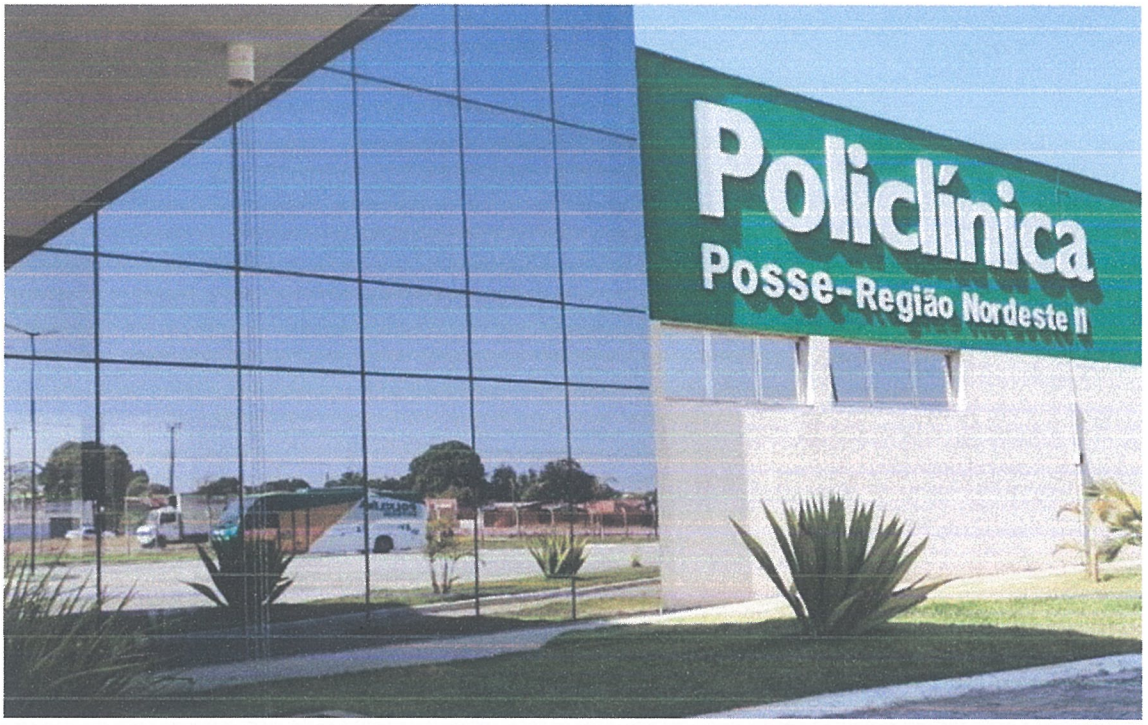
IGA – Instituto de Gestão Aliança CNPJ Nº 07.267.476/ 0001-32
Av. Luiz Tarquínio Pontes, nº 2576, sala 503 - CEP 42.709.190
Buraquinho - Lauro de Freitas - Bahia - Tel.: (071) 3508-9080



POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE-POSSE - GOIÁS

PROPOSTA DE TRABALHO

PASTA II

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO
Processo nº 202400010036942
Chamamento Público nº 08/2024

3. AÇÕES VOLTADAS PARA A QUALIDADE OBJETIVA

3.1. Implantação de Comissões, Núcleos e Grupos de Trabalho

As Comissões, Núcleos e Grupos de Trabalho constituem órgãos colegiados, consultivos, orientadores e auxiliares da Diretoria da Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse que buscam contribuir com a melhoria da qualidade assistencial nos seus diversos âmbitos. São as seguintes Comissões:

- Comissão de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde - CCIRAS;
- Comissão de Ética Médica - CEM;
- Comissão de Ética Multiprofissional - CEMU;
- Comissão de Proteção Radiológica – CPR;
- Comissão de Biossegurança – CB;
- Comissão de Acidentes com Material Biológico – CAMB;
- Comitê de Ética em Pesquisa – CEP;
- Comitê de Compliance – CC;
- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho – SESMT;
- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários de Pacientes - CARPP;
- Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA;
- Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – CGRSS;
- Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente – NQSP.
- Comissão de Ética de Enfermagem;
- Núcleo Interno de Agendamento – NIA;
- Núcleo de Vigilância Epidemiológica – NVE.

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

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

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA

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

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

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

CAPÍTULO III

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

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

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

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

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 4º - São competências da CCIRAS:

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

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

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 5º - A CCRAS deverá reunir-se ordinariamente a cada trinta dias, em calendário a ser definido pelos seus membros e, extraordinariamente sempre que necessário.
§ 1º - As reuniões serão efetivadas com um mínimo ¾ de seus membros presentes e as decisões tomadas por maioria deverão ser lavradas em Atas.
§ 2º - Todas as resoluções da Comissão serão submetidas à apreciação da Diretoria. Os membros executores serão responsáveis pela aplicação e seguimento das resoluções aprovadas.

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

Art. 7º - Caberá a Diretoria da Unidade:

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

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

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

e) Supervisionar a implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos-PGRSS da Unidade (novembro);
f) Elaboração e envio de relatórios mensais dos indicadores epidemiológicos a Vigilância Sanitária da SES/GO (mensalmente);
g) Realização de visitas técnicas mensais nos diversos setores assistenciais da Unidade (mensalmente);
h) Realizar o controle microbiológico da água (mensalmente).

CAPITULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

Art. 10º - Nenhum colaborador lotado na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

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

Posse, de de 2024.

_____
(Diretor Geral)

_____
(Coordenador da CCIRAS)

3.1.2. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA – CEM

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA

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

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

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

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

CAPÍTULO III

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

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

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

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

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

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

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

a) Representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores, inclusive no Conselho Regional de Medicina;
b) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
c) Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;

d) Solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
e) Encaminhar ao Conselho Regional de Medicina as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica;
f) Nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de sindicâncias.

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

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

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

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

§ 1º - As reuniões serão efetivadas com um mínimo ¾ de seus membros presentes e as decisões tomadas por maioria deverão ser lavradas em Atas.

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

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

CAPITULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

Art. 16º - A Comissão de Ética Médica estabelecerá seu calendário de reuniões ordinárias que ocorrerão mensalmente, encaminhando a Diretoria Técnica da

Unidade, podendo reunir-se de forma extraordinária quando convocada pelo seu Presidente.

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

Art. 18º - Nenhum colaborador médico lotado na Policlínica Estadual da Região Nordeste -Posse poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

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

Posse, de de 2024.

_____

(Diretor Técnico)

_____

(Presidente da CEM)

3.1.3. COMISSÃO DE ÉTICA MULTIPROFISSIONAL – CEMU

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA

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

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

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

CAPÍTULO III

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

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

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

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

a) Profissionais de reconhecido mérito, nas áreas adequadas ao desempenho das suas competências, oriundos da instituição em que a comissão de ética se integra;

b) Pelo menos, 2 elementos externos à instituição em que a comissão de ética se integra, sendo 1 destes membros recrutados da comunidade, de forma a garantir os valores culturais e morais da comunidade.

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

CAPÍTULO IV

DA CONSTITUIÇÃO E MANDATO

Artigo 4º - Os membros da CEMU serão designados por deliberação da Diretoria Geral da Instituição, para um mandato de quatro anos, renovável uma única vez,

por igual período. O presidente e vice-presidente da CEMU serão eleitos por votação entre seus membros.

CAPÍTULO V

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 5º - São competências gerais da CEMU:

a) Zelar, no âmbito do funcionamento da respetiva Instituição, pela observância de padrões de ética, salvaguardando o princípio da dignidade e integridade da pessoa humana;

b) Emitir pareceres, relatórios, recomendações e outros documentos, por sua iniciativa ou por solicitação, sobre questões éticas relacionadas com as atividades da respetiva instituição, e divulgar aqueles que considerar relevantes no site da Instituição;

c) Elaborar documentos de reflexão sobre questões de bioética de âmbito geral, designadamente com interesse direto no âmbito da atividade da Instituição, e divulgá-los no site da Instituição, promovendo uma cultura de formação e de pedagogia na esfera da sua ação, incluindo a divulgação dos princípios gerais da bioética;

d) Colaborar, a nível regional, nacional e internacional, com outras entidades relevantes no âmbito da ética e bioética, tendo em vista a partilha de melhores práticas;

e) Promover ações de formação sobre assuntos relacionados com a ética e bioética na respetiva Instituição;

f) Pronunciar-se sobre a elaboração de documentos institucionais que tenham implicações no domínio da ética.

g) Colaborar com os serviços e profissionais da instituição envolvidos na prestação de cuidados de saúde, no domínio da ética;

h) Zelar pela proteção e pelo respeito dos direitos e deveres dos usuários e dos profissionais de saúde da Instituição;

i) Prestar assistência ética e mediação na tomada de decisões que afetem a prática clínica e assistencial;

j) Assessorar, numa perspetiva ética, a tomada de decisões de saúde, organizativas e institucionais;

k) Elaborar orientações e recomendações nos casos e nas situações que gerem ou possam gerar conflitos éticos colocados pela prática clínica;

l) Verificar o cumprimento dos requisitos éticos legalmente estabelecidos.

Art. 6º - Compete ao Presidente:

a) Representar a CEMU;

b) Coordenar a atividade da comissão de ética, convocar e presidir às reuniões e fazer cumprir a ordem de trabalhos;

c) Exercer voto de qualidade em caso de empate nas votações.

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

CAPÍTULO VI

DO FUNCIONAMENTO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

a) Participar nas reuniões e votações;

b) Frequentar ações de formação em matérias de relevo no âmbito das competências da CEMU, de acordo com a programação por ela aprovada, com o apoio da Instituição através da Diretoria Geral;

c) A dispensa dos profissionais de suas atividades exercidas na Instituição, quando se encontrem no exercício efetivo de funções relacionadas com as atividades da comissão, sem perda de quaisquer direitos ou regalias.

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

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

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

Art. 20º - Nenhum colaborador lotado na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

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

Posse, de de 2024.

_____

(Diretor Geral)

_____

(Presidente da CEMU)

3.1.4. COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA – CPR

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA

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

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

Art. 2º - A CPR tem por finalidade:

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

§ 2º - Instituir e fomentar política de Proteção Radiológica regulamentada na Policlínica Estadual Brasil Bruno Bastos Neto – Região Rio Vermelho - Goiás;

§ 3º - Revisar sistematicamente os programas de gerenciamento de risco e proteção radiológica a fim de garantir o uso seguro de fontes emissoras de radiação e de equipamentos geradores de radiação em funcionamento na Policlínica.

CAPÍTULO III

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 3º - Da composição da CPR:

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

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

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

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

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

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 4° - Compete a CPR:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º - Ao Presidente cabe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do CPR, especificamente:
I - representar a CPR em suas relações internas e externas;
II - instalar a CPR, promover a convocação e presidir suas reuniões;
III – participar das discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
IV - indicar, dentre os integrantes da CPR, os relatores dos expedientes;
V - indicar integrantes para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;
VI - elaborar cotas decorrentes de deliberações da Comissão e para aprovação desta, nos casos de manifesta urgência;
VII - conduzir o processo de transição nos momentos de troca de membros e gestão da CPR.
Parágrafo Único - Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

Art. 6º - Aos integrantes cabem:
I - estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
II - comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;
III - requerer votação de matéria em regime de urgência;
IV - desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
V - apresentar proposições sobre as questões referentes ao CPR.

Art. 7º - À Secretária do CPR cabe:
I - assistir as reuniões e encaminhar o expediente da CPR;
II - manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões da CPR;
III - providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
IV - lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;
V - providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias e distribuir aos integrantes da CPR a pauta das reuniões;
VI - encaminhar ao responsável pelas comissões as ATAS das Reuniões da Comissão de Proteção Radiológica;
VII - encaminhar à Unidade da administração responsável pelas comissões o calendário Anual das Reuniões da Comissão de Proteção radiológica.

CAPÍTULO VI

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 8º - Esta Comissão será presidida por representante designado pelo Diretor Geral dentre os membros do corpo deliberativo da CPR.
Parágrafo único: a vice-presidência será exercida por qualquer membro do corpo deliberativo da CPR a ser indicado entre os membros do corpo deliberativo e executivo da CPR.

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

Art. 10º - Serão garantidas aos membros da CPR condições que não descaracterizam suas atividades laborais na Unidade.
§ 1º - A Administração disponibilizará sala própria e exclusiva para o funcionamento da CPR bem como os materiais e equipamentos que visem atender as suas necessidades administrativas e funcionais.
§ 2º - A Administração garantirá a disponibilização de 08 (oito) horas mensais aos membros da CPR para trabalhos exclusivos da Comissão.

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

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

Art. 13º - Nenhum colaborador lotado na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

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

Posse, de de 2024.

_____

(Diretor Geral)

_____

(Presidente da CPR)

3.1.5. COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA – CB

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

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

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

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

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

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

I. A elaboração e divulgação de normas sobre os procedimentos de biossegurança, seguindo as normas e disposições da CTNBio;

II. A deliberação e tomada de decisão sobre os procedimentos de biossegurança, seguindo as normas e disposições da CTNBio;

III. Elaborar e submeter à CTNBio pedidos de novos CQBs ou extensões para os mesmos;

IV. Avaliar e revisar as solicitações institucionais e individuais de realização de atividades e pesquisas com OGM orientando os pesquisadores quanto aos potenciais riscos no transporte, produção ou manipulação de OGMs, orientando sobre os riscos e maneiras de mitiga-los. Esta atividade inclui orientar os pesquisadores quanto recomendações da CTNBio;

V. Manter em seu poder os registros dos projetos avaliados, aprovados e os respectivos relatórios para as atividades envolvendo OGMs;

VI. Avaliar, inspecionar e, eventualmente, recomendar o nível de segurança de estruturas institucionais que incluam instalações e laboratórios nas instituições. Este aspecto é mandatório sobretudo para as instalações manipulando OGMs e deve ser realizado ao menos duas vezes por ano para garantir que as mesmas atendam aos padrões de contenção preconizados pelas normas da CTNBio;

VII. Avaliar a capacitação do pessoal envolvido nas atividades envolvendo OGMs de forma a garantir o correto cumprimento dos procedimentos recomendados de contenção. Este aspecto inclui o registro das pessoas que trabalham nas instalações de contenção e a garantia da capacitação e treinamento de qualquer novo individuo que venha a ser incluído nestas atividades.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

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

CAPITULO V

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

Art. 6º - Nenhum colaborador lotado na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

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

Posse, de de 2024.

_____

(Diretor Técnico)

_____

(Presidente da CB)

3.1.6. COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO – CAMB

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

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

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 2º - Será composta por:

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

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

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

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

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

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 5º - Compete à CAMB:

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

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

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

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 6º - As reuniões ocorrerão a cada três meses;
Art. 7º - Nas reuniões, será apresentado o levantamento estatístico dos acidentes de trabalho com materiais perfuro cortante realizado pelo SESMT e após a apresentação os membros deverão definir medidas que visem a redução dos acidentes;
Art. 8º - As reuniões serão registradas em atas, assinados por todos os membros da comissão e enviadas para a diretoria da Unidade.

CAPITULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

Art. 6º - Nenhum colaborador lotado na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

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

Posse, de de 2024.

_____
(Diretor Técnico)

_____
(Presidente da CAMB)

3.1.7. COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E DAS FINALIDADES

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

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

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

Art. 2º - O CEP tem por finalidade:

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

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

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

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

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

CAPÍTULO II

DOS DIREITOS E DEVERES DOS PESQUISADORES E PARTICIPANTES DE PESQUISA

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

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

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

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

III. Ser comunicado quanto a deliberações do colegiado em até 30 dias, a contar do recebimento do protocolo para análise, via Plataforma Brasil ou sistema posterior adotado pela CONEP;
IV. Ser comunicado formalmente quando for instaurada sindicância ou auditoria em pesquisa sob sua responsabilidade, conforme normas em vigor na Unidade.
V. Recorrer ao CEP no prazo de 30 dias corridos, ou conforme atualização de normas pela CONEP, quando o projeto de pesquisa não for aprovado.
§ 2º - São deveres dos pesquisadores que conduzam pesquisas vinculadas ou sob apreciação do CEP:
I. Cumprir e garantir a aplicação de todas as normas relacionadas à ética na pesquisa com seres humanos, inclusive as normas deliberadas pela Unidade;
II. Realizar pesquisas na Unidade somente se autorizado pela Diretoria e aprovado pelo CEP;
III. Realizar pesquisa em que tenha benefícios (proveito direto ou indireto, imediato ou posterior, auferido pelo participante e/ou sua comunidade em decorrência de sua participação na pesquisa);
IV. Iniciar a coleta de dados, recrutamento, entrevistas, consultas de participantes de pesquisa ou qualquer fase da pesquisa que envolva contato direto ou indireto com os participantes de pesquisa, somente após a aprovação do projeto pelo Sistema CEP, bem como autorização administrativa da Unidade ou das demais instituições participantes, conforme o caso;
V. Realizar todas as fases da pesquisa de acordo com o protocolo aprovado pelo sistema CEP;
VI. Realizar pesquisas com participantes de pesquisa somente após autorização do mesmo ou de seu(s) responsável(eis) legal(is) através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, se maior de idade, acrescido do respectivo Termo de Assentimento se o participante for menor de 18 anos de idade;
VII. Garantir assistência imediata e integral, sem ônus de qualquer espécie, ao participante de pesquisa, decorrente de compilações e danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, diretos e indiretos, da pesquisa;
VIII. Garantir que a pesquisa não irá gerar ônus ao Sistema Único de Saúde ou Operadora de Saúde ou aos Fundos de Saúde de cada uma das Forças Armadas, sem prévia autorização;
IX. Garantir ressarcimento exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação;
X. Tornar público os resultados da pesquisa, inclusive ao participante de pesquisa ou seu(s) responsável(eis) legal(is);
XI. Encaminhar relatórios parciais e final da pesquisa sob sua responsabilidade;
XII. Citar a aprovação do CEP em publicações na comunidade científica;
XIII. Assinar termo de compromisso e confidencialidade da CEP.

§ 3º - A solicitação de dispensa do TCLE será apreciada pelo CEP podendo ou não ser aprovada, mesmo que tenha passado por prévia autorização pelos setores ou instituições envolvidas.
§ 4º - Em princípio o TCLE será considerado obrigatório, mesmo nos casos de pesquisas retrospectivas, não sendo isso, por si só, considerada justificativa para solicitação da dispensa.

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

§ 1º - São direitos dos participantes de pesquisa:

I. Ter seus direitos humanos respeitados, o que inclui os direitos da pessoa à vida, à saúde, à liberdade, à igualdade, à segurança pessoal, à livre escolha, à dignidade e a ser tratada sem distinção de classe social, geração, etnia, cor, crença religiosa, cultura, incapacidade, deficiência, doença, identidade de gênero, orientação sexual, nacionalidade, convicção política, raça ou condição social.

II. Ser atendido presencialmente, em caráter sigiloso, pelo CEP sempre que houver necessidade para esclarecimentos, denúncias, sugestões e outros.

III. Recusar a participar de pesquisa, sem nenhum tipo de prejuízo, punição ou retaliação;

IV. Não ser recrutado para participar de pesquisa em momentos que antecedem quaisquer procedimentos;

V. Assinar o TCLE somente após todas as suas dúvidas serem esclarecidas;

VI. Conhecer todos os riscos e benefícios relacionado à sua participação na pesquisa;

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

VIII. Receber ressarcimento exclusivamente de despesas pessoais e de seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação;

IX. Requerer, por vias legais, indenização (cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa);

X. Receber, em linguagem acessível ao seu grau de instrução, os resultados da pesquisa.

§ 2º - São deveres dos participantes da pesquisa:

I. Recorrer ao CEP sempre que se sentir desconfortável com qualquer abordagem dos pesquisadores;

II. Comunicar ao pesquisador responsável a desistência na participação da pesquisa;

III. Comunicar ao pesquisador quaisquer complicações e danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, diretos e indiretos, decorrentes da participação na pesquisa.

CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO

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

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

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

§ 3º - Os representantes dos usuários, indicados e nomeados conforme as orientações vigentes da CONEP devem ser pessoas interessadas no estudo da ética

na pesquisa e na defesa dos direitos dos cidadãos e usuários de serviços, representando os interesses e preocupações da comunidade e sociedade local.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II - Apresentar mais que 06 (seis) ausências justificadas no decorrer de 01 (um) ano;
III - Tiver projeto de pesquisa cancelado pelo sistema CEP/CONEP por infração ética;
IV - Realizar pesquisa na Policlínica Estadual Ismael Alexandrino Pinto – São Luís de Montes Belos sem autorização da instituição e apreciação ética no sistema CEP/CONEP.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8º - São atribuições do CEP:
I - revisar os protocolos de pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida, de modo a garantir e resguardar a integridade e direitos dos participantes de pesquisa nas referidas pesquisas;
II - emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o efetivo recebimento do protocolo pela secretaria.
III - acompanhar o desenvolvimento dos projetos aprovados através de relatórios parciais e finais fornecidos pelos pesquisadores e zelar pela realização da pesquisa da forma como foi aprovada;
IV - apreciar as eventuais emendas aos protocolos em desenvolvimento e as notificações de eventos adversos graves ocorridos;
V - desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na pesquisa em seres humanos;
VI - receber dos participantes de pesquisa, ou de qualquer outra parte, denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, adequar o termo de consentimento;
VII - comunicar às instâncias competentes para averiguação, quando receber denúncias ou perceber situações de infrações éticas, sobretudo as que impliquem em riscos aos participantes de pesquisa, os fatos devem ser;
VIII - requerer instauração de sindicância ou processo administrativo à Diretoria Técnica da Unidade nos casos de realização de pesquisas ainda não aprovada ou reprovadas e de denúncias de irregularidades de natureza ética nas pesquisas, comunicando também, à CONEP e, quando couber, ao Ministério Público;
IX - manter arquivados todos os documentos referentes aos protocolos de pesquisa analisados durante um período mínimo de cinco anos após o encerramento do estudo;
X - manter a Diretoria Técnica atualizada sobre as atividades do CEP, conforme solicitado;
XI - manter comunicação regular e permanente com a CONEP;
XII - manter programas de capacitação dos membros, bem como da comunidade acadêmica e promover a educação em ética em pesquisa envolvendo seres humanos.
§ 1º - O CEP, ao analisar e decidir sobre as pesquisas apreciadas, se torna corresponsável por garantir a proteção desses direitos e deveres.
§ 2º - O conteúdo tratado durante todo o procedimento de análise dos protocolos tramitados no CEP é de ordem estritamente sigilosa.

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

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

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

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

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

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

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

CAPITULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

Art. 15º - Nenhum colaborador lotado na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

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

Posse, de de 2024.

_____

(Diretor Técnico)

_____

(Presidente do CEP)

3.1.8. COMITÊ DE COMPLIANCE – CC

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

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

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

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

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

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

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

CAPÍTULO III

DO FUNCIONAMENTO

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

Art. 5º - Os membros do CC podem ser requisitados extraordinariamente em reuniões de cunho de gestão de crise.

As reuniões extraordinárias não terão tempo mínimo de notificação e serão realizadas com os membros que estiverem disponíveis para deliberar sobre crise de imagem, jurídica, reputação e segurança.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 6º - Compete ao CC:

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

CAPITULO V

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

Art. 8º - Nenhum colaborador lotado na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

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

Posse, de de 2024.

_____

(Diretor Geral)

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

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA

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

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

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

CAPÍTULO III

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

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

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

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

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 4º - Ao Médico do Trabalho cabe:

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

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

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

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

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

Art. 6º - Ao Enfermeiro do Trabalho cabe:

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

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

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

CAPITULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

Art. 11º - Nenhum colaborador lotado na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

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

Posse, de de 2024.

_____

(Diretor Geral do Hospital)

_____

(Diretor Administrativo)

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

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA

Art. 1º - A Comissão de Avaliação e Revisão de Prontuários está regulamentada pela Resolução do CFA nº 1638/2002, que define o prontuário do paciente como documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multidisciplinar e a continuidade da assistência prestada ao individuo.

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

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

CAPÍTULO III

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

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

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

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

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

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 6º - Terá como principais competências:

- **a)** elaborar normas, analisar, emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas às informações sobre os pacientes;
- **b)** avaliar a organização dos conjuntos documentais; forma de processamento, acesso e utilização das informações contidas no prontuário do paciente;
- **c)** estabelecer normas para manutenção e adequação dos Arquivos Nosológicos e outros sistemas de registros de informações de morbimortalidade hospitalares;

d) desenvolver e recomendar um plano para revisão periódica, anexando amostra dos registros que serão documentados para os padrões acima;
e) definir e supervisionar o método de classificação adotado;
f) avaliar a qualidade dos registros para fins de prova, de informação, de estudos e pesquisas;
g) determinar, com base na legislação em vigor, respectivos prazos de guarda e a destinação;
h) estabelecer critérios para análise e avaliação dos documentos e sua destinação final, considerando os requisitos previstos na legislação pertinente;
i) recomendar ao Diretor Técnico, ação disciplinar quanto aos prontuários que:
- estão abaixo do padrão e critério estabelecido;
- apresentam complementação em desacordo com o padrão e critério estabelecidos;

j) revisar, periodicamente, a Tabela de Temporalidade e Destinação de Documentos, em função da produção ou supressão de novos documentos e da evolução da legislação e dos procedimentos médicos.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

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

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

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

CAPITULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

Art. 12º - Nenhum colaborador lotado na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

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

Posse, de de 2024.

_____
(Diretor Geral)

_____
(Diretor Técnico)

_____
(Coordenador da CARPP)

3.1.11. COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA – CFT

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

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

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

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

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

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

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

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

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

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

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

Padronizados, dados farmacológicos e clínicos, reações adversas, ocorrências no emprego;

g) desempenhar papel consultivo e educativo, divulgando no âmbito da Instituição, esclarecimentos sobre medicamentos e correlatos e utilização de substâncias potencialmente tóxicas;

h) emitir instruções de serviço necessárias ao cumprimento das finalidades da Comissão;

i) implementar ações referentes ao sistema de inspeção da qualidade dos medicamentos e correlatos;

j) recomendar e auxiliar na adoção e formulação de critérios para escolha, seleção, aquisição, uso e práticas corretas relativas aos medicamentos;

k) promover junto ao Corpo Clínico, ou por seu intermédio, a adoção de medidas relacionadas com a execução de normas indispensáveis para uso de medicamentos;

l) registrar e examinar as reações adversas causadas por medicamentos e propor medidas necessárias ao esclarecimento do pessoal auxiliar, bem como dos assuntos relacionados com o uso de medicamentos e outras substâncias;

m) emitir parecer de caráter técnico/científico em assuntos relacionados aos produtos farmacêuticos;

n) revisar frequentemente a Padronização de Medicamentos a fim de manter sua atualização, propondo adição ou exclusão de medicamentos e/ou produtos;

o) estudar as solicitações de inclusão de novos medicamentos sugeridas pelo Corpo Clínico da Unidade;

p) formular programas de esclarecimentos ao Corpo Clínico, para conhecimento do uso de novos produtos da Unidade.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

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

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

a) Reuniões mensais da Comissão sempre às primeiras segundas- feiras de cada mês;

b) Elaboração do Plano Anual de Trabalho da Comissão para o ano seguinte (dezembro);

c) Elaboração de relatórios mensais para Diretoria Técnica;

d) Reuniões semestrais com o corpo clínico para apresentação da finalidade, objetivos e pareceres emitidos pela comissão (novembro e maio);

e) Aprovação e implantação da Padronização de Medicamentos da Unidade (novembro);

f) Controle mensal dos antimicrobianos utilizados na Unidade.

CAPITULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

Art. 10º - Nenhum colaborador lotado na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

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

Posse, de de 2024.

_____
(Diretor Geral)

_____
(Diretor Técnico)

_____
(Presidente da CFT)

3.1.12. COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

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

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

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

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

Art. 4º - Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes serão por eles designados. Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, no qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.
Paragrafo Único - O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

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

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

Art. 7º - Será indicado, de comum acordo com os membros da CIPA, um secretário e seu substituto, entre os componentes ou não da comissão, sendo neste caso necessária a concordância do empregador.
Parágrafo Único - Empossados os membros da CIPA, a empresa deverá protocolar, em até dez dias, na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho, cópias das atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias.

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

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

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

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

a) identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SMO- Serviço de Medicina Ocupacional;

b) elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

c) participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

d) realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

e) realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

f) divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

g) participar, com o SMO, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;

h) requerer ao SMO, ou ao empregador, a paralisação de equipamento ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

i) colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

j) divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

k) participar, em conjunto com o SMO, ou com o empregador da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

l) requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;

m) requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;

n) promover, anualmente, em conjunto com o SMO a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;

o) participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

Art. 11º - Compete ao Presidente da CIPA:

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

Art. 12º - Compete ao Vice-Presidente:

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

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

a) cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;
b) coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
c) delegar atribuições aos membros da CIPA;
d) promover o relacionamento da CIPA com o SMO;
e) divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;
f) encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;
g) constituir a comissão eleitoral.

Art. 14º - Ao Secretário da CIPA compete:

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

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

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

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

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

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

CAPITULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

Art. 21º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelas Diretorias Geral e Técnica da Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse.

Posse, de de 2024.

_____
(Diretor Geral)

_____
(Diretor Técnico)

_____
(Presidente da CIPA)

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

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

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

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 2º - Compete à CGRSS:

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

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

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

a) Um representante da Diretoria Geral;
b) Um representante da Diretoria Técnica;

c) Um representante da Gerência Operacional de Enfermagem;
d) Um representante do Serviço de Higienização;
e) Um representante da CCIH.

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

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

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

CAPÍTULO IV

DA ESTRUTURAÇÃO

Art. 4º. Compreendem a estrutura da CGRSS:

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

Art. 5º. Compete ao Presidente da CGRSS:

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

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

Art. 7º - Compete ao Secretário:

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

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

Art. 8º - Compete aos Integrantes da CGRSS:

a) Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;
b) Analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais integrantes da Comissão, para discussão e deliberação, no prazo máximo de 15 dias;

c) Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas ser entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 12 (doze) horas da reunião;
d) Requisitar à Secretaria, à Coordenação da Comissão de Resíduos e aos demais integrantes informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;
e) Justificar ausência com antecedência;
f) Elaborar relatório de atividades da Comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados;
g) Propor à Coordenação medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos;
h) Auxiliar na implementação do PGRSS.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Realizar a eleição do Coordenador e demais cargos da CGRSS conforme dimensionamento determinado em legislação apropriada (no primeiro mês de vigência do contrato);
b) Empossar e treinar todos os membros da CGRSS;
c) Elaborar o PGRSS (1º mês de contrato);
d) Atuar em cooperação com os Serviços responsáveis pela implantação do PGRSS (continuamente);
e) Supervisionar a implementação do PGRSS da Unidade (mensalmente);
f) Capacitar profissionais envolvidos nas atividades de GRSS (continuamente);

g) Realizar reuniões mensais da Comissão sempre às primeiras terças- feiras de cada mês para avaliação do GRSS, com registro em atas;
h) Elaborar o Plano Anual de Trabalho da Comissão para o ano seguinte (dezembro);
i) Elaborar relatórios trimestrais para Diretoria Geral (dezembro, março, junho e setembro).

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

Art. 15º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelas Diretorias Geral e Técnica da Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse.

Posse, de de 2024.

_____
(Diretor Geral)

_____
(Diretor Técnico)

_____
(Presidente da CGRSS)

3.1.14. NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE – NQSP

O NQSP, órgão colegiado, deverá ser instituído pela Gestão da Unidade, assim como ter seus membros também por ela nomeados. Terá a função de assessoramento à Diretoria Geral no que concerne aos valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde. Será constituído por uma equipe multiprofissional, comprovadamente capacitada em conceitos de melhoria da qualidade e segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde. Será composto por membros da organização que conheçam bem os processos de trabalho e que tenham perfil de liderança. O Núcleo contará, preferencialmente, com representantes que tenham experiência nas áreas de controle de infecção, gerência de risco, epidemiologia, qualidade, microbiologia, farmácia hospitalar, farmácia e engenharia clínicas, segurança do paciente entre outras. O NQSP deverá desenvolver atividades educativas e de supervisão, de forma contínua junto aos diversos serviços e se reunirá, no mínimo, mensalmente. Deverá também, possuir Regimento Interno próprio.

Terá como principais atribuições:

- promoção de ações para a gestão do risco no serviço de saúde; desenvolvimento de ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- estabelecimento de mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados, incluindo aqueles envolvidos na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos e propor ações preventivas e corretivas;
- elaboração, implantação, divulgação e atualização do PSP;
- acompanhamento das ações vinculadas ao PSP;
- implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- desenvolver e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- divulgar para a direção e profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- notificar a autoridade sanitária sobre os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- manter sob sua guarda e disponibilizar para a autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

3.2. OUTRAS COMISSÕES

3.2.1. COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA

Art. 1º - Órgão colegiado, representativo do Conselho Regional de Enfermagem junto à Instituição, de caráter permanente, com funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético de enfermagem.

Parágrafo Único - Cabe ao Gerente Operacional de Enfermagem prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética de Enfermagem.

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

Art. 2º - A Comissão de Ética em Enfermagem tem a finalidade de orientar, conscientizar, assessorar, emitir pareceres e a averiguar fatos relacionados ao exercício ético/profissional da categoria.

CAPÍTULO III

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 3º - A Comissão de Ética de Enfermagem será formada por três Enfermeiros Titulares e três Enfermeiros Suplentes todos com registro e regularizados no Conselho da categoria; dois Técnicos de Enfermagem Titulares e dois Técnicos de Enfermagem Suplentes com curso de nível médio concluído e regularizados no Conselho da categoria.

Parágrafo Único - A Comissão de Ética de Enfermagem terá suas atividades disciplinadas pelo seu regimento e pelas normas ético/legais do Sistema COFEN/COREN.

Art. 4º - Os membros da Comissão serão eleitos através de voto facultativo, secreto e direto de todos os profissionais de enfermagem da Policlínica.

Art. 5º - A Comissão de Ética de Enfermagem terá um Presidente, um Vice-Presidente e um Secretário.

Parágrafo Único - As funções do Presidente e Vice-Presidente deverão ser exercidas exclusivamente por enfermeiros.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 6º - São competências da Comissão de Ética em Enfermagem:

- Promover a divulgação dos objetivos da Comissão de Ética da Enfermagem;
- Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;
- Promover e/ou participar de reuniões, seminários ou atividades similares, que visem a interpretação do Código de Ética e a conscientização de questões éticas e disciplinares, encaminhando as conclusões e recomendações ao COREN;

- Assessorar a diretoria e o órgão de enfermagem da entidade, nas questões ligadas a ética profissional;
- Orientar a equipe de enfermagem sobre a necessidade de um comportamento ético/profissional e das implicações advindas de atitudes antiéticas;
- Orientar clientes, familiares e demais interessados sobre questões éticas de enfermagem;
- Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à ética;
- Apreciar e emitir parecer sobre questões éticas de enfermagem, sempre que necessário;
- Analisar e dar parecer sobre a questão ética de todos os projetos de pesquisas que envolvam profissionais de enfermagem;
- Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem;
- Fiscalizar o exercício ético da profissão;
- Fiscalizar as condições oferecidas pela instituição e sua compatibilidade com o desempenho ético-profissional;
- Fiscalizar a qualidade de atendimento dispensado a clientela pelos profissionais da enfermagem;
- Averiguar denúncias ou fato antiético de que tenha conhecimento;
- Notificar o COREN sobre as irregularidades, reivindicações, sugestões e infrações éticas detectadas;
- Encaminhar anualmente ao COREN, relatório das atividades desenvolvidas;
- Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN, sempre que necessário.

Art. 7º - Compete ao Presidente:

- Convocar, presidir e coordenar as reuniões de Comissão de Ética de Enfermagem;
- Elaborar parecer final para ser encaminhado ao COREN, dos casos constatados como infrações éticas;
- Representar a Comissão de Ética na Instituição junto ao Conselho de Enfermagem ou quando se fizer necessário, podendo integrar a Comissão de Ética Multiprofissional da Instituição.

Art. 8º - Compete ao Vice-Presidente:

Substituir o Presidente nos seus impedimentos.

Art. 9º - Compete ao Secretário:

- Registrar as atividades da Comissão;
- Prestar colaboração ao Presidente no encaminhamento de todas as decisões;
- Secretariar as reuniões, registrando-as em ata e providenciar a reprodução de documentos e arquivamentos.

Art. 10º - Caberá a Gerência Operacional de Enfermagem:

- propiciar a infraestrutura necessária à correta operacionalização da Comissão;
- aprovar e fazer cumprir o regimento interno da Comissão;
- garantir o cumprimento da legislação vigente;
- fomentar a educação e o treinamento de todo o corpo de enfermagem do hospital.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

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

§ 1º - As reuniões serão efetivadas com um mínimo ¾ de seus membros presentes e as decisões tomadas por maioria deverão ser lavradas em Atas.

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

- Reuniões mensais da Comissão sempre às últimas quartas feiras de cada mês;
- Elaboração do Plano Anual de Trabalho da Comissão para o ano seguinte (dezembro);
- Elaboração de relatórios semestrais para a Gerência Operacional de Enfermagem (Dezembro e Junho);
- Reuniões semestrais com as Coordenações dos Serviços para apresentação da finalidade, objetivos e pareceres da Comissão (Janeiro e Julho).

CAPITULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

Art. 16º - A Comissão de Ética de Enfermagem estabelecerá seu calendário de reuniões ordinárias que ocorrerão mensalmente, encaminhando a Gerência Operacional de Enfermagem do Hospital, podendo reunir-se de forma extraordinária quando convocada pelo seu Presidente.

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

Art. 18º - Nenhum colaborador lotado na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

Art. 19º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pela Gerência Operacional de Enfermagem e Diretoria Geral da Policlínica e sua publicação.

Posse, de de 2024.

_____

(Diretor Geral)

_____

(Gerente Operacional de Enfermagem)

3.2.2. NÚCLEO INTERNO DE AGENDAMENTO – NIA

Trata-se de serviço que tem a finalidade de organizar e operacionalizar a gestão e disponibilização dos serviços da Policlínica Estadual da Região Nordeste, Posse Goiás, atuando em sinergia com a Regulação Estadual e com o SAMU. Funcionará 24hs em todos os dias do ano, em espaço físico destinado exclusivamente ao NIA e que disponha de linha telefônica e endereço eletrônico para contatos que se façam necessários nas 24hs. Será diretamente subordinado ao Diretor Técnico e terá a seguinte composição: um profissional Enfermeiro e um profissional Médico indicados pelo Gerente de Enfermagem e pelo Diretor Técnico, respectivamente. Trabalharão em horário administrativo e deverão organizar o mapa de serviços e vagas disponíveis a cada dia. Além disso, serão também responsáveis pelo acompanhamento das regulações efetivadas e aquelas não efetivadas, pelos agendamentos, pelos levantamentos estatísticos, pela elaboração de relatórios mensais e pelo encaminhamento destes à Diretoria da Unidade.

O NIA terá as funções de:

- Autorizar o acesso de usuários encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde municipais (UBS), por meio da Regulação Estadual;
- Oferecer informação mensal sobre o acesso de usuários à SESGO.

3.2.3. NÚCLEO VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - NVE

O NVE deverá elaborar, implementar e manter o sistema de busca ativa para detecção de doenças de notificação compulsória (DNC), atendidas na Unidade, bem como realizar a notificação imediata para doenças que necessitam de ações de controle e investigação, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela autoridade sanitária do município e estado. Será composto por 01 médico responsável pela notificação e investigação dos eventos adversos e por 01 enfermeiro, responsável pela busca ativa dos EAS. O NVE deverá desenvolver atividades de busca ativa e notificação de EAS de maneira contínua junto aos diversos serviços e se reunirá, mensalmente, para avaliação e planejamento de intervenções e ações a serem desenvolvidas. Possuirá Regimento Interno próprio e trabalho em estreita interação com a CCIRAS.

Seus principais objetivos são:

- ✓ vigilância epidemiológica das DNC, DANTS (Doenças e Agravos Não Transmissíveis) e agravos inusitados;
- ✓ elaboração de normas e rotinas técnicas e operacionais, visando a detecção, prevenção e controle dessas doenças e agravos;
- ✓ capacitação dos colaboradores, no que diz respeito a vigilância epidemiológica;
- ✓ realizar notificação e investigação de agravos inusitados à saúde e de surtos e suspeita de problema de saúde de notificação compulsória.

O NVE pode desenvolver ações de vigilância epidemiológica relacionadas a outros agravos de acordo com as necessidades loco-regionais.

4. AÇÕES VOLTADAS PARA A QUALIDADE SUBJETIVA

4.1. ACOLHIMENTO:

4.1.1. Manual de Humanização com Indicação das Formas de Notificação, Recepção, Orientação Social e Apoio Psicossocial aos Usuários e Familiares na Policlínica:

A Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse é uma Unidade especializada de apoio diagnóstico e orientação terapêutica, com atendimento de caráter eletivo para diagnóstico e orientação terapêutica em diferentes especialidades médicas, apta a realizar procedimentos de média complexidade, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais especializados e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico. O agendamento do atendimento será feito pela Regulação Estadual e o encaminhamento de usuários será realizado pelas Unidades Básicas de Saúde municipais (UBS) da macrorregião na qual a policlínica está inserida ou de acordo com a pactuação regional.

De acordo com a Rede de Humaniza SUS, o Acolhimento consiste na recepção do usuário, familiares e acompanhantes desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para continuidade da assistência, quando necessário. Este procedimento será dispensado ao usuário, de forma humanizada, desde a chegada na recepção até a saída para casa ou por referência, contra referência, compartilhamento do cuidado e/ou transição do cuidado.

4.1.2. Proposta para implantação do Acolhimento e Atendimento dos usuários na Policlínica

O acolhimento em saúde é uma ferramenta fundamental para humanizar o atendimento, construindo relações de confiança e transparência entre funcionários e pacientes. É um instrumento para melhor organizar o fluxo de usuários que procuram atendimentos ambulatoriais especializado, gerando atendimentos resolutivos e humanizados. O Protocolo de Acolhimento será construído pela equipe multidisciplinar a partir das diretrizes e modelo preconizados pela SES/GO, imediatamente no início das atividades da Unidade.

Objetivos

- Humanizar o atendimento mediante escuta qualificada do cidadão que busca os serviços da Unidade;
- Melhorar o acesso dos usuários aos serviços mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada;
- Oferecer uma abordagem integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania;
- Garantir um atendimento rápido e efetivo;
- Promover escuta qualificada do cidadão que procura os serviços da Unidade;
- Utilizar o encontro com o cidadão como instrumento de educação no que tange ao atendimento de ambulatório eletivo;

- Construir os fluxos de atendimento considerando a rede dos serviços de prestação de assistência à saúde;
- Garantir o acesso do usuário aos serviços e a continuidade da assistência, dentro da Rede de Atenção à Saúde;
- Definir a necessidade do paciente como norteadora de suas ações assistenciais.
- Subsidiar a construção de indicadores que permitam um mapeamento da situação epidemiológica da área de abrangência do serviço;
- Esclarecer à comunidade o modelo proposto, informando a expectativa de atendimento e o tempo de espera;
- Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da demanda de serviços ambulatoriais especializados.
- Promover o aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas por cada categoria buscando o atendimento por riscos apresentados, complexidade do problema, grau de saber e tecnologias exigidas para a solução.

Missão do Acolhimento com Classificação de Risco

Ser instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de Ambulatório Especializado.

Processo de Trabalho e Boas Práticas de Acolhimento em Saúde

O acolhimento deve começar com a conscientização das equipes de saúde, incluindo o treinamento voltado à escuta qualificada. Dessa forma, os colaboradores estarão aptos a ouvir e compreender as necessidades do usuário em cada fase da assistência. O processo de trabalho contempla as seguintes etapas:

➢ **Recepção Diferenciada**

O acolhimento tem papel essencial na atenção ambulatorial onde é realizado o cadastramento do usuário e onde ele recebe os primeiros cuidados. A recepção dos serviços deve ser diferenciada, com atendimento acurado visando verificar as necessidades e pendências para com o usuário, tornando o encaminhamento fica mais assertivo.

➢ **Escuta Qualificada**

Após passar pela recepção o técnico de enfermagem e/ou o enfermeiro atende os usuários e o direciona para o profissional de saúde da equipe de referência do usuário. É importante destacar que, na falta do profissional da equipe de referência do usuário ou diante da impossibilidade de atendimento pelo mesmo, havendo a necessidade de atendimento imediato ou no dia, o profissional da outra equipe deverá atendê-lo, com o objetivo de encontrar uma solução viável.

➢ **Atribuições dos Membros das Equipes**

Assistente Administrativo/Recepção: acolher o usuário cordialmente; realizar identificação segura do paciente; realizar escuta inicial; realizar ou atualizar cadastro do paciente nos sistemas de informações vigentes; abrir atendimento no prontuário eletrônico vigente; encaminhar os usuários na unidade para atividades específicas: coleta de sangue, farmácia, vacina, etc; não encaminhar pacientes para outros pontos de atendimento da rede sem o conhecimento do enfermeiro ou médico da unidade de saúde.

Técnico/Auxiliar de Enfermagem: acolher o usuário cordialmente; realizar identificação segura do paciente; realizar escuta inicial; realizar a escuta qualificada, identificando a necessidade da procura pelo serviço realizando os direcionamentos necessários conforme fluxos; aferir dados vitais identificando possíveis alterações; registrar os atendimentos, dados vitais e procedimentos realizados no sistema de informação vigente, bem como as informações coletadas na escuta qualificada e as orientações iniciais; sensibilizar e orientar continuamente o usuário sobre o fluxo do acolhimento; realizar ações educativas em sala de espera; participar das discussões de casos em reunião de equipe para avaliação e monitoramento da execução do Acolhimento da Unidade de Saúde; não encaminhar pacientes para outros pontos de atendimento da rede sem o conhecimento do enfermeiro ou médico da unidade de saúde.

Enfermeiro: acolher o usuário cordialmente; realizar identificação segura do paciente; identificar a necessidade da procura pelo serviço realizando os atendimentos e encaminhamentos necessários conforme protocolos; verificar e avaliar os dados vitais; sensibilizar e orientar continuamente a equipe e o usuário sobre o Protocolo de Acolhimento; registrar as ações realizadas no acolhimento, a classificação atribuída a cada paciente e o encaminhamento realizado no prontuário do paciente; realizar e orientar ações educativas em sala de espera; encaminhar paciente para consulta médica ou outros pontos de atenção de forma segura, garantindo a continuidade da assistência, quando necessário; realizar atendimento de emergência em conjunto com atendimento médico, coordenando as ações da equipe de enfermagem; realizar e coordenar o acolhimento e classificação de risco, executando as ações previstas nos protocolos, conforme disposições da PNAB e COREN; realizar consulta de enfermagem, anamnese, exame físico, solicitação de exames e prescrição de medicamentos previstos nos Protocolos instituídos; participar das discussões de casos em reunião de equipe para avaliação e monitoramento da execução do Acolhimento da Unidade de Saúde.

Médico: acolher o usuário cordialmente; realizar identificação segura do paciente; identificar a necessidade da procura pelo serviço realizando os atendimentos e encaminhamentos necessários; verificar e avaliar os dados vitais; sensibilizar e orientar a equipe e o usuário sobre o Protocolo de Acolhimento; realizar encaminhamento para outros pontos de atendimento de forma segura garantindo a continuidade da assistência, quando necessário; realizar atendimento de emergência em conjunto com equipe de enfermagem, quando necessário; registrar os atendimentos e procedimentos realizados no sistema de informação vigente e prontuário do paciente; realizar consultas clínicas e/ou procedimentos dos pacientes agendados e dos acolhidos pela equipe de enfermagem que tenham necessidade de atendimento médico; participar da discussão de casos e elaboração da agenda de atendimentos em conjunto com a equipe, identificando a melhor forma de realizar o acolhimento à demanda espontânea.

Cirurgião Dentista: participar do acolhimento do paciente com escuta qualificada; executar a primeira avaliação odontológica com classificação de risco e avaliação de vulnerabilidade do paciente; coletar as informações e sinais clínicos, bem como a identificação de necessidades de saúde bucal, realizando o registro adequado em prontuário físico e sistema de informação vigente;

realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidado para pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; realizar as intervenções de cuidado em saúde bucal tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências, bem como de pacientes agendados; registrar os atendimentos e procedimentos realizados no sistema de informação vigente; participar das discussões de casos em reunião de equipe para avaliação e monitoramento da execução do Acolhimento da Unidade de Saúde.

Auxiliar em Saúde Bucal/Técnico em Saúde Bucal: realizar o acolhimento de pacientes agendados nos serviços de saúde bucal cordialmente; realizar identificação segura do paciente; realizar escuta inicial da queixa do paciente para identificar a necessidade da procura pelo serviço de pacientes da demanda espontânea; organizar a demanda, juntamente com orientações do cirurgião dentista; participar das discussões de casos em reunião de equipe para avaliação e monitoramento da execução do Acolhimento da Unidade de Saúde.

Farmacêutico: acolher o usuário cordialmente; realizar identificação segura do paciente; informar sobre a oferta de serviços da unidade e os fluxos de atendimento; encaminhar os usuários com queixas e sem atendimento agendado para a escuta qualificada com a equipe de enfermagem; encaminhar os usuários dentro da unidade para atividades específicas: coleta de sangue, farmácia, vacina, etc; sensibilizar e orientar continuamente os usuários sobre o fluxo do acolhimento; realizar ações educativas em sala de espera; realizar as intervenções atreladas ao cuidado farmacêutico, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea, contribuindo com procedimentos e orientações referentes à assistência farmacêutica; participar das discussões de casos em reunião de equipe para avaliação e monitoramento da execução do Acolhimento da Unidade de Saúde.

Outros Profissionais: acolher o usuário cordialmente; orientar os usuários quanto ao fluxo do Acolhimento e oferta de serviços da unidade; participar de atividades educativas em sala de espera ao nível de sua qualificação; encaminhar os usuários dentro da unidade para atividades específicas: coleta de sangue, farmácia, vacina, etc; não encaminhar pacientes para outros pontos de atendimento da rede sem o conhecimento do enfermeiro ou médico da unidade de saúde.

4.2. ATENDIMENTO

4.2.1. Proposta de implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário e Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, com pesquisa de satisfação

Relacionamento com o Cliente

A Policlínica não medirá esforços para manter com seus clientes uma relação bastante estreita, baseada na consciência geral de que o contato direto gera oportunidade para estabelecer um processo sistemático de aprendizado mútuo.

Grupos de Clientes

Usuários/Pacientes: são todas as pessoas atendidas por qualquer dos serviços oferecidos pela Unidade: ambulatório, tratamento clínico e cirúrgico, diagnóstico e terapia e serviços de apoio.

Familiares/Acompanhantes/Visitantes: são os parentes e amigos dos usuários que estejam ou não acompanhando os mesmos na Unidade.

Acessibilidade e Gestão de Reclamações

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

- Serviço de Apoio ao Usuário – SAU;
- Caixa de Sugestões;
- Entrevista de Saída – Pesquisa de Avaliação de Serviços.

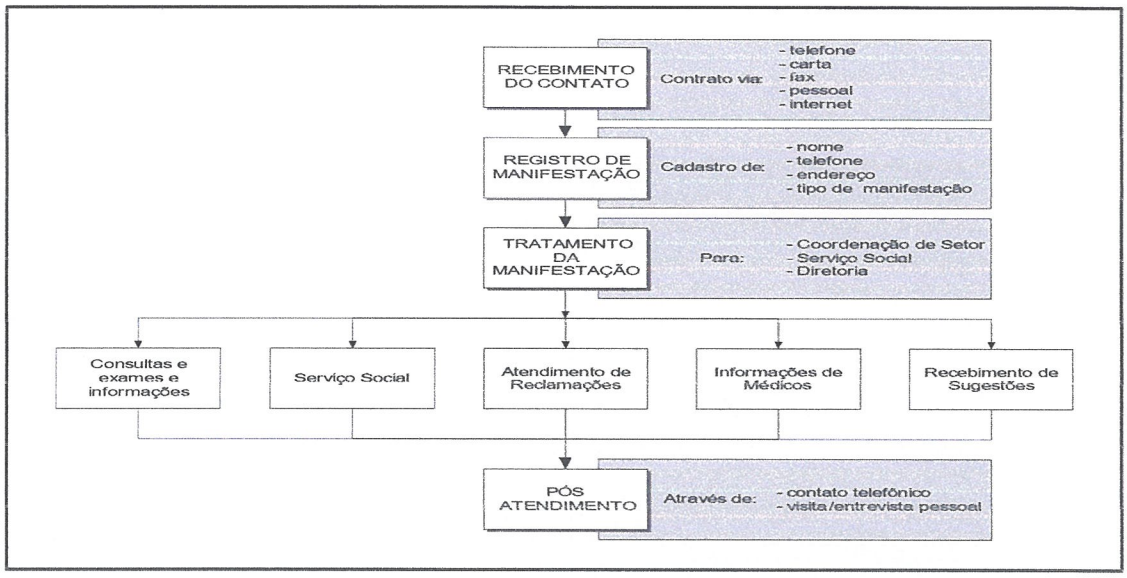
Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU/Ouvidoria:

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

Competências:

- receber críticas, reclamações e/ou sugestões referentes aos serviços prestados pela Unidade e encaminhar soluções;
- apurar a procedência das reclamações e denúncias apresentadas;
- fornecer informações gerais sobre a estrutura, atendimento e funcionamento dos serviços de atendimento;
- identificar e avaliar o grau de satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde oferecidos pela Unidade, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS;
- buscar a participação social, através do acompanhamento e controle dos serviços realizados;
- obter informações para o gerenciamento da Unidade;
- sugerir medidas de aperfeiçoamento das atividades da Unidade;
- realizar a mediação de situações emergenciais;
- realizar acolhimento aos usuários;
- realizar encaminhamento para resolução de problemas concretos;
- estabelecer critérios para pesquisas e divulgação de dados;
- informar sobre a estrutura, atendimento e funcionamento da Unidade;
- identificar e mediar as relações conflituosas entre funcionários/funcionários e funcionários/usuários;
- acolher, mediar e resolver os problemas concretos.
- Solicitações Previstas: críticas, elogios, reclamações e/ou sugestões referentes aos serviços prestados pela Unidade.

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

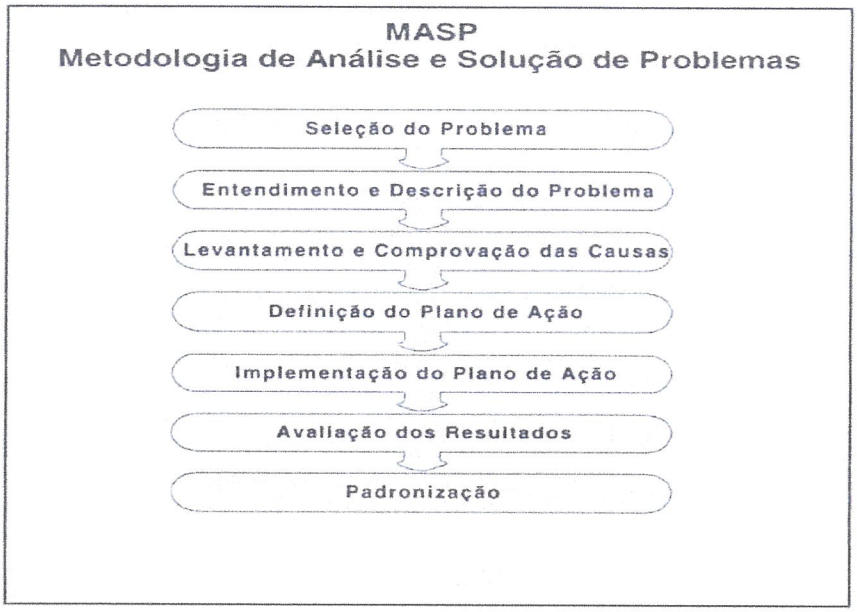


Membros do SAU:
Assistente Social (responsável pelo serviço);
Auxiliar Administrativo.

Horário de Atendimento
2ª a 6ª feira das 07:00 às 19:00 h.

Principais Atividades que serão realizadas pelo SAU:

a) Informações de Médicos: através do SAU os familiares/responsáveis dos usuários serão informados sobre o quadro medico da Unidade e especialidades ;
b) Agendamento de consultas e exames clínicos: através de um sistema de pré-cadastro o cliente terá acesso à escolha do horário de atendimento e marcação de consultas ambulatoriais com a máxima agilidade;
c) Serviços de Apoio: através do SAU qualquer usuário ou familiar poderá ser encaminhado aos serviços de apoio tais como: Serviço Social, Psicologia, Nutrição, dentre outros, que estarão aptos a auxiliar em quaisquer problemas decorrentes da prestação de serviço da Unidade;
d) Atendimento de Reclamações: os atendentes do SAU serão treinados para fornecerem informações básicas padronizadas e dar orientações para resolução de problemas. Casos eventualmente mais graves serão encaminhados a Diretoria e Coordenação dos Serviços competentes para análise e solução utilizando a metodologia MASP – Metodologia de Análise e Solução de Problemas descrita a seguir:



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

Recebimento e Tratamento de Reclamações/Críticas/Sugestões: quaisquer sugestões efetuadas por clientes serão devidamente cadastradas e encaminhadas às respectivas coordenações, que as analisarão criteriosamente para possível incorporação ao processo pertinente.

Localização

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

MODELO DE BALCÃO DE ATENDIMENTO DO SAU



- **Instrumentos de Medição**

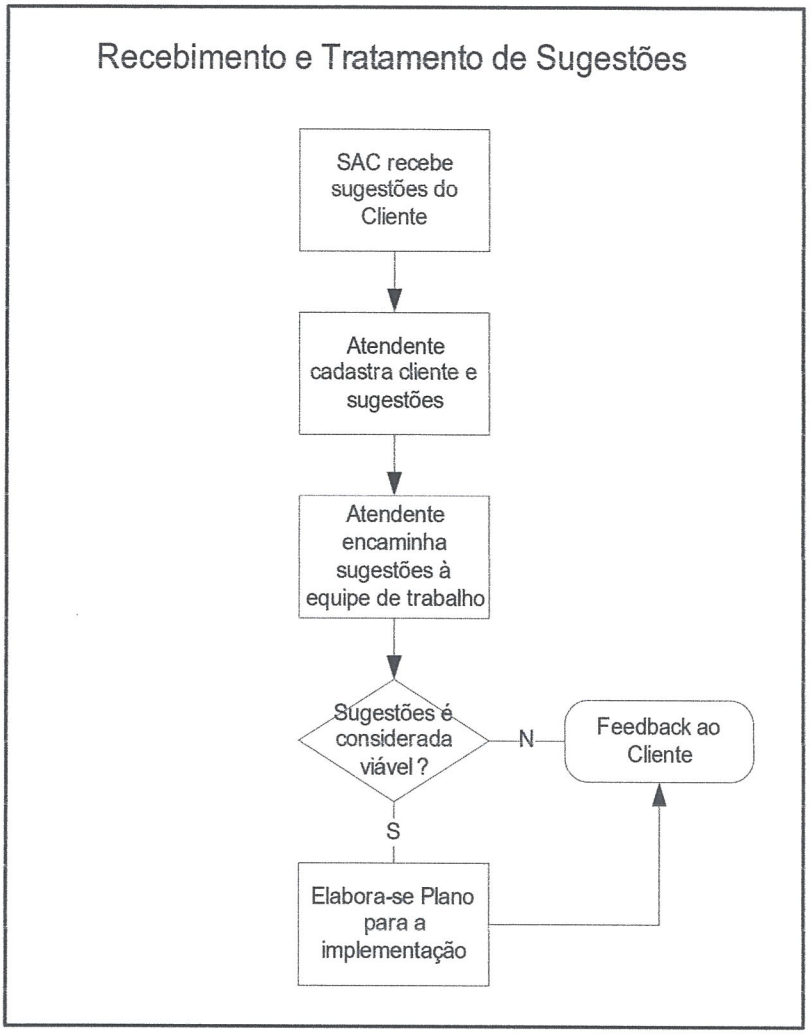
O Formulário de Avaliação de Serviços será utilizado para medir o grau de satisfação dos clientes e detectar problemas percebidos por eles acerca dos serviços prestados. Nele estará inserido espaço de avaliação dos diversos serviços, com direcionamento para a valoração entre "ótimo", "bom", "regular"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

- **Metodologia**

a) O formulário de Avaliação de Serviços será entregue pelo SAU – Serviço de Atendimento ao Usuário/Serviço Social e/ou disponibilizado em meio eletrônico, aos pacientes e/ou acompanhantes, no primeiro atendimento realizado pelo setor. Nesse contato, serão passadas orientações como: a importância do preenchimento e a indicação do local para devolução do mesmo.
b) Serão, estrategicamente, distribuídas urnas nos setores da Unidade para o recebimento dos formulários de avaliação dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Serviços Assistenciais e Serviços de Apoio Logístico e de Infraestrutura.
c) Nos formulários, o cliente poderá avaliar questões como o nível de satisfação com o serviço utilizado, com o atendimento, com a estrutura da Unidade e fazer sugestões/comentários ou críticas que serão encaminhadas aos responsáveis para que sejam tomadas as devidas providências para correção e/ou aperfeiçoamento dos processos de atendimento.
d) O recolhimento dos formulários nas urnas será realizado diariamente assim como a verificação dos formulários enviados digitalmente. Semanalmente o SAU que analisará os dados e fará a tabulação dos resultados obtidos por setor, repassando as informações para a Diretoria.

- **Uso das Informações**

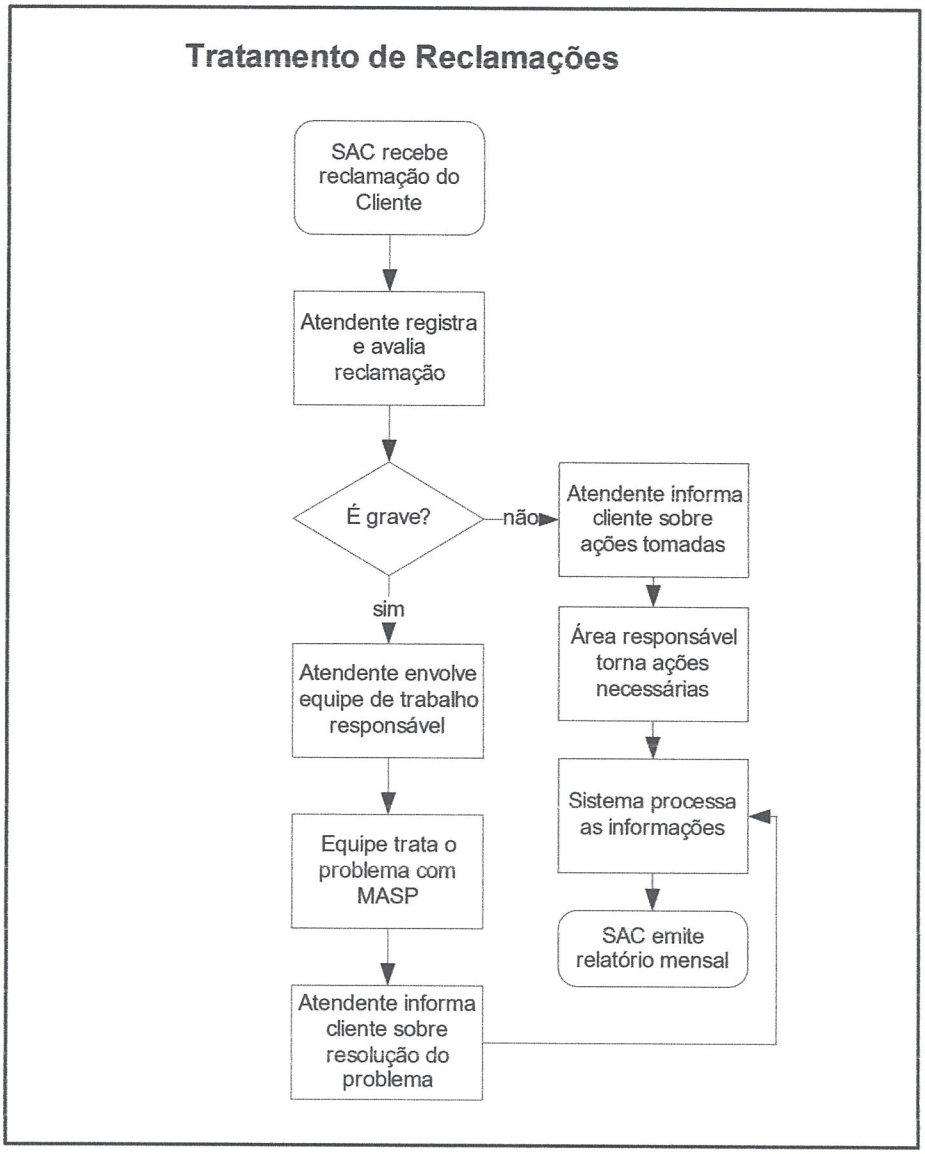
a) Através da análise dos resultados da pesquisa poderão ser identificados os motivos de insatisfação dos clientes, o que possibilitará ações corretivas e/ou preventivas nas suas causas e assim melhorar continuamente os serviços prestados.
b) As informações obtidas pelas avaliações de serviço, além de permitirem a identificação do nível de satisfação do cliente, servirão também para guiar ações de promoção de melhorias no atendimento, qualificação e especialmente aumentar o grau de satisfação do cliente.
c) Quaisquer sugestões efetuadas por clientes serão devidamente cadastrados e encaminhados às respectivas coordenações, que analisarão criteriosamente para possível incorporação ao processo pertinente. O fluxo que rege o recebimento de sugestões está demonstrado a seguir:



- O SAU encaminhará mensalmente à Gestão da Unidade o resultado da tabulação referente a pesquisa de avaliação de serviços do mês anterior;
- Trimestralmente, o SAU encaminhará gráficos comparativos com o resultado da pesquisa, por área, à Gestão da Unidade;
- O tempo de resposta a reclamações, quando identificadas, será de até 05 dias após o recebimento da mesma.

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

Tratamento de Reclamações



4.2.2. Proposta de Formas de Acolhimento para os Usuários/Acompanhantes durante o período de atendimento na unidade, especialmente quando residentes em localidade diversa, assim como para os colaboradores:

O Acolhimento é o primeiro passo para um atendimento de qualidade e humanizado. Por tratar-se do primeiro contato do cliente com a Policlínica é imperativo que a sua recepção seja feita de forma amigável, atenciosa e que inspire confiança e segurança, assim como exista a plena disponibilidade para que as suas necessidades sejam escutadas e compreendidas como preconiza o Protocolo de ACCR. Considerando que:

- O atendimento humanizado é fundamental para garantir a satisfação do paciente;
- O usuário/acompanhante deve ser o centro do cuidado e ter respeitada a sua dignidade, valores e necessidades individuais;
- O entendimento de suas preocupações e o respeito à privacidade e confidencialidade promovem a empatia;
- Explicar procedimentos, diagnóstico e tratamentos de forma clara e compreensível promove uma comunicação clara e eficiente além de prevenir mal entendidos, reduzir a ansiedade e melhorar a adesão ao tratamento;
- O usuário/acompanhante em atendimento fora de seu domicílio desfruta de condição de desconforto por estar em ambiente diverso daquele habitual.

Entendemos que a construção de uma cultura organizacional que valorize a satisfação do cliente e ofereça conforto, apoio e confiança é essencial para o sucesso na prestação da assistência à sua saúde. Para tanto propomos:

1. Criação de um ambiente de trabalho onde todos, desde a recepção até a equipe assistencial, estejam alinhados com o objetivo de proporcionar um atendimento de excelência;
2. Incentivar a colaboração entre equipes e reconhecer as suas boas práticas;
3. Manter canal aberto para sugestões e melhorias através do SAU/Ouvidoria;
4. Oferecer capacitação contínua aos profissionais através de treinamentos regulares sobre atendimento humanizado e técnicas de comunicação;
5. Garantir que os profissionais sejam atualizados sobre as melhores práticas e inovações no setor de saúde, aumentando a eficiência e a eficácia do atendimento;
6. Cumprir o agendamento do usuário para consultas, procedimentos e exames, tornando-os o mais resolutivo possível;
7. Organizar os fluxos internos de atendimento de forma a favorecer um atendimento pontual;
8. Oferecer assistência psicossocial aos casos identificados como necessários;
9. Disponibilizar aos usuários relatórios, laudos e resultados de exames;
10. Garantir contra referência aos casos que necessitem, através do Serviço Social e NIA;
11. Oferecer aos acompanhantes ambiente organizado, arejado e higienizado para descanso em poltronas durante o período de espera do atendimento;
12. Garantir a participação do usuário/acompanhante nas atividades de educação para a saúde a serem desenvolvidas nas salas de espera da Policlínica, assim como nos Projetos Assistenciais/Sociais a serem implantados, considerando o interesse e o perfil deles.

4.1.4. Plano/Projeto para Implantação do Sistema de Contra Referência à Atenção Primária

A Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse está programada para o atendimento ambulatorial especializado, no entanto, os usuários não terão atendimento sequencial programado de rotina, para possibilitar o acesso de novos usuários com necessidades de confirmação do diagnóstico e tratamento especializado, salvo os casos que necessitarem de tratamento programado (exemplos: sessões, consultas). Para a referência, contra referência, compartilhamento do cuidado e/ou transição do cuidado será considerado o risco e o agravo do quadro clínico do usuário para definir o encaminhamento para a Unidade Básica ou outro serviço especializado de média e alta complexidade.

Com vista à integração e retaguarda com as equipes de saúde da Rede de Atenção Primária, a Policlínica utilizará o matriciamento das equipes de Atenção Primária e a telemedicina como estratégia para auxiliar e subsidiar as tomadas de decisões desses profissionais além de contribuir para a redução da fragmentação do cuidado a partir das conexões existentes dentro de uma rede de saúde.

Os serviços de telemedicina disponíveis são: teleconsulta, telemonitoramento dos pacientes crônicos, telematriciamento da equipe da Atenção Primária, teleconsultoria, telediagnósticos e tele-educação, dentre outros serviços que a telessaúde permite.

5. QUALIDADE TÉCNICA

5.1. EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

5.1.1. Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 200 leitos. (*) - a documentação comprobatória encontra-se na Pasta IV, ANEXO I, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

5.1.2. Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos. (*) - a documentação comprobatória encontra-se na Pasta IV, ANEXO I, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

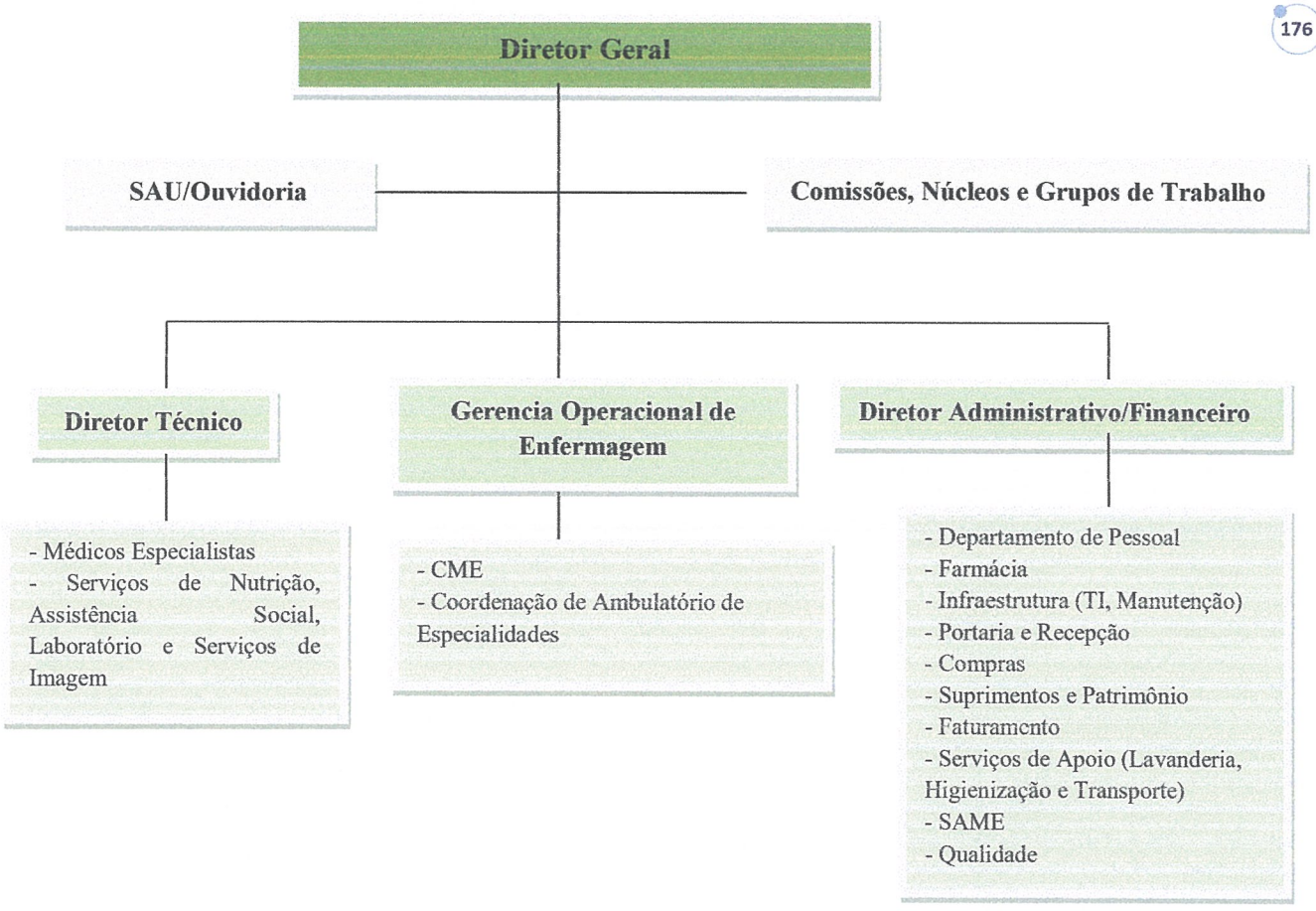
5.1.3. Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos. (*) - a documentação comprobatória encontra-se na Pasta IV, ANEXO I, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

5.1.4. Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de Policlínicas/AME/Clínica especializada ou similar - a documentação comprobatória encontra-se na Pasta IV, ANEXO I, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

5.1.5. Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular na área da saúde, com proposta de aplicação do recurso na unidade, com anuência posterior da SES/GO - a documentação comprobatória encontra-se na Pasta IV, ANEXO I, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

5.2. ESTRUTURA DA GESTÃO

5.2.1. Apresentação de organograma com definição das competências de cada membro do corpo diretivo.



*As Comissões, Núcleos e Grupos de Trabalho terão a função de assessoramento à Diretoria Geral.

À Diretoria Geral compete:

- Coordenar o desenvolvimento dos planos traçados para as atividades médicas, técnicas, administrativas e financeiras;
- Zelar pela observância princípios éticos profissionais das atividades desenvolvidas sob sua orientação;
- Constituir Comissões Permanentes e Transitórias para estudo de problemas médicos, técnicos e administrativos;
- Coordenar a elaboração do orçamento anual de despesas e receitas, e investimentos, bem como controlar a execução do orçamento aprovado;
- Autorizar ou prestar informações ao Poder Judiciário, dentro dos preceitos estabelecidos pelos Códigos de Ética;
- Elaborar programas de conferências e cursos, visando o aperfeiçoamento técnico-científico das atividades médicas, técnicas e administrativas;
- Firmar contratos e convênios com prestadores de serviços quando necessário;

- Desenvolver programas de esclarecimento ao público sobre as funções da Unidade e de orientação dos funcionários/servidores em suas relações com o público;
- Difundir as atividades médico-científicas da Unidade;
- Apresentar mensalmente a SES/GO os relatórios sobre o desenvolvimento das atividades médicas, técnicas e administrativas do hospital – RIH, conforme determinado em contrato de prestação de serviços.

À Diretoria Técnica compete:
- Desenvolver o planejamento das atividades de assistência médica e técnicas da Organização;
- Coordenar e supervisionar a execução das atividades das unidades integrantes;
- Analisar sob o ponto de vista técnico e científico todas as propostas para execução de serviços por terceiros, em regime de contrato ou convênio;
- Zelar pela observância do Regimento Interno e Responsabilidades dos funcionários da Instituição;
- Estabelecer normas de controle e avaliação da utilização dos recursos financeiros, humanos e operacionais/produção na execução das atividades das Unidades integrantes;
- Desenvolver e implantar novas técnicas de gestão dos serviços;
- Gerenciar o corpo de funcionários das Unidades integrantes, garantindo satisfação no trabalho através de educação continuada, melhoria do ambiente de trabalho e alcance das metas de produtividade;
- Elaborar relatórios gerenciais para a Direção Geral e para os Conselhos da Instituição.

À Diretoria Administrativo/Financeira compete:
- Desenvolver o planejamento das atividades administrativas, financeiras e de operações da Unidade;
- Coordenar e supervisionar a execução das atividades dos serviços integrantes;
- Analisar sob o ponto de vista administrativo e financeiro todas as propostas para execução de serviços por terceiros, em regime de contrato ou convênio;
- Zelar pela observância do Regimento da unidade e Responsabilidades dos funcionários da Instituição;
- Estabelecer normas de controle e avaliação da utilização dos recursos financeiros, humanos e operacionais/produção na execução das atividades da Instituição;
- Desenvolver e implantar novas técnicas de gestão dos serviços;
- Intermediar todas as atividades de compra com a Direção Geral;
- Gerenciar o corpo de funcionários da Instituição, garantindo satisfação no trabalho através de educação continuada, melhoria do ambiente de trabalho e alcance das metas de produtividade;
- Elaborar relatórios gerenciais para a Direção Geral.

À Gerencia Operacional de Enfermagem compete:
- Promover a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade;
- Assistir ao paciente integralmente, atendendo-o em suas dimensões biológica, psicológica e emocional, objetivando a sua mais breve recuperação e sua reintegração social;

- Promover continuamente a excelência da qualidade assistencial, estimulando a equipe ao constante desenvolvimento técnico-científico, oferecendo condições que viabilizem o crescimento integral de seu potencial, idade, pessoal e profissional;
- Propiciar ambiente harmonioso e produtivo que estimule o desenvolvimento do trabalho interativo em equipe, garantindo a harmonia de objetivos e metas e o comprometimento de todos na condução do sucesso;
- Realizar e colaborar com os estudos e pesquisas desenvolvidas por profissionais desta e de outras áreas, disponibilizando contribuições, conhecimentos e auxiliando-os em suas necessidades;
- Prestar colaboração e atender sempre que necessário às solicitações dos serviços públicos ou privados de assistência à saúde;
- Colaborar com as instituições educacionais na área de Enfermagem e outras congêneres na formação de profissionais, viabilizando acesso ao desenvolvimento de estágio em campo de trabalho, firmando compromisso com comunidade, em atendimento ao seu papel quanto à responsabilidade social e cidadania;
- Participar através de setor de competência do processo seletivo de profissional para a Equipe de Enfermagem, através de planejamento e ações conjuntas com o departamento responsável pelo recrutamento e seleção de pessoal;
- Colaborar continuamente com os Sistemas de Gestão vigentes e demais serviços para a melhoria na aplicação de métodos, práticas, otimização dos desempenhos técnicos, administrativos e no alcance de melhores resultados;
- Manter o trabalho norteado pelos preceitos e orientações contidas no código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN).

PERFIL DOS MEMBROS DO CORPO DIRETIVO

CARGO	ESCOLARIDADE	COMPETÊNCIA TÉCNICA	COMPETÊNCIA PESSOAL	C.H.
Diretor Geral	Superior em Administração c/ Especialização	Cursos de especialização na área, preferencialmente em Gestão Hospitalar. Experiência na área, conhecimento das práticas administrativas e legislações vigentes.	Responsabilidade, Administração de conflitos, Autocontrole Responsabilidade	40 h
Diretor Médico	Superior em Medicina	Cursos de especialização na área, preferencialmente em Gestão Hospitalar. Experiência em cargo de Direção, conhecimento das práticas administrativas e legislações vigentes.	Liderança e capacidade de negociação Rapidez nas decisões Administração de conflitos Atendimento humanizado Maturidade Psicossocial e autocontrole Capacidade para trabalhar com equipe multiprofissional Controle e acompanhamento de indicadores de área	40 h
Diretor Administrativo/ Financeiro	Superior em Administração	Cursos de especialização na área, preferencialmente em Gestão Hospitalar. Experiência de Direção na área Administrativo/Financeira. Conhecimento em informática.	Liderança Bom senso e autocontrole Responsabilidade Administração de conflitos Segurança	40 h
Gerente Operacional de Enfermagem	Superior em Enfermagem	Cursos de Especialização em Administração Hospitalar ou Saúde Coletiva. Experiência como gestor. Conhecimento de planejamento estratégico, objetivos e prioridades institucionais	Liderança Capacidade de negociação Rapidez nas decisões Administração de conflitos Atendimento humanizado Autocontrole Maturidade Psicossocial Capacidade para trabalhar	40 h

5.2.2. Titulação de especialistas em administração hospitalar dos membros da diretoria e gerência. (***) - a documentação comprobatória encontra-se na PASTA IV, ANEXO I, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

5.2.3. Experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento. (Policlínicas/AME/clínicas especializadas, etc). (*****) - a documentação comprobatória encontra-se na PASTA IV, ANEXO I, parte integrante desta Proposta de Trabalho.