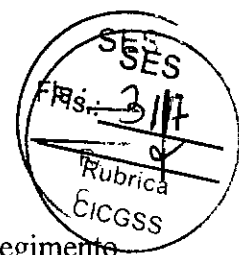
Artigo 19º – Do Colegiado Médico: É um órgão consultivo que representa o Corpo Clínico, sendo composto pelo Diretor Clínico que o preside, o Vice-Diretor Clínico e os coordenadores do serviço e/ou especialidades.

Parágrafo 1º – O Colegiado Médico reunir-se-á ordinariamente a cada 02 (dois) meses ou extraordinariamente mediante convocação por escrito do Diretor Clínico, por iniciativa própria ou atendendo solicitação mínima de três dos membros do colegiado.

- a) A convocação, com a pauta de reunião, será entregue para todos os membros do colegiado com antecedência mínima de 03 (três) dias úteis;
- b) As sessões do colegiado médico serão instaladas mediante a presença de quorum mínimo composto pela maioria simples de seus membros e as deliberações serão tomadas também por maioria simples de presentes e registradas em ata;

Parágrafo 2º – Compete ao Colegiado Médico:

- a) Assessorar a Direção Clínica em assuntos técnicos;
- b) Sugerir medidas que visem o aperfeiçoamento técnico do HEMOCENTRO e do Corpo Clínico;
- c) Analisar e emitir parecer sobre os casos que lhe forem encaminhados, à luz do Regimento Interno do Corpo Clínico e outros Regulamentos;
- d) Emitir parecer sobre a criação de comissões permanentes ou temporárias ou sobre a criação de novos serviços;



- e) Propor sanções disciplinares aos membros do Corpo Clínico por transgressões a este Regimento Interno, após Sindicância regularmente procedida e com amplo direito de defesa assegurado ao interessado, com exceção das transgressões cuja análise é de competência exclusiva da Comissão de Ética;
- f) Analisar e emitir parecer sobre normas técnicas, protocolos, rotinas sempre que necessário.

Artigo 20º – Da Comissão de Ética Médica: Comissão permanente, integrada por membros efetivos do Corpo Clínico, escolhida através de escrutínio direto e secreto dos membros do Corpo Clínico, por maioria simples, em processo eleitoral especialmente convocado para essa finalidade, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sendo as inscrições de caráter individual regendo para caso de desempate os mesmos critérios já estabelecidos no Parágrafo 3º do Artigo 16º deste Regimento.

Artigo 21º – A Comissão de Ética Médica constitui, por delegação do Conselho de GO, uma atividade da instituição médica, estando a ele vinculada. Tem funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina em sua área de abrangência.

Artigo 22º – A Comissão de Ética Médica está vinculada ao Conselho de GO e deverá manter a sua autonomia em relação a instituição, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do estabelecimento.

Parágrafo Único – A composição, organização, estrutura, normas eleitorais, competências e normas de funcionamento serão as constantes no Regimento Interno desta Comissão e na Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1657/02, alterada parcialmente pela Resolução 1.812/2007 ou aquelas que forem definidas posteriormente pelo Conselho Federal de Medicina. Os casos omissos serão decididos pelo CONSELHO DE GO.

Artigo 23º – O mandato dos integrantes será de dois anos, com direito a 1 (uma) reeleição;

Artigo 24º – A Comissão deverá ser composta por seis membros efetivos e seis suplentes, atendendo as diretrizes do Conselho Federal de Medicina;

Artigo 25º – Da Comissão de Revisão de Prontuários: comissão permanente, integrada por membros efetivos do Corpo Clínico, escolhidos pela Direção Geral.

Artigo 26º – Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

I – A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

- a) Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento;
- b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;
- c) Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora;
- d) Normatizar o preenchimento das contra-referências conforme orientação da Direção Clínica e Direção Técnica;
- e) Criar e aprovar normas que regulamente o fluxo de prontuários da instituição;

I- Tipo de Alta.

II – Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando à qualidade dos mesmos.

III – Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.

IV – Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

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

VI – Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

Artigo 27º – A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Artigo 28°. A periodicidade das reuniões ordinárias deverá ser mensal. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 29° – Da Comissão de Controle de Infecção HEMOCENTRO: órgão de cunho técnico-científico encarregado da elaboração, implantação e avaliação do Programa de Controle das Infecções HEMOCENTRO (PCISS), que é o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções HEMOCENTRO.

Artigo 30° – É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da instituição, composto de membros consultores e executores designados pela Direção Geral do HEMOCENTRO. Os membros executores deverão ser no mínimo 02 (dois) técnicos de nível superior da área de saúde para cada 200 (duzentos) leitos ou fração deste número, com carga horária mínima de 06 (seis) horas para o enfermeiro e 04 (quatro) horas para os demais profissionais. O médico deve ser preferencialmente infectologista; o enfermeiro deve ser treinado em infecção HEMOCENTRO e ter dedicação exclusiva para a CCISS. Os membros consultores deverão ser representantes dos serviços médicos (área crítica), serviço de enfermagem, serviço de farmácia, serviço de microbiologia, serviço de administração.

Artigo 31° – O presidente da Comissão, assim como todos os membros, será nomeado pelo Conselho de Administração da Instituição. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão.

Artigo 32° – A coordenação do Serviço de Controle de Infecção HEMOCENTRO será ocupada pelo médico infectologista, membro executor da Comissão, designado pelo Conselho de Administração.

Artigo 33° – O PCISS o Programa de Controle das Infecções HEMOCENTRO, será elaborado pelo SCISS e submetido à aprovação da CCISS anualmente.

Artigo 34° – A CCISS se reunirá mensalmente, segundo cronograma de reuniões regulares planejadas para todo o ano, ou extraordinariamente sempre que necessário convocada pelo seu

Presidente. O SCISS se reunirá semanalmente para o acompanhamento das ações implementadas e da Vigilância Epidemiológica regular.

Artigo 35º – Da Comissão de Hemoterapia: É um órgão consultivo e deliberativo da Instituição, vinculado à Diretoria Técnica e Clínica do HEMOCENTRO. Tem por finalidade coordenar a formulação de diretrizes para o uso racional do sangue e hemoderivados na unidade HEMOCENTRO, bem como investigação e auditorias pertinentes.

Artigo 36º – A Comissão de Hemoterapia do HEMOCENTRO terá composição Multidisciplinar e multiprofissional. Abrangerá médicos que representem áreas nas quais a indicação de Hemocomponentes e hemoderivados seja rotineira.

Artigo 37º – As indicações para integrar a Comissão serão submetidas ao Diretor Clínico e se processarão da seguinte forma:

- I. 02 (dois) representantes do Serviço de Hematologia e Hemoterapia;
- VII. 01 (um) representante do Serviço de Enfermagem;
- VIII. 01 (um) representante da Administração do HEMOCENTRO.

Artigo 38º – O Presidente será um dos representantes da área de Hematologia e Hemoterapia.

Artigo 39º – Compete à Comissão de Hemoterapia:

- I - Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para aumentar a segurança Transfusional, respeitadas as particularidades de cada Unidade do HEMOCENTRO, dentro da área de abrangência estabelecida pela Secretaria Estadual de Saúde em consonância às disposições legais e às orientações normativas emanadas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde;
- II – Assessorar a Administração Superior do HEMOCENTRO na formulação da política de uso racional de sangue, Hemocomponentes e derivados e investigações de eventuais reações à transfusão destes;
- III – Quando solicitada pelo Diretor Clínico, acompanhar estudos e pesquisas em medicina Transfusional ou congêneres, emitindo parecer técnico sobre a eficiência terapêutica, para embasar critério fundamental de escolha;

IV – Examinar e emitir parecer com referência a Hemocomponentes e hemoderivados, congêneres e segurança no transplante no que diz respeito a propostas de:

- a) substituição ou eliminação de produtos padronizados;
- b) novas padronizações;

V - Desempenhar papel consultivo e educativo, divulgando no âmbito da Instituição, esclarecimentos sobre utilização de sangue, hemoderivados e congêneres;

VI – Manter, através de sistema informatizado, com controle de acesso lógico, registros atualizados sobre padronizações e normas técnicas, nacionais e internacionais, bem como a legislações referentes a sangue, hemoderivados, insumos hemoterápicos e correlatos e suas aplicações e restrições;

VII – Colaborar nas atividades de ensino e pesquisa;

VIII – Emitir instruções de serviço necessárias ao cumprimento das normas do HEMOCENTRO;

IX – Efetuar auditorias e pareceres quando requisitados, sobre o uso de hemoderivados e congêneres.

Artigo 40º – Da Comissão Multidisciplinar de Bioética: É uma Comissão de natureza técnico-científica permanente, tem por finalidade assessorar o Diretor Clínico e a Diretoria Administrativa da Instituição, em questões de natureza bioética, com ênfase nas ações educativas e de divulgação, promovendo a integração entre os profissionais da saúde e a comunidade.

Parágrafo Único – Bioética é a área de conhecimento voltada para a reflexão e discussão dos valores inerentes à vida, a saúde humana e suas relações.

Artigo 41º – A composição da Comissão Multidisciplinar de Bioética ocorrerá da seguinte forma:

- 03 (três) nomes de médicos do Corpo Clínico;
- 03 (três) nomes de outros profissionais da saúde de diferentes categorias funcionais;
- 01 (um) representante dos profissionais de assistência e apoio;
- 01 (um) representante da Comissão de Ética Médica;
- 01 (um) representante da Comissão de Ética em Enfermagem;
- 01 (um) representante departamento Jurídico;
- 01 (um) representante da Diretoria Clínica;
- 01 (um) representante da Administração;

- 01 (um) representante da Comissão de residência médica;
- 01 (um) representante de Comissão de residência Multidisciplinar;
- 01 (um) representante dos Médicos Residentes;
- 01 (um) representante dos Residentes das áreas Multiprofissionais;
- 01 (um) representante da comunidade (usuários);
- 01 (um) representante do Gestor Público;
- 01 (um) representante de Assistência Religiosa.

Artigo 42º – Compete à Comissão Multidisciplinar de Bioética:

I. Análise, emissão de pareceres, promoção de ações educativas e de divulgação sobre problemas bioéticos, destacando-se os referentes à:

- a) início e fim da vida humana;
- b) procedimentos relativos às ações e serviços de saúde;
- c) direitos e deveres do paciente;
- d) direitos e deveres do profissional de saúde; pacientes terminais e eutanásia;
- e) transplantes de órgãos, tecidos e partes do corpo humano;
- f) recursos profiláticos, diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação;
- g) reprodução assistida;
- h) prontuário do paciente;
- i) Sistema Único de Saúde – SUS;
- j) clonagem;

II. Zelar pelo cumprimento das normas nacionais e internacionais sobre bioética;

III. A expedição de normas técnicas e de instruções para as relações entre os profissionais de saúde e pacientes;

IV. Proposição de encaminhamento de questões resultantes de relações conflitantes envolvendo médicos à Comissão de Ética Médica;

V. Opinar em procedimentos que envolvam profissionais de saúde não médicos, pela prática de infrações de natureza ética.

CAPÍTULO VII DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

Artigo 43º – Qualquer membro do Corpo Clínico será considerado infrator, sujeito às penalidades deste Regimento quando:

- a) Desrespeitar o Código de Ética Médica e as determinações dos Conselhos Federal e Regional de Medicina;
- b) Desrespeitar os Estatutos do HEMOCENTRO, quando houver conotação ética;
- c) Desrespeitar as normas estabelecidas neste Regimento;

Parágrafo 1º – Nos casos de suspeita de infração, a Comissão de Ética Médica instaurará sindicância, apurará e, no prazo de 30 (trinta) dias, prorrogáveis por até 60 (sessenta) dias, encaminhará a conclusão ao Diretor Clínico para aplicação da punição.

Parágrafo 2º – Nos casos de suspeita de infração de caráter ético, o resultado será encaminhado ao CONSELHO DE GOIÁS, que julgará e, se for o caso, aplicará a punição.

Parágrafo 3º – Será garantido ao acusado o amplo direito à defesa.

Artigo 44º – Os Membros do Corpo Clínico que forem considerados transgressores estarão sujeitos às seguintes penalidades:

- I- Advertência Verbal.
- II- Advertência por escrito.
- III- Suspensão por 30 (trinta) dias de suas atividades no HEMOCENTRO.
- IV- Exclusão do Corpo Clínico.

Parágrafo 1º – A penalidade de exclusão do Corpo Clínico deverá ser aprovada pela Assembleia Geral do Corpo Clínico, convocada especificamente para este fim e com o voto favorável de pelo menos 2/3 (dois terços) de votos dos presentes.

Parágrafo 2º – As penalidades aplicadas por transgressão às normas administrativas ou regimentais obedecerão à gradação acima, exceto nos casos de incontestável gravidade, a juízo a Comissão de Ética e Diretoria Clínica.

CAPÍTULO VIII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Artigo 45º – Os atos médicos que impliquem grande risco de vida, incapacidade física permanente ou interrupção da gravidez deverão ser previamente, submetidas à apreciação do Diretor Clínico e da Comissão de Ética Médica, com registro em ata.

Parágrafo Único – Em caso de urgência, esta junta poderá ser exercida por 03 (três) médicos presentes ao ato, sendo o fato posteriormente comunicado ao Diretor Clínico.

Artigo 46º – Os documentos constantes do prontuário HEMOCENTRO são de propriedade do paciente, permanecendo sob a guarda e responsabilidade do HEMOCENTRO.

Parágrafo 1º – É vedado ao médico, mesmo se assistente, apossar-se de partes ou da totalidade do Prontuário HEMOCENTRO sem a autorização dos Diretores Técnico ou Clínico, podendo consultá-lo após solicitação por escrito e assinatura de termo de responsabilidade.

Parágrafo 2º – A divulgação pública de fatos referentes ao Prontuário (HEMOCENTRO) somente poderão ocorrer com a autorização expressa do paciente ou seu responsável legal, devendo ser feita pelo médico assistente ou pelo Diretor Clínico. Neste caso, com conhecimento do mesmo.

Artigo 47º – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos emergencialmente pelo Diretor Clínico, até que a Assembleia do Corpo Clínico os avalie e tome sua decisão.

Artigo 48º – Este Regimento Interno entra em vigor após ser aprovado pelo Corpo Clínico do HEMOCENTRO em Assembleia Geral convocada para tal, referendado, aprovado e registrado pelo Conselho Regional de Medicina de Goiás.

C) Proposta de projeto de Tecnologia da informação

O Tasy, é uma solução completa de gestão hospitalar da Philips, e 100% integrada para gestão de organizações de saúde públicas e privadas. É uma ferramenta que permite customizações de

processos de acordo com a realidade de negócio. Dentre os mais de 50 módulos, há o Banco de Sangue.

O módulo de Banco de Sangue foi todo customizado em cima da RDC 153 e se adequa ao padrão ISBT 128. Permitindo via sistema todo o controle necessário para: doação, fracionamento das bolsas (processamento do Sangue Total para obtenção dos hemocomponentes com possibilidade para executar a aliquotagem, filtração, irradiação, lavagem), estoque de hemocomponentes, controle dos exames do doador, fenotipagem, controle das transfusões e exames do receptor, transporte das bolsas, campanhas, controle das inaptidões rastreabilidade de todo processo.

O sistema também possui integração com as máquinas de coleta e de fracionamento das bolsas, otimizando a execução dos processos.

D) Proposta de Logística de Suprimento

O Departamento de Suprimentos estará subordinado diretamente à Gerência Administrativa, que estará subordinada à Diretoria Administrativa, que por sua vez estará subordinada à Diretoria Geral, devendo obedecer sempre o preconizado pelo instrumento máximo desta Instituição, o Regimento Interno do Hemocentro. O Departamento de Suprimentos será o responsável por suprir a unidade hospitalar, com materiais em geral, equipamentos, medicamentos, materiais médicos hospitalares e materiais de lavanderia e limpeza, materiais para manutenção, materiais de expediente e escritório padronizados e não padronizados, entre outros, conforme solicitações padronizadas (Ficha de Solicitação de Compra de Equipamentos, Materiais e Medicamentos) devidamente preenchidas pelos diferentes setores da unidade hospitalar e com a anuência da linha de comando imediata, garantindo-se assim, sempre presteza e a qualidade para o melhor atendimento aos clientes internos e externos, bem como o bom funcionamento da unidade hospitalar.

O Departamento de Suprimentos se constituirá num setor de suma importância para a unidade hospitalar, pois assegurará o reabastecimento racional das solicitações de compras advindas dos diversos setores, necessárias ao ciclo operacional. Uma administração de suprimentos eficaz resolve grande parte dos problemas administrativos, qualitativos, operacionais e financeiros. Os itens padronizados e não padronizados, constantes nas solicitações de compras devem ser adquiridos a um bom preço, em quantidade e qualidade obedecendo a padrões preestabelecidos, cumprindo prazos de entrega compatíveis com a necessidade, e posteriormente, estocados seguindo normas específicas.

Como funções gerais do Departamento de Suprimentos, podemos destacar:

- Abastecer os diferentes setores de materiais em geral, equipamentos, medicamentos, materiais médico-hospitalares, materiais de lavanderia e limpeza, materiais de expediente e de escritório e materiais diversos, zelando-os e controlando-os, para garantir quantidade e qualidade no abastecimento, objetivando elevado padrão de atendimento;
- Resolver possíveis problemas junto aos clientes internos e fornecedores relacionados a todos e quaisquer itens adquiridos para suprir as necessidades da unidade hospitalar;
- Realizar negociações de compras diversas e compras para manutenção de equipamentos hospitalares;
- Realizar controle de notas fiscais (entrada e saída);
- Manter controle de utilização da máquina de cópias.

Ao Departamento de Suprimentos também atribui-se:

- Previsão em quantidade somente de materiais de escritório;
- Os setores como Lavanderia, Higiene, Nutrição, Manutenção, Farmácia, Laboratório, Enfermagem são responsáveis pela análise do consumo de seus materiais, bem como a responsabilidade de solicitação;
- Realização de compras dos materiais em geral, equipamentos, medicamentos, materiais médicos hospitalares e materiais de lavanderia e limpeza, materiais de expediente e escritório necessários ao funcionamento do Hospital e dentro dos padrões estabelecidos;
- Realização de pesquisa, avaliação mercadológica e avaliação de fornecedores;
- Análise detalhada dos relatórios mensais por tipo (curva ABC, ponto de pedido, volume de compras, produtos a vencer) no que diz respeito a todos os materiais e equipamentos;
- Acompanhamento, recebimento e conferência dos itens recebidos;
- Armazenamento dos itens de estoque conforme especificações do fabricante;
- Garantia de que todos os itens permaneçam em local devidamente identificado, evitando o seu uso não intencional (Almoxarifado Geral);
- Solicitação, controle e realização de pareceres sobre a qualidade dos materiais comprados;
- Realização da conferência de estoque (inventário).

O Departamento de Suprimentos funcionará no horário das 8 (oito) às 18 (dezoito) horas, de segunda a sexta-feira, sempre com intervalo de 01 (uma) hora para almoço.

IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

Manual de rotinas administrativas para faturamento de procedimentos

Conforme previsto em edital caberá ao INTS o faturamento dos procedimentos realizado através da alimentação ^{diária dos} sistemas informatizados de gestão disponibilizados pela Secretaria do Estado da Saúde com os registros relativos a todas as obrigações contraídas e paga. >

Nesse sentido o INTS se compromete a adotar e suprir de informações, em tempo real, os Sistemas de Informação ^{of} oficiais, em todos os setores e serviços ^{da} prestados Hemorrede Pública Estadual de Hemoterapia e Hematologia de Goiás conforme descrição abaixo:

- ✓ Adirir e alimentar o sistema de informação eletrônica a ser disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática e eletrônica de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo INTS, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde;
- ✓ Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e nas Autorizações de Internações Hospitalares (AIH/SUS), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde
- ✓ Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no Hospital, disponibilizando a qualquer momento, a Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados na Unidade;
- ✓ O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo INTS serão efetuados através dos dados registrados no SIH - Sistema de Informações Hospitalares, no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado da Saúde.
- ✓ Para o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o INTS encaminhará mensalmente, conforme cronograma estabelecido

pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo HEMOCENTRO – HEMOGO E HEMORREDE.

As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros nas AIH Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

As informações deverão fazer parte da Planilha de Informações Complementares que deverão ser enviadas até o dia 10 (dez) de cada mês para a Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão – COMACG.

O Sistema Web Controle OS disponibilizados na Internet emitirão os relatórios e planilhas necessárias à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pelo HEMOCENTRO – HEMOGO E HEMORREDE, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrado.

O INTS em nenhuma hipótese cobrará direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referente à assistência a ele prestada, sendo lícito, no entanto, buscar junto à Secretaria de Estado da Saúde o ressarcimento de despesas realizadas, e que não estão pactuadas, mas que foram previamente autorizadas, no subsequente repasse e se responsabilizará por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato.

Manual de rotinas para administração financeira

Procedimento Operacional Contas a Receber

OBJETIVO

Receber, analisar e provisionar notas fiscais faturadas por Projeto. Identificar a entrada do recurso. Emitir relatório de 'Histórico de Recebimentos' às Gerências e Operações.

APLICAÇÃO

End. Av. Professor Magalhães Neto, nº. 1856, Sl 806, Pituba, Salvador-BA

Faturamento/Operações
Controladoria

DEFINIÇÕES

Receita: entrada monetária em conta corrente do INTS;

Projeto: contrato, convênio ou contrato especial.

PROCEDIMENTO

Compete ao Faturamento e ou Gestor de Unidade:

Informar o setor fiscal sobre a necessidade de valores as serem faturados para cada cliente.

Acompanhar previsão de recebimento junto aos municípios e, em caso de divergências de valores recebidos, tomar as devidas providências.

Mensalmente encaminhar para o setor fiscal a ordem de pagamento ou aceite disponibilizado pelo cliente.

Caso haja divergência entre o valor faturado e o valor recebido, manter contato com o cliente para esclarecimento, acompanhamento e cobrança dos respectivos valores divergentes, caso seja reconhecida como pertinente, formalizar a informação.

Compete ao Setor Fiscal:

Emitir Notas Fiscais de Prestação de Serviços;

Analisar dados da nota fiscal emitida: competência, retenções fiscais, descrição do serviço prestado, data de emissão;

Encaminhar NF emitida para o responsável do INTS que solicitou a emissão da mesma;

Salvar NF emitidas na pasta da rede;

Imputar no sistema imediatamente após emissão da NF;

Após o financeiro informar que o valor foi creditado na conta do INTS, conferir retenções próprias do tomador do Serviço conforme Município e alimentar planilha de histórico de recebimento e informar aos envolvidos (gestores e setor de faturamento), sinalizando caso haja divergência no recurso recebido.

Compete ao Setor Financeiro:

Identificar a entrada do recurso e sua origem, em caso de divergência acompanhar os possíveis recebimentos futuros.

Iniciar os processos de pagamentos respectivos ao contrato em questão.

Registros

Os registros gerados neste procedimento são tratados conforme o PG 01 - Gestão da Informação Documentada.

Procedimento Operacional Recebimento e Encaminhamento de Notas Fiscais

OBJETIVO

O objetivo desse procedimento é definir diretrizes gerais para recebimento e encaminhamento de Notas Fiscais.

APLICAÇÃO

Todas as unidades do INTS.

PROCEDIMENTO

Todas as Notas Fiscais/documentos para pagamentos devem seguir o fluxo descrito abaixo, contendo todas as assinaturas e carimbos devidos:

As unidades terão o prazo de até 05 (cinco) dias corridos para encaminhar os documentos devidamente assinados, contabilizados e discriminando a localização da despesa para a SEDE;

Todas as **notas fiscais de serviços** devem ser encaminhadas devidamente assinadas para o setor fiscal;

As notas fiscais deverão ser encaminhadas dentro da competência do serviço e com data limite 25 de cada mês.

Os demais pagamentos devem ser encaminhados para o setor financeiro.

Nota: Dúvidas sobre retenções podem ser tiradas no setor fiscal pessoalmente, por e-mail fiscal@ints.com.br ou telefone 71/3018-1212 ou 71/3034-7601.

Das Notas fiscais dos prestadores de serviço:

Obrigatoriamente na descrição da Nota Fiscal, deverão conter as seguintes informações:

Dados bancários, como Banco, agência e conta para realização do pagamento;

Informação clara do serviço prestado, contendo unidade, competência, quantidade, prestador de serviço, bem como, informar se é optante pelo simples nacional;

Destacar as retenções tributárias.

Para que não ocorra retenção do INSS, será imprescindível que a empresa apresente declaração firmada pelo (s) representante (s), legal (is) de que os serviços foram prestados individualmente por cada sócio, ou destaque a informação no corpo da NF.

Todas as notas fiscais devem constar:

Número de contrato INTS x Fornecedor (quando houver contrato firmado) e centro de custo;

Carimbo de Imobilizado, se for o caso;

Carimbo com data e assinatura do responsável;

Carimbo sinalizando o tipo de mercadoria e ou serviço com assinatura e data do receptor (contendo data de entrega na unidade - a mesma de entrada no sistema e assinatura do responsável).

Documentação Para Pagamento

Deverão ser apresentadas as seguintes documentações para pagamento:

Boleto (verificando/controlando boletos que são encaminhados posteriormente) – caso pagamento ocorra através de depósito, a unidade deverá informar data de vencimento e conta para depósito, a data entre o recebimento da nota fiscal nas Unidades do INTS e a data de vencimento da nota será de **no mínimo 5 dias úteis**.

CND's que devem ser encaminhadas na ordem abaixo, facilitando assim a validação:

- CND – Federal, abrangendo a data de emissão da nota fiscal;
- CND – Estadual, abrangendo a data de emissão da nota fiscal;
- CND – Municipal, abrangendo a data de emissão da nota fiscal;
- CND – FGTS, abrangendo a data de emissão da nota fiscal;
- CND – Trabalhista, abrangendo a data de emissão da nota fiscal.

Cópia da autorização de fornecimento ou pedido de compra ou mapa de cotação, devidamente assinado pelo gestor;

Validação da entrega do produto ou do serviço prestado:

Se Serviço – Relatório de evidências;

Se Produto – Comprovação de entrada na unidade.

Fica proibido pagamento a:

Fornecedores com documentações pendentes;

Serviços pelo Fundo Fixo;

Pendentes de contratos;

Pessoa ou empresa divergente do documento fiscal¹;

Que não seja em nome do INTS – que o sacado seja divergente do INTS.

O não cumprimento das diretrizes deste procedimento resultará em consequências disciplinares ao (s) colaborador (es).

Registros

Os registros gerados neste procedimento são tratados conforme o PG.01 - Gestão da Informação Documentada.

Procedimento Operacional Abertura, Manutenção e Encerramento de Fundo Fixo

OBJETIVO

Facilitar o atendimento das necessidades de pagamento de pequenas despesas do INTS, tais como gastos com condução, lanches, cópias, entre outros.

APLICAÇÃO

Todas as unidades do INTS.

PROCEDIMENTO

Abertura do Fundo Fixo:

Solicitar ao gerente geral a abertura do Fundo Fixo;

O gerente geral entregará a solicitação devidamente preenchida e autorizada ao financeiro;

O primeiro adiantamento será realizado em até 05 (cinco) dias úteis, após a entrega da solicitação ao financeiro;

O valor que será disponibilizado para o fundo fixo, deverá ser definido antecipadamente pelo Gerente Geral;

O Fundo Fixo será administrado pelo Departamento Financeiro ou por deliberação do Gestor da Unidade e será destinado a custear despesas emergenciais de pequena monta e de pronto pagamento.

Prestação de Contas:

O responsável pelo Fundo Fixo, deverá prestar conta das despesas realizadas até o primeiro dia útil do mês subsequente, independente do montante utilizado no período;

Serão consideradas despesas emergenciais de pequena monta e de pronto atendimento, que por natureza não possam aguardar o processamento normal, referente à:

Selos postais; Transportes urbanos; Estacionamentos; Combustíveis; Custas Processuais; Cópias, plastificações e ou encadernações de documentos; Despesas de cartórios; Materiais de consumo e expediente; Pequenos gastos com alimentação, lanches e/ou refeições (valor máximo disponível por colaborador, referente ao valor de VR/VA vigente e disponibilizado pela unidade) – se cupom fiscal, o mesmo deve contemplar o horário devido da despesa; Despesas com serviços **só com autorização prévia da Controladoria.**

As despesas aqui previstas não poderão ultrapassar o valor, individual, de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) cada.

Para retirada de qualquer recurso do fundo fixo, precisa ser devidamente preenchido e assinado o formulário de solicitação de recurso;

O valor antecipado ao colaborador para realização da despesa, deverá ser prestado conta ao responsável pelo fundo fixo, no prazo máximo de 48 horas após a solicitação. Não podendo ser liberado novo valor ao mesmo colaborador, sem a devida prestação de contas

Todas as notas e ou cupons fiscais deverão ser assinadas, carimbadas e justificadas pelo gestor como despesas de **Fundo Fixo;**

Para fim da prestação de contas, deverão ser listados em um formulário e deverá ser enviado fisicamente para o setor financeiro, estando anexados os comprovantes originais das despesas especificadas no relatório (os mesmos devem ser apresentados de forma uniforme em tamanho A4, as notas fiscais e ou cupons fiscais menores, deverão ser colados em folhas de papel A4, evitando o extravio das mesmas), o qual deverá ser aprovado pelo financeiro da SEDE;

Os comprovantes de despesas não poderão conter rasuras, emendas, borrões e o valor unitário e total deverão estar legíveis;

Os saldos remanescentes serão supridos com a diferença, de forma que resulte no suprimento do valor total;

O suprimento do fundo fixo ocorrerá até cinco dias úteis após aprovação da prestação de contas, respeitando o limite previsto de valor aprovado;

É vedado o pagamento de despesas realizadas no mês anterior, salvo prévia autorização da Controladoria, mediante justificativa formal;

Fica determinantemente proibido a utilização de fundo fixo para pagamento de fins particulares;

A Prestação de conta, no mês de dezembro, deverá ocorrer até o dia 30 de dezembro;

O Fundo Fixo será monitorado periodicamente e sem aviso prévio, pela SEDE.

É vedado pagamento de despesas em nome divergente ao INTS.

Encerramento de Fundo Fixo:

Solicitar ao gerente geral e ou controladoria o encerramento do Fundo Fixo;

Realizar a última prestação de contas e devolução do saldo remanescente ao valor devido, anexando o Termo de Encerramento do Fundo Fixo devidamente assinado;

O não cumprimento das diretrizes deste procedimento resultará em consequências disciplinares ao (s) colaborador (es).

Registros

Os registros gerados neste procedimento são tratados conforme o PG 01 - Gestão da Informação Documentada

Manual de rotinas administrativas para gerência de almoxarifado e patrimônio

A aquisição de materiais médicos e hospitalares (MMH) e medicamentos se dará conforme manual de aquisição de bens e contratação de terceiros utilizado pelo INTS, conforme legislação vigente e publicação em portal da transparência do INTS, <http://www.intsbrasil.com.br/portal-transparencia.html>;

Materiais médicos e hospitalares e medicamentos compõem todos os itens não patrimoniais, que são necessários ao serviço, pertinentes ao funcionamento pleno, tanto administrativo quanto para a realização de todos os procedimentos ofertados pelo serviço e de EPI que serão adquiridos, armazenados e distribuídos de acordo com as normas da ANVISA.

Sob a responsabilidade de uma área de suprimentos, o processo de compras dar-se pela tomada de preços de no mínimo três fornecedores e pela compra do produto com o melhor material e menor preço para os itens não padrão.

Os materiais e medicamentos serão padronizados em conformidade com as normatizações e legislações vigentes utilizando especificações e pesquisa minuciosa de valores de mercado, o que propiciará a participação de um maior número de fornecedores, previamente qualificados, visando à efetividade nos procedimentos e economicidade com a manutenção.

O sistema informatizado permitirá o gerenciamento do estoque de materiais pelo sistema da curva ABC, garantindo o controle de saldo atual, consumo médio mensal, último custo de aquisição, custo médio, tendência de consumo.

Os processos para conferência, recebimento, armazenagem e consumo estarão inseridos no sistema de gestão da informação garantindo a rotina para controle de estoque de materiais e medicamentos conforme características e peculiaridades referentes ao consumo, armazenamento e classificação. Garantir tratamento medicamentoso requerido durante o processo de observação e/ ou permanência do paciente na unidade de acordo com a listagem de medicamentos padronizados pelo SUS e pela ReMuMe.

A geração da demanda para aquisição medicamentos e materiais (penso) ficará sob a responsabilidade do Responsável Técnico da Farmácia e se dará a partir da sinalização do nível de estoque no sistema de informação das unidades.

O armazenamento dos materiais se dará conforme grupo e subgrupo ao qual pertencem. Deve permitir a visualização por nome, número do lote, e prazo de validade. Serão respeitadas as orientações do fabricante e a legislação vigente.

Para o armazenamento de medicamentos serão observados os grupos, forma farmacêutica e ordem alfabética, prazo de validade e legislação vigente e orientações do fabricante. Os psicotrópicos serão armazenados separadamente, sendo o controle de saídas feito semanalmente, conforme Portaria nº 344/98.

Será observado atentamente a temperatura ideal para os materiais e medicamentos com controle em formulário específico.

As operações patrimoniais consistem no registro de entrada, movimentações e saída de bens do acervo da instituição. A entrada de material permanente é denominada Tombamento. Às alterações da localização de bens na instituição denominamos Movimentação, quando não há troca pela responsabilidade por sua guarda, ou Transferência, quando há a transferência de posse e guarda para um novo responsável. A saída do bem do acervo patrimonial é denominada Baixa. É sempre resultado de processo apropriado que a justifique e deve ser sempre autorizada pelo gestor da Unidade. É importante salientar que o registro patrimonial tem sua correspondência no balanço financeiro da instituição, representando recursos imobilizados. O responsável institucional pelos recursos é sempre o Gestor, daí a importância de sua anuência e autorização nas operações que impliquem na entrada ou saída de recursos da Unidade.

O controle patrimonial se dará através do registro adequado de todos os bens móveis, adquiridos por recursos orçamentários e não orçamentários, que estão à disposição das unidades para a realização de suas atividades, sendo atualizado constante os registros de entrada, atualização, movimentação e saída de bens do acervo patrimonial. A operação de entrada será realizada através do Tombamento, as alocações internas serão realizadas através da Transferência e da Movimentação e a operação de saída será realizada através da Baixa de bens. Visando preservar a qualidade das informações, todo bem permanente deverá ser identificado individualmente, estará vinculado a um local específico e sob a responsabilidade de um responsável. A verificação dessas informações, bem como da qualidade do serviço realizado pelo Setor de Patrimônio, é realizada através dos Inventários. Deve ser controlado todo acervo da Instituição, seja de bens móveis ou imóveis.

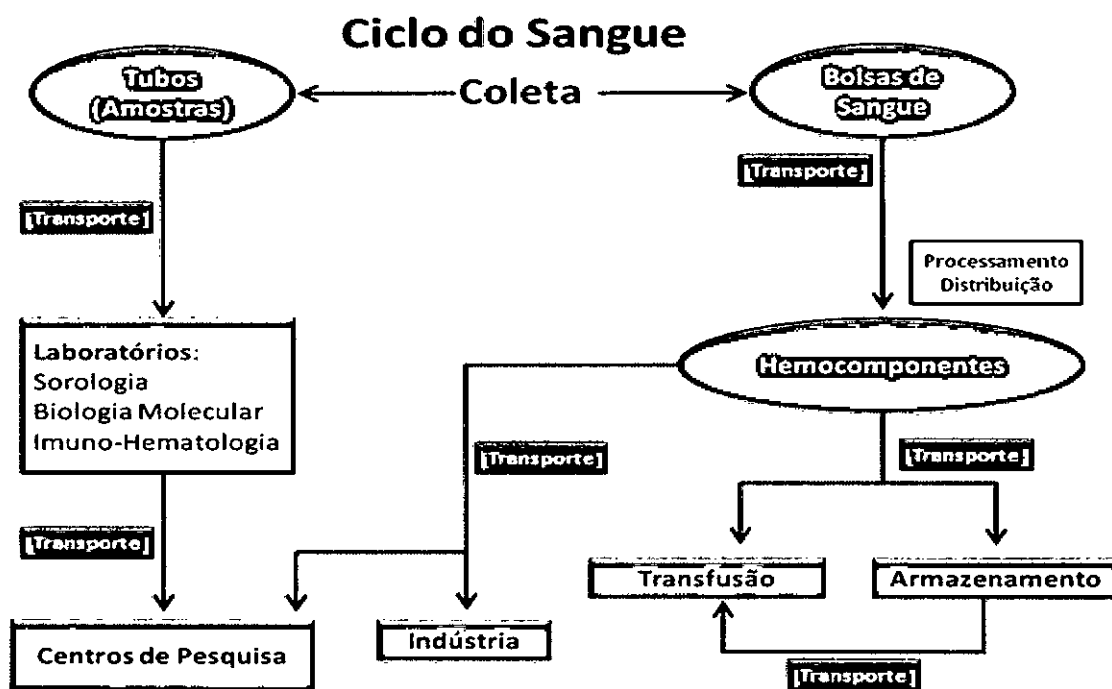
Todo bem componente do acervo patrimonial deve ser identificado individualmente no momento do seu tombamento. Essa identificação consiste na atribuição de um número patrimonial exclusivo e deve permitir aos responsáveis do controle patrimonial coletar informações relativas à localização, estado de conservação, situação desse bem face ao acervo, bem como o responsável por sua guarda e conservação.

Manual para transporte de sangue, hemocomponentes e hemoderivados

OBJETIVO

Realizar o transporte de Sangue, Hemocomponentes e Hemoderivados de maneira segura, para garantir a sua qualidade e segurança transfusional.

TRANSPORTE - CICLO DO SANGUE



No HEMOGO haverá transporte de Bolsas de Sangue, Tubos de Amostras e Hemocomponentes.

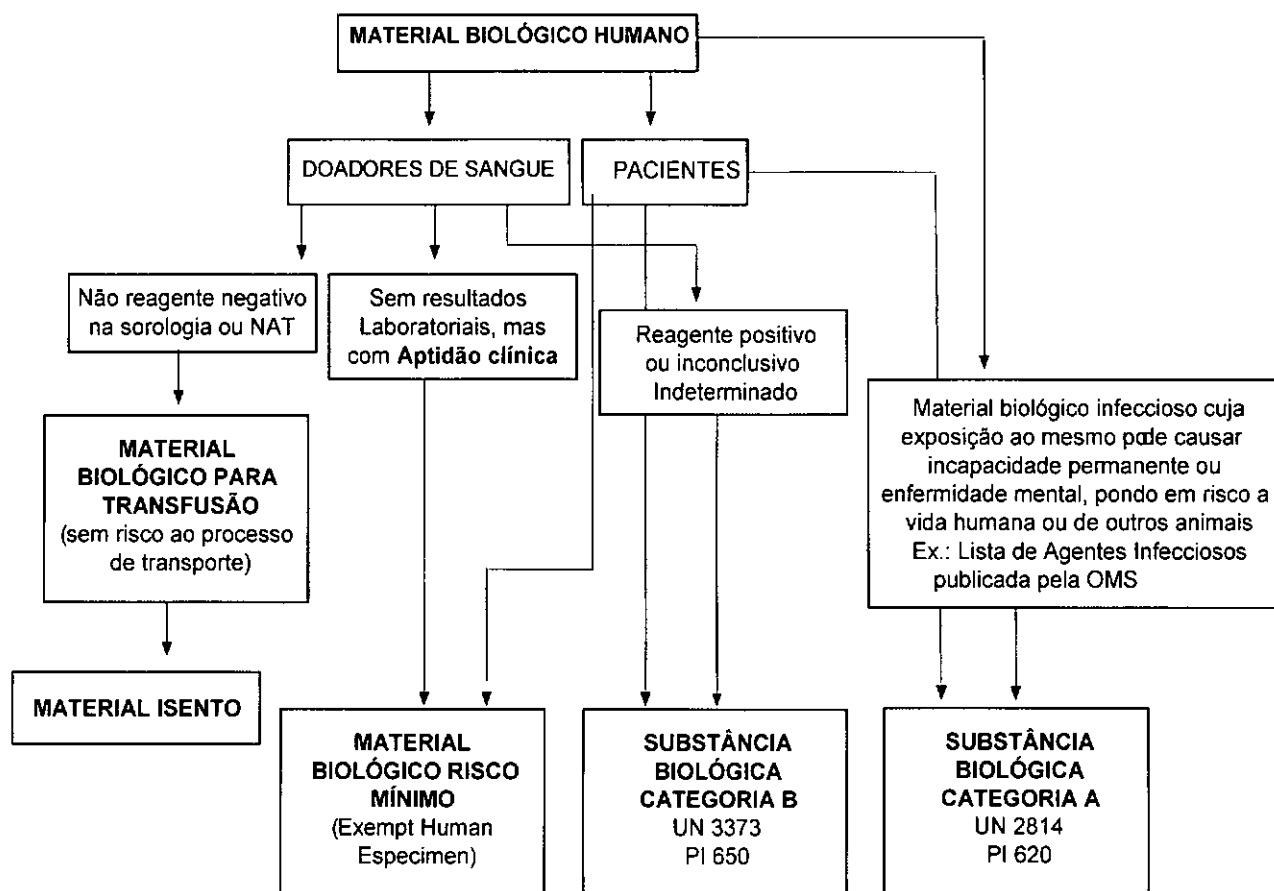
QUADRO DE CONFIGURAÇÕES PARA O TRANSPORTE DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

REMETENTE TRANSPORTADOR	MATERIAL	DESTINATÁRIO	FINALIDADES
Serviço de Hemoterapia	- Amostras - Sangue total - Hemocomponentes	Serviço de hemoterapia	Triagem laboratorial/ de processamento/ estoque/ distribuição/transfusão
	- Sangue total - Hemocomponentes	Hospital (assistência hemoterápica)	Transfusão

Hospital (assistência hemoterápica)	Amostras	Serviço de hemoterapia	de Testes transfusionais	pré-
-------------------------------------	----------	------------------------	--------------------------	------

A segurança, o sucesso no processo de transporte, somente será alcançada por meio do cumprimento de responsabilidades por parte do Remetente, do Transportador, do Destinatário e dos demais envolvidos.

FLUXOGRAMA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – TRANSPORTE SANGUE



O risco biológico em transporte deve ser entendido como o nível de risco frente à exposição a agentes biológicos durante os processos de transporte

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – HEMOGO

MATERIAL ISENTO – Transporte de Hemocomponentes para Transfusão

MATERIAL BIOLÓGICO RISCO MÍNIMO – Amostras de Sangue exames Imunohematológicos Receptores

MATERIAL BIOLÓGICO - CATEGORIA B - As amostras de doadores e de Receptores, bem como as respectivas bolsas de sangue total e hemocomponentes, com resultados

reagentes, positivos, indeterminados ou inconclusivos para marcadores de agentes infecciosos.

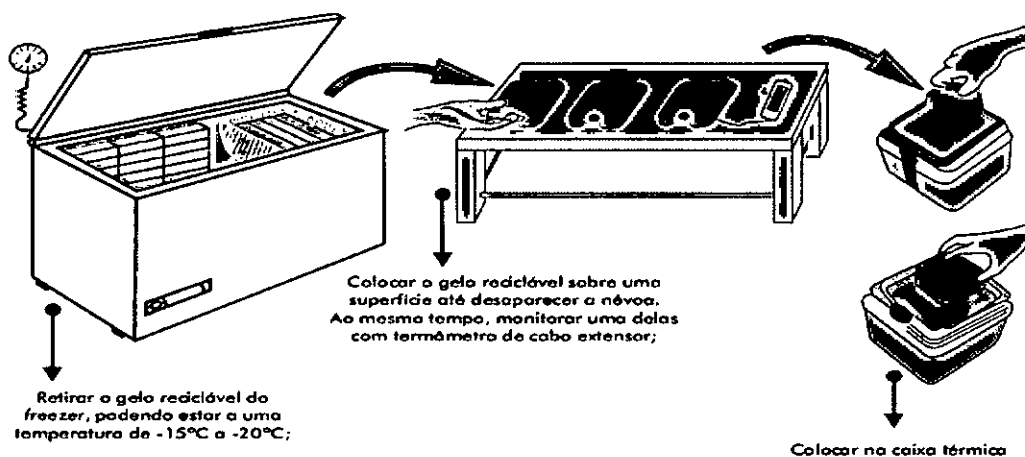
Observação: Para uma melhor organização no transporte de Amostra de Doadores para Exames Laboratoriais, do HEMOGO vai selecionar Risco de Material Biológico Categoria – B

ACONDICIONAMENTO , ROTULAGEM e ETIQUETAGEM

MATERIAL ISENTO – Transporte de Hemocomponentes para Transfusão

Bolsa de sangue total ou hemocomponentes que tenham sido liberados para fins de transfusão

- O transporte de hemocomponente deverá ser realizado em caixas térmicas exclusivas, resistentes devidamente identificadas como Transporte de Material Biológico Isento de Agentes Infecciosos / **Produto Biológico para Transfusão**, possuir termômetro interno de máxima e mínima.
- O gelox deverá ser colocado protegido com placa de E.V.A ou material plástico .
Esquema ilustrativo da ambientação e utilização do gelo reciclável.



- Dispor as unidades de hemocomponentes em saco zip no interior da caixa térmica, alternando hemocomponente ,EVA, Gelox,EVA.
- As unidades transportadas deverão possuir um documento: Planilha de Transporte de Hemocomponentes, que deverá constar os dados: Endereço do Remetente e Destinatário, dados do hemocomponente transportado, sorologia, condições de conservação - temperatura de transporte, responsável pelo Acondicionamento (Data e hora) e Transporte.

- Etiquetar a caixa com uma etiqueta de controle de temperatura de acordo com o hemocomponente a ser transportado, ao sair registrar na etiqueta de controle de temperatura a temperatura inicial do transporte.

Especificação	Concentrado de hemácias	Conc. de Plaquetas ou Aférese	Crio descongelado	Plasma Fresco descongelado
Temp. transporte	1 a 10 °C	20 a 24 °C	1 a 10 °C	1 a 10 °C
Quantidade	1 a 4 ud	1 a 10 ud	10 a 20 ud	01 a 04 ud
Subst. Refrigeradora	Gelox	Não aplicavel	Gelox	Gelox
Tempo Máx. Transporte	6 horas	12 horas	6 horas	6 horas

Temperatura de Transporte para Hemocomponente

Checar antes se a caixa térmica atingiu a temperatura desejada de acordo com o hemocomponente a ser transportado. Dispor as unidades na caixa térmica

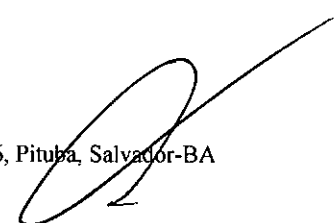
Exemplo Etiqueta de Transporte

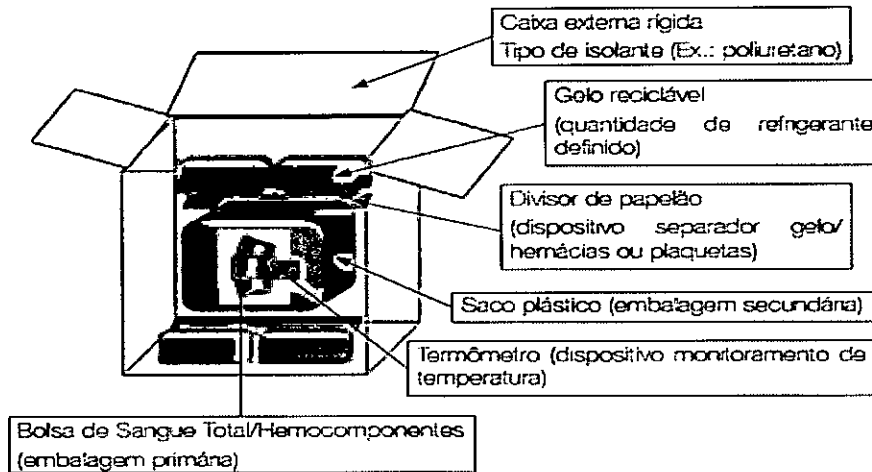
<p>CONTROLE DE TEMPERATURA - 1 a 10 °C (descongelado) HEMOCOMPONENTE: PLASMA FRESCO CONGELADO Temp. Inicial () °C Temp. Final () °C Data: ____ / ____ / ____ Responsável: HEMOGO - Av. Anhanguera, 5195 - St. Coimbra, Goiânia - GO</p>

UTILIZADO NO TRANSPORTE - SISTEMA DE EMBALAGEM TRIPLA:

Embalagem Primária: bolsa de sangue, Embalagem Secundaria: saco ZIP, Embalagem Externa: Caixa Térmica

Exemplo de disposição do hemocomponente na caixa térmica





Estando tudo fechado, fechar a caixa térmica e junto a caixa dispor os documentos (sempre em duas vias):
Declaração de Transporte e Planilha de Transporte, todos devidamente preenchidos.

TRANSPORTE

O transporte de hemocomponentes faz parte das atividades exercidas por cada unidade hospitalar, sendo realizado em veículo próprio com condições adequadas de higiene, limpeza, segurança e devidamente identificado, a caixa térmica é fixada ao banco com o próprio Sinto de segurança de forma que assegure a integridade da embalagem terciária (caixa térmica) e do material biológico transportado permanecendo segura durante o trânsito até o seu destino final. Realizado por profissional treinado e capacitado.

RECEBIMENTO – NO DESTINATÁRIO

Ao chegar ao destinatário, o responsável pelo recebimento deverá checar a temperatura e registrar na etiqueta controle de temperatura a leitura da temperatura final, anexar a etiqueta de transporte à planilha de Transporte de Hemocomponentes.

Se durante o transporte ocorrer alteração de temperatura fora dos limites aceitáveis, realizar teste hemólise com as mesmas, caso ocorra alguma não conformidade, entrar em contato com o banco de sangue - HEMOGO e passar para supervisão para providenciar o registro da não conformidade no formulário de registro de não conformidade e ação corretiva

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

A CAIXA TÉRMICA DEVERÁ SER MANTIDA LIMPA E BEM CONSERVADA

CUIDADOS COM AS CAIXAS TÉRMICAS

Deverão ser adotados os seguintes procedimentos antes do uso das caixas térmicas:

- Lavar as caixas com água corrente e detergente neutro;

- b) Secar a caixa com pano ou compressa;
- c) Passar pano ou compressa limpa embebida em álcool a 70%.

QUANDO HOUVER DERRAMAMENTO DO HEMOCOMPONENTE realizar o processo de desinfecção descrito a seguir:

- a) Retirar o excesso de matéria orgânica com toalha de papel
 - b) Lavar as caixas com água corrente e detergente neutro;
 - c) Secar a caixa com pano ou compressa;
 - d) Embeber o pano no álcool 70% e fazer 3 fricções com intervalo de 30 segundos, deixando a superfície secar espontaneamente entre uma fricção e outra.
- Uma vez terminado o uso da caixa térmica, OS GELOXS deverão ser retirados, lavados, enxugados e retornados ao congelador ou freezer. **NÃO SE DEVE MANTER GELOX FORA DO CONGELADOR OU FREEZER.** Recomenda-se mantê-las sob uma temperatura aproximada de -30°C.

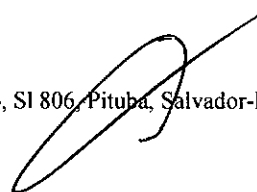
MATERIAL BIOLÓGICO RISCO MÍNIMO – Amostras de Sangue exames Imunoematológicos Receptores

Este termo é adaptado do inglês *exempt human specimen*. Nesta categoria se inserem os materiais biológicos provenientes de indivíduos que foram submetidos a juízo profissional baseado em história clínica, sintomas e características individuais, bem como nas condições epidemiológicas locais, que asseguram a probabilidade mínima de o material biológico conter microrganismos patogênicos, mesmo que esses materiais não tenham sido submetidos previamente a testes laboratoriais para marcadores de doenças transmissíveis.

No transporte de Amostras de Receptores de acordo com o juízo profissional esta deverá ser transportada de acordo com o Risco, pois podemos ter casos em que o Receptor possa ter história de doenças infecciosas – o que obriga que a identificação da embalagem de Transporte esteja clara – **MATERIAL BIOLÓGICO – CATEGORIA B – UN3373**

ACONDICIONAMENTO DA AMOSTRA

Após a coleta da amostra, esta deverá ser devidamente identificada com uma etiqueta com as identificações do Receptor, em seguida envolver em saco plástico, dar um nó, e armazenar em embalagem rígida não esquecer de selecionar a embalagem correta – Risco Mínimo ou Categoria B. Sistema de tripla embalagem.



MATERIAL BIOLÓGICO - CATEGORIA B

Amostras de sangue de doadores para triagem laboratorial. No HEMOGO temos transporte de amostras interno (Sorologia Completa) e externo (NAT).

a) Transporte interno

- Fluxo unidirecional, de forma a evitar cruzamento de amostras com doadores e pacientes.
- Sistemas de embalagens duplas (recipiente/embalagem interna + embalagem externa).
- Recipiente (tubo primário) acondicionado de forma a se manter fixado à embalagem externa durante o trânsito no ambiente do serviço de hemoterapia/hospital.
- Não é necessária a utilização de caixas com isolante térmico em ambientes com temperatura controlada (ambiente laboratorial).

O Transporte interno das amostras até o Laboratório de sorologia do HEMOGO deverá ser realizado na Embalagem Primária (Tubo contendo a amostra de sangue devidamente identificado e com tampa) disposto no rack de forma que fique firme, e acondicionado em caixa plástica com tampa. Sistema de Embalagem – Dupla.

b) Transporte externo

- O transporte de amostras biológicas para triagem laboratorial de doadores em ambiente externo ao serviço de hemoterapia pode ser realizado em sistema de embalagens triplas – primária, secundária, externa (material biológico de risco mínimo – material isento).
- O transporte de amostras biológicas para triagem laboratorial de receptores/pacientes em ambiente externo ao hospital deve ser realizado em sistema de embalagens triplas – primária, secundária, externa (material biológico de risco mínimo ou categoria B).
- Uso de embalagem com componente isolante térmico, quantidade de material refrigerante suficiente para garantir a temperatura de conservação das amostras pelo tempo de transporte previsto.
- Não há temperatura padrão estabelecida para o transporte de amostras laboratoriais.
- O serviço de hemoterapia deve estabelecer a temperatura de acordo com as instruções dos fabricantes dos reagentes utilizados, para garantir as melhores práticas conforme cada processo analítico. Geralmente a temperatura de ambiente laboratorial (20° a 24°C) corresponde à temperatura de transporte, mas isto deve ser avaliado junto aos fabricantes dos reagentes laboratoriais.

O transporte externo das Amostras até o Laboratório NAT – localizado dentro do Hemocentro de Brasília, conforme dito anteriormente ficará classificado como transporte Categoria – B e será realizado por serviço terceirizado pelo Ministério da Saúde.

RESPONSABILIDADES

É RESPONSABILIDADE DA EMPRESA PRESTADORA DE SERVIÇOS DE TRANSPORTE TERCEIRIZADO executar as atividades necessárias para o transporte de cargas biológicas em segurança e nas condições adequadas para o material transportado, como também tomar as providências em caso de acidentes ou outras ocorrências ocasionadas durante o transporte.

Fica sob sua responsabilidade a guarda, conservação e bom uso dos equipamentos e acessórios do veículo, assim como a realização de manutenções periódicas e fornecimento de equipamentos de segurança

O sistema de embalagem das amostras – Embalagem Tripla **As embalagens são formadas por três componentes:**

Embalagem Primária – Tubos Vacutainers;

Embalagem Secundária – Saco Zip, manta absorvente, envelope de plástico bolha e caixa de isopor

Embalagem Terciária – Caixa de Papelão

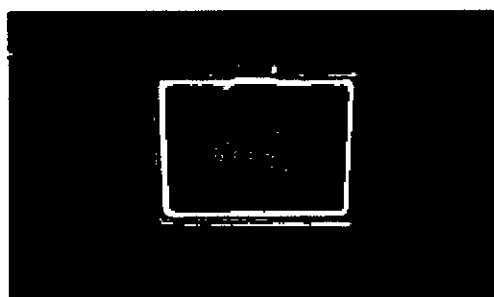
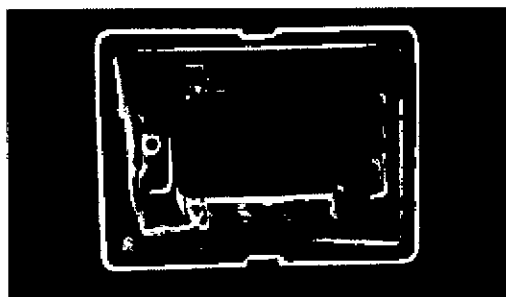
MONTAGEM:

Os tubos primários são envolvidos no material absorvente e posteriormente colocados no envelope de plástico bolha.

Após o fechamento do envelope de plástico bolha, os tubos são acondicionados na embalagem secundária, ou seja, no Saco Zip

Uma vez finalizada a montagem da embalagem secundária, ela é acondicionada na caixa de isopor e envolvida em gelox em gel, tampar.

Em seguida a caixa de isopor é colocada na embalagem externa de papelão



Disponibilizar por cima da tampa um relatório com a numeração de todas as amostras contidas na embalagem, os exames requeridos e a identificação do Remetente (HEMOGO); Declaração de Conteúdo para Transporte

Finalizando o procedimento embalagem externa é fechada e identificada com endereço e telefone de Remetente e Destinatário e informações que se trata de material Categoria B – UM 3373.5

REFERÊNCIAS:

- Resolução - RDC nº 20, de 10 de abril de 2014
- Portaria nº 370 de 07/05/2014
- Manual de Vigilância Sanitária para o Transporte de Sangue e Componentes no Âmbito da Hemoterapia – 2016

1.1 INCREMENTO DE ATIVIDADE

1.1.1 INCREMENTO DA ATIVIDADE SEM ELEVAR CUSTOS

- A) Em maior ou igual a 15% acima das metas
- B) Em 10% acima das metas anuais
- C) Em 5% acima das metas anuais
- D) Proposição de projetos assistenciais de saúde e ou sociais

QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA

Aquela que está orientada a obter e garantir a melhor assistência possível, dado o nível de recursos e tecnologia existentes nas Unidades da Hemorrede Publica do Estado.


COMITÊ TRANSFUSIONAL

O Comitê Transfusional é um órgão deliberativo, diretamente subordinado aos diretores do Instituto de Hemoterapia de Goiás, e tem por finalidades:

End. Av. Professor Magalhães Neto, nº. 1856, SI 806, Pituba, Salvador-BA

- Fomentar o uso adequado do sangue e seus componentes e estabelecer critérios científicos e clínicos para as indicações transfusionais; valendo-se da literatura médica como referência
- Avaliar a indicação da transfusão, podendo ser feita antes da transfusão, pois pode identificar transfusões desnecessárias e corrigir uma solicitação inadequada em tempo hábil, beneficiando assim, o paciente.
- Zelar pelo bem estar do paciente assegurando que a solicitação dos hemocomponentes seja lógico, coerente e claramente justificado;
- Verificar se os hemocomponentes sanguíneos são os mais indicados e possuem qualidade terapêutica superior, obtido dos doadores selecionados e processados com métodos seguros e qualificados;
- Fomentar e estimular a educação continuada em hemoterapia para médicos, biomédicos, enfermeiros, técnicos e outros profissionais ligados a hemoterapia;
- Cumprir as normas aprovadas pela RDC nº57 de 16 de dezembro de 2010-ANVISA e Portaria Nº 1.353 de 13 de junho de 2011- MS;

São propostas relacionadas à estruturação e a normatização dos processos de trabalho na unidade HEMOCENTRO, do corpo clínico e da equipe de enfermagem.



REGIMENTO INTERNO DO HEMOCENTRO

TÍTULO I

OBJETIVO, ESTRUTURA E ATRIBUIÇÃO

A indicação da transfusão, as preparações do hemocomponente a ser transfundido bem como sua administração implicam procedimentos de grande responsabilidade médica, daí a importância da existência de um COMITÊ TRANSFUSIONAL, para orientar e integrar as atividades, visando a maior segurança para os pacientes dos hospitais, para os membros do Corpo Clínico, para o Serviço de Hemoterapia do - HEMOCENTRO.

CAPÍTULO I

OBJETIVO

Art. 1º Orientar a normatização das indicações dos produtos hemoterápicos, o acompanhamento dos procedimentos transfusionais, bem como a elaboração de padronizações para utilização de hemocomponentes dentro dos critérios atuais e estabelecimento de protocolos de conduta, garantindo a qualidade da assistência; as transfusões e sua relação com hemocentro e outros serviço.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA

Art.2º - O Comitê Transfusional tem a seguinte estrutura:

Serão membros consultores: Presidente, Médicos, Biomédicos, Enfermagem e representante da Comissão Interna de Infecção Hospitalar e Secretária.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Art.6º - Serão atribuições dos membros do Comitê Transfusional

Presidente e Secretário

Do Presidente:

Presidir as reuniões extraordinárias, no mínimo 2 reuniões ao ano (Registro das Atividades). As reuniões ocorrerão com previa convocação, firmada pelo presidente, que será marcada com antecedência;

Do Secretário:

Redigir a ata de reunião onde constará, a proposta e deliberações assim como os acordos determinados. Esta ata será emitida pelo secretário em no máximo duas semanas transcorridas desde a finalização da reunião. Convocar as reuniões.

Art.7º - São atribuições dos membros do Comitê Transfusional:

- Elaborar, implementar, manter e avaliar uma normativa para a prática transfusional, elaborando um manual de condutas hemoterápicas
- Adequar, implementar e supervisionar a aplicação das normas
- Assegurar o processo de melhoria contínua de todos os aspectos ligados ao serviço de hemoterapia

CAPÍTULO IV DA DURAÇÃO

Artigo 5º – A duração é por prazo indeterminado.

TÍTULO II – DIRETORIA

Regimento Interno.

CAPÍTULO I DA CONSTITUIÇÃO

Artigo 7º – O HEMOCENTRO será dirigido e administrado por um Conselho de Administração, assim constituído:

- a) Diretor Geral;
- b) Diretor Administrativo;
- c) Diretor Técnico;
- d) Gerente Administrativo;
- e) Gerente Financeiro
- f) Gerente de Enfermagem;

- a) As atribuições dos membros executores:
- b) Oferecer condições para que sejam cumpridas a Missão, Filosofias, Propósitos e Objetivos estabelecidos pelo Conselho Administrativo, nos serviços de assistência médica no Hemocentro, zelando pelo fiel cumprimento dos princípios éticos e morais dos profissionais médicos em todos os níveis de atuação no Hospital;
- c) Cumprir e fazer cumprir o Regulamento, Regimento e Manuais, as decisões do Conselho Administrativo e suas próprias decisões;
- a) Desenvolver espírito de crítica científica;
- a) Tomar conhecimento para apreciação e aprovação das solicitações do Corpo Clínico e Médico;
- b) Representar o Corpo Clínico e Médico em relações com a comunidade e autoridades;
- c) Assinar a documentação a ser enviada a órgãos de controle da atividade médica e hospitalar, podendo delegar, especificamente, ao Responsável Clínico, por instrumento público;
- d) Promover a integração de todas as Unidades que compõem a estrutura organizacional ligadas à área médica;
- e) Participar das reuniões do Conselho Administrativo, sempre que Convocado;
- f) Convocar e presidir reuniões do Corpo médico e Clínico;
- g) Estabelecer ordens e instruções de serviços;
- h) Orientar a elaboração de relatórios anuais das atividades realizadas;
- i) Nomear as comissões permanentes e temporárias do Hemocentro;
- j) Promover a eleição de Comissões permanentes ou temporárias, bem como eventuais substituições, dando conhecimento ao CRM e aos demais participantes do Conselho Administrativo do Hemocentro;
- k) Cooperar e manter permanente intercâmbio com as Gerências do Hemocentro;
- l) Remeter ao CRM, no primeiro trimestre de cada ano a relação dos profissionais que atuam no Hospital;
- m) Estabelecer orientações quanto às normas para liberação de informações médicas aos responsáveis e/ou interessados, em relação ao diagnóstico e tratamento dos pacientes;
- n) Exigir que todas as prescrições sejam escritas, datadas, assinadas e mantidas em dia;
- o) Apreciar e aprovar a escala de férias dos médicos e demais profissionais de nível superior da equipe técnica;

- p) Elaborar e orientar a execução de Planos de Ações que resultem em melhorias significativas para o desenvolvimento e aprimoramento dos serviços, estando disponível para realizar outras tarefas compatíveis com as previstas na função e/ou com as necessidades e particularidades do Hemocentro.

CAPÍTULO II DA COMPETÊNCIA

Artigo 8º – Compete à Diretoria:

- a) Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento Interno;
- b) Representar o ^{a Hemocentro} HEMOCENTRO perante os órgãos públicos;
- c) Dirigir e administrar o HEMOCENTRO; *a Hemocentro Pública do Estado*
- d) Cumprir e executar as resoluções e normas do CFM e do CRM do Estado de Goiás;
- e) Analisar e aprovar os Regimentos Internos das Comissões, bem como aprovar as medidas adotadas pelas mesmas;
- f) Cumprir e fazer cumprir o Regulamento de Compras e Contratações vigente.

CAPÍTULO III DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

Artigo 9º – Compete ao Diretor Geral:

- a) Cumprir ~~e~~ Fazer cumprir o Regimento Interno do HEMOCENTRO; *Hemocentro*
- b) Executar as políticas administrativas, assistenciais, e salariais aprovadas pela Diretoria;
- c) Apresentar a prestação de contas periodicamente;
- d) Convocar e presidir reuniões de diretoria para a disseminação das resoluções passadas, zelando para que as mesmas sejam cumpridas;
- e) Levantar e examinar mensalmente, o relatório de cada um dos serviços do HEMOCENTRO, *Hemocentro* aplicando se necessário, corretivos para uma melhoria contínua;
- f) Estudar constantemente a melhor utilização das capacidades instaladas e serviços existentes no HEMOCENTRO; *Hemocentro*
- g) Participar das reuniões do corpo clínico e manter entrosamento constante, tanto com as chefias quanto com os profissionais da saúde;

- h) Zelar pelo cumprimento das metas pactuadas; *Hemoverde*
- i) Zelar e dar condições para que a ~~unidade~~ *Hemoverde* HEMOCENTRO mantenha o padrão mais elevado possível de atendimento;
- j) Zelar para que todos os colaboradores trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica preservadas.

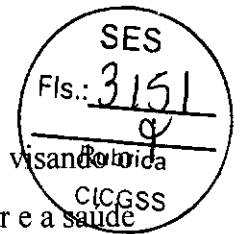
Parágrafo Único – O Diretor Geral contará com o apoio de uma Secretaria, que terá como principais atribuições atividades referentes ao protocolo de correspondência, à telefonia e comunicações (assessoria de imprensa), além do suporte administrativo inerente à função.

Artigo 10º – Compete ao Diretor Administrativo:

- a) Permanecer por no mínimo 08 (oito) horas na instituição em dias úteis, na direção das atividades institucionais inerentes ao cargo;
- a) Cumprir ~~de~~ *Hemoverde* fazer cumprir o Regimento Interno do HEMOCENTRO;
- b) Executar as políticas administrativas aprovadas pela Diretoria;
- c) Fazer cumprir o Regulamento de Compras e Contratações em vigor;
- d) Coordenar e fiscalizar as ações do Gerente Administrativo e Gerente Financeiro do HEMOCENTRO;
- e) Reportar diretamente ao Diretor Geral do HEMOCENTRO, auxiliando-o em todos os atendimentos e controles que for necessário para o perfeito funcionamento da unidade HEMOCENTRO;

Artigo 11º – Compete ao Diretor Técnico: *(Será Indicado pela SES-60)*

- a) Permanecer por no mínimo 06 (seis) horas na instituição em dias úteis, na direção das atividades institucionais inerentes ao cargo;
- b) Assumir a responsabilidade técnica do HEMOCENTRO perante a Vigilância Sanitária, CRM e demais órgãos;
- c) Supervisionar e controlar todas as atividades técnicas;
- d) Supervisionar e controlar as atividades de cada clínica existente nesta unidade;
- e) Supervisionar e orientar os serviços médicos executados nesta unidade;
- f) Supervisionar e orientar os serviços de análises clínicas nesta unidade;



- g) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e dos demais profissionais, visando o bem estar e a saúde da população usuária (Resolução CFM nº 1354);
- h) Substituir o Diretor Geral em seus impedimentos;
- i) Apoiar e fiscalizar junto com o Diretor Geral as Comissões, conforme Capítulo II, do Título III – Da Organização Administrativa, deste Regimento Interno.

Parágrafo Único – O Diretor Técnico contará com o apoio do Gerente Médico, o qual terá autonomia para atuar nas áreas internas da unidade HEMOCENTRO e ainda representar o Diretor Técnico fora do HEMOCENTRO, quando for o caso e inerente à função.

Artigo 12º – Compete ao Gerente Administrativo:

- a) Permanecer por no mínimo 08 (oito) horas na instituição em dias úteis na gerência das atividades institucionais inerentes ao cargo;
- b) Assumir as responsabilidades das áreas de Tecnologia da Informação – TI, Recursos Humanos, Departamento de Pessoal, Comunicação Social, Manutenção, Almoxarifado, Patrimônio, Serviços de Apoio, Serviços Gerais e Contas Médicas;
- c) Assumir a responsabilidade do Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME; Planejar e desenvolver estratégias de RH, incluindo políticas de recrutamento e seleção, aconselhamento, pagamentos e contratos, planejamento de treinamento, motivação, cultura, avaliação de desempenho, qualidade e outros itens;
- d) Estabelecer e manter sistemas de medição do desenvolvimento de RH;
- e) Gerenciar e desenvolver seus subordinados;
- a) Contribuir com a avaliação e desenvolvimento de estratégias de RH e desempenho em cooperação com o time de executivos do HEMOCENTRO;
- b) Cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno;
- c) Dirigir, coordenar e controlar a implantação do Plano Diretor de Informática dessa unidade;
- d) Fiscalizar as atividades de informatização dos processos e sistemas da unidade HEMOCENTRO, visando assegurar a disponibilidade de sistemas computadorizados tecnologicamente atualizados e que atendam as necessidades de todas as áreas;
- e) Dotar a instituição de sistemas e recursos existentes no mercado;

- f) Fornecer ao Diretor Geral as informações e os relatórios necessários ao cumprimento de suas atividades;
- g) Assumir a responsabilidade da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes-CIPA e do Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho – SESGO;
- h) Fiscalizar o setor de manutenção a fim de assegurar o bom funcionamento dos equipamentos, instalações e veículos existentes na unidade HEMOCENTRO;
- i) Fiscalizar tudo a que se refere a serviços gerais, bem como as empresas terceirizadas, conservação predial entre outras atividades afim;
- j) Orientar as negociações com prestadores de serviço na área administrativa e de serviços gerais, buscando sempre melhores condições de qualidade, preço e prazos;
- k) Analisar os contratos junto à assessoria jurídica, firmados com terceiros, do ponto de vista administrativo;
- l) Fiscalizar os processos realizados pelo almoxarifado.
- m) Supervisionar e orientar os Serviços de Hotelaria;
- n) Supervisionar e orientar os Serviços de Lavanderia;
- o) Supervisionar e orientar os Serviços de Limpeza e Higienização;
- p) Supervisionar e orientar os Serviços de Manutenção Predial e Instalações;
- q) Supervisionar e orientar os Serviços de Manutenção de Equipamentos;
- r) Supervisionar e orientar os Serviços de Manutenção de Veículos;
- s) Supervisionar e orientar os Serviços de Hotelaria, Portaria, Vigilância, Refeitório, Transporte;
- a) Responsável pelo controle de Patrimônio da Instituição;

Parágrafo Único – O Gerente Administrativo terá o apoio dos chefes de departamentos da sua pasta, como Departamento de RH, Departamento de Atendimento ao Usuário, Departamento de Suprimentos e Departamento de TI, no exercício de suas funções típicas inclusive na gestão dos contratos de prestação de serviços.

Artigo 13º – Compete ao Gerente Financeiro:

- a) Permanecer por no mínimo 08 (oito) horas na instituição em dias úteis na direção das atividades institucionais inerentes ao cargo;

- b) Assumir as responsabilidades das áreas: financeira, compras e contratos, sendo que este último terá a corresponsabilidade da assessoria jurídica;
- c) Fiscalizar e orientar as atividades ligadas à área financeira, visando assegurar adequado controle sobre toda a movimentação financeira da unidade HEMOCENTRO, no que se referem a pagamentos, recebimentos e transferências de numerários;
- d) Definir, planejar e monitorar as estratégias financeiras e de negócios do HEMOCENTRO, bem como desenvolver políticas, sistemas, processos e pessoal especializado para trabalhar em sua área;
- e) Fornecer ao Diretor Administrativo as informações e os relatórios necessários ao cumprimento de suas atividades;
- f) Definir os parâmetros para as negociações ou negociar diretamente com instituições financeiras;
- g) Fiscalizar junto à assessoria jurídica, ao departamento financeiro e ao setor de compras, os contratos firmados com terceiros, do ponto de vista fiscal-tributário e legal;
- h) Fiscalizar a manutenção das atualizações junto à contabilidade do HEMOCENTRO;
- i) Contribuir com o planejamento estratégico da instituição, como membro do time de executivos;
- j) Outras áreas potenciais de responsabilidade: licenciamento, contratos, atividades legais, negociações corporativas, relacionamentos com fornecedores, crédito, estratégias regulatórias e aprovações;
- k) Fiscalizar as despesas, de acordo com o orçamento aprovado;
- l) Orientar e fiscalizar a elaboração do planejamento orçamentário;
- m) Elaborar junto com o apoio da contabilidade da unidade HEMOCENTRO a prestação de contas periódica.

Artigo 15º – Compete ao Gerente de Enfermagem:

- a) Permanecer por no mínimo 08 (oito) horas na instituição em dias úteis na direção das atividades institucionais inerentes ao cargo;
- b) Assumir a Responsabilidade Técnica de Enfermagem da unidade HEMOCENTRO perante a Vigilância Sanitária e o COREN;
- c) Supervisionar e controlar todas as atividades da equipe de enfermagem do HEMOCENTRO;
- d) Supervisionar e orientar os Serviços de Enfermagem e do Pronto Atendimento;

- e) Supervisionar e orientar os Serviços de Enfermagem do Central de Materiais Esterilizados - CME;
- f) Supervisionar e orientar os Serviços de Enfermagem das Unidades de Internação;
- g) Supervisionar e orientar os Serviços de Enfermagem dos Ambulatórios.

TÍTULO III

ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

CAPÍTULO I

DA ESTRUTURA ADMINISTRATIVA

Artigo 16º – A estrutura administrativa do HEMOCENTRO será formada por órgãos de linha comando e de assessoria e terá a composição descrita nos Artigos 17º a 54º, discorridos a seguir.

CAPÍTULO II

DA DIRETORIA GERAL

Artigo 17º – As seguintes áreas estão ligadas diretamente à Diretoria Geral:

- a) Assessorias;
- b) Ouvidoria (Serviço e Atendimento ao Usuário – SAU);
- c) Auditoria;
- d) Comissão de Controle de Infecção HEMOCENTRO – CCISS;
- e) Comissão de Análise e Revisão de Prontuário;
- f) Comissão de Residência Médica;
- g) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.

CAPÍTULO III

DAS ASSESSORIAS

Artigo 18º – É atribuição das Assessorias, auxiliarem a administração no desempenho de atividades especializadas que necessitem de conhecimentos específicos.

CAPÍTULO IV DA OUVIDORIA

Artigo 19º – É atribuição da Ouvidoria, possibilitar ao usuário dar seu parecer a respeito da atenção recebida, seja este parecer positivo ou negativo.

CAPÍTULO V DA AUDITORIA

Artigo 20º – A Auditoria é responsável pelo acompanhamento das atividades econômico-financeiras da unidade HEMOCENTRO, zelando pelo cumprimento de determinações legais, bem como fiscalizar as metas e condições pactuadas no Contrato de Gestão.

CAPÍTULO VI DAS COMISSÕES

Artigo 21º – As Comissões, órgãos de assessoramento da administração e das chefias, organizadas em conformidade com a legislação vigente, têm como atribuição:

- a) Estudar, sob o ponto de vista administrativo e/ou técnico, os assuntos encaminhados à sua consideração;
- b) Colaborar na solução de problemas gerais e específicos;
- c) Exercer vigilância e sugerir providências que visem manter a qualidade e a adequação dos serviços da unidade HEMOCENTRO;
- d) Estimular reuniões científicas para discussão de casos.

Artigo 22º – Serão Comissões permanentes do HEMOCENTRO:

- a) Comissão de Controle de Infecção – CCISS;
- b) Comissão de Ética Médica;
- c) Comissão de Avaliação e Revisão de Prontuários;
- e) Comissão de Hemoterapia;
- f) Comissão de Residência Médica;
- g) Comissão de Gerenciamento de Riscos Relacionados aos Produtos para a saúde, Medicamentos, Correlatos, Saneantes, Sangue, Hemocomponentes e Equipamentos;

- h) Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde;
- i) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- j) Comissão de Ética em Pesquisa Científica;
- k) Comissão de Educação Permanente;
- l) Comissão de Bioética
- m) Demais comissões que forem criadas pelo HEMOCENTRO.

Comissão de Captação de Doadores ?

Artigo 23º – A composição e o funcionamento das Comissões seguirão normas estabelecidas em Regimentos próprios.

CAPÍTULO VII DA DIVISÃO MÉDICA

Artigo 24º – A Divisão Médica será coordenada e gerenciada pelo Diretor Técnico, que por intermédio do seu Corpo Clínico, atribui-se: prestar toda a assistência médica tanto para diagnóstico quanto para tratamento aos pacientes internados e aos que procurarem o HEMOCENTRO nas Unidades de Urgência e Emergência, dentro dos princípios legais e éticos;

Artigo 25º – A Divisão Médica é constituída das seguintes especialidades:

- a) Clínica Médica;
- b) Biomédico

Artigo 26º – Aos médicos do Corpo Clínico compete:

- a) Observar e seguir o presente Regimento e o Regulamento do Corpo Clínico;
- b) Participar de Comissões para as quais foram escolhidos;
- c) Zelar pela perfeita ordem e preencher com letra legível os prontuários dos pacientes, bem como os impressos exigidos pela legislação vigente e as normas da unidade HEMOCENTRO, prescrevendo e assinando pessoalmente, não se admitindo prescrições por telefone;
- d) Seguir a padronização de materiais e medicamentos existente no HEMOCENTRO;
- e) Respeitar a hierarquia administrativa, a estrutura organizacional, as funções administrativas e as atribuições das chefias fixadas neste Regimento Interno.

CAPÍTULO VIII DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM

Artigo 27º – A Divisão de Enfermagem é formada pelas seguintes unidades:

- a) Unidades de Internação;
- b) Unidades de Ambulatórios;
- c) Centro de Material Esterilizado.

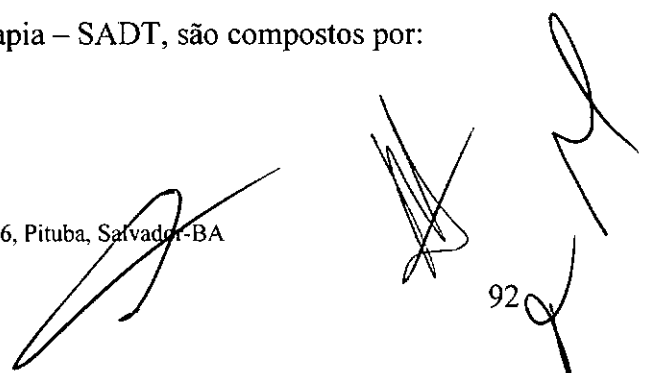
Artigo 28º – À Divisão de Enfermagem, compete:

- a) Prestar todos os cuidados necessários para o restabelecimento do paciente, cumprindo as rotinas pré-estabelecidas e prescrições médicas, visando o bem estar do paciente;
- b) Executar as atividades técnicas e administrativas das demais unidades;
- c) Adotar medidas visando à prevenção, o controle e o combate das infecções HEMOCENTRO de acordo com critérios estabelecidos pela Comissão de Controle de Infecção HEMOCENTRO – CCISS;
- d) Delegar às chefias das equipes de enfermagem, a orientação e acompanhamento do manuseio e organização dos prontuários do setor;
- e) Colaborar na execução de programas de ensino, de educação sanitária e de pesquisa;
- f) Emitir parecer técnico no uso de materiais e equipamentos;
- g) Ter sob sua supervisão a limpeza e a higiene dos locais de trabalho dos serviços médicos, de enfermagem em todas as áreas assistenciais do HEMOCENTRO;
- h) Avaliar continuamente o desempenho das atividades dos servidores lotados nos setores sob sua responsabilidade;
- i) Elaborar e manter atualizado o Regulamento do Serviço.

CAPÍTULO IX DOS SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SADT

Artigo 29º – Os Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia – SADT, são compostos por:

- a) Serviço de Nutrição e Dietética;
- b) Serviço de Laboratório de Análises Clínicas;



92

- c) Serviço de Anatomia Patológica;
- d) Serviço de Farmácia;
- e) Agência Transfusional;
- f) Serviço de Fisioterapia;
- g) Serviço de Terapia Ocupacional;
- h) Serviço de Psicologia;
- i) Serviço de Epidemiologia.

Artigo 30º – Aos SADT são atribuídos:

- a) Executar procedimentos adequados à identificação da patologia existente em pacientes atendidos no serviço do HEMOCENTRO;
- b) Manter profissionais habilitados e com formação adequada para o desenvolvimento das atividades;
- c) Zelar pelos equipamentos, deixando-os em perfeita ordem e preparados para uso imediato;
- d) Emitir laudo de todos os exames efetuados;
- e) Interagir com os profissionais médicos do HEMOCENTRO para que seja facilitada e agilizada a elucidação do diagnóstico;
- f) Elaborar e manter atualizado o Regulamento das Seções.

Artigo 31º – Ao Serviço de Nutrição e Dietética, atribuem-se:

- a) Executar todas as atividades alimentares no HEMOCENTRO;
- b) Preparar, distribuir e controlar toda a alimentação destinada aos pacientes, acompanhantes e colaboradores;
- c) Organizar, preparar, distribuir e controlar as dietas especiais conforme indicação médica;
- d) Colaborar na execução dos programas de ensino e de educação sanitária;
- e) Atender as normas de Vigilância Sanitária e de outros órgãos de fiscalização;
- f) Requisitar, receber, conservar e controlar os gêneros e materiais necessários para o pleno desenvolvimento dos trabalhos;
- g) Apresentar mensalmente a estatística de produção e outros informes gerenciais da seção;
- h) Elaborar e manter atualizado o regulamento da seção.

Artigo 32º – O Serviço de Laboratório de Análises Clínicas é responsável pela coleta de material para exame, preparação e análise do material coletado e fornecimento dos laudos com as informações sobre os resultados obtidos nas análises realizadas.

Parágrafo Único – O Serviço de Laboratório de Análises Clínicas funcionará 24 horas por dia, ininterruptamente, objetivando a agilização dos resultados dos exames no menor tempo possível.

Artigo 33º – O Serviço de Anatomia Patológica é responsável pela preparação, leitura e liberação dos laudos de anatomopatológicos, de materiais coletados para biopsias, no Centro Cirúrgico da unidade HEMOCENTRO.

Artigo 34º – O Serviço de Farmácia é responsável pela armazenagem, distribuição, controle e eventual produção de medicamentos e produtos afins utilizados na unidade HEMOCENTRO. É também de sua responsabilidade o fornecimento de informação técnica e científica assim como o controle de qualidade de medicamentos e agentes químicos utilizados pelo HEMOCENTRO.

Artigo 35º – São atribuições da Agência Transfusional:

- a) Executar as atividades relacionadas ao armazenamento de sangue e ao atendimento das necessidades de transfusão de sangue dos pacientes;
- b) Garantir as condições de higiene necessárias para a adequada coleta e armazenamento do material coletado;
- c) Manter permanente o programa de doadores do HEMOCENTRO;
- d) Atender as normas de Vigilância Sanitária e de outros órgãos de fiscalização;
- e) Desenvolver tarefas correlatas dentro de sua área de atuação.

Parágrafo Único – A Agência Transfusional funcionará por 24 horas por dia, ininterruptamente, objetivando atender em tempo adequado às necessidades de transfusão de hemoderivados aos pacientes.

Artigo 36º – Ao Serviço de Fisioterapia atribuem-se:

- a) Elaborar e aplicar programas de fisioterapia para prevenção de enfermidades e recuperação funcional dos pacientes internados;

- b) Participar da equipe de saúde responsável pelo tratamento do paciente sempre que houver solicitação do corpo clínico;
- c) Realizar ou indicar as condutas próprias de terapia baseadas no resultado das avaliações dos pacientes;
- d) Manter registro e controle das informações sobre a evolução e sintomas observados no paciente;
- e) Desenvolver tarefas correlatas, dentro de sua área de atuação.

Artigo 37º – O Serviço de Terapia Ocupacional é responsável pela realização de um conjunto de atividades que proporcionará, apoio, otimização do tratamento e intervenções familiares/indivíduo, promovendo a recuperação da saúde.

Artigo 38º – Ao Serviço de Psicologia atribuem-se:

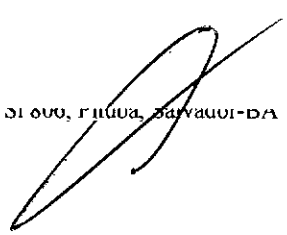
- a) Executar as atividades relacionadas ao acompanhamento e suporte psicológico aos pacientes do HEMOCENTRO;
- b) Assessorar a equipe clínica na atenção ao suporte psicológico ao paciente;
- c) Orientar pacientes e familiares sobre o acompanhamento no serviço, no processo de alta e encaminhamentos necessários;
- d) Desenvolver outras atividades correlatas dentro de sua área de atuação.

Artigo 40º – Ao Serviço de Assistência Social:

Serviço Social assume o atendimento aos pacientes da Divisão de Hematologia, tendo em vista a gama de problemas sociais, emocionais e econômicos apresentados por estes e seus familiares.

As atividades desenvolvidas pelo assistente social tem caráter assistencial e educativa, procurando identificar os aspectos sociais, econômicos e culturais relacionados ao processo saúde-doença, buscando formas de enfrentamento individual e coletiva para estas questões nas áreas de coagulopatias, anemias carenciais, hemoglobinopatias e oncohematologia, sendo o plantão diário, a forma de atendimento nos ambulatórios de hematologia, transfusão e quimioterapia; conta também com um trabalho de parceria com o profissional de Serviço Social.

Atribuem-se:



950

- a) Promover condições sociais básicas de humanização de forma a beneficiar o paciente e familiares na utilização dos serviços prestados e na participação do processo de tratamento;
- b) Ajudar ao paciente e família a identificar, diagnosticar e definir alternativas de solução às situações psicossociais e sócio-econômicas de familiares decorrentes da doença;
- c) Contribuir para a adaptação do paciente às normas do HEMOCENTRO;
- d) Manter entrosamento com as instituições da área de saúde e do bem estar social;
- e) Contribuir com programas que visem agilizar o atendimento emergencial, minimizando as tensões decorrentes da espera;
- f) Desenvolver tarefas correlatas dentro de sua área de atuação.

São desenvolvidas as seguintes atividades

Para pacientes do ambulatório

captação de doadores de plaquetas para atender às necessidades dos pacientes que necessitam de plaquetas de doador único; captação de doadores de sangue; atendimento aos pacientes de ambulatório dos Serviços de Hemoterapia e Hematologia; realização de palestras educativas sobre doação de sangue em instituições e entidades em parceria com a equipe do Serviço de Hemoterapia; treinamento de voluntários para capacitação como Agentes para Captação de Doadores de Sangue; promoção de encontros de rotina com a equipe multiprofissional do Serviço de Hemoterapia para discussão das dificuldades e otimização da atuação do Serviço Social, visando aumentar o número de doadores.

Para pacientes internados:

O Serviço Social complementa o trabalho já iniciado no ambulatório, visando dar continuidade à vinculação estabelecida naquele momento inicial. Os profissionais de Serviço Social, desenvolvem várias atividades de intervenção social são:

- reflexão sistemática sobre o processo de adoecimento e formas objetivas (direitos) e subjetivas (dor, sofrimento) para enfrentamento deste processo;
- orientação para alta;
- coordenação de grupos de pacientes e familiares;
- orientação quanto às questões relativas aos direitos previdenciários e assistenciais;

- avaliação e autorização para permanência de acompanhantes junto aos pacientes.

Artigo 41º – O Serviço de Epidemiologia é responsável por ações padronizadas, visando o controle dos agravos de saúde e doenças no âmbito do HEMOCENTRO:

- a) Realização da notificação compulsória das 45 doenças e agravos de acordo com a Portaria Ministerial vigente;
- b) Realização de busca ativa de casos de acordo com cada necessidade;
- c) Realização de ações de isolamento imediato para pacientes portadores de doenças de transmissão por via respiratória;
- d) Realização do acompanhamento e avaliação dos agravos de notificação compulsória;
- e) Promoção do apoio educativo e capacitações à equipe de saúde, de acordo com a necessidade.

GABINETE DO SECRETÁRIO

Resolução SS-20, de 22-02-2006

Atualiza a Lista das Doenças de Notificação Compulsória - DNC no Estado de São Paulo e dá outras providências.

O Secretário da Saúde, considerando que a Lei Federal 6.259, de 30/10/75 determina como sendo de notificação compulsória as doenças constantes de relação elaborada pelo Ministério da Saúde e atualizada periodicamente;

Considerando a publicação da Portaria 33 de 14/07/2005, do Ministério da Saúde, atualizando a listagem de DNC para todo o território nacional;

Considerando que a relação de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) para o Estado de São Paulo se encontra desatualizada;

Considerando a prerrogativa dos gestores estaduais de incluírem outras doenças e agravos no elenco acima mencionado, de acordo com o quadro epidemiológico, resolve:

Artigo 1º - Os casos suspeitos ou confirmados das doenças a seguir relacionadas serão de Notificação Compulsória no Estado de São Paulo: ?

Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória

- I. Botulismo II. Carbúnculo ou Antraz III. Cólera IV. Coqueluche V. Dengue VI. Difteria VII. Doença de Creutzfeldt - Jacob VIII. Doenças de Chagas (casos agudos) IX. Doença Meningocócica e outras Meningites X. Esquistossomose (em área não endêmica) XI. Eventos Adversos Pós-Vacinação XII. Febre Amarela XIII. Febre do Nilo Ocidental XIV. Febre Maculosa XV. Febre Tifóide XVI. Hanseníase XVII. Hantavirose XVIII. Hepatites Virais XIX. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana - HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical XX. Influenza humana por novo subtipo (pandêmico) XXI. Leishmaniose Tegumentar Americana XXII. Leishmaniose Visceral XXIII. Leptospirose XXIV. Malária XXV. Meningite por Haemophilus influenzae XXVI. Peste XXVII. Poliomielite XXVIII. Paralisia Flácida Aguda XXIX. Raiva Humana XXX. Rubéola XXXI. Síndrome da Rubéola Congênita XXXII. Sarampo XXXIII. Sífilis Congênita XXXIV. Sífilis em gestante XXXV. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS XXXVI. Síndrome Febril Íctero-hemorrágica Aguda XXXVII. Síndrome Respiratória Aguda Grave XXXVIII. Tétano XXXIX. Tularemia XL. Tuberculose XLI. Variola
- II. Doenças e Agravos de notificação imediata I. Caso suspeito ou confirmado de: a) Botulismo b) Carbúnculo ou Antraz c) Cólera d) Febre Amarela e) Febre do Nilo Ocidental f) Hantavíruses g) Influenza humana por novo subtipo (pandêmico) h) Peste i) Poliomielite j) Raiva Humana l) Sarampo, em indivíduo com história de viagem ao exterior nos últimos 30 (trinta) dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior m) Síndrome Febril Íctero-hemorrágica Aguda n) Síndrome Respiratória Aguda Grave o) Variola p) Tularemia II. Caso confirmado de: a) Tétano Neonatal
- III. Surto ou agregação de casos ou de óbitos por: a) Agravos inusitados b) Difteria c) Doença de Chagas Aguda d) Doença Meningocócica e) Influenza Humana IV. Epizootias e/ou morte de animais que podem preceder a ocorrência de doenças em humanos: a) Epizootias em primatas não humanos b) Outras epizootias de importância epidemiológica Resultados laboratoriais devem ser notificados de forma imediata pelos Laboratórios de Saúde Pública dos Estados (LACEN) e Laboratórios de Referência Nacional ou Regional I. Resultado de amostra individual por: a) Botulismo b) Carbúnculo ou Antraz c) Cólera d) Febre Amarela e) Febre do Nilo Ocidental f) Hantavirose g) Influenza humana por novo subtipo (pandêmico) h) Peste i) Poliomielite j) Raiva Humana l)

Sarampo m) Síndrome Respiratória Aguda Grave n) Variola o) Tularemia II. Resultado de amostras procedentes de investigação de surtos: a) Agravos inusitados b) Doença de Chagas Aguda c) Difteria d) Doença Meningocócica e) Influenza Humana.

Artigo 2º - A ocorrência de agravo inusitado, independentemente de constar na lista de doenças de notificação compulsória e de todo e qualquer surto ou epidemia, deve ser notificada imediatamente; o mesmo se aplica às doenças assinaladas com (*) na lista acima.

Artigo 3º - A definição de casos, o fluxo, a periodicidade e os instrumentos utilizados para a notificação estão definidos nas normas do Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE/SES, em consonância com as da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde - SVS/MS.

Artigo 4º - Os gestores municipais do SUS poderão incluir outras doenças e agravos no elenco das DNC, em seu município, de acordo com o quadro epidemiológico local, comunicando o fato ao gestor estadual.

Artigo 5º - Fica revogada Resolução SS - 59, de 22 de julho de 2004.

Artigo 6º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

CAPÍTULO X

DOS SERVIÇOS DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICAS – SAME

Artigo 42º – Ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME, formado pelos setores de Registro, Arquivo e Estatística atribuem-se:

- a) Recepcionar pacientes, acompanhantes ou visitantes, prestando-lhes todas as informações necessárias;
- b) Preencher documentos necessários para a realização do atendimento médico, tanto de pacientes internos como de pacientes externos, aplicando as normas INFECCÕES/SUS e SIA/SUS;

- c) Encaminhar fichas de atendimento e outros documentos ao Departamento de Faturamento para realizar as possíveis cobranças;
- d) Controlar a movimentação dos pacientes e de seus respectivos prontuários no HEMOCENTRO;
- e) Ordenar, guardar e conservar os prontuários dos pacientes registrados, zelando pela sua clareza, exatidão e pelo preenchimento de todos os dados necessários à elucidação diagnóstica, à avaliação do tratamento instituído e resultados correspondentes, bem como ficar ciente da responsabilidade da preservação do segredo médico;
- f) Classificar doenças, causas de morte, bem como outros elementos julgados necessários e de interesse dos serviços médicos;
- g) Colaborar com os serviços médicos, para o correto preenchimento dos documentos médicos;
- h) Zelar pela confidencialidade e pela conservação do arquivo médico; *no*
- i) Coletar e analisar os dados estatísticos referentes à movimentação dos serviços HEMOCENTRO;
- j) Encaminhar dados estatísticos à autoridade sanitária, quando exigido;
- k) Elaborar e manter atualizado o Regulamento da Seção.

CAPÍTULO XI DOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

Artigo 43º – Os Serviços Administrativos compreendem:

- a) Departamento de Recursos Humanos;
- b) Departamento de Serviços de Atendimento;
- c) Departamento de Suprimentos;
- d) Departamento de Tecnologia de Informação;
- e) Departamento de Hotelaria;
- f) Departamento de Patrimônio
- g) Departamento de Manutenção;
- h) Departamento de Refeitório;
- i) Departamento de Transporte;
- j) Coordenação de Assessoria de Comunicação.



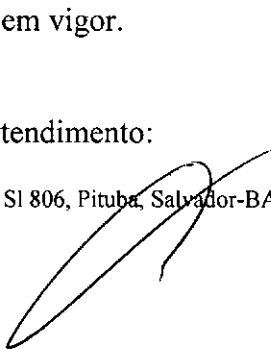
Artigo 44º – É de competência do Departamento de Recursos Humanos através de seus setores, Setor de Pessoal, o Setor de Segurança no Trabalho e o Setor de Recrutamento, Seleção, Integração e Treinamento:

- a) Planejar e supervisionar todas as atividades desenvolvidas pelas áreas de seleção, treinamento, cargos e salários, serviço social, segurança e medicina do trabalho, visando a assegurar que o HEMOCENTRO tenha condições de atrair, reter, motivar e desenvolver os profissionais do calibre necessário à consecução dos seus objetivos;
- b) Coordenar e implementar programas de treinamento e desenvolvimento gerencial e operacional, visando a assegurar o constante aprimoramento do desempenho e motivação do capital humano, bem como garantir o desenvolvimento de potencial para os processos de sucessão nos diversos cargos chaves;
- c) Definir critérios, procedimentos e coordenar o processo de recrutamento e seleção de pessoal, visando a assegurar a qualidade do pessoal contratado pelo HEMOCENTRO;
- d) Coordenar os programas de assistência a funcionários, visando dar a eles condições de maior motivação e desempenho no trabalho;
- e) Contribuir com recomendações para a definição das políticas de remuneração e benefícios, coordenando a administração de cargos e salários, visando a assegurar o equilíbrio interno e a competitividade externa das práticas de remuneração;
- f) Coordenar a elaboração da folha de pagamento e correspondentes emissões das guias de pagamentos de impostos e encargos, visando o correto cumprimento dessas obrigações;
- g) Manter controles de todos os valores a serem descontados em folha de pagamento, visando à correta quitação desses débitos;
- h) Assessorar a área jurídica nas defesas em processos trabalhistas, multas do Ministério do Trabalho, atuando como ou indicando o representante do HEMOCENTRO, visando a melhor solução das pendências, tanto no aspecto estratégico quanto financeiro e acompanhar os processos trabalhistas, fornecendo todas as informações necessárias para a defesa, indicando representante do, visando garantir os direitos e interesses da instituição;
- i) Acompanhar a legislação trabalhista e assegurar sua correta aplicação, visando contribuir para minimização do contencioso jurídico-trabalhista;

- j) Coordenar as atividades de medicina e segurança no trabalho, visando reduzir e eliminar as condições inseguras ou de riscos à integridade física e saúde dos funcionários;
- k) Participar na concepção e desenvolvimento de novos projetos ou ações, envolvendo o elemento humano, tais como comunicações, mediação de conflitos, monitoração do clima organizacional etc;
- l) Conduzir os processos de negociação coletiva junto a entidades sindicais, em conjunto com a área jurídica, para celebração de acordos coletivos de trabalho;
- m) Manter controles e relatórios analíticos sobre a evolução do quadro e custos de pessoal, bem como de rotatividade de pessoal e outras ocorrências relevantes;
- n) Analisar e controlar contratos e convênios, visando ao cumprimento dos mesmos bem como a identificação de necessidade de modificações e ou implantação de novos benefícios sociais;
- o) Supervisionar a preparação e entrega de todas as informações acessórias exigidas pelos diversos órgãos governamentais (Ministério do Trabalho, INSS, MEC, SESI, etc.), visando ao cumprimento de exigências legais;
- p) Orientar todos os setores da instituição quanto a aplicação da legislação trabalhista e previdenciária, repassando as modificações ocorridas, visando ao seu adequado cumprimento;
- q) Atender os colaboradores em questões relacionadas com normas e procedimentos da empresa, dando a orientação ou solução devidas;
- r) Atender a fiscalização trabalhista e previdenciária, fornecendo as informações e documentos solicitados;
- s) Controlar plano de benefícios sociais oferecidos pelo HEMOCENTRO e fazer as inclusões e exclusões de beneficiários, visando garantir sua operacionalização e os descontos em folha de pagamento;
- t) Controlar os índices de *turn-over* e absenteísmo, analisando e avaliando cada situação, em conjunto com as demais áreas;
- u) Coordenar a preparação e entrega das obrigações acessórias junto a órgãos oficiais e o Ministério do Trabalho;
- v) Atuar como preposto da empresa junto à justiça do trabalho nos casos de reclamações trabalhistas;
- w) Zelar para que todas as obrigações trabalhistas sejam cumpridas pontualmente;
- x) Cumprir o Regulamento de Contratação de pessoal em vigor.

Artigo 45º – É de competência do Departamento de Atendimento:

End. Av. Professor Magalhães Neto, nº. 1856, Sl 806, Pituba, Salvador-BA



- a) Atender aos pacientes e/ou familiares que a ele se dirigir para obter informações, tirar dúvidas, receber sugestões ou críticas;
- b) Aplicar questionário permanentemente, para apuração do grau de satisfação do usuário;
- c) Tabular dados estatísticos de satisfação dos usuários, mensalmente;
- d) Sugerir medidas que visem aumentar o grau de satisfação dos usuários;
- e) Elaborar e manter atualizado o Regulamento da Seção.

Artigo 46º – É de competência do Departamento de Suprimentos:

- a) Zelar pelos princípios da legalidade, moralidade, impessoalidade, publicidade e isonomia na seleção de fornecedores;
- b) Adquirir, receber, conferir, guardar, controlar e distribuir materiais e medicamentos utilizados na unidade HEMOCENTRO; *Hemomede*.
- c) Fixar quantidades mínimas que devem estar no estoque, atendo-se a elas na elaboração dos pedidos de compras;
- d) Introduzir padronização de materiais seguindo orientação ditada por uma comissão e sugerir alterações quando necessário;
- e) Negociar com os fornecedores, visando ao fechamento de compras dentro das melhores condições de preço, qualidade prazo de entrega;
- f) Pesquisar novos fornecedores de produtos e serviços diversos, visando desenvolver fontes alternativas de suprimentos;
- g) Coordenar a inclusão e manutenção do cadastro de fornecedores;
- h) Apresentar à chefia, para aprovação da cotação;
- i) Apresentar relatórios com indicadores para a Gerência Financeira;
- j) Definir os parâmetros para as negociações ou negociar diretamente com fornecedores as bases e condições para o fornecimento, visando à aquisição de produtos com preços e condições competitivos;
- k) Administrar o cadastro de preços, participando da formulação dessa política, monitorando e utilizando o preço fixado pelas como subsídio para definição de preços no futuro;
- l) Controlar o fluxo de compras, visando ao equilíbrio entre as contas a pagar e os orçamentos previstos;
- m) Avaliar fornecedores, oferecendo feedback específico, visando a melhorar o atendimento localizado e a adequação do atendimento à realidade do HEMOCENTRO;

- n) Promover o treinamento dos Assistentes de Compras, visando a obter as melhores condições de compra;
- o) Buscar parcerias com fornecedores, visando à obtenção de benefícios para o HEMOCENTRO;
- p) Zelar pelo cumprimento do Regulamento de Compras vigente no HEMOCENTRO.

a Hemorede

Artigo 47º – É de competência do Departamento de Tecnologia de Informação:

- a) Manter controle operacional de todos os equipamentos de informática instalados nos diversos setores do HEMOCENTRO; Hemorede
- b) Oferecer suporte a todos os usuários de todos os aplicativos instalados no HEMOCENTRO; na Hemorede.
- c) Administrar a rede do HEMOCENTRO para obter pleno funcionamento; da Hemorede.
- d) Controlar todos os serviços já informatizados e informatizar os demais;
- e) Realizar back-up diário das informações com guarda interna e externa das informações;
- f) Controlar e implantar pontos de rede;
- g) Manter-se atualizado para que possa inovar constantemente os serviços;
- h) Elaborar e manter atualizado o Regulamento da Seção.

Artigo 48º – É de competência do Departamento de Hotelaria:

- a) Cuidar da rouparia da unidade HEMOCENTRO, zelando pela sua conservação e controlando a quantidade necessária, para o seu uso pelos usuários e colaboradores;
- b) Supervisionar a lavanderia terceirizada, acompanhando os processos relacionados à lavagem e esterilização da rouparia da unidade HEMOCENTRO;
- c) A limpeza de superfícies, mobiliário e equipamentos e pela manutenção de um ambiente agradável, higiênico e seguro para os pacientes, funcionários e visitantes.

Artigo 49º – É de competência do Departamento de Patrimônio/Almoxarifado:

- a) O controle do patrimônio da unidade HEMOCENTRO;
- b) A garantia da ordem no ambiente do estabelecimento;
- c) O controle de entrada de visitantes.
- d) O setor de almoxarifado exige o controle do estoque (quantidade, reposição, armazenagem, validade, controle do uso, etc.), mercadorias e produtos (de limpeza, de escritório, serviços, etc.),

aquisição (levantamento de preços, pesquisa de fornecedores, registro das compras feitas e a fazer, arquivamento de notas) e outras tarefas afeitas ao almoxarife ou estoquista. Estas funções necessitam observar critérios de racionalização, acondicionamento, localização, acurácia, padronização, indicadores e documentação.

Artigo 50º – É de competência do Departamento de Manutenção:

A conservação em boas condições de uso das instalações prediais, elétricas, de gases medicinais, de vapor e de todos os equipamentos que compõem a infraestrutura da unidade HEMOCENTRO.

Nos últimos anos, devido a uma vertiginosa evolução tecnológica na área da saúde, tem havido uma constante preocupação com os serviços de manutenção preventiva e sua respectiva implantação nos HEMOCENTRO. Acreditamos que a implantação efetiva destes serviços trará benefícios através do aumento da qualidade no atendimento assistencial, sem perder de vista a parte educacional.

Manutenção preventiva - Manutenção preventiva é uma manutenção planejada que previne a ocorrência corretiva. Os programas mais constantes da manutenção preventiva são: reparos, lubrificação, ajustes, recondiçionamentos de máquinas para toda a planta industrial. O denominador comum para todos estes programas de manutenção preventiva é a verificação periódica do funcionamento dos equipamentos, antecipando eventuais problemas que possam causar gastos maiores como a manutenção corretiva.

Manutenção corretiva - trata-se de uma manutenção não periódica que variavelmente poderá ocorrer, a mesma possui suas causas em falhas e erros, que equipamentos dispõem nesta instância, trata da correção dos danos atuais e não iminentes.

Manutenção preditiva - É o acompanhamento periódico dos equipamentos, baseado na análise de dados coletados através de monitoração ou inspeções em campo.

A manutenção preditiva tem sido reconhecida como uma técnica eficaz de gerenciamento de manutenção. Outras terminologias têm surgido como ferramentas de gerência de manutenção, estes novos termos - RCM, manutenção centrada na confiabilidade; TPM, manutenção produtiva total; e

JIT, manutenção "Just-in-time" - são apresentadas como substitutas à manutenção preditiva e solução definitiva aos seus altos custos de manutenção.

As técnicas de monitoramento na preditiva, ou seja, baseadas em condições, incluem: análise de vibração, ultrassom, ferrografia, monitoria de processo, inspeção visual, e outras técnicas de análise não-destrutivas.

Artigo 51º – É de competência do Departamento de Refeitório?

A distribuição e o controle das refeições para os usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade HEMOCENTRO. *lanche?*

Artigo 52º – É de competência do Departamento de Transporte:

Compreende basicamente o transporte de pacientes por ambulância, o controle da frota de veículos do HEMOCENTRO, dos motoristas lotados na unidade HEMOCENTRO e a geração de relatórios gerenciais para controle do uso e gastos.

Artigo 53º – É de competência da Assessoria de Comunicação:

- a) Gerir os assuntos relativos à comunicação institucional;
- b) Coordenar as atividades de assessoria de imprensa;
- c) Encaminhar aos canais competentes as solicitações e demandas da comunidade.

CAPÍTULO XII DOS SERVIÇOS FINANCEIROS

Artigo 54º – Os Serviços Financeiros compreendem:

- a) Departamento de Contabilidade;
- b) Departamento de Custos;
- c) Departamento de Faturamento;
- d) Departamento Financeiro;
- e) Núcleo Jurídico.

Artigo 55º – É de competência do Departamento de Contabilidade:

- a) Elaborar plano de contas da contabilidade geral e de custos, atualizando-o de acordo com a necessidade dos controles;
- b) Elaborar balancete mensal e balanço anual, de acordo com a legislação vigente;
- c) Executar controle patrimonial do ativo fixo, equipamentos e instrumentos, juntamente com a área administrativa do HEMOCENTRO; *de Unidades da Hemovede*.
- d) Elaborar mensalmente, mapas demonstrativos dos custos, de Receita, Despesas e Resultados;
- e) Registrar e manter em dia o livro diário;
- f) Manter em ordem o arquivo da documentação de lançamentos contábeis;
- g) Manter controle dos estoques contábeis;
- h) Registrar e manter livros fiscais, quando necessário;
- i) Controle da correta retenção dos impostos dos fornecedores e o pagamento ao fisco quando necessário;
- j) Coordenar e elaborar a prestação de contas periódica.

Artigo 56º – É de competência do Departamento de Custos:

- a) Promover a compreensão dos elementos de custos e suas variáveis de valores, no processo de compra, com as metas de identificar e quantificar os itens e seu custo unitário, a fim de diminuir ou suprir as necessidades através de planejamento e estratégia adequada;
- b) Zelar pela elaboração do orçamento anual e plurianual da unidade *Hemovede* HEMOCENTRO e acompanhar a execução do orçamento.

Artigo 57º – É de competência do Departamento Faturamento:

- a) Manter a conta corrente dos fornecedores em cadastro;
- b) Controlar e conferir com as faturas, as entradas dos pagamentos;
- c) Receber todos os valores que entrarem no HEMOCENTRO, tanto de depósitos como de serviços diversos, doações e subvenções.

Artigo 58º – É de competência do Departamento Financeiro:

- a) Conferir periodicamente o caixa;
- b) Extrair os comprovantes provisórios de saídas de caixa e os recibos de pagamento;

- c) Receber os documentos referentes à autorização e à cobrança de procedimentos médicos hospitalares e dar-lhes encaminhamento pertinente;
- d) Zelar pela legalidade dos pagamentos e cumprimento da Lei;
- e) Controle da correta retenção dos impostos dos fornecedores e o pagamento ao fisco quando necessário;
- f) Coordenar e elaborar a prestação de contas periódica.

Artigo 59º – É de competência do Núcleo Jurídico:

A principal atribuição do Núcleo Jurídico é dar apoio à administração e às chefias nos assuntos de cunho jurídico em geral.

TÍTULO IV

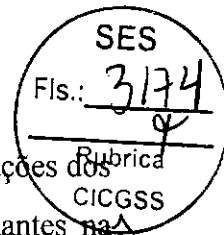
CAPÍTULO ÚNICO – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 60º – Para o desenvolvimento das atividades que lhes são inerentes, o ~~HEMOCENTRO~~ poderá contar, além do pessoal assalariado, com voluntários, que nele trabalharão, sem remuneração, em virtude de regulamento próprio, obedecido a legislação vigente a respeito do voluntariado.

Artigo 61º – O presente Regimento Interno, complementado pelos Regulamentos de cada seção e setor, e pelo Regimento Interno do Corpo Clínico, deverá ser observado por todos os que trabalham no ~~HEMOCENTRO~~ na Hemorrede Pública.

Parágrafo Único – O Regimento Interno do Corpo Clínico deverá ter como anexo o esquema de referência e contra referência com os hospitais da região.

Artigo 62º – Alguns serviços poderão ser terceirizados, quando por conveniência ou necessidade do ~~HEMOCENTRO~~ Hemorrede, ficando o contratado obrigado a seguir normas e rotinas contidas neste Regimento Interno ou qualquer outra resolução aprovada pela Diretoria ou Corpo Clínico, bem como estará sujeito às sanções previstas.



A Hemovede
Artigo 63° - ~~O HEMOCENTRO~~ deverá seguir as recomendações, resoluções e determinações dos órgãos de representação das categorias profissionais vinculadas ao setor da saúde atuantes na unidade ~~HEMOCENTRO~~. *da Hemovede pública*

Artigo 64° - O Regulamento de Compras e Contratações em vigor, bem como este Regimento Interno, deverá ser observado e cumprido por todos.

Artigo 65° - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelos membros do Conselho de Administração do HEMOCENTRO.

Artigo 66° - Este Regimento Interno poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Artigo 67° - O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, pelo Conselho de Administração do HEMOCENTRO, devendo ser registrado no cartório competente.

AS COMISSÕES

As Comissões serão constituídas e registradas em Ata de Constituição:

Ata de Instalação da Comissão			
Ata número.....	da	reunião	realizada
aos.....	dias	do mês de	do ano de
.....	no	HEMOCENTRO,	com a
presença.....	tendo	como pauta	a Instalação da
Comissão.....			
Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a reunião.....da			
qual eu,, na qualidade de			
secretário (a), lavrei a presente ata, que dato e assino, após ser assinada pelos demais			
membros.			

A) COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE (CCISS)

Proposta de regimento/proposta de constituição/cronograma de atividade anual

Comissão de Controle de Infecção HEMOCENTRO – CCISS

É um órgão deliberativo que tem por finalidade a definição de ações que visam o controle e a prevenção de infecções. Conta para tanto com a atuação do Serviço de Controle de Infecção HEMOCENTRO (SCISS), que garante o desenvolvimento das ações programadas de Controle de Infecções, com vista à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções.

Sua regulamentação se dá pela Portaria do Ministério da Saúde MS 2616/98.

Proposta de Constituição

A constituição da Comissão de Controle de Infecção – CCISS se dará com os seguintes membros:

Núcleo Executivo

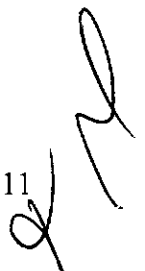
End. Av. Professor Magalhães Neto, nº. 1856, SI 806, Pituba, Salvador-BA



- 01 médico infectologista;
- 01 enfermeiro.

Núcleo Consultivo:

- 01 representante dos serviços médicos;
- 01 representante do serviço de enfermagem;
- 01 representante do serviço de farmácia;
- 01 representante do laboratório de microbiologia;
- 01 representante da administração.



- 01 representante do serviço de enfermagem;
- 01 representante do serviço de farmácia;
- 01 representante do laboratório de microbiologia;
- 01 representante da administração.

Parágrafo Único: Compete aos Membros Executores o cumprimento e a execução das rotinas estabelecidas pela Comissão.

CAPÍTULO 4 - DA COMPETÊNCIA

Artigo 5º – Ao presidente da CCISS compete:

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

Artigo 6º – À CCISS compete:

- I- Definir diretrizes institucionais e operacionais para o controle de infecções;
- II- Aprovar e promover a implantação de normatizações para a prevenção e controle das infecções;
- III- Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações do Programa de Controle de Infecção;
- IV- Sugerir prioridade de ação para o controle das infecções;
- V- Divulgar e promover ações que viabilizem o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões da comissão;
- VI- Avaliar periodicamente os dados referentes à ocorrência de infecções, apresentados pelos Membros Executores;
- VII- Comunicar regularmente à direção e às chefias dos serviços de todo o HEMOCENTRO a situação do controle das infecções, promovendo seu amplo debate entre a comunidade HEMOCENTRO; *Hemorede.*

VIII- Cooperar com a ação de fiscalização do Serviço de Vigilância Sanitária do órgão municipal ou estadual;

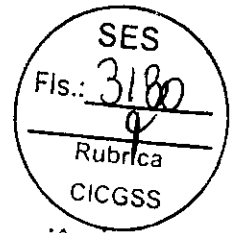
IX- Notificar ao Serviço de Vigilância local, casos ou surtos, confirmados ou suspeitos de infecção, associadas à utilização de insumos e produtos industrializados.

Artigo 7º – Compete aos membros executores:

- I- Elaborar, implementar e manter um programa de vigilância e controle de infecções s;
- II- Elaborar e divulgar relatórios mensais sobre os principais indicadores epidemiológicos relacionados ao controle de infecções;
- III- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, instituindo as medidas de controle necessárias;
- IV- Sugerir medidas que resultem na prevenção ou controle das infecções;
- V- Propor e colaborar com os setores de treinamento no desenvolvimento de programa de capacitação de recursos humanos nas questões ou temas que possibilitem o controle e a prevenção das infecções;
- VI- Elaborar, propor e implementar normas e rotinas técnico – administrativas, em conjunto com os diversos setores HEMOCENTRO -GO que estejam envolvidos, visando o controle e a profilaxia das infecções, bem como supervisionar a sua aplicação;
- VII- Desenvolver um programa de controle do uso de antimicrobianos, em colaboração com os vários setores;
- VIII- Participar da Comissão de Padronização de Medicamentos;
- IX- Promover a notificação e providenciar o envio, aos órgãos competentes, dos registros das doenças de notificação compulsória e auxiliar na sua investigação epidemiológica.

Artigo 8º – Compete aos membros consultores:

- I- Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da CCISS
- II- Sugerir e participar das discussões a respeito de medidas de controle de infecção a ser implementadas pelos membros executores;
- III- Colaborar com os Membros Executores, promovendo a divulgação e o cumprimento das medidas de controle de infecções dentro de suas respectivas áreas de atuação.



CAPÍTULO 5 - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 9º – A CCISS será presidida por um médico infectologista ou médico com experiência comprovada na área de controle de Infecção, nomeado através de portaria interna pela diretoria executiva.

Parágrafo único – por experiência comprovada entende-se o cumprimento dos itens abaixo:

- a) Participação como membro efetivo da CCISS por período mínimo de 3 anos;
- b) Ter frequentado cursos especializados ou treinamento prático em controle de infecções, ministrado por órgãos públicos ou credenciados;
- c) Participação de eventos científicos relacionados à infecções, tais como congressos, simpósios, jornadas, etc.;
- d) Ter produção científica na área (comunicações em congressos, publicações em revistas científicas, teses, etc.).

I- A carga horária mínima de cada médico será de 12 horas semanais;

II- A carga horária mínima do enfermeiro será de 6 horas diárias.

CAPÍTULO 6 - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 10º – São atribuições do enfermeiro (Membro Executor):

I- Realizar vigilância das infecções através do método de busca ativa;

II- Fornecer a taxa mensal de infecção das unidades sob vigilância;

III- Recomendar e suspender isolamentos para pacientes na área, de acordo com as normas de isolamento padronizadas pela CCISS;

IV- Participar da investigação de surtos de infecção, junto com os demais membros do grupo executor;

V- Coletar materiais suspeitos de contaminação para investigação;

VI- Normatizar junto com outros membros do grupo executor o uso de germicidas;

VII- Participar da elaboração de normas para prevenção e controle das infecções;

VIII- Fazer revisão das Normas de Prevenção de Controle de Infecção periodicamente;



- IX- Programar e elaborar programas educativos relacionados ao controle de infecção para equipe multiprofissional da área HEMOCENTRO; de Hemoterapia.
- X- Participar de projetos de pesquisa em controle de infecções;
- XI- Realizar treinamentos para a equipe da área da saúde quanto a prevenção de infecção e a prevenção acidentes com material contaminado;
- XII- Realizar auditoria para avaliar o cumprimento do Programa de Controle de Infecção (PCISS);
- XIII- Dar parecer técnico quanto à aquisição de material e equipamento médico;
- XIV- Participar das discussões de construção ou reforma na área física do HEMOCENTRO, quando solicitado pela administração;
- XV- Dar parecer técnico quanto ao reprocessamento de artigo médico;
- XVI- Participar de visita técnica e emitir parecer técnico na contratação de empresa prestadora de serviço;
- XVII- Participar de grupos de interesse para o controle das infecções como: grupo de feridas, cateter, reusa, etc.;
- XVIII- Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria nº 2616/98 do Ministério da Saúde e as demais em vigência.

Artigo 11º – São atribuições do médico (Membro Executor):

- I- Assessorar a investigação epidemiológica em colaboração com as equipes das unidades envolvidas e demais membros executores;
- II- Proceder a investigação epidemiológica dos surtos ou suspeitas de surtos, em colaboração com os demais membros executores;
- III- Recomendar e suspender isolamentos para pacientes na área do HEMOCENTRO, de acordo com as normas de isolamento padronizadas pela CCISS; [?]
- IV- Assessorar a Diretoria Clínica sobre as questões relativas ao controle de infecções; ^{Unidades da Hemonech}
- V- Participar das discussões de construção ou reforma na área física do HEMOCENTRO, quando solicitado pela administração;
- VI- Periodicamente fazer revisão nas Normas de Prevenção de Controle de Infecção;
- VII- Participar de projetos de pesquisa em controle de infecções;
- VIII- Manter-se atualizado nas questões relativas ao controle de infecções e uso de antimicrobianos;

- IX- Elaborar, em conjunto com as unidades de internação, os protocolos para consumo antimicrobianos, com a finalidade de racionalizar e melhorar o consumo em cada unidade;
- X- Executar o programa de uso racional de antimicrobianos;
- XI- Divulgar periodicamente os perfis microbiológicos e de sensibilidade dos diversos setores do HEMOCENTRO;
- XII- Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCISS;
- XIII- Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria nº 2616/98 do Ministério da Saúde e as demais em vigência;
- XIV- Atuar na prevenção e controle de infecções através de reuniões, aulas e educação em serviço;
- XV- Assistir as áreas de apoio nos problemas referentes ao controle das infecções;
- XVI- Capacitar os profissionais de saúde para o controle das infecções.

Artigo 12º – A Farmácia do HEMOCENTRO subsidiará a CCISS nos seguintes quesitos:

- I- Monitorar o consumo de antimicrobianos, em especial aqueles mais tóxicos e mais caros;
- II- Elaborar relatórios sobre o consumo, custos e frequência de uso de antimicrobianos;
- III- Elaborar rotinas para uso de antimicrobianos, em comum acordo com a CCISS e o corpo clínico, especialmente antibioticoprofilaxia em cirurgia e antimicrobianos especiais e não padronizados;
- IV- Rever anualmente a padronização dos antimicrobianos HEMOCENTRO, em conjunto com a CCISS;
- V- Participar da investigação dos casos suspeitos de contaminação por soluções parenterais e outros;
- VI- Participar da padronização e formulação das soluções germicidas, bem como do uso e controle interno da qualidade destes produtos;
- VII- Participar de visita técnica e emitir parecer técnico na contratação de empresa prestadora de serviço, como farmácia de preparo de nutrição parenteral.

CAPÍTULO 7 - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 13º – A secretaria da CCISS funciona das 08h30min às 17h30min horas, de segunda a sexta-feira, contando para isso com um técnico administrativo.

Artigo 14º – As reuniões da CCISS são realizadas mensalmente, na sala de reuniões da divisão de enfermagem, com agendamento anual, convocadas pelo Presidente.

Artigo 15º – As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário e poderão ser solicitadas por qualquer membro da CCISS.

Artigo 16º – As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Executiva, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 17º – Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 18º – Nenhum membro da CCISS, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão, sem que par a isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pela CCISS ou para emissão de notas oficiais a imprensa escrita ou falada.

Artigo 19º – A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, poderá ser alterado o presente Regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Executiva.

Artigo 20º – Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação

Cronograma Anual de Atividade

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADE DA COMISSÃO DE CONTROLE												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da Comissão	■											
Revisão do Regimento Interno			■									
Reuniões Ordinárias	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaboração de protocolos			■									
Resultados Positivos				■								

COMISSÃO DE CAPTAÇÃO DE DOADORES

Proposta de regimento/proposta de constituição/cronograma de atividade anual

Comissão de Captação de Doadores - ~~HEMOCENTRO~~ Hemorede.

É um órgão deliberativo que tem por finalidade a definição de ações que visam a disseminação da importância do ato de doar sangue, captação e fidelização de doadores de sangue. Conta para tanto com a atuação do setor de Serviço de Social para garantir o desenvolvimento das ações programadas da Captação de Doadores, com vista em aumentar o número de doações e dar suporte transfusional a pacientes, possibilitando tratamentos e procedimentos terapêuticos.

Proposta de Constituição

A constituição da Comissão Captação de Doadores se dará com os seguintes membros:

Núcleo Executivo

- 01 assistente social
- 01 enfermeiro.

Núcleo Consultivo:

- 01 representante dos serviços médicos;
- 01 representante do serviço de enfermagem;
- 01 representante da marketing;
- 01 representante da administração.



REGIMENTO INTERNO

COMISSÃO CAPTAÇÃO DE DOADORES

HEMOCENTRO-GO Hemorrede

CAPÍTULO 1- DEFINIÇÃO

Artigo 1º – A Comissão de Captação de Doadores do ~~HEMOCENTRO~~ é de natureza social, permanente, que tem por finalidade a definição de ações que visem o captação de doadores de sangue. Conta para tanto com a atuação do Serviço de Social para garantir o desenvolvimento das ações programadas de captação, com vista ao aumento de doações de sangue.

CAPÍTULO 2 - DAS FINALIDADES

Artigo 2º – A Comissão tem a finalidade de desenvolver, planejar, acompanhar o cumprimento das Programações na Captação de Doadores garantindo um estoque de sangue seguro.

CAPÍTULO 3 - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º – As ações do Programa de Captação de Doares Sangue serão realizadas pelos membros executores (grupo executor) desta Comissão, indicados para este fim pela Diretoria Executiva da Instituição.

Artigo 4º – A Comissão é composta por:

I) Membros Executores (compõem o Serviço de Social): ?

- médicos;

- enfermeiro.

- Assistente social ?

II) Membros Consultores (compõem o Grupo Normativo):

- 01 representante dos serviços médicos;

- 01 representante do serviço de enfermagem;

- 01 representante do serviço de marketing;

- 01 representante da administração.

Parágrafo Único: Compete aos Membros Executores o cumprimento e a execução das rotinas estabelecidas pela Comissão.

CAPÍTULO 4 - DA COMPETÊNCIA

Artigo 5º – Ao presidente da Comissão de Captação compete:

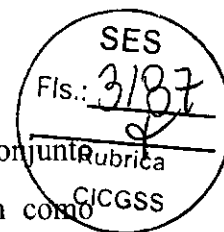
- I- Presidir as reuniões ordinárias;
- II- Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;
- III- Encaminhar aos membros consultores as propostas técnicas e administrativas de funcionamento da Comissão de Captação para apreciação e aprovação;
- IV- Representar a Comissão de Captação sempre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

Artigo 6º – À Comissão de Captação compete:

- I- Definir diretrizes institucionais e operacionais para o captação de doadores;
- II- Aprovar e promover a implantação de normatizações para captação interna e externa;
- III- Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações do Programa de Captação;
- IV- Divulgar e promover ações que viabilizem o cumprimento das ações aprovadas nas reuniões da comissão;
- V- Comunicar regularmente à direção e às chefias dos serviços de todo o ^{Hemorede}HEMOCENTRO as estatísticas dessas captação, promovendo seu amplo debate entre os colaboradores;

Artigo 7º – Compete aos membros executores:

- I- Elaborar, implementar e manter um programa de captação de doadores;
- II- Elaborar e divulgar relatórios mensais do números de doadores na coleta Interna e Externa conforme sua definição (Convocado, Vinculado, Espontâneo (Voluntario));
- IV- Sugerir medidas que resultem no aumento das doações no HEMOCENTRO;
- V- Propor e colaborar com os setores de treinamento no desenvolvimento de programa de capacitação de recursos humanos nas questões ou temas que possibilitem o aumento dessa captação de doadores;



VI- Elaborar, propor e implementar programas de divulgação e campanhas de doação, em conjunto com os diversos setores HEMOCENTRO -GO que estejam envolvidos, visando, bem como supervisionar a sua aplicação;

Artigo 8º – Compete aos membros consultores:

- I- Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Captação
- II- Sugerir e participar das discussões a respeito de medidas de captação de doadores a ser implementadas pelos membros executores;
- III- Colaborar com os Membros Executores, promovendo a divulgação e o cumprimento das medidas de captação dentro de suas respectivas áreas de atuação.

CAPÍTULO 5 - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 9º – A Comissão de Captação será presidida por uma assistente social, nomeado através de portaria interna pela diretoria executiva.

Parágrafo único – por experiência comprovada entende-se o cumprimento dos itens abaixo:

- a) Participação como membro efetivo ou ter trabalhado em Banco de Sangue;
- b) Ter frequentado cursos especializados ou treinamento na área em questão;
- c) Participação em campanhas de doação de sangue;

I- A carga horária mínima do assistente social será de 6 horas diárias.

CAPÍTULO 6 - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 10º – São atribuições da Assistente Social (Membro Executor):

- I- Fornecer estatística mensal dos números de doadores aptos e inaptos;
- II- Participar da palestras e campanhas de doação de sangue, junto com os demais membros do grupo executor;
- III- Providenciar materiais para campanhas de doação de sangue;

- IV- Participar da elaboração dos programas para captação de doador junto aos meios de comunicação e sociedade em geral;
- V- Programar e elaborar programas educativos relacionados captação de doadores para equipe multiprofissional e familiares de pacientes;
- VI- Participar de projetos relacionados a doação;
- VII- Participar de visita em empresas para divulgação de campanhas de doação de sangue;
- VIII- Elaborar protocolos junto a equipe de enfermagem para captação de doadores junto aos familiares dos pacientes, com a finalidade de melhorar estoque de sangue;

Artigo 11º – São atribuições do Enfermeiro (Membro Executor):

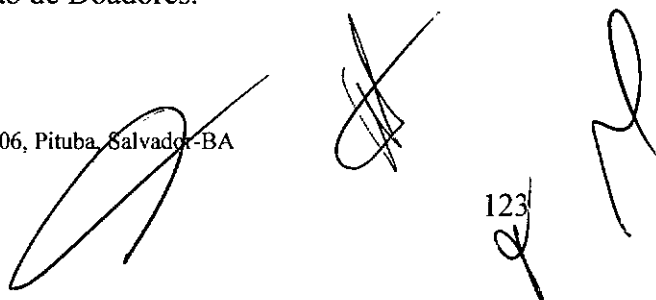
- I- Assessorar e colaborar com as equipes das unidades envolvidas e demais membros executores;
- II- Assessorar a Diretoria Clínica sobre as questões relativas a captação de sangue junto com assistente social;
- III- Participar das discussões sobre divulgação de campanhas de doação do HEMOCENTRO;
- IV- Participar de projetos de captação de doadores de sangue;
- V- Elaborar, em conjunto com a assistente social nas unidades de internação, os protocolos para captação de doares junto aos familiares dos pacientes, com a finalidade de melhorar estoque de sangue;
- VI- Atuar na captação de doadores em reuniões, aulas, educação em serviço e campanhas;
- VII- Assistir as áreas de apoio referentes a captação de doadores;

CAPÍTULO 7 - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 12º – A Comissão de captação de Doadores funciona das 08 às 17 horas, de segunda a sexta-feira, contando para isso com um técnico administrativo.

Artigo 13º – As reuniões da Comissão de captação de Doadores são realizadas mensalmente, na sala de reuniões da divisão de enfermagem, com agendamento anual, convocadas pelo Presidente.

Artigo 14º – As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário e poderão ser solicitadas por qualquer membro da Comissão de Captação de Doadores.



123

Artigo 15º – Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 16º – Nenhum membro da Comissão de Captação de Doadores, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão, sem que par a isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas ou para emissão de notas oficiais a imprensa escrita ou falada.

Artigo 17º – A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, poderá ser alterado o presente Regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Executiva.

Artigo 18º – Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação

Cronograma Anual de Atividade

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADE DA COMISSÃO DE CAPTAÇÃO DE DOADORES												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da Comissão	■											
Revisão do Regimento Interno			■									
Reuniões Ordinárias	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaboração de campanhas de Doação			■			■			■			■

COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Proposta de regimento/proposta de constituição/cronograma de atividade anual

Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários é um órgão coligado ao HEMOCENTRO, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, que tem por objetivo analisar e acompanhar os prontuários médicos. Tem as seguintes finalidades de zelar pela integridade das informações e registros que permitam o acompanhamento longitudinal das patologias estudadas, subsidiando o ensino e a pesquisa; zelar pelo cumprimento correto e sistemático das normas de natureza técnica e administrativa, relativas ao prontuário médico; verificar o padrão do atendimento que vem sendo dado aos pacientes; apreciar os resultados das diferentes condutas; analisar a eficiência dos Serviços Médicos; sugerir medidas para a melhoria do padrão de assistência; orientar e não fiscalizar a atuação dos profissionais; analisar impressos e sugerir modificações; e levantar e propor parâmetros de resultados.

Sua regulamentação se dá pela Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM 1638/2002.

Proposta de Constituição

A constituição da Comissão de Avaliação e Revisão de Prontuários poderá ser nomeada pela direção da instituição (diretor clínico e diretor técnico) ou eleita pelo corpo clínico. O mandato será de 24 (vinte e quatro) meses, podendo ser renovável conforme definição da Direção Administrativa, em comum acordo com a Direção Técnica e Clínica e será composta pelos seguintes membros:

- 03 (três) membros médicos;
- 01 (um) membro enfermeiro;
- 01 (um) membro da direção administrativa;
- 01(um) membro de Serviço de Arquivo Médico.

REGIMENTO INTERNO
COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS
HEMOCENTRO

CAPÍTULO I - DA DEFINIÇÃO

Artigo 1º – A Comissão de Análise e Revisão de Prontuário do ~~HEMOCENTRO~~ ^{Hemovide Pública} é um órgão ^{do} GO-HEMOCENTRO, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, de assessoria diretamente vinculada à Direção Administrativa da instituição, que tem por objetivo analisar e acompanhar os prontuários médicos.

CAPÍTULO II - DA FINALIDADE

Artigo 2º – Atender a resolução do CFM nº 1.638 de 10 de julho de 2.002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Artigo 3º – A Comissão de Revisão de Prontuários Médicos, tem as seguintes finalidades:

- *Zelar pela integridade das informações e registros que permitam o acompanhamento longitudinal das patologias estudadas subsidiando o ensino e a pesquisa;
- *Zelar pelo cumprimento correto e sistemático das normas de natureza técnica e administrativa, relativas ao prontuário médico;
- *Verificar o padrão do atendimento que vem sendo dado aos pacientes;
- *Apreciar os resultados das diferentes condutas;
- *Analisar a eficiência dos serviços médicos;
- *Sugerir medidas para a melhoria do padrão de assistência;
- *Orientar e não fiscalizar a atuação dos profissionais;
- *Analisar impressos e sugerir modificações e levantar e propor parâmetros de resultados.

Artigo 4º – Conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM 1638/2002, compete à Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, observando os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

*A identificação do paciente com nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

*Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

*Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais foi submetido e a identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

*Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;

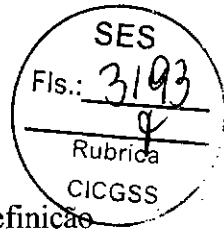
*Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 5º – A composição deverá ser:

- *03 (três) membros médicos;
- *01 (um) membro enfermeiro;
- *01 (um) membro da direção administrativa;
- *01 (um) membro do Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

Artigo 6º – Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades por tempo a ser definido pela Diretoria Administrativa em comum acordo com a Diretoria Técnica.



CAPÍTULO IV - DO MANDATO

Artigo 7º – O mandato será de 24 (vinte e quatro) meses, podendo ser renovável conforme definição da Direção Administrativa em comum acordo com a Direção Técnica e Clínica.

Artigo 8º – A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria pela Direção Administrativa a cada 02 (dois) anos em local visível e de fácil acesso bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Artigo 9º – O presidente da comissão, assim como todos os membros serão nomeados pela Direção Administrativa da instituição, bem como os cargos de vice-presidente e secretário, em comum acordo com a Direção Técnica e Clínica.

Parágrafo Único: o presidente da comissão deverá ser obrigatoriamente médico.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Artigo 10º – As reuniões acontecerão mensalmente em data prefixada pela comissão, na primeira reunião anual.

Parágrafo Único: Além das reuniões ordinárias mensais, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice Presidente.

Artigo 11º – A ausência de um membro em 02 (duas) reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 03 (três) reuniões alternadas sem justificativa, durante 12 (doze) meses, gerará sua exclusão automática.

Artigo 12º – Na ausência do Presidente, o Vice-presidente assume suas funções. Na ausência do vice-presidente cabe ao Secretário presidir a reunião.

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

Artigo 14º – Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 15º – As reuniões da comissão deverão ser registradas em atas e arquivadas contendo data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 16º – Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 17º – São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário Médico:

I– A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

*Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento;

*Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no Conselho de Classe;

*Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora;

*Criar e aprovar normas que regulamente o fluxo de prontuários da instituição;

*Tipo de Alta;

II – Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando à qualidade dos mesmos;

III – Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;

AS COMISSÕES

As Comissões serão constituídas e registradas em Ata de Constituição:

Ata de Instalação da Comissão	
Ata número.....da	reunião realizada
aos.....dias do mês dedo	ano de
.....no	HEMOCENTRO, com a
presença.....tendo como pauta a	Instalação da
Comissão.....	
Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a reunião.....da	
qual eu,, na qualidade de	
secretário (a), lavrei a presente ata, que dato e assino, após ser assinada pelos demais	
membros.	

A) COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE (CCISS)

Proposta de regimento/proposta de constituição/cronograma de atividade anual

Comissão de Controle de Infecção HEMOCENTRO – CCISS

É um órgão deliberativo que tem por finalidade a definição de ações que visam o controle e a prevenção de infecções. Conta para tanto com a atuação do Serviço de Controle de Infecção HEMOCENTRO (SCISS), que garante o desenvolvimento das ações programadas de Controle de Infecções, com vista à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções. Sua regulamentação se dá pela Portaria do Ministério da Saúde MS 2616/98.

Proposta de Constituição

A constituição da Comissão de Controle de Infecção – CCISS se dará com os seguintes membros:

Núcleo Executivo

End. Av. Professor Magalhães Neto, nº. 1856, SI 806, Pituba, Salvador-BA

- IX- Programar e elaborar programas educativos relacionados ao controle de infecção para equipe multiprofissional da área ~~HEMOCENTRO~~; *de Hemoterapia.*
- X- Participar de projetos de pesquisa em controle de infecções;
- XI- Realizar treinamentos para a equipe da área da saúde quanto a prevenção de infecção e a prevenção acidentes com material contaminado;
- XII- Realizar auditoria para avaliar o cumprimento do Programa de Controle de Infecção (PCISS);
- XIII- Dar parecer técnico quanto à aquisição de material e equipamento médico;
- XIV- Participar das discussões de construção ou reforma na área física do HEMOCENTRO, quando solicitado pela administração;
- XV- Dar parecer técnico quanto ao reprocessamento de artigo médico;
- XVI- Participar de visita técnica e emitir parecer técnico na contratação de empresa prestadora de serviço;
- XVII- Participar de grupos de interesse para o controle das infecções como: grupo de feridas, cateter, reusa, etc.;
- XVIII- Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria nº 2616/98 do Ministério da Saúde e as demais em vigência.

Artigo 11º – São atribuições do médico (Membro Executor):

- I- Assessorar a investigação epidemiológica em colaboração com as equipes das unidades envolvidas e demais membros executores;
- II- Proceder a investigação epidemiológica dos surtos ou suspeitas de surtos, em colaboração com os demais membros executores;
- III- Recomendar e suspender isolamentos para pacientes na área do HEMOCENTRO, de acordo com as normas de isolamento padronizadas pela CCISS; *?*
- IV- Assessorar a Diretoria Clínica sobre as questões relativas ao controle de infecções; *Unidades da Hemoneck*
- V- Participar das discussões de construção ou reforma na área física do ~~HEMOCENTRO~~, quando solicitado pela administração;
- VI- Periodicamente fazer revisão nas Normas de Prevenção de Controle de Infecção;
- VII- Participar de projetos de pesquisa em controle de infecções;
- VIII- Manter-se atualizado nas questões relativas ao controle de infecções e uso de antimicrobianos;

- IX- Elaborar, em conjunto com as unidades de internação, os protocolos para consumo antimicrobianos, com a finalidade de racionalizar e melhorar o consumo em cada unidade;
- X- Executar o programa de uso racional de antimicrobianos;
- XI- Divulgar periodicamente os perfis microbiológicos e de sensibilidade dos diversos setores do HEMOCENTRO;
- XII- Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCISS;
- XIII- Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria nº 2616/98 do Ministério da Saúde e as demais em vigência;
- XIV- Atuar na prevenção e controle de infecções através de reuniões, aulas e educação em serviço;
- XV- Assistir as áreas de apoio nos problemas referentes ao controle das infecções;
- XVI- Capacitar os profissionais de saúde para o controle das infecções.

Artigo 12º – A Farmácia do HEMOCENTRO subsidiará a CCISS nos seguintes quesitos:

- I- Monitorar o consumo de antimicrobianos, em especial aqueles mais tóxicos e mais caros;
- II- Elaborar relatórios sobre o consumo, custos e frequência de uso de antimicrobianos;
- III- Elaborar rotinas para uso de antimicrobianos, em comum acordo com a CCISS e o corpo clínico, especialmente antibioticoprofilaxia em cirurgia e antimicrobianos especiais e não padronizados;
- IV- Rever anualmente a padronização dos antimicrobianos HEMOCENTRO, em conjunto com a CCISS;
- V- Participar da investigação dos casos suspeitos de contaminação por soluções parenterais e outros;
- VI- Participar da padronização e formulação das soluções germicidas, bem como do uso e controle interno da qualidade destes produtos;
- VII- Participar de visita técnica e emitir parecer técnico na contratação de empresa prestadora de serviço, como farmácia de preparo de nutrição parenteral.

CAPÍTULO 7 - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 13º – A secretaria da CCISS funciona das 08h30min às 17h30min horas, de segunda a sexta-feira, contando para isso com um técnico administrativo.

AS COMISSÕES

As Comissões serão constituídas e registradas em Ata de Constituição:

Ata de Instalação da Comissão			
Ata número.....	da	reunião	realizada
aos.....	dias	do mês de	do ano de
.....	no	HEMOCENTRO,	com a
presença.....	tendo	como pauta	a Instalação da
Comissão.....			
Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a reunião.....da			
qual eu,, na qualidade de			
secretário (a), lavrei a presente ata, que dato e assino, após ser assinada pelos demais			
membros.			

A) COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE (CCISS)

Proposta de regimento/proposta de constituição/cronograma de atividade anual

Comissão de Controle de Infecção HEMOCENTRO – CCISS

É um órgão deliberativo que tem por finalidade a definição de ações que visam o controle e a prevenção de infecções. Conta para tanto com a atuação do Serviço de Controle de Infecção HEMOCENTRO (SCISS), que garante o desenvolvimento das ações programadas de Controle de Infecções, com vista à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções.

Sua regulamentação se dá pela Portaria do Ministério da Saúde MS 2616/98.

Proposta de Constituição

A constituição da Comissão de Controle de Infecção – CCISS se dará com os seguintes membros:

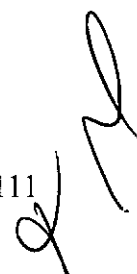
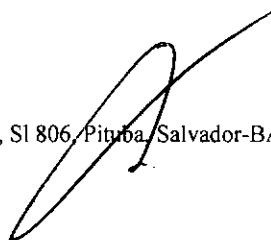
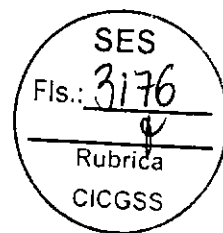
Núcleo Executivo

End. Av. Professor Magalhães Neto, nº. 1856, Sl 806, Pituba, Salvador-BA

- 01 médico infectologista;
- 01 enfermeiro.

Núcleo Consultivo:

- 01 representante dos serviços médicos;
- 01 representante do serviço de enfermagem;
- 01 representante do serviço de farmácia;
- 01 representante do laboratório de microbiologia;
- 01 representante da administração.



REGIMENTO INTERNO**COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO – CCISS**~~HEMOCENTRO-GO~~
Hemorede Pública**CAPÍTULO 1 - DEFINIÇÃO**

Hemorede Pública

Artigo 1º – A Comissão de Controle de Infecção – CCISS do ~~HEMOCENTRO~~ é de natureza técnico científica, permanente, tratando-se de um órgão deliberativo que tem por finalidade a definição de ações que visem o controle e a prevenção de infecções. Conta para tanto com a atuação do Serviço de Controle de Infecção (SCISS), que garante o desenvolvimento das ações programadas de controle de infecções, com vista à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções.

CAPÍTULO 2 - DAS FINALIDADES

Artigo 2º – A Comissão tem a finalidade de desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações do Programa de Controle de Infecção.

CAPÍTULO 3 - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º – As ações do Programa de Controle de Infecção serão realizadas pelos membros executores (grupo executor) desta Comissão, indicados para este fim pela Diretoria Executiva da Instituição.

Artigo 4º – A CCISS é composta por:

I) Membros Executores (compõem o Serviço de Controle de Infecção):

- médico infectologista;
- enfermeiro com conhecimentos específicos na área de controle de infecção.

II) Membros Consultores (compõem o Grupo Normativo):

- 01 representante dos serviços médicos;

- 01 representante do serviço de enfermagem;
- 01 representante do serviço de farmácia;
- 01 representante do laboratório de microbiologia;
- 01 representante da administração.

Parágrafo Único: Compete aos Membros Executores o cumprimento e a execução das rotinas estabelecidas pela Comissão.

CAPÍTULO 4 - DA COMPETÊNCIA

Artigo 5º – Ao presidente da CCISS compete:

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

Artigo 6º – À CCISS compete:

- I- Definir diretrizes institucionais e operacionais para o controle de infecções;
- II- Aprovar e promover a implantação de normatizações para a prevenção e controle das infecções;
- III- Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações do Programa de Controle de Infecção;
- IV- Sugerir prioridade de ação para o controle das infecções;
- V- Divulgar e promover ações que viabilizem o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões da comissão;
- VI- Avaliar periodicamente os dados referentes à ocorrência de infecções, apresentados pelos Membros Executores;
- VII- Comunicar regularmente à direção e às chefias dos serviços de todo o HEMOCENTRO a situação do controle das infecções, promovendo seu amplo debate entre a comunidade HEMOCENTRO; *Hemorede.*

VIII- Cooperar com a ação de fiscalização do Serviço de Vigilância Sanitária do órgão municipal ou estadual;

IX- Notificar ao Serviço de Vigilância local, casos ou surtos, confirmados ou suspeitos de infecção, associadas à utilização de insumos e produtos industrializados.

Artigo 7º – Compete aos membros executores:

I- Elaborar, implementar e manter um programa de vigilância e controle de infecções;

II- Elaborar e divulgar relatórios mensais sobre os principais indicadores epidemiológicos relacionados ao controle de infecções;

III- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, instituindo as medidas de controle necessárias;

IV- Sugerir medidas que resultem na prevenção ou controle das infecções;

V- Propor e colaborar com os setores de treinamento no desenvolvimento de programa de capacitação de recursos humanos nas questões ou temas que possibilitem o controle e a prevenção das infecções;

VI- Elaborar, propor e implementar normas e rotinas técnico – administrativas, em conjunto com os diversos setores HEMOCENTRO -GO que estejam envolvidos, visando o controle e a profilaxia das infecções, bem como supervisionar a sua aplicação;

VII- Desenvolver um programa de controle do uso de antimicrobianos, em colaboração com os vários setores;

VIII- Participar da Comissão de Padronização de Medicamentos;

IX- Promover a notificação e providenciar o envio, aos órgãos competentes, dos registros das doenças de notificação compulsória e auxiliar na sua investigação epidemiológica.

Artigo 8º – Compete aos membros consultores:

I- Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da CCISS

II- Sugerir e participar das discussões a respeito de medidas de controle de infecção a ser implementadas pelos membros executores;

III- Colaborar com os Membros Executores, promovendo a divulgação e o cumprimento das medidas de controle de infecções dentro de suas respectivas áreas de atuação.

CAPÍTULO 5 - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 9º – A CCISS será presidida por um médico infectologista ou médico com experiência comprovada na área de controle de Infecção, nomeado através de portaria interna pela diretoria executiva.

Parágrafo único – por experiência comprovada entende-se o cumprimento dos itens abaixo:

- a) Participação como membro efetivo da CCISS por período mínimo de 3 anos;
- b) Ter frequentado cursos especializados ou treinamento prático em controle de infecções, ministrado por órgãos públicos ou credenciados;
- c) Participação de eventos científicos relacionados à infecções, tais como congressos, simpósios, jornadas, etc.;
- d) Ter produção científica na área (comunicações em congressos, publicações em revistas científicas, teses, etc.).

I- A carga horária mínima de cada médico será de 12 horas semanais;

II- A carga horária mínima do enfermeiro será de 6 horas diárias.

CAPÍTULO 6 - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 10º – São atribuições do enfermeiro (Membro Executor):

I- Realizar vigilância das infecções através do método de busca ativa;

II- Fornecer a taxa mensal de infecção das unidades sob vigilância;

III- Recomendar e suspender isolamentos para pacientes na área, de acordo com as normas de isolamento padronizadas pela CCISS;

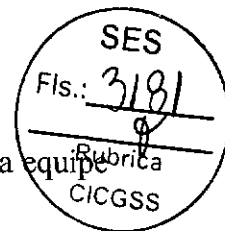
IV- Participar da investigação de surtos de infecção, junto com os demais membros do grupo executor;

V- Coletar materiais suspeitos de contaminação para investigação;

VI- Normatizar junto com outros membros do grupo executor o uso de germicidas;

VII- Participar da elaboração de normas para prevenção e controle das infecções;

VIII- Fazer revisão das Normas de Prevenção de Controle de Infecção periodicamente;



- IX- Programar e elaborar programas educativos relacionados ao controle de infecção para equipe multiprofissional da área ~~HEMOCENTRO~~; de *Hemoterapia*.
- X- Participar de projetos de pesquisa em controle de infecções;
- XI- Realizar treinamentos para a equipe da área da saúde quanto a prevenção de infecção e a prevenção acidentes com material contaminado;
- XII- Realizar auditoria para avaliar o cumprimento do Programa de Controle de Infecção (PCISS);
- XIII- Dar parecer técnico quanto à aquisição de material e equipamento médico;
- XIV- Participar das discussões de construção ou reforma na área física do HEMOCENTRO, quando solicitado pela administração;
- XV- Dar parecer técnico quanto ao reprocessamento de artigo médico;
- XVI- Participar de visita técnica e emitir parecer técnico na contratação de empresa prestadora de serviço;
- XVII- Participar de grupos de interesse para o controle das infecções como: grupo de feridas, cateter, reusa, etc.;
- XVIII- Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria nº 2616/98 do Ministério da Saúde e as demais em vigência.

Artigo 11º – São atribuições do médico (Membro Executor):

- I- Assessorar a investigação epidemiológica em colaboração com as equipes das unidades envolvidas e demais membros executores;
- II- Proceder a investigação epidemiológica dos surtos ou suspeitas de surtos, em colaboração com os demais membros executores;
- III- Recomendar e suspender isolamentos para pacientes na área do HEMOCENTRO, de acordo com as normas de isolamento padronizadas pela CCISS; *?*
- IV- Assessorar a Diretoria Clínica sobre as questões relativas ao controle de infecções; *Unidades da Hemoneck*
- V- Participar das discussões de construção ou reforma na área física do ~~HEMOCENTRO~~, quando solicitado pela administração;
- VI- Periodicamente fazer revisão nas Normas de Prevenção de Controle de Infecção;
- VII- Participar de projetos de pesquisa em controle de infecções;
- VIII- Manter-se atualizado nas questões relativas ao controle de infecções e uso de antimicrobianos;

- IX- Elaborar, em conjunto com as unidades de internação, os protocolos para consumo antimicrobianos, com a finalidade de racionalizar e melhorar o consumo em cada unidade;
- X- Executar o programa de uso racional de antimicrobianos;
- XI- Divulgar periodicamente os perfis microbiológicos e de sensibilidade dos diversos setores do HEMOCENTRO;
- XII- Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCISS;
- XIII- Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria nº 2616/98 do Ministério da Saúde e as demais em vigência;
- XIV- Atuar na prevenção e controle de infecções através de reuniões, aulas e educação em serviço;
- XV- Assistir as áreas de apoio nos problemas referentes ao controle das infecções;
- XVI- Capacitar os profissionais de saúde para o controle das infecções.

Artigo 12º – A Farmácia do HEMOCENTRO subsidiará a CCISS nos seguintes quesitos:

- I- Monitorar o consumo de antimicrobianos, em especial aqueles mais tóxicos e mais caros;
- II- Elaborar relatórios sobre o consumo, custos e frequência de uso de antimicrobianos;
- III- Elaborar rotinas para uso de antimicrobianos, em comum acordo com a CCISS e o corpo clínico, especialmente antibioticoprofilaxia em cirurgia e antimicrobianos especiais e não padronizados;
- IV- Rever anualmente a padronização dos antimicrobianos HEMOCENTRO, em conjunto com a CCISS;
- V- Participar da investigação dos casos suspeitos de contaminação por soluções parenterais e outros;
- VI- Participar da padronização e formulação das soluções germicidas, bem como do uso e controle interno da qualidade destes produtos;
- VII- Participar de visita técnica e emitir parecer técnico na contratação de empresa prestadora de serviço, como farmácia de preparo de nutrição parenteral.

CAPÍTULO 7 - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 13º – A secretaria da CCISS funciona das 08h30min às 17h30min horas, de segunda a sexta-feira, contando para isso com um técnico administrativo.

IV – Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas;

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

VI – Desenvolver atividades de caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à instituição.

Artigo 18º – São atribuições do Presidente da Comissão:

- *Convocar e presidir as reuniões;
- *Indicar seu vice-presidente;
- *Representar a comissão junto à diretoria da instituição, ou indicar seu representante;
- *Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- *Fazer cumprir o Regimento.

Parágrafo Único: Nas decisões da Comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

Artigo 19º – As atribuições do Vice-presidente serão assumir as atividades do Presidente na sua ausência.

Artigo 20º – São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

- *Organizar a ordem do dia;
- *Receber e protocolar os processos e expedientes;
- *Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- *Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente;
- *Organizar e manter o arquivo da Comissão;
- *Preparar a correspondência;
- *Realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas ao serviço desta secretaria;
- *Solicitar ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística, todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 (vinte e quatro) horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 21º – A Comissão de Avaliação e Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Artigo 22º – Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRP, em conjunto com o Diretor Técnico e Diretor Clínico da Instituição.

Artigo 23º – Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Artigo 24º – O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovado pelo Conselho Administrativo, revogadas as disposições em contrário.

Cronograma Anual de Atividade

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADE DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da Comissão	■											
Revisão do Regimento Interno			■									
Reuniões Ordinárias	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Resultados Positivos			■									

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Proposta de regimento/proposta de constituição/cronograma de atividade anual



Comissão de Ética Médica – CEM

A Comissão de Ética Médica – CEM constitui por delegação do Conselho Federal de Medicina – CFM, uma atividade da instituição médica, estando a ele vinculada. Têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina em sua área de abrangência. Compete a CEM supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitando os preceitos éticos e legais.

Sua regulamentação se dá pela Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM 1657/2002.

Proposta de Constituição

A constituição da Comissão de Ética Médica – CEM se dará através de convocação do Diretor Clínico, por meio de eleição do corpo clínico HEMOCENTRO, para um mandato de 30 (trinta) meses, dos seguintes membros:

- 01 presidente;
- 01 secretário;
- 03 médicos efetivos;
- 03 médicos suplentes.

REGIMENTO INTERNO
COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA
HEMOCENTRO

CAPÍTULO I
DAS DEFINIÇÕES

Artigo 1º – A Comissão de Ética Médica – CEM constitui por delegação do Conselho Federal de Medicina, uma atividade da instituição médica, estando a ele vinculada. Têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina em sua área de abrangência. Compete a CEM supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, que respeitem os preceitos éticos e legais.

Artigo 2º – A Comissão de Ética Médica será composta por membros efetivos e membros suplentes, eleitos dentre o corpo clínico do **HEMOCENTRO**, sendo um Presidente e um Secretário, ambos os membros titulares.

I- Os membros titulares poderão solicitar a participação dos membros suplentes no desenvolvimento dos trabalhos;

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

CAPÍTULO II
DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 3º – A todos os membros da Comissão de Ética Médica compete:

I- Eleger o Presidente e o Secretário;

II- Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;

III- Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica prevista neste Regimento;

End. Av. Professor Magalhães Neto, nº. 1856, SI 806, Pituba, Salvador-BA

IV- Garantir o exercício do amplo direito de defesa para aqueles que vierem a responder a sindicâncias.

Artigo 4º – A Comissão de Ética Médica reunir-se-á uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo Presidente.

I- A Comissão de Ética Médica poderá deliberar com a presença da maioria simples de seus membros;

II- As deliberações da Comissão de Ética Médica serão tomadas por maioria simples de votos.

CAPÍTULO III DAS ATRIBUIÇÕES DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Artigo 5º – São atribuições da Comissão de Ética Médica:

I- Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da instituição;

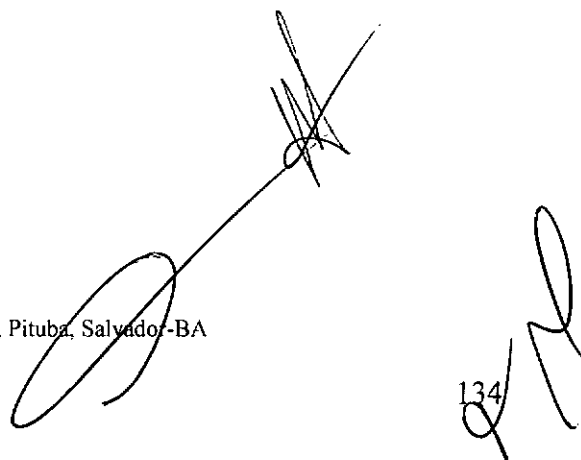
II- Verificar as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, sugerindo modificações que venham julgar necessárias;

III- Denunciar às instâncias superiores, inclusive ao Conselho Regional de Medicina, as eventuais más condições de trabalho na instituição;

IV- Colaborar com o Conselho Regional de Medicina divulgando resoluções, normas e pareceres;

V- Assessorar a diretoria clínica, administrativa e técnica da instituição, dentro de sua área de competência;

VI- Proceder sindicância a pedido de interessados, médicos, Delegacias do Conselho Regional de Medicina e do próprio Conselho ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição.



134

CAPÍTULO IV DO PROCESSO DE SINDICÂNCIA

Artigo 6º – As sindicâncias instauradas pela Comissão de Ética Médica obedecerão aos seguintes preceitos contidos neste regimento:

- I- Reclamação por escrito e devidamente identificada;
- II- Comunicação escrita do Diretor Clínico;
- III- Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;
- IV- Solicitação da Delegacia Regional do Conselho Regional de Medicina;
- V- Solicitação do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás – CRM-GO.

Parágrafo 1º: As peças deverão ser capeadas e organizadas em ordem cronológicas.

Parágrafo 2º: Se houver alguma denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá se afastar exclusivamente da sindicância.

Artigo 7º – Aberta a sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos concedendo-lhes um prazo de 15 (quinze) dias úteis após o recebimento do aviso, para apresentação de relatório escrito a cerca da questão, oportunidade em que será facultada a exibição do rol de testemunhas, garantindo-se a produção de todas as provas.

Parágrafo Único: As sindicâncias deverão ser concluídas no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, prorrogáveis por igual período a critério do Presidente, mediante solicitação justificada por escrito ao Conselho Regional de Medicina.

Artigo 8º – Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam: prontuários, fichas clínicas, ordens de serviços e outros, que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser complicados à Sindicância.

- I- O acesso a estes documentos são facultados somente às partes e a Comissão de Ética Médica;
- II- Toda e qualquer peça compilada à sindicância deverão ser capeadas, organizadas e numeradas em ordem cronológica e numérica.

Artigo 9º – O Presidente da Comissão de Ética Médica nomeará pelo menos um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Artigo 10º – Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas audiências dos envolvidos sobre a existência ou não de indícios de conduta antiética e/ou infração administrativa.

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

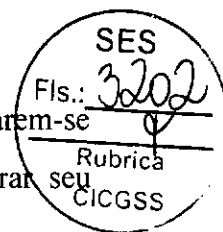
Artigo 11º – Estando evidenciada a existência de indícios de infração administrativa, o resultado deverá ser encaminhado ao Diretor Clínico, conforme previsão do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição, para que determine as providências a serem adotadas.

Artigo 12º – Havendo indícios de infração ético-profissional, cópia da sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás- CRM - GO, por se tratar do único órgão com competência para julgar infrações éticas neste Estado.

Artigo 13º – Os casos omissos serão avaliados e decididos em Sessão Plenária do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás- CRM - GO.

CAPÍTULO V DAS ELEIÇÕES

Artigo 14º – Os Membros da Comissão de Ética Médica serão eleitos dentre os integrantes do Corpo Clínico do HEMOCENTRO, obedecidas às normas regimentais, através de voto secreto e direto de seus pares. Os médicos que ocupam os cargos de diretores clínicos, administrativos e técnicos não podem candidatar-se a Comissão de Ética Médica.



Parágrafo Único – Os membros da Comissão de Ética Médica que posteriormente tomarem-se diretores clínicos, administrativos ou técnicos, deverão pedir afastamento enquanto durar seu mandato.

Artigo 15º – A Comissão que tiver cumprido o mandato, fará a escolha de uma Comissão Eleitoral que se responsabilizará pela organização, apuração e proclamação dos resultados do pleito.

Artigo 16º – As eleições para a Comissão de Ética Médica serão realizadas em data de acordo com as orientações do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás:

I- A convocação das eleições será feita através de Edital que deverá conceder um prazo mínimo de 15 (quinze) dias para as inscrições das chapas, o qual será encerrado em 48 (quarenta e oito) horas antes das eleições;

II- O processo eleitoral será aberto e encerrado pelo Presidente da Comissão Eleitoral ou por seu eventual substituto;

III- A apuração será realizada imediatamente após o encerramento do processo eleitoral, por escrutinadores nomeados pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados e acompanhados por fiscais das chapas concorrentes;

IV- Será considerada eleita, a chapa que obtiver o maior número de votos. A respectiva Ata Eleitoral deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás para os devidos assentamentos.

Artigo 17º – Os protestos e recursos contra e qualquer fato relativo ao processo eleitoral, deverão ser formalizados por escrito dentro de no máximo em 48 (quarenta e oito) horas após as eleições e encaminhadas em primeira instância à Comissão Eleitoral, em Segunda instância a Comissão de Ética Médica e por último às instâncias superiores (Conselho Regional de Medicina e Conselho Federal de Medicina).

Artigo 18º – Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral.

Artigo 19º – As Comissões de Ética Médica eleitas no período de 06 (seis) meses anteriores às eleições oficiais, serão automaticamente reconduzidas não necessitando nova eleição.

Artigo 20º – Os membros da Comissão de Ética Médica que deixarem de prestar serviços na instituição, serão automaticamente afastados de suas funções na Comissão.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 21º – Os integrantes eleitos da Comissão de Ética Médica desempenharão funções em caráter honorífico e prestarão serviços de grande relevância ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás.

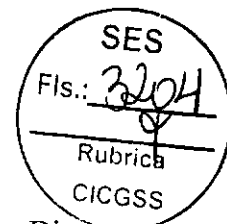
Artigo 22º – A Comissão de Ética Médica manterá sob caráter confidencial as informações recebidas.

Artigo 23º – O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão de Ética Médica, através da maioria absoluta de seus membros.

Artigo 24º – O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de aprovação pela Sessão Plenária da Comissão de Ética Médica.

Cronograma anual de atividade

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADE DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da Comissão*												
Revisão do Regimento Interno												
Reuniões Ordinárias												
Resultados Positivos												



*Nota: a eleição da Comissão de Ética Médica – CEM ocorre através de convocação do Diretor Clínico e de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM 1657/2002.

A handwritten signature or scribble consisting of several overlapping loops and lines.

A large handwritten signature on the left and a set of initials 'M' on the right, with the number '139' written below the initials.

COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

Proposta de regimento/proposta de constituição/cronograma de atividade anual

Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde do HEMOCENTRO é um órgão colegiado de caráter deliberativo, assessor da Diretoria Administrativa da instituição, constituído com a finalidade de organizar as regras de manipulação, gerenciamento, orientação, recolhimento, armazenamento, bem como de transporte, dos resíduos gerados no HEMOCENTRO.

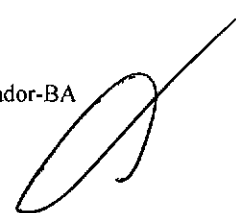
Unidades da Hemocentro Pública

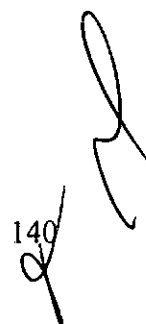
A normatização para a constituição da Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde é regulamentada de acordo com a RDC nº 306/2004 da ANVISA.

Proposta de Constituição

A constituição da Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde será nomeada pela Diretoria Administrativa do HEMOCENTRO e vinculada a departamentos que de alguma forma atuem em ambientes de trabalho relacionados à geração de resíduos. Farão parte desta Comissão pelo menos 01 (um) membro dos departamentos abaixo relacionados:

- Representante do corpo clínico (membro do CCINFECÇÕES/SCINFECÇÕES);
- Enfermeiro;
- Auxiliar ou técnico de enfermagem;
- Representante do departamento de limpeza;
- Representantes do pessoal de coleta interna e externa;
- Representante do departamento de lavanderia;
- Representante do departamento de manutenção.



140


REGIMENTO INTERNO
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE - GO -
HEMOCENTRO

CAPÍTULO I
DA DEFINIÇÃO E DA FINALIDADE

Artigo 1º – A Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde do ~~HEMOCENTRO~~ é um órgão colegiado de caráter deliberativo, assessor da Diretoria Administrativa da instituição, constituído com a finalidade de organizar as regras de manipulação, gerenciamento, orientação, recolhimento e armazenamento, bem como de transporte dos resíduos gerados no ~~GO - HEMOCENTRO~~. *Unidades da Hemorede Pública.*

Hemorede Pública

CAPÍTULO II
DA COMPOSIÇÃO

Artigo 2º – A Comissão será composta por membros nomeados pela Diretoria Administrativa do HEMOCENTRO e vinculados a departamentos, que de alguma forma, atuem em ambientes de trabalho relacionados a resíduos, sendo constituída por pelo menos 01 (um) representante dos departamentos abaixo relacionados:

1. Representante do corpo clínico (membro do CCINFECCÕES/SCINFECCÕES);
2. Enfermeiro;
3. Auxiliar ou técnico de enfermagem;
4. Representante do departamento de limpeza;
5. Representantes do pessoal de coleta interna e externa;
6. Representante do departamento de lavanderia;
7. Representante do departamento de manutenção.

Artigo 3º – O período de gestão do mandato da comissão é de 02 (dois) anos, podendo os membros integrantes da Comissão a ser reindicados.

Artigo 4º – O Presidente e o Vice-presidente da Comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor Técnico da instituição.

Artigo 5º – O Secretário será nomeado pelo Presidente da Comissão.

Artigo 6º – Ao Presidente da Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde, compete:

1. Presidir as reuniões, coordenar os debates, tomar os votos e votar;
2. Emitir votos de qualidade, nos casos de empate;
3. Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias;
4. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Parágrafo Único: O Presidente da Comissão poderá ser substituído, por ato de ofício do Diretor Administrativo, ou mediante solicitação encaminhada pelos membros da Comissão, contendo indicação do substituto.

Artigo 7º – São atribuições do Vice-presidente:

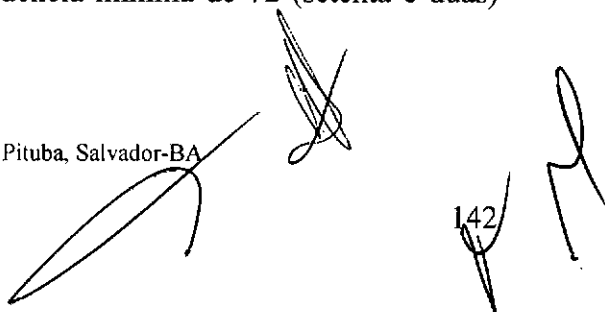
1. Assumir as atividades do Presidente na sua ausência;
2. Fazer cumprir todas as atribuições do Presidente quando na ausência do mesmo.

Artigo 8º – Compete à Secretaria Executiva da Comissão:

1. Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;
2. Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais membros;
3. Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão;
4. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Artigo 9º – Compete aos membros da Comissão:

1. Participar das reuniões, debatendo e votando as matérias em exame;
2. Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas serem entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 72 (setenta e duas) horas antes da reunião;



3. Requisitar à Secretaria Executiva, à Presidência da Comissão e aos demais membros informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;
4. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

CAPÍTULO III DO FUNCIONAMENTO E DA ORGANIZAÇÃO

Artigo 10º – Deverá ocorrer ordinariamente 01 (uma) vez por mês, com data, local e horário, previamente definidos e informados.

Parágrafo Único: Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Clínico, Diretor Técnico, pelo Presidente ou Vice-Presidente da Comissão.

Artigo 11º – O Secretário deverá estabelecer previamente a pauta da reunião, informando aos membros os assuntos a serem debatidos.

Artigo 12º – O profissional que se ausentar em 03 (três) reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 06 (seis) reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 (doze) meses será excluído.

Artigo 13º – As reuniões poderão ser realizadas mesmo na ausência do Presidente ou de seu Vice-presidente. Nestas situações a coordenação da reunião ficará a cargo do membro com maior idade entre os presentes.

Artigo 14º – As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 15º – As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Deverá ser encaminhada cópia da ata para a Diretoria Técnica e Administrativa da instituição.

CAPÍTULO IV DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 16º – Compete a Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde:

1. Normatizar as rotinas de armazenamento e descarte de todos os tipos de resíduos gerados na instituição;
2. Coordenar a elaboração do plano de gerenciamento de resíduos da instituição adequando-o às formas da lei específica;
3. Coordenar a elaboração e implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;
4. Orientar a comunidade do HEMOCENTRO no que tange a manipulação de resíduos;
5. Em caso de acidente envolvendo resíduos, tomar decisões, visando minimizar os impactos, e avaliar se a causa foi desinformação ou negligência;
6. Divulgar à comunidade, a política de gerenciamento de resíduos e manter uma rotina de educação e orientação quanto ao gerenciamento dos resíduos gerados na instituição por meio de cursos, manuais, palestras, vídeos, cartazes, etc.;
7. Representar a instituição junto a institutos, órgãos de controle sanitário e limpeza pública e outros ligados ao gerenciamento de resíduos com a anuência da presidência da Comissão de forma acordada com a Diretoria Administrativa;
8. Estabelecer um programa de atividades e metas para o gerenciamento dos resíduos definindo prazos a serem cumpridos;
9. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde – PGRSS;
10. Instituir grupos de trabalho;
11. Avaliar e deliberar acerca das recomendações expedidas pelos grupos de trabalho.

CAPÍTULO V DAS DELIBERAÇÕES

Artigo 17º – As deliberações da Comissão deverão ser tomadas com quórum mínimo de maioria simples dos presentes, cabendo ao Presidente o voto de qualidade, para pautas previamente especificadas.

Parágrafo 1º: Para a deliberação de pautas previamente especificadas, não estando presentes o quórum mínimo, a votação iniciará 15 (quinze) minutos após o horário designado para a reunião.

Parágrafo 2º: Para assuntos gerais, a reunião será instalada com qualquer quórum.

Parágrafo 3º: As decisões normativas terão a forma de resolução, numeradas de forma sequencial e divulgadas em veículo interno de grande circulação.

CAPÍTULO VI DOS GRUPOS DE TRABALHO

Artigo 18º – Dadas as especificidades e urgências dos assuntos em pauta, poderão ser criados grupos de trabalhos específicos, visando ao aprofundamento e encaminhamento de propostas à Comissão.

Artigo 19º – Os grupos de trabalho terão agenda própria, preservadas as datas das reuniões regulares da comissão.

Artigo 20º – Os grupos de trabalho deverão eleger, entre seus membros, um Coordenador.

Artigo 21º – Os grupos de trabalho deverão apresentar semestralmente, um relatório das atividades, para que a Comissão avalie o andamento dos trabalhos.

Artigo 22º – As decisões dos grupos não poderão ser aplicadas sem homologação da maioria dos membros da Comissão em reunião ordinária.

Artigo 23º – Os grupos de trabalho, poderão a seu critério, convidar pessoas que possam colaborar para otimizar os trabalhos internos.

Parágrafo Único: Será permitida a participação dos colaboradores, a título de convidados, com direito a voz, e sem direito a voto.

Artigo 24º – Os grupos de trabalho poderão ter no máximo 04 (quatro) membros da Comissão, sendo que estes deverão solicitar sua inclusão em um dos grupos.

Artigo 25º – Os trabalhos dos grupos terão sua duração fixada pela Comissão, a qual poderá ainda, determinar a alteração da composição dos mesmos, conforme sua conveniência.

Artigo 26º – Os membros que faltarem a 03 (três) reuniões ordinárias consecutivas ou 05 (cinco) intercaladas, sem justificativa, serão automaticamente excluídos da Comissão.

Artigo 27º – Ficam desde já instituídos os seguintes Grupos de Trabalho:

1. Grupo de Trabalho - Infectantes;
2. Grupo de Trabalho - Químicos;
3. Grupo de Trabalho - Radioativos;
4. Grupo de Trabalho - Comuns;
5. Grupo de Trabalho - Recicláveis

CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 28º – Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde, em conjunto com o Diretor Clínico e Diretor Técnico da instituição.

Artigo 29º – Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Artigo 30º – O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovado pelo Conselho Administrativo, revogadas as disposições em contrário.

Cronograma Anual de Atividade

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADE DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da Comissão	■											
Revisão do Regimento Interno			■									
Reuniões Ordinárias	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaboração de protocolos			■									
Resultados Positivos				■								

147

COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

Proposta de regimento/proposta de constituição/cronograma de atividade anual

Comissão de Ética em Enfermagem – CEE

A Comissão de Ética de Enfermagem – CEE constitui por delegação do Conselho Regional de Enfermagem – COFEN, uma atividade da instituição, estando a ele vinculada, com funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais de enfermagem. Tem como finalidade garantir a conduta ética dos profissionais de Enfermagem na instituição; zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na instituição, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e notificar ao Conselho Regional de Enfermagem – COREN de sua jurisdição, irregularidades, reivindicações, sugestões e as infrações éticas.

Sua regulamentação se dá pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem COFEN 172/1994.

Proposta de Constituição

A constituição da Comissão de Ética de Enfermagem – CEE se dará através de convocação da Coordenação de Enfermagem, por meio de eleição do corpo de enfermagem HEMOCENTRO, para um mandato de 03 (três) anos, dos seguintes membros (**para instituições com mais de 300 profissionais de enfermagem**):

- 01 presidente (necessariamente enfermeiro);
- 01 vice-presidente (necessariamente enfermeiro);
- 01 secretário (enfermeiro, técnico em enfermagem);
- 09 profissionais efetivos (05 enfermeiros e 04 técnicos em enfermagem);
- 09 profissionais suplentes (05 enfermeiros e 04 técnicos em enfermagem).

REGIMENTO INTERNO
COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM – CEE
HEMOCENTRO

CAPÍTULO I
DA DEFINIÇÃO

Hemocentro Pública

Artigo 1º – A Comissão de Ética de Enfermagem – CEE do ~~HEMOCENTRO~~ constitui, por delegação do Conselho Regional de Enfermagem – COFEN, uma atividade da instituição, estando a ele vinculada, com funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais de enfermagem. Tem como finalidade garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem na instituição; zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem na instituição, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e notificar ao Conselho Regional de Enfermagem – COFEN de sua jurisdição, irregularidades, reivindicações, sugestões e as infrações éticas.

Artigo 2º – A Comissão de Ética de Enfermagem – CEE está vinculada ao COREN-GO e deve manter a sua autonomia em relação à Instituição onde atua, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à Enfermeira Responsável Técnica ou a Gerência/Diretoria de Enfermagem da instituição.

Parágrafo Único: Cabe ao Enfermeiro Responsável Técnico prover condições necessárias ao desenvolvimento do trabalho da CEE.

CAPÍTULO II
DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º – 01 (um) Presidente (necessariamente enfermeiro), 01 (um) Vice-presidente (necessariamente enfermeiro), 01 (um) Secretário (enfermeiro, técnico ou auxiliar) e demais membros efetivos e suplentes, eleitos das categorias: Enfermeiro, Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem, com vínculo empregatício com a instituição.

[Handwritten signatures and initials]

Artigo 4º – Proporcionalidade das categorias profissionais da enfermagem na CEE:

*Instituições com 06 (seis) a 15 (quinze) enfermeiros, a CEE deverá ser composta por 03 (três) membros efetivos, sendo 02 (dois) enfermeiros e 01 (um) técnico ou auxiliar de enfermagem com igual número de suplentes;

*Instituições com 16 (dezesesseis) a 50 (cinquenta) enfermeiros, a CEE deverá ser composta por 05 (cinco) membros efetivos, sendo 03 (três) enfermeiros e 02 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem com igual número de suplentes;

*Instituições com 51 (cinquenta e um) a 100 (cem) enfermeiros, a CEE deverá ser composta por 07 (sete) membros efetivos, sendo 04 (quatro) enfermeiros e 03 (três) técnicos ou auxiliares de enfermagem com igual número de suplentes;

*Instituições com o número acima de 100 (cem) enfermeiros, a CEE deverá ser composta por 09 (nove) membros efetivos, sendo 05 (cinco) enfermeiros e 04 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem com igual número de suplentes.

Artigo 5º – Tempo de mandato das CEE: 03 (três) anos, sendo admitida uma reeleição.

CAPÍTULO III DA COMPETÊNCIA

Artigo 6º – Fiscalização:

Exercício legal da profissão: cumprimento do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, da lei e do decreto acerca do exercício profissional, assim como as resoluções emanadas pelo COFEN e decisões do COREN-GO;

Condições de trabalho: questões relativas à ausência de condições de trabalho da equipe de enfermagem, que venham a comprometer a qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente;



Instaurar sindicância, instruir e elaborar relatório, sem emitir juízo, encaminhando-a ao Enfermeiro Responsável Técnico, para as providências administrativas se houver e ao COREN-GO conforme norma própria;

Manter junto ao COREN-GO o cadastro dos profissionais de enfermagem atualizado.

Artigo 7º – Educação:

- *Temas relativos à enfermagem;
- *Propor e participar em conjunto com Enfermeiro (a) Responsável Técnico (a), a Câmara Técnica de Enfermagem e a Educação Continuada de Enfermagem, ações preventivas junto à equipe de enfermagem, tomando por base a análise das demandas apuradas.

Artigo 8º – Consultiva:

- *Consulta as leis;
- *Conhecimento dos protocolos vigentes no município;
- *Respostas a questões dos profissionais ou ocorrências.

Artigo 9º – A Comissão de Ética de Enfermagem tem como principais objetivos:

- *Fortalecer o componente ético na prática da enfermagem;
 - *Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;
 - *Promover e participar de reuniões, seminários ou atividades similares, que visem à interpretação do Código de Ética e a conscientização de questões éticas e disciplinares, encaminhando as conclusões e recomendações ao COREN-GO;
 - *Realizar a necessária orientação à equipe de enfermagem sobre comportamento ético profissional e as implicações advindas de atitudes antiéticas;
 - *Orientar pacientes, familiares e demais interessados sobre dilemas éticos;
 - *Apreciar e emitir parecer sobre dilemas éticos de enfermagem, sempre que necessário;
 - *Fiscalizar o exercício ético da profissão;
- Fiscalizar as condições oferecidas pela instituição e sua compatibilidade com o desempenho ético-profissional;

- *Fiscalizar a qualidade do cuidado dispensado à clientela pelos profissionais da enfermagem;
- *Averiguar as denúncias ou fato antiético de que tenha conhecimento;
- *Notificar ao COREN-GO as irregularidades, reivindicações, sugestões e infrações éticas detectadas;
- *Zelar pelo bom andamento do exercício ético dos profissionais de enfermagem;
- *Solicitar assessoramento da Câmara Técnica de Ética do COREN-GO sempre que necessário;
- *Encaminhar o relatório das atividades desenvolvidas, anualmente ao COREN-GO.

CAPÍTULO IV DAS ELEIÇÕES

Artigo 10º – A CEE vigente ou Gerência/Direção/Coordenação de Enfermagem ou Responsável Técnico do Serviço de Saúde, através da Comissão Eleitoral, irá organizar todo o processo para constituição da CEE.

- *Os candidatos deverão pertencer a diferentes categorias da enfermagem, divididos em dois grupos: QUADRO 1 – enfermeiros, QUADRO 2 – técnicos de enfermagem;
- *Os candidatos deverão pertencer ao quadro efetivo e permanente de pessoal da instituição e possuir inscrição ativa no COREN-GO;
- *É incompatível a condição de membro da CEE com o (a) Enfermeiro (a) da Gerência/Direção/Coordenação de Enfermagem ou Responsável Técnico do serviço de saúde;
- *A CEE deverá ser formada obedecendo aos critérios de proporcionalidade descritos no Artigo 4º deste Regimento;
- *As funções de Presidente e Vice-Presidente serão exercidas, exclusivamente, por profissionais enfermeiros;
- *A CEE deverá ser constituída através de eleição direta e individual, por voto secreto e de maioria simples, de toda a equipe de enfermagem do serviço, obedecendo a regra de proporcionalidade simples, 50% (cinquenta por cento) mais 01 (um) voto, observando a subdivisão do QUADRO 1 e do QUADRO 2;

Poderão votar somente os profissionais da enfermagem que pertencerem ao quadro efetivo e permanente de pessoal da instituição com inscrição ativa no COREN-GO;

- *A convocação para eleição será feita pela Gerência/Direção/Coordenação de Enfermagem ou Responsável Técnico do serviço, mediante ampla divulgação interna;
- *Após eleita a CEE, através dos membros efetivos, deverá decidir quem ocupará os cargos de Presidente, Vice-Presidente e Secretário;
- *A Gerência/Direção/Coordenação de Enfermagem ou Responsável Técnico do serviço terá 15 (quinze) dias, a contar da data do pleito, para emitir a lista nominal dos eleitos com o respectivo número de inscrição no COREN-GO;
- *Os membros eleitos exercerão um mandato de 03 (três) anos, podendo ser reeleitos por igual período;
- *A Direção do serviço de saúde só poderá empossar os membros da CEE após receber aviso da publicação da homologação da mesma no COREN-GO;
- *Após homologada pelo COREN-GO, a CEE deverá, em sua primeira reunião, elaborar o Regimento Interno, o qual determinará e especificará a condução de todo o processo, bem como as atribuições de seus componentes.

CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO

Artigo 11º – A Comissão de Ética de Enfermagem do ~~HEMOCENTRO~~ reunir-se-á uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo Presidente.

Artigo 12º – Instauração de sindicância:

- *Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- *Denúncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem (de cada serviço de saúde);
- *Deliberação da própria Comissão de Ética de Enfermagem;
- *Determinação do Conselho Regional de Enfermagem – COREN-GO.

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

Artigo 13º – Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Enfermagem – COREN-GO, para a tramitação competente.

Artigo 14º – Quando o fato for de menor gravidade e que não tenha acarretado danos a terceiros sem infringir ao Código de Ética, poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas, proceder orientações e emitir relatório para o COREN-GO.

Parágrafo 1º – Ocorrendo a conciliação, a CEE lavrará tal fato em ata específica.

Parágrafo 2º – Não ocorrendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 15º – Os integrantes eleitos desta Comissão de Ética de Enfermagem desempenharão funções em caráter honorífico e prestarão serviços de grande relevância ao Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Goiás– COREN-GO.

Artigo 16º – A Comissão de Ética de Enfermagem manterá, sob caráter confidencial, as informações recebidas.

Artigo 17º – O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão de Ética de Enfermagem, através da maioria absoluta de seus membros.

Artigo 18º – O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de aprovação pela Sessão Plenária da Comissão de Ética de Enfermagem – CEE.

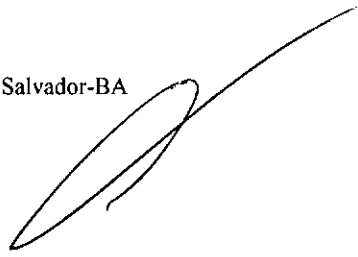

Cronograma anual de atividade

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADE DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da Comissão*												
Revisão do Regimento Interno												

SES
 Fls.: 3220
 Rubrica
 CIGSS

Reuniões Ordinárias												
Resultados Positivos												

*Nota: a eleição da Comissão de Ética de Enfermagem ocorre através de convocação da Coordenação de Enfermagem e de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem COFEN 172/1994.

COMISSÃO DE CÂMERA TÉCNICA

Proposta de regimento/proposta de constituição/cronograma de atividade anual

Comissão de Câmara Técnica

CONSIDERANDO que as Câmaras Técnicas são órgãos consultivos do HEMOCENTRO, formadas por profissionais habilitados e capacitados para emitir pareceres sobre assuntos pertinentes às áreas de atuação.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o Regulamento das Câmaras Técnicas do HEMOCENTRO.

Art. 2º - Revogar a Deliberação ~~HEMOCENTRO~~ e demais disposições em contrário.

Art. 3º - Esta Deliberação entra em vigor na data de sua assinatura.

REGULAMENTO DAS CÂMARAS TÉCNICAS DO HEMOCENTRO

CAPÍTULO I DAS CÂMARAS TÉCNICAS

Art. 1º - As Câmaras Técnicas são órgãos consultivos do HEMOCENTRO, que têm como finalidade principal assessorar a Diretoria do HEMOCENTRO, através de pareceres tecnicamente fundamentados sobre assuntos das diversas áreas de atuação que visem o aprimoramento do exercício profissional.

Art. 2º - Cada Câmara Técnica é constituída pela clínica médica, biomédico e um enfermeiro do HEMOCENTRO que exercem ou exerceram a profissão na área de atuação da Câmara, em órgãos e instituições públicas e privadas.

Parágrafo Único - as reuniões das Câmaras Técnicas são abertas a todos os colaboradores do HEMOCENTRO.

Art. 3º - Para os fins de constituição das Câmaras Técnicas, consideram-se as áreas de atuação profissional.

CAPÍTULO II DA CONSTITUIÇÃO, DAS COMPETÊNCIAS E DAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I DA CONSTITUIÇÃO DA CÂMARA TÉCNICA

Art. 4º - As Câmaras Técnicas são constituídas por Coordenadores e Secretários Executivos, indicados pela Diretoria do HEMOCENTRO e nomeados através de Portaria do HEMOCENTRO.

Parágrafo único: A nomeação é condicionada à regularidade da inscrição do Médico, do biomédico e do enfermeiro, comprovada sua quitação junto a Tesouraria do HEMOCENTRO, durante todo o prazo de vigência da nomeação.

Art. 5º - A Diretoria é responsável pela indicação, nomeação e destituição do Coordenador e Secretário Executivo de cada CT, através de Portaria do HEMOCENTRO.

SEÇÃO II DA COMPETÊNCIA DA CÂMARA TÉCNICA

Art. 6º - Compete à Câmara Técnica:

1. *Nomeada Pública* Através de seu Coordenador ou Secretário Executivo, representar a Diretoria do ~~HEMOCENTRO~~, quando expressamente designado por esta, em eventos ou entrevistas relativos a assuntos da área de atuação profissional da Câmara Técnica;
2. - Identificar temas relevantes da área de atuação profissional da Câmara Técnica, analisar e emitir os correspondentes pareceres técnicos;
3. - Emitir parecer técnico relativo a assuntos concernentes à área de atuação profissional, quando solicitado pela Diretoria do HEMOCENTRO;
4. - Colaborar na proposição de temas para eventos científicos e de capacitação promovidos pelo HEMOCENTRO;

5. - Colaborar na proposição e elaboração de trabalhos científicos para publicação e apresentação nos meios científicos.

SEÇÃO III DAS ATRIBUIÇÕES DA CÂMARA TÉCNICA

PARTE 1. DOS MEMBROS INTEGRANTES DA CÂMARA

1. Art. 7º - São atribuições dos Membros da Câmara:
2. - Participar das reuniões e deliberar sobre os assuntos tratados;
3. - Apreciar e aprovar a ata das reuniões;
4. - Assinar as atas de reuniões aprovadas;
5. - Aprovar a pauta das reuniões proposta pelo Coordenador;
6. - Propor assuntos para discussão, a serem incluídos em pauta de reunião.

Art. 8º - Os Membros que comparecerem a no mínimo 60% das reuniões realizadas pela Câmara Técnica no período de um ano, receberão, automaticamente, a qualidade de Membro da Câmara,

Parágrafo único: O recebimento da qualidade de Membro da Câmara é condicionado à regularidade da inscrição do médico, do biomédico e do enfermeiro, comprovada sua quitação junto a Tesouraria do HEMOCENTRO.

Art. 9º - Se na vigência de sua nomeação, o Coordenador ou Secretário Executivo desejar se desvincular da Câmara Técnica, deverá comunicar a decisão, por escrito, à Diretoria do HEMOCENTRO.

PARTE 2. DO COORDENADOR

Art. 10º - Compete ao Coordenador da Câmara Técnica:

1. - Abrir e encerrar as reuniões e dirigir os trabalhos;
2. - Assinar as atas de reuniões aprovadas;

3. - Propor a pauta de assuntos a serem discutidos em cada reunião;
4. - Representar a Câmara perante a Diretoria do HEMOCENTRO, Hemonele .
5. - Propor à Diretoria do HEMOCENTRO, apresentando fundamentação, convite a profissional que detenha conhecimento relevante para participar de reunião da Câmara Técnica quando o tema de seu domínio será discutido;
6. - Elaborar relatório anual de avaliação das atividades realizadas pela Câmara, e do índice de frequência dos membros nas reuniões, apresentando-os à Diretoria do HEMOCENTRO até o dia 10 de dezembro de cada ano;
7. - Solicitar, em nome da Câmara Técnica, reunião com a Diretoria do HEMOCENTRO;
8. - Moderar, em conjunto com o Secretário Executivo, o grupo de discussão do HEMOCENTRO referente à Câmara Técnica.

PARTE 3. DO SECRETÁRIO EXECUTIVO

Art.11º - Compete ao Secretário Executivo da Câmara Técnica:

1. - Assegurar todo apoio organizacional ao pleno funcionamento da Câmara;
2. - Convocar as reuniões da Câmara, ouvido o Coordenador;
3. - Zelar pelo registro das presenças nas reuniões;
4. - Assinar as atas de reuniões aprovadas;
5. - Elaborar as atas de reunião e apresentá-las para apreciação e aprovação dos Membros;
6. - Manter atualizados os dados de contato (telefones e e-mail) com os Membros da Câmara;
7. - Moderar, em conjunto com o Coordenador, o grupo de discussão do HEMOCENTRO na internet referente à Câmara Técnica;
8. - Substituir o Coordenador em suas eventuais ausências ou impedimentos.

CAPÍTULO III DO FUNCIONAMENTO

SEÇÃO I DAS REUNIÕES

Art. 11º - A Câmara Técnica reunir-se-á, ordinariamente em um mínimo de 4 (quatro) reuniões anuais, convocadas pelo seu Coordenador, ou extraordinariamente pela Diretoria do HEMOCENTRO.

Art.12º - Para efeito do desenvolvimento dos trabalhos das reuniões deve-se observar o seguinte ordenamento:

1. - Abertura da reunião;
2. - Registro dos presentes na reunião;
3. - Apreciação e aprovação de ata;
4. - Apreciação e aprovação da pauta da reunião;
5. - Debate, votação e decisão sobre cada tema da pauta aprovada.

Art. 13º - A ausência do Coordenador e do Secretário Executivo na mesma reunião impedirá que ela se realize.

Art.14º - As atas das reuniões serão registradas em livro próprio, assinadas pelos membros da Câmara Técnica após sua aprovação, e ficarão arquivadas no Conselho Regional de Farmácia do Estado doGoiás.

Parágrafo Único - As atas das reuniões poderão ser registradas em meio digital, desde que impressas e assinadas pelos membros da Câmara Técnica, após sua aprovação, e afixadas, em até 5 (cinco) dias após a reunião, no livro próprio citado no caput deste parágrafo, que ficará arquivado no Conselho Regional de Farmácia do Estado doGoiás.

SEÇÃO II DAS VOTAÇÕES E DECISÕES

Art.15º - As decisões da Câmara Técnica serão tomadas por maioria simples dos votos dos Membros presentes na reunião.

Parágrafo Único - no caso de empate, o voto do Coordenador decidirá.

Art. 16º - As decisões da Câmara poderão ser reavaliadas, em qualquer tempo, por solicitação da Diretoria.

Parágrafo Único - As decisões da Câmara Técnica após aprovação da Diretoria e/ou Plenário do HEMOCENTRO serão consideradas manifestação oficial da instituição.

CAPÍTULO IV

DA COMUNICAÇÃO OFICIAL, INTERNA E EXTERNA

Art. 17º - A Câmara Técnica utilizará exclusivamente veículos de comunicação oficiais do HEMOCENTRO.

Art. 18º - Para agilizar a comunicação entre os membros da Câmara, será permitido o uso de Grupo de Discussão na internet, criado pelo HEMOCENTRO e de sua propriedade.

Parágrafo Primeiro - Para ser cadastrado no grupo de discussão na internet, o profissional deve ser Membro da Câmara Técnica.

Parágrafo Segundo - Compete ao Coordenador, em conjunto com o Secretário Executivo da Câmara, a moderação deste grupo, a fim de garantir a segurança e confiabilidade nas mensagens enviadas.

Parágrafo Terceiro - Não poderão ser veiculadas no grupo mensagens de conteúdo estranho aos objetivos e atribuições da Câmara Técnica.

Art. 19º - O HEMOCENTRO divulgará previamente em seu site na internet a agenda das reuniões das Câmaras Técnicas.

Art. 20º - O HEMOCENTRO divulgará em seu site na internet, na Revista Riopharma ou em qualquer outra mídia de seu interesse, as decisões das Câmaras Técnicas aprovadas pela Diretoria e/ou Plenário.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 21º - O presente Regulamento Interno poderá ser alterado por decisão do Plenário do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Goiás.

Art. 22º - Os casos omissos e as dúvidas na aplicação do presente Regulamento Interno serão solucionados pela Diretoria do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Goiás.

Art. 23º - O Coordenador e Secretário Executivo da Câmara Técnica reunir-se-ão com a Diretoria do HEMOCENTRO, quando convocados.

Cronograma de Atividade

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADE DA COMISSÃO DE CÂMARA TÉCNICA												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da Comissão*	█											
Revisão do Regimento Interno			█									
Reuniões Ordinárias	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█

COMISSÃO TRANSFUSIONAL

Proposta de regimento/proposta de constituição/cronograma de atividade anual

Comissão Transfusional

A Comissão Transfusional HEMOCENTRO é um órgão consultivo e deliberativo da instituição, vinculado à Diretoria Técnica e Diretoria Clínica HEMOCENTRO, tendo como finalidade coordenar a formulação de diretrizes para o uso racional do sangue e hemoderivados na unidade, bem como investigação e auditorias pertinentes.

As normas mais atuais que regulamentam a Comissão Transfusional estão descritas na Portaria do Ministério da Saúde MS 158 de 04 de fevereiro de 2016 e RDC 34 de 11 de junho de 2014.

PORTARIA Nº 158, DE 04 DE FEVEREIRO DE 2016 DOU de 05/02/2016 (nº 25, Seção 1, pág. 37) Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando a Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988, que estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue, bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças; Considerando a Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, que regulamenta o § 4º do art. 199 da Constituição, para dispor sobre a execução das atividades de coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados e estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades; Considerando o Decreto nº 95.721, de 11 de setembro de 1988, que regulamenta a Lei nº 7.649, de 1988, que estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doença; Considerando o Decreto nº 3.990, de 30 de outubro de 2001, que regulamenta o art. 26 da Lei nº 10.205, de 2001, que dispõe sobre a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, e estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades; e Considerando as necessidades quanto à revisão de aspectos técnicos pontuais ao regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados

(SINASAN) e à harmonização com as normativas sanitárias da área de sangue, componentes e hemoderivados.

RESOLUÇÃO - RDC Nº 34, DE 11 DE JUNHO DE 2014 Dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue. A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe conferem os incisos III e IV, do art. 15, da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, inciso V e §§ 1º e 3º do art. 5º do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 650 da ANVISA, de 29 de maio de 2014, publicada no DOU de 02 de junho de 2014, tendo em vista o disposto nos incisos III, do art. 2º, III e IV, do art. 7º da Lei nº 9.782, de 1999, e o Programa de Melhoria do Processo de Regulamentação da Agência, instituído por Portaria nº 422, de 16 de abril de 2008, em reunião realizada em 29 de maio de 2014, adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação: Art. 1º Fica aprovado o Regulamento Sanitário que estabelece os requisitos de boas práticas para serviços de hemoterapia que desenvolvam atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue e para serviços de saúde que realizem procedimentos transfusionais, incluindo captação de doadores, coleta, processamento, testagem, controle de qualidade e proteção ao doador e ao receptor, armazenamento, distribuição, transporte e transfusão em todo o território nacional, nos termos desta Resolução.

Proposta de Constituição

A constituição da Comissão Transfusional será nomeada pelo Diretor Clínico da instituição, sendo que o mandato acompanhará o mandato do Diretor Clínico, com direito a reeleição. O Presidente será um dos representantes da área de Hematologia e Hemoterapia, sendo que o médico do Serviço de Hemoterapia é um membro obrigatório da Comissão. O Vice-presidente e o Secretário serão eleitos pelos membros da Comissão.

Devem fazer parte desta Comissão os membros abaixo definidos:

- 02 (dois) representantes do Serviço de Hematologia e Hemoterapia, sendo que 01 (um) deles é obrigatoriamente o médico do Serviço de Hemoterapia;
- 01 (um) representante do Serviço de Enfermagem;
- 01 (um) representante da Administração HEMOCENTRO.

**REGIMENTO INTERNO
COMISSÃO TRANSFUSIONAL
HEMOCENTRO**

**CAPÍTULO I
DA CATEGORIA E FINALIDADES**

Artigo 1º – A Comissão Transfusional, é um órgão consultivo e deliberativo da instituição, vinculado à Diretoria Técnica e Diretoria Clínica HEMOCENTRO.

Artigo 2º – A Comissão tem por finalidade coordenar a formulação de diretrizes para o uso racional do sangue e hemoderivados no GO - HEMOCENTRO, bem como investigação e auditorias pertinentes.

**CAPÍTULO II
DA ORGANIZAÇÃO**

Artigo 3º – A Comissão Transfusional do HEMOCENTRO terá composição Multidisciplinar e multiprofissional. Abrangerá médicos que representem áreas nas quais a indicação de Hemocomponentes e hemoderivados seja rotineira.

Parágrafo Único – As indicações deverão recair em profissionais com reconhecida experiência e participação em atividades ligadas à administração de sangue e hemoderivados.

Artigo 4º – As indicações para integrar a Comissão serão submetidas ao Diretor Clínico e se processarão da seguinte forma:

- *02 (dois) representantes do Serviço de Hematologia e Hemoterapia, sendo que 01 (um) deles é obrigatoriamente o médico do Serviço de Hemoterapia;
- *01 (um) representante da equipe de enfermagem;
- *01 (um) representante da Administração HEMOCENTRO.

Artigo 5º – O Presidente será um dos representantes da área de Hematologia e Hemoterapia.

Artigo 6º – O Vice-presidente e o Secretário serão eleitos pelos membros da Comissão.

Artigo 7º – O Diretor Clínico avaliará as indicações efetuadas dos membros que comporão a Comissão e promoverá às designações destes.

Artigo 8º – O Diretor Clínico, por indicação da Comissão, poderá promover a substituição dos integrantes da Comissão.

Artigo 9º – Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a 02 (duas) reuniões consecutivas ou a 04 (quatro) intercaladas no período de 01 (um) ano.

Artigo 10º – As funções dos membros da Comissão não serão remuneradas, sendo o seu exercício considerado de relevante serviço para o HEMOCENTRO.

Artigo 11º – A Comissão convidará pessoas físicas ou jurídicas assim como entidades de direito público ou privado que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Artigo 12º – A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da Comissão, a Diretoria Clínica, através do apoio da Diretoria Administrativa, proporcionará a infraestrutura necessária.

CAPÍTULO III DO FUNCIONAMENTO

Artigo 13º – A Comissão reunir-se-á ordinariamente pelo menos 01 (uma) vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo Diretor Clínico, Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.

Parágrafo 1º – A Comissão 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.

Parágrafo 2º – O Presidente terá o direito a voto de qualidade.

Parágrafo 3º – As deliberações tomadas “ad referendum” deverão ser encaminhadas ao Plenário da Comissão para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.

Parágrafo 4º – As deliberações da Comissão serão consubstanciadas em cotas endereçadas ao Diretor Clínico.

Parágrafo 5º – 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.

Parágrafo 6º – A votação será nominal.

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

Parágrafo Único – A Comissão, para execução de suas atividades poderá instalar Subcomissões de Avaliação e Controle em Medicina Transfusional.

Artigo 15º – Os expedientes sujeitos à análise da Comissão serão encaminhados ao Presidente para análise prévia.

Parágrafo Único – Os expedientes serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros pelo Secretário, por indicação do Presidente da Comissão ou por membro designado.

Artigo 16º – A sequência das reuniões da Comissão será a seguinte:

- I- Verificação da presença do Presidente e em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice-Presidente;
- II- Verificação de presença e existência de “quorum”;
- III- Leitura, votação e assinatura da ata da reunião anterior;
- IV- Leitura e despacho do expediente;

V- Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres ou expedientes;

VI- Organização da pauta da próxima reunião;

VII- Distribuição de expedientes aos relatores;

VIII- Comunicação breve e franqueamento da palavra.

Parágrafo 1º – Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a Comissão, por voto da maioria, poderá alterar a sequência de alguma matéria.

Parágrafo 2º – Qualquer membro poderá requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais e internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Artigo 17º – A ordem do dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhados dos pareceres e resumo dos mesmos, dos respectivos relatores, e com aqueles cuja discussão ou votação tiver sido adiada.

Parágrafo Único – A ordem do dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de 03 (três) dias para as reuniões ordinárias e de 01 (um) dia para as extraordinárias.

Artigo 18º – Após a leitura do parecer, o Presidente ou o Vice- presidente deve submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

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

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

Parágrafo 1º – Após entrar na pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente votada no prazo máximo de até 02 (duas) reuniões.

Artigo 19º – Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Artigo 20º – A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecida pelos presentes.

Artigo 21º – A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e o Secretário lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes.

CAPÍTULO IV
DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES
SEÇÃO 1 – DAS COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO

Artigo 22º – Compete à Comissão:

- *Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para aumentar a segurança Transfusional, respeitadas as particularidades de cada Unidade HEMOCENTRO, dentro da área de abrangência estabelecida pela Secretaria Estadual de Saúde em consonância às disposições legais e às orientações normativas emanadas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde;
- *Assessorar a administração superior do HEMOCENTRO na formulação da política de uso racional de sangue, Hemocomponentes e derivados e investigações de eventuais reações à transfusão destes;
- *Quando solicitada pelo Diretor Clínico, acompanhar estudos e pesquisas em medicina Transfusional ou congêneres, emitindo parecer técnico sobre a eficiência terapêutica, para embasar critério fundamental de escolha;
- *Examinar e emitir parecer com referência a Hemocomponentes e hemoderivados, congêneres e segurança no transplante no que diz respeito a propostas de:
 - substituição ou eliminação de produtos padronizados;
 - novas padronizações;
- *Desempenhar papel consultivo e educativo, divulgando no âmbito da Instituição, esclarecimentos sobre utilização de sangue, hemoderivados e congêneres;

- *Manter, através de sistema informatizado, com controle de acesso lógico, registros atualizados sobre padronizações e normas técnicas, nacionais e internacionais, bem como a legislações referentes a sangue, hemoderivados, insumos hemoterápicos e correlatos e suas aplicações e restrições;
- *Colaborar nas atividades de ensino e pesquisa;
- *Emitir instruções de serviço necessárias ao cumprimento das normas do GO - HEMOCENTRO;
- *Efetuar auditorias e pareceres quando requisitados, sobre o uso de hemoderivados e congêneres.

SEÇÃO 2 DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 23º – Ao Presidente incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão, especificamente:

- *Representar a Comissão em suas relações internas e externas;
- *Instalar a Comissão e presidir suas reuniões;
- *Promover a convocação das reuniões;
- *Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
- *Indicar, dentre os membros da Comissão, os relatores dos expedientes;
- *Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;
- *Elaborar cotas decorrentes de deliberações da Comissão e “ad referendum” desta, nos casos de manifesta urgência.

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

Artigo 24º – Aos membros da Comissão incumbe:

- *Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- *Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;
- *Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- *Desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

*Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão.

Artigo 25º – Ao Secretário da Comissão incumbe:

- *Assistir as reuniões;
- *Preparar o expediente da Comissão;
- *Encaminhar o expediente da Comissão;
- *Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões da Comissão;
- *Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- *Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
- *Elaborar relatório trimestral das atividades da Comissão;
- *Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;
- *Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias;
- *Distribuir aos membros da Comissão a pauta das reuniões.

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 26º – O mandato dos componentes da Comissão se extinguirá com o do Diretor Clínico ou antecipadamente se houver motivo que justifique a cessação.


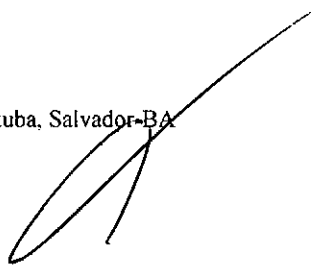
Artigo 27º – Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Presidente da Comissão e em grau de recurso pelo Diretor Clínico.

Artigo 28º – O presente Regimento Interno poderá ser alterado mediante proposta da Comissão, através da maioria absoluta de seus membros, submetido ao Diretor Clínico e aprovado pelo Conselho Administrativo da Instituição.

Artigo 29º – O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovado pelo Conselho Administrativo, revogadas as disposições em contrário.

Cronograma Anual de Atividade

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADE DA COMISSÃO TRANSFUSIONAL												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da Comissão*	■											
Revisão do Regimento Interno			■									
Reuniões Ordinárias	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaboração de protocolos			■									
Resultados Positivos				■								


COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MAT E MED

Proposta de regimento/proposta de constituição/cronograma de atividade anual

Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos

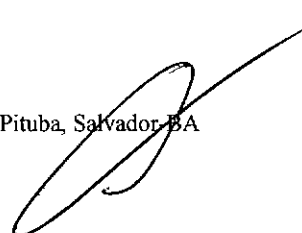
A Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos do HEMOCENTRO, funciona como um órgão de assessoria da Direção Administrativa e Diretoria Técnica, tendo como finalidade garantir uniformidade na escolha e homologação de fármacos, materiais e equipamentos para promover eficiência e eficácia na realização dos procedimentos e melhoria na qualidade do atendimento aos usuários da instituição.

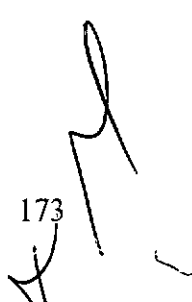
Não foram localizadas leis, normativas, resoluções ou portarias publicadas que regulamentem a Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos.

Proposta de Constituição

A constituição da Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos deverá ser nomeada pela direção da instituição. A composição da Comissão será constituída por no mínimo 01 (um) profissional das categorias abaixo relacionadas:

- Diretor Técnico;
- Diretor Clínico;
- membro da CCISS;
- farmacêutico;
- enfermeiro;
- membro do departamento de compras;
- membro da Comissão de Qualidade;
- representante da diretoria da instituição.



173


REGIMENTO INTERNO

COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS, MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS HEMOCENTRO

CAPÍTULO I DA DEFINIÇÃO

Artigo 1º – A Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos do HEMOCENTRO, funciona como um órgão de assessoria da Direção Administrativa e Direção Técnica, tendo como finalidade garantir uniformidade na escolha e homologação de fármacos, materiais e equipamentos para promover eficiência e eficácia na realização dos procedimentos e melhoria na qualidade do atendimento aos usuários da instituição.

CAPÍTULO II DA FINALIDADE

Artigo 2º – A Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos tem a finalidade de garantir uniformidade na escolha e homologação de fármacos, materiais e equipamentos para promover eficiência e eficácia na realização dos procedimentos e melhoria na qualidade do atendimento aos usuários da instituição.

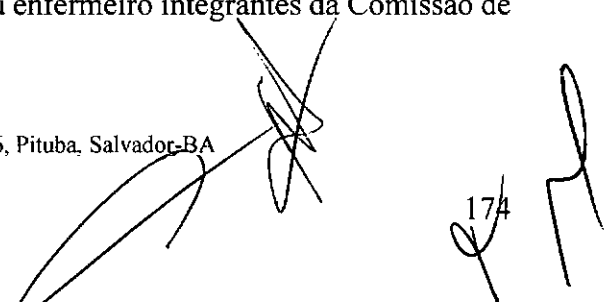
CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º – A Comissão é composta:

Por membros executores com experiência na área de gestão de materiais, nas áreas de enfermagem, medicina, farmácia e administração;

Por membros consultores especialistas na área a ser consultada;

Deverão compor obrigatoriamente a comissão, médico e/ou enfermeiro integrantes da Comissão de Controle de Infecção – CCISS.



Artigo 4º – Será constituída por no mínimo 01 (um) profissional das categorias relacionadas abaixo:

Diretor Técnico;

Diretor Clínico;

Membro da CCISS;

Farmacêutico;

Enfermeiro;

Membro do Departamento de Compras;

Membro da Comissão de Qualidade;

Representante da Diretoria da Instituição.

Artigo 5º – O período de gestão de mandato da comissão técnica é de 02 (dois) anos, podendo os membros integrantes ser reindicados.

Artigo 6º – O Presidente e o Vice-presidente da Comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor Técnico da instituição.

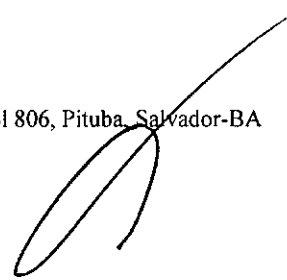
Artigo 7º – O Secretário será nomeado pelo Presidente da Comissão.

CAPÍTULO IV DO FUNCIONAMENTO E DA ORGANIZAÇÃO

Artigo 8º – As reuniões deverão ocorrer ordinariamente 01 (uma) vez por mês, com data, local e horário, previamente definidos e informados.

Parágrafo Único: Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Clínico, pelo Diretor Técnico, pelo Presidente ou pelo Vice-Presidente da Comissão.

Artigo 9º – O Secretário deverá estabelecer previamente a pauta da reunião, informando aos membros os assuntos a serem debatidos.



Artigo 10º – O profissional que se ausentar em 03 (três) reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 06 (seis) reuniões não consecutivas sem justificativa, durante 12 (doze) meses, será excluído.

Artigo 11º – As reuniões poderão ser realizadas mesmo na ausência do Presidente ou de seu Vice-presidente. Nestas situações a coordenação da reunião ficará a cargo do membro com maior idade entre os presentes.

Artigo 12º – As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 13º – As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Deverá ser encaminhada cópia da ata para a Diretoria Clínica e Diretoria Administrativa da instituição.

Artigo 14º – São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste Regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

1. Convocar e presidir as reuniões;
2. Representar a Comissão junto à diretoria da instituição ou indicar seu representante;
3. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão previamente aprovados pelos membros desta;
4. Fazer cumprir o regimento.

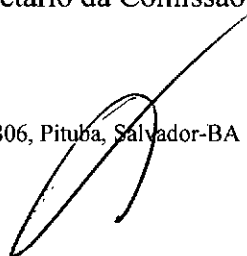
Parágrafo Único: Nas decisões da Comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

Artigo 15º – São atribuições do Vice-presidente:

1. Assumir as atividades do Presidente na sua ausência;
2. Fazer cumprir todas as atribuições do Presidente quando na ausência do mesmo.

3. Artigo 16º – São atribuições e competências do Secretário da Comissão:

4. Organizar a ordem do dia;



5. Receber e protocolar os processos e expedientes;
6. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
7. Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
8. Organizar e manter o arquivo da Comissão;
9. Preparar a correspondência;
10. Realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

CAPÍTULO V DOS OBJETIVOS

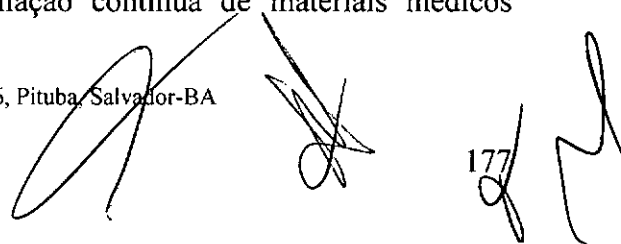
Artigo 17º – De acordo com o Regimento, a Comissão tem como objetivo:

1. Gerenciar a lista básica de medicamentos e materiais de uso contínuo do HEMOCENTRO;
2. Manter processo permanente de atualização da lista, necessários à realização dos procedimentos médicos, assistenciais e de enfermagem, através de consulta ao sistema produtivo;
3. Analisar, testar e emitir parecer técnico de medicamentos e materiais de uso contínuo;
4. Elaborar a padronização de medicamentos e materiais de uso contínuo, utilizando o método descritivo, possibilitando a orientação do processo licitatório;
5. Prestar assessoria técnica à Departamento de Compras, Logística e Suprimentos da Diretoria Administrativa e Financeira do HEMOCENTRO;
6. Assegurar que os medicamentos e materiais a serem adquiridos para as unidades da fundação estejam dentro dos padrões de qualidade estabelecidos pela comissão técnica;
7. Manter processo permanente de avaliação da qualidade dos medicamentos e materiais adquiridos para uso contínuo na instituição.

CAPÍTULO VI DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 18º – Compete à Comissão:

1. Estabelecer critérios técnicos para avaliação e análise dos materiais médico em processo licitatório;
2. Elaborar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de materiais médicos hospitalares;



3. Elaborar a listagem de marcas de materiais médico-hospitalares não habilitados para participar de processo licitatório;
4. Criar um banco de dados com o registro dos pareceres emitidos pela Comissão Técnica de Padronização e Avaliação de Qualidade de Produtos;
5. Divulgar as alterações realizadas na Listagem Básica de Materiais Médico hospitalares sempre que ocorrerem, aos setores de serviços das unidades do GO - HEMOCENTRO;
6. Construir indicadores de qualidade e de produtividade do uso dos insumos constantes da relação de materiais padronizados.

CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

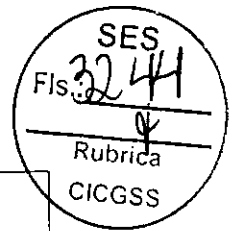
Artigo 19º – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelos membros da CNPE, em conjunto com o Diretor Clínico e Diretor Técnico da instituição.

Artigo 20º – Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Artigo 21º – O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovado pelo Conselho Administrativo, revogadas as disposições em contrário.

Cronograma Anual de Atividade

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADE DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE USO E REUSO DE MATERIAIS DE USO ÚNICO												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da Comissão												
Revisão do Regimento Interno												
Reuniões Ordinárias												



Elaboração de protocolos												
Resultados Positivos												

A handwritten signature consisting of several overlapping loops and lines.

A handwritten signature consisting of several overlapping loops and lines.

A handwritten signature consisting of several overlapping loops and lines.

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE USO E REUSO DE MATERIAIS

Proposta de regimento/proposta de constituição/cronograma de atividade anual

Comissão de Avaliação de Uso e Reuso de Materiais de Uso Único

A Comissão de Avaliação de Uso e Reuso de Materiais de Uso Único do HEMOCENTRO, é um órgão de assessoria da Direção Administrativa e Técnica, tendo como finalidade a avaliação e definição dos materiais passíveis de reprocessamento no HEMOCENTRO, através de protocolos e de evidências científicas que não indiquem risco à segurança do paciente.

As normas que regulamentam a Comissão de Avaliação de Uso e Reuso de Materiais de Uso Único, são: a Portaria ANVISA nº 3/1986; a Portaria ANVISA nº 04/1986; a Resolução ANVISA RDC nº 30/2006 e a Resolução ANVISA RE nº 515/2006.

Proposta de Constituição

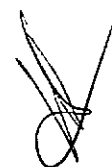
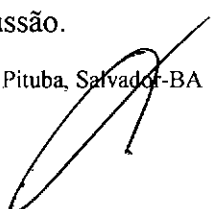
A constituição da Comissão de Avaliação de Uso e Reuso de Materiais de Uso Único será nomeada pelo Diretor Técnico e Diretor Clínico, e terá mandato de 24 (vinte e quatro) meses. A Comissão deverá eleger o Presidente e o Secretário. Devem fazer parte desta Comissão os membros abaixo definidos:

*Membros permanentes:

- O Diretor Técnico;
- O Enfermeiro da Central de Materiais e Esterilização – CME;
- 01 (um) representante da Comissão de Controle de Infecção - CCISS;
- 01 (um) representante da equipe de enfermagem;
- 01 (um) representante do Departamento de Compras;
- 01 (um) representante da Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos;
- 01 (um) representante do Laboratório de Microbiologia.

*Membros convidados:

- Profissionais habilitados no uso do artigo médico em discussão.



180



Lista de produtos Médicos de Uso de Uso Único: (Resolução RE nº 2605/2006 ANVISA/MS)

1. Agulhas com componentes, plásticos não desmontáveis
2. Aventais descartáveis;
3. Bisturi para laparoscopia com fonte geradora de energia, para corte ou coagulação com aspiração e irrigação;
4. Bisturis descartáveis com lâmina fixa ao cabo; (funcionalidade)
5. Bolsa coletora de espécimes cirúrgicos;
6. Bolsas de sangue;
7. Bomba centrífuga de sangue;
8. Bomba de infusão implantável;
9. Campos cirúrgicos descartáveis;
10. Cânulas para perfusão;
11. Cateter de Balão Intra-aórtico;
12. Cateter epidural;
13. Cateter para embolectomia, tipo Fogart;
14. Cateter para oxigênio;
15. Cateter para termodiluição (swan ganz/ similares);
16. Cateter para ureter duplo J;
17. Cateteres de diálise peritoneal de curta e longa permanência;
18. Cateteres e válvulas para derivação ventricular;
19. Cateteres para infusão venosa com lume único, duplo ou Hemocentro periféricos ou centrais;
20. Clips de aneurisma permanente e temporário;
21. Cobertura descartável para mesa de instrumental cirúrgico;
22. Coletores de urina de drenagens, aberta ou fechada;
23. Compressas cirúrgicas descartáveis;
24. Conjuntos de tubos para uso em circulação extracorpórea;
25. Dique de borracha para uso odontológico;
26. Dispositivo para infusão venosa periférica ou aspiração venosa;
27. Dispositivo para sutura mecânica, não desmontável linear ou circular;
28. Drenos em geral;

29. Eletrodo para geradores de pulsos implantáveis;
30. Embalagens descartáveis para esterilização de qualquer natureza;
31. Endopróteses vascular implantável;
32. Equipos descartáveis de qualquer natureza exceto as linhas de diálise;
33. Esponjas Oftalmológicas;
34. Estabilizador de tecido tipo Octopus e similares;
35. Expansores de pele com válvula;
36. Extensões para eletrodos implantáveis;
37. Extensores para bomba de infusão e bomba de seringa;
38. Extensores para equipos com ou sem dispositivo para administração de medicamentos
39. Filtros de linha para sangue arterial;
40. Filtros para cardioplegia;
41. Filtros para veia cava;
42. Fios de sutura cirúrgica: fibra, natural, sintético ou colágeno, com ou sem agulha;
43. Geradores de pulso implantáveis;
44. Hemoconcentradores;
45. Injetores valvulados (para injeção de medicamentos, sem agulha metálica);
46. Implantes oftalmológicos;
47. Lâmina de Shaiver com diâmetro interno menor que 3mm;
48. Lâminas descartáveis de bisturi;
49. Lancetas de hemoglicoteste;
50. Lentes de contato descartáveis;
51. Linhas de Irrigação e Aspiração oftalmológicas;
52. Luvas cirúrgicas;
53. Luvas de procedimento;
54. Óleos de silicone Oftalmológico;
55. Oxigenador de bolhas;
56. Oxigenador de membrana;
57. Pinças e tesouras não desmontáveis de qualquer diâmetro para cirurgias vídeo assistida laparoscópica;
58. Próteses oftalmológicas;
59. Próteses com materiais porosos;

60. Próteses valvulares cardíacas implantáveis;
61. Punch cardíaco plástico;
62. Reservatórios venosos para cirurgia cardíaca de cardioplegia e de cardiectomia;
63. Saco coletor de urina infantil;
64. Sensor débito cardíaco;
65. Sensores de Pressão Intra-Craniana;
66. Seringas plásticas exceto de bomba injetora de contraste radiológico.
67. Sistema de stent implantável;
68. Soluções viscoelásticas oftalmológicas;
- 69 Sondas de aspiração;
70. Sondas gástricas e naso-gástricas exceto fouché;;
- 71 Sondas retais;
- 72 Sondas uretrais, exceto uso em urodinâmica;
- 73 Sondas vesicais;
74. Sugador cirúrgico plástico para uso em odontologia;
75. Torneirinha multivias plástica.
76. Transdutores de pressão sanguínea (sistemas fechados);
77. Trocater não desmontável com válvula de qualquer diâmetro;
78. Tubo de coleta de sangue.



REGIMENTO INTERNO
COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE USO E REUSO DE MATERIAIS DE USO ÚNICO
HEMOCENTRO

CAPÍTULO I
DA DEFINIÇÃO

Artigo 1º – A Comissão de Avaliação de Uso e Reuso de Materiais de Uso Único do HEMOCENTRO, é um órgão de assessoria da Direção Administrativa e Técnica, tendo como finalidade a avaliação e definição dos materiais passíveis de reprocessamento no HEMOCENTRO, através de protocolos e de evidências científicas que não indiquem risco à segurança do paciente.

CAPÍTULO II
DA FINALIDADE

Artigo 2º – A Comissão de Avaliação de Uso e Reuso de Materiais de Uso Único tem como finalidade a avaliação e definição dos materiais passíveis de reprocessamento no HEMOCENTRO, através de protocolos e de evidências científicas que não indiquem risco à segurança do paciente.

CAPÍTULO III
DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º – A Comissão é composta por:

*Membros permanentes:

- Diretor Técnico do HEMOCENTRO;
- Enfermeiro da Central de Materiais e Esterilização – CME;
- 01 (um) representante da Comissão de Controle de Infecção – CCISS;
- 01 (um) representante da equipe de enfermagem;
- 01 (um) representante do Departamento de Compras;
- 01 (um) representante da Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos;
- 01 (um) representante do Laboratório de Microbiologia.

*Membros convidados:

- Profissionais habilitados no uso do artigo médico em discussão.

CAPÍTULO IV DO MANDATO

Artigo 4º – O mandato deverá ser de 24 (vinte e quatro) meses, podendo ser renovável por igual período.

Artigo 5º – O Presidente e o Vice-presidente da Comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor Técnico da instituição.

Artigo 6º – O Secretário será nomeado pelo Presidente da Comissão.

CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO E DA ORGANIZAÇÃO

Artigo 7º – Deverão ocorrer ordinariamente uma vez por mês, com data, local e horário, previamente definidos e informados.

Parágrafo Único: Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Clínico, Diretor Técnico, pelo Presidente ou Vice-Presidente da Comissão.

Artigo 8º – O Secretário deverá estabelecer previamente a pauta da reunião, informando aos membros os assuntos a serem debatidos.

Artigo 9º – O profissional que se ausentar em 03 (três) reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 06 (seis) reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 (doze) meses será excluído.

Artigo 10º – As reuniões poderão ser realizadas mesmo na ausência do Presidente ou de seu presidente. Nestas situações a coordenação da reunião ficará a cargo do membro com maior idade entre os presentes.

Artigo 11º – As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 12º – As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Deverá ser encaminhada copia da ata para a Diretoria Clínica e Administrativa da instituição.

CAPÍTULO VI DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 13º – Compete à Comissão:

- *Capacitação da equipe para implantação do protocolo de reutilização de materiais de uso único;
- *Monitoramento da implantação do protocolo de reprocessamento;
- *Monitoramento dos eventos adversos associados ao uso do produto reprocessado;
- *Monitoramento do descarte do produto reprocessado;
- *Revisão do protocolo de reprocessamento.

Artigo 14º – São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- *Convocar e presidir as reuniões;
- *Representar a Comissão junto à Diretoria da instituição ou indicar seu representante;
- *Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- *Fazer cumprir o Regimento.

Parágrafo Único: Nas decisões da Comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

Artigo 15º – São atribuições do Vice-presidente:

- *Assumir as atividades do Presidente na sua ausência;
- *Fazer cumprir todas as atribuições do Presidente quando na ausência do mesmo.

Artigo 16º – São atribuições e competências do Secretário da Comissão:

- *Organizar a ordem do dia;
- *Receber e protocolar os processos e expedientes;
- *Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- *Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente;
- *Organizar e manter o arquivo da Comissão;
- *Preparar a correspondência;
- *Realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 17º – Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo Diretor Clínico e Técnico da instituição.

Artigo 18º – Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Artigo 19º – O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovado pelo Conselho Administrativo, revogadas as disposições em contrário.

Recomendações Para a Elaboração de Protocolos de Reprocessamento de Materiais de Uso Único

Análise e Pré-seleção dos Produtos a Serem Reprocessados

- *O produto não deve constar na lista negativa da RE 2605/ 2006 da ANVISA.
- *Não trazer na sua rotulagem “PROIBIDO REPROCESSAR”.
- *Analisar o custo-benefício (custo do produto, volume esperado de reprocessamento, custo do processo de trabalho, dos materiais e despesas gerais para o reprocessamento, riscos e consequências da falha do produto e risco ocupacional).

*Checar se a tecnologia disponível para o reprocessamento do produto é compatível com as propriedades do produto.

Verificar se o produto possui características que permitem a rastreabilidade e o controle do número de reprocessamentos.

*Acercar-se que a instituição tem acesso aos métodos indicados nesta pela Resolução 2605/2006 para o controle da qualidade do produto.

Elaboração de Protocolo Teste Para Cada Marca e Tipo de Produto Selecionado

*Descrição do produto a ser reprocessado especificando: nome, número de registro ou cadastro na ANVISA, nome do fabricante, dimensões, estrutura e composição.

*Classificação do produto segundo o risco em: crítico e semicrítico.

*Descrição do tamanho da amostra e do número de reprocessamentos a que o produto será submetido no teste.

*Descrição do método de reprocessamento proposto, compatível com o número de registro do produto e sua classificação de risco, especificando:

- as fases de reprocessamento de forma detalhada – limpeza enxágüe secagem, desinfecção, empacotamento, esterilização, rotulagem e acondicionamento;
- os materiais e insumos a serem utilizados;
- as medidas de proteção coletiva e equipamentos de proteção individual necessários;
- a descrição da técnica de validação para cada fase do reprocessamento, como padrões de referência para cada fase (físicos, químicos e microbiológicos) e métodos de verificação;
- a definição dos testes de segurança (esterilidade, apirogenicidade, atoxicidade e integridade) e de desempenho;
- a avaliação dos resultados da aplicação do protocolo teste, que pode ser elaborado utilizando-se como referência, protocolos já validados em outras instituições.

Elaboração do Protocolo de Reprocessamento

*A validação do protocolo deve ser assinada pelo responsável técnico do serviço de saúde ou da empresa reprocessadora.

*Devem ser elaborados a partir dos protocolos testes validados, devendo conter:

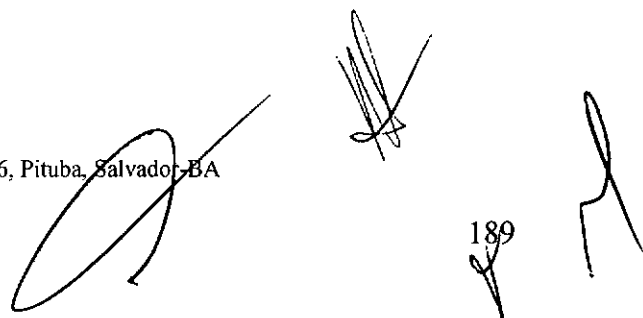
- a descrição do produto especificando: nome, número de registro ou cadastro na ANVISA, nome do fabricante, dimensões, estrutura e composição;
- o controle do protocolo com data de redação, edição, público alvo, critério de recolhimento, e nome e assinatura dos responsáveis pela validação do protocolo teste e do responsável técnico;
- a síntese dos resultados da aplicação do protocolo teste;
- a descrição do método de reprocessamento aprovado por meio do protocolo teste, especificando:
 - as fases de reprocessamento de forma detalhada, como limpeza, enxágue, secagem, desinfecção, empacotamento, esterilização, rotulagem e acondicionamento;
 - as medidas de proteção coletiva e os equipamentos de proteção individual necessários;
 - os materiais e insumos a serem utilizados;
- a capacitação necessária à implantação e ao controle de qualidade dos protocolos de reprocessamento;
- os critérios de descarte do produto reprocessado, considerando o número máximo de reprocessamentos definido no protocolo teste e outros fatores relacionados ao aspecto e as características do produto que indiquem as necessidades de descarte;
- a descrição dos mecanismos de rastreabilidade do produto, incluindo o modelo do prontuário de identificação do produto;
- a descrição do monitoramento da implantação do protocolo de reprocessamento (vigilância de processos e resultados);
- a descrição do monitoramento dos eventos adversos associados ao uso do produto, incluindo a classificação dos eventos, formas de registro, de notificação, e de medidas corretivas a serem adotadas;
- a descrição do monitoramento do descarte dos produtos reprocessados.

Nota: Os produtos classificados como críticos devem ter garantida a sua rastreabilidade individual.

Informações Indispensáveis do Prontuário de Identificação de Produtos Críticos Reprocessados

1. Nome do artigo.
2. Identificação individual do produto.
3. Número do registro da ANVISA/MS.

End. Av. Professor Magalhães Neto, nº. 1856, Sl 806, Pituba, Salvador, BA



189

4. Nome do fabricante.
5. Nome do fornecedor.
6. Descrição da estrutura e composição.
7. Dimensões.
8. Nome do responsável por cada reprocessamento.
9. Local da realização do reprocessamento.
10. Data de cada reprocessamento.

Informações Indispensáveis do Prontuário de Identificação de Produtos Semicríticos Reprocessados

1. Nome do artigo.
2. Número do registro da ANVISA/MS.
3. Nome do fabricante.
4. Nome do fornecedor.
5. Descrição da estrutura e composição.
6. Dimensões.
7. Nome do responsável por cada reprocessamento.
8. Local da realização do reprocessamento.
9. Data de cada reprocessamento.

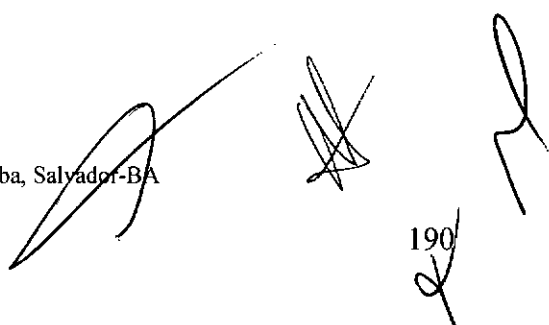
Informações Importantes

Empresa Reprocessadora:

Devem ser fornecidas à empresa reprocessadora as informações contidas em cada prontuário até o tópico referente às dimensões tanto dos artigos críticos quanto dos artigos semicríticos.

A Revisão do Protocolo de Reprocessamento deverá ocorrer sistematicamente e de acordo com as mudanças das normas regulamentadoras da ANVISA, tendo como base:

- alterações das tecnologias utilizadas no reprocessamento (insumos, equipamentos ou processo de trabalho);
- resultados desfavoráveis da avaliação dos eventos adversos;



190

- novas evidências científicas que indiquem risco à segurança do paciente.

Cronograma Anual de Atividade

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADE DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE USO E REUSO DE MATERIAIS DE USO ÚNICO												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da Comissão	█											
Revisão do Regimento Interno			█									
Reuniões Ordinárias	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Elaboração de protocolos			█									
Resultados Positivos				█								

COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCO

Proposta de regimento/proposta de constituição/cronograma de atividade anual

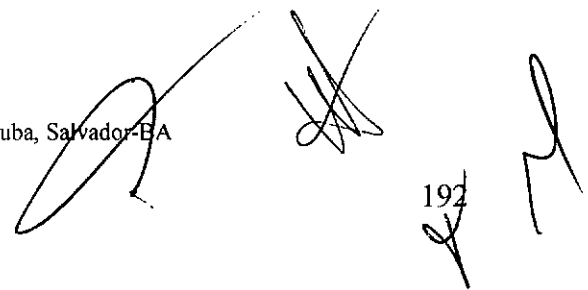
Comissão de Ger. de Riscos Relacionados aos Produtos para a Saúde

A Comissão de Gerenciamento de Riscos Relacionados aos Produtos para a Saúde, Medicamentos, Correlatos, Saneantes, Sangue, Hemocomponentes e Equipamentos do HEMOCENTRO é um órgão colegiado de caráter deliberativo, assessor da Diretoria Administrativa da instituição, constituída com a finalidade de atuar como elemento de ligação com a ANVISA, sendo responsável por coordenar a equipe de gerenciamento de risco do serviço de saúde. Esta Comissão é de caráter multiprofissional, reunindo farmacêuticos, engenheiros, técnicos, enfermeiros, médico e demais profissionais envolvidos com a vigilância de medicamentos, materiais médico-hospitalares, equipamentos, saneantes, sangue e seus derivados, para a prevenção de eventos adversos advindos do uso de produtos de saúde, com ganho de qualidade e segurança para procedimentos e terapias. Não foram localizadas leis, normativas, resoluções ou portarias publicadas que regulamentem a Comissão de Gerenciamento de Riscos Relacionados aos Produtos para a Saúde.

Proposta de Constituição

A constituição da Comissão de Gerenciamento de Riscos Relacionados aos Produtos para a Saúde será nomeada pela Diretoria Administrativa do HEMOCENTRO e vinculada a departamentos que de alguma forma, atuem em ambientes de trabalho expostos a riscos relacionados aos produtos para a saúde. Farão parte desta Comissão pelo menos 01 (um) membro dos departamentos abaixo relacionados:

- Representante do CCINFECÇÕES/SCINFECÇÕES;
- Representante do Departamento de Farmácia (Farmocovigilância);
- Representante da Engenharia Clínica (Técnicovigilância);
- Representante da Comissão de Hemoterapia (Hemovigilância);
- Representante da Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde;
- Representante do Departamento de Manutenção;
- Representante da Equipe de Enfermagem;
- Representante da Administração.



192

REGIMENTO INTERNO
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS RELACIONADOS AOS PRODUTOS
PARA A SAÚDE, MEDICAMENTOS, CORRELATOS, SANEANTES, SANGUE,
HEMOCOMPONENTES E EQUIPAMENTOS
HEMOCENTRO

CAPÍTULO I
DA DEFINIÇÃO

Artigo 1º – A Comissão de Gerenciamento de Riscos Relacionados aos Produtos para a Saúde, Medicamentos, Correlatos, Saneantes, Sangue, Hemocomponentes e Equipamentos do HEMOCENTRO é um órgão colegiado de caráter deliberativo, assessor da Diretoria Administrativa da instituição, constituído com a finalidade de atuar como elemento de ligação com a ANVISA, sendo responsável por coordenar a equipe de gerenciamento de risco sanitário do serviço de saúde.

CAPÍTULO II
DA FINALIDADE

Artigo 2º – Esta Comissão é de caráter multiprofissional, reunindo farmacêuticos, engenheiros técnicos, enfermeiros, médicos e demais profissionais envolvidos com a vigilância de medicamentos, materiais médico-HEMOCENTRO, equipamentos, saneantes, sangue e seus derivados, para a prevenção de eventos adversos advindos do uso de produtos de saúde, com ganho de qualidade e segurança para procedimentos e terapias.

CAPÍTULO III
DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º – A Comissão será composta por membros nomeados pela Diretoria Administrativa do HEMOCENTRO e vinculados a departamentos que de alguma forma, atuem em ambientes de trabalho expostos a riscos relacionados aos produtos para a saúde, sendo constituída por pelo menos um membro dos departamentos que seguem:

1. Representante do CCINFECÇÕES/SCINFECÇÕES;

2. Representante do Departamento de Farmácia (Farmacovigilância);
3. Representante da Comissão de Hemoterapia (Hemovigilância);
4. Representante da Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde;
5. Representante do Departamento de Manutenção;
6. Representante da Equipe de Enfermagem;
7. Representante da Administração.

Parágrafo 1º: O Conselho Administrativo da instituição nomeará o Presidente e o Vice-presidente da Comissão.

Parágrafo 2º: O Presidente nomeará o Secretário da Comissão.

Parágrafo 3º: O mandato será de 02 (dois) anos e com direito a reeleição.

CAPÍTULO IV DAS TERMINOLOGIAS

Artigo 4º – Entende-se como Farmacovigilância:

Para a Organização Mundial da Saúde – OMS, a Farmacovigilância é a atividade que faz a identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou qualquer problema possível relacionado com fármacos. Desvio de qualidade como perda de eficácia, presença de corpo estranho, problemas de rotulação, erros de administração de medicamento e uso de fármacos para indicações não aprovadas, que não possuem base científica adequada são outras questões relevantes para a Farmacovigilância.

Artigo 5º – Entende-se como Tecnovigilância:

Visando a segurança sanitária de produtos para saúde, a Tecnovigilância é um sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas destes na fase de pós-comercialização. São produtos para a saúde: equipamentos, materiais, artigos médicos HEMOCENTRO, implantes e produtos para diagnóstico de uso in-vitro. Compete à Tecnovigilância monitorar, analisar e investigar as notificações de queixas técnicas e ocorrência de eventos adversos com suspeita de envolvimento de equipamentos, produtos de diagnósticos de uso in-vitro e materiais de uso de saúde.

Artigo 6º – Entende-se como Hemovigilância:

É um conjunto de procedimentos de vigilância que abrange toda a cadeia da transfusão sanguínea, gerando informações sobre eventos adversos resultantes do uso terapêutico de sangue e seus componentes. Estas informações são utilizadas para identificar riscos, melhorar a qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do paciente, prevenindo a ocorrência ou recorrência desses eventos. Os eventos adversos associados ao uso de sangue e componentes são denominados de reações transfusionais.

Artigo 7º – São produtos para a saúde:

Medicamentos;

1. Equipamentos de diagnóstico, de terapia e de apoio médico;
2. Materiais e artigos descartáveis, implantáveis e de apoio;
3. Materiais e produtos de diagnóstico de uso “in vitro”;
4. Sangue e seus componentes;
5. Saneantes de uso HEMOCENTRO.

CAPÍTULO V DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 8º – Compete à Comissão:

6. Desenvolver e estimular ações de Vigilância Sanitária HEMOCENTRO, com conhecimento para auxiliar a seleção, o planejamento e a gerência dos produtos para saúde;
7. Auxiliar a identificar, investigar e enviar as notificações de eventos, incidentes, reações adversas, ou queixa técnicas associados aos medicamentos, sangue e hemoderivados, equipamentos e artigos de uso médico, reagentes para diagnóstico de uso “in vitro” e materiais para desinfecção e esterilização em ambiente HEMOCENTRO com suspeita de envolvimento de produtos para a saúde à ANVISA;
8. Coordenar as ações requeridas em Tecnovigilância, Farmacovigilância e Hemovigilância e Vigilância de Saneantes de Uso HEMOCENTRO
9. Participar da formação, disseminação dos conhecimentos e atualização de recursos humanos em Tecnovigilância, Farmacovigilância, Hemovigilância e materiais para desinfecção e esterilização em ambiente HEMOCENTRO;

10. Coordenar a elaboração e implantação de Planos de Melhoria, produtos do contrato firmado entre a ANVISA e hospitais sentinela;
11. Participar conjuntamente à Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde GO - HEMOCENTRO, da elaboração de normas e rotinas do Plano de Gerenciamento de Resíduos da instituição adequando-o às formas da lei específica;
12. Orientar a comunidade do HEMOCENTRO no que tange aos riscos sanitários HEMOCENTRO do serviço de saúde;
13. Divulgar a comunidade, a política de gerenciamento de riscos sanitários hospitalares e manter uma rotina de educação e orientação por meio de cursos, manuais, palestras, vídeos, cartazes, etc.;
14. Estabelecer um programa de atividades e metas para o gerenciamento dos riscos sanitários hospitalares, definindo prazos a serem cumpridos.

Artigo 9º – Ao Presidente da Comissão indicado por ato do Conselho Administrativo do HEMOCENTRO, compete:

1. Presidir as reuniões, coordenar os debates, tomar os votos e votar;
2. Emitir votos de qualidade (voto Minerva), nos casos de empate;
3. Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias;
4. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

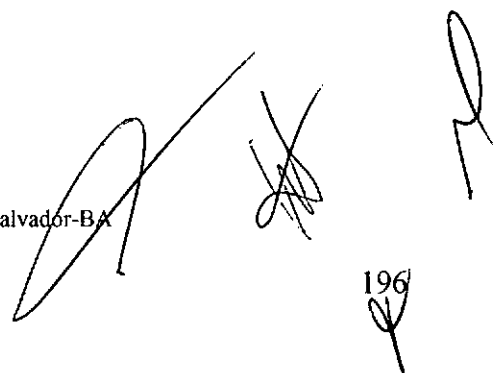
Parágrafo Único: O Presidente da Comissão poderá ser substituído, por ato de ofício do Diretor Administrativo ou mediante solicitação encaminhada pelos membros da Comissão, contendo indicação do substituto.

Artigo 10º – São atribuições do Vice-presidente da Comissão:

1. Assumir as atividades do Presidente na sua ausência;
2. Fazer cumprir todas as atribuições do Presidente quando na ausência do mesmo.

Artigo 11º – São atribuições do Secretário da Comissão:

1. Organizar a ordem do dia;
2. Receber e protocolar os processos e expedientes;
3. Lavrar a ata das sessões/reuniões;



4. Convocar os membros da comissão para as reuniões;
5. Organizar e manter o arquivo da comissão;
6. Preparar as correspondências;
7. Realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

Artigo 12º – Compete aos membros da Comissão:

1. Participar das reuniões, debatendo e votando as matérias em exame;
2. Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão devendo estas serem entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 72 (setenta e duas) horas da reunião;
3. Requisitar à secretaria, à presidência da Comissão e aos demais membros, informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;
4. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

CAPÍTULO VI DAS REUNIÕES E DELIBERAÇÕES

Artigo 13º – As reuniões ordinárias da Comissão serão realizadas 01 (uma) vez por mês, em datas estabelecidas na primeira reunião do ano.

Parágrafo 1º: Cada membro da Comissão deverá ser convocado, sendo que a pauta deverá ser divulgada aos mesmos, com antecedência mínima de 04 (quatro) dias úteis.

Parágrafo 2º: Caso a reunião ordinária não seja convocada pelo Presidente da Comissão, qualquer membro poderá fazê-lo, desde que transcorridos 07 (sete) dias do prazo previsto neste artigo.

Parágrafo 3º: A ata será divulgada aos membros até 07 (sete) dias úteis após a datada reunião.

Artigo 14º – As reuniões ordinárias poderão ser complementadas com reuniões extraordinárias, podendo estas ocorrer a qualquer tempo, por convocação do Presidente da Comissão ou de 1/3 (um terço) de seus membros.

Parágrafo 1º: Para a convocação de que trata este Artigo, é imprescindível a apresentação de comunicado à secretaria da Comissão, acompanhado de justificativa.

Parágrafo 2º: Caberá ao Secretário, a adoção das providências necessárias à convocação da reunião extraordinária, que se realizará no prazo máximo de 07 (sete) dias úteis a partir do ato de convocação.

Artigo 15º – As deliberações da Comissão deverão ser tomadas com quórum mínimo de maioria simples dos presentes, cabendo ao Presidente o voto de qualidade, para pautas previamente especificadas.

Parágrafo 1º: Para a deliberação de pautas previamente especificadas, não estando presente o quórum mínimo, a votação iniciará 15 (quinze) minutos após o horário designado para a reunião.

Parágrafo 2º: Para assuntos gerais, a reunião será instalada com qualquer quorum.

Parágrafo 3º: As decisões normativas terão a forma de resolução, numeradas de forma sequencial e divulgadas em veículo interno de grande circulação.

Parágrafo 4º: É obrigatória a confecção de atas das reuniões, devendo as mesmas ser arquivadas na secretaria executiva para efeito de consulta.

CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 16º – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com o Conselho Administrativo da instituição.

Artigo 17º – Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

SES
Fls.: 3264
CIGSS

Artigo 18º – O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovado pelo Conselho Administrativo, revogadas as disposições em contrário.

Cronograma Anual de Atividade

DE GERENCIAMENTO DE RISCOS RELACIONADOS AOS PRODUTOS PARA A SAÚDE, MEDICAMENTOS, CORRELATOS, SANEANTES, SANGUE, HEMOCOMPONENTES E EQUIPAMENTOS												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da Comissão	■											
Revisão do Regimento Interno			■									
Reuniões Ordinárias	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaboração de protocolos			■									
Resultados Positivos				■								

COMISSÃO CIPA

Proposta de regimento/proposta de constituição/cronograma de atividade anual

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA é um instrumento que os trabalhadores dispõem para tratar da prevenção de acidentes do trabalho, das condições do ambiente do trabalho e de todos os aspectos que afetam sua saúde e segurança. A CIPA tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

A CIPA é regulamentada pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT nos Artigos 162 a 165 e pela Norma Regulamentadora 5 – NR-5, contida na portaria 3.214 de 08 de junho de 1.978, baixada pelo Ministério do Trabalho e a Portaria SSST/GO nº 08/1.999.

Proposta de Constituição

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, sendo que o mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de 01 (um) ano, permitida uma reeleição. Assim, a CIPA será constituída da seguinte maneira:

- Os representantes da instituição (empregadores), titulares e suplentes, serão por ela designados;
- Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados;
- O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto no Quadro I da NR 5 (no caso, 08 efetivos e 07 suplentes).

REGIMENTO INTERNO
COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA

CAPÍTULO I
DA DEFINIÇÃO

Artigo 1º – A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA é um instrumento que os trabalhadores dispõem para tratar da prevenção de acidentes do trabalho, das condições do ambiente do trabalho e de todos os aspectos que afetam sua saúde e segurança. A CIPA é regulamentada pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT nos Artigos 162 a 165 e pela Norma Regulamentadora 5 – NR-5, contida na portaria 3.214 de 08 de junho de 1.978, baixada pelo Ministério do Trabalho.

CAPÍTULO II
DA FINALIDADE

Artigo 2º – A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador, seguindo as normas expressas na NR 5.

CAPÍTULO III
DA ORGANIZAÇÃO

Artigo 3º – A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da NR 5, ressalvadas as alterações disciplinares em atos normativos para setores econômicos específicos.

Parágrafo 1º: Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes serão por eles designados.

Parágrafo 2º: Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

Artigo 4º – O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto no Quadro I da NR 5, ressalvadas as alterações disciplinares em atos normativos de setores econômicos específicos.

Artigo 5º – Quando o estabelecimento não se enquadrar no Quadro I, a empresa designará um responsável pelo cumprimento dos objetivos da NR 5, podendo ser adotados mecanismos de participação dos empregados, através de negociação coletiva.

Artigo 6º – O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de 01 (um) ano, permitida uma reeleição.

Artigo 7º – É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes desde o registro de sua candidatura até 01 (um) ano após o final de seu mandato.

Artigo 8º – Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na empresa, sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo do Artigo 469, da CLT.

Artigo 9º – O empregador deverá garantir que seus indicados tenham a representação necessária para a discussão e encaminhamento das soluções de questões de segurança e saúde no trabalho analisadas na CIPA.

Artigo 10º – O empregador designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o Vice-presidente.

Artigo 11º – Os membros da CIPA, eleitos e designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Artigo 12º – Será indicado, de comum acordo com os membros da CIPA, um Secretário e seu substituto, entre os componentes ou não da Comissão, sendo neste caso necessária a concordância do empregador.

Artigo 13º – Empossados os membros da CIPA, a empresa deverá protocolizar, em até dez dias, na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho, cópias das atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias.

Artigo 14º – Protocolizado na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, a CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pelo empregador, antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados da empresa, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento.

CAPÍTULO IV DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 15º – A CIPA terá por atribuição:

1. Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESGO, onde houver;
2. Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
3. Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
4. Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
5. Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
6. Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
7. Participar com o SESGO, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho, relacionados à segurança e à saúde dos trabalhadores;
8. Requerer ao SESGO, quando houver, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
9. Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

10. Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
11. Participar, em conjunto com o SESGO, onde houver, ou com o empregador da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
12. Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
13. Requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;
14. Promover anualmente, em conjunto com o SESGO, onde houver a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;
15. Participar anualmente, em conjunto com a empresa, de campanhas de prevenção da AIDS.

Artigo 16º – Cabe ao empregador:

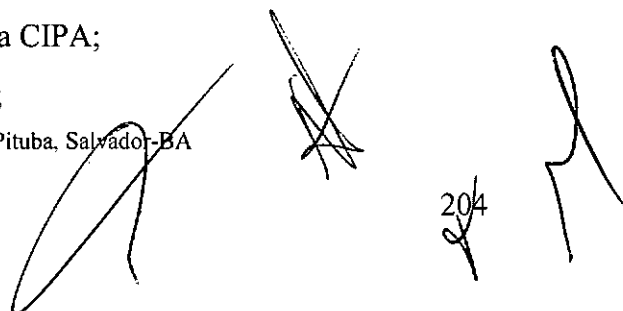
1. Proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

Artigo 17º – Cabe aos empregados:

1. Participar da eleição de seus representantes;
2. Colaborar com a gestão da CIPA;
3. Indicar à CIPA, ao SESGO e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho;
4. Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Artigo 18º – Cabe ao Presidente da CIPA:

1. Convocar os membros para as reuniões da CIPA;
2. Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e ao SESGO, quando houver, as decisões da Comissão;
3. Manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA;
4. Coordenar e supervisionar as atividades da secretaria;



204

5. Delegar atribuições ao Vice-Presidente.

Artigo 19º – Cabe ao Vice-Presidente:

1. Executar atribuições que lhe forem delegadas;
2. Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Artigo 20º – O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

1. Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;
2. Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
3. Delegar atribuições aos membros da CIPA;
4. Promover o relacionamento da CIPA com o SESGO, quando houver;
5. Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;
6. Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;
7. Constituir a comissão eleitoral.
8. Artigo 21º – O Secretário da CIPA terá por atribuição:
9. Acompanhar as reuniões da CIPA, e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;
10. Preparar as correspondências;
11. Realizar outras atribuições que lhe forem conferidas.

CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO

Artigo 22º – A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

Artigo 23º – As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado.

Artigo 24º – As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Artigo 25º – As atas ficarão no estabelecimento à disposição dos Agentes da Inspeção do Trabalho – AIT.

Artigo 26º – As Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

1. Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;
2. Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;
3. Houver solicitação expressa de uma das representações.

Artigo 27º – As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

Artigo 28º – Não havendo consenso e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Artigo 29º – Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

Artigo 30º – O pedido de reconsideração será apresentado à CIPA até a próxima reunião ordinária, quando será analisado, devendo o Presidente e o Vice-Presidente efetivar os encaminhamentos necessários.

Artigo 31º – O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

Artigo 32º – A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida à ordem de colocação decrescente registrada na ata de eleição, devendo o empregador comunicar à unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego as alterações e justificar os motivos.

Artigo 33º – No caso de afastamento definitivo do Presidente, o empregador indicará o substituto em 02 (dois) dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA. No caso de afastamento definitivo do Vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em 02 (dois) dias úteis.

CAPÍTULO VI DO TREINAMENTO

Artigo 34º – A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.

Artigo 35º – O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

Artigo 36º – As empresas que não se enquadrem no Quadro I, promoverão anualmente treinamento para o designado responsável pelo cumprimento do objetivo da NR 5.

Artigo 37º – O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

1. Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;
2. Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;
3. Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa;
4. Noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, e medidas de prevenção;
5. Noções sobre as legislações trabalhistas e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;
6. Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;
7. Organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.

Artigo 38º – O treinamento terá carga horária de 20 (vinte) horas, distribuídas em no máximo 08 (oito) horas diárias e será realizado durante o expediente normal da empresa.

CAPÍTULO III DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Artigo 8 - Compete ao Presidente:

- I - Convidar e presidir as reuniões da CFT/GO - HEMOCENTRO;
- II - Assinar todos os documentos oficiais emitidos pela CFT/HEMOCENTRO;
- III - Assessorar a Direção Geral, quando solicitado;
- IV - Representar a CFT/HEMOCENTRO em assuntos pertinentes a sua área de atuação;
- V - Indicar previamente o seu substituto, sendo primeiramente o Relator/ Organizador, quando estiver impossibilitado de comparecer às reuniões;
- VI - Proceder aos encaminhamentos e a divisão das tarefas da Comissão.

Artigo 9 - Compete ao Relator/Organizador:

- I - Secretariar todas as reuniões da CFT/HEMOCENTRO;
- II - Redigir as atas das reuniões;
- III - Organizar os documentos recebidos para análise e outros necessários, encaminhando-os aos membros da CFT/HEMOCENTRO;
- IV - Providenciar pareceres correspondentes e os encaminhamentos necessários;
- V - Manter arquivo de todos os documentos confidenciais em área designada pela CFT/GO - HEMOCENTRO;
- VI - Auxiliar o Presidente nas tarefas administrativas.

Artigo 10-A CFT/HEMOCENTRO reunir-se-á mensalmente e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação do seu Presidente.

1º - As reuniões deliberativas deverão ter pelo menos, metade dos membros efetivos.

2º - As decisões serão aprovadas pela maioria simples dos presentes.

3º - O Presidente terá direito ao voto de qualidade em decisões.

Artigo 11 - Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercalados no período de um ano de trabalho, sendo substituído



Artigo 18- A CFT/ HEMOCENTRO terá poder deliberativo de vetar a compra de medicamentos que se mostrarem ineficaz terapeuticamente e/ou com qualidade duvidosa e sem o devido registro, por solicitação dos médicos, respeitada os critérios abaixo:

1. Laudo técnico do medicamento realizado em Laboratório Oficial;
2. Parecer técnico da Vigilância Sanitária do Estado - VISA/SES.

Artigo 19- O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ter aprovação da Direção Geral GO - HEMOCENTRO.

Artigo 20 - A CFT/ HEMOCENTRO é autônoma e competente para incluir qualquer medicamento na padronização, desde que sejam seguidos os critérios do artigo 16.

Artigo 21 - As resoluções da CFT/ HEMOCENTRO terão caráter normativo e deverão ser cumpridas pelo corpo clínico.

Artigo 22 - O presente Regulamento Interno poderá ser alterado mediante proposta da maioria absoluta dos integrantes da CFT/ GO - HEMOCENTRO, encaminhada ao Presidente da mesma, devendo entrar em vigência após aprovação do Diretor Geral do HEMOCENTRO.

Cronograma Anual de Atividade

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADE DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da Comissão	■											
Revisão do Regimento Interno			■									
Reuniões Ordinárias	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaboração de protocolos			■									
Resultados Positivos				■								

[Handwritten signatures and marks]

Artigo 33º – No caso de afastamento definitivo do Presidente, o empregador indicará o substituto em 02 (dois) dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA. No caso de afastamento definitivo do Vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em 02 (dois) dias úteis.

CAPÍTULO VI DO TREINAMENTO

Artigo 34º – A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.

Artigo 35º – O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

Artigo 36º – As empresas que não se enquadrem no Quadro I, promoverão anualmente treinamento para o designado responsável pelo cumprimento do objetivo da NR 5.

Artigo 37º – O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

1. Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;
2. Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;
3. Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa;
4. Noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, e medidas de prevenção;
5. Noções sobre as legislações trabalhistas e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;
6. Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;
7. Organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.

Artigo 38º – O treinamento terá carga horária de 20 (vinte) horas, distribuídas em no máximo 08 (oito) horas diárias e será realizado durante o expediente normal da empresa.

Artigo 39º – O treinamento poderá ser ministrado pelo SESGO da empresa, entidade patronal, entidade de trabalhadores ou por profissional que possua conhecimentos sobre aos temas ministrados.

Artigo 40º – A CIPA será ouvida sobre o treinamento a ser realizado, inclusive quanto à entidade ou profissional que o ministrará, constando sua manifestação em ata, cabendo à empresa escolher a entidade ou profissional que ministrará o treinamento.

Artigo 41º – Quando comprovada a não observância ao disposto nos itens relacionados ao treinamento, a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, determinará a complementação ou a realização de outro, que será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de ciência da empresa sobre a decisão.

CAPÍTULO VII DO PROCESSO ELEITORAL

Artigo 42º – Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, até 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

Artigo 43º – A empresa estabelecerá mecanismos para comunicar o início do processo eleitoral ao sindicato da categoria profissional.

Artigo 44º – O Presidente e o Vice Presidente da CIPA constituirão dentre seus membros, com no mínimo 55 (cinquenta e cinco) dias do início do pleito, a Comissão Eleitoral – CE, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral.

Artigo 45º – Nos estabelecimentos onde não houver CIPA, a Comissão Eleitoral será constituída pela empresa.

Artigo 46º – O processo eleitoral observará as seguintes condições:

1. Publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no mínimo (quarenta e cinco) dias antes da data marcada para a eleição;
2. Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de 15 (quinze) dias;
3. Liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;
4. Garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;
5. Realização da eleição no mínimo 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;
6. Realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados;
7. Voto secreto;
8. Apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral;
9. Faculdade de eleição por meios eletrônicos;
10. Guarda pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de 05 (cinco) anos.

Artigo 47º – Havendo participação inferior a 50% (cinquenta por cento) dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação que ocorrerá no prazo máximo de 10 (dez) dias.

Artigo 48º – As denúncias sobre o processo eleitoral deverão ser protocolizadas na unidade descentralizada do GOE, até 30 (trinta) dias após a data da posse dos novos membros da CIPA.

Artigo 49º – Compete à unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, confirmadas irregularidades no processo eleitoral, determinar a sua correção ou proceder a anulação quando for o caso.

Artigo 50º – Em caso de anulação a empresa convocará nova eleição no prazo de 05 (cinco) dias, a contar da data de ciência, garantidas as inscrições anteriores.

Artigo 51º – Quando a anulação se der antes da posse dos membros da CIPA, ficará assegurada a prorrogação do mandato anterior, quando houver, até a complementação do processo eleitoral.

Artigo 52º – Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

Artigo 53º – Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

Artigo 54º – Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

CAPÍTULO VIII DAS CONTRATANTES E CONTRATADAS

Artigo 55º – Sempre que duas ou mais empresas atuarem em um mesmo estabelecimento, a CIPA ou designado da empresa contratante deverá, em conjunto com as das contratadas ou com os designados, definir mecanismos de integração e de participação de todos os trabalhadores em relação às decisões das CIPA existentes no estabelecimento.

Artigo 56º – A contratante e as contratadas, que atuem num mesmo estabelecimento, deverão implementar, de forma integrada, medidas de prevenção de acidentes e doenças do trabalho, decorrentes da presente NR, de forma a garantir o mesmo nível de proteção em matéria de segurança e saúde a todos os trabalhadores do estabelecimento.

Artigo 57º – A empresa contratante adotará medidas necessárias para que as empresas contratadas, suas CIPA, os designados e os demais trabalhadores lotados naquele estabelecimento recebam as informações sobre os riscos presentes nos ambientes de trabalho, bem como sobre as medidas de proteção adequadas.

Artigo 58º – A empresa contratante adotará as providências necessárias para acompanhar o cumprimento pelas empresas contratadas que atuam no seu estabelecimento, das medidas de segurança e saúde no trabalho.

CAPÍTULO IX DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 59º – Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com o Conselho Administrativo da Instituição.

Artigo 60º – Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Artigo 61º – O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovado pelo Conselho Administrativo, revogadas as disposições em contrário.

Cronograma Anual de Atividade

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADE DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da Comissão												
Revisão do Regimento Interno												
Reuniões Ordinárias												
Elaboração de protocolos												
Resultados Positivos												

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

Proposta de regimento/proposta de constituição/cronograma de atividade anual

Comissão de Farmácia e Terapêutica

Todos os dias são lançados novas tecnologias, que são declaradas melhores que outras já disponíveis, sob os aspectos da eficácia, efetividade e segurança. Mas como ter certeza de que estas informações são válidas para decidir sobre a incorporação de medicamentos ao sistema de saúde? A seleção dos medicamentos que farão parte das relações de medicamentos essenciais, é componente fundamental da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a qual possui como eixos norteadores a garantia de acesso e o uso racional de produtos farmacêuticos.

Neste sentido, é imprescindível ao gestor de saúde que decide sobre a incorporação de medicamentos ao sistema, que se utilize de mecanismos e instrumentos que possam orientá-lo para esta tomada de decisão. A criação de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT é uma estratégia, que estabelece um instrumento (a CFT) para que o gestor possa tomar decisões mais uniformes e segundo diretrizes estabelecidas.

A CFT é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por finalidade selecionar medicamentos essenciais a serem utilizados no sistema de saúde nos três níveis de atenção, além de assessorar a gestão nas questões referentes a medicamentos.

Proposta de Constituição

A CFT/HEMOCENTRO deverá ter, no mínimo, um número representativo de membros efetivos, pertencentes ao quadro do HEMOCENTRO, sendo um representante de cada área:

- 1-Farmácia
- 2-Cirurgia;
- 3-Medicina Interna;
- 4- Enfermagem;
- 5- Farmacovigilância;
- 6- Gerência de Risco;
- 9- Comissão de Controle de Infecção.

REGIMENTO INTERNO
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA - CFT
GO - HEMOCENTRO

CAPÍTULO I
DA DEFINIÇÃO E DA FINALIDADE

Artigo 1º. - A Comissão de Farmácia e Terapêutica do HEMOCENTRO é um órgão vinculado à Direção Geral, de natureza técnico-científico/permanente e que tem por finalidade formular e implementar uma política institucional para o uso racional de medicamentos, visando contribuir para a melhoria na qualidade da assistência prestada à saúde.

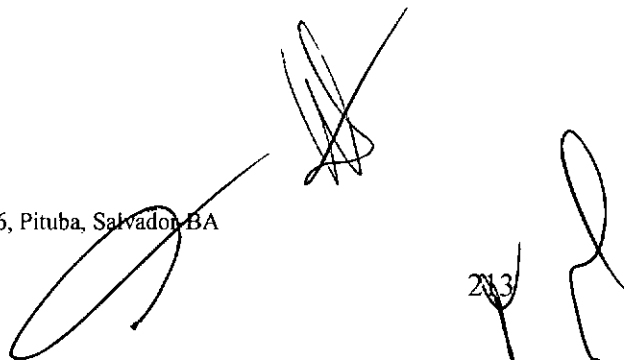
CAPÍTULO II
DA ORGANIZAÇÃO DO COLEGIADO
COMPOSIÇÃO

Artigo 2 - A CFT/HEMOCENTRO será constituída por profissionais de saúde do GO - HEMOCENTRO. Terá uma composição Multidisciplinar e multiprofissional, devendo contar com componentes efetivos e um número variável de membros ligados à assessoria técnica.

1º - As indicações deverão recair preferencialmente em profissionais com reconhecida experiência em sistema de informação de medicamentos, comissões e áreas de apoio HEMOCENTRO, sendo desejável ter conhecimento em Farmacologia, Epidemiologia e Administração.

2º- A CFT/HEMOCENTRO deverá ter, no mínimo, um número representativo de membros efetivos, pertencentes ao quadro da UFSC, sendo um representante de cada área:

- 1-Farmácia
- 2-Cirurgia;
- 3-Medicina Interna;
- 4- Enfermagem;
- 5- Farmacovigilância;



- 6- Gerência de Risco;
- 9- Comissão de Controle de Infecção.

3º - Os membros efetivos deverão ser profissionais de nível superior, sendo dentre estes, escolhido o Relator/Organizador dos trabalhos, o qual disponibilizará de 06 (seis) horas semanais para as atividades decorrentes. A Comissão contará ainda com o apoio de membros consultores que dada a sua especialidade, serão convidados esporadicamente para prestarem assessoria técnica.

Artigo 3 - Caberá a Direção Geral HEMOCENTRO a nomeação dos membros efetivos que irão compor a CFT/ HEMOCENTRO, em consenso com as respectivas Diretorias. A escolha dos profissionais ligados à assessoria técnica será de responsabilidade do Presidente e dos membros fixos da Comissão.

1º - A CFT/HEMOCENTRO será constituída administrativamente pelo Presidente e pelo Relator/Organizador dos trabalhos.

Artigo 4 - Todos os membros deverão assinar o termo de ausência de conflitos de interesse, onde afirmem isenção, principalmente no que se referem a vínculos empregatícios ou contratuais, compromissos e obrigações com indústrias privadas produtoras de medicamentos, que resultem em recebimento de remunerações, benefícios ou vantagens pessoais.

Artigo 5 - A renovação da Comissão poderá ser de até 50% de seus membros efetivos, a cada nova gestão.

Artigo 6 - A Comissão convidará profissionais ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento de ações voltadas a regulamentar o processo de seleção de medicamentos e promoção de uso terapêutico adequado, sempre que julgar necessário.

Artigo 7 - A fim de assegurar a sustentabilidade das ações voltadas a regulamentar o processo de seleção de medicamentos e promoção de uso terapêutico adequado no HEMOCENTRO, a Direção Geral proporcionará a infra-estrutura necessária, dando o suporte técnico, científico e operacional, indispensáveis à eficiência da CFT/GO - HEMOCENTRO.

CAPÍTULO III DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Artigo 8 - Compete ao Presidente:

- I - Convidar e presidir as reuniões da CFT/GO - HEMOCENTRO;
- II - Assinar todos os documentos oficiais emitidos pela CFT/HEMOCENTRO;
- III - Assessorar a Direção Geral, quando solicitado;
- IV - Representar a CFT/HEMOCENTRO em assuntos pertinentes a sua área de atuação;
- V - Indicar previamente o seu substituto, sendo primeiramente o Relator/ Organizador, quando estiver impossibilitado de comparecer às reuniões;
- VI - Proceder aos encaminhamentos e a divisão das tarefas da Comissão.

Artigo 9 - Compete ao Relator/Organizador:

- I - Secretariar todas as reuniões da CFT/HEMOCENTRO;
- II - Redigir as atas das reuniões;
- III - Organizar os documentos recebidos para análise e outros necessários, encaminhando-os aos membros da CFT/HEMOCENTRO;
- IV - Providenciar pareceres correspondentes e os encaminhamentos necessários;
- V - Manter arquivo de todos os documentos confidenciais em área designada pela CFT/GO - HEMOCENTRO;
- VI - Auxiliar o Presidente nas tarefas administrativas.

Artigo 10-A CFT/HEMOCENTRO reunir-se-á mensalmente e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação do seu Presidente.

1º - As reuniões deliberativas deverão ter pelo menos, metade dos membros efetivos.

2º - As decisões serão aprovadas pela maioria simples dos presentes.

3º - O Presidente terá direito ao voto de qualidade em decisões.

Artigo 11 - Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercalados no período de um ano de trabalho, sendo substituído

respeitados o disposto no art. 2 deste Regulamento. A justificativa deverá ser feita por escrito, memorando ou por e-mail.

Artigo 12 - O Presidente da CFT/HEMOCENTRO poderá solicitar o encaminhamento de processos ou consultas a outros profissionais ou instituições públicas ou privadas para estudo, pesquisa ou informações a respeito do que julgar pertinente, bem como solicitar o comparecimento de um consultor nas reuniões para esclarecimentos, após aprovação de sua convocação em ata.

Artigo 13 - A ordem do dia das reuniões da CFT/HEMOCENTRO deverá ser realizada com os expedientes apresentados para discussão.

1º - A ordem do dia será comunicada previamente a todos os membros da CFT/HEMOCENTRO com antecedência mínima de sete (7) dias para as reuniões ordinárias e de um (1) dia para as extraordinárias.

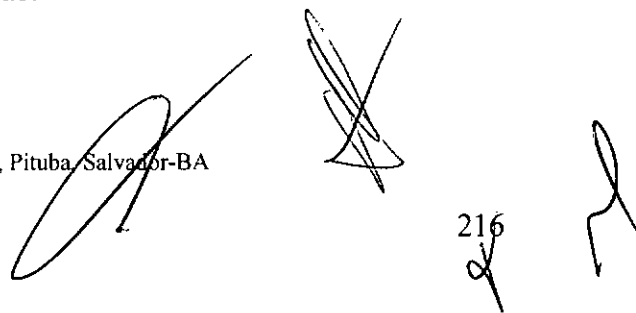
2º - As decisões e a votação de cada um dos membros da Comissão serão nominais e abertas.

3º - A CFT HEMOCENTRO, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e à ordem dos trabalhos.

Artigo 14 - O encaminhamento das reuniões da CFT/HEMOCENTRO obedecerá a seguinte rotina:

1. Aprovação da ata da reunião anterior, seguida da assinatura;
2. Deliberação dos itens da pauta e votação, quando for o caso;
3. Organização da pauta da próxima reunião; Parágrafo único: Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a CFT/GO - HEMOCENTRO, por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Artigo 15- A cada reunião o Relator providenciará a elaboração de uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinados pelos membros efetivos presentes e pelo Presidente, quando da sua aprovação.



CAPÍTULO IV DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 16- São atribuições da CFT do HEMOCENTRO:

- I. Ser responsável pelo desenvolvimento e pela supervisão da política e práticas de seleção e uso racional de medicamentos no HEMOCENTRO;
- II. Elaborar e atualizar periodicamente a relação de medicamentos padronizados, divulgá-la e determinar seu uso como instrumento básico para a prescrição médica;
- III. Padronizar medicamentos pelo nome do princípio ativo básico, conforme a Denominação Comum Brasileira (DCB).
- IV. Padronizar exclusivamente medicamentos de eficiência comprovada, sob o ponto de vista clínico, avaliados pelos critérios da medicina baseada em evidências.
- V. Elaborar e viabilizar a prática de um sistema de prescrição eficiente e custo-efetivo com protocolos terapêuticos normatizados e coerentes.
- VI. Estabelecer formulário próprio para inclusão e/ou exclusão de medicamentos.
- VII. Avaliar e emitir parecer sobre as solicitações de inclusão e exclusão ou substituição de itens da relação de medicamentos do HEMOCENTRO.
- VIII. Promover a divulgação de informações relacionadas a estudos clínicos relativos aos medicamentos incluídos/excluídos da lista de medicamentos padronizados;
- IX. Prestar assessoria ao corpo clínico e a administração HEMOCENTRO em assuntos relacionados a medicamentos;
- X. Estabelecer um plano apropriado de capacitação permanente para os profissionais de saúde envolvidos em assuntos relacionados ao uso de medicamentos

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Artigo 17- Os casos omissos surgidos na aplicação do presente Regimento Internos serão encaminhados, acompanhados de parecer da CFT, ao Diretor Geral do HEMOCENTRO.

Artigo 18- A CFT/ HEMOCENTRO terá poder deliberativo de vetar a compra de medicamentos que se mostrarem ineficaz terapeuticamente e/ou com qualidade duvidosa e sem o devido registro, por solicitação dos médicos, respeitada os critérios abaixo:

1. Laudo técnico do medicamento realizado em Laboratório Oficial;
2. Parecer técnico da Vigilância Sanitária do Estado - VISA/SES.

Artigo 19- O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ter aprovação da Direção Geral GO - HEMOCENTRO.

Artigo 20 - A CFT/ HEMOCENTRO é autônoma e competente para incluir qualquer medicamento na padronização, desde que sejam seguidos os critérios do artigo 16.

Artigo 21 - As resoluções da CFT/ HEMOCENTRO terão caráter normativo e deverão ser cumpridas pelo corpo clínico.

Artigo 22 - O presente Regulamento Interno poderá ser alterado mediante proposta da maioria absoluta dos integrantes da CFT/ GO - HEMOCENTRO, encaminhada ao Presidente da mesma, devendo entrar em vigência após aprovação do Diretor Geral do HEMOCENTRO.

Cronograma Anual de Atividade

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADE DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da Comissão	■											
Revisão do Regimento Interno			■									
Reuniões Ordinárias	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaboração de protocolos			■									
Resultados Positivos				■								

COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA CIENTÍFICA

Proposta de regimento/proposta de constituição/cronograma de atividade anual

Comissão de Ética em Pesquisa Científica

A Comissão de Ética em Pesquisa ou Comitê de Ética em Pesquisas é um colegiado interdisciplinar e independente, de "múnus público", portanto, "que procede de autoridade pública ou da lei, e obriga o indivíduo a certos encargos em benefício da coletividade ou da ordem social", sendo de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos sujeitos de pesquisa na sua integridade e dignidade, e para contribuir no aprimoramento ético das pesquisas que lhe forem submetidas.

A Comissão de Ética em Pesquisa do HEMOCENTRO é regulamentada pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde CNS 196/1.996.

Proposta de Constituição

A Comissão de Ética em Pesquisa do HEMOCENTRO será composta por 16 (dezesesseis) membros, sendo 12 (doze) membros titulares, 04 (quatro) membros suplentes, nomeados pelo Conselho Administrativo da Instituição, incluindo profissionais da área da saúde, ciências sociais, exatas e humanas, incluindo, por exemplo, juristas, teólogos, sociólogos, filósofos, bioeticistas e, pelo menos, um membro da sociedade representando os usuários da instituição. Deverá ser definida a critério da instituição, sendo pelo menos metade dos membros com experiência em pesquisa, eleitos pelos seus pares.

A escolha da Coordenação deverá ser feita pelo Conselho de Administração da instituição e o Secretário pelos membros que compõem o colegiado, durante a primeira reunião de trabalho. Não deverá haver mais que a metade de seus membros, pertencentes à mesma categoria profissional. A participação das pessoas terá que ser obrigatoriamente de ambos os sexos e o mandato será de 03 (três) anos, sendo permitida recondução.

REGIMENTO INTERNO
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP
HEMOCENTRO

CAPÍTULO I
DO OBJETO E SUAS FINALIDADES

Artigo 1º – A Comissão de Ética em Pesquisa ou Comitê de Ética em Pesquisas Humanas do HEMOCENTRO é um colegiado interdisciplinar e independente, de “*múnus público*”, portanto, “que procede de autoridade pública ou da lei, e obriga o indivíduo a certos encargos em benefício da coletividade ou da ordem social”, sendo de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos sujeitos de pesquisa na sua integridade e dignidade, e para contribuir no aprimoramento ético das pesquisas que lhe forem submetidas, sendo constituído nos termos da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, expedida em 10/10/1996.

Artigo 2º – À Comissão de Ética em Pesquisa do HEMOCENTRO compete regulamentar, analisar e fiscalizar a realização de pesquisa clínica e experimental envolvendo seres humanos, seguindo as Propostas de Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (Conselho das Organizações Internacionais das Ciências Médicas – CIOMS/OMS, Genebra, 1.982 e 1.983).

Parágrafo Único – Os membros do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-GO - HEMOCENTRO, têm total independência de ação no exercício de suas funções, mantendo sob caráter confidencial as informações recebidas.

CAPÍTULO II
DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º – A Comissão de Ética em Pesquisa – CEP-HEMOCENTRO é constituído por 16 (dezesesseis) membros, sendo 12 (doze) membros titulares, 04 (quatro) membros suplentes, nomeados pelo Conselho Administrativo da Instituição, incluindo profissionais da área da saúde, ciências

sociais, exatas e humanas, incluindo, por exemplo, juristas, teólogos, sociólogos, filósofos, bioeticistas e, pelo menos, 01 (um) membro da sociedade representando os usuários da instituição.

Parágrafo 1º – A Comissão de Ética em Pesquisa – CEP - HEMOCENTRO, de acordo com o Capítulo VII, item VII.5, da Resolução CNS nº 196 de 10/10/1.996, deverá ser constituído por pessoas de ambos os sexos, não sendo permitido que nenhuma categoria profissional tenha uma representação superior à metade dos seus membros.

Parágrafo 2º – Pelo menos metade dos membros deverá possuir experiência em pesquisa e representar as diversas áreas de atuação Multidisciplinar da instituição, contando com a participação de membros dos dois sexos.

Parágrafo 3º – Em consonância com o Capítulo VII, item VII.10 da Resolução CNS nº 196/96, os membros não poderão ser remunerados.

Artigo 4º – A nomeação dos membros da CEP - HEMOCENTRO, ocorrerá através de ato do Conselho Administrativo, a partir de indicação dos serviços e outros setores do HEMOCENTRO que tenham relação com atividades em pesquisa.

Parágrafo 1º – Conforme Capítulo VII, item VII. 9, da Resolução CNS nº 196/96, o mandato dos membros da CEP - HEMOCENTRO, será de 03 (três) anos sendo permitida a recondução.

Parágrafo 2º – Não será permitida, a cada ano, a renovação de mais de 1/3 (um terço) dos membros da CEP-HEMOCENTRO.

Artigo 5º – A CEP-HEMOCENTRO terá seu Coordenador nomeado pelo Conselho Administrativo do HEMOCENTRO, em comum acordo com os seus membros.

Artigo 6º – Serão escolhidos pelos membros da CEP-HEMOCENTRO 01 (um) Secretário e 01 (um) suplente.

Artigo 7º – Todos os membros do Corpo Clínico do HEMOCENTRO são considerados membros consultores “*ad hoc*”.

CAPÍTULO III – DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 8º – Compete à Comissão de Ética em Pesquisa do HEMOCENTRO:

1. Revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, inclusive multicêntricos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas.
2. Analisar projetos e protocolos de pesquisa (inclusive multicêntricos, interdisciplinares e interdepartamentais) em seres humanos e emitir pareceres do ponto de vista dos requisitos da ética, dentro do prazo de 60 (sessenta) dias conforme Artigo 9º.
3. Expedir instruções com normas técnicas para orientar os pesquisadores com respeito a aspectos éticos.
4. Garantir a manutenção dos aspectos éticos de pesquisa.
5. Zelar pela obtenção de consentimento livre e esclarecido dos indivíduos ou grupos para sua participação na pesquisa.
6. Acompanhar o desenvolvimento dos projetos através de relatórios anuais dos pesquisadores, nas situações exigidas pela legislação.
7. Manter comunicação regular e permanente com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), encaminhando para sua apresentação aqueles casos previstos no Capítulo VIII, Item 4.c daquela Resolução.
8. Desempenhar papel consultivo e educativo fomentando a reflexão em torno da ética na ciência.
9. Manter guarda confidencial de todos os dados obtidos na execução de sua tarefa e arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição das autoridades sanitárias.
10. Manter arquivado os projetos, os protocolos e os relatórios correspondentes, no mínimo por 05 (cinco) anos após o encerramento do estudo.

Artigo 9º – Em consonância com o Capítulo VII, Item VII.13, Alínea b, da Resolução CNS nº 196/96, emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, identificando com clareza o ensaio, documentos estudados e data de revisão. Com base no parecer emitido, cada projeto terá enquadramento em uma das seguintes categorias:

End. Av. Professor Magalhães Neto, nº. 1856, Sl 806, Pituba, Salvador-BA

1. Aprovado;
2. Com pendência – A CEP-HEMOCENTRO solicita informações específicas, modificações ou revisão, que deverão ser atendidas pelo pesquisador, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias;
3. Retirado – quando transcorrido o prazo, o protocolo permanecer pendente;
4. Não Aprovado;
5. Aprovado e encaminhando para apreciação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, nos casos de áreas temáticas especiais previstas no Capítulo VIII, Item 4.c, da Resolução CNS nº 196/96.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

Artigo 10º – A CEP-HEMOCENTRO reunir-se-á na segunda semana de cada mês, em sessão ordinária, ou em caráter extraordinário, quando convocado pelo Coordenador ou pela maioria de seus membros.

Artigo 11º – A reunião do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP – HEMOCENTRO) se instalará e deliberará com a presença da maioria simples de seus membros, e será dirigida pelo seu Coordenador ou, na sua ausência, por Coordenador suplente.

Artigo 12º – As reuniões dar-se-ão da seguinte forma:

1. Verificação da presença necessária de membros da CEP-HEMOCENTRO pelo Coordenador e abertura dos trabalhos, e na sua ausência, pelo Coordenador suplente.
2. Verificação de presença dos membros titulares e existência de quórum.
3. Leitura, votação e assinatura da ata da reunião anterior.
4. Comunicações breves e franqueamento da palavra.
5. Leitura e despacho do expediente.
6. Ordem do dia, incluindo leitura, discussão e votação dos pareceres.
7. Organização da pauta da próxima reunião.
8. Distribuição de projetos de pesquisa ou tarefas aos relatores.
9. Encerramento da sessão.

Artigo 13º – Ao Coordenador compete dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CEP-HEMOCENTRO e especificamente:

1. Representar a CEP-HEMOCENTRO em suas relações internas e externas.
2. Instalar a CEP-HEMOCENTRO e presidir as reuniões plenárias.
3. Promover a convocação das reuniões.
4. Indicar membros para estudos e emissão de pareceres necessários à compreensão da finalidade do a CEP- HEMOCENTRO.
5. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate.

Parágrafo Único – Na ausência do Coordenador, as atribuições serão desempenhadas pelo Coordenador suplente.

Artigo 14º – Aos membros da CEP-HEMOCENTRO compete:

1. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes foram atribuídas pelo Coordenador.
2. Comparecer às reuniões, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão.
3. Requerer votação de matéria em regime de urgência.
4. Verificar a instrução dos procedimentos estabelecidos, a documentação e registro dos dados gerados no decorrer do processo, o acervo de dados obtidos, os recursos humanos envolvidos, os relatórios parciais e finais do processo.
5. Desempenhar funções atribuídas pelo Coordenador.
6. Apresentar proposições sobre as questões atinentes à CEP- HEMOCENTRO.

Parágrafo Único – O membro da Comissão de Ética em Pesquisa – HEMOCENTRO deverá se declarar impedido de emitir pareceres ou participar do processo de tomada de decisão na análise de protocolo de pesquisa se estiver diretamente ou indiretamente envolvido no projeto.

Artigo 15º – À secretaria da CEP-HEMOCENTRO compete:

1. Participar das reuniões.
2. Encaminhar o expediente.

3. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devem ser examinados nas reuniões da CEP-HEMOCENTRO.
4. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas.
5. 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.
6. Lavrar e assinar as atas de reuniões da CEP-HEMOCENTRO.
7. Providenciar, através da determinação do Coordenador, a convocação das sessões extraordinárias.
8. Distribuir aos membros da CEP-HEMOCENTRO a pauta das reuniões.

Artigo 16º – Será dispensado e substituído o membro que não comparecer, sem justificativa, a 03 (três) reuniões consecutivas, ou a 05 (cinco) intercaladas, no mesmo ano.

CAPÍTULO V

DA ROTINA PROCESSUAL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Artigo 17º – As solicitações de pareceres éticos devem ser protocoladas no serviço de expediente da Secretaria da Comissão de Ética em Pesquisa do HEMOCENTRO, que as encaminhará ao Coordenador da Comissão.

Artigo 18º – O Coordenador, ao receber a solicitação relativa à avaliação ética de protocolo de pesquisa, deverá encaminhar, num prazo máximo de 07 (sete) dias, pelo expediente, a 02 (dois) membros efetivos que relatarão num prazo máximo de 15 (quinze) dias, em parecer sigiloso.

Parágrafo Único – A avaliação ética será recebida por 02 (dois) membros da lista de consultores “ad hoc”, em envelope lacrado, não sendo informado o nome do interessado.

Artigo 19º – Os relatórios sigilosos voltarão ao Coordenador, em envelope lacrado, via serviço de expediente da secretaria e serão discutidos em reunião plenária.

Artigo 20º – Após tomar conhecimento do teor do relatório da CEP - HEMOCENTRO, discutidas e satisfeitas as exigências éticas, caberá ao Coordenador dar ciência por escrito ao interessado.

Artigo 21º – O nome do parecerista estará a salvo, resguardado e não divulgado para que se tenha total independência de manifestação.

Artigo 22º – Se não forem satisfeitas as exigências éticas, a Comissão de Ética em Pesquisa do HEMOCENTRO poderá protelar a decisão, solicitando informações complementares, por escrito ao interessado, conforme Artigo 9º (2º Item).

Artigo 23º – O Coordenador da CEP-HEMOCENTRO poderá solicitar parecer de outro relator ou consultor “ad hoc”.

Artigo 24º – A Comissão de Ética em Pesquisa do HEMOCENTRO deverá estar sempre em consonância com a Instrução Normativa nº 1, de 5 de setembro de 1.996, Decreto nº 93.933, de 14 de janeiro de 1.987 e Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Artigo 25º – Em prazo não inferior a 60 (sessenta) dias a contar do protocolo no serviço de expediente da secretaria, o interessado será informado do parecer final, respeitando o período letivo.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 26º – A Comissão de Ética em Pesquisa do HEMOCENTRO manterá sob caráter confidencial as informações recebidas.

Artigo 27º – Os projetos, protocolos e relatórios correspondentes serão arquivados por 05 (cinco) anos, após o encerramento do estudo.

Artigo 28º – Os casos omissos e as dúvidas surgidas, no presente Regimento Interno, serão dirimidas pelo Coordenador da Comissão de Ética em Pesquisa do HEMOCENTRO e em grau de recurso, pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Artigo 29º – O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da CEP HEMOCENTRO, através da maioria absoluta de seus membros e submetido ao Conselho Administrativo.

Artigo 30º – O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovado pelo Conselho Administrativo, revogadas as disposições em contrário.

Cronograma Anual de Atividade

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADE DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da Comissão	■											
Revisão do Regimento Interno			■									
Reuniões Ordinárias	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaboração de protocolos			■									
Resultados Positivos				■								

COMISSÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

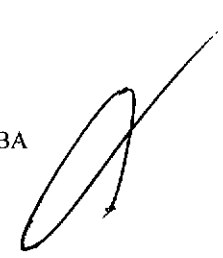
Proposta de regimento/proposta de constituição/cronograma de atividade anual

Proposta de Constituição


Comissão de Educação Permanente

A constituição da Comissão de Educação Permanente será nomeada pela direção da instituição, de preferência pelo gestor na área de ensino e pesquisa. A comissão será composta por um representante de cada classe profissional, conforme segue abaixo:

- Diretor de Ensino e Pesquisa;
- Médico;
- Médico residente;
- Profissional da residência multiprofissional;
- Enfermagem;
- Nutrição;
- Fisioterapia;
- Psicologia;
- Demais colaboradores das áreas Multidisciplinares;
- Setor de apoio;
- Terceirizado;
- Administração.



228



**REGIMENTO INTERNO
COMISSÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
GO – HEMOCENTRO**

**CAPÍTULO I
DA DEFINIÇÃO E FINALIDADE**

Artigo 1º – A Comissão de Educação Permanente GO - HEMOCENTRO, é um órgão de execução e apoio das ações educacionais realizadas na Instituição, subordinado à Diretoria Administrativa e de Ensino do GO - HEMOCENTRO, tendo como finalidade a gerência de suas atividades de ensino e pesquisa para público externo e atividades de capacitação e desenvolvimento para o corpo funcional, seguindo as diretrizes Institucionais.

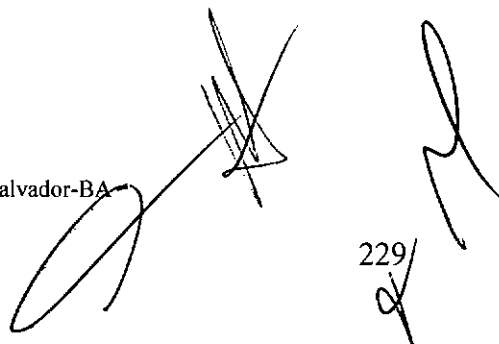
**CAPÍTULO II
DA COMPOSIÇÃO**

Artigo 2º – A Comissão de Educação Permanente deverá ser presidida por profissional com titulação acadêmica, com formação em nível superior, com licenciatura e/ou especialização equivalente e é composta por uma equipe de profissionais representantes das áreas, como segue:

1. Diretor de Ensino e Pesquisa;
2. Médico;
3. Médico residente;
4. Profissional da residência multiprofissional;
5. Enfermagem;
6. Nutrição;
7. Fisioterapia;
8. Psicologia;

Demais colaboradores das áreas Multidisciplinares;

1. Setor de apoio;
2. Terceirizados;
3. Administração.



229/

Artigo 3º – O período de gestão de mandato da comissão é de 02 (dois) anos, podendo os membros integrantes ser reindicados.

Artigo 4º – O Presidente e o Vice-presidente da Comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor de Ensino ou pelo Conselho Administrativo da Instituição.

Artigo 5º – O Secretário será nomeado pelo Presidente da Comissão.

CAPÍTULO III DO FUNCIONAMENTO E DA ORGANIZAÇÃO

Artigo 6º – As reuniões deverão ocorrer ordinariamente 01 (uma) vez por mês, com data, local e horário, previamente definidos e informados.

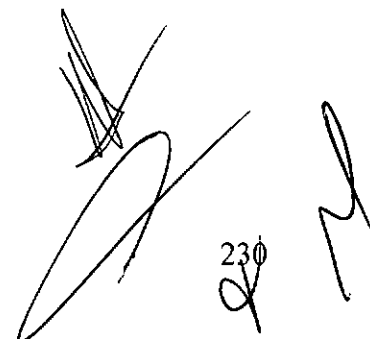
Parágrafo Único: Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Clínico, Diretor Técnico, pelo Presidente ou Vice-Presidente da Comissão.

Artigo 7º – O Secretário deverá estabelecer previamente a pauta da reunião, informando aos membros os assuntos a serem debatidos.

Artigo 8º – O profissional que se ausentar em 03 (três) reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 06 (seis) reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 (doze) meses será excluído.

Artigo 9º – As reuniões poderão ser realizadas mesmo na ausência do Presidente ou de seu Vice-presidente. Nestas situações a coordenação da reunião ficará a cargo do membro com maior idade entre os presentes.

Artigo 10º – As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.



230

Artigo 11º – As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Deverá ser encaminhada copia da ata para a Diretoria Clínica e Administrativa da instituição.

Artigo 12º – São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

1. Convocar e presidir as reuniões;
2. Representar a comissão junto à Diretoria da instituição ou indicar seu representante;
3. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão previamente aprovados pelos membros desta;
4. Fazer cumprir o Regimento.

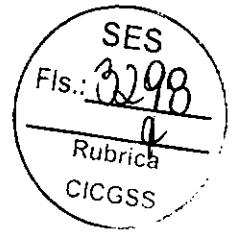
Parágrafo Único: Nas decisões da Comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

Artigo 13º – São atribuições do Vice-presidente:

1. Assumir as atividades do Presidente na sua ausência;
2. Fazer cumprir todas as atribuições do Presidente quando na ausência do mesmo.

Artigo 14º – São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

1. Organizar a ordem do dia;
2. Receber e protocolar os processos e expedientes;
3. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
4. Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente;
5. Organizar e manter o arquivo da Comissão;
6. Preparar as correspondências;
7. Realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.



Cronograma Anual de Atividade

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADE DA COMISSÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da Comissão	█											
Revisão do Regimento Interno			█									
Reuniões Ordinárias	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Elaboração de protocolos			█									
Resultados Positivos				█								



COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA

Proposta de regimento/proposta de constituição/cronograma de atividade anual

Comissão de Documentação Médica e Estatística

A Comissão de Documentação Médica e Estatística – CDME será um órgão do GO - HEMOCENTRO, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, de assessoria, diretamente vinculada à Direção Administrativa da Instituição, com a finalidade de promover as medidas normativas e técnicas de Controle de execução das normas de preenchimento, arquivamento, guarda e recuperação dos dados contidos nos mesmos.

A Comissão de Documentação Médica e Estatística – CDME do HEMOCENTRO será regulamentada segundo as normas do CREMESP e CFM, em especial a Resolução nº 1.638/2002.

Proposta de Constituição

A Comissão de Documentação Médica e Estatística – CDME do HEMOCENTRO será composta por 08 (oito) membros titulares. O Presidente da Comissão, assim como todos os membros, será nomeado pela Direção Administrativa da instituição bem como os cargos de Vice-presidente e Secretário, em comum acordo com a Direção Técnica e Clínica. O mandato será de 02 (dois) anos.

A composição da Comissão será a seguinte:

- 01 (um) médico;
- 01 (um) enfermeiro;
- 01 (um) fisioterapeuta;
- 01 (um) psicólogo;
- 01 (um) fonoaudiólogo;
- 01 (um) assistente social;
- 01 (um) membro da Direção Administrativa;
- 01 (um) membro do Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME.

REGIMENTO INTERNO
COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA
GO - HEMOCENTRO

CAPÍTULO I
DA DEFINIÇÃO

Artigo 1º – A Comissão de Documentação Médica e Estatística do HEMOCENTRO- CDME, é um órgão GO - HEMOCENTRO, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, de assessoria diretamente vinculada à Direção Administrativa da Instituição, com a finalidade de promover as medidas normativas e técnicas de Controle de execução das normas de preenchimento, arquivamento, guarda e recuperação dos dados contidos nos mesmos, segundo normas do CREMEGO e CFM, em especial a Resolução nº 1.638/2002.

CAPÍTULO II
DA FINALIDADE

Artigo 2º – A Comissão de Documentação Médica e Estatística do HEMOCENTRO tem as seguintes finalidades:

1. A perfeita identificação do paciente;
2. O registro das evoluções médicas;
3. O registro das evoluções de enfermagem;
4. Os anexos relativos à solicitação de procedimentos de diagnóstico;
5. Privacidade dos registros;
6. Guarda dos documentos junto ao arquivo próprio;
7. A legibilidade da letra de todos os profissionais que atenderam o paciente, com a respectiva identificação.

Artigo 3º – A Comissão de Documentação Médica e Estatística tem estreita relação com a Comissão de Revisão de Prontuários Médicos, tendo para si a responsabilidade de analisar todos os registros em prontuário das áreas médicas e de apoio da Instituição.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º – A composição deverá ser:

- 01 (um) médico;
- 01 (um) enfermeiro;
- 01 (um) fisioterapeuta;
- 01 (um) psicólogo;
- 01 (um) fonoaudiólogo;
- 01 (um) assistente social;
- 01 (um) membro da Direção Administrativa;
- 01 (um) membro do Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME.

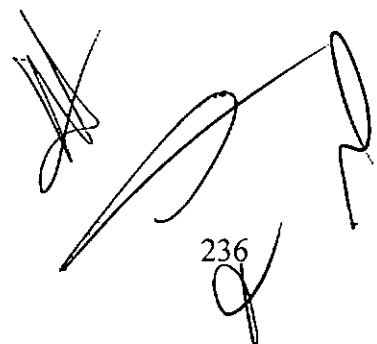
Artigo 5º – Para realização dos trabalhos da Comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades por tempo a ser definido pela Diretoria Administrativa em comum acordo com a Diretoria Técnica.

CAPÍTULO IV DO MANDATO

Artigo 6º – O mandato será de 24 (vinte e quatro) meses, podendo ser renovável conforme definição da Direção Administrativa em comum acordo com a Direção Técnica e Clínica.

Artigo 7º – A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria pela Direção Administrativa a cada 02 (dois) anos em local visível e de fácil acesso bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Artigo 8º – O Presidente da Comissão, assim como todos os membros, será nomeado pela Direção Administrativa da instituição bem como os cargos de Vice-presidente e Secretário, em comum acordo com a Direção Técnica e Clínica.


236

CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO



Artigo 9º – As reuniões acontecerão mensalmente em data prefixada pela comissão, na primeira reunião anual.

Parágrafo Único – Além das reuniões ordinárias mensais, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice-Presidente.

Artigo 10º – A ausência de um membro em 02 (duas) reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 03 (três) reuniões alternadas sem justificativa, durante 12 (doze) meses, gerará sua exclusão automática.

Artigo 11º – Na ausência do Presidente, o Vice-presidente assume suas funções. Na ausência do Vice-presidente cabe ao Secretário presidir a reunião.

Artigo 12º – As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 13º – Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 14º – As reuniões da Comissão deverão ser registradas em atas e arquivadas contendo: data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Artigo 15º – Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

CAPÍTULO VI DAS ATRIBUIÇÕES



Artigo 16º – São atribuições da Comissão de Documentação Médica e Estatística - CDME:

I – A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

- a) Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento;
- b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;
- c) Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora;
- d) Normatizar o preenchimento das contra-referências conforme orientação da Direção Clínica e Direção Técnica;
- e) Criar e aprovar normas que regulamente o fluxo de prontuários da instituição;
- d) Tipo de Alta.

II – Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando à qualidade dos mesmos.

III – Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.

IV – Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica do GO - HEMOCENTRO, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

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

VI – Desenvolver atividades de caráter técnico – científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

Artigo 17º – São atribuições do Presidente da Comissão:

- a) Convocar e presidir as reuniões;
- b) Indicar seu Vice-presidente;
- c) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;

- d) Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- e) Fazer cumprir o Regimento.

Parágrafo Único – Nas decisões da Comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

Artigo 18º – As atribuições do Vice-presidente serão assumir as atividades do Presidente na sua ausência.

Artigo 19º – São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

- a) Organizar a ordem do dia;
- b) Receber e protocolar os processos e expedientes;
- c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- d) Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- e) Organizar e manter o arquivo da Comissão;
- f) Preparar a correspondência;
- g) Realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas ao serviço desta secretaria;
- h) Solicitar ao SAME todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 (vinte e quatro) horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 20º – A Comissão de Documentação Médica e Estatística deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica e de Enfermagem da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

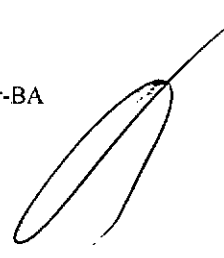
Artigo 21º – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelos membros da CDME, em conjunto com o Diretor Técnico e Diretor Clínico da Instituição.

Artigo 22º – Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.


Artigo 23º – O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovado pelo Conselho Administrativo, revogadas as disposições em contrário.

Cronograma Anual de Atividade

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADE DA COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da Comissão	■											
Revisão do Regimento Interno			■									
Reuniões Ordinárias	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Resultados Positivos			■									

240



COMISSÃO DE QUALIDADE

Proposta de regimento/proposta de constituição/cronograma de atividade anual

Comissão de Qualidade

A Comissão de Qualidade será um órgão colegiado de caráter deliberativo, que prestará assessoria para a Diretoria Administrativa da instituição, constituído com a finalidade de garantir que a qualidade integre a cultura organizacional do GO - HEMOCENTRO, a partir do cumprimento de ações voltadas à assegurar a constância de propósitos e dos padrões de trabalho operacionais e gerenciais.

Não foram localizadas leis, normativas, resoluções ou portarias publicadas que regulamentem a Comissão de Qualidade HEMOCENTRO.

Proposta de Constituição

A Comissão de Qualidade será composta por um núcleo executivo e um núcleo consultivo. Os membros serão nomeados pelo Conselho de Administração do HEMOCENTRO e vinculados a Departamentos do HEMOCENTRO.

A composição do Núcleo Executivo será a seguinte:

- Presidente;
- Secretário.

A composição do Núcleo Consultivo será a seguinte:

- 01 (um) representante do Corpo Clínico;
- 01 (um) representante do Corpo de Enfermagem;
- 01 (um) representante de cada Serviço de Diagnóstico Complementar;
- 01 (um) representante do Serviço Social;
- 01 (um) representante da Administração;
- 01 (um) representante da Assessoria de Imprensa;
- 01 (um) representante dos demais Colaboradores;
- 01 (um) representante de cada Serviço Terceirizado.

REGIMENTO INTERNO
COMISSÃO DE QUALIDADE HEMOCENTRO
GO – HEMOCENTRO

CAPÍTULO I
DEFINIÇÃO E FINALIDADE

Artigo 1º – A Comissão de Qualidade do HEMOCENTRO – CQH, é um órgão colegiado de caráter deliberativo, assessor da Diretoria Administrativa da Instituição, constituído com a finalidade de garantir que a qualidade integre a cultura organizacional do GO - HEMOCENTRO, a partir do cumprimento de ações voltadas a assegurar a constância de propósitos e dos padrões de trabalho operacionais e gerenciais.

CAPÍTULO II
DA COMPOSIÇÃO

Artigo 2º – A Comissão de Qualidade será composta por um núcleo executivo e um núcleo consultivo;

Parágrafo Único – Os membros serão nomeados pelo Conselho de Administração do HEMOCENTRO e vinculados a Departamentos do HEMOCENTRO.

Artigo 3º – Composição do Núcleo Executivo:

1. Presidente;
2. Secretário.

Parágrafo Único – O Presidente será um profissional contratado pelo Conselho de Administração com experiência na área de gestão de qualidade HEMOCENTRO ou com notório saber neste setor.

Artigo 4º – Composição do Núcleo Consultivo:

- 01 (um) representante do Corpo Clínico;
- 01 (um) representante do Corpo de Enfermagem;

- 01 (um) representante do SAU;
- 01 (um) representante de cada Serviço de Diagnóstico Complementar;
- 01 (um) representante do Serviço Social;
- 01 (um) representante da Administração;
- 01 (um) representante da Assessoria de Imprensa;
- 01 (um) representante dos demais Colaboradores;
- 01 (um) representante de cada Serviço Terceirizado.

Artigo 5º – O período de gestão de mandato da Comissão é de 02 (dois) anos, podendo os membros integrantes ser reindicados.

Parágrafo Único – O Presidente e o Secretário da Comissão são permanentes e o período de gestão dos mesmos dependerá de análise e decisão do Conselho de Administração.

Artigo 6º – Ao Presidente da Comissão de Qualidade do HEMOCENTRO, compete:

- a) Presidir as reuniões, coordenar os debates, tomar votos e votar;
- b) Emitir votos de qualidade, nos casos de empate;
- c) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias;
- d) Compor o núcleo executivo atuando diariamente na área de qualidade HEMOCENTRO;
- e) Cumprir e fazer cumprir este regimento.

Artigo 7º – Compete à Secretaria Executiva da Comissão:

- a) Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;
- b) Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais membros;
- c) Expedir atos resolutivos;
- d) Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão;
- e) Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Artigo 8º – Compete aos membros da Comissão:

- a) Participar das reuniões, debatendo e votando as matérias em exame;

- b) Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão devendo estas serem entregues à Secretaria da Comissão com antecedência mínima de 72 (setenta e duas) horas da reunião;
- c) Requisitar à Secretaria Executiva, à Presidência da Comissão de Resíduos e aos demais membros informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;
- d) Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

CAPÍTULO III DO FUNCIONAMENTO E DA ORGANIZAÇÃO

Artigo 9º – Deverá ocorrer ordinariamente 01 (uma) vez por mês, com data, local e horário, previamente definidos e informados.

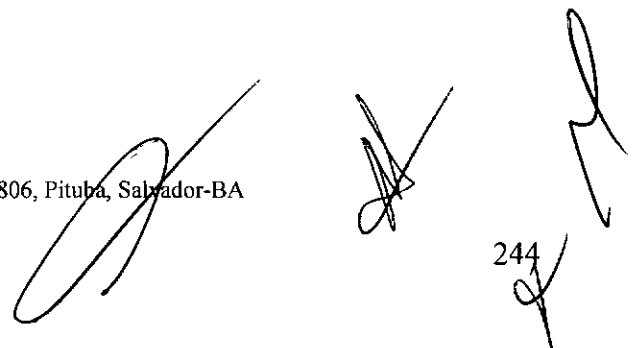
Parágrafo Único – Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Clínico, Diretor Técnico, pelo Presidente ou Vice-Presidente da Comissão.

Artigo 10º – O secretário deverá estabelecer previamente a pauta da reunião, informando aos membros os assuntos a serem debatidos.

Artigo 11º – O profissional que se ausentar em 03 (três) reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 06 (seis) reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 (doze) meses será excluído.

Artigo 12º – As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 13º – As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Deverá ser encaminhada cópia da ata para a Diretoria Administrativa da Instituição



244

CAPÍTULO IV DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 14º – Compete a Comissão de Qualidade HEMOCENTRO – CQH:

- a) Análise da conformidade dos processos existentes às solicitações da certificação;
- b) Conformidade entre os processos e procedimentos descritos nos manuais dos setores e de prática diária;
- c) Utilização de indicadores para acompanhamento do desempenho dos setores, promovendo a melhoria contínua dos processos, e disseminação de resultados a todas as partes interessadas;
- d) Utilização de indicadores para acompanhamento do planejamento estratégico e seus desdobramentos, e tomada de decisões;
- e) Promoção da disseminação da missão, visão e valores organizacionais, assim como das diretrizes e metas institucionais, às partes interessadas;
- f) Desenvolvimento de metodologia organizacional para a confecção dos manuais de processos, rotinas e procedimentos de cada setor;
- g) Envolvimento e capacitação dos colaboradores para basearem as suas atitudes e procedimentos na gestão da qualidade;
- h) Realização de auditoria interna na Instituição.

CAPÍTULO V DAS DELIBERAÇÕES

Artigo 15º – As deliberações da Comissão deverão ser tomadas com "quorum" mínimo de maioria simples dos presentes, cabendo ao Presidente o voto de qualidade, para pautas previamente especificadas.

Parágrafo 1º – Para a deliberação de pautas previamente especificadas, não estando presentes o "quorum" mínimo, a votação iniciará 15 (quinze) minutos após o horário designado para a reunião.

Parágrafo 2º – Para assuntos gerais, a reunião será instalada com qualquer "quorum".

Parágrafo 3º – As decisões normativas terão a forma de resolução, numeradas de forma sequencial e divulgadas em veículo interno de grande circulação.

CAPÍTULO VI DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 16º – Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de Qualidade HEMOCENTRO – CQH, em conjunto com o Conselho de Administração da Instituição.

Artigo 17º – Este Regimento Interno poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Artigo 18º – O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovado pelo Conselho de Administração, revogadas as disposições em contrário.

Cronograma de Atividade

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADE DA COMISSÃO DE QUALIDADE HEMOCENTRO												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição da Comissão												
Revisão do Regimento Interno												
Reuniões Ordinárias												
Resultados Positivos												

PROGRAMA DE COAGULOPATIAS HEREDITÁRIAS

Proposta de regimento/proposta de constituição/cronograma de atividade anual

O HEMOCENTRO irá desenvolver Comissão de Assessoria Técnica em Coagulopatias Hereditárias permanente, que tem por finalidade desenvolver programas de ações em favor da atenção à saúde das pessoas acometidas destas enfermidades. Conta para tanto com a atuação do Assessoria Medica da área de hematologia clínica com ênfase em hemostasia e trombose para garantir o desenvolvimento das ações programadas para o atendimento aos pacientes e familiares.

CAPÍTULO 1 DEFINIÇÃO

As coagulopatias hereditárias são doenças hemorrágicas de uma ou mais das proteínas plasmáticas (fatores) da Coagulação. Pacientes acometidos podem apresentar sangramentos de gravidade variável, espontâneos ou pós-traumáticos, presentes ao nascimento ou diagnosticados ocasionalmente.

As Coagulopatias hereditárias podem ser classificadas de acordo com as seguintes deficiências de fator:

- Deficiência de fibrinogênio (fator I)
- Afibrinogenemia
- Hipofibrinogenemia
- Disfibrinogenemia
- Deficiência de Protrombina (fator II);
- Deficiência de fator V;
- Deficiência de fator VII;
- Deficiência de fator VIII-Hemofilia A;
- Deficiência de fator IX- Hemofilia B;
- Deficiência de fator X;
- Deficiência de fator XI;
- Deficiência de fator XII;
- Deficiência de fator estabilizador de fibrina (fator XIII);
- Doença de Von Willebrand.

Dentre as Coagulopatias hereditárias, as hemofilias e a doença de von Willebrand (DvW) são as mais comuns. São consideradas Coagulopatias raras as deficiências de fator I,II,V,VII,X e XIII.

As Coagulopatias Hereditárias possuirá atendimento em toda Hemorrede de Goiás. O diagnóstico e acompanhamento será realizado por equipe multidisciplinar constando de Médicos Hematologista/Hemoterapeuta, Clínico Geral e Ortopedista, Farmacêuticos, Bioquímicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Odontólogos, Assistentes Sociais e Psicólogos.

CAPÍTULO 2 DAS FINALIDADES

I – A Comissão tem a finalidade de desenvolver, planejar, orientar e acompanhar o cumprimento dos Programas em Coagulopatias Hereditárias, garantindo um serviço seguro e de qualidade a assistências prestada aos portadores dessas coagulopatias e seus familiares.

II - Contribuir com a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH/DAE/SAS/MS) na formulação da política nacional para a atenção às pessoas com coagulopatias, outras doenças hemorrágicas hereditárias e plaquetopatias;

III - Acompanhar as ações e atividades do Programa Nacional de Coagulopatias Hereditárias, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

IV - Contribuir com o aperfeiçoamento do gerenciamento de ações de tratamento e atenção à saúde dos pacientes;

V - Propor ações e atividades para o referido Programa de Coagulopatias Hereditárias e para o desenvolvimento das ações de atenção às pessoas com coagulopatias, outras doenças hemorrágicas hereditárias e plaquetopatias;

VI - Instituir Grupos de Trabalho para o desenvolvimento de atividades específicas relacionadas ao cumprimento de suas finalidades.

CAPÍTULO 3 DA COMPOSIÇÃO

Artigo 1º – As ações do Programa Coagulopatias Hereditárias serão realizadas pelos membros executores (grupo executor) desta Comissão, indicados para este fim pela Diretoria Executiva da Instituição.

A constituição da Comissão Coagulopatias Hereditárias se dará com os seguintes membros:

Núcleo Executivo

- 01 médico
- 01 assistente social
- 01 enfermeiro
- 01 psicólogo
- 01 odontólogo.
- 01 fisioterapeuta

Núcleo Consultivo:

- 01 representante dos serviços médicos;
- 01 representante do serviço de enfermagem;
- 01 representante da odontologia.
- 01 representante da psicologia.
- 01 representante da fisioterapia.
- 01 representante do serviço de farmácia;

§ 1º Compete ao médico hemoterapeuta com conhecimento e títulos na área de coagulopatias a coordenação da comissão;

§ 2º O representante dessa comissão deverá seguir as normas definidas pela Federação Brasileira de Hemofilia.

§ 3º Os integrantes do Comissão de Coagulopatias Hereditárias deverão revisar e indicar, a cada dois anos, os seus representantes no âmbito da Comissão.

SES
Fls.: 3315
Rebrica
CGSS

Parágrafo único. As Comissões poderão convidar entidades ou pessoas do setor público ou privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas ao tema, sempre que entender necessária a sua colaboração para o pleno alcance das suas finalidades.

CAPÍTULO 4 DA COMPETÊNCIA

Artigo 2º – Ao presidente da Comissão de Coagulopatias Hereditárias compete:

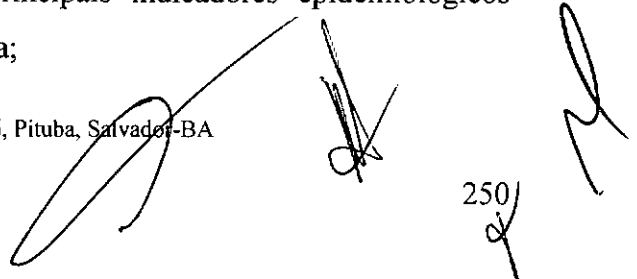
- I- Presidir as reuniões ordinárias;
- II- Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;
- III- Encaminhar aos membros consultores as propostas técnicas e administrativas de funcionamento da Comissão para apreciação e aprovação;
- IV- Representar a Comissão de Coagulopatias Hereditárias sempre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

Artigo 3º – À Comissão de Coagulopatias Hereditárias compete:

- I- Definir diretrizes institucionais e operacionais para desenvolvimento do programa de Coagulopatias;
- II- Aprovar e promover a implantação de normatizações para a prevenção e controle das coagulopatias;
- III- Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações do Programa do Coagulopatias;
- IV- Divulgar e promover ações que viabilizem o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões da comissão;
- V- Avaliar periodicamente os dados apresentados pelos Membros Executores;
- VI- Comunicar regularmente à direção e às chefias dos serviços de todo o HEMOCENTRO a situação dos atendimentos aos portadores de coagulopatias, promovendo seu amplo debate entre a comunidade HEMOCENTRO;

Artigo 4º – Compete aos membros executores:

- I- Elaborar, implementar e manter um programa de coagulopatias hereditária;
- II- Elaborar e divulgar relatórios mensais sobre os principais indicadores epidemiológicos relacionados ao atendimento de pacientes com coagulopatia;



250

- III- Realizar orientação e desenvolver programas relacionados ao atendimento aos familiares instituinte, instituindo as medidas de cuidados necessárias aos paciente com coagulopatia
- IV- Propor e colaborar com os setores de treinamento no desenvolvimento de programa de capacitação de recursos humanos nas questões ou temas que possibilitem uma boa assistência aos pacientes com coagulopatia e familiares;
- VI- Elaborar, propor e implementar normas e rotinas técnico – administrativas, em conjunto com os diversos setores HEMOCENTRO -GO que estejam envolvidos, visando o controle e cuidados, bem como supervisionar a sua aplicação;
- VII- Desenvolver um programa de controle do uso de fatores de coagulação, em colaboração com os vários setores, dando ênfase no desenvolvimento ao programa de atendimento domiciliar desses pacientes r;
- VIII- Participar da Comissão de Padronização de Medicamentos;

Artigo 5º – Compete aos membros consultores:

- I- Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Coagulopatia
- II- Sugerir e participar das discussões a respeito de medidas aos cuidados e atendimentos a serem implementadas pelos membros executores;
- III- Colaborar com os Membros Executores, promovendo a divulgação e o cumprimento das medidas de controle dentro de suas respectivas áreas de atuação.

CAPÍTULO 5 DO FUNCIONAMENTO

Artigo 6º – A Comissão de Coagulopatia hereditária será presidida por um médico hematologista clínico com ênfase em hemostasia e trombose com experiência comprovada na área, nomeado através de portaria interna pela diretoria executiva.

Parágrafo único – por experiência comprovada entende-se o cumprimento dos itens abaixo:

- a) Participação como membro efetivo da Comissão de Coagulopatia por período mínimo de 3 anos;
- b) Ter frequentado cursos especializados ou treinamento prático Coagulopatias, ministrado por órgãos públicos ou credenciados;

- c) Participação de eventos científicos relacionados à coagulopatias, tais como congressos, simpósios, jornadas, etc.;
- d) Ter produção científica na área (comunicações em congressos, publicações em revistas científicas, teses, etc.).
- I- A carga horária mínima de cada médico será de 12 horas semanais;
- II- A carga horária mínima do enfermeiro será de 6 horas diárias.

CAPÍTULO 6 DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 10º – São atribuições do enfermeiro (Membro Executor):

- I- Realizar treinamentos a equipe de enfermagem do HEMOCENTRO;
- II- Recomendar e orientar cuidados para pacientes na área, de acordo com as normas e protocolos desenvolvidos pela comissão;
- III- Normatizar junto com outros membros rotinas de atendimento e cuidados na assistência aos pacientes e familiares;
- IV- Participar da elaboração de normas para atendimento juntos as outras especialidades da comissão;
- V- Fazer revisão das Normas de Atendimento periodicamente;
- VI- Programar e elaborar programas educativos relacionados aos cuidados para equipe multiprofissional da área HEMOCENTRO;



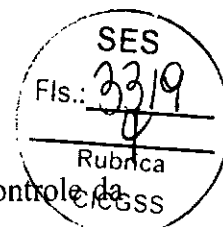
O PROGRAMA DE DOSE DOMICILIAR DE URGÊNCIA (DDU)

Implementado no Brasil em 1999, visa a oferecer aos pacientes com hemofilia, uma dose unitária de concentrado de fator para auto-infusão domiciliar, suficiente para elevar o nível plasmático do fator deficiente a 20%-30%. Esta terapia permite, além do tratamento precoce do evento hemorrágico, a redução do estresse relacionado à necessidade de locomoção até o serviço específico e à participação ativa do paciente no seu tratamento. Os critérios de elegibilidade para o programa são:

- Ser cadastrado no serviço de hemofilia.
- Ter diagnóstico de hemofilia comprovado laboratorialmente e não apresentar anticoagulante circulante (inibidor).
- A liberação de CCP ou CCPa para pacientes com inibidor deverá ser decidido entre a equipe médica e o paciente. Pacientes que apresentam reações alérgicas a esse(s) produto(s) são desaconselhados a participar do programa.
- Estar de acordo com as regras estabelecidas pelo programa.
- Ser submetido ao treinamento adequado para a auto-infusão ou apresentar um adulto responsável que se disponha a ser treinado para a aplicação do fator.
- Possuir conhecimento de sua doença assim como do tratamento.
- Poder contar com estrutura adequada (no domicílio ou na unidade de saúde) para armazenamento, transporte e retorno do material utilizado ao serviço, para descarte em lixo hospitalar.
- Manter seus controles clínicos e laboratoriais de acordo com a rotina do serviço.
- Não apresentar reação alérgica ao medicamento.

Observações para o serviço:

- A liberação do medicamento deve ser registrada com data de entrega, nome do produto, quantidade e número do lote.



- É necessário o registro do retorno dos frascos utilizados, para permitir um perfeito controle da utilização do medicamento.
- O paciente deve registrar cada aplicação e trazer a anotação ao serviço, especificando data, produto, lote, local da hemorragia e ocasionais intercorrências da infusão (p. ex., reações alérgicas). A participação de cada paciente deve ser reavaliada periodicamente pelo grupo multidisciplinar.

254

PROGRAMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Proposta de regimento/proposta de constituição/cronograma de atividade anual

REGIMENTO INTERNO DO NÚCELO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Este regimento atende as normas instituídas pela ANVISA, autoridade regulamentar brasileira encarregada, entre outras responsabilidades, de acompanhar o desempenho de produtos da área da saúde quando são lançados no mercado e colocados à disposição do consumidor. A ANVISA define se um produto de saúde será mantido ou retirado do mercado. Todos os problemas detectados pela Anvisa são comunicados à OMS, o que beneficia a saúde do Brasil e do mundo.

Art. 2º 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. 3º 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.**

Art. 4º Considerar-se-à 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. 5º Evento adverso é o incidente que resulta em dano à saúde.

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 intra-operatório 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.