

EBSERH

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFTM

Boletim de Serviço

N.º 56, 26 de agosto de 2015

Ministério da
Educação

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

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

RENATO JANINE RIBEIRO

Ministro de Estado da Educação

NEWTON LIMA NETO

Presidente da Ebserh

LUIZ ANTÔNIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

Superintendente do HC-UFTM/Filial Ebserh

AUGUSTO CÉSAR HOYLER

Gerente Administrativo do HC-UFTM/Filial Ebserh

DANIEL FERREIRA DA CUNHA

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

HELIO MORAES DE SOUZA

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

SUMÁRIO

COLEGIADO EXECUTIVO.....	4
APROVAÇÃO DE POP's.....	4
Resolução n.º 27, de 10 de agosto de 2015.....	4
Resolução n.º 29, de 10 de agosto de 2015.....	5
Resolução n.º 30, de 17 de agosto de 2015.....	6
Resolução n.º 31, de 17 de agosto de 2015.....	7
APROVAÇÃO DE PROTOCOLO.....	8
Resolução n.º 33, de 17 de agosto de 2015.....	8
Protocolo de Sedação e Analgesia.....	9
APROVAÇÃO DE REGIMENTO.....	24
Resolução n.º 21, de 10 de agosto de 2015.....	24
Regimento Interno do Núcleo Interno de Regulação.....	25
Resolução n.º 22, de 10 de agosto de 2015.....	35
Regimento Interno do Núcleo de Segurança do Paciente.....	36
Resolução n.º 23, de 10 de agosto de 2015.....	52
Regimento Interno do Comitê Transfusional.....	53
Resolução n.º 24, de 10 de agosto de 2015.....	57
Regimento Interno do Núcleo de Qualidade.....	58
Resolução n.º 26, de 10 de agosto de 2015.....	72
Regimento Interno do Time de Terapia Infusional.....	73
Resolução n.º 28, de 17 de agosto de 2015.....	78
Regimento Interno da Comissão de Farmácia e Terapêutica.....	79
Resolução n.º 32, de 17 de agosto de 2015.....	95
Regimento Interno da Comissão de Implementação e Execução Orçamentária.....	96
CRIAÇÃO DE COMISSÃO.....	103
Resolução n.º 34, de 17 de agosto de 2015.....	103
CRIAÇÃO DE ESCRITÓRIO.....	104
Resolução n.º 25, de 10 de agosto de 2015.....	104
CRIAÇÃO DE NÚCLEO.....	105
Resolução n.º 20, de 20 de julho de 2015.....	105
SUPERINTENDÊNCIA.....	106
COMPOSIÇÃO DE COMISSÃO.....	106
Portaria n.º 112, de 10 de agosto de 2015.....	106
Portaria n.º 113, de 20 de agosto de 2015.....	107

COMPOSIÇÃO DE COMITÊ.....	108
Portaria n.º 101, de 7 de julho de 2015.....	108
COMPOSIÇÃO DE GRUPO.....	109
Portaria n.º 114, de 24 de agosto de 2015.....	109
DIVISÃO DE GESTÃO DE PESSOAS	110
DESIGNAÇÃO.....	110
Portaria n.º 9, de 10 de agosto de 2015.....	110
DEPARTAMENTO DE COMPRAS, LICITAÇÕES E CONTRATOS	111
EXTRATO DE CONTRATO.....	111
Extrato Contrato n.º 62/2015 - UASG 150221.....	111
Extrato Contrato n.º 63/2015 - UASG 150221.....	111
Extrato Contrato n.º 64/2015 - UASG 150221.....	111
Extrato Contrato n.º 65/2015 - UASG 150221.....	111
Extrato Contrato n.º 66/2015 - UASG 150221.....	111
EXTRATO DE TERMO ADITIVO.....	111
Extrato de Termo Aditivo n.º 3/2015 - UASG 150221.....	111

COLEGIADO EXECUTIVO

APROVAÇÃO DE POP'S

Resolução n.º 27, de 10 de agosto de 2015

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.^a revisão), em reunião extraordinária, realizada em 10 de agosto de 2015, resolve:

Art. 1.º Aprovar o Procedimento Operacional Padrão do Setor de Infraestrutura para casos de interrupção no fornecimento de energia elétrica no HC-UFTM, parte integrante desta Resolução.

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

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

Resolução n.º 29, de 17 de agosto de 2015

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.^a revisão), em reunião extraordinária, realizada em 17 de agosto de 2015, resolve:

Art. 1.º Aprovar o Procedimento Operacional Padrão "Uso da Ventilação Mecânica Invasiva e Não-Invasiva nas Enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva Adulta e Coronariana do HC-UFTM", parte integrante desta Resolução.

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

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

Resolução n.º 30 de 17 de agosto de 2015

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.^a revisão), em reunião extraordinária, realizada em 17 de agosto de 2015, resolve:

Art. 1.º Aprovar o Procedimento Operacional Padrão "Atendimento Ambulatorial da Educação Física no Serviço de Cirurgia Bariátrica do HC-UFTM", parte integrante desta Resolução.

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

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

Resolução n.º 31 de 17 de agosto de 2015

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.^a revisão), em reunião extraordinária, realizada em 17 de agosto de 2015, resolve:

Art. 1.º Aprovar o Procedimento Operacional Padrão "Reabilitação Interdisciplinar em Cuidados Prolongados e Paliativos em Neonatologia e Pediatria" da Unidade de Reabilitação do HC-UFTM", parte integrante desta Resolução.

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

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

APROVAÇÃO DE PROTOCOLO

Resolução n.º 33 de 17 de agosto de 2015

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.^a revisão), em reunião extraordinária, realizada em 17 de agosto de 2015, resolve:

Art. 1.º Aprovar o Protocolo de Sedação e Analgesia da Equipe Multidisciplinar da Unidade de Terapia Intensiva Adulta do HC-UFTM", parte integrante desta Resolução.

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

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

Protocolo de Sedação e Analgesia

Sumário

1 Finalidade.....	3
2 Definição.....	3
2.1 Avaliação da Dor.....	3
2.2 Tratamento da Dor.....	4
3 Agitação e Sedação.....	6
4 Avaliação do Delirium.....	12
4.1 Manejo do Delirium.....	12
4.1.1 Manejo Medicamentoso.....	13
4.1.2 Prevenção e Manejo não Farmacológico.....	13
5 Referências Bibliográficas.....	14
6 Apêndice.....	14
6.1 Escala Comportamental de Dor – BPS.....	15
6.2 Escala de Agitação e Sedação de Richmond (Rass).....	16
6.3 CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Icu).....	18

1 Finalidade

Este protocolo tem como finalidade revisar e padronizar condutas em sedação e manejo da dor em pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI), especialmente para aqueles em uso de ventilação mecânica.

2 Definição

A analgesia e sedação são pilares da Terapia Intensiva. Dor, ansiedade, agitação, desconforto e insônia são disfunções frequentemente apresentadas pelos pacientes internados nas UTI de todo o mundo. Logo, viabilizar o conforto e bem estar do paciente grave é um dever do médico.

Dor: Experiência sensorial ou emocional desagradável associada a um dano real ou potencial a um tecido.

Analgesia: Abolição da sensibilidade à dor sem supressão das outras propriedades sensitivas e sem perda de consciência.

Sedação: Alívio da ansiedade, agitação e indução de um estado de calma e tranquilidade. Pode envolver hipnose. O nível de sedação pode ser mínimo, moderado (sedação consciente) e profundo.

2.1 Avaliação da Dor

O paciente em UTI rotineiramente tem dor, tanto em repouso quanto durante a execução dos cuidados/procedimentos. O tratamento adequado depende de ferramentas reprodutíveis de avaliação da dor e da resposta ao tratamento instituído, já que nem sempre está disponível a verificação da dor por meio do autorrelato.

Nos casos em que o paciente não pode ou está impossibilitado de falar, ferramentas válidas e reprodutíveis, como a Escala Comportamental de Dor (Behavioral Pain Scale - BPS), devem ser usadas. Esta escala é recomendada para realizar a monitorização da dor em pacientes de UTI que preservam a função motora intacta e nos que as injúrias são observáveis, mas que estejam incapacitados para apresentar um relato verbal acurado. A escala não é indicada para pacientes vítimas de lesões no sistema nervoso central (SNC). Já nos casos em que o paciente está alerta, orientado e que pode comunicar-se verbalmente de modo eficaz, uma escala visual de dor deve ser utilizada.

Ressalta-se que os sinais vitais não devem ser usados isoladamente na avaliação da dor. Eles podem ser utilizados como pistas para a avaliação apropriada da dor, funcionando como gatilhos para a realização de uma avaliação sistematizada.

Destaca-se, ainda, que este protocolo estabelece como meta que os pacientes permaneçam confortáveis durante sua estadia na UTI.

2.2 Tratamento da Dor

Os opióides são as primeiras escolhas no manejo da dor em UTI, sendo que seu uso deve ser individualizado para cada paciente.

Outros analgésicos podem ser usados de forma adjuvante e para reduzir a necessidade dos opióides (paracetamol, anti-inflamatórios não esteroidais (AINES), anticonvulsivantes, anestésias loco-regionais), mas não há estudos que comprovem sua eficácia e segurança quando usados isoladamente.

A tabela 1 descreve os principais opióides utilizados em UTI, com a discriminação de sua meia vida e a especificação de vias de infusão e doses adotadas.

TABELA 1

OPIÓIDES				
Drogas/Apresentação farmacêutica	Meia Vida	Vias de administração /Doses	Solução Padrão	Efeitos
Sulfato de Morfina (10mg/mL) Ampola 1mL	2 – 4h	EV, SC 2 a 10mg/bolus	1 ampola + NaCl 0,9% 8mL (1mg/mL)	Analgesia +++
				Sedação +
				Depressão Respiratória +
Sulfato de Morfina (1mg/mL) Ampola 2mL	2 – 4h	EV, SC 2mg/bolus	Sem diluição	Analgesia ++
				Sedação +
				Depressão Respiratória +
Citrato de Fentanila (0,05mg/mL) Frasco 10mL	30 – 60 minutos	EV 25 a 100mcg/ bolus	2 Frascos + NaCl 0,9% 80mL (10mcg/mL)	Analgesia +++
				Sedação +
				Depressão Respiratória +++
Remifentanil (2mg/5mL)	Equivalent e ao momento de infusão	EV 0,2-0,7mcg/kg/h	1 frasco + SG 5% 95mL (4mcg/mL)	Analgesia +++
				Sedação +
				Depressão Respiratória +++

Tramadol (50 mg/mL) Em ampolas de 1 e 2 mL	6 – 8h	EV/IM 50-100mg a cada 6h ou 8h	1 ampola + NaCl 0,9%100mL	Analgesia +++
				Sedação +
				Depressão Respiratória +
Nalbufina (100mg/mL) Ampola de 1 mL	5 h	EV/IM/SC 10mg de 3 – 6 h	Sem diluição	Analgesia +++
				Sedação +
				Depressão Respiratória +
Metadona - cp de 10 mg	24 a 48 h	VO 8/8 h ou 12/12 h	Não se aplica	Analgesia +++
				Sedação +
				Depressão Respiratória +

Fonte:

A Tabela 2 apresenta as equivalências de doses entre diferentes medicações opióides. Ela deve ser utilizada para realizar as conversões medicamentosas na UTI.

TABELA 2

EQUIVALÊNCIA DE OPIÓIDES		
Agonista opióide	Parenteral	Oral
Sulfato de Morfina	10	30
Tramadol	100	300
Metadona	Não se aplica	5
Citrato de Fentanila	0,01	Não se aplica
Codeína	0,01	130

Fonte:

Observação – A avaliação de equivalência é realizada utilizando a mesma unidade de medida, como nos exemplos abaixo:

- 1) Sulfato de Morfina 10mg EV = Citrato de Fentanila 0,01mg EV
- 2) Tramadol 100mg EV = Tramadol 300mg VO
- 3) Sulfato de Morfina 10mg EV = 130mg VO de codeína

Comentários

- São lipossolúveis e se ligam a neuroreceptores centrais e periféricos.
- Em baixas doses, agem como analgésicos, e em doses elevadas, tem efeito sedativo (sem efeito de amnésia).
- A escolha do opióide depende do paciente, da farmacocinética e farmacodinâmica.
- São de fácil titulação, efeito rápido, baixo custo e geram pouco acúmulo de metabólitos.

Recomendações

- Analgesia profilática e/ou medidas não farmacológicas para aliviar a dor relacionada a procedimentos invasivos e potencialmente dolorosos e à remoção do tubo orotraqueal (TOT). As medidas não farmacológicas incluem a aplicação de técnicas de relaxamento, musicoterapia e psicoterapia.
- Analgésicos não opióides devem ser usados para reduzir a necessidade de opióides e seus efeitos colaterais.
- Carbamazepina ou Gabapentina via sonda nasoenteral ou oroenteral (SNE ou SOE) podem ser utilizadas em associação com opióides EV para tratamento de dor neuropática.

3 Agitação e Sedação

Agitação e ansiedade ocorrem frequentemente em pacientes críticos e estão associadas a desfechos desfavoráveis. A identificação da causa subjacente à agitação (dor, delirium, hipoxemia, hipoglicemia, hipotensão, abstinência) é de grande importância para a administração de sedativos em UTI.

A sedação pode ser titulada desde níveis leves até profundos, sendo que estudos demonstram malefícios da manutenção de sedação profunda por períodos prolongados.

A presença de memórias reais dos fatos concernentes à internação é assinalada como um fator protetor ao desenvolvimento de prejuízos cognitivos e transtornos psíquicos de longa duração. O uso de escalas de avaliação, protocolos de sedação e de drogas não benzodiazepínicas é associado a desfechos favoráveis (redução no tempo de ventilação mecânica - VM e internação, diminuição de episódios de delirium e redução de disfunção cognitiva à longo prazo).

A *Escala RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale)* é confiável e validada para medir a qualidade e profundidade da sedação em adultos. Este protocolo recomenda que a sedação seja mantida em um nível leve/moderado, com escores do RASS variando de -1 a +1, de modo continuado ao longo da internação do paciente na UTI.

A tabela 3 descreve diversas medicações sedativas utilizadas em UTI, com a discriminação de sua meia vida e a especificação de vias de infusão e doses adotadas.

TABELA 3

BENZODIAZEPÍNICOS				
Drogas/Apresentação farmacêutica	Meia Vida	Vias de administração /Doses	Solução Padrão	Efeitos
Lorazepam (2mg)	12 - 16h	VO 2mg até 6/6h	Não se aplica	Analgesia 0
				Sedação ++
				Depressão Respiratória +
Midazolam (5mg/5mL) Ampola de 5 mL	1,5 - 2,5 h	EV 1 a 5mg/bolus	Sem diluição	Analgesia 0
				Sedação +++
				Depressão Respiratória +++ *Contexto sensitivo
Midazolam (15mg/3mL) Ampola 3mL	1,5 - 2,5 h	EV, IM 1 a 15mg/bolus	Sem diluição	Analgesia 0
				Sedação +++
				Depressão Respiratória +++ *Contexto sensitivo
Midazolam (50mg/10mL) Ampola de 10 mL	1,5 - 2,5 h	EV 1 a 5mg/bolus	5 ampolas + NaCl 0,9% 200mL (1mg/mL)	Analgesia 0
				Sedação+++
				Depressão Respiratória +++
Diazepam (10mg/2mL) Ampola de 2mL	14 - 60 h	EV 2 a 10mg/ bolus	Sem diluição	Analgesia 0
				Sedação ++
				Depressão Respiratória ++
Clonazepam comprimido 0,5 mg e 2 mg	19 - 42 h	VO 0,5 a 2 mg	Não se aplica	Analgesia 0
				Sedação ++
				Depressão Respiratória +

Clonazepam 2,5mg/mL - sol. oral Frasco com 20 mL	19 – 42 h	SNE, VO 0,5 a 2 mg	Não se aplica	Analgesia 0
				Sedação ++
				Depressão Respiratória +
NEUROLÉPTICOS				
Drogas/Apresentação farmacêutica	Meia Vida	Vias de administração/ Doses	Solução Padrão	Efeitos
Haloperidol (5mg/1mL) Ampola 1mL	14 – 26 h	EV, IM 2,5 a 20mg/ bolus	Sem diluição	Analgesia 0
				Sedação +
				Depressão Respiratória 0
Haloperidol Comprimido de 1 mg e 5 mg	14 – 26 h	VO 1 a 5 mg até de 8/8h	Não se aplica	Analgesia 0
				Sedação +
				Depressão Respiratória 0
Haloperidol (2mg/mL) - sol. oral Frasco 20mL	14 – 26 h	SNE, VO 1a 5 mg até de 8/8h	Não se aplica	Analgesia 0
				Sedação +
				Depressão Respiratória 0
Risperidona Comprimido de 1 e 2 mg	3 – 20 h	SNE, VO 0,5 mg 2X/dia, podendo progredir para até 3mg/dia	Não se aplica	Analgesia 0
				Sedação +
				Depressão Respiratória 0
ALFA-2 AGONISTAS				
Drogas/Apresentação farmacêutica	Meia Vida	Vias de administração/ Doses	Solução Padrão	Efeitos
Dexmedetomidina (200mcg/2mL) Ampola 2mL	2 h	EV Até 1,4mcg/kg/h	1 ampola + NaCl 0,9% 48mL em bomba de infusão contínua – BIC ou bomba de	Analgesia +
				Sedação +
				Depressão Respiratória 0

			seringa – BS (0,4mcg/mL)	
OUTROS				
Propofol (100mg/10mL) Ampola 10mL	30 – 60 minutos	EV 50mcg/kg/minuto a 100mcg/kg/minuto	Sem diluição em acesso central Acesso periférico – diluir 2mg/mL com SG5%	Analgesia 0
				Sedação +++
				Depressão Respiratória +++
Dextrocetamina (Cetamina) (500mg/10mL) Ampola de 10mL	2 – 3h	EV, IM 2 – 3mg/kg/bolus 1 – 4mg/kg/h	2 frascos + NaCl 0,9% 80mL (10mg/mL)	Analgesia ++
				Sedação ++
				Depressão Respiratória +
Amitriptilina Comprimido de 25 mg	10 – 50 h	SNE, VO 25 a 75mg/dia	Não se aplica	Analgesia 0
				Sedação +
				Depressão Respiratória 0
Tiopental Sódico Frasco-ampola 1000mg Pó liofilizado	5,5 – 26 h	EV Coma barbitúrico: 10mg/kg/30minutos 5mg/kg/3h Manutenção: 1-3mg/kg/h	2 frascos + Água Bidestilada 40mL (20mL em cada frasco) + NaCl 0,9% 160mL	Analgesia 0
				Sedação +++
				Depressão Respiratória +++

Fonte:

*contexto sensitivo = quanto maior o tempo de infusão contínua, maior a meia vida.

Comentários

- Os Benzodiazepínicos ativam os receptores GABA A no cérebro.

- Tem efeito ansiolítico, hipnótico, anticonvulsivante e causam amnésia, mas não fazem analgesia.
- Ordem de potência: Lorazepam > Midazolam > Diazepam
- O Midazolam e o Diazepam são mais lipossolúveis que o Lorazepam, por isso têm efeito mais rápido.
- Os pacientes idosos são mais sensíveis.
- Causam taquifilaxia em infusão prolongada.
- Todos têm metabolização hepática (em hepatopatas, idosos, medicações que inibem citocromo p450).
- A instabilidade hemodinâmica induzida por benzodiazepínicos é mais comum em pacientes críticos que tenham doenças cardíacas ou pulmonares.
- Os metabólitos ativos do Diazepam e do Midazolam podem se acumular quando em uso contínuo, principalmente em paciente com insuficiência renal.
- O Lorazepam tem metabólito ativo (propilenoglicol) tóxico para pacientes críticos, com acidose metabólica e com insuficiência renal aguda (IRA).

- O Propofol se liga a vários receptores cerebrais (GABA A, nicotínico, M1 muscarínico).

- Tem efeito hipnótico, anti-emético e anticonvulsivante, além de provocar amnésia.
- Atravessa a barreira hemato-encefálica, proporcionando efeito rápido.

Pelo rápido metabolismo, deve ser usado em pacientes que precisam ser reavaliados neurologicamente com frequência.

- Dependendo da dose, pode causar depressão respiratória e hipotensão sistêmica (o que pode ser potencializado se associado a opióides).
- Potencial efeito cardio-depressor (inotrópico negativo).
- É dissolvido em solução lipídica a 10%, podendo causar hiper-trigliceridemia, pancreatite aguda e mioclonia.
- Efeitos colaterais:
 - Síndrome da infusão do Propofol é caracterizada por acidose metabólica, arritmias, IRA, hipotensão, hipercalemia, rabdomiólise, disfunção hepática (raramente) – ocorre em infusões prolongadas com dose superior a 70mcg/kg/min. A síndrome da infusão do Propofol tem incidência de 1% com mortalidade de 33%.

- A Dexmedetomidina corresponde ao Precedex.

- É um agonista seletivo α_2 , com efeito sedativo e analgésico.
- Possui efeitos simpaticolíticos (hipotensão e bradicardia), sem efeitos anticonvulsivantes.
- O início da sedação se dá em 15 minutos e alcança o pico em 1h.
- Dose máxima de 0,7mcg/kg/min.
- Os pacientes sedados apresentam melhor contactuação, sem depressão respiratória.
- Menor índice de Delirium, comparado com o Midazolam.

Recomendações

- Monitorização da profundidade da sedação e função cerebral.
- Realizar medidas objetivas da função cerebral de modo adjuvante na avaliação da sedação em pacientes recebendo bloqueadores neuromusculares.
- Eletroencefalograma (EEG) para monitorar atividade epiléptica não convulsiva em pacientes com crises confirmadas ou suspeita, ou ainda para titular medicação eletrossupressiva para atingir cessação da atividade epileptiforme em pacientes com PIC elevada em UTI.

4 Avaliação do Delirium

O Delirium é uma disfunção cerebral aguda muito frequente em UTI, o qual é acompanhado de alteração ou flutuação no estado mental, desatenção, pensamento desorganizado ou alteração no nível de consciência. Geralmente apresenta outros sintomas tais como: alteração do sono, atividade psicomotora anormal e distúrbios emocionais. Sendo assim, é considerado relevante na UTI, pois cerca de 80% dos pacientes em VM podem desenvolvê-lo.

Essa disfunção cerebral pode apresentar-se nas formas hiperativa, hipoativa e em flutuação ao longo do dia, com piora ao entardecer/anoitecer. Diante do exposto é tido como um preditor isolado de desfechos negativos, pois aumenta o tempo de internação, o tempo de VM, os custos hospitalares, a presença de déficit cognitivo permanente e a morte.

Então, a avaliação deve ser feita periodicamente com a utilização de ferramentas validadas para UTI, como a CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the ICU).

4.1 Manejo do Delirium

Uma vez detectado o delirium, deve-se analisar quais podem ser suas causas bases e tratá-las.

A evitação ou o tratamento de exposições iatrogênicas e ambientais (desidratação, privação do sono, infusões de benzodiazepínicos, uso de drogas com alto potencial anticolinérgico) são recomendados.

4.1.1 Manejo Medicamentoso

- Neurolépticos são amplamente utilizados para o tratamento do Delirium, principalmente o Haloperidol (com doses entre 0,5 a 5mg/dia e duração de 1 a 6 dias).
- O uso de Dexmedetomidina para realizar a sedação é preferível em pacientes com risco de desenvolver delirium.
- Recomenda-se evitar a interrupção abrupta de opióides, benzodiazepínicos e dexmedetomidina.
- Estimula-se a manutenção de níveis de sedação superficiais ou realização de sedação intermitente como estratégias de proteção contra o desenvolvimento de Delirium.

4.1.2 Prevenção e Manejo não Farmacológico

- São recomendadas a avaliação constante e a adoção de intervenções, voltadas para os seis fatores de risco, que são apresentados por pacientes internados em UTI: alteração cognitiva, insônia, imobilidade, alteração visual, transtorno auditivo e desidratação.

- A literatura descreve um conjunto de ações preventivas, denominado de Pacote ABCDEF: despertar (Awakening), coordenação da respiração (Breathing Coordination), monitorização e tratamento do Delirium, mobilidade precoce (Early mobility) e família (Family). Isto posto, o conjunto de ações inclui:

- Mobilização precoce em pacientes ventilados.
- Ações de reabilitação física e cognitiva com estimulação multi-sensorial, posicionamento, estimulação cognitiva, promoção de execução de atividades de vida diária e estimulação motora de extremidades superiores.
- Estratégias de reorientação sistemática com elementos ambientais de orientação temporal, alteração dos níveis de luz e ruído em períodos noturnos, fornecer constantemente informações sobre *o que/por que/quem/quando/onde/como*.
- Redução do ruído e higiene do sono.
- Estímulo ao auxílio sensorial, por exemplo, uso de óculos e aparelhos auditivos.
- Evitar mudanças de leito desnecessárias.
- Sempre que possível, recomenda-se a remoção de estímulos nocivos, tais como: cateteres, monitorizações e coletas freqüentes de sangue.

As condutas estabelecidas por este protocolo são sintetizadas no Fluxograma em anexo. São também disponibilizadas as Escalas de avaliação para Dor (BPS), Sedação (RASS) e Delirium (CAM-ICU).

Este é um protocolo multiprofissional, contendo condutas médicas, do campo de atuação da fisioterapia, psicologia, enfermagem e terapia ocupacional.

5 Referências Bibliográficas

Flôres, D. G.; Capone Neto, A. (Ed) Delirium no paciente grave. São Paulo, Ed.Atheneu, 2013.

Barr, J. et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation and delirium (PAD) in adult patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 2013.

Azevedo, L.C.P.; Oliveira, A.R.; Ladeira, J.P.; Velasco, I.T. Medicina intensiva baseada em evidências. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

6 Apêndice

6.1 Escala Comportamental de Dor – BPS

Behavioural Pain Scale _ BPS

Escala Comportamental de Dor	Descrição	Pontuação
Expressão Facial	Relaxada	1
	Pouco tensa	2
	Muito tensa	3
	Fáceis de dor	4
Extremidades Superiores	Sem movimento	1
	Parcialmente fletidas	2
	Completamente fletidas, incluindo dedos	3
	Permanentemente retraídas	4
Interação com o Ventilador Mecânico	Tolera os movimentos	1
	Tosse ocasionalmente, mas tolerando a VM na maior parte do tempo	2
	Briga com o ventilador	3
	Incapaz de permanecer em ventilação controlada	4

6.2 Escala de Agitação e Sedação de Richmond (RASS)

Escala de Agitação-Sedação de Richmond (RASS)

Pontos	Termo	Descrição
+4	Combativo	Claramente combativo, violento, representando risco para a equipe
+3	Muito agitado	Puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
+2	Agitado	Movimentos despropositados freqüentes, briga com o ventilador
+1	Inquieto	Apresenta movimentos, mas não agressivos ou vigorosos
0	Alerta e Calmo	
-1	Sonolento	Adormecido, mas acorda ao ser chamado (estímulo verbal) e mantém os olhos abertos por mais de 10s
-2	Sedação leve	Desperta ao estímulo verbal e mantém olhos abertos por menos de 10s
-3	Sedação moderada	Movimentação ou abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contato visual
-4	Sedação intensa	Sem resposta as ser chamado pelo nome, mas apresenta movimentação ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
-5	Não desperto	Sem resposta ao estímulo verbal ou físico

Procedimento para uso da Escala:

1. Se paciente está acordado, podendo atentar espontaneamente para estímulos ambientais
 - Avaliar atividade motora e qualidade da interação.
2. Se paciente não está alerta
 - Dizer o nome do paciente, pedir para abrir os olhos e olhar na direção do profissional.
 - Avaliar abertura ocular, tempo de sustentação da mesma e direção do olhar.
3. Quando paciente não responde ao estímulo verbal, realizar estímulo físico
 - Avaliar atividade motora reacional ao estímulo físico.

6.3 CAM-ICU (Confusion Assessment Method For The Icu)

Escala CAM-ICU

Realizar CAM-ICU se RASS maior que -4	
Característica 1 _ Flutuação do estado mental basal	
a) Há evidência de mudança no estado mental basal? b) Essa mudança tem caráter flutuante nas últimas 24h?	
NÃO Pare, não há delirium	SIM Ir para característica 2
Característica 2 _ Inatenção	
a) O paciente tem dificuldade para manter a atenção? - Teste das letras Diga ao paciente que irá falar dez letras e que ao ouvir a letra A, ele deverá apertar sua mão. Leia a seguinte sequência com intervalo de 3 segundos para cada letra: S A V E H A A R T	
MENOS QUE 3 ERROS Não há delirium	3 OU MAIS ERROS Ir para característica 3
Característica 3 _ Alteração do nível de consciência	
a) O paciente está sonolento, comatoso ou agitado? - Realizar avaliação com Escala de Rass	
SE RASS ≠ 0 Há delirium	SE RASS = 0 Ir para característica 4
Característica 4 _ Pensamento desorganizado	
a) O paciente tem discurso incoerente? b) O paciente é incapaz responder aos comandos corretamente? -Teste das perguntas dicotômicas Pergunte ao paciente se: 1) Uma pedra flutua na água? Resposta esperada: Não 2) Há peixes no mar? Resposta esperada: Sim 3) Um quilo pesa mais que dois quilos? Resposta esperada: Não 4) Você pode bater um prego com um martelo? Resposta esperada: Sim -Teste do comando Mostre dois dedos ao paciente por alguns segundos e peça para ele repetir. Após isto, peça para que ele faça com a outra mão. Caso o paciente esteja impossibilitado de utilizar uma das mãos, peça que ele adicione um	

dedo a mão inicialmente testada.	
MENOS QUE 2 ERROS Não há delirium	2 OU MAIS ERROS Há delirium
Observação: O Delirium é diagnosticado quando as características 1 e 2 são positivas e as características 3 ou 4 estão presentes.	

APROVAÇÃO DE REGIMENTO

Resolução n.º 21 de 10 de agosto de 2015

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.^a revisão), em reunião extraordinária, realizada em 10 de agosto de 2015, resolve:

Art. 1.º Aprovar o Regimento Interno do Núcleo Interno de Regulação do HC-UFTM, Filial Ebserh, parte integrante desta Resolução.

Art. 2.º Revogar a publicação do Regimento Interno Núcleo Interno de Regulação do HC-UFTM, Filial Ebserh, no Boletim de Serviço da Instituição, n.º 39, de 23 de fevereiro de 2015.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

Regimento Interno do Núcleo Interno de Regulação

Capítulo I

Da legislação

Art. 1.º O Núcleo Interno de Regulação - NIR - do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro/Filial Ebserh foi estruturado, considerando a Portaria n.º 3.390, de 30 de dezembro de 2013, do Ministério da Saúde que:

I - instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar, no âmbito do Sistema Único de Saúde, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde;

II - determinou em seu Artigo 11, parágrafo 6.º, que o gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, preferencialmente por meio da implantação de um Núcleo Interno de Regulação ou Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH).

Parágrafo único. O objetivo da criação do NIR pela supracitada portaria é aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário.

Capítulo II

Das definições

Art. 2.º O NIR do HC-UFTM possui natureza técnico-administrativa permanente, com a finalidade de fiscalizar e deliberar sobre temas relacionados às atividades e atribuições na Instituição, referentes à regulação, controle e avaliação dos serviços prestados, com vistas a:

I - qualificar os fluxos e processos de trabalho internos;

II - otimizar os recursos institucionais;

III - responsabilizar todos os profissionais responsáveis pelo atendimento ao usuário e pelo uso dos recursos.

Capítulo III

Da composição, mandato e funcionamento

Art. 3.º O NIR terá composição multidisciplinar, contando com pelo menos oito componentes, sendo um coordenador, todos designados pelo superintendente em portaria:

- I - coordenador;
- II - médico regulador;
- III - enfermeiro regulador dos leitos hospitalares;
- IV - assistente social;
- V - psicólogo;
- VI - referência técnica (Grupo Consultivo);
- VII - secretário;
- VIII - assistente Administrativo.

Art. 4.º Os componentes do NIR serão divididos da seguinte forma:

- I - grupo executivo hospitalar;
- II - grupo executivo ambulatorial;
- III - grupo executivo de regulação;
- IV - grupo administrativo;
- V - grupo consultivo.

Parágrafo único. O Grupo Consultivo está constituído por:

- I - responsável pela Divisão Médica;
- II - responsável pela Divisão de Gestão do Cuidado;
- III - responsável pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- IV - responsável pela Unidade de Cuidados Intensivos;
- V - responsável pelo Serviço de Patologia Especial;
- VI - responsável pelo Setor de Apoio Terapêutico;
- VII - responsável pela Unidade de Pronto Socorro;
- VIII - responsável pela Divisão de Enfermagem;
- IX - responsável pela Unidade de Diagnóstico por Imagem;
- X - assessoria Técnica em Extensão Universitária;
- XI - assessoria Jurídica.

Art. 5.º O mandato dos componentes do NIR será de dois anos podendo haver recondução, de acordo com as necessidades do núcleo e disponibilidade dos membros.

Art. 6.º A destituição de algum membro do NIR só poderá ocorrer sobre apreciação da chefia do setor de regulação, com anuência do Superintendente.

Art. 7.º O NIR reunir-se-á, ordinariamente, quinzenalmente e extraordinariamente quando convocado pelo Coordenador, ou a requerimento da maioria simples de seus membros e/ou do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde.

Art. 8.º O NIR instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, excetuando os membros do Grupo Consultivo.

§ 1.º As deliberações tomadas *ad referendum* deverão ser encaminhadas ao Plenário da Comissão para deliberação desta, na primeira reunião seguinte.

§ 2.º As deliberações do NIR serão consubstanciadas em notas/relatórios endereçadas ao Superintendente.

Art. 9.º É facultado ao Coordenador e aos membros do NIR solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 10. As reuniões do NIR obedecerão à seguinte rotina:

- I - verificação da presença do (a) Coordenador (a) e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo;
- II - verificação de presença e existência de “*quorum*” (50% mais um, entre os membros dos Grupos Executivo e Administrativo);
- III - leitura e/ou apresentação de pauta;
- IV - discussão e aprovação de pareceres;
- V - deliberação de ações a serem executadas por cada membro envolvido nos pareceres;
- VI - organização da pauta da próxima reunião.

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

Art. 11. A reunião será organizada com os expedientes ou pautas apresentados para discussão, acompanhadas dos pareceres, súmulas e relatórios.

§ 1.º A pauta será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de três dias para as reuniões ordinárias e dois dias para as extraordinárias.

§ 2.º Após a leitura da pauta, o Coordenador, ou seu substituto, deve submetê-la à discussão, dando a palavra aos membros que solicitarem.

§ 3.º O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas sobre o tema, propor diligências ou adiamento da discussão e das deliberações.

§ 4.º O prazo de vistas será encerrado com a realização da próxima reunião ordinária.

Art. 12. As deliberações serão divulgadas à Comunidade Hospitalar por meio de boletins eletrônicos ou impressos.

Capítulo IV

Das competências

Art. 13. Caberá ao NIR:

I - apoiar as equipes das unidades no correto fluxo do paciente no complexo hospitalar;

II - conferir as etapas do tratamento para que o paciente receba cuidado integral às suas necessidades de saúde durante o processo terapêutico;

III - auditar a regulação de leitos das unidades de internação, seguindo a lógica das necessidades sazonais e epidemiológicas próprias da população atendida;

IV - auditar a regulação de consultas e procedimentos de todas as unidades, seguindo a lógica das necessidades sazonais e epidemiológicas próprias da população atendida e a contratualização estabelecida;

V - acompanhar a efetividade clínica e, em caso de desequilíbrio entre a demanda e a oferta de leitos, utilizar critério de admissão por risco;

VI - discutir com as equipes a ampliação da efetividade clínica para melhor aproveitamento de recursos;

VII - participar da criação e implementação de protocolos clínicos baseados no perfil de morbimortalidade hospitalar, na Medicina Baseada em Evidência, na Enfermagem Baseada em Evidência e na Saúde Pública Baseada em Evidência, com foco nas Linhas de Cuidado;

- VIII - atuar como facilitador na implantação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), especialmente para os pacientes de longa permanência;
- IX - monitorar o Tempo Médio de Permanência (TMP) das internações e identificar possíveis inconsistências e suas causas;
- X - monitorar o Tempo de Espera de Cirurgia e identificar possíveis inconsistências e suas causas;
- XI - monitorar a taxa de reinternação hospitalar e identificar possíveis inconsistências e suas causas;
- XII - participar da criação e implementação do Plano de Alta Hospitalar baseado no perfil de morbimortalidade hospitalar, na Medicina Baseada em Evidência, na Enfermagem Baseada em Evidência e na Saúde Pública Baseada em Evidência, com foco nas Linhas de Cuidado;
- XIII - realizar o monitoramento contínuo do Plano Diretor de Regionalização, juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), sede da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e municípios da região ampliada, alta e média complexidade, através do acompanhamento das cotas de procedimentos por município, previstas na Programação Pactuada Integrada (PPI);
- XIV - integrar o serviço aos outros hospitais da rede assistencial local e fora da macrorregião para o remanejamento de pacientes, quando as condições clínicas permitirem, para realização de procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico não disponíveis no serviço, com vistas à diminuição das taxas de permanência e aumento das taxas de ocupação e rodízio da Instituição.

Capítulo V

Das atribuições

Art. 14. São atribuições do Coordenador do NIR:

- I - instalar o Núcleo e presidir suas reuniões;
- II - indicar seu substituto eventual;
- III - representar o NIR em suas relações internas e externas;
- IV - suscitar pronunciamento do NIR quanto às questões relativas aos documentos e informações médicas e de dados estatísticos sobre qualidade da assistência e fechamento de contas;
- V - coordenar as discussões e deliberações e, quando for o caso, exercer direito de desempate;

VI - indicar membros pertencentes ou não ao Núcleo e a seu conselho consultivo para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres, necessários à efetivação do trabalho do NIR;

VII - coordenar as auditorias realizadas pela comissão.

Art. 15. Caberá ao Médico Regulador:

I – acompanhar o Sistema SUS Fácil de urgência e emergência;

II - acompanhar o cumprimento do fluxo adequado de pacientes nas diversas portas de entrada da instituição;

III - estabelecer contato com a Regulação Externa para agilizar o fluxo de transferência de pacientes;

IV - fazer contato com as equipes médicas e de chefias dos setores de métodos diagnósticos para agilizar transferências e permanências prolongadas de pacientes nos diversos setores da instituição;

V - participar, juntamente com as equipes envolvidas no cuidado em saúde, da elaboração de fluxos de transferências internas com vistas a sua maior agilidade.

Art. 16. Caberá ao Enfermeiro Regulador de Leitos:

I - estar ciente de todos os leitos disponíveis na instituição e suas destinações;

II - ser responsável pela priorização das transferências dos pacientes da unidade de Pronto Atendimento para as Enfermarias e Centros de Terapia Intensiva (CTIs) conforme a classificação de risco, em comum acordo com a equipe médica;

III - ser responsável pela cessão de leitos em prioridade para os pacientes provenientes dos CTIs, Salas de Recuperação Pós-Anestésica e Pronto Socorro;

IV - coordenar a admissão dos pacientes para procedimentos eletivos nas respectivas enfermarias, de acordo com a solicitação e comunicação prévia das equipes responsáveis;

V - coordenar a admissão no Pronto Socorro dos pacientes aceitos via SUS Fácil, de acordo com a disponibilidade de leitos naquele setor;

VI - coordenar o serviço de Acolhimento da Unidade de Pronto Socorro;

VII – redistribuir os leitos institucionais no caso de superlotação;

VIII – monitorar a admissão de pacientes de Alta Complexidade conforme pactuação da Instituição;

IX - colaborar com os possíveis mutirões e campanhas de procedimentos através da disponibilização de leitos.

Art. 17. Caberá ao Assistente Social:

I - elaborar, programar, executar e avaliar juntamente com a instituição e as equipes multiprofissionais de referência, políticas sociais centradas nas necessidades individuais e coletivas dos usuários, a partir da compreensão do processo de saúde e doença, objetivando a garantia da universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar e ambulatorial;

II - participar juntamente com a instituição e as equipes multiprofissionais de referência, na elaboração, programação, execução e avaliação dos processos de transferências internas e externas do cuidado aos usuários, de forma humanizada, responsável e segura, viabilizando a continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital e ambulatório com as demais políticas e serviços de atenção da rede;

III - participar juntamente com a instituição e as equipes multiprofissionais de referência, dos processos de organização dos fluxos internos e externos de referência e contrarreferência dos usuários atendidos no hospital e ambulatório, de forma humanizada, responsável e segura;

IV - realizar juntamente com a instituição e as equipes multiprofissionais de referência, ações de articulação do trabalho em rede, envolvendo todos os serviços de atenção à saúde e sócio-assistenciais, que tenham interfaceamento com o processo de cuidado integral, buscando ampliar os recursos de intervenção na perspectiva de viabilizar a continuidade do cuidado integral ao usuário;

V - elaborar, emitir e discutir junto ao NIR, de maneira sistemática e continuada, relatórios que demonstrem demandas identificadas no processo de cuidado integral ao usuário, diagnosticados em todas as áreas de intervenção do serviço social no hospital e ambulatório;

VI - participar juntamente com a instituição e as equipes multiprofissionais de referência, da organização dos fluxos e do monitoramento da utilização dos sistemas que envolvam a entrada e saída de usuários no serviço, por meio do sistema de transferência intermunicipal e interestadual;

VII - elaborar, programar, executar e avaliar juntamente com a instituição e as equipes multiprofissionais ações que garantam a informação e orientação dos usuários e familiares quanto aos seus direitos e deveres enquanto cidadãos usuários do SUS, bem como das demais políticas sociais.

Art. 18. Caberá ao Psicólogo do NIR:

I - promover o suporte psicológico aos pacientes internados nas enfermarias e o apoio emocional aos familiares, tendo como objetivo principal minimizar o sofrimento provocado

pelo processo de hospitalização, focalizando o conjunto de fatos inseridos na internação e suas implicações na vida do paciente e de seus familiares;

II - trabalhar terapeuticamente a relação emocional do paciente com a sua doença e/ou momento de crise pela necessidade de permanência no hospital para tratamento;

III - orientar o paciente durante o processo de internação adiando o quadro psíquico e intercorrências emocionais;

IV - favorecer a expressão não verbal do paciente sem possibilidade de comunicação, através de técnicas adaptativas à situação aliviando o estresse, sempre com o caráter preventivo em saúde mental;

V - colaborar na assistência integral ao paciente e sua família;

VI - favorecer a expressão de sentimentos e emoções dos pacientes e seus familiares sobre seu tratamento e vivência no hospital, ambiente ansiógeno por excelência e mobilizador de conflitos;

VII - ampliar através de técnicas psicológicas, a consciência adaptativa do doente frente ao ambiente estressor, levando em conta o caráter deste paciente e seus recursos internos de enfrentamento;

VIII - estimular a equipe a perceber suas dificuldades em lidar com situações críticas;

IX - acompanhar e preparar psicologicamente os familiares de pacientes em situações críticas como pré-óbitos ou risco de morte súbita, morte encefálica, coma e impacto de eventos traumáticos;

X - estimular pacientes comatosos com ações especiais, visando ampliar as possibilidades humanizadas, o que se traduz em cuidado intenso e afetivo momentaneamente incapacitado de reações observáveis;

XI - realizar acompanhamento psicológico de familiares oferecendo condições para expressão de dúvidas, fantasias, falsos conceitos em relação à doença e à necessidade de permanência do paciente no hospital;

XII - amenizar angústias e ansiedades frente a situação hospitalar;

XIII - trabalhar vínculo mãe bebê;

XIV - trabalhar aspectos da sexualidade, envolvidos na doença e no tratamento;

XV - preparar emocionalmente o paciente para realização de cirurgias ou procedimentos invasivos;

XVI - trabalhar aspectos adaptativos que contribuem com a readaptação do paciente no pós-alta;

XVII - trabalhar aspectos emocionais que contribuam na adesão ao tratamento;

XVIII - orientar os pais sobre maneiras adequadas de informar a criança sobre hospitalização ou morte familiar;

XIX - auxiliar no enfrentamento de situação de luto e morte;

XX - desenvolver atividades com estagiários em Psicologia da Saúde (graduandos e formados-residentes) e outros profissionais de saúde, atuando de forma integrada, colaborando para uma visão global dos pacientes e familiares.

Art. 19. Cabe à Referência Técnica (Grupo Consultivo) a função de fornecer subsídios técnicos para o trabalho do NIR, quando este necessitar.

Art. 20. Caberá ao Secretário do NIR:

I - organizar a pauta;

II - receber e protocolar os processos e expedientes;

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

IV - providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

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

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

VII - elaborar relatório anual das atividades do NIR;

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

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

Art. 21. Caberá ao Assistente Administrativo:

I - representar o NIR em cada setor do Hospital;

II - captar as informações necessárias nos diversos setores e comunicar os membros responsáveis para que a equipe possa atuar.

Capítulo VI

Disposições gerais

Art. 22. O Serviço de Apoio Administrativo proporcionará a infraestrutura necessária a assegurar o suporte técnico, científico e operacional, indispensáveis à eficiência do NIR.

Art. 23. O NIR, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 24. Os casos omissos serão resolvidos pelo NIR, em cotejo com a Superintendência.

Art. 25. Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação e revoga o regimento interno do NIR, publicado no Boletim de Serviço do HC-UFTM n.º 39, de 23 de fevereiro de 2015.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar, no âmbito do Sistema Único de Saúde, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde.

Resolução n.º 22 de 10 de agosto de 2015

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.^a revisão), em reunião extraordinária, realizada em 10 de agosto de 2015, resolve:

Art. 1.º Aprovar o Regimento Interno do Núcleo de Segurança do Paciente do HC-UFTM, Filial Ebserh, parte integrante desta Resolução.

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

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

Regimento Interno do Núcleo de Segurança do Paciente

Siglário

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)

Eventos Adversos (EAs)

Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)

Ministério da Saúde (MS)

Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

Organização Mundial da Saúde (OMS)

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)

Plano de Segurança do Paciente (PSP)

Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)

Resolução da Diretoria Colegiada (RDC)

Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS)

Úlcera por pressão (UPP)

Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

Introdução

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo I

Das Disposições Gerais

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

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

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

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

Art. 3.º Para efeitos deste regimento a cultura da segurança é o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

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

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

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

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

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

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

I - Eventos graves relacionados aos procedimentos cirúrgicos;

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

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

II - Eventos relacionados a produtos:

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

III - Eventos relacionados à proteção do paciente:

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

IV- Eventos relacionados à gestão do cuidado:

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

- i) óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exames de laboratório, patologia ou radiologia.

V- Eventos ambientais:

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

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

VII- Eventos criminais potenciais:

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

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

Capítulo II

Do Núcleo de Segurança do Paciente

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

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo III

Da Natureza e Finalidade

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

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

Capítulo IV

Da Composição

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

I - coordenador do Núcleo;

II - unidade Gestão de Riscos Assistenciais Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS):

a) um representantes dos médicos;

b) três representantes da enfermagem

III - unidade de riscos Relacionados à Tecnologia e Protocolos Assistenciais:

a) um representante da Gerência de Atenção a Saúde;

b) um representante da Divisão Médica;

c) um representante médico da equipe cirúrgica;

d) um representante médico da equipe de clínica médica;

e) um representante dos médicos residentes;

f) um representante da residência multiprofissional;

g) dois farmacêuticos;

h) um representante da Divisão de Enfermagem;

i) um representante do Serviço de Educação da Enfermagem;

j) um representante da Divisão de Gestão do Cuidado;

k) um representante da Gerência Administrativa;

l) um representante da equipe de psicólogos;

m) um representante da equipe de terapia nutricional;

n) um representante do Núcleo de Vigilância Epidemiológica;

o) um auxiliar administrativo.

Capítulo V

Dos Deveres e Responsabilidades

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

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

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

IV - proteção à identidade do notificador;

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

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

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

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

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

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

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

I - coordenar as discussões;

II - produzir e expedir documentos;

III - distribuir tarefas;

IV - conduzir os trabalhos;

V - coordenar o apoio administrativo.

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

Capítulo VI

Do Mandato

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

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

Capítulo VII

Das Prerrogativas e Competências do NSP

Art. 26. São princípios do NSP:

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

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

- I - prever a mitigação de EAs, especialmente aqueles sabidamente evitáveis e os que nunca devem ocorrer.
- II - fazer uso de ferramentas de gestão de risco para o processo investigatório;
- III - conhecer o processo de tal forma que se antecipe aos problemas, identificando os pontos críticos de controle de cada uma dessas etapas.

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

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

Art. 29. O NSP deve promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados, incluindo aqueles envolvidos na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos e propor ações preventivas e corretivas:

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

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

- a) pequenas alterações no plano devem ser sinalizadas e amplamente divulgadas;
- b) a atualização periódica do instrumento deve ser realizada sempre que: existir risco iminente de problemas envolvendo novas tecnologias; houver uma drástica alteração na realização de procedimentos e processos.

II - acompanhar as ações vinculadas ao PSP:

- a) os integrantes do NSP devem assumir uma postura proativa, identificando e procurando os vários setores dos serviços de saúde para a discussão das soluções possíveis para os problemas encontrados;
- b) promover a melhoria dos processos de trabalho pelo estabelecimento de boas práticas;
- c) incorporar a participação do paciente na decisão do seu cuidado, sempre que possível.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa) onde os *links* para notificação estão disponibilizados no Portal da Anvisa (www.anvisa.gov.br) e *Hotsite* Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde (<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/index.html>);
- b) acompanhar o processo de notificação;
- c) analisar e avaliar as notificações sobre e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

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

- a) se o serviço de saúde não detectar nenhum EA durante o período de notificação, o NSP deverá arquivar como ocorrência relativa àquele mês ausência de EAs naquele estabelecimento, nesse caso, não há necessidade de notificação negativa ao SNVS;
- b) em caso de denúncia, inspeção sanitária ou outro tipo de atuação regulatória.

- X - acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;
- XI - avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- XII - priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, Anvisa, Ebserh e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- XIII - desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- XIV - promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;
- XV - promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- XVI - elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;
- XVII - apoiar a Sede da Ebserh no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente para a rede da Empresa;
- XVIII - participar de eventos e demais ações promovidos pela Ebserh Sede sobre segurança do paciente e qualidade.

Capítulo VIII

Das Reuniões

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

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

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

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

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

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

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

Art. 37. Os membros da comissão que faltarem a 3 (três) reuniões consecutivas, injustificadamente, serão automaticamente considerados desligados e o pedido de sua substituição encaminhado ao Superintendente.

Capítulo IX

Das Deliberações e Recomendações

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

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

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

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

Capítulo X

Do Suporte ao Funcionamento

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

Art. 40. São consideradas atividades administrativas:

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

Capítulo XI

Dos Grupos de Trabalho do NSP

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

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

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

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

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

- I - coordenar as discussões;
- II - definir responsabilidades dos componentes;
- III - conduzir os trabalhos;
- IV - responsabilizar-se pela entrega tempestiva dos produtos demandados pelo NSP.

Capítulo XII

Das Disposições Finais

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

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

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

Resolução n.º 23, de 10 de agosto de 2015

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.^a revisão), em reunião extraordinária, realizada em 10 de agosto de 2015, resolve:

Art. 1.º Aprovar o Regimento Interno do Comitê Transfusional do HC-UFTM, Filial Ebserh, parte integrante desta Resolução.

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

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

Regimento Interno do Comitê Transfusional do Hospital de Clínicas da UFTM

Capítulo I

Da Implantação

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III - implementar estratégias para o uso racional do sangue;

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

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

VI - atuar segundo as normas técnicas da Fundação Hemominas.

Capítulo II

Da Composição

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

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

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

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

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

Capítulo III

Das Atribuições

Art. 7.º São atribuições do Comitê Transfusional:

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

hemocomponentes:

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

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

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

III - avaliar a Indicação da Transfusão:

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

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

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

I - pedido médico;

II - indicação;

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

IV - avaliação do resultado:

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

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

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

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

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

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

Capítulo IV

Das Disposições Gerais

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

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

Resolução n.º 24, de 10 de agosto de 2015

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2ª revisão), em reunião extraordinária, realizada em 10 de agosto de 2015, resolve:

Art. 1.º Aprovar o Regimento Interno do Núcleo de Qualidade do HC-UFTM, Filial Ebserh, parte integrante desta Resolução.

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

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

Regimento Interno do Núcleo de Qualidade do HC/UFTM/Filial Ebserh

Siglas

CCIH Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

FNQ Fundação Nacional da Qualidade

HC Hospital de Clínicas

NQ Núcleo da Qualidade

NSP Núcleo de Segurança do Paciente

ONA Organização Nacional de Acreditação

UFTM Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Introdução

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

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

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

- 1- Visão sistêmica – entendimento das relações de interdependência entre os diversos componentes de uma organização, bem como entre a organização e o ambiente externo.
- 2- Aprendizado organizacional – busca e alcance de um novo nível de conhecimento, por meio de percepção, reflexão, avaliação e compartilhamento de experiências, alterando princípios e conceitos aplicáveis a práticas, processos, sistemas, estratégias e negócios, e produzindo melhorias e mudanças na organização.
- 3- Proatividade – capacidade da organização de se antecipar às mudanças de cenários e às necessidades e expectativas dos clientes e das demais partes interessadas.
- 4- Foco no cliente e no mercado – conhecimento e entendimento do cliente e do mercado, visando à criação de valor de forma sustentada para o cliente e maior competitividade nos mercados
- 5- Responsabilidade social – atuação baseada em relacionamento ético e transparente com todas as partes interessadas, visando ao desenvolvimento sustentável da sociedade, preservando recursos ambientais e culturais para futuras gerações, respeitando a diversidade e promovendo a redução das desigualdades sociais.
- 6- Inovação – implementação de novas idéias geradoras de um diferencial competitivo.
- 7- Gestão baseada em fatos – tomada de decisões com base na medição e análise do desempenho, levando-se em consideração às informações disponíveis, incluindo os riscos identificados.

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

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

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

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

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

Devido a inúmeros problemas na área da saúde, houve a necessidade em criar alguma ferramenta que fosse capaz de entender os mecanismos e tentar reduzir falhas, com o objetivo de oferecer qualidade no atendimento e criar uma nova estrutura que atendesse com profissionalismo os usuários do sistema. Foi então criada a acreditação, que, de acordo com a Organização Nacional de Acreditação (ONA), é o procedimento pelo qual uma instituição acreditadora “reconhece formalmente que uma empresa tem competência para cumprir as atividades definidas na sua razão social”. No Sistema Brasileiro de acreditação das organizações prestadoras de serviços de saúde, a avaliação pauta-se por exigências legais de segurança no atendimento, bem como na organização do trabalho e seus resultados. A certificação na área de saúde surge com a intenção de promover a melhoria contínua dos processos hospitalares.

Capítulo I

Das Disposições Gerais

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

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

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

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

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

Parágrafo único. O monitoramento dos processos é fundamental para garantir resultados positivos e segurança, com atividades como: padronização de documentos, mapeamento de processos, gerenciamento de indicadores e análise de dados, determinação de conceitos e metodologias para gerenciamento de riscos, acompanhamento e implantação de melhorias, capacitação de gestores e colaboradores

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

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

Art. 7.º A acreditação é um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos.

Parágrafo único. Terá caráter educacional e não fiscal para determinar se a instituição atende aos requisitos elaborados para melhorar a segurança e a qualidade do serviço.

Art. 8.º O Núcleo da Qualidade está alicerçado nos pilares fundamentais da Qualidade, segundo Donabedian (1990):

I - eficácia: é a habilidade da ciência médica em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos;

II - efetividade: é a relação entre o benefício real oferecido pela assistência e o resultado potencial, representado por estudos epidemiológicos e clínicos;

III - eficiência: é a relação entre o benefício oferecido pela assistência médica e seu custo econômico;

IV - otimização: é o estabelecimento do ponto de equilíbrio relativo, em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico. É a tentativa de evitar benefícios marginais a custos inaceitáveis;

V - aceitabilidade: é a adaptação dos cuidados médicos e da assistência à saúde às expectativas, desejos e valores dos pacientes e suas famílias. Este atributo é composto por 5 conceitos: acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, preferências do paciente quanto aos efeitos da assistência e preferências do paciente quanto aos custos da assistência;

VI - legitimidade: é a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo. Implica conformidade individual, satisfação e bem-estar da coletividade;

VII - equidade: é a determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para todos os membros da comunidade.

Do Núcleo da Qualidade

Art. 9.º O NQ tem o compromisso de introduzir a Gestão da Qualidade como uma ferramenta permanente de aprimoramento institucional, reorganizando suas práticas e diminuindo riscos para pacientes, profissionais e colaboradores, monitorando periodicamente os indicadores para subsidiar os responsáveis do HC-UFTM nas tomadas de decisão a fim de consolidar os processos.

Art. 10. O NQ tem por objetivo assegurar que a Gestão da Qualidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro seja estabelecido, implantado e mantido, de acordo com requisitos da qualidade estabelecidos no processo de Acreditação da ONA.

Art. 11. O NQ, durante as ações de implantação, implementação e a manutenção, obedecerá as normas vigentes para cada processo trabalhado.

Capítulo II

Da Natureza e Finalidade

Art.12. O NQ é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, é diretamente ligado a Superintendência do Hospital.

Art. 13. O NQ é um conjunto de programas gerenciais que sistematiza o planejamento, a formulação e a operacionalização dos processos assistenciais e de apoio, necessários para garantir a excelência nos serviços prestados.

Art. 14. O NQ tem por finalidade assessorar a promoção de ações institucionais de melhoria contínua na gestão dos processos, elevando o padrão dos serviços prestados por meio de indicadores da qualidade, avaliação da satisfação dos usuários, definição de metodologias e ferramentas da qualidade e controle dos instrumentos administrativos que compõem a estrutura organizacional.

Capítulo III

Da Composição

Art.15. O NQ, composto por colaboradores do HC e nomeado pelo Superintendente em Portaria, é formado:

I- coordenador;

II - quatro representantes da alta administração Hospitalar;

III - grupo técnico/executor:

a) um representante do Núcleo de Segurança do Paciente;

b) um representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

c) um representante da Gerência de Risco;

- d) um representante da educação em serviço;
 - e) três representantes da Administração Hospitalar para planeamento estratégico;
 - f) dois representantes da Divisão de Enfermagem;
 - g) dois representantes da equipe de padronização de materiais, equipamentos e medicamentos;
 - h) um assessor, profissional de nível superior;
- IV - assessor de planeamento e qualidade;
- V - secretário.

Art. 16. Fica facultada ao coordenador do Núcleo propor a participação de novos profissionais para atuarem como apoio técnico e operacional na implementação dos processos.

Capítulo IV

Dos Deveres e Responsabilidades

Art. 17. São deveres e responsabilidades dos membros do NQ:

- I - participar das reuniões, discussões e deliberações sobre quaisquer assuntos constantes da pauta;
- II - propor assuntos para a pauta das reuniões;
- III - solicitar reunião extraordinária do NQ;
- IV - colaborar com estudos e propostas ao NQ, que contribuam para a implantação de medidas que venham a assegurar a estruturação organizacional mais adequada à execução dos processos e das atividades do NQ;
- V - colaborar com estudos e debates visando ao aperfeiçoamento permanente dos processos e das atividades do NQ;
- VI - coordenar a implantação, na sua área de atuação, das medidas e processos aprovados pelo NQ;
- VII - colaborar com as outras áreas de atuação do NQ na implantação das medidas e processos aprovados;
- VIII - participar da apreciação e deliberação sobre propostas apresentadas por membros do NQ, a serem levadas às reuniões do Núcleo;
- IX - pedir vistas de assuntos em discussão.

Art. 18. Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes ao abrir o item de pauta.

Art. 19. As matérias examinadas nas reuniões do Núcleo têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

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

Art. 20. As atribuições dos representantes do NQ são as seguintes atividades:

I - representantes da alta administração:

- a) assegurar que os processos e requisitos necessários à implantação e implementação do Sistema de Gestão da Qualidade sejam estabelecidos;
- b) assegurar a promoção da conscientização sobre os requisitos do cliente em toda a organização;
- c) servir como contato para organizações externas no que se refere NQ-HC-UFTM.

II - coordenador:

- a) convocar e coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias do NQ;
- b) consolidar a pauta definitiva das reuniões do NQ;
- c) colocar em discussão qualquer matéria urgente ou de alta relevância, ainda que não constante da pauta de convocação;
- d) representar o NQ junto à Gestão Superior e entidades da sociedade;
- e) delegar atribuições aos demais membros do NQ;
- f) constituir grupo(s) de trabalho(s), se e quando necessário, indicando para cada grupo um relator;
- g) expedir todos os atos necessários à efetivação das deliberações do NQ;
- h) convidar, a seu critério ou por indicação dos membros do NQ, autoridades ou técnicos de notória competência profissional, para participar das reuniões, sem direito à participação nas deliberações do NQ;
- i) conceder visto de matérias aos membros do NQ, quando solicitado;
- j) supervisionar as atividades exercidas pelo Secretário do NQ;
- k) convocar e coordenar as reuniões de análise crítica do sistema e na periodicidade prevista no Manual da Qualidade;

l) fazer cumprir este Regimento.

III - grupo técnico/executor:

- a) consolidar a pauta preliminar das reuniões do NQ, e submeter ao coordenador;
- b) estudar e propor ao NQ, medidas para assegurar a estruturação dos processos organizacionais, adequando-os ao cumprimento da missão institucional;
- c) mapear e monitorar a implantação das medidas e da estruturação dos processos organizacionais estabelecidos e aprovados pelo NQ;
- d) realizar estudos e debates visando o aperfeiçoamento permanente dos processos e da estrutura organizacional visando o cumprimento da missão institucional;
- e) apreciar e deliberar sobre propostas apresentadas por membros do NQ, a serem levadas às reuniões do Núcleo;
- f) representar o NQ junto aos setores do HC-UFTM;
- g) apoiar, acompanhar e controlar todas as ações voltadas para a implantação e manutenção do sistema da qualidade;
- h) assegurar a realização das reuniões de análise crítica do sistema e na periodicidade prevista;
- i) acompanhar os indicadores de desempenho do Sistema da Gestão da Qualidade para a tomada de decisão que garanta a eficácia do sistema;
- j) promover a integração do NQ com os demais setores, sendo interlocutor que viabilize a consolidação dos ajustes necessários à implantação das medidas que assegurem a estruturação dos processos organizacionais, adequando-os ao cumprimento da missão institucional do HC.;
- k) prestar serviço de consultoria interna em desenvolvimento organizacional e qualidade ao NQ;
- l) acompanhar os Planos Anuais de Auditoria Interna visando assegurar a sua realização;
- m) Prestar assistência ao processo de desenvolvimento e manutenção do NQ, buscando informações e feedback que possibilitem avaliação dos programas e procedimentos implantados.
- n) programar e executar o treinamento de todos os funcionários nas atividades relacionadas a qualidade hospitalar, visando a multiplicação dos conhecimentos e facilitar a implementação dos programas;
- o) organizar eventos internos e externos relativos ao Sistema de Gestão da Qualidade, visando promover o treinamento dos colaboradores;
- p) elaborar os fluxogramas de documentação do NQ, visando a correta comunicação e registro das informações;

q) desenvolver material de apoio, tais como apostilas, cartilhas, cartazes, visando otimizar os treinamentos e a divulgação do programa;

r) ministrar treinamentos internos relacionados com a qualidade.

IV - secretário:

a) controlar as ocorrências relacionadas com a qualidade, digitando dados, para elaboração de relatórios com estatísticas de produção;

b) participar da elaboração e redação dos procedimentos relacionados com a qualidade; c) manter controlos dos registos da qualidade;

d) controlar os certificados de qualidade de matérias-primas recebidas;

e) verificar os prazos dos certificados de aferição de instrumentos por entidade credenciada;

f) distribuir e controlar as cópias de manuais da qualidade;

g) preparar a proposta de pauta das reuniões do NQ, fazendo constar as sugestões encaminhadas previamente pelos membros do Comitê, e consolidá-la com o Coordenador;

h) expedir convocação para as reuniões do NQ, anexando a pauta e a documentação necessária para as deliberações;

i) providenciar a organização do local das reuniões, a infraestrutura necessária e a comunicação aos membros do NQ;

j) elaborar as atas ou notas de reuniões e encaminhá-las aos membros do NQ, num prazo máximo de 7 dias;

k) organizar a comunicação, o arquivo e a documentação da qualidade, de forma a garantir o acesso rápido e seguro às informações.

V - Assessor de planejamento e qualidade:

a) substituir o Coordenador nas suas ausências ou afastamentos temporários;

b) assessorar o Coordenador e o grupo da Qualidade em todos os assuntos de sua competência;

c) assessorar os gerentes e facilitadores do HC na implantação das atividades do NQ, visando garantir sua execução dentro dos padrões estabelecidos.

Capítulo V

Das Competências do Núcleo de Qualidade

Art. 21. Estudar e propor à representantes da alta administração e da comunidade do HC-UFTM, medidas para assegurar a estruturação dos processos organizacionais, adequando-os ao cumprimento da missão institucional.

Art. 22. Assegurar a implantação e manutenção dos processos organizacionais estabelecidos e aprovados, inclusive através da viabilização, junto à alta administração.

Art. 23. Incentivar estudos e debates com as lideranças, visando o aperfeiçoamento permanente da estrutura e dos processos organizacionais, definidos para estes serviços.

Art.24. Assegurar a implantação das medidas aprovadas.

Art. 25. Garantir que o Núcleo de Qualidade (NQ) orientará os processos de trabalho elencados prioritariamente :

I - desenvolver o mapeamento dos processos essenciais;

II - estabelecer a cultura da elaboração documental e sua aplicação;

III - manter programas para o gerenciamento de riscos e eventos adversos, com vistas a contemplar as Metas Internacionais de Segurança do Paciente;

IV - capacitar os profissionais para a prática com qualidade e segurança;

V - sedimentar a cultura e a prática de qualidade e segurança na instituição.

VI - garantir o gerenciamento de riscos na instituição, através das diretrizes das Gerências de Risco, CCIH e NSP;

VII - garantir a implementação das metas internacionais de segurança;

VIII - obter efetividade nas ações voltadas para a melhoria da qualidade e segurança do paciente;

IX - mapear, revisar e monitorar os processos estabelecidos buscando a melhoria institucional contínua;

X - monitorar os indicadores de qualidade dos serviços, na aferição da melhoria dos processos;

XI - garantir que o monitoramento e a intervenção em todos dos processos estabelecidos, sejam realizados pelas lideranças, buscando as melhorias exigidas;

XII - garantir a manutenção das melhorias alcançadas com seus respectivos registros e divulgação a toda comunidade do HC-UFTM;

XIII - promover a comunicação dos processos de melhoria da qualidade em toda a instituição.

Capítulo VI

Das Reuniões

Art. 26. As reuniões do NQ serão realizadas quinzenalmente com o grupo técnico, executor e assessor e mensalmente com os membros da alta administração em caráter ordinário, em dia, local e horário pré-estabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, na sala do NQ do HC, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 48 horas de antecedência.

Art. 27. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer membro da Comissão.

Art. 28. Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer um dos membros da Comissão.

Art. 29. O NQ mensalmente apresentará nas suas reuniões, trabalhos propostos em andamento e concluídos, com entrega de relatórios podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 30. As reuniões serão realizadas com qualquer número de participantes, a critério do Coordenador, ficando as resoluções na dependência da presença da metade, mais um, dos membros presentes à reunião.

Art. 31. De cada reunião será lavrada Ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 32. Os membros da comissão que faltarem a 3 (três) reuniões consecutivas, injustificadamente, serão automaticamente considerados desligados e o pedido de sua substituição encaminhado ao Superintendente.

Capítulo VII

Das Deliberação e Recomendação

Art. 33. As deliberações do NQ serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros:

I - as votações, quando necessárias, serão abertas e acompanhadas de defesa verbal registradas em ata;

II - as decisões serão tomadas em votação por maioria simples dos presentes;

III - em caso de empate na votação, a decisão final caberá ao Coordenador do NQ.

Capítulo VIII

Do Suporte ao Funcionamento

Art. 34. O apoio administrativo ao NQ será realizado pelo trabalhador administrativo terceirizado a ser contratado.

Art. 35. São consideradas atividades administrativas:

I - prestar subsídios e informações relacionadas as atividades do NSP;

II - elaborar e arquivar atas, processos, relatórios, documentos, correspondências e a agenda do NSP;

III - realizar o agendamento, a preparação e a expedição das convocações para as reuniões e o provimento do apoio logístico para as mesmas.

Capítulo IX

Dos Grupos de Trabalho

Art. 36. O NQ poderá criar grupos de trabalho para tratamento de assuntos específicos.

Parágrafo único. Os grupos de trabalho serão compostos por pessoas de reconhecido saber e competência profissional no tema, todos indicados pelo coordenador do NQ e nomeados pela Superintendência.

Art. 37. Cada grupo de trabalho será coordenado por um representante do NQ.

Capítulo X

Das Disposições Finais

Art. 38. Este regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 39. Os casos omissos serão resolvidos pelo núcleo em reunião para isto convocada com a presença do Superintendente.

Art. 40. O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

Referências

SILVA, A.M.B.S.; FARIAS, D.L.G.; VIEIRA, F.O.; SANTOS, V.M. Gestão da qualidade do serviço hospitalar em organizações privadas de saúde do estado do rio de janeiro: estudo de caso comparativo. In: VI CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO Energia, Inovação, Tecnologia e Complexidade para a Gestão Sustentável, 2010, Niterói, RJ. Resumos.... Rio de Janeiro, Brasil.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE QUALIDADE – PNQ – Prêmio Nacional da Qualidade, 2006.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. O processo de acreditação. Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.cbacred.org.br/front/vantagens.php>. Acesso em: 22 set. 2008.

Resolução n.º 26, de 10 de agosto de 2015

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.^a revisão), em reunião extraordinária, realizada em 10 de agosto de 2015, resolve:

Art. 1.º Aprovar o Regimento Interno da Time da Terapia Infusional do HC-UFTM, parte integrante desta Resolução.

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

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

Regimento do Time de Terapia Infusional do Hospital de Clínicas da UFTM

Capítulo I

Das Disposições Preliminares, Objetivos, Características

Art. 1.º Este regimento define as normas de funcionamento do Time de Terapia Infusional do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, diante da necessidade de melhoria da assistência prestada aos clientes, se atentando a um cuidado seguro, à redução do índice de infecções de corrente sanguínea (ICS), relacionadas ao cateter e, conseqüentemente, à redução dos custos.

Art. 2.º A Terapia Intravenosa (TIV) é um recurso bastante utilizado atualmente na assistência aos clientes, sendo que a maioria é usuária dessa prática no ambiente hospitalar, entretanto, é passível de eventos adversos quando incorporada à assistência sem nenhuma supervisão.

Art. 3.º É fundamental a padronização da TIV, se atentando aos novos dispositivos que surgem diariamente no mercado, testando-os e utilizando-os com a finalidade e manutenção corretas.

Art. 4.º A criação de uma equipe multidisciplinar e multiprofissional específica e habilitada para inserção e manutenção de cateteres, seguindo protocolos institucionais, pode levar à diminuição dos índices de ICS, demais eventos adversos e dos custos, associada a uma melhor qualidade da assistência prestada.

Art. 5.º O TTI tem como objetivos:

- I - elaborar protocolos para indicação, inserção, manutenção, retirada e manejo de complicações relacionadas aos dispositivos vasculares;
- II - realizar inserções de Cateter Central de Inserção Periférica (PICC);
- III - realizar treinamento com equipes de saúde;
- IV - capacitar e habilitar enfermeiros insertadores de PICC;
- V - realizar auditorias setoriais identificando e atuando em possíveis eventos adversos;
- VI - reduzir o índice de infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter.

Capítulo II

Das Finalidades

Art. 6.º São finalidades do TTI:

- I - melhorar a assistência prestada ao cliente usuário de terapia intravenosa;
- II - levantar indicadores de qualidade relacionados à TIV e atuar nos possíveis eventos adversos.

Capítulo III

Da Composição E Mandato

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

- I - uma enfermeira, coordenadora;
- II - um representante do serviço de nutrição;
- III - uma enfermeira, representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
- IV - duas enfermeiras, representantes do Serviço de Educação em Enfermagem (SEE);
- V - uma enfermeira, responsável pela Divisão de Enfermagem;
- VI - uma médica, responsável pela Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica;
- VII - uma médica intensivista da UTI Pediátrica;
- VIII - um médico, representante da Cirurgia Pediátrica;
- IX - um médico, responsável pela UTI Adulta;
- X - três médicos intensivista da UTI Adulta;
- XI - um representante da Comissão de Padronização de Materiais;
- XII - um representante da Unidade de Dispensação Farmacêutica.

Capítulo IV

Das Competências

Art. 8.º Compete ao TTI:

- I- criar protocolos relacionados à TIV e apresentá-los à CCIH e ao SEE para discussão;
- II- atuar junto ao Serviço de Padronização de Materiais no teste e habilitação de materiais relacionados à TIV;

III- atuar junto à Unidade de Almoxarifado para auxílio e elaboração de fluxo de aquisição e liberação dos cateteres vasculares e dispositivos intravenosos.

IV- registrar intercorrências ocorridas durante a realização do procedimento de inserção, manipulação ou retirada do cateter;

V- servir como suporte à equipe de saúde e em assuntos relativos à TIV;

VI- elaborar trabalhos científicos que se relacionem com a TIV;

VII- divulgar resultados obtidos pelo Time.

Capítulo V

Das Atribuições

Art. 9.º São atribuições da enfermeira coordenadora:

I - elaborar protocolos relacionados ao PICC e auxiliar na elaboração e reformulação dos demais cateteres;

II - elaborar ficha de acompanhamento de cateter;

III - auxiliar a aquisição e teste dos dispositivos intravenosos;

IV - avaliar juntamente à equipe médica a indicação do cateter que melhor atende à TIV;

V - capacitar e habilitar um enfermeiro em cada setor do hospital para inserção do PICC;

VI - auxiliar na inserção do PICC em procedimentos mais difíceis ou complexos e realizar a troca do primeiro curativo nesses casos;

VII - auxiliar nas intercorrências ocorridas relacionadas à TIV;

VIII - registrar possíveis intercorrências ou eventos adversos;

IX - elaborar e realizar treinamento com a equipe de saúde;

X - convocar e coordenar as reuniões do TTI.

Art. 10. São atribuições das demais enfermeiras:

I - auxiliar a equipe assistencial na indicação de uso do cateter;

II - auxiliar na elaboração e reformulação dos protocolos relacionados aos diversos dispositivos intravenosos;

III - auxiliar no treinamento com a equipe de saúde;

IV - participar mensalmente das reuniões do Time;

V - auxiliar a aquisição e teste dos dispositivos intravenosos;

VI - auxiliar nas possíveis intercorrências ocorridas relacionadas à TIV.

Art. 11. São atribuições da equipe médica:

- I - auxiliar a equipe assistencial na indicação de uso do cateter ;
- II - auxiliar nos estudos em relação à prescrição médica (incluindo interações medicamentosas);
- III - auxiliar no treinamento com a equipe de saúde;
- IV - participar mensalmente das reuniões do Time;
- V - atuar nas possíveis intercorrências ocorridas relacionadas à TIV.

Art. 12. São atribuições do representante da Unidade de Dispensação farmacêutica:

- I - auxiliar nos estudos em relação à prescrição médica (incluindo interações medicamentosas);
- II - auxiliar na aquisição e teste dos dispositivos intravenosos;
- II - participar mensalmente das reuniões do TTI;

Art. 13. São atribuições do representante da Comissão de Padronização de Materiais:

- I- atuar junto ao Serviço de Padronização de Materiais no teste e habilitação de materiais relacionados à TIV;
- II- atuar junto à Unidade de Almoxarifado para auxílio e elaboração de fluxo de aquisição e liberação dos cateteres vasculares e dispositivos intravenosos.

Capítulo VI

Das Reuniões/Funcionamento

Art. 14. As reuniões serão realizadas em caráter ordinário mensalmente, em dia, local e horário pré-estabelecidos, de acordo com a conveniência de seus membros, em local a ser definido pelo TTI.

Art. 15. As reuniões serão realizadas com a presença de metade mais um dos membros do TTI.

Capítulo VII

Das Disposições Finais

Art.16. Este regimento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do TTI, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade, observado o disposto no artigo 15.

N.º 56, quarta-feira, 26 de agosto de 2015

Art. 17. Os casos omissos serão resolvidos pelo TTI.

Art. 18. O presente regimento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

Resolução n.º 28, de 17 de agosto de 2015

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.^a revisão), em reunião extraordinária, realizada em 17 de agosto de 2015, resolve:

Art. 1.º Aprovar o Regimento Interno da Comissão de Farmácia e Terapêutica do HC-UFTM, parte integrante desta Resolução.

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

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

Regimento Interno da Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro/Filial Ebserh

Capítulo I

Da Natureza e Finalidade

Art. 1.º A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), estabelecida pela Organização Mundial de Saúde como uma das estratégias para monitorar e promover a qualidade no uso dos medicamentos, com segurança e efetividade, é instância de caráter consultivo e de assessoria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro/Filial Ebserh, vinculada à Assistência Farmacêutica, cuja ações devem estar voltadas à promoção do uso racional de medicamentos.

Art. 2.º A CFT tem por finalidade assessorar a Assistência Farmacêutica, em conjunto com a Comissão de Padronização de Medicamentos (CPM), na consolidação das políticas e práticas de utilização de medicamentos no HC-UFTM/ Filial Ebserh:

- I - na seleção de medicamentos nos diversos níveis de complexidade do hospital;
- II - no estabelecimento de critérios para o uso de medicamentos selecionados;
- III - na avaliação do uso dos medicamentos selecionados.

Capítulo II

Das Atribuições

Art. 3.º São atribuições da CFT:

- I - desenvolver atividades de estudo sobre medicamentos padronizados no HC-UFTM/Filial Ebserh para a implantação de rotinas que assegurem o uso racional de medicamentos;
- II - avaliar e emitir parecer sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da padronização de medicamentos (Anexo I do apêndice, critérios e fluxos de trabalho para inclusão e exclusão de medicamentos na padronização de medicamentos);
- III - desenvolver, propor estratégias e supervisionar todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos, com intuito de assegurar resultados clínicos ótimos e um risco potencial mínimo, participando da elaboração de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos;
- IV - estabelecer normas e procedimentos relacionados à seleção, distribuição/dispensação, utilização e administração de medicamentos;
- V - propor ações educativas visando o uso racional de medicamentos;

VI - elaborar e manter atualizado o Manual Farmacoterapêutico e as normas para sua aplicação;

VII - elaborar materiais informativos sobre o uso racional de medicamentos.

Capítulo III

Da Composição

Art. 4.º A CFT será composta por representantes dos segmentos:

I - assistência Farmacêutica – 12 membros;

II - assistência de Enfermagem – 3 membros;

III – serviço de educação na Enfermagem – 1 membro;

IV - assistência Médica – 3 membros.

§ 1.º A representação dos membros de cada segmento ocorrerá através de designação em Portaria pela Superintendência.

§ 2.º Todos os membros deverão assinar termo de isenção, onde afirmem ausência de conflitos de interesse, principalmente no que se refere a vínculos empregatícios ou contratuais, compromissos e obrigações com indústrias privadas, produtoras de medicamentos, que resultem em auferição de remunerações, benefícios ou vantagens pessoais (Anexo II do apêndice, critérios e fluxos de trabalho para inclusão e exclusão de medicamentos na padronização de medicamentos).

§ 3.º Enquanto pertencer à CFT/HC/UFTM/Filial Ebserh, nenhum dos membros poderá ter vantagens pessoais, proporcionadas por indústrias, produtoras de medicamentos.

§ 4.º Será dispensado, automaticamente, o membro que deixar de comparecer a três reuniões consecutivas, ou cinco reuniões alternadas (num período de seis meses), sem justificativa relevante, devendo a chefia do segmento representado, nesta circunstância, indicar novo membro.

§ 5.º A justificativa relevante de que trata o parágrafo anterior deverá ser apresentada por escrito até quarenta e oito horas úteis após a reunião.

Capítulo IV

Do Funcionamento

Art. 5.º A CFT será coordenada por um membro da Assistência Farmacêutica do HC-UFTM/Filial EBSERH.

Parágrafo único. Caberá ao Coordenador providenciar a organização da pauta das reuniões e preparação de cada tema nela incluído.

Art. 6.º A CFT reunir-se-á, uma vez ao mês e, extraordinariamente, por convocação do seu Coordenador ou por requerimento da maioria dos membros.

Art. 7.º As reuniões serão iniciadas com a presença mínima de 4 membros da Assistência Farmacêutica, 1 membro da Assistência de Enfermagem e 1 membro da Assistência médica.

Art. 8.º Cada membro titular terá direito a um voto.

Art. 9.º Na impossibilidade de consenso, depois de esgotada a argumentação técnica, consubstanciada em evidências científicas, as recomendações e pareceres da CFT serão definidas pela maioria simples do total dos seus membros presentes.

Art. 10. Nas situações em que os membros da CFT julgarem necessário, serão consultados especialistas, inclusive podendo ser de outras instituições, os quais poderão eventualmente participar das reuniões, com direito à voz.

Art. 11. As recomendações e pareceres da CFT a respeito das alterações na padronização de medicamentos serão submetidos à apreciação da CPM do HC-UFTM/Filial Ebserh, para aprovação final.

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

§ 2.º Para avaliação de alteração na padronização de medicamentos e emissão de pareceres, serão definidos grupos de estudos.

Art. 12. As reuniões da CFT serão registradas em atas, cuja elaboração ficará a cargo da Coordenação da CFT, onde constem os membros presentes, os assuntos debatidos e as recomendações e os pareceres emanados.

Capítulo V

Das Disposições Finais

Art. 13. O apêndice Critérios e Fluxos de Trabalho para inclusão e exclusão de medicamentos na padronização de medicamentos é parte integrante deste regimento, deve ser revisto quando houver necessidade e/ou a cada revisão do regimento, possuindo 5 anexos:

I – anexo I, Roteiro de avaliação e parecer técnico na solicitação de alteração na lista de padronização de medicamentos;

II – anexo II, Declaração de conflito de interesse para participar da CFT;

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

IV – anexo IV, Solicitação de alteração na padronização de medicamentos (inclusão) de responsabilidade da CFT;

V – anexo V, Solicitação de alteração na padronização de medicamentos (exclusão) de responsabilidade da CFT.

Art. 14. Os casos omissos serão resolvidos em reunião da CFT.

Anexo I - Roteiro de Avaliação e Parecer Técnico na Solicitação de Alteração na Lista de Padronização de Medicamentos

<p>Proposta de:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Exclusão</p>
<p>1. Identificação do Medicamento</p> <p>Nome Genérico: _____</p> <p>O produto está descrito adequadamente: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Principais indicações terapêuticas: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não informou</p> <p>Contra-indicações, precauções e/ou toxicidade relacionadas ao uso deste medicamento: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não informou</p> <p>O medicamento possui registro na ANVISA: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>A indicação terapêutica está aprovada em bula: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> uso <i>off-label</i></p> <p>Descreve Dose Diária Definida: Pediátrica <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Adulta <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>O produto encontra-se disponível no mercado nacional? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não informou</p> <p>Duração do tratamento: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
<p>2. Existem evidências (Estudos clínicos, Indicações de Diretrizes e Consensos, pareceres de Câmaras Internacionais ou experiências na Instituição) de segurança, eficácia e efetividade que justifique a alteração na padronização: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Os dados estão referenciados? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>As cópias das referências estão anexadas? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
<p>3. O custo efetividade do tratamento proposto frente aos disponíveis na instituição justifica a alteração na padronização: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>

<p>4. Existe necessidade de restrição na utilização do medicamento:</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Se sim, determinar:</p> <p><input type="checkbox"/> Clínica (s): - _____</p> <p><input type="checkbox"/> Doença (CID): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Médico (s) Prescritor (s): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Solicitar Protocolo Clínico de uso</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____</p>
<p>5. Existe necessidade de estudo de utilização do medicamento por tempo determinado com apresentação de relatório de resultados para análise de continuidade de uso?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Se sim, determinar tempo de utilização, número de pacientes a serem tratados e responsáveis pela elaboração do relatório:</p>
<p>6. Em caso de EXCLUSÃO:</p> <p>Avaliação do resumo das evidências clínicas, econômicas e/ou epidemiológicas que justifique uma solicitação (eficácia, efeitos colaterais, contra-indicações, precauções, toxicidade, custo/médio de tratamento, custo/benefício, etc) com as referências bibliográficas.</p>

7. Sugestão da CFT:	
Incluir no arsenal terapêutico: () sim () não	
Excluir do arsenal terapêutico: () sim () não	
_____	_____
Parecerista Técnico	Parecerista Técnico
8. Parecer da CPM:	
Incluir no arsenal terapêutico: () sim () não	
Excluir do arsenal terapêutico: () sim () não	
9. Comentários e/ou Justificativas:	
Data:	Carimbo e assinatura do Presidente da CPM
____/____/____	

Anexo II - Declaração de Conflito de Interesse para Participar da Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hc/Uftm/Filial Ebserh

Eu _____

Matrícula: _____ Cargo: _____

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

() SIM () NÃO

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

() SIM () NÃO

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

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

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

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____.

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

() sim () não

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

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

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

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

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

Solicitante (nome/CRM): _____

Serviço: _____

Telefone: _____ e-mail: _____

Declaração de conflito de interesse:

Declaro não apresentar conflito de interesses na recomendação acima.

Assinatura e carimbo: _____ Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo Chefe do Serviço: _____ Data: ___/___/___

7. Uso exclusivo serviço de farmácia

7.1 Custo mensal: _____

7.2 Relacionar medicamentos já padronizados pertencentes a mesma classe terapêutica:

8. Parecer técnico da comissão de padronização de medicamentos (CPM):

9. É necessária a instituição de protocolo clínico? () sim () não

Obs: Em caso afirmativo o solicitante deverá encaminhá-lo ao Serviço de Farmácia no prazo de 30 dias, a contar da data de recebimento do parecer técnico da CPM para sua apreciação e considerações.

Data:

___/___/___

Carimbo e assinatura do Presidente da CPM

Anexo IV - Solicitação de Alteração na Padronização de Medicamentos

Inclusão de Medicamento na Padronização

1. Nome do fármaco: _____
2. Dosagem: _____
3. Apresentação: _____
4. Especificação completa: _____
5. Classe farmacológica: _____
6. Classe XYZ: _____
7. Estimativa de consumo médio: _____
8. Fabricante (s): _____
9. Preço unitário: _____
10. Fonte do preço: _____

Data: ____ / ____ / ____

Coordenador da Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT

PARA USO DA CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO – CAF:

1. Código do medicamento: _____
2. Descrição do medicamento: _____

Data: ____ / ____ / ____

Chefe da Unidade de Abastecimento Farmacêutico - CAF

Anexo V - Solicitação de Alteração na Padronização de Medicamentos

Exclusão de Medicamento da Padronização

Dados do medicamento

1. Nome do fármaco: _____
2. Forma farmacêutica: _____
3. Via de Administração: _____
4. Justificativa que demonstre a ineficácia ou toxicidade do medicamento:

5. Outro. Especifique:

Data: ____ / ____ / ____

Coordenador da Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT

PARA USO DA CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO:

1. Especificação completa do medicamento:

2. Classe farmacológica: _____

3. Código do medicamento: _____

Data: ____ / ____ / ____

Farmacêutico

Apêndice

Critérios e Fluxo de Trabalho para Inclusão e Exclusão de Medicamentos na Padronização de Medicamentos

A seleção de medicamentos deve objetivar:

1. Uma maior eficácia administrativa;
2. Uma resolutividade terapêutica adequada;
3. A racionalidade na prescrição;
4. A racionalidade na utilização de fármacos;
5. A racionalização dos custos dos tratamentos

Critérios

Inclusão

As solicitações de inclusão deverão ser feitas através do preenchimento do Formulário de Solicitações de Alteração na Padronização de Medicamentos (Anexo 3). Indicar a referência ou anexá-la (em caso de indisponibilidade de consulta *on-line* será obrigatório seu envio), conforme item 6, do referido formulário. Para a inclusão de medicamentos deverão ser observados os seguintes critérios:

1. Registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa;
2. Valor terapêutico comprovado, com suficientes informações clínicas na espécie humana e em condições controladas, sobre a atividade terapêutica e farmacológica;
3. Composição perfeitamente conhecida, excluindo-se, sempre que possível, as associações fixas;
4. Baixa toxicidade;
5. Denominação pelo princípio ativo, conforme Denominação Comum Brasileira (DCB), ou, na sua falta, conforme Denominação Comum Internacional (DCI);
6. Informações suficientes sobre as características farmacocinéticas, farmacodinâmicas e farmacotécnicas;
7. Estabilidade em condições de estocagem e uso e facilidade de armazenamento;
8. Preferência de medicamentos clinicamente apropriados para o tratamento de mais de uma enfermidade;
9. Estar disponível no mercado nacional;

10. Formas farmacêuticas, apresentações e dosagem que facilitem a comodidade para a administração aos pacientes a que se destinam, o cálculo da dose a ser administrada e o fracionamento ou a multiplicação das doses;
11. Solicitação feita pelo coordenador/chefe/*staff* do serviço solicitante.

Substituição

A substituição de medicamentos da lista de padronização do HC/UFTM/Filial EBSERH, justificar-se-á quando o novo produto apresentar vantagem comprovada em termos de:

1. Menor risco/benefício;
2. Menor custo/tratamento;
3. Menor custo de aquisição, armazenamento, distribuição e controle;
4. Maior estabilidade;
5. Propriedades farmacológicas mais favoráveis;
6. Maior comodidade na administração;
7. Facilidade de dispensação.

Exclusão

As solicitações de exclusão deverão ser feitas através do preenchimento do Formulário de Solicitações de Alteração na Padronização de Medicamentos (Anexo 3).

A exclusão de medicamentos da lista de Padronização deverá seguir os critérios e ocorrer sempre que houver evidências de que o produto:

1. Apresenta relação risco benefício inaceitável;
2. Não apresenta vantagens farmacológicas e/ou econômicas comparativamente a outros produtos disponíveis no mercado;
3. Não apresenta demanda justificável durante os últimos doze meses.
4. Eliminar da padronização os medicamentos que tiveram sua comercialização proibida por órgão competente (nacional ou internacional);
5. Eliminar da padronização medicamentos que, em pesquisa interna de vigilância de reações adversas, tenha apresentado índice preocupante de ocorrência destes efeitos em pacientes internados;
6. Comprovar toxicidade e/ou ineficácia do fármaco.

Fluxo de Trabalho

As solicitações de inclusão ou exclusão de medicamento da lista de Padronização do HC-UFTM/Filial Ebserh, deverão ser encaminhadas à CFT (pelo Serviço de Farmácia – conforme Fluxograma de Alteração na Padronização de Medicamentos), através de solicitação em formulário próprio (Anexo 3), acompanhado da documentação exigida;

As solicitações de inclusão ou exclusão de medicamento devidamente encaminhadas à CFT serão analisadas conforme Roteiro de Avaliação e Parecer Técnico e estabelecidos no formulário próprio (Anexo 1);

A critério da CFT, a solicitação poderá retornar ao solicitante para complementação das informações;

Uma vez emitido o parecer pela CFT e homologado pelo Presidente da Comissão de Padronização de Medicamentos - CPM, novas solicitações sobre o mesmo produto somente serão aceitas decorrido um período de doze meses, salvo nos casos em que houver fato novo informando sobre possibilidade de risco de vida dos usuários envolvidos.

Após parecer da CPM, a CFT deverá comunicar à Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF, através de formulários próprios a Inclusão (Anexo 4) e a Exclusão (Anexo 5).

Resolução n.º 32, de 17 de agosto de 2015

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.^a revisão), em reunião extraordinária, realizada em 17 de agosto de 2015, resolve:

Art. 1.º Aprovar o Regimento Interno da Comissão de Implementação e Execução Orçamentária do HC-UFTM, parte integrante desta Resolução.

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

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

Regimento Interno da Comissão Interna de Implementação e Execução Orçamentária

Capítulo I

Da Natureza e Finalidade

Art. 1.º O presente regimento interno disciplina a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão Interna de Implementação e Execução Orçamentária (CIIEO) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Filial Ebserh.

Parágrafo único. A criação da CIIEO visa atender as necessidades de estruturação do Setor de Orçamento e Finanças, prevista no Plano Diretor Estratégico do HC-UFTM.

Art. 2.º A CIIEO é uma instância de caráter consultivo do HC-UFTM, responsável pelo desenvolvimento de ações destinadas à otimização da aplicação dos recursos orçamentários e financeiros da Instituição.

Parágrafo único. A CIIEO ficará vinculada administrativamente à Superintendência do HC-UFTM.

Art. 3.º A CIIEO tem a finalidade de elaborar, acompanhar e avaliar a proposta orçamentária no âmbito do HC-UFTM, propondo ações para o aprimoramento, otimização e controle dos recursos orçamentários, visando a sua melhor distribuição e aplicação.

Art. 4.º Para a execução de suas atividades e atender às demandas institucionais, relativas ao planejamento orçamentário, a CIIEO poderá estruturar Grupos de Trabalho, definindo o prazo para cumprimento das atividades, a coordenação e composição do grupo, bem como os fluxos operacionais.

Parágrafo único. Os grupos de trabalho terão por finalidade discutir temas pertinentes à Comissão para posterior deliberação nas reuniões e poderão ser formados por membros titulares, suplentes ou por assessoria técnica, quando se fizer necessário.

Capítulo II

Da Composição

Art. 5.º A CIIEO é nomeada por Portaria do Superintendente do HC-UFTM, publicada no Boletim de Serviços da Instituição, com a seguinte composição dos membros efetivos:

- I - chefe da Divisão Administrativa Financeira;
- II - chefe do Setor de Orçamento e Finanças;
- III - chefe do Setor de Contabilidade;
- IV - chefe da Unidade de Orçamento;
- V - assessor de Planejamento;
- VI - responsável pela Coordenadoria de Projetos;
- VII - chefe da Unidade de Contratos.

§ 1.º O mandato dos membros efetivos da CIIEO terá duração enquanto os mesmos permanecerem nos cargos que representam, que são de livre nomeação e exoneração.

§ 2.º Cada membro efetivo da CIIEO indicará o seu respectivo suplente, que também será nomeado em portaria do Superintendente, cujo mandato terá a mesma duração do mandato do membro efetivo.

§ 3.º O Presidente será designado pelo Superintendente do HC-UFTM, dentre os membros efetivos da CIIEO.

§ 4.º O Vice-Presidente e o Secretário Executivo serão escolhidos e eleitos dentre os membros efetivos da CIIEO, sendo estas funções não exercidas por suplentes.

§ 5.º Nas situações em que os membros da CIIEO julgarem necessário, serão consultados especialistas e ou técnicos, os quais poderão eventualmente participar das reuniões, com direito à voz.

Capítulo III

Do Funcionamento

Art. 6.º A CIIEO realizará reuniões ordinárias mensais com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo entre eles estar presente o Presidente ou o Vice-Presidente, e decidirá sempre pela maioria dos votos dos membros presentes.

§ 1.º As reuniões extraordinárias da CIIEO poderão ser convocadas pelo Presidente ou por 1/2 de seus membros.

§ 2.º As reuniões da CIIEO serão realizadas em horário previamente agendado com tolerância de atraso de 10 (dez) minutos e duração máxima de 2 (duas) horas.

§ 3.º Na última reunião ordinária de cada ano será estabelecido o calendário das reuniões ordinárias do ano seguinte.

Art. 7.º As reuniões serão convocadas pelo Presidente e as pautas serão distribuídas com 2 (dois) dias úteis de antecedência observando-se o prazo de 5 (cinco) dias úteis que antecedem a reunião para inserção de assuntos na pauta.

§ 1.º Não havendo reunião ordinária ou extraordinária por falta de quorum, será convocada nova reunião, observado o intervalo de 48 horas.

§ 2.º A convocação de reunião extraordinária será feita com 24 horas de antecedência juntamente com a distribuição da pauta.

§ 3.º As pautas serão distribuídas pelo Secretário Executivo, acompanhadas da ata da reunião anterior para aprovação e assinatura.

§ 4.º As reuniões da CIIEO serão registradas em atas sumária, cuja elaboração ficará a cargo do Secretário Executivo ou seu substituto, na qual constem os nomes dos membros presentes, os assuntos debatidos, as recomendações feitas pela CIIEO e os pareceres.

Art. 8.º As recomendações e pareceres da CIIEO serão submetidos à apreciação da Superintendência do HC-UFTM para homologação final, antes de sua divulgação no Boletim de Serviços da Instituição.

Parágrafo único. Caso as recomendações e pareceres da CIIEO não sejam aceitos para homologação final, a Superintendência deverá apresentar justificativas por escrito à Comissão.

Art. 9.º A frequência às reuniões da CIIEO é obrigatória.

§ 1.º O membro suplente somente participará da reunião com direito a voto quando tiver assinado a lista de presença em substituição ao membro titular.

§ 2.º O membro suplente que não esteja em exercício somente poderá usar da palavra se e quando o Presidente ou a CIIEO solicitar ou aquiescer de sua solicitação.

Art. 10. A CIIEO promoverá reuniões para grupos de trabalho quando necessário, com objetivo expresso.

§ 1.º As reuniões dos grupos de trabalho serão convocadas pelo Presidente com no mínimo 72 (setenta e duas) horas de antecedência, juntamente com a pauta prevista para a reunião.

§ 2.º As reuniões dos grupos de trabalho não terão caráter deliberativo e deverão ater-se especificamente à pauta constante em sua convocatória.

Art. 11. Em cada reunião ordinária, a ordem do dia será desenvolvida na sequência indicada:

I - aprovação da ata da reunião anterior;

II – expediente (informes e assuntos de interesse geral);

III - pauta (apresentação, discussão e votação de matérias previstas na convocação)

Art. 12. Será garantida frequência integral a todos os membros quando em atividade pela Comissão, seja em reuniões ordinárias ou extraordinárias, de grupos de trabalho ou em atividades delegadas por seu Presidente.

Art. 13. O membro titular ausente nas reuniões deverá apresentar justificativa.

Parágrafo único. Ressalvados os casos justificados, perderá o mandato o membro que faltar em 3 (três) reuniões consecutivas ou em 5 (cinco) alternadas por ano, sendo substituído pelo suplente respectivo.

Art. 14. A CIIEO, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e à ordem dos trabalhos.

Capítulo IV

Das Atribuições

Art.15. Para a consecução de suas metas a CIIEO terá as seguintes atribuições:

- I - promover o levantamento histórico da execução orçamentária de anos anteriores;
- II - levantar fontes de receitas existentes para execução orçamentária;
- III - articular junto as áreas da instituição as informações das necessidades de investimentos;
- IV - articular a programação orçamentária com os gestores de recursos;
- V - elaborar o planejamento orçamentário anual;
- VI - apresentar a proposta orçamentária ao Colegiado Executivo do HC-UFTM para apreciação e aprovação;
- VII - acompanhar a implementação da proposta orçamentária com recorte quadrimestral;
- VIII - acompanhar e avaliar a execução orçamentária;
- IX - retroalimentar o planejamento estratégico considerando as limitações orçamentárias;
- X - utilizar os limites orçamentários confirmados para delimitar o planejamento orçamentário de curto prazo;
- XI - avaliar divergências da execução orçamentária em relação ao planejado, respectivas causas, impactos e justificativas.
- XII - apreciar e emitir parecer acerca da alocação/destinação dos recursos fornecendo subsídios para decisão final da autoridade competente;
- XIII - divulgar as ações da CIIEO no Boletim de Serviços da Instituição.

Art.16. Compete ao Presidente:

- I - dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CIIEO;
- II - convocar, instalar e presidir as reuniões;
- III - representar a CIIEO em suas relações internas e externas;
- IV - subscrever os documentos e recomendações da CIIEO;
- V - estabelecer a pauta das reuniões ordinárias e extraordinária;
- VI - indicar membros para a realização de estudos, levantamento e emissão de pareceres necessários a consecução da finalidade da CIIEO.

Parágrafo único. Nas ausências e impedimentos legais do Presidente da CIIEO, assumirá o Vice-Presidente.

Art. 17. Compete ao Vice-Presidente:

- I - colaborar com o Presidente no cumprimento da missão e objetivos da CIIEO e no exercício de suas funções;
- II - substituir o Presidente no exercício de suas funções quando do seu impedimento.

Art. 18. Compete ao Secretário Executivo:

- I - registrar em ata as reuniões e as recomendações da CIIEO;
- II - receber e expedir a documentação da Comissão;
- III - orientar e acompanhar a manutenção do arquivo da documentação da CIIEO;
- IV - acompanhar e promover a divulgação das ações da CIIEO.

Parágrafo único. Nas ausências e impedimentos legais do Secretário Executivo, a função será exercida por um dos membros efetivos da CIIEO, exceto Presidente e Vice-Presidente.

Art. 19. Compete a todos os membros da CIIEO:

- I - comparecer as reuniões convocadas, proferir votos ou pareceres;
- II - estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- III - colaborar com os trabalhos da CIIEO;
- IV - divulgar junto a seus pares as deliberações da Comissão;
- V - requerer votação de matéria em regime de urgência;
- VI - apresentar proposições sobre as questões pertinentes a CIIEO.

Capítulo V

Das Disposições Finais

Art. 20. Este regimento poderá ser modificado por proposição do Superintendente do HC-UFTM ou dos membros da própria Comissão, mediante a aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 21. Os casos omissos serão resolvidos pela própria CIIEO, em reunião convocada para este fim.

N.º 56, quarta-feira, 26 de agosto de 2015

Art. 22. Após sua aprovação pelo Colegiado Executivo do HC-UFTM, este regimento entrará em vigor na data de sua publicação no Boletim de Serviços da Instituição.

CRIAÇÃO DE COMISSÃO

Resolução n.º 34, de 17 de agosto de 2015

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.^a revisão), em reunião extraordinária, realizada em 17 de agosto de 2015, resolve:

Art. 1.º Instituir a Comissão Eleitoral para coordenar o processo de eleição de representante dos trabalhadores técnico-administrativos no Conselho Consultivo do HC-UFTM.

Art. 2.º Designar os servidores e empregados: Juverson Alves Terra Junior, médico, Adriano Jander Ferreira, médico, Ana Paula Correa Gomes, assistente administrativo, Priscilla Oliveira dos Santos, secretária de diretoria, Pollyana Silva Vieira, secretária de diretoria e Adriana de Fatima Cardoso, secretaria de diretoria, para comporem, sob a coordenação do primeiro e vice-coordenação do segundo servidor, a referida Comissão.

Art. 3.º Esta Resolução entre em vigor na data de sua publicação.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

CRIAÇÃO DE ESCRITÓRIO

Resolução n.º 25, de 10 de agosto de 2015

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.^a revisão), em reunião extraordinária, realizada em 13 de julho de 2015, resolve:

Art. 1.º Criar o Escritório de Projetos e Processos Estratégicos do HC-UFTM.

Art. 2.º Designar os empregados públicos: Juliano Franco Franzão, analista administrativo; Marcela Valente de Sousa, assistente administrativo; e Glicia Cavatorta Ravelli, assistente administrativo, para comporem, sob a coordenação do primeiro empregado, o referido Escritório.

Art. 3.º Esta Resolução entre em vigor na data de sua publicação.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

CRIAÇÃO DE NÚCLEO

Resolução n.º 20, de 24 de julho de 2015

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal Do Triângulo Mineiro - Administrado Pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.^a revisão), em reunião extraordinária, realizada em 17 de julho de 2015, resolve:

Art. 1.º Criar o Núcleo de Controle e Acompanhamento de Procedimentos Eletivos (Nucape) do HC-UFTM, filial Ebserh, com o objetivo de monitorar as pactuações de cirurgias entre o HC-UFTM, a Secretaria Municipal de Saúde e a Superintendência Regional de Saúde.

Art. 2.º Designar para comporem o Nucape do HC-UFTM, filial Ebserh: José Humberto Oliveira, técnico de enfermagem e coordenador do Núcleo; Vanessa Beatriz Alves, técnica de enfermagem e vice-coordenadora do Núcleo; Amanda Reis, Auxiliar de Enfermagem, e Nayara Aparecida da Silva Oliveira, Assistente Administrativo.

Art. 3.º Esta Resolução entre em vigor na data de sua publicação.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

SUPERINTENDÊNCIA

COMPOSIÇÃO DE COMISSÕES

Portaria n.º112 , de 10 de agosto de 2015

O Superintendente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no uso de sua competência que lhe foi subdelegada pela Portaria n.º 23, de 26 de abril de 2013, do Presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh -, resolve:

Art 1.º Designar Sônia Beatriz Félix Ribeiro - Diretora Clínica e Chefe da Divisão Médica; Juverson Alves Terra Júnior - Vice Diretor Clínico e Responsável pelo Serviço de Cirurgia Bariátrica; Nilva Setsuko Takahashi - Coordenadora de Projetos e Credenciamento; Cleomilda Assunção da Silva - Assistente Social; Márcia Marques dos Santos Félix - Aluna de Doutorado da UFTM; Luana Ribeiro Terada - Coordenadora do Núcleo de Regulação da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba; José Humberto Lacerda, Cirurgião Bariátrico; Elida Mara Carneiro Silva, Fisioterapeuta; Paulo Fernando de Oliveira, Cirurgião Bariátrico; Thais Henrique Cruz Ciscotto, Psicóloga; Nathallie de Freitas Cezário, Educadora Física; Alessandra Bazaga Baptista, Nutricionista; Francisco Angelo de Paiva, Nutricionista voluntário e Eliane Cristina Silva Oliveira, Secretária da Comissão para comporem, sob a Presidência da primeira servidora, a Comissão de Acompanhamento de Cirurgias Bariátricas do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Art 2.º A partir da presente data, será convidado para participar das reuniões da Comissão, um representante da Secretaria Municipal de Saúde.

Art 3.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura e altera a Portaria n.º 63, de 23 de abril de 2015.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

Portaria n.º 113, de 20 de agosto de 2015

O Superintendente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no uso de sua competência que lhe foi subdelegada pela Portaria n.º 23, de 26 de abril de 2013, do Presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh -, resolve:

Art 1.º Designar os membros: Ilídio Antunes de Oliveira Júnior, Médico coordenador; Elciene Alves de Oliveira Souza, Técnica em Enfermagem; Maria Lima de Jesus, Técnica em Enfermagem; Silvânia Antonieta da Cruz, Técnica em Enucleação de Globos Oculares e a Patrícia Oliveira Gondim, Secretária, para comporem, sob a presidência do primeiro servidor, a Comissão Intra-Hospitalar de Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - filial Ebserh.

Art. 2.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura e altera a Portaria n.º de 129, de 22 de dezembro de 2014.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

COMPOSIÇÃO DE COMITÊ

Portaria n.º 101, de 7 de julho de 2015

O Superintendente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no uso de sua competência que lhe foi subdelegada pela Portaria n.º 23, de 26 de abril de 2013, do Presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh -, resolve:

Art. 1.º Designar Luana Barbosa Zago, Danielle Soares Barbosa, Patrícia Borges Peixoto, Fabíola Cardoso de Oliveira, Thaís Santos Guerra Staciarini, Renata Maria Dias de Abreu, Eliene Machado Félix, Valquiria Cardoso Alves Chagas, Fernando Alves Pimenta, Ayres Alexandre Carlos de Menezes, Ivan Borges Monteiro, Hudson Henrique Gomes Pires, Edson Elias Vieira, Sueli Teixeira Santana - Representante da Comissão de Padronização de Materiais e Suely da Silva - Chefe da Unidade de Dispensação Farmacêutica para comporem, sob a Coordenação da Primeira Servidora, o Comitê de Terapia Infusional do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Art. 2.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura e altera a Portaria n.º 3, de 8 de janeiro de 2015.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

COMPOSIÇÃO DE GRUPO

Portaria n.º 114, de 24 de agosto de 2015

O Superintendente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no uso de sua competência que lhe foi subdelegada pela Portaria n.º 23, de 26 de abril de 2013, do Presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh -, resolve:

Art. 1.º Designar os membros: Verena Conti, Coordenadora do Grupo de Trabalho em Humanização; Ivone Aparecida Vieira da Silva, Vice-coordenadora do Grupo de Trabalho em Humanização; Fabíola Cardoso de Oliveira, Primeira Secretária; Cleide dos Santos Silva, Segunda Secretária; Cacildo Teixeira Carvalho Neto, Assistente Social; Maria Sueli Souza Silva, Técnica em Enfermagem UTI-Neonatal; Maria Abadia Goulart Staciari, Associação do Voluntários do Hospital de Clínicas; Marta Regina Farinelli, Professora; Eva Claudia Venâncio de Senne, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; Miriam Mouzinho Franco, Assistente Social; Tatiane Mota Silva, Recursos Humanos; Eurípedes Rogério dos Santos Camilo, Hotelaria; Claudio Jacinto Pereira Martins, Médico; Tania Maria Pimenta Rocha, Psicóloga; Maria de Lourdes Souza, Técnica em Enfermagem; Andreia Cristina Rodrigues, Assistente Social; Elair Osmar Santos, Técnico em Enfermagem; Isabel Aparecida Porcatti Walsh, Professora de Fisioterapia e João Pedro Vicente, Comunicação, para comporem, o Grupo de Trabalho em Humanização do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Art. 2.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura e altera a Portaria n.º de 9, de 26 de abril de 2013.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

DIVISÃO DE GESTÃO DE PESSOAS

DESIGNAÇÃO

Portaria n.º 9, de 10 de agosto de 2015

A Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no uso da subdelegação de competência que lhe foi conferida pelo artigo 1.º da Portaria n.º 22, do Superintendente do Hospital de Clínicas da Universidade do Triângulo Mineiro, datada de 7 de março de 2014, publicada no Boletim de Serviço n.º 1, de 17 de março de 2014, resolve:

Art. 1.º Designar o servidor Mickael Augusto Dantas, matrícula Siape n.º 1948374 Chefe do Setor de Suprimentos, para substituir a Chefe da Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Marisley Francisco, matrícula Siape n.º 2424400, nas ausências e impedimentos legais da titular.

Art. 2.º Esta portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

Vanilda Aparecida Santana Paulino

DEPARTAMENTO DE COMPRAS, LICITAÇÕES E CONTRATOS

EXTRATOS DE CONTRATO

Extrato de Contrato n.º 62/2015 - UASG 150221

Processo 23127000077/15-43. Pregão SRP N.º 36/2015. Contratante: Universidade Federal do Triângulo Mineiro. CNPJ Contratado: 20337346000197. Contratado : Israel Villas Gonzaga - ME. Objeto: Aquisição de gêneros alimentícios não perecíveis. Fundamento Legal: Lei 8666/93. Vigência: 20/8/2015 a 19/8/2016. Valor Total: R\$8.514,00. Fonte: 6153000000 - 2015NE802256. Data de Assinatura: 29/7/2015. (Sicon - 19/8/2015) 150221-15242-2015NE800008

Extrato de Contrato n.º 63/2015 - UASG 150221

Processo 23127000077/15-43. Pregão SRP n.º 36/2015. Contratante: Universidade Federal do Triângulo Mineiro. CNPJ Contratado: 05788495000189. Contratado : LM Comércio Ltda - ME. Objeto: Aquisição de gêneros alimentícios não perecíveis. Fundamento Legal: Lei 8666/93. Vigência: 20/8/2015 a 19/8/2016. Valor Total: R\$2.125,44. Fonte: 6153000000 - 2015NE802257. Data de Assinatura: 29/7/2015. (Sicon - 19/8/2015) 150221-15242-2015NE800008

Extrato de Contrato n.º 64/2015 - UASG 150221

Processo 23127000077/15-43. Pregão SRP n.º 36/2015. Contratante: Universidade Federal do Triângulo Mineiro. CNPJ Contratado: 14071685000171. Contratado: Minas Mais Produtos Alimentícios e Serviços Ltda - EPP. Objeto: Aquisição de gêneros alimentícios não perecíveis. Fundamento Legal: Lei 8666/93 . Vigência: 20/8/2015 a 19/8/2016. Valor Total: R\$167.131,74. Fonte: 6153000000 - 2015NE802258. Data de Assinatura: 29/7/2015. (Sicon - 19/8/2015) 150221-15242-2015NE800008

Extrato de Contrato n.º 65/2015 - UASG 150221

Processo 23127000077/15-43. Pregão SRP n.º 36/2015. Contratante: Universidade Federal do Triângulo Mineiro. CNPJ Contratado: 07369995000101. Contratado: Moreira & Zacharko Ltda - ME. Objeto: Aquisição de gêneros alimentícios não perecíveis. Fundamento Legal: Lei 8666/93 . Vigência: 20/8/2015 a 19/8/2016. Valor Total: R\$13.261,20. Fonte: 6153000000 - 2015NE802259. Data de Assinatura: 29/7/2015. (Sicon - 19/8/2015) 150221-15242-2015NE800008

Extrato de Contrato n.º 66/2015 - UASG 150221

Processo 23127000077/15-43. Pregão SRP n.º 36/2015. Contratante: Universidade Federal do Triângulo Mineiro. CNPJ Contratado: 02256252000101. Contratado: Puma Comercial Ltda - ME - Objeto: Aquisição de gêneros alimentícios não perecíveis. Fundamento Legal: Lei 8666/93 . Vigência: 20/8/2015 a 19/8/2016. Valor Total: R\$19.734,00. Fonte: 6153000000 - 2015NE802292. Data de Assinatura: 10/8/2015. (Sicon - 19/8/2015) 150221-15242-2015NE800008

EXTRATO DE TERMO ADITIVO

Extrato de Termo Aditivo n.º 3/2015 UASG 150221

Contrato 84/2013. Processo 23127000271/13-67. Dispensa n.º 670/2013. Contratante: Universidade Federal do Triângulo Mineiro. CNPJ Contratado: 11675038000180. Contratado: Deived Ferreira CPF: 058.594.966-21 - ME. Objeto: Prorrogar o prazo de vigência por mais 12

N.º 56, quarta-feira, 26 de agosto de 2015

(doze) meses, bem como promover o reajuste com base no IGP-M. Fundamento Legal: Lei 8666/93. Vigência: 9/8/2015 a 8/8/2016. Valor Total: R\$5.384,52. Fonte: 6153000000 - 2015NE800129. Data de Assinatura: 4/8/2015. (Sicon - 19/8/2015) 150221-15242-2015NE800008