



# **PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DAS COMISSÕES TÉCNICAS**

### **SUMÁRIO**

01	PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DAS COMISSÕES TÉCNICAS	3
02	COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS (CRO)	4
03	COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS	9
04	COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA	16
05	COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM	25
06	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)	45
07	COMISSÃO DE FARMÁCIA TERAPÊUTICA, PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS (CPMME)	52
08	COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	64
09	COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO	70
10	COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E DE ASSÉDIOS– CIPA	73
11	PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ARQUIVOS MÉDICOS	79

## PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DAS COMISSÕES TÉCNICAS

As Comissões Técnicas constituem instrumentos de vital importância para o desenvolvimento técnico de qualquer Unidade de Saúde e serão formadas objetivando o estabelecimento de padrões de funcionamento das unidades.

As Comissões Técnicas, terão como objetivo primordial definir estratégias. Cada Comissão terá a responsabilidade de elaborá-las de forma bem definida, atuando com base em conhecimentos científicos de literatura nacional e internacional, normas legais e troca de experiências com outras instituições de saúde.

Apresentaremos abaixo a Propostas de Regimentos, para a melhor adaptação, para as Comissões exigidas e como implementação e aumento da qualidade propostas de novas comissões e seus cronogramas:

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DAS COMISSÕES TÉCNICAS
COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS (CRO)
COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS
COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA
COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)
COMISSÃO DE FARMÁCIA TERAPÊUTICA, PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS (CPMME)
COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE
COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO
COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E DE ASSÉDIOS– CIPA
PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ARQUIVOS MÉDICOS



## **COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS (CRO)**

### **1- PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS**

#### **CAPÍTULO I**

##### **DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS, CARACTERÍSTICAS**

Art. 1º A Comissão de Análise de Óbitos Adultos foi criada em atendimento a determinação da Resolução CFM 2171, de 30 de outubro de 2017, que regulamenta e normatiza as Comissões de Revisão de Óbito, tornando-as obrigatórias nas instituições hospitalares e Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Resolução Interministerial MEC/MS n.º 2.400 de 2 de outubro de 2007, que torna obrigatória a criação da Comissão de Avaliação de Óbitos nas instituições de saúde e da Portaria MS/GM nº 1405, de 29 de junho de 2006, que instituiu a rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimentos da Causa Mortis.

Art. 2º A atuação da Comissão é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva e cujas ações devem estar voltadas à investigação e análise sobre as causas de óbitos.

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

#### **CAPÍTULO II**

##### **DA COMPOSIÇÃO**

Art. 3º A Comissão de Análise de Óbitos será constituída por 3 (três) membros efetivos, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde (de acordo com artigo 4º da Resolução CFM 2171, de 30 de outubro de 2017).

§ 1º Os seus membros serão indicados pelo Diretor Técnico, homologados pela Gestão e designados por portaria.

§ 2º A Comissão poderá convidar outros profissionais para participar de suas reuniões, quando julgar necessário.

§ 3º O presidente da Comissão de Avaliação de Óbito Adulto será obrigatoriamente médico.

### **CAPÍTULO III**

#### **DO MANDATO**

Art. 5º O mandato dos membros da Comissão de Análise de Óbitos deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável, conforme definição da própria Comissão.

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

### **CAPÍTULO IV**

#### **DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO**

Art. 6º A Comissão de Análise de Óbitos Adultos deverá reunir-se pelo menos uma vez ao mês, com pauta, data, local e horário previamente definido e comunicado.

§ 1º As reuniões da Comissão serão registradas em ata, que deverá ser arquivada, contendo data, horário, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões que foram deliberadas;

Art. 7º Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 8º Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes.

Parágrafo único. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente, pelo Vice-Presidente, na ausência do presidente, ou pela maioria dos membros.

Art. 9º Após a reunião, uma cópia da ata, devidamente assinada, deve ser entregue à Gestão da Unidade.

### **CAPÍTULO V**

#### **DAS ATRIBUIÇÕES**

Art. 10º As deliberações da Comissão, visando à correção ou reparação de distorções e irregularidades verificadas nas análises dos óbitos e no preenchimento das Declarações de Óbitos - DOs -, devem ser

encaminhadas primeiramente à Coordenação Médica, que irá notificar os médicos a respeito do preenchimento incorreto.

Parágrafo único. Caso houver necessidade de esclarecimentos em relação a condutas médicas adotadas, a Coordenação Médica encaminhará à Comissão de Ética Médica da instituição.

Art. 11º São atribuições dos membros da Comissão de Análise de Óbitos Adultos:

I - Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados.

II - Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos e analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade das informações contidas nos atestados de óbitos.

III - Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos.

IV - Cientificar a Coordenação Médica da instituição sobre incorreções identificadas para esta cientificar aos envolvidos.

V - Criar, conjuntamente com a Comissão de Revisão de Prontuários, instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito.

VI - Zelar pelo sigilo ético das informações.

VII - Emitir parecer técnico ou relatório e/ou relatório estatístico, quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado, desde que observadas as normas de sigilo ético das informações.

VIII - Definir anualmente metas e estratégias de melhorias de registros de óbitos, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente.

IX - Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à Instituição.

X - Verificar a incidência de óbitos por nosologias dentro do perfil epidemiológico da região e notificar à Divisão de Saúde da Comunidade, quando da variação do perfil.

XI - Realizar as correções necessárias das informações para encaminhamento à Secretaria de Saúde para registro correto das informações.

Art. 12º São atribuições do Presidente da Comissão:

I - Convocar e presidir as reuniões.

II - Representar a comissão junto à Instituição, ou indicar seu representante.

III - Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros.

IV - Fazer cumprir o regimento.

V - Ter o voto de qualidade nas decisões da comissão, além do seu voto.

## **CAPÍTULO VI**

### **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 13º A Comissão de Análise de Óbitos Adultos norteará suas atividades por este regimento interno.

Art. 14º Este Regimento poderá ser alterado:

I–Após avaliação de desempenho da Comissão, se for o caso.

II–Pelas eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

III–em ambos os casos, por proposta da Superintendência do HUSM.

Art. 15º O presente regimento entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

#### **1.1 - Proposta de Cronograma anual de atividades da Comissão de Revisão de óbitos.**

Cronograma de Implantação da Comissão de Revisão de Óbitos						
Descrição	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	...	12º mês
Elaboração e criação de formulário próprio	X	X				
Aprovação do Regime interno e Designação os Membros			X			
Homologação			X			
Reuniões, com confecção de PDCA	X	X	X	X	X	X

#### **1.2 - Proposta de formulário para análise de óbitos.**





## **2- PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS (CRP).**

A Comissão de Revisão de Prontuários - CRP terá como finalidade atender a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

### **CAPÍTULO I**

#### **Da Finalidade**

Art. 1º. A Comissão de Revisão de Prontuários da Unidade de Pronto Atendimento, tem como finalidade a condução dos processos de avaliação dos aspectos éticos e legais, conforme Resolução CFM nº 1.638/2002, que define o que é prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários.

Parágrafo único – A Comissão é designado por ato executivo da Gestão, e segundo às disposições deste Regimento, que por sua vez baseia-se, especialmente, na Resolução CFM nº 1.638/2002, nos atos do Conselho Federal de Medicina.

### **CAPÍTULO II**

#### **Da Composição**

Art. 2º. A Comissão será formada por, no mínimo, 06 (seis) membros e no máximo 08 membros, indicados pela Gestão e Coordenador médico e sendo em sua composição mínima assim distribuídos:

I. 01 Representante médico; II. 02 Representantes administrativo; III. 02 Representantes da enfermagem ; IV. 01 Representantes da coordenação.

Parágrafo único: Na composição com 08 membros, deverá dispor da composição mínima e mais 02 membros que poderá ser representantes médico ou coordenação ou enfermeiros ou cargo administrativo.

Art. 3º. O Presidente e o Secretário da Comissão serão eleitos pelos membros através de voto simples, aberto.

### **CAPITULO III**

#### **Do mandato**

Art. 4º. Os membros da Comissão de Revisão de Prontuários terão mandatos de 2 (dois) anos, a contar da publicação de portaria em Boletim, podendo ser prorrogado por igual período.

Art. 5º. Os membros não terão dedicação exclusiva para exercerem as atividades na Comissão.

Art. 6º. Será dispensado o membro que deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano e não apresentar justificativa da sua ausência até o início da reunião.

Parágrafo único – Em caso de saída de qualquer membro da Comissão, a sua substituição deverá ser na forma do caput do Art. 2º.

Art. 7º. Os mandatos do Presidente e do Secretário também serão pelo período de 02 (dois) anos, podendo haver uma única recondução.

Parágrafo único - O Presidente e o Secretário serão escolhidos através de votação simples dos membros da comissão e, de acordo com a Resolução CFM N° 1638 de 10/07/2002, o primeiro deve ser um médico.

### **CAPÍTULO IV**

#### **Do funcionamento**

Art. 8º. A Comissão reunir-se-á, mensalmente, em dias úteis, conforme cronograma estabelecido.

§ 1º O calendário anual de reuniões ordinárias será aprovado pela Comissão até o mês de dezembro do exercício anterior.

§ 2º A Comissão instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o “quórum” em cada sessão antes de cada votação.

§ 3º As deliberações da Comissão serão consubstanciadas em resoluções endereçadas à Gestão da Unidade e, após aprovação.

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

§ 5º A depender da matéria, conforme julgamento dos membros presentes na reunião, a votação poderá ser nominal.

Art. 9º. A rotina das reuniões da Comissão será a seguinte:

- I. Verificação de presença e existência de “quórum”;
- II. Votação e assinatura de ata da reunião anterior;
- III. Inclusão e/ou exclusão de itens da pauta da reunião;
- IV. Informes da Presidência e do Núcleo de Comissões, quando for o caso;
- V. Apresentação, discussão e votação de matérias constantes em pauta;
- VI. Organização da pauta da próxima reunião;
- VII. Encerramento da reunião.

Art. 10º. Quando uma reunião não puder ser concluída na sessão em andamento, ao encerrar a sessão a presidência deve fixar a data e horário para a sessão subsequente.

Art. 11º. As decisões da Comissão, quando necessárias, serão tomadas por maioria simples de votos, cabendo à Presidência o voto de qualidade no caso de empate.

Art. 12º. De cada reunião deve ser lavrada Ata sucinta, que deve ser subscrita pelo secretário e assinada por todos.

## **CAPÍTULO V**

### **Das Competências**

Art. 13º. Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

- a) Identificação do paciente - nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);
- b) Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
- c) Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;
- d) Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número de registros dos conselhos de toda a equipe multiprofissional;
- e) Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

II. Assegurar a responsabilidade do preenchimento que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade;

III. Detectar e avaliar as falhas de preenchimento;

IV. A continuidade das falhas poderá resultar em convocação do responsável e devendo ser tomadas as providências cabíveis; V. Havendo necessidade, a Comissão deve programar cursos de reciclagem junto à Comissão de Educação Permanente.

Art. 14º. São atribuições do Presidente:

I. Oferecer aos membros da Comissão o apoio necessário à realização de suas atividades;

II. Encaminhar à Superintendência, para homologação, as propostas de atividades aprovadas pela Comissão;

III. Encaminhar mensalmente às Comissões de Ética Médica e de Enfermagem os resultados das avaliações dos prontuários;

IV. Divulgar o calendário e o plano de ação anuais de atividades da Comissão;

V. Divulgar os critérios a serem utilizados para as avaliações dos diversos aspectos que compõem os prontuários da Instituição, bem como para a publicação de seus resultados após aprovação da Comissão de Ética Médica;

VI. Zelar pela observação da Ética Profissional e dos Atos Normativos referentes ao Prontuário Médico.

Art. 15º. São atribuições do Secretário:

I. Assistir às reuniões;

II. Verificar a presença do Presidente e substituí-lo em sua ausência ou impedimentos;

III. Preparar e encaminhar o expediente;

IV. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da Comissão;

IV. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros ou similares de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI. Elaborar relatório anual das atividades da Comissão;

VII. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

VIII. Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias.

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

Art. 16º. São atribuições de cada membro da Comissão:

- I. Comparecer às reuniões para as quais tenha sido convocado;
- II. Participar de todo o processo da avaliação de prontuários e de qualquer outra atividade designada pelo Presidente;
- III. Elaborar, conjuntamente com a Comissão de Documentação Médica e Estatística, normas para auditoria, organização e revisão dos prontuários;
- IV. Zelar pelo sigilo ético das informações;
- V. Emitir parecer técnico ou relatório, quando solicitado pelas Comissões de Ética Médica ou de Enfermagem ou outro serviço interessado;
- VI. Assessorar a alta governança da Instituição em assuntos de sua competência;
- VII. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;
- VIII. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à Instituição.

## **CAPÍTULO VI**

### **Das Disposições Gerais**

Art. 17º. A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da Comissão, a equipe de governança da Unidade proporcionará a infraestrutura necessária.

Art. 18º. A Comissão de Revisão de Prontuários, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 19º. Os casos omissos serão resolvidos pela própria Comissão em cotejo com a Superintendência e ciência das respectivas Comissões de Ética.

## **2.1 - Proposta de Cronograma anual de atividades.**

Cronograma de Implantação do Comissão de Revisão de Prontuários						
Descrição	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	...	12º mês
Elaboração e criação de formulário próprio	X	X				
Aprovação do Regime interno e Designação os Membros			X			
Homologação			X			
Reuniões, com confecção de PDCA	X	X	X	X	X	X

## **2.2 - Proposta de modelo de formulário de revisão de prontuários.**



FORMULÁRIO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO	
PREENCHIDO PELO ENFERMEIRO DO SETOR	
Nome do Paciente: _____	
Data da internação ___/___/___ Data Alta ___/___/___ Nº BAM _____	
IDENTIFICAÇÃO /CADASTRO DO PACIENTE	
Ficha de cadastro está completa? <input type="checkbox"/> SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA	
Cópias dos documentos do paciente estão em anexo? <input type="checkbox"/> SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA	
Todos os impressos estão identificados com nome do paciente? <input type="checkbox"/> SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA	
O prontuário está de forma organizada conforme orientações da pasta? <input type="checkbox"/> SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA	
ANOTAÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	
O SAE está preenchido corretamente e diariamente? <input type="checkbox"/> SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA	
Foram realizadas todas as evoluções diárias da Equipe de Enfermagem? <input type="checkbox"/> SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA	
Todas as anotações da equipe multiprofissional estão com letra legível e carimbo do mesmo? <input type="checkbox"/> SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA	
Foi realizada visita pelo profissional médico todos os dias? <input type="checkbox"/> SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA	
Foi realizada prescrição pelo profissional médico todos os dias? <input type="checkbox"/> SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA	
Foi realizada evolução pelo profissional médico todos os dias? <input type="checkbox"/> SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA	
PREENCHIDO PELA COMISSÃO	
EXAMES E DIAGNÓSTICO	
Foram realizados exames complementares para apoio e diagnóstico, estando disponível no prontuário do paciente? <input type="checkbox"/> SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA	
ALTA /TRANSFERÊNCIA/OBITO	
Foi preenchido o resumo de alta corretamente? <input type="checkbox"/> SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA TIPO DE ALTA _____	
Paciente transferido? Cópia de transferência preenchida corretamente? <input type="checkbox"/> SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA	
FINALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO	
NOME DO AVALIADOR _____ DATA ___/___/___	

### COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

### 3- PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COISSÃO DE ÉTICA MÉDICA.



## **CAPÍTULO I**

### **DA NATUREZA E FINALIDADE**

Art. 1º A Comissão de Ética Médica é um órgão de apoio aos trabalhos do Conselho Regional de Medicina, devidamente neste registrado, com finalidade investigatória, educativa e fiscalizadora do desempenho ético da medicina.

Art. 2º A Comissão de Ética é vinculado e subordinada ao Conselho Regional de Medicina, possui autonomia administrativa e diretiva frente a Instituição.

Art. 3º A Comissão de Ética Médica é devidamente eleita entre o corpo clínico, por processo eleitoral garantindo a ampla participação do conjunto de médicos que compõem o respectivo corpo clínico; empossada pelo Conselho Regional de Medicina e designada por portaria específica da Instituição.

Art. 4º A Comissão de Ética Médica orientar-se-á pela:

I - RESOLUÇÃO do Conselho Federal de Medicina Nº 2.152/2016, que estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde;

II - Manual Técnico Disciplinar do Conselho Regional de Medicina.

III – Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 /Conselho Federal de Medicina – Brasília;

Art. 5º A Comissão de Ética Médica reger-se-á por este regimento, devidamente aprovado pelos membros que a compõem.

## **CAPÍTULO II**

### **DOS OBJETIVOS**

Art. 6º A Comissão de Ética Médica tem por objetivos:

I - Fiscalizar o exercício da atividade médica dentro da instituição;

II - Salvar o Código de Ética Médica, no sentido preventivo com relação ao erro médico, através da promoção de cursos, palestras, simpósios em educação continuada, com o apoio do Conselho Regional de Medicina.

### **CAPÍTULO III**

#### **DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO**

Art. 7º A Comissão de Ética Médica será composta por no mínimo 3 (três) membros efetivos e igual número de suplente, eleitos entre o seu corpo Clínico.

§ 1º A eleição será supervisionada pelo Conselho Regional de Medicina;

§ 2º Compete ao diretor clínico encaminhar ao Conselho Regional de Medicina. a ata da eleição da Comissão de Ética Médica para homologação e registro;

§ 3º Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. O Conselho Regional de Medicina emitirá certificado de eleição, com a composição da Comissão de Ética Médica, que deverá ser afixado na instituição de saúde, em local visível ao público.

Art. 8º A Comissão de Ética Médica (CEM) terá em sua composição 1 (um) Presidente, 1 (um) Secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Parágrafo único. O Presidente e o Secretário serão eleitos dentre os membros efetivos, na primeira reunião da Comissão.

### **CAPÍTULO IV**

#### **DAS COMPETÊNCIAS**

Art. 9º São competências da Comissão de Ética Médica (CEM):

- a) Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;
- b) Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;
- c) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica;
- d) Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

- e) Orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica;
- f) Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina;
- g) Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde.

Art. 10º São competências do Presidente da Comissão de Ética Médica (CEM):

- a) Representar a Comissão de Ética Médica para todos os fins;
- b) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição quaisquer indícios de infração aos dispositivos éticos vigentes, eventual exercício ilegal da medicina ou irregularidades que impliquem em cerceio à atividade médica no âmbito da instituição a qual se encontra vinculada;
- c) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- d) Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
- e) Convocar os membros suplentes para auxiliar nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
- f) Nomear os membros encarregados para instruir as apurações internas instauradas.

Art. 11º São competências do Secretário da Comissão de Ética Médica (CEM):

- a) Substituir o presidente em seus impedimentos ou ausências;
- b) Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Médica;
- c) Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e demais documentos relativos aos atos da Comissão de Ética Médica, mantendo arquivo próprio;
- d) Abrir e manter sob sua guarda livro de registros da Comissão de Ética Médica, onde deverão constar os atos e os trabalhos realizados, de forma breve, para fins de fiscalização.

Art. 12º São competências dos demais membros e suplentes da Comissão de Ética Médica (CEM):

- a) Eleger o presidente e o secretário;
- b) Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias, propondo sugestões e assuntos a serem discutidos e, quando efetivos ou suplentes convocados, votar nas matérias em apreciação;
- c) Instruir as apurações internas, quando designados pelo presidente;
- d) Participar ativamente das atividades da Comissão de Ética Médica, descritas no artigo 9º deste Regimento.

## **CAPÍTULO V**

### **DO FUNCIONAMENTO**

Art. 13º A Comissão de Ética Médica reunir-se-á, em encontros ordinários bimestrais, programados previamente, na última sexta-feira do mês, e, extraordinariamente, quantas vezes necessárias para o andamento dos trabalhos.

Parágrafo único. O calendário de reuniões deverá ser afixado em local de acesso aos médicos do corpo clínico.

Art. 14º Os atos administrativos da Comissão de Ética Médica terão caráter sigiloso, exceto quando se tratar de atividade didático-pedagógica no âmbito da instituição de saúde.

Art. 15º As deliberações da Comissão de Ética Médica dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto qualificado em caso de empate.

## **CAPÍTULO VI**

### **DA APURAÇÃO INTERNA**

Art. 16º A apuração interna a ser instaurada pela Comissão de Ética Médica será mediante:

- a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- b) Ex. ofício, por intermédio de despacho do presidente da Comissão de Ética Médica.

Parágrafo único. Instaurada a apuração, o presidente da Comissão de Ética Médica deverá informar imediatamente ao respectivo Conselho Regional de Medicina para protocolo e acompanhamento dos trabalhos.

Art. 17º As apurações internas deverão ser realizadas pelo membro da Comissão designado, sem excesso de formalismo, tendo por objetivo a apuração dos fatos no local em que ocorreram.

Art. 18º Instaurada a apuração interna, os envolvidos serão informados dos fatos e, se for o caso, convocados mediante ofício para prestar esclarecimentos em audiência ou por escrito, no prazo de 15 dias contados da juntada aos autos do comprovante de recebimento.

Parágrafo único. A apuração interna no âmbito da Comissão de Ética Médica, por se tratar de procedimento sumário de esclarecimento, não está sujeita às regras do contraditório e da ampla defesa.

Art. 19º A apuração interna deverá ter a forma de autos judiciais, com as folhas devidamente numeradas e rubricadas, ordenadas cronologicamente.

Parágrafo único. O acesso aos autos é permitido apenas às partes, aos membros da Comissão de Ética Médica e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 20º Encerrada a apuração dos fatos, será lavrado termo de encerramento dos trabalhos e serão encaminhados os autos ao presidente da Comissão de Ética Médica, que poderá sugerir o seu arquivamento ou encaminhá-los ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. O presidente da Comissão de Ética Médica poderá colocar os autos para apreciação dos demais membros que, em votação simples, poderão deliberar pela realização de novos atos instrutórios.

Art. 21º Todos os documentos obtidos e relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam ser úteis ao deslinde dos fatos, deverão ser encartados aos autos de apuração, quando do seu envio ao respectivo Conselho Regional de Medicina.

Art. 22º Se houver denúncia envolvendo algum membro da Comissão de Ética Médica, este deverá abster-se de atuar na apuração dos fatos denunciados, devendo o presidente da comissão remeter os autos diretamente ao Conselho Regional de Medicina para as providências cabíveis.

Art. 23º A Comissão de Ética Médica não poderá emitir nenhum juízo de valor a respeito dos fatos que apurar.

§ 1º. O Conselho Regional de Medicina não está subordinado a nenhum ato da Comissão de Ética Médica, podendo refazê-los, reformá-los ou anulá-los se necessário à apuração dos fatos, nos termos da Lei.

§ 2º. A atuação da Comissão de Ética Médica é de extrema valia à apuração das infrações éticas, não significando, entretanto, qualquer derrogação, sub-rogação ou delegação das funções legais dos Conselhos Regionais de Medicina.

## **CAPÍTULO VII**

### **DO PROCESSO ELEITORAL**

Art. 24º A escolha dos membros das Comissões de Ética Médica será feita mediante processo eleitoral através de voto direito e secreto, não sendo permitido o uso de procuração, dela participando os médicos que compõem o corpo clínico do estabelecimento, conforme previsto no regimento interno.

Art. 25º Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Quando investidos nas funções de direção durante o curso de seu mandato, o médico deverá se afastar dos trabalhos da Comissão de Ética Médica, enquanto perdurar o impedimento.

Art. 26º São inelegíveis para as Comissões de Ética Médica os médicos que não estiverem quites com o Conselho Regional de Medicina, bem como os que tiverem sido apenados eticamente nos últimos 8 (oito) anos, com decisão transitada em julgado no âmbito administrativo, ou que estejam afastados cautelarmente pelo CRM.

Parágrafo único. Considerando a existência de penas privadas, os Conselhos Regionais de Medicina deverão apenas certificar a condição de elegível ou inelegível dos candidatos, de acordo com seus antecedentes ético profissionais.

Art. 27º O mandato das Comissões de Ética Médica será de no mínimo 12 (doze) e no máximo de 30 (trinta) meses, a critério de cada instituição, contido no Regimento Interno.

Parágrafo único. As eleições deverão ser realizadas até 30 (trinta) dias antes do término do mandato.

Art. 28º O processo eleitoral observará as seguintes condições:

a) O diretor clínico da instituição designará uma comissão eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Os integrantes da comissão eleitoral e membros de cargos diretivos da instituição não podem ser candidatos à Comissão de Ética Médica.

b) A comissão eleitoral convocará a eleição, por intermédio de edital a ser divulgado na instituição de saúde, 30 (trinta) dias antes da data fixada para a eleição e validará e publicará a lista dos votantes do corpo clínico.

Parágrafo único. O edital deverá conter as informações necessárias ao desenvolvimento do processo eleitoral, com as regras específicas a serem observadas durante o pleito.

c) A candidatura deverá ser formalizada perante a comissão eleitoral, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição, por intermédio de chapas, de acordo com a regra de proporcionalidade prevista no artigo 3º desta Resolução.

§ 1º. No momento da inscrição, a chapa designará um representante para acompanhar os trabalhos da comissão eleitoral e fiscalizar o processo de eleição.

§ 2º. O requerimento de inscrição deverá ser subscrito por todos os candidatos que compõem a chapa.

d) A comissão eleitoral divulgará, no âmbito da instituição de saúde, as chapas inscritas, de acordo com o número de registro, durante o período mínimo de uma semana.

e) A comissão eleitoral procederá à apuração dos votos imediatamente após o encerramento da votação, podendo ser acompanhada pelo representante das chapas e demais interessados, a critério da comissão eleitoral.

Parágrafo único. Será considerada eleita a chapa que obtiver maioria simples dos votos apurados.

f) O resultado da eleição será lavrado em ata pela comissão eleitoral, que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação e registro.

g) Os protestos, impugnações e recursos deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo de 2 (dois) dias após a ocorrência do fato, encaminhados em primeira instância à comissão eleitoral e, em segunda instância, ao Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição.

h) Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. O Conselho Regional de Medicina emitirá certificado de eleição, com a composição da Comissão de Ética Médica, que deverá ser afixado na instituição de saúde, em local visível ao público.

i) Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, o presidente da Comissão de Ética Médica procederá à convocação do suplente, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo comunicar imediatamente ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

§ 1º. Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do corpo clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente, cabendo ao presidente comunicar imediatamente ao respectivo Conselho Regional de Medicina.

§ 2º. Sobrevindo condenação ético-profissional transitada em julgado no âmbito administrativo contra qualquer membro da Comissão de Ética Médica, este deverá imediatamente ser afastado pelo Conselho Regional de Medicina.

j) Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, dentre os membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Parágrafo único. Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética Médica, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos até que a nova eleição oficial seja realizada, que poderá ser por candidatura individual.

## **CAPÍTULO VIII**

### **DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 29º Os médicos envolvidos nos fatos a serem apurados, convocados nas apurações internas que deliberadamente se recusarem a prestar esclarecimentos à Comissão de Ética Médica, ficarão sujeitos a procedimento administrativo no âmbito do respectivo Conselho Regional de Medicina, conforme preconiza o art. 17 do Código de Ética Médica.

Art. 30º As normas referentes às eleições e mandatos das Comissões de Ética Médica somente produzirão seus efeitos a partir das próximas eleições, na forma do artigo 7º da Resolução Nº 2.152/2016 - CFM.

Parágrafo único. As demais regras entram em vigor em caráter imediato, principalmente no que se refere à tramitação das apurações internas.



Art. 31º A Comissão de Ética Médica poderá subsidiar apoio junto ao Conselho Regional de Medicina quanto a estimulação na participação do corpo clínico no processo eleitoral, e no respaldo à sua autonomia perante a Instituição.

Art. 32º O presidente da Comissão de Ética Médica deverá fornecer ao Conselho Regional de Medicina relatório sobre as atividades realizadas, a cada 6 (seis) meses ou quando solicitado.

Art. 33º O mandato da Comissão de Ética Médica será de 2 (dois) anos.

Art. 34º O presente regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 35º O presente regimento entrará em vigor na data de sua aprovação, revogando-se as disposições em contrário.

### **3.1 - Proposta do Cronograma anual de atividades da Comissão de Ética Médica.**

Cronograma de Implantação do Conselho da Comissão de Ética Médica						
Descrição	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	...	12º mês
Avaliação para implantação	X	X				
Eleição e posse e Revisão do Regime Interno			X			
1ª Reunião com tema planejamento das atividades na Unidade			X			
Reuniões mensais			X	X	X	X

## **COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM**

### **4 - PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM**

#### **CAPÍTULO I**

## DA DEFINIÇÃO

Art. 1º - A Comissão de Ética de Enfermagem do Serviço de Enfermagem da Unidade de Pronto Atendimento Frei Sigrist, exerce mediante delegação do Coren-SP, atividade destinada à prestação idônea de serviços de Enfermagem na instituição, assumindo função educativa, consultiva, de conciliação, de orientação e vigilância do exercício profissional, ético e disciplinar de Enfermagem nesta instituição.

## CAPÍTULO II

### DAS FINALIDADES

Art. 2º - A Comissão de Ética de Enfermagem é reconhecida pela Instituição, estabelecendo com a mesma uma relação de independência e autonomia em assuntos pertinentes à ética em enfermagem.

**Parágrafo único** - A Comissão de Ética de Enfermagem deverá estabelecer o cronograma de suas atividades.

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

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

## CAPÍTULO III

### DA ORGANIZAÇÃO E COMPOSIÇÃO

Art. 4º - A Comissão de Ética de Enfermagem é formada por enfermeiros/ obstetrizas, técnicos e/ou auxiliares de Enfermagem como membros efetivos, (e com seus respectivos suplentes, se houver), de acordo com a Resolução Cofen 593/2018 e Decisão Coren-SP/ Plenário – 14/2018.

Art. 5º - A Comissão de Ética de Enfermagem terá mandato de 3 (três) anos e poderá ser reconduzida por igual período, apenas uma vez.

Art. 6º - A Comissão de Ética de Enfermagem terá um presidente, um secretário e membros efetivos (e suplentes, se houver).

**Parágrafo único** - A função do presidente deverá ser exercida exclusivamente por enfermeiro(a).

#### **CAPÍTULO IV – DAS COMPETÊNCIAS**

Art. 7º - A Comissão de Ética de Enfermagem tem por competência:

a) As Comissões de Ética de Enfermagem (CEE) são comissões vinculadas ao Conselho Regional de Enfermagem, que sob sua delegação exercem atividades com idoneidade e com vistas a excelência no cumprimento dos preceitos éticos e legais da profissão nos serviços de enfermagem das instituições.

b) Destaca-se que as comissões devem manter sua autonomia, imparcialidade e sigilo, no que diz respeito aos seus atos. As CEEs têm função educativa, consultiva, conciliadora, de orientação e vigilância do exercício ético e profissional em Enfermagem, além de promover a divulgação e zelar pelo cumprimento:

- da Lei do Exercício Profissional, e do seu Decreto regulamentador;
- do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE);
- do Código de Processo Ético dos Conselhos de Enfermagem; e
- demais diretrizes e normas emanadas pelo Sistema Conselho Federal/ Conselhos Regionais de Enfermagem. Entre todas as atribuições da CEE, é fundamental primeiramente a implementação de uma cultura organizacional no serviço de Enfermagem que preze pelo valor do comportamento ético para todos os profissionais de enfermagem, em consonância com os preceitos éticos e legais inerentes à formação e prática profissional.

c) As comissões também atuam de modo prioritário e preventivo junto aos profissionais de Enfermagem, fomentando o exercício de suas atribuições legais, bem como a necessidade de

salvaguardar a segurança do paciente, do profissional e das instituições, além de ser fonte consultiva para questões que envolvam o exercício profissional de Enfermagem.

d) Atuam ativamente no aprimoramento e atualização dos profissionais de Enfermagem no que tange à ética profissional, promovendo eventos que visam o estudo e a discussão das questões éticas e legais, em consonância com a legislação profissional, contribuindo para o desenvolvimento da assistência de enfermagem com qualidade, excelência e livre de riscos, estimulando a consciência ética dos profissionais de enfermagem.

e) A atuação efetiva e preventiva da CEE visa também o respeito à dignidade dos profissionais de enfermagem em sua atuação, sem qualquer forma de discriminação, assédio e violência.

f) Quando de conflito interprofissional em enfermagem, sem danos aos envolvidos, a terceiros e à instituição, mediante procedimento sindicante, a CEE pode propor e mediar a conciliação ética entre os profissionais de enfermagem.

g) A CEE frente à identificação da prática do exercício ilegal da profissão, deve comunicar imediatamente o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a), ao Coren-SP e a demais autoridades competentes para as providências cabíveis.

h) A CEE perante a prática do exercício irregular da profissão bem como de quaisquer indícios de infração à Lei do Exercício Profissional e dos demais dispositivos éticos vigentes, deve instaurar o procedimento sindicante, instruir e elaborar relatório, sem emitir juízo de valor, com o posterior encaminhamento do relatório conclusivo, contendo o resultado da apuração do procedimento sindicante ao Coren-SP e cientificar/ protocolar o documento junto ao(à) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) (RT).

i) Para os casos em que os membros da CEE avaliarem inexistência de suposta infração ético-profissional, orienta-se o encaminhamento de relatório conclusivo das apurações ao(à) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) para cientificá-lo(a) e para providências administrativas, quando couber.

j) Destaca-se também ser de sua competência manter junto ao Coren-SP o cadastro dos profissionais de Enfermagem atuantes na instituição atualizado, bem como o cadastro dos membros da própria CEE. As CEEs têm a autonomia e a imparcialidade nos trabalhos que realiza. Mas cabe a elas

notificar/ cientificar o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) quanto aos resultados dos casos analisados, mesmo que não sejam sindicantes, para acompanhamento do resultado apurado.

l) Também cabe às CEEs formalizar ao Coren-SP a sua atuação, por meio dos relatórios contendo seu cronograma de atividades, dados de sua atuação e os resultados obtidos, pois assim o Coren-SP promoverá orientações e esclarecimentos aos componentes da CEE, visando o seu aperfeiçoamento técnico.

m) É imprescindível a participação democrática e honorífica dos profissionais de enfermagem na CEE: nos seus trabalhos, nos procedimentos sindicantes e na divulgação das suas atividades.

É fundamental para a atuação da CEE e seus membros resguardar o sigilo, desde o recebimento da denúncia e durante e após a apuração de fatos, em procedimentos sindicantes, mantendo a imparcialidade em todo o procedimento de apuração, em respeito à legislação vigente e a dignidade dos profissionais de enfermagem.

n) Não é atribuição da CEE ou de seus membros, durante o procedimento sindicante, estabelecer os artigos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem que supostamente foram infringidos, assim como não devem proferir julgamentos nem determinar ou aplicar penalidades de qualquer natureza. Esta atribuição ético-disciplinar é exclusiva do Sistema Cofen/ Conselhos Regionais de Enfermagem.

Art. 8º - Compete ao presidente da Comissão de Ética Enfermagem:

- Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;
- Planejar e controlar as atividades programadas;
- Representar a CEE na instituição perante as instâncias superiores, em outras comissões, em eventos e no Coren-SP;
- Nomear os membros para instauração e apuração do procedimento sindicante;
- Solicitar a participação de membros nas reuniões da CEE;
- Elaborar relatório com os resultados dos casos analisados e encaminhar ao Coren e posteriormente encaminhá-los e protocolá-los junto ao Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) (RT) - Gestor do Serviço de Enfermagem para ciência;

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

- Registrar as reuniões em ata;
- Secretariar as atividades da CEE;
- Verificar o quórum de deliberação nas reuniões estabelecidas – ordinárias e extraordinárias;
- Realizar as convocações da(s) testemunha(s), denunciante(s) e denunciado(s), nos procedimentos sindicantes;
- Organizar o arquivo referente aos documentos e relatórios dos procedimentos sindicantes;
- Colaborar com o(a) presidente, no que lhe for por este solicitado, nas atividades da CEE;
- Substituir o(a) Presidente na sua ausência.

Art. 10º - Compete aos membros efetivos e suplentes:

- Eleger presidente e secretário(a), dentre os(as) Enfermeiros(as) efetivos da CEE;
- Comparecer às reuniões da comissão, discutindo e opinando sobre as matérias em pauta;
- Garantir o exercício do amplo direito de defesa aos profissionais de Enfermagem envolvidos em procedimentos sindicantes;
- Os membros suplentes, quando houver, serão convocados a comparecer às reuniões mediante deliberação do presidente da CEE, em que poderão participar das reuniões como ouvintes, e assumirão a função na vacância da função de um membro efetivo correspondente.

## **CAPÍTULO V**

### **DAS ELEIÇÕES**

Art. 11º - Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem serão eleitos por meio de voto facultativo, direto e secreto, pelos profissionais da equipe de Enfermagem.

Art. 12º - O(A) Enfermeiro(a) Responsável Técnico – Gestor do Serviço de Enfermagem designará uma comissão eleitoral que será responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados do pleito.

§ 1º - Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos, assim como o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico da instituição.

§ 2º - A convocação para eleição será feita por meio de ampla divulgação interna, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data estabelecida para as eleições.

§ 3º - Os candidatos poderão pertencer a todas as categorias de Enfermagem (enfermeiro/ obstetriz, técnico e auxiliar de Enfermagem).

Art. 13º - Os membros da Comissão Eleitoral e os candidatos que irão concorrer na eleição da Comissão de Ética de Enfermagem deverão atender os seguintes requisitos:

§ 1º - Possuir registro profissional no Coren do Estado, regularidade cadastral e financeira para com essa autarquia federal;

§ 2º - Não possuir condenação à penalidade prevista no Código de Ética de Enfermagem, transitada em julgado, em processo ético-disciplinar junto ao Coren, anterior à data do registro da candidatura;

§ 3º - Não ter sido condenado em processo administrativo junto a instituições em que preste serviços de Enfermagem, em período inferior a 5 (cinco) anos, a contar da data do registro da candidatura.

§ 4º - Não possuir anotações de penalidades junto ao seu empregador, nos últimos 5 (cinco) anos.

Art. 14º - Somente poderão votar os profissionais regularmente inscritos no Coren-SP e com vínculo empregatício na instituição.

Art. 15º - Protestos e recursos relativos ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de no máximo 48 horas após as eleições e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e por último à instância superior – o Coren-SP.

## **CAPÍTULO VI**

### **DO PROCEDIMENTO SINDICANTE**

Art. 16º - A Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), realizará a apuração de denúncia, ou de ofício, descrevendo indícios de irregularidades e supostas infrações ético-disciplinares, envolvendo profissionais de enfermagem, por meio de procedimento sindicante, no qual será conferido ao(s) profissional(is) envolvido(s) o direito a ampla defesa e do contraditório.

Art. 17º - Todos os atos do procedimento sindicante deverão ser redigidos e documentados, e compor os autos do procedimento sindicante, que tramitará sob a forma de processo administrativo.

Art. 18º - Os atos da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) relativos ao procedimento sindicante deverão sempre serem sigilosos, durante e após a apuração, não lhes sendo vedado, contudo, o

aproveitamento de fatos ocorridos para fins educativos e de orientação, desde que preservados os dados de identificação dos envolvidos, bem como as circunstâncias de especificidade do(s) caso(s) que possam induzir a identificação de envolvido(s). Portanto, não se pode, em hipótese alguma, expor o(s) profissional(is) denunciado(s)/denunciante(s) em procedimentos sindicantes, por qualquer meio, cabendo tão somente, se questionado, quando de denúncia, ou fato de repercussão na instituição, o(a) presidente da Comissão de Ética de Enfermagem restringir sua resposta para aquele(a) que não está envolvido, de que os fatos estão “em apuração”. E mesmo depois da apuração por meio de procedimento sindicante, com os devidos encaminhamentos para a ciência do(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) e do Conselho Regional de Enfermagem, somente aos profissionais envolvidos, denunciante e denunciado, cabe a ciência do resultado da apuração.

Art. 18º - De mesmo modo, não cabe aos profissionais de enfermagem denunciante(s)/denunciado(s) expor nomes ou situações publicamente, durante, ou após a apuração dos fatos pela CEE ou pelo Conselho Regional de Enfermagem, implicando também em análise de sua conduta, que poderá ser vinculada a quebra de sigilo, ou ainda, injúria, calúnia ou difamação, se caso, a denúncia ou fato não for comprovado, ou se após a apuração, se conclua por não haver indícios de infração ético-disciplinar. Portanto, cabe ressaltar que os locais apropriados para apresentar a denúncia ética em Enfermagem, e realizar a apuração dos fatos referente a suposta infração ética e disciplinar são: a CEE e o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo.

## **CAPÍTULO VII**

### **DA DENÚNCIA**

Art. 19º - A denúncia é o ato pelo qual se atribui a alguém a prática de infração ética ou disciplinar. As denúncias de natureza ética e disciplinar, no âmbito profissional, surgem de fatos ocorridos no Serviço de Enfermagem da instituição, durante as atividades de enfermagem, sendo originárias de profissionais de enfermagem, da área da saúde, de pacientes/ usuários do serviço de saúde, familiares, ou acompanhantes, e encaminhadas para a CEE ou ao Coren-SP.

Art. 20º - As ocorrências de infrações de natureza ética e profissional são ações do exercício profissional, relacionadas com a imperícia, imprudência, negligência, omissão, conivência, e



desobediência aos requisitos éticos, científicos e técnicos, durante as atividades profissionais e, por conseguinte, a inobservância às disposições estabelecidas pela legislação profissional de Enfermagem e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE).

Art. 21º - Uma vez apresentada a denúncia, esta deve ser imediatamente colocada em pauta e analisada na reunião pelos membros da CEE. Cabe à Comissão o recebimento de denúncia(s) de infrações ético-disciplinares em enfermagem para a análise e apuração prévia, sempre por meio do procedimento sindicante.

Art. 22º - Assim, para toda a denúncia encaminhada para a CEE, deve ser realizada a análise pelos membros da Comissão e instaurado o procedimento sindicante para a apuração dos fatos ocorridos. Quando o profissional denunciante proceder a uma denúncia verbal, para o(s) membro(s) da CEE, o profissional denunciante deve ser orientado, de que as denúncias devem ser protocoladas na Comissão de Ética de Enfermagem por escrito.

Art. 23º - Assim, a denúncia deve ser apresentada sempre por escrito, descrevendo o fato ocorrido, com o maior número de informações e detalhes possíveis, como: data(s), horário(s), local(is), identificação do(s) profissional(is) envolvido(s), testemunha(s), documento(s) comprobatórios e demais provas comprobatórias, constando, ainda, a data e assinatura do denunciante, não sendo indicada denúncia de forma anônima.

Art. 24º - Tal registro deverá ser encaminhado ao(a) presidente ou a um dos membros componentes da CEE, o qual deverá após o recebimento da denúncia colocá-la em pauta imediatamente na reunião ordinária subsequente ao recebimento, ou mediante a gravidade do fato, convocar uma reunião extraordinária, para análise e avaliação imediata da denúncia, que em caso de natureza ética terá seu seguimento por meio do procedimento sindicante.

Art. 25º - A denúncia é irretratável, ou seja, uma vez elaborada e protocolada na CEE, não pode ser retirada por nenhuma das partes envolvidas – denunciante ou denunciado, ou por qualquer membro da CEE, ou qualquer profissional de enfermagem, e, portanto, deve ser apurada.

Art. 26º - A denúncia somente será passível de retratação entre as partes, denunciante e denunciado, quando o(s) fato(s) denunciado(s) se der(em) por questões administrativas entre profissionais de enfermagem, por divergência(s), sem danos de qualquer natureza às partes e a terceiros.

Art. 27º - Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da CEE, este deverá ser afastado imediatamente da Comissão, em caráter preventivo, enquanto perdurar o procedimento sindicante e a apuração pelo Conselho de Enfermagem.

Art. 28º - Por estes motivos, é fundamental que a CEE promova orientações aos profissionais de enfermagem, quanto à sua atuação, à análise de procedimentos sindicantes e seus possíveis desdobramentos, para que ao se proferir uma denúncia, o profissional denunciante tenha a real dimensão de sua importância para a apuração de supostas infrações ético-disciplinares, bem como da responsabilidade de seus atos ao elaborar a denúncia.

Art. 29º - De outro modo, se eventualmente elaborada de modo irresponsável e infundada, uma denúncia, além de acarretar possíveis danos ao profissional denunciado, pode estar correlacionada com injúria, calúnia ou difamação, e pode, por sua vez, conferir ao denunciante a posição de denunciado, no procedimento sindicante, na CEE e no Processo Ético no Conselho Regional de Enfermagem.

## **CAPÍTULO VIII**

### **DA INSTAURAÇÃO DO PROCEDIMENTO SINDICANTE.**

Art. 30º - O procedimento sindicante deverá ser instaurado mediante denúncia por escrito, devidamente identificada e fundamentada, procedente de:

- a. paciente(s)/ usuário(s) do serviço de saúde, familiar(es), acompanhante(s), profissionais de enfermagem e de outras áreas da saúde e colaboradores da instituição;
- b. deliberação da própria CEE, quando do conhecimento de indício(s) de irregularidade(s) ético-disciplinares, praticada por profissionais de enfermagem, no exercício de suas atividades;
- c. determinação do Coren-SP.

É impedimento para participar e deliberar no procedimento sindicante o membro componente da CEE, que deverá ser substituído, por motivo de:

- ser amigo íntimo ou inimigo capital de qualquer parte(s);
- seja ou tenha sido cônjuge, ou tenha parentesco ascendente ou descendente, até terceiro grau, respondendo a processo por fato

análogo;

- ele próprio, seu cônjuge, ou ex-cônjuge, parente consanguíneo, ou afim até o terceiro grau, seja litigante em processo que tenha de ser julgado por qualquer parte(s);
- tenha aconselhado qualquer parte(s);
- ser chefe imediato de parte(s);
- ser subordinado direto de qualquer parte(s);
- ser credor ou devedor, tutor ou curador de qualquer parte(s); e
- ser sócio, acionista ou administrador de pessoa jurídica, da(s) parte(s) envolvida ou interessada no processo.

Art. 31º - Quando houver impedimento ou suspeição, o(s) membro(s) da CEE deverá(ão) se abster de atuar no procedimento sindicante desde sua instauração, o que deve(m) declarar de imediato.

Ao instaurar o procedimento sindicante, a CEE comunicará formalmente o profissional denunciado, por meio de notificação formal, o(s) fato(s), solicitando-lhe no prazo de 7 (sete) dias úteis, a partir da data da assinatura do recebimento da notificação, sua manifestação por escrito.

Art. 32º - A notificação deverá ser formalizada, direto ao(s) profissional(is), de modo reservado, preservando-lhe o direito à intimidade e confidencialidade, e na impossibilidade, por via epistolar (correspondência), com o protocolo do aviso de recebimento (AR), para o endereço pessoal do(s) profissional(is);

Art. 33º - Na resposta à solicitação da CEE, o(s) profissional(is) envolvido(s) esclarecerá(ão) sua versão do(s) fato(s) e elencará suas testemunhas e poderá apresentar provas.

Art. 34º - Após a manifestação por escrito do(s) profissional(is) denunciado(s), a Comissão de Ética de Enfermagem procederá a convocação formal do(s) denunciante(s) e da(s) testemunhas para esclarecimento do(s) fato(s) constante(s) na denúncia(s).

Art. 35º - A convocação deverá ser formalizada direto ao(à) denunciante e à(s) testemunha(s), de modo reservado, preservando-lhe o direito à intimidade e confidencialidade, e na impossibilidade, por via epistolar (correspondência), com o protocolo do aviso de recebimento (AR), para o endereço pessoal do denunciante ou testemunha.

Art. 36º - Havendo a necessidade da participação de profissionais de outras áreas, para elucidação dos fatos, os mesmos poderão ser convidados formalmente para esclarecimentos, durante o procedimento sindicante, na qualidade de convidados, não podendo ser compelidos ao comparecimento, comunicando este fato ao Coren-SP.

Art. 37º - Cabe salientar que as partes – denunciante(s) e denunciado(s) podem elencar testemunhas, que por meio de seus depoimentos contribuirão na elucidação do(s) fato(s), com veracidade, porém jamais as testemunhas poderão ser coagidas ou compelidas a responder o que não condiz com os ditames éticos e legais, pois se assim o fizerem poderão também ser responsabilizadas.

Art. 38º - O descumprimento da notificação ou convocação, e das demais solicitações da Comissão de Ética de Enfermagem, nos casos em que não forem justificados, deverão ser encaminhados ao Conselho Regional de Enfermagem para análise.

Art. 39º - No mínimo dois membros da Comissão de Ética de Enfermagem deverão estar presentes quando da coleta dos depoimentos. Para o registro dos depoimentos, sugere-se a elaboração prévia, de questionamentos a serem aplicados aos depoentes, os quais deverão ser ouvidos na seguinte ordem:

- 1º - Denunciante;
- 2º - Testemunhas do denunciante;
- 3º - Testemunhas do denunciado;
- 4º - Testemunhas eventuais arroladas pela Comissão,
- 5º - Denunciado.

Art. 40º - A Comissão de Ética de Enfermagem deverá registrar todos os depoimentos dos envolvidos, de forma individual, reduzindo-se a termo as declarações e colhendo a assinatura do depoente ao final do documento. Segue os registros:

- a) O(a) presidente da CEE conduzirá o registro dos depoimentos;
- b) O(a) secretário(a) da CEE será responsável pela digitação dos depoimentos, além de organizar toda documentação reunida (denúncia, depoimento dos envolvidos, registros de cópias/ análise de prontuários, livros de relatórios, provas materiais, entre outros documentos), indicando no relatório o local dos documentos onde se apresenta(m) o(s) fato(s).
- c) O termo de declaração deverá ser digitado, sem rasuras, espaços em branco, e conter, inicialmente:

- data, local e horário, em números escritos por extenso;
- o nome completo do depoente (sem abreviação);
- número da inscrição profissional no Conselho de Enfermagem;
- a declaração do(s) depoente(s);

Art. 41º - Após a realização da confecção e leitura do termo de declaração pelo(s) depoente(s) e assinatura do depoente(s) e membros da CEE, pode-se fornecer cópia do depoimento ao depoente que assim o requisitar, orientando-lhe quanto ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e a legislação do exercício profissional de enfermagem, quanto a manter o sigilo e discrição quanto das informações prestadas, para não comprometer a apuração do(s) fato(s), de modo que a CEE poderá formular e emitir um termo de comparecimento ao depoente.

Art. 42º - Os membros da CEE também assinam o termo de depoimento, em havendo mais de uma folha, cada uma das folhas deverá ser rubricada por todos os presentes, todas as folhas deverão conter autuação com numeração sequencial.

Art. 43º - Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam: cópias de prontuários, livros de registros administrativos, ou outros que possam auxiliar na elucidação dos fatos, deverão ser mantidos anexos nos autos do processo físico do procedimento sindicante.

Art. 44º - O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes denunciante(s) e denunciado(s), e à Comissão de Ética de Enfermagem, preservando assim o sigilo.

Art. 45º - Após a conclusão do procedimento sindicante, os membros da CEE que colheram o(s) depoimento(s) e analisaram documento(s) deverão produzir o relatório conclusivo, contendo duas partes:

- a. expositiva: deve constar um relato objetivo da apuração da(s) denúncia(s), do(s) depoimento(s) e do(s) fato(s);
- b. conclusiva: deve relatar se há ou não indícios de suposta infração ética, as providências adotadas até a conclusão do procedimento sindicante e os encaminhamentos a serem realizados.

Art. 46º - Após a elaboração do relatório conclusivo, a Comissão de Ética de Enfermagem deverá reunir-se para leitura e deliberação do relatório conclusivo, do procedimento sindicante, sem emitir

juízo de valor relacionado ao(s) profissional(ais) envolvido(s) e fato(s) apurado(s), limitando-se à narrativa da(s) atividade(s) de apuração.

Art. 47º - Norteados pela legislação profissional de enfermagem, normatizações e regulamentações emanadas pelo Cofen, pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), todos vigentes, a CEE iniciará a apreciação do relatório.

Art. 48º - O relator procederá à apresentação com a leitura do relatório conclusivo.

Art. 49º - Os demais membros da Comissão de Ética de Enfermagem deliberarão sobre o relatório conclusivo, exceto o(a) Presidente da CEE, pois o(a) Presidente somente manifestará sua deliberação, sob a forma de “voto de Minerva”, no caso de empate, assim, portanto, o seu voto se dará somente para o desempate.

Art. 50º - Caso necessário, a Comissão de Ética de Enfermagem poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.

Art. 51º - Não cabe à CEE a caracterização e aplicação de penalidades às infrações éticas e disciplinares em enfermagem, tal atribuição é de competência exclusiva dos Conselhos de Enfermagem.

Art. 52º - Quando o fato denunciado se tratar somente de questões administrativas, sem implicações para a atuação da equipe de enfermagem e a assistência prestada ao (s) pacientes/ usuários do serviço de saúde, sem envolver riscos a terceiros, e a segurança de paciente e profissional de enfermagem, e sem supostas infrações ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e a legislação profissional de enfermagem, a Comissão de Ética de Enfermagem, deverá encaminhar os fatos para o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a), para ciência, processo decisório e prosseguimento na tramitação junto à direção da instituição.

Art. 53º - Quando o fato denunciado se tratar somente de questões administrativas, envolvendo dois ou mais profissionais de enfermagem, por desentendimento, por divergência de opiniões ou discordância de situações e atitudes, e que não tenha acarretado danos: aos pacientes/ usuários do serviço de saúde, demais profissionais, e a terceiros, sem enquadrar-se em infração ético-disciplinar prevista no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, poderá ser proposta pela CEE, e qualquer fase do procedimento sindicante, a conciliação entre as partes envolvidas, mediante a análise

do histórico de conduta(s) do profissional, com a retratação e ajustamento de conduta, possibilitando o arquivamento dos autos do procedimento sindicante.

Art. 54º - Ao se realizar a análise da denúncia, para se proceder a conciliação, há que se considerar se o fato envolve apenas situação de desentendimento interprofissional, e o histórico de conduta do(a) profissional denunciado(a), e se o mesmo já cumpriu ou descumpriu conciliação anteriormente realizada, ainda que por fato e em processo diverso.

Art. 55º - Ressalta-se que a conciliação entre as partes poderá ocorrer em qualquer fase do procedimento sindicante, desde o recebimento da denúncia pela CEE até a finalização do relatório conclusivo.

Art. 56º - Para que ocorra a conciliação é fundamental que os membros da Comissão de Ética aprimorem seus conhecimentos quanto à mediação e resolução de conflitos entre pessoas, onde os membros da Comissão possam atuar como um mediador/ conciliador, para possibilitar a solução, a fim de atender ao requisitado pelas partes envolvidas, desde que ética e legalmente possível, e sem interferir na decisão, porém chegando a um acordo comum e satisfatório a ambas as partes. É salutar que a CEE promova estudos no Serviço de Enfermagem, antevendo situações que possam ocasionar desentendimentos ou divergências entre os profissionais de enfermagem, para propor uma consciência ética aos profissionais com vistas a um ambiente harmonioso, e com redução de riscos, ou possíveis danos, e consequentes desdobramentos advindos destes conflitos interprofissionais.

Art. 57º - A conciliação/mediação de conflitos pode ser estimulada e proposta pelos membros da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), apenas em situações de desentendimento nas relações interprofissionais, sem riscos ou danos aos profissionais envolvidos ou a terceiros.

Art. 58º - É importante saber que jamais a conciliação/mediação pode ser imposta às partes — denunciante(s) e denunciado(s) —, o que contraria os pressupostos éticos e legais da profissão, e poderá, por conseguinte implicar em responsabilização ao membro da CEE.

Art. 59º - Por esta razão, cabe salientar que a Comissão de Ética de Enfermagem, tendo em vista a manifestação de vontade do(s) profissional(is) em conciliar, deve conversar previamente, em separado, em ambiente adequado e privativo, com o(s) profissional(is) envolvido(s), e somente após

a vontade das partes, realizar o ato de conciliação, pois não cabem outras discussões e desentendimentos entre os profissionais neste momento, perante os membros da Comissão.

Art. 60º - Ocorrendo a conciliação, a Comissão promoverá as orientações pertinentes, e deverá ser emitida a Ata de Conciliação com a assinatura dos envolvidos, e a ciência do Presidente da CEE.

Art. 61º - O ato de conciliação constará de Ata da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), ao final, deve ser encaminhada para ciência do(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a), e haverá o posterior arquivamento nos autos do procedimento sindicante.

Art. 62º - É importante frisar aos profissionais de enfermagem que uma vez conciliados eticamente, se encerra a lide, e, por conseguinte naquele momento encerra-se o assunto e o desentendimento, não cabendo, portanto, outros desdobramentos, como: comentários inoportunos, extensão do assunto ou novos desentendimentos pelo mesmo motivo, pois se assim o for, haverá nova denuncia e consequentemente novo procedimento sindicante na CEE.

Art. 63º - Não ocorrendo conciliação, o procedimento sindicante prosseguirá em seu trâmite normal, e após o trâmite do procedimento sindicante, ao final, a cópia do relatório conclusivo deve ser encaminhada para ciência do(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a), e cópia integral dos autos devem ser encaminhados e protocolados no Coren-SP.

Art. 64º - Quando o fato denunciado for considerado grave e tenha acarretado riscos ou danos a terceiros, enquadrando-se como suposta infração ético-disciplinar ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e a legislação profissional de enfermagem, deverá ser realizado o procedimento sindicante, e após sua finalização o encaminhamento obrigatório dos autos, na íntegra, ao Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 65º - São considerados fatos graves, com a suposta infração ético-disciplinar, e que devem ser encaminhados ao Conselho Regional de Enfermagem:

I. que ofendam a integridade física, mental ou moral de qualquer pessoa, sem causar debilidade, ou aquelas que venham a difamar organizações da categoria ou instituições, ou ainda que causem danos patrimoniais ou financeiros.

II. que provoquem debilidade temporária de membro, sentido ou função na pessoa, ou ainda as que causem danos: mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.



III. que provoquem perigo de morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa, ou ainda as que causem danos: mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

IV. que provoquem a morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa.

Art. 66º - Cabe aos membros da CEE, ao receber a denúncia, mediante a gravidade do fato, deliberar quanto à apuração pela CEE ou seu encaminhamento imediato ao Conselho Regional de Enfermagem. Mediante o envio ao Conselho, o Presidente da CEE deverá cientificar o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a), quanto ao encaminhamento. É fundamental que a CEE, independente da deliberação, dê ciência formal aos envolvidos, denunciante e denunciado quanto ao(s) encaminhamento(s) e encerramento do procedimento sindicante, posto que tal atitude irá conferir o devido respeito e a legitimidade dos atos praticados pela Comissão de Ética (CEE).

Art. 67º - Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, a cópia integral do procedimento sindicante deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Enfermagem, a saber:

- a. denúncia(s);
- b. notificação de instauração de procedimento sindicante ao(s) denunciado(s);
- c. manifestação formal do(s) denunciado(s) à Comissão de Ética de Enfermagem;
- d. convocação do(s) denunciante(s), e das testemunha(s);
- e. convite(s) para esclarecimento(s) de profissionais de outras áreas, se houver;
- f. termo(s) de depoimento(s): do(s) denunciante(s), da(s) testemunha(s), outros profissionais e do(s) denunciado(s);
- g. solicitação de documento(s) e diligências pela Comissão;
- h. cópia de documentos analisados e documentos comprobatórios dos fatos;
- i. ata(s) e relatório conclusivo da Comissão de Ética de Enfermagem referentes ao procedimento sindicante;
- j. protocolo de ciência do(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico quanto ao relatório conclusivo do procedimento sindicante;

k. ciência do(s) denunciante(s) e denunciado(s) quanto a deliberação, encaminhamentos e encerramento do procedimento sindicante;

l. ofício de encaminhamento ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo;

m. termo de encerramento do procedimento sindicante na Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 68º - Tendo em vista que os membros da CEE também são profissionais de Enfermagem, quando do não cumprimento das disposições legais da Resolução Cofen 593/2018 e da Decisão Coren-SP/Plenário - 14/2018 e/ou inobservância à legislação profissional de Enfermagem e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, estes podem ser responsabilizados.

Art. 69º - Em caso de impedimento da realização dos trabalhos e do(s) procedimento(s) sindicante(s) pela CEE, o(a) presidente, o(a) secretário(a), ou seu(s) membro(s) devem comunicar formalmente e, de imediato, o Coren-SP.

Art. 70º - Para organização das atividades da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) nos procedimentos sindicantes, segue a seguinte disposição dos documentos, com numeração e autuação, em pasta, no processo físico que compõe o procedimento sindicante:

1. Capa contendo (a identificação da Comissão de Ética de Enfermagem, o número do procedimento sindicante, a data de instauração, o assunto da denúncia, a identificação do(s) denunciante(s) e denunciado(s), o volume do processo, identificação dos membros da Comissão de Ética de Enfermagem);
2. A denúncia;
3. Notificação ao(s) denunciado(s) com o informe de instauração de procedimento sindicante e solicitação de manifestação por escrito;
4. Manifestação formal do denunciado;
5. Solicitação e análise de documentos (cópias de escalas, fichas de atendimento, relatórios de enfermagem, anotações de enfermagem, prontuários);
6. Convocações: do(s) denunciante(s), da(s) testemunha(s), outros profissionais de outras áreas (se necessário), e do(s) denunciado(s);
7. Termos de depoimentos (oitivas): do(s) denunciante(s), da(s) testemunha(s), outros profissionais de outras áreas (se necessário), e do(s) denunciado(s);

8. Solicitação de novas diligências (depoimentos, solicitação e análise de documentos, entre outros)
9. Termo de conciliação (quando houver);
10. Ata de conciliação (quando houver);
11. Relatório conclusivo da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE);
12. Cópia da Ata de reunião com deliberação da CEE;
13. Termo de encaminhamento(s) ao Coren-SP e ao(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico, de indícios de suposta infração éticodisciplinarcom protocolos de recebimento; ou
14. Termo de encaminhamento ao (a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico, de indícios de infração administrativa, com protocolos de recebimento;
15. Ofício para ciência das partes quanto ao encerramento do procedimento sindicante na CEE;
16. Termo de encerramento do procedimento sindicante;

**Art. 71º - Prazos do Procedimento Sindicante:**

- Apresentação da denúncia à CEE: imediato na primeira reunião ordinária, ou devido a gravidade do fato – imediato em convocação de reunião extraordinária;
- Notificação ao profissional denunciado: imediato após instauração na CEE do Procedimento Sindicante;
- Manifestação do profissional denunciado: 07 (sete) dias úteis após recebimento da notificação da CEE quanto a instauração do Procedimento Sindicante;
- Apuração de procedimento sindicante: 30 (trinta) dias, prorrogáveis por apenas 30 (trinta) dias;
- Envio ao Coren-SP de cópia de Procedimento Sindicante: imediato após encerramento do procedimento sindicante;
- Envio de relatório de conclusão de Procedimento Sindicante ao(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a): imediato após encerramento de procedimento sindicante.

**CAPÍTULO IX - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Art. 72º -** A Comissão de Ética de Enfermagem deverá estabelecer o cronograma de reuniões mensais, em caráter ordinário, com dia, hora e local pré-determinado, podendo reunir-se extraordinariamente, quando houver necessidade.

Art. 73º - A ausência não justificada em mais de 3 (três) reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá, automaticamente, o membro efetivo da Comissão de Ética de Enfermagem, devendo ser convocado o respectivo suplente, quando houver.

Art. 74º - Evidenciada a desistência de membro(s) da Comissão de Ética de Enfermagem, impossibilitando seu quórum mínimo, de 2 (dois) Enfermeiros(as) e 1 (um) Técnico(a)/ Auxiliar de Enfermagem para realização suas atividades, o(a) presidente da Comissão de Ética de Enfermagem em conjunto com o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico deverão de imediato, de ofício, documentar e comunicar ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo as circunstâncias e a extinção da referida Comissão de Ética de Enfermagem, e a realização de um novo processo eleitoral para composição de nova Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 75º - O Serviço de Enfermagem da instituição garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 76º - Em caso de denúncia envolvendo membro da Comissão de Ética de Enfermagem o mesmo deverá ser afastado de suas atividades, em caráter preventivo, enquanto perdurar o procedimento sindicante e a apuração no Coren-SP.

#### **4.1 - Proposta de Cronograma anual de atividades da Comissão de Ética de Enfermagem.**

Cronograma de Implantação da Comissão de Ética Enfermagem						
Descrição	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	...	12º mês
Formar comissão eleitoral junto ao COREN	X	X	X			
Proceder a realização da eleição da comissão			X			
Nomear membros da comissão/Validação da Comissão			X			
Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão			X	X		
Reuniões periódicas		X	X	X	X	X

### **COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECCÃO HOSPITALAR (CCIH)**

## **5 - COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH).**

### **CAPÍTULO I**

#### **JUSTIFICATIVAS LEGAIS**

-Artigo 1º – A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) , executa o papel de Assessoria à Diretoria Executiva.

### **CAPÍTULO II**

#### **DAS FINALIDADES**

Artigo 2º - A Comissão tem a finalidade de desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), definido em Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde.

### **CAPÍTULO III**

#### **DA COMPOSIÇÃO**

Artigo 3º – As ações do Programa de Controle de Infecção Hospitalar serão realizadas pelos membros executores desta comissão, indicados para este fim pela Diretoria Executiva observando a Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde.

Artigo 4º – A CCIH é composta por:

I) Membros Executores (Grupo Executor): Médico; Enfermeiro com conhecimentos específicos na área de controle de infecção hospitalar e conhecimentos específicos na área de vigilância epidemiológica e Sanitária.

II) Membros Consultores (Grupo Normativo): Equipe médica, equipe de enfermagem, equipe de nutrição e dietética, equipe farmácia, coordenação técnica da Unidade. Cabem aos membros executores o cumprimento e a execução das rotinas estabelecidas pela Comissão.

### **CAPÍTULO IV**

## **DAS COMPETÊNCIAS**

Artigo 5º – Ao presidente da CCIH compete:

- I. Presidir as reuniões ordinárias.
- II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário.
- III. Encaminhar aos membros consultores as propostas técnicas e administrativas de funcionamento da CCIH para apreciação e aprovação.
- IV. Indicar seu vice-presidente.
- V. Representar a comissão junto à diretoria, ou indicar seu representante.
- VI. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros desta.
- VII. Fazer cumprir o regimento.
- VIII. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).
- IX. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente, na sua ausência.

Artigo 6º – À CCIH compete:

- I. Definir diretrizes institucionais e operacionais para o controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
- II. Aprovar e promover a implantação de normatizações para a prevenção e controle das IRAS.
- III. Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações do PCIH.
- IV. Sugerir prioridades de ação para o controle e prevenção das IRAS.
- V. Divulgar e promover ações que viabilizem o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões da CCIH.
- VI. Avaliar periodicamente os dados referentes à ocorrência de IRAS apresentados pelos membros executores.
- VII. Cooperar com a ação de fiscalização do Serviço de Vigilância Sanitária do órgão municipal ou estadual.
- VIII. Garantir o cumprimento de suas resoluções, mantendo estreita relação com os demais profissionais da instituição.

IX. Assessorar a Direção do departamento técnico ou clínico da instituição em assuntos de sua competência. X. Promover campanhas de ação e conscientização de Higienização das Mãos e Vacinação.

Artigo 7º – Compete aos membros executores:

I. Elaborar, implementar e manter o PCIH.

II. Elaborar e divulgar relatórios mensais sobre os principais indicadores epidemiológicos relacionados ao controle de IRAS.

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

IV. Sugerir medidas que resultem na prevenção ou controle das IRAS.

V. Propor e colaborar com os setores de treinamento no desenvolvimento de programa de capacitação de recursos humanos nas questões ou temas que possibilitem o controle e a prevenção das infecções relacionada à assistência à saúde.

VI. Elaborar, propor e implementar normas e rotinas técnico-administrativas, em conjunto com os diversos setores do hospital, visando o controle e a prevenção das infecções relacionada à assistência à saúde, bem como supervisionar a aplicação destes.

VII. Desenvolver um programa de controle do uso de antimicrobianos, em colaboração com os vários setores. VIII. Notificar ao Serviço de Vigilância em Saúde local casos ou surtos, confirmados ou suspeitos de infecção associadas à utilização de insumos e produtos industrializados.

IX. Desenvolver um trabalho de vigilância epidemiológica das infecções relacionadas à saúde, com utilização de busca ativa para coleta de dados, visando determinar taxas de incidência ou prevalência das infecções hospitalares.

X. Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, implementar medidas imediatas de controle e prevenção de reincidência.

XI. Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando prevenção, controle e tratamento das infecções relacionadas à saúde, bem como limitar a disseminação de agentes responsáveis pelas infecções por meio de precauções e isolamentos. Cooperar com o setor de treinamento visando obter capacitação adequada dos funcionários, quanto

ao controle e prevenção de IRAS. XII. Participar de visitas e reuniões em diversos setores do hospital, visando identificar problemas e propor medidas para prevenção e controle de IRAS.

XIII. Elaborar e divulgar relatórios regularmente, com o intuito de melhorar os indicadores.

XIV. Desenvolver indicadores estruturais e de processos que permitam ações que reflitam em controle de IRAS.

XV. Comunicar regularmente à Direção e às Chefias dos Serviços de toda a Instituição a situação do controle das infecções relacionadas à Saúde, promovendo seu amplo debate entre a comunidade hospitalar. Encaminhar o relatório da vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas à Coordenação estadual e à Coordenação de Controle de IRAS do Ministério da Saúde e/ou Anvisa, conforme as normas específicas das referidas.

XVI. Notificar ao serviço de vigilância epidemiológica e sanitária do estado de São Paulo os casos e surtos suspeitos ou diagnosticados de infecções associados à utilização de insumos, e/ou produtos industrializados.

XVII. Notificar, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória) atendidos na instituição.

Artigo 8º Compete aos membros consultores:

I. Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da CCIH.

II. Sugerir e participar das discussões a respeito de medidas de controle de infecções relacionada à assistência à saúde a serem implementadas pelos membros executores.

II. Colaborar com os membros executores promovendo a divulgação e o cumprimento das medidas de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde dentro de suas respectivas áreas de atuação, tendo em vista as competências da CCIH listadas no Artigo 6º.

## **CAPÍTULO V**

### **DO FUNCIONAMENTO**

Artigo 9º – A CCIH será presidida por um médico de preferência infectologista.

Artigo 10º – A carga horária do médico será de 24 horas semanais, preferencialmente.



## **CAPÍTULO VI**

### **DAS ATRIBUIÇÕES**

Artigo 11º – São atribuições do enfermeiro (membro executor):

- I. Realizar vigilância das infecções hospitalares através do método de busca ativa em todas as áreas da Unidade.
- II. Fornecer os indicadores mensais de IRAS das unidades sob vigilância.
- IV. Recomendar e suspender medidas de precaução para pacientes na área hospitalar, de acordo com as normas de precaução padronizadas pela CCIH.
- IV. Participar da investigação e condução de controle e prevenção de reincidência de surtos de infecção, junto com os demais membros do grupo executor.
- V. Normatizar junto com outros membros do grupo executor o uso de germicidas e saneantes hospitalares.
- VI. Participar da elaboração de normas para prevenção e controle das IRAS.
- VII. Fazer revisão das Normas de Prevenção de Controle de Infecção Relacionadas à Assistência à Saúde periodicamente.
- VIII. Programar e elaborar programas educativos relacionados à prevenção e ao controle de infecção para equipe multiprofissional da área hospitalar.
- IX. Realizar treinamentos para a equipe da área da saúde quanto à prevenção de IRAS.
- X. Realizar auditoria para avaliar o cumprimento do PCIH.
- XI. Dar parecer técnico quanto à aquisição de material e equipamento médico-hospitalar.
- XII. Dar parecer técnico quanto ao processamento de produtos para saúde.
- XIII. Participar de visita técnica e emitir parecer técnico em editais e contratação de empresa terceirizada, como farmácia de preparo de nutrição parenteral, esterilização a baixa temperatura e lavanderia hospitalar.
- XIV. Participar de grupos de interesse para o controle de IRAS.
- XV. Participar de projetos de pesquisa, quando aplicável.
- XVI. Periodicamente fazer revisão nas Normas de prevenção e controle de IRAS.
- XVII. Gerenciamento do Protocolo Institucional de Sepsis.

XVIII. Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria nº 2616/98 do Ministério da Saúde e as demais em vigência.

Artigo 12º – São atribuições do médico (membro executor):

I. Assessorar a investigação epidemiológica em colaboração com as equipes das unidades envolvidas e demais membros executores.

II. Proceder à investigação epidemiológica dos surtos ou suspeitas de surtos, em colaboração com os demais membros executores.

II. Recomendar e suspender medidas de precaução para pacientes na área hospitalar, de acordo com as normas de precaução padronizadas pela CCIH.

IV. Assessorar a Diretoria Executiva/Superintendência sobre as questões relativas ao controle de IRAS.

V. Participar das discussões de construção ou reforma na área física hospitalar, quando solicitado pela administração.

VI. Periodicamente fazer revisão nas Normas de prevenção e controle de IRAS. VII. Participar de projetos de pesquisa, quando aplicável. Manter-se atualizado nas questões relativas ao controle de IRAS e ao uso de antimicrobianos.

VII. Elaborar, em conjunto com as unidades de internação, os protocolos para consumo de antimicrobianos, com a finalidade de racionalizar e melhorar o consumo em cada unidade;

VIII. Executar o programa de uso racional de antimicrobianos.

I X. Divulgar periodicamente os perfis microbiológicos e de sensibilidade dos diversos setores do hospital.

X. Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIH.

XI. Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria n. 2616/98 do Ministério da Saúde e as demais portarias e normas em vigência. XIII. Auxiliar as áreas de apoio nos problemas referentes ao controle das IRAS.

XII. Capacitar os profissionais de saúde para o controle de IRAS.

XIII. Gerenciamento do Protocolo de Sepsis

Artigo 13º – São atribuições e competências do oficial administrativo da comissão:

- I. Receber e protocolar os processos e expedientes.
- II. Lavrar as atas das sessões/reuniões.
- V. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.
- IV. Organizar e manter o arquivo da comissão.
- V. Preparar a correspondência.
- VI. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

Artigo 14º – A Farmácia subsidiará a CCIH nos seguintes quesitos:

- I. Monitorar o consumo de antimicrobianos, reportando o consumo real, com o sistema de rastreabilidade, implementado pelo serviço de informática.
- II. Elaborar relatórios sobre o consumo, custos e frequência de uso de antimicrobianos.
- VI. Rever anualmente a padronização dos antimicrobianos do hospital, em conjunto com a CCIH.
- VII. Participar da investigação dos casos suspeitos de contaminação. Participar da padronização e formulação das soluções germicidas, bem como do uso e controle interno da qualidade destes produtos.

## **CAPÍTULO VII**

### **DISPOSIÇÕES GERAIS**

Artigo 15º - As reuniões da CCIH são realizadas mensalmente, em sala de reuniões definida previamente, com agendamento anual (segunda semana do mês) e convocadas pelo Presidente da comissão por correio eletrônico.

Artigo 16º – Haverá reuniões mensais, ordinárias, do Presidente da CCIH com o Diretor Executivo/Superintendente.

Artigo 17º – As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário e poderão ser solicitadas por qualquer membro da CCIH.

Artigo 18º – As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Executiva, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 19º – Com exceção do Presidente, ou presidente em exercício, nenhum membro da CCIH pode falar em nome da comissão sem que esteja devidamente autorizado para isso.

Artigo 20º – A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, o presente regimento poderá ser alterado, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Executiva.

Artigo 21º – Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

### 5.1 Proposta de Cronograma de atividades da Comissão de CCIH.

Cronograma de Implantação do Comissão de Controle de Infecção Hospitalar						
Descrição	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	...	12º mês
Elaboração e criação de formulário próprio	X	X				
Aprovação do Regime interno e Designação os Membros			X			
Homologação			X			
Reuniões, com confecção de PDCA	X	X	X	X	X	X
Treinamento das Equipes da Unidade quanto ao Bloqueio de Entrada, coleta de SWAB e notificação		X	X	X	X	X

### COMISSÃO DE FARMÁCIA TERAPÊUTICA

#### 6 - COMISSÃO DE FARMÁCIA TERAPÊUTICA, PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS (CPMME).

##### CAPÍTULO I

##### DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - Tem como finalidade assessorar a Diretoria Geral a estudar e regulamentar a prescrição e a utilização dos medicamentos.

Art. 2º - É de natureza técnico-científica permanente e tem também por finalidade coordenar a formulação de diretrizes para seleção, padronização, aquisição, distribuição e uso de medicamentos,

drogas, insumos farmacêuticos e correlatos, materiais e equipamentos avaliando a qualidade dos produtos selecionados a fim de comprovar ajuste ao padrão desejado, bem como realizar as ações de farmacovigilância e Tecnovigilância desses produtos.

Art. 3º - A Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos tem por finalidade a padronização de medicamentos, materiais e equipamentos de acordo com as peculiaridades da Unidade, bem como disciplinar as despesas com aquisição de medicamentos, insumos farmacêuticos e equipamentos, garantindo uniformidade na escolha dos fármacos, materiais e equipamentos.

## **CAPÍTULO II**

### **DOS OBJETIVOS**

Art. 4º - Os objetivos da Comissão de Farmácia e Terapêutica são:

- I - Desenvolver Políticas relacionadas a avaliação, seleção e ao uso dos medicamentos.
- II - Apoiar o processo de aquisição de medicamentos e insumos farmacêuticos.
- III - Auxiliar na elaboração de programas de capacitação relacionados à utilização de medicamentos no âmbito institucional.
- IV - Promover o uso seguro e racional de medicamentos, baseando-se em critérios preconizados pela OMS/OPAS/ANVISA.

## **CAPÍTULO III**

### **DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO**

Art. 5º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica terá composição multiprofissional, sendo composta, preferencialmente, pelos representantes das áreas abaixo:

- I - 01 (um) representante da Governança (quando houver serviço de governança).
- II - 01 (um) representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).
- III - 01 (um) representante da Segurança do Paciente.
- IV - 01 (um) representante da Gerência Administrativa.
- V - 01 (um) representante da Divisão de Enfermagem.

VI- Representantes dos serviços médicos ou Divisão Médica (conforme especialidades e serviços existentes).

VII - 02 (dois) representantes da Farmácia Hospitalar.

Art. 6º - Para cada membro titular, será indicado um suplente que o represente em suas ausências e impedimentos (afastamentos legais, férias, licenças ou ausências justificadas), não perdendo a continuidade dos trabalhos a serem realizados.

§ 1º A indicação dos membros efetivos (titulares e suplentes) para a Comissão é feita pela Gerência de Atenção à Saúde, com anuência das demais gerências, sendo homologada pelo Gestor da Unidade.

§ 2º Nos impedimentos dos titulares, os suplentes participarão das reuniões, com direito a voto.

§ 3º Para indicação dos membros deverão ser considerados aspectos como, competência técnica, habilidades e perfil.

§ 4º O mandato dos membros será de 02 anos, com direito à recondução, contados a partir da data de publicação da Portaria.

§ 5º Dentre os membros efetivos serão escolhidos o Presidente, Vice-Presidente e Secretário, por consenso ou votação dos membros.

§ 6º Sempre que o assunto discutido for de complexidade em que se faça necessário maior conhecimento técnico ou conhecimento em áreas específicas, poderá ser solicitada a colaboração de outros profissionais internos ou externos à instituição, visando à melhor consecução das atividades. Estes poderão, eventualmente, participar das reuniões como membros consultivos, com direito à voz.

§ 7º Os membros consultivos não integram a composição da CFT como membros efetivos.

§ 8º A finalização do mandato dos membros efetivos poderá ocorrer por interesse do membro ou da instituição.

§ 9º O membro que acumular 03 faltas não justificadas consecutivas, no período de 06 meses, será desligado da Comissão e deverá ser substituído em até 30 dias, em conformidade com o parágrafo 1º do Art. 6º.

§ 10 A designação dos membros da Comissão será precedida, sem prejuízo de outras formalidades, do preenchimento do Termo de Compromisso e Confidencialidade e da Declaração de Potenciais Conflitos de Interesse.

§ 11 Os membros da CFT não poderão receber brindes, prêmios ou outras vantagens pessoais, proporcionados pela indústria farmacêutica e/ou por distribuidoras de medicamentos.

## **CAPÍTULO IV**

### **DAS COMPETÊNCIAS**

Art. 7º - São competências da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT):

I - Assessorar a governança do hospital em assuntos relacionados ao uso racional de medicamentos.

II - Selecionar e padronizar medicamentos de acordo com a realidade da instituição e com base nos critérios estabelecidos.

III - Atualizar semestralmente a lista de medicamentos padronizados.

IV - Planejar a elaboração do Guia Farmacoterapêutico conjuntamente com o NEPS.

V - Revisar os Manuais de medicamentos (injetáveis e orais), pelo menos a cada 02 anos, mantendo atualizadas as versões impressas e eletrônicas.

VI - Divulgar as atualizações da seleção de medicamentos por meio da INTRANET no link formulários para acesso das equipes assistenciais.

VII - Estabelecer critérios para inclusão e exclusão de medicamentos e demais insumos farmacêuticos.

VIII - Definir os critérios para inclusão de medicamentos e demais insumos farmacêuticos na categoria “padronizado de uso restrito”, considerando custos, riscos para a segurança do paciente, demanda de prescrição por especialista, etc.

IX - Avaliar a incorporação de novos medicamentos e insumos farmacêuticos na lista padronizada, considerando justificativas apresentadas pelo solicitante e parecer técnico-científico.

X - Avaliar e deliberar, em relação aos aspectos farmacoterapêuticos, sobre os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas, elaborados pelos serviços, câmaras técnicas, grupos de trabalho ou outras comissões.

XI - Participar das atividades de garantia de qualidade relacionadas a aquisição, distribuição e uso de medicamentos.

XII - Normatizar os critérios e a sistemática de utilização de medicamentos e demais insumos farmacêuticos não incluídos na relação de produtos padronizados no hospital ou padronizados de uso restrito.

XIII- Disciplinar as visitas da indústria farmacêutica no hospital (representantes, publicações promocionais, distribuição de amostras grátis e doações de medicamentos), conforme políticas internas e externas.

XIV - Assessorar as diversas áreas da instituição quanto às questões relacionadas a medicamentos e demais insumos farmacêuticos, incluindo as áreas administrativa e jurídica nas demandas que envolvam o uso de medicamentos.

XV - Participar das investigações de eventos adversos graves relacionados ao uso de medicamentos ou outros insumos farmacêuticos.

XVI - Considerar os dados do setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, acerca das notificações sobre o risco identificado no uso dos medicamentos, como um dos subsídios para as atividades da Comissão.

XVII - Promover estudos de utilização de medicamentos e farmacoeconomia, a fim de analisar o perfil farmacoepidemiológico, bem como o impacto econômico dos medicamentos na instituição.

XVIII - Apoiar ações de promoção do uso racional de medicamentos e demais insumos farmacêuticos.

XIX - Colaborar e participar das atividades de educação permanente da equipe de saúde.

XX - Participar das atividades de auditorias ou monitoramento sobre a utilização de medicamentos de uso restrito.

XXI - Elaborar e divulgar instrumentos educativos conjuntamente com o NEPS.

XXII - Construir e monitorar indicadores do uso de medicamentos selecionados.

Art. 8º - São competências do Presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT):

I - Solicitar convocação e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias.

II - Conduzir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão.

III - Representar a CFT em suas relações internas e externas.

IV - Encaminhar ao Gestor da Instituição relatórios periódicos das ações desenvolvidas pela CFT.



V - Emitir pronunciamento da CFT quanto às questões relativas a medicamentos.

VI- Discutir e encaminhar tarefas para os demais membros da Comissão.

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

VIII - Cumprir e fazer cumprir as determinações deste Regimento.

Art. 9º - São competências do Vice-Presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT):

I - Representar e desenvolver as atividades do Presidente na ausência deste.

II - Colaborar com o Presidente no cumprimento dos objetivos da CFT e no exercício de suas funções.

Art. 10º - São competências do Secretário da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT):

I - Registrar em ata as resoluções da Comissão.

II - Manter arquivo da documentação relacionada à CFT.

III - Encaminhar as solicitações recebidas aos membros da CFT para análise prévia às reuniões.

IV - Protocolar documento em nome da Comissão.

V - Encaminhar o cronograma de reuniões aos membros da Comissão.

VI - Ler a ata da reunião anterior e submetê-la à apreciação da Comissão.

VII - Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões ordinárias ou extraordinárias.

VIII - Manter registro de dados (contatos) dos integrantes da CFT.

Art. 11º - São competências dos membros efetivos (titulares e suplentes) da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) do HUSM:

I - Zelar pelo pleno desenvolvimento das atribuições da CFT.

II - Cumprir as atividades que lhe forem designadas pelo Presidente, nos prazos estabelecidos.

III - Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres.

IV - Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão.

V - Requerer votação de matéria em regime de urgência.

VI - Analisar os materiais bibliográficos enviados pelo solicitante da padronização de medicamentos e encaminhados pelo secretário executivo da CFT.

VII - Emitir parecer técnico das solicitações de inclusão/exclusão de medicamentos da padronização, a ser apreciado em reunião.

VIII- Assessorar o Presidente na emissão de documentos em nome da CFT.

IX - Colaborar com a CFT no exercício de suas funções.

Art. 12º - São competências dos membros consultivos da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT):

I - Opinar de acordo com sua especialidade, oferecendo informações com respaldo técnico, no intuito de colaborar com os pareceres técnicos e tomadas de decisão.

II - Colaborar com a CFT no exercício de suas funções, conforme prazos pré-estabelecidos.

## **CAPÍTULO V**

### **DO FUNCIONAMENTO**

Art. 13º - A Comissão reunir-se-á ordinariamente 01(uma) vez ao mês, e, extraordinariamente, sempre que necessário, devendo todas as reuniões serem registradas em forma de ata.

§ 1º As convocações para as reuniões ordinárias serão enviadas pelo Secretário da CFT, conforme definição de calendário previamente aprovado dentre seus membros.

§ 2º A pauta da reunião será encaminhada com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas.

§ 3º As reuniões extraordinárias serão convocadas com até 48 horas de antecedência, por solicitação do presidente ou por, pelo menos, a metade mais um de seus membros.

§ 4º A agenda e material suplementar (incluindo as atas das reuniões anteriores) serão preparados pelo secretário (a) e submetido aos membros da Comissão em tempo hábil para avaliação destes antes de cada reunião.

Art. 14º - A Comissão poderá convidar para as reuniões os profissionais que possam contribuir de forma especializada ou com seus conhecimentos, habilidades e julgamentos, nunca havendo conflito de interesses.

Art. 15º - As reuniões serão iniciadas com a presença mínima de metade mais um, do total de seus membros.

Parágrafo único - Não havendo quórum, deverá ser registrada em ata a suspensão da reunião, o motivo e a assinatura dos presentes e feita nova convocação.

Art. 16º - De preferência, as questões serão decididas por consenso. Na impossibilidade de consenso, depois de esgotada a argumentação técnica, baseadas em evidências científicas, as recomendações e pareceres da CFT serão definidas pela maioria simples do total dos seus membros presentes, na ocasião das reuniões ordinárias e extraordinárias.

Art. 17º - A votação será nominal, sendo que cada membro titular terá direito a um voto, transferível a seu suplente, quando de sua ausência.

§ 1º Quando da existência de conflitos de interesse declarados, o membro não poderá emitir parecer ou participar da votação sobre o medicamento ou insumo farmacêutico relacionado ao conflito.

§ 2º Em caso de empate em votação, a decisão será dada pelo voto do Presidente.

§ 3º Membros consultivos não terão direito a voto.

Art. 18º - As recomendações e pareceres da CFT serão submetidas à apreciação do Superintendente e GAS, antes da divulgação e implementação no Hospital.

§ 1º O membro da CFT, representante da Governança, deve ter o poder de opinar e deliberar, em nome da alta gestão.

§ 2º O Gestor terá o prazo de 15 dias para emitir qualquer opinião contrária ao parecer, devendo apresentar justificativa por escrito à referida Comissão.

Art. 19º - O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas ao processo, propor diligências ou adiamento da votação.

Parágrafo único - O prazo de vista será até à próxima reunião ordinária ou aquele deliberado em reunião pela CFT para atendimento das necessidades de cada caso.

Art. 20º - Os membros da CFT deverão ter independência na tomada de decisões no exercício das suas funções.

Art. 21º - Deve ser mantida interface com outras comissões ou núcleos existentes, em assuntos relacionados ao uso de medicamentos.

Art. 22º - As ações da Comissão deverão ser comunicadas aos diversos profissionais envolvidos no cuidado aos pacientes.

Art. 23º - A Comissão deve ser organizada e operacionalizada de maneira que assegure a objetividade e credibilidade nas suas recomendações.

Art. 24º - Ao formular políticas de uso de medicamentos para a Instituição, a Comissão deve estar atenta ao conteúdo e mudanças em diretrizes e políticas de organizações e corporações profissionais, agências governamentais e outros quando necessário.

Art. 25º - Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 26º - Para avaliação de novas tecnologias (medicamentos e demais insumos farmacêuticos) a serem incorporadas na instituição ou outras situações pertinentes, a CFT se valerá dos pareceres de grupos técnicos da secretaria de saúde, o qual poderá participar das reuniões, com direito a voz.

Art. 27º - A CFT deverá estabelecer formulários padrão para solicitação de alteração na padronização de medicamentos, pareceres técnicos, bem como fluxo de trabalho.

Art. 28º - A CFT deverá divulgar indicadores para avaliação do processo de seleção de medicamento no seu hospital, anualmente ou mediante demanda institucional.

Art. 29º - A CFT observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e à ordem dos trabalhos.

Parágrafo único: Recomenda-se que os documentos sejam amplamente divulgados na instituição, de fácil acesso e com fluxograma estabelecido e difundido para todos os envolvidos no processo.

## **CAPÍTULO VI**

### **DA PADRONIZAÇÃO, INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE MEDICAMENTOS**

Art. 30º - Além das particularidades do hospital, a CFT considerará a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), bem como os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, evidências científicas e Diretrizes das Sociedades Médicas Brasileiras e Internacionais, como referências para a seleção de medicamentos e demais insumos farmacêuticos e o REMUME.

Art. 31º - A seleção de medicamentos para a padronização será baseada nos critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo obtidos através de revisões sistemáticas para avaliar evidência clínica ou ainda através de análise de decisão, com suporte técnico da secretaria da saúde, sempre que necessário além de estudos realizados pela CONITEC;

§1º A seleção de antimicrobianos deverá ser realizada em conjunto com a Comissão/Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

§ 2º A seleção de medicamentos não deve contemplar medicamentos em fase de estudo, mesmo em unidades hospitalares em que se desenvolva pesquisa farmacológica.

§ 3º A padronização oriunda da seleção de medicamentos passará por revisão, minimamente a cada 02 (dois) anos ou quando necessário for.

Art. 32º - A CFT deverá estabelecer procedimento e fluxo para o processo de inclusão/substituição e exclusão de medicamentos da lista de padronização, bem como critérios detalhados e prazos.

§ 1º A solicitação de inclusão/substituição e exclusão de medicamentos na padronização deverá ser feita através de formulário próprio e encaminhada à CFT.

§ 2º Para a inclusão deverão ser observados, minimamente, dentre os critérios, os seguintes pontos:

I - Registro na ANVISA, quando aplicável.

II - Valor terapêutico comprovado, com suficientes informações clínicas em condições controladas, sobre a atividade terapêutica e perfil de segurança.

III - Composição perfeitamente conhecida, excluindo-se, sempre que possível, as associações fixas; exceto quando os ensaios clínicos justifiquem o uso concomitante e o efeito terapêutico da associação for maior do que a soma dos efeitos dos produtos individuais.

IV - Denominação pelo princípio ativo, preferencialmente, conforme Denominação Comum Brasileira (DCB), ou, na falta desta, conforme Denominação Comum Internacional (DCI).

V - Informações suficientes sobre as características farmacocinéticas, farmacodinâmicas e farmacotécnicas.

VI - Estabilidade em condições de estocagem, uso e facilidade de armazenamento.

VII - Preferência de medicamentos clinicamente apropriados para o tratamento de mais de uma enfermidade.

VIII - Estar disponível no mercado nacional.

IX - Formas farmacêuticas, apresentações e dosagem que facilitem a comodidade e favoreçam a segurança para a administração aos pacientes a que se destinam, o cálculo da dose a ser administrada e o fracionamento ou a multiplicação das doses.

X - Priorizar as apresentações que contemplem maiores possibilidades de aproveitamento dos medicamentos.

XI- Considerar:

§ 3º A exclusão de medicamentos da lista de padronização deverá seguir critérios técnicos e ocorrer sempre que houver:

I - Desvantagens farmacológicas e/ou econômicas comparativamente a outros produtos disponíveis no mercado.

II - Não apresentar demanda justificável durante os últimos doze meses.

Medicamentos que tiveram sua comercialização proibida por órgão competente (nacional ou internacional) ou que os riscos da utilização excedam os benefícios.

III - Eliminar da padronização medicamentos que, em pesquisa interna de farmacovigilância, tenha apresentado índice preocupante de ocorrência de reações adversas em pacientes.

IV - Fármacos com comprovada toxicidade e/ou ineficácia.

§ 4º A solicitação de ampliação de uso de medicamentos poderá ocorrer em função da criação de novos protocolos ou nos casos de benefício comprovado, em detrimento de outros fármacos já utilizados em procedimentos específicos, ou seja, para novas indicações terapêuticas. Além disso, a ampliação de uso pode associar-se a alterações de concentração/apresentação.

## **CAPÍTULO VII**

### **DA SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE MEDICAMENTOS NÃO-PADRONIZADOS**

Art. 33º - Caso exista a necessidade de aquisição de medicamento, que não conste na relação de medicamentos padronizados, deverá ser realizada solicitação mediante justificativa, em formulário próprio, conforme fluxo preestabelecido.

§ 1º As solicitações de compra de medicamentos não padronizados deverão ser exclusivamente para atendimento a situações individuais não planejáveis, ou seja, onde não seja caracterizado falta de planejamento da instituição.

§ 2º A solicitação deverá ser avaliada pela CFT, com envolvimento da CCIH caso se trate de antimicrobiano.

## **CAPÍTULO VIII**

### **DOS INDICADORES DE QUALIDADE**

Art. 34º - Com o objetivo de monitorar o funcionamento da CFT, deve-se elaborar indicadores de desempenho da Comissão (estrutura, processo e resultado)

§ 1º Anualmente, a CFT deverá elaborar um relatório das atividades executadas, com os resultados dos indicadores, e encaminhar para a Superintendência ou Gerência.

§ 2º Os indicadores anuais a serem coletados pela CFT, minimamente, serão: porcentagem de reuniões realizadas: nº de reuniões realizadas no período x 100 / nº reuniões programadas no período; % itens incluídos: nº de itens incluídos no período x 100/ nº de itens padronizados; % de itens excluídos: nº de itens excluídos no período x 100 / nº de itens padronizados.

## **CAPÍTULO IX**

### **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 35º - Toda e qualquer política interna relativa ao uso de medicamentos, inclusive os casos omissos serão deliberados pela referida Comissão.

Art. 36º - Este Regimento poderá ser modificado por proposição da Superintendência do hospital ou dos membros da CFT, mediante aprovação por maioria de votos em reunião convocada para este fim.

Art. 37º - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente regimento serão dirimidas pelo Presidente da CFT e, em grau de recurso, pela Gerência.

### **6.1 - Cronograma anual de atividades da Comissão de Farmácia Terapêutica, padronização de materiais e Equipamentos.**

COMISSÃO DE FARMÁCIA TERAPÊUTICA, PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS (CPMME)						
Descrição	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
Avaliação para Implantação	X	X				

Eleição e posse e Revisão do Regime Interno			X			
Reunião		X	X	X	X	X

## COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

### **7 - PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Baseado na **RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013:**

**Obs:** O Plano de Segurança do Paciente segue em Protocolo exclusivo junto com o Regimento proposto para a Comissão de Segurança do Paciente. Segue abaixo a proposta de Regimento da Comissão de Segurança do Paciente.

#### **CAPÍTULO I**

#### **DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS**

##### **Seção I**

##### **Objetivo**

Art. 1º Este Regimento interno tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

##### **Seção II**

Abrangência Art. 2º Este Regimento se aplica aos serviços Interno da Unidade de Saúde

##### **Seção III**

##### **Definições**

Art. 3º Para efeito deste Regimento são adotadas as seguintes definições:

I - boas práticas de funcionamento do serviço de saúde: componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados;



II - cultura da segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde;

III - dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;

IV - evento adverso: incidente que resulta em dano à saúde;

V - garantia da qualidade: totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem;

VI - gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional;

VII - incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde;

VIII - núcleo de segurança do paciente (NSP): instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente;

IX - plano de segurança do paciente em serviços de saúde: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde;

X - segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde;

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

XII - tecnologias em saúde: conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

## **CAPÍTULO II**

### **DAS CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS**

#### **Seção IV**

##### **Da criação do Núcleo de Segurança do Paciente**

Art. 4º - A direção do serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

§ 1º A direção do serviço de saúde pode utilizar a estrutura de comitês, comissões, gerências, coordenações ou núcleos já existentes para o desempenho das atribuições do NSP.

Art. 5º Para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP a direção do serviço de saúde deve disponibilizar:

I - recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais;

II - um profissional responsável pelo NSP com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde.

Art. 6º - O NSP deve adotar os seguintes princípios e diretrizes:

I - A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

II - A disseminação sistemática da cultura de segurança;

III - A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;

IV - A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Art.7º - Compete ao NSP:

I - promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;

II - desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

- III - promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- IV - elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- V - acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- VI - implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- VII - estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VIII - desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- IX - analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- X - compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XI - notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XII- manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- XIII - acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

#### Seção V

##### Do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde

Art. 8º - O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:

- I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- II - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- III - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- IV - identificação do paciente;
- V - higiene das mãos;
- VI - segurança cirúrgica;
- VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- VIII - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- IX - segurança no uso de equipamentos e materiais;
- X - manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- XI - prevenção de quedas dos pacientes;
- XII - prevenção de úlceras por pressão;
- XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- XIV - segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- XV - comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- XVI - estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.
- XVII - promoção do ambiente seguro.

### **CAPÍTULO III**

#### **DA VIGILÂNCIA, DO MONITORAMENTO E DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS**

Art. 9º - O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente - NSP.

Art.10º - A notificação dos eventos adversos, para fins desta Regimento, deve ser realizada mensalmente pelo NSP, até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa.

Parágrafo único - Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

## **CAPÍTULO V**

### **DOS MEMBROS COMPONENTES E REUNIÕES**

Art.11º - Os membros componentes serão indicados pela coordenação e gestão da Unidade.

Art.12º - Mandato terá duração de 02 anos.

Art.13º - A Comissão poderá convidar outros profissionais para participarem de suas reuniões, quando julgar necessário.

Art.14º - Em caso de substituição dos Membros, será convocada reunião da coordenação da Unidade juntamente com a gestão para escolha do novo membro componente.

Art.15º - Indicado pelo menos 01 representante por categoria profissional de cada setor da Unidade.

Art.16º - Deverá ser realizado pelo menos 01 reunião mensal;

Art.17º - Deverá ser cumprido o Plano de Segurança do Paciente.

#### **7.1 Proposta de Cronograma anual de atividades no Núcleo de Segurança do Paciente**

Cronograma de Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente						
Descrição	1º mês	2º mês	3º mês	4ºmês	...	12ºmês
Elaboração e criação de formulário próprio	X	X				
Aprovação do Regime interno e Designação os Membros			X			
Homologação			X			
Reuniões, com confecção de PDCA	X	X	X	X	X	X
Treinamento das Equipes da Unidade quanto ao Bloqueio de Entrada, coleta de swabs e notificação, ALÉM DE OUTROS, conforme alinhamento com NEP	X	X	X	X	X	X

### **COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO**

## **8 - PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO**

### **CAPÍTULO I**

#### **DA FINALIDADE**

Art. 1º – O Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é um espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que se destina a empreender uma política institucional da humanização na assistência à saúde, em consonância com a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde.

### **CAPÍTULO II**

#### **DAS COMPETÊNCIAS**

Art. 2º – O GTH terá as seguintes competências:

Elaborar um Plano Operativo estabelecendo estratégias e mecanismos que potencializem a humanização na Atenção Hospitalar;

Fomentar o processo de humanização no hospital;

Promover ações conjuntas e articuladas entre gestão, atenção em saúde e usuários;

Buscar estratégias que promovam a integração entre os diferentes serviços do hospital;

Estimular a participação da sociedade civil nas ações de humanização do hospital;

Promover a participação do hospital na rede nacional de humanização – Rede Humaniza SUS;

Divulgar, apoiar e promover permanentemente a Política Nacional de Humanização na instituição.

### **CAPÍTULO III**

#### **DA CONSTITUIÇÃO**

Art. 3º – O GTH terá, idealmente, a seguinte composição – sendo necessário, no mínimo, um representante de cada categoria:

Um (01) representante da Gestão do hospital;

Seis (06) representantes dos Técnicos Administrativos;

Um (01) representante da Organização;

Um (01) representante Equipe Médica;

Um (01) representante da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** A composição do grupo prevê a participação de parceiros e colaboradores nos projetos das comissões, conforme a demanda das ações.

## **CAPÍTULO IV**

### **DA ORGANIZAÇÃO**

Art. 4º – O GTH será gerenciado por um coordenador, um subcoordenador e membros das comissões.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** A duração de cada gestão do GTH será de dois (02) anos, podendo haver recondução por igual período.

#### **SEÇÃO I – DO COORDENADOR**

Art. 5º – Caberá ao Coordenador:

- a) Coordenar as atividades de promoção da humanização no hospital;
- b) Convocar as reuniões do GTH dando execução às respectivas deliberações;
- c) Representar oficialmente o GTH;
- d) Elaborar relatórios das atividades do GTH.

#### **SEÇÃO II – DO SUBCOORDENADOR:**

Art. 6º – Caberá ao Subcoordenador:

- a) auxiliar o coordenador nas atividades previstas acima;
- b) substituir o Coordenador em suas faltas e impedimentos, bem como, nos casos de vacância;

#### **SEÇÃO III – DAS COMISSÕES**

Art. 7º – O GTH será composto por Comissões, coordenadas por membros do GTH, podendo contar com a participação de parceiros e colaboradores em seus projetos.

1. Comissão de Atenção ao Usuário: responsável pela coordenação de ações pertinentes às diretrizes, princípios e dispositivos da PNH relativos à Atenção ao Usuário.

Cabe a esta Comissão:

- a) Avaliar as necessidades, propor e implementar iniciativas de humanização que beneficiem os usuários e seus familiares, bem como auxiliar nas ações e projetos existentes no hospital;

2. Comissão de Saúde do Trabalhador: responsável pela coordenação de ações pertinentes às diretrizes, princípios e dispositivos da PNH relativos à Saúde do Trabalhador.

Cabe a esta Comissão:

a) Avaliar as necessidades, propor e implementar iniciativas que visem a valorização do trabalhador, bem como, a qualificação dos processos de trabalho, bem como auxiliar nas ações e projetos existentes no hospital.

3. Comissão de Comunicação Social: responsável pela organização, manutenção e atualização dos canais e meios de comunicação do GTH e por viabilizar a divulgação das ações do grupo.

## **CAPÍTULO V**

### **A REALIZAÇÃO DAS REUNIÕES**

Art. 8º – As reuniões acontecerão quinzenalmente.

### **CAPÍTULO VI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 12º – Os casos omissos serão avaliados pelo GTH.

Art. 13º – Este regimento entrará em vigor a partir da data de sua aprovação pelo GTH.

### **8.1 - Proposta de Cronograma anual de atividades da Comissão de Humanização.**

Cronograma de Implantação da Comissão de Trabalho de Humanização	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	...	12º mês
Elaboração	X	X				
Aprovação do regime interno e designação de membros			X			
Homologação				X		
Reunião mensal				X	X	X

### **COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E DE ASSÉDIOS– CIPA**



## **9 - PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E DE ASSÉDIOS**

NR 05 - COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E DE ASSÉDIO - CIPA (Portaria MTP nº 4.219, de 20 de dezembro de 2022-Título que entrou em vigor no dia 20 de março de 2023).

### **CAPÍTULO I DOS OBJETIVOS**

Art. 1º - A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio – CIPA – tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador e combater o assédio sexual e outras formas de violência, mediante inclusão de normas internas nas empresas, com ampla divulgação a todos os trabalhadores.

### **CAPÍTULO II DO DESENVOLVIMENTO**

Art. 2º - A CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio) é uma equipe formada por representantes da empresa e dos próprios colaboradores, com o propósito de garantir a segurança no ambiente de trabalho. A quantidade de membros segue um dimensionamento definido pela NR 5, de acordo com o tamanho da empresa. Os representantes da organização são designados, enquanto os representantes dos empregados são eleitos em votação secreta. A CIPA tem um presidente designado pela empresa e um vice-presidente escolhido entre os representantes dos empregados. O mandato é de um ano, permitindo uma reeleição. É fundamental garantir a independência dos membros, protegendo-os contra-transferências injustificadas ou dispensas arbitrárias durante e após o mandato. A CIPA desempenha um papel crucial na promoção de um ambiente de trabalho seguro, e a empresa é obrigada a fornecer informações e documentação necessárias para seu funcionamento eficaz.

### **CAPÍTULO III**

## **DO PROCESSO**

Art. 3º - Convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso. Deve se comunicar, com antecedência, podendo ser por meio eletrônico, com confirmação de entrega, o início do processo eleitoral ao sindicato da categoria preponderante.

Art. 4º - O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA constituirão dentre seus membros a comissão eleitoral, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral. O processo eleitoral deve observar as seguintes condições:

- a) publicação e divulgação de edital de convocação da eleição e abertura de prazos para inscrição de candidatos, em locais de fácil acesso e visualização, podendo ser em meio físico ou eletrônico;
- b) inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de 15 (quinze) dias corridos;
- c) liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante em meio físico ou eletrônico;
- d) garantia de emprego até a eleição para todos os empregados inscritos;
- e) publicação e divulgação da relação dos empregados inscritos, em locais de fácil acesso e visualização, podendo ser em meio físico ou eletrônico;
- f) realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;
- g) realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados do estabelecimento;
- h) voto secreto;
- i) apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante da organização e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral, facultado o acompanhamento dos candidatos; e
- j) organização da eleição por meio de processo que garanta tanto a segurança do sistema como a confidencialidade e a precisão do registro dos votos.

Art. 5º - Havendo participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá prorrogar o período de votação para o dia subsequente, computando-se os votos já registrados no dia anterior, a qual será considerada válida com a participação de, no mínimo, um terço dos empregados.

Art. 6º - Constatada a participação inferior a um terço dos empregados no segundo dia de votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá prorrogar o período de votação para o dia subsequente, computando-se os votos já registrados nos dias anteriores, a qual será considerada válida com a participação de qualquer número de empregados.

Art. 7º - A prorrogação referida nos subitens deve ser comunicada ao sindicato da categoria profissional preponderante.

Art. 8º - As denúncias sobre o processo eleitoral deverão ser protocolizadas na unidade descentralizada de inspeção do trabalho, até 30 (trinta) dias após a data da divulgação do resultado da eleição da CIPA.

Art. 9º - Compete à autoridade máxima regional em matéria de inspeção do trabalho, confirmadas irregularidades no processo eleitoral, determinar a sua correção ou proceder a anulação quando for o caso.

Art. 10º - Em caso de anulação somente da votação, a organização convocará nova votação no prazo de 10 (dez) dias, a contar da data de ciência, garantidas as inscrições anteriores.

Art. 11º - Nos demais casos, a decisão da autoridade máxima regional em matéria de inspeção do trabalho determinará os atos atingidos, as providências, e os prazos a serem adotados, atendidos os prazos previstos nesta NR.

Art. 12º - Quando a anulação se der antes da posse dos membros da CIPA, ficará assegurada a prorrogação do mandato anterior, quando houver, até a complementação do processo eleitoral.

Art. 13º - Assumirão a condição de membros titulares e suplentes os candidatos mais votados.

Art. 14º - Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

Art. 15º - Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

Funcionamento: A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

Art. 16º - As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas na organização, preferencialmente de forma presencial, podendo a participação ocorrer de forma remota.

Art. 17º - A data e horário das reuniões serão acordadas entre os seus membros observando os turnos e as jornadas de trabalho.

Art. 18º - As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes.

Art. 19º - As atas das reuniões devem ser disponibilizadas a todos os integrantes da CIPA, podendo ser por meio eletrônico.

Art. 20º - As deliberações e encaminhamentos das reuniões da CIPA devem ser disponibilizadas a todos os empregados em quadro de aviso ou por meio eletrônico.

Art. 21º - As reuniões extraordinárias devem ser realizadas quando:

- a) ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal; ou
- b) houver solicitação de uma das representações.

Para cada reunião ordinária ou extraordinária, os membros da CIPA designarão o secretário responsável por redigir a ata.

Art. 22º - O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

Art. 23º - A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem de colocação decrescente que consta na ata de eleição, devendo os motivos ser registrados em ata de reunião.

Art. 24º - Caso não existam mais suplentes, durante os primeiros 6 (seis) meses do mandato, a organização deve realizar eleição extraordinária para suprir a vacância, que somente será considerada válida com a participação de, no mínimo, um terço dos trabalhadores.

Art. 25º - Os prazos da eleição extraordinária serão reduzidos à metade dos prazos previstos no processo eleitoral desta NR5. As demais exigências estabelecidas para o processo eleitoral devem ser atendidas.

Art. 26º - No caso de afastamento definitivo do presidente, a organização indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

Art. 27º - No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

Art. 28º - O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com o mandato dos demais membros da Comissão.

Art. 29º - O treinamento de membro eleito em processo extraordinário deve ser realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data da posse.

Art. 30º - As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

Art. 31º - Não havendo consenso, a CIPA deve regular o procedimento de votação e o pedido de reconsideração da decisão.

Art. 32º - Treinamento: Promover treinamento para o representante nomeado da NR-5 e para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.

Art. 33º - O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data da posse.

Art. 34º - O treinamento deve contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

- a) estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;
- b) noções sobre acidentes e doenças relacionadas ao trabalho decorrentes das condições de trabalho e da exposição aos riscos existentes no estabelecimento e suas medidas de prevenção;
- c) metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho;
- d) princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de prevenção dos riscos;
- e) noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;
- f) noções sobre a inclusão de pessoas com deficiência e reabilitados nos processos de trabalho;
- g) organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da comissão; e
- h) prevenção e combate ao assédio sexual e a outras formas de violência no trabalho.

O treinamento realizado há menos de 2 (dois) anos contados da conclusão do curso pode ser aproveitado na mesma organização, observado o estabelecido na NR-1.

Art. 35º - O treinamento deve ter carga horária mínima de:

- a) 8 (oito) horas para estabelecimentos de grau de risco 1;
- b) 12 (doze) horas para estabelecimentos de grau de risco 2;
- c) 16 (dezesesseis) horas para estabelecimentos de grau de risco 3; e
- d) 20 (vinte) horas para estabelecimentos de grau de risco 4.

Art. 36º - A carga horária do treinamento deve ser distribuída em no máximo 8 (oito) horas diárias.

Para a modalidade presencial deve ser observada a seguinte carga horária mínima do treinamento:

- a) 4 (quatro) horas para estabelecimentos de grau de risco 2; e
- b) 8 (oito) horas para estabelecimentos de grau de risco 3 e 4.

Art. 37º - O integrante do SESMT fica dispensado do treinamento da CIPA.

Art. 38º - Documentação revisada em norma regulamentadora de número 5 a cada término de mandato.

## 9.1 - Anexo: Tabela I da Norma Regulamentadora

Quadro I – Dimensionamento da CIPA

		NÚMERO DE EMPREGADOS NO ESTABELECIMENTO													
GRAU de RISCO*	Nº de INTEGRANTES da CIPA	0 a 19	20 a 29	30 a 50	51 a 80	81 a 100	101 a 120	121 a 140	141 a 300	301 a 500	501 a 1000	1001 a 2500	2501 a 5000	5001 a 10.000	Acima de 10.000 para cada grupo de 2500 acrescentar
1	Efetivos					1	1	1	1	2	4	5	6	8	1
	Suplentes					1	1	1	1	2	3	4	5	6	1
2	Efetivos				1	1	2	2	3	4	5	6	8	10	1
	Suplentes				1	1	1	1	2	3	4	5	6	8	1
3	Efetivos		1	1	2	2	2	3	4	5	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	1	1	1	2	2	4	4	6	8	8	2
4	Efetivos		1	2	3	3	4	4	4	5	6	9	11	13	2
	Suplentes		1	1	2	2	2	2	3	4	5	7	8	10	2

\*Grau de Risco conforme estabelecido no Quadro I da NR-04 - Relação da Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE (Versão 2.0), com correspondente Grau de Risco - GR para fins de dimensionamento do SESMT.

## 9.2 - Cronograma anual de atividades da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédios.

Descrição	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	...	12º mês
Eleger a Comissão				X		
Revisar e aprovar o Regimento Interno da Comissão				X		
Elaborar Plano de Trabalho com definição de objetivos, metas, ações estratégicas, indicadores e produtos a serem alcançados				X		
Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva				X		
Participação e elaboração do controle de qualidade e prevenção necessárias perante diagnostico				X		
Reunião mensal			X	X	X	X

## 9.3 - REFERÊNCIA

Referências Bibliográficas: Norma Regulamentadora de número 5 - <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/arquivos/normas-regulamentadoras/nr-05-atualizada-2022.pdf>.

## 10 – PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ARQUIVOS MÉDICOS

### CAPÍTULO I

#### DA LEGISLAÇÃO E FINALIDADE

Art. 1º. A Comissão de Arquivos Médicos (CAM) é vinculada diretamente à Gestão da Unidade que deve assegurar-lhe os meios adequados para seu funcionamento.

Art. 2º. A CAM terá seu funcionamento regulamentado por este regimento e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis.

Art. 3º. A CAM tem por finalidade formular diretrizes para a escolha e adoção de impressos a serem utilizados na composição dos prontuários de atendimento hospitalar e ambulatorial dos pacientes atendidos na Unidade, orientar e sugerir a correta maneira de seu preenchimento, monitorar a qualidade da sua informação e propor, a partir dos dados levantados nos atendimentos registrados, a geração de relatórios estatísticos úteis para o conhecimento qualitativo e quantitativo do funcionamento da instituição, subsidiando também a pesquisa científica em Saúde.

## **CAPÍTULO II**

### **DOS OBJETIVOS**

Art. 4º. A CAM objetiva:

§ Atender a Lei 13.787/18, que disciplina a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuários de pacientes.

§ Atender legislações vigentes e elaborar rotinas e fluxos internos bem como geração de relatórios mensal.

## **CAPÍTULO III**

### **DA COMPOSIÇÃO**

Art. 5º. A CAM terá composição multiprofissional, contando com 07 membros titulares.

Art. 6º. As indicações para integrar a CAM serão submetidas à aprovação da Gestão da Unidade e se processarão da seguinte forma:

- I. Um representante da Divisão de Enfermagem;
- II. Um representante do Serviço de Processamento da Informação Assistencial;
- III. Um representante da Unidade Multiprofissional;
- IV. Um representante do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação
- V. Um representante da Coordenação da Unidade;
- VI. Um representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;



VII. Um representante da Comissão de Revisão de Prontuários.

Art. 7º. O presidente terá sua indicação na portaria de nomeação da comissão e exercerá seu mandato por tempo indeterminado.

Art. 8º. O secretário será eleito pelos seus pares, em concordância com a superintendência, para exercer sua função por tempo indeterminado.

## **CAPÍTULO IV**

### **DAS COMPETÊNCIAS**

Art. 9º. Compete à CAM:

- I. Validar modelos de impressos que irão compor o prontuário médico da Unidade;
- II. Validar modelos de impressos a serem utilizados em quaisquer outras situações em que dados sobre pacientes venham a ser registrados ou divulgados;
- III. Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade destes;
- IV. Orientar o correto preenchimento dos impressos e monitorar os itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário:
  - a) Identificação do paciente em todos os impressos;
  - b) Anamnese;
  - c) Exame físico;
  - d) Exames complementares, bem como seus respectivos resultados;
  - e) Hipóteses diagnósticas;
  - f) Diagnóstico definitivo;
  - g) Tratamento efetuado;
  - h) Registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica, consignando data e hora;
  - i) Outros documentos pertinentes ao atendimento.
- V. Validar regras de acesso e manuseio do prontuário, para os diversos fins: assistência, ensino, demanda judicial e do próprio paciente ou do respectivo representante legal;

- VI. Examinar e emitir pareceres quando da solicitação de inclusão de novos impressos ou modificação dos já adotados pela Unidade;
  - VII. Criar e aprovar normas que regulamentem o fluxo de prontuários da instituição;
  - VIII. Colaborar com as normas de arquivamento/guarda dos prontuários, abrangendo os processos de trabalho e a estrutura física necessária;
  - IX. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica, Comissão de Revisão de Prontuários e Núcleo de Educação Permanente, com as quais deverão ser discutidos assuntos de sua competência.
  - X. Propor relatórios estatísticos que deverão ser gerados pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico - SAME;
  - XI. Discutir, em conjunto com a administração e SAME, como obter os dados e sugerir os cálculos estatísticos a serem utilizados;
  - XII. Informar a obrigatoriedade dos registros com letra legível por todos os profissionais que atenderam ao paciente, bem como da assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;
  - XIII. Normatizar o preenchimento das contra-referências/resumos de altas
  - XIV. hospitalares, conforme orientação da legislação do SUS e dos Conselhos de Classe.
- Art. 10º. Ao presidente incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CAM e, especificamente:
- I. Representar a CAM em suas relações internas e externas;
  - II. Presidir as reuniões;
  - III. Promover a convocação das reuniões;
  - IV. Fazer cumprir o regimento;
  - V. Suscitar pronunciamento da CAM quanto a questões relativas à documentação e informação médica e de dados estatísticos;
  - VI. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
  - VII. Indicar membros para a realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão.

VIII. Repassar todos os documentos, informativos, fluxogramas, estruturação, regimento para Coordenação e Gestão da Unidade;

IX. Elaborar relatório anual das atividades da Comissão.

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

Art. 11º. Aos membros incumbe:

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

Art. 12º. Ao secretário da CAM incumbe:

- I. Assistir as reuniões;
- II. Preparar e encaminhar o expediente;
- III. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da Comissão;
- IV. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- V. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

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

## **CAPÍTULO V**

### **DO FUNCIONAMENTO**

Art. 13°. A CAM reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por mês, na primeira sexta-feira do mês, e extraordinariamente sempre que necessário, por convocação do seu Presidente, sendo suas decisões tomadas por maioria de votos. Em processos considerados excepcionais, a critério do Presidente, a CAM decidirá pelo voto da maioria absoluta (metade mais um de todos os seus integrantes).

§1° A CAM instalar-se-á e deliberará com a presença de, no mínimo, 04 MEMBROS do total de sete constituídos, devendo ser verificado o quórum no início de cada sessão.

§ 2° As decisões da Comissão serão aprovadas por maioria simples.

§ 3° Os membros da Comissão que faltarem a vinte e cinco por cento do total de reuniões ordinárias durante o ano corrente, consecutivas ou não, sem justificativa, serão sumariamente destituídos.

§ 4° No caso da saída de qualquer membro da CAM deverá haver indicação de novo membro pela Gestão da Unidade.

## **CAPÍTULO VI**

### **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 14°. A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CDME, a equipe de governança proporcionará a infraestrutura necessária.

Art. 15°. A CAM, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 16°. A CAM no desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário, poderá criar subcomissões para assuntos específicos.

Art. 17°. Os membros poderão requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas nacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos.

Art. 18°. Os membros não receberão qualquer remuneração por sua participação na Comissão e seus serviços prestados serão considerados, para todos os efeitos, como participação de atividade institucional.

Art. 19°. Os casos omissos serão resolvidos pela CAM, em conjunto com a Gestão da Unidade.

Art. 20º. Este regimento entrará em vigor após aprovação dos membros desta comissão e validação do Gestor da Unidade.

### 10.1 - Cronograma anual de atividades da Comissão de Arquivos Médicos.

Cronograma de Implantação da Comissão de Arquivos Médicos						
Descrição	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	...	12º mês
Elaboração e criação de formulário próprio	X	X				
Aprovação do Regime interno e Designação os Membros			X			
Homologação			X			
Reuniões, com confecção de PDCA	X	X	X	X	X	X