c) acompanhar o cumprimento das responsabilidades do médico assistente, das chefias de equipe e da Direção Técnica quanto ao preenchimento e à guarda dos prontuários;

d) propor ajustes nos formulários e nos campos do prontuário eletrônico para facilitar o registro correto;

e) manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica e encaminhar a ela os casos que indiquem possível infração ética;

f) exercer, quando assim designada, as atribuições da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, conforme a Resolução CFM nº 1.821/2007, inclusive quanto à temporalidade, guarda e descarte, observadas a Lei nº 13.787/2018 e a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018).

4. Funcionamento

A Comissão se reunirá mensalmente, em calendário fixado no início de cada ano. Reuniões extraordinárias serão convocadas sempre que houver demanda. Cada encontro gera ata assinada pelos presentes.

A revisão será feita por amostragem mensal dos atendimentos, com atenção especial aos casos de maior risco: óbitos, transferências, pacientes em observação prolongada, evasões e atendimentos que geraram reclamação na ouvidoria.

Os resultados serão consolidados em relatório mensal e entregues à Direção da unidade, com indicadores como percentual de prontuários completos, falhas mais frequentes e evolução em relação ao mês anterior. As falhas recorrentes vão alimentar o plano de educação permanente das equipes. Assim, o problema identificado na revisão vira treinamento no plantão seguinte.

a.4. Minuta de regimento interno, com competências, periodicidade de reunião e forma de registro das deliberações

Minuta de regimento interno

Art. 1º — Natureza e vinculação. A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários é instância de assessoramento técnico da direção da respectiva UPA, responsável pela avaliação sistemática dos registros assistenciais.

Art. 2º — Objetivo. São objetivos da Comissão zelar pela qualidade e completude dos prontuários, identificar oportunidades de melhoria e apoiar a padronização segura e ética dos registros.

Art. 3º — Composição. A Comissão terá composição multiprofissional, inicialmente proposta com dois médicos, dois profissionais de enfermagem e um representante administrativo. Os membros serão designados por ato da direção da unidade, com identificação de suas funções e período de mandato.

Art. 4º — Coordenação. A Comissão será coordenada por médico designado entre os integrantes, na forma da Resolução CFM nº 1.638/2002. Um secretário será escolhido entre os membros para apoiar convocações, atas e arquivo documental.

Art. 5º — Mandato e substituições. Propõe-se mandato de 24 meses, admitida recondução por ato formal. Ausências, impedimentos e desligamentos serão tratados pela direção mediante substituição documentada. O prazo de mandato é regra institucional proposta, e não imposição da resolução do CFM.

Art. 6º — Competências. Compete à Comissão examinar a conformidade dos registros, estabelecer instrumentos de avaliação, propor medidas corretivas, recomendar aprimoramentos dos formulários e encaminhar relatórios à direção técnica. Os achados serão comunicados aos setores responsáveis com preservação do sigilo.

Art. 7º — Reuniões. As reuniões ordinárias ocorrerão mensalmente, segundo calendário aprovado no início do exercício. Reuniões extraordinárias

poderão ser convocadas pelo coordenador ou pela direção técnica para temas urgentes.

Art. 8º — Deliberações e registros. As reuniões terão pauta e ata contendo data, participantes, assuntos discutidos, decisões, responsáveis e prazos. As deliberações serão adotadas por maioria simples dos presentes, desde que presente mais da metade dos membros, cabendo ao coordenador voto de desempate. Documentos e relatórios ficarão sob guarda institucional controlada.

Art. 9º — Avaliação dos prontuários. A Comissão adotará amostragem, critérios objetivos de verificação e registro de não conformidades. Os dados para acompanhamento gerencial serão apresentados preferencialmente de forma agregada, sem identificação desnecessária dos pacientes.

Art. 10 — Sigilo e proteção de dados. O acesso aos prontuários ficará limitado aos profissionais autorizados, exclusivamente para as finalidades institucionais da Comissão, observados o sigilo profissional, a legislação de proteção de dados pessoais e as regras de segurança da informação da unidade.

Art. 11 — Relatórios e melhorias. Serão elaborados relatórios periódicos das avaliações e das medidas recomendadas, com monitoramento de implementação e revisão dos resultados em reuniões posteriores. A Comissão poderá solicitar ações de educação permanente.

Art. 12 — Disposições finais. Os casos omissos serão encaminhados à direção técnica, observadas as normas profissionais e a regulamentação aplicável. Este regimento produzirá efeitos após aprovação institucional e formalização da Comissão.

RELATÓRIO DA COMISSÃO DE PRONTUÁRIO

RELATÓRIO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Modelo de relatório periódico de avaliação de prontuários • UPAs 24 horas – Palmas/TO

SANTA CASA São Bernardo do Campo

IDENTIFICAÇÃO DO RELATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO	INFORMAÇÃO
Unidade	☐ UPA Norte – José de Souza Dourado ☐ UPA Sul – Gerson Pires de Aguiar
Competência / período analisado	Mês: _____ Ano: _____ Período da amostra: ____/____/_____ a ____/____/_____
Relatório nº / data de emissão	Nº _____/_____ | Emitido em ____/____/_____
Coordenação da Comissão	Nome: _____ CRM: _____
Responsável pela consolidação	_____

1. Finalidade e abrangência

Este relatório registra os resultados da avaliação amostral dos prontuários físicos e/ou eletrônicos da unidade, com foco na completude, legibilidade, integridade, rastreabilidade e regularidade dos registros assistenciais. A análise abrange as etapas pertinentes ao atendimento prestado na UPA, desde o acolhimento e a classificação de risco até a alta, transferência ou contrarreferência, sem substituir a responsabilidade individual dos profissionais pelos registros.

2. Método de avaliação

A seleção de prontuários observará critérios de amostragem previamente aprovados pela Comissão, com registro do universo elegível, do tamanho da amostra e das hipóteses de inclusão e exclusão. Para cada prontuário avaliado,

será utilizada lista de verificação padronizada e preservado o sigilo das informações dos pacientes.

SANTA CASA
São Bernardo do Campo

PARÂMETROS DA ANÁLISE

PARÂMETRO	PREENCHIMENTO
Total de atendimentos/prontuários no período	_____
Prontuários elegíveis	_____
Prontuários avaliados (n)	_____
Método de seleção	☐ Aleatório ☐ Estratificado ☐ Direcionado ☐ Outro: _____
Critérios de inclusão/exclusão	_____ _____
Responsáveis / data da análise	_____ _____

3. Itens verificados e resultados

Preencher os quantitativos com base na amostra efetivamente analisada. "Não aplicável" deve ser registrado quando o tipo de atendimento não exigir

determinado campo.

CRITÉRIO DE CONFERÊNCIA	CONFORME (n)	NÃO CONFORME (n)	N/A (n)
Identificação do paciente e dados cadastrais	____	____	____
Acolhimento e classificação de risco	____	____	____
Anamnese, exame físico e hipóteses diagnósticas	____	____	____
Prescrição médica com data, hora e identificação	____	____	____
Evolução e reavaliações médicas	____	____	____
Registros e evolução de enfermagem	____	____	____
Registros de procedimentos e administração de medicamentos	____	____	____
Resultados de exames e condutas decorrentes	____	____	____
Registros de observação/estabilização, quando aplicáveis	____	____	____
Alta, transferência, encaminhamento e contrarreferência	____	____	____
Identificação e autenticação dos profissionais	____	____	____
Legibilidade, integridade e cronologia dos registros	____	____	____

4. Indicadores consolidados

INDICADOR	FÓRMULA / CRITÉRIO	RESULTADO
Conformidade global dos itens avaliados	Itens conformes ÷ itens aplicáveis × 100	_____ %
Prontuários sem não conformidades	Prontuários sem achados ÷ prontuários avaliados × 100	_____ %
Registros de classificação de risco completos	Registros completos ÷ registros aplicáveis × 100	_____ %
Registros de alta/transferência completos	Registros completos ÷ registros aplicáveis × 100	_____ %

Os indicadores acima são instrumentos internos propostos para acompanhamento da Comissão; não substituem nem alteram as fichas técnicas e metodologias dos indicadores contratuais previstos no edital.

5. Não conformidades e análise crítica

ACHADO / EVIDÊNCIA (segundo dados identificáveis)	QUANTIDADE	RISCO / REPERCUSSÃO	ÁREA RESPONSÁVEL
_____	____	_____	_____
_____	____	_____	_____
_____	____	_____	_____

Síntese da análise crítica:

_____

_____

6. Plano de ação e acompanhamento

AÇÃO CORRETIVA / PREVENTIVA	RESPONSÁVEL	PRAZO	EVIDÊNCIA / SITUAÇÃO
_____	_____	__/__/__	_____
_____	_____	__/__/__	_____
_____	_____	__/__/__	_____

Situação das providências anteriores:

☐ Concluídas ☐ Em andamento ☐ Pendentes ☐ Não se aplica

7. Deliberações da Comissão

Na reunião realizada em ____/____/_____, a Comissão deliberou:

_____

_____Encaminhamentos à Direção Técnica, coordenações assistenciais, Núcleo de Segurança do Paciente ou outras

instâncias: _____

_____

8. Conclusão

Com base nos prontuários efetivamente avaliados, a Comissão registra as principais conformidades, as fragilidades identificadas e as providências pactuadas para o período seguinte. As conclusões devem refletir os resultados encontrados, as limitações da amostra e o acompanhamento das medidas corretivas, sem extrapolar para atendimentos não examinados.

Conclusão específica do período:

_____

_____

9. Registro e validação

ASSINATURAS	IDENTIFICAÇÃO
Coordenador(a) médico(a)	Nome: _____ CRM: _____ Ass.: _____
Membro responsável pelo relatório	Nome: _____ Conselho: _____ Ass.: _____
Ciência da Direção Técnica	Nome: _____ Data: ___/___/_____ Ass.: _____

Anexos de controle (quando aplicáveis)

☐ Ata da reunião ☐ Lista de presença ☐ Lista de verificação preenchida ☐ Planilha de resultados agregados ☐ Evidências de ações corretivas

Referências: Edital de Chamamento Público nº 001/2026 – Palmas/TO, Anexo V, item V.2.1, e Termo de Referência, item 10.6.4; Resolução CFM nº 1.638/2002; legislação aplicável à proteção de dados pessoais.

a.5. Cronograma anual de atividades



ATIVIDADE PRINCIPAL	MESES											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Planejamento anual e critérios de amostragem	■	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Identificação do paciente e registros de acolhimento	–	■	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Classificação de risco e documentação inicial	–	–	■	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Prescrições e evoluções médicas	–	–	–	■	–	–	–	–	–	–	–	–
Registros e evolução de enfermagem	–	–	–	–	■	–	–	–	–	–	–	–
Altas, transferências e contrarreferência	–	–	–	–	–	■	–	–	–	–	–	–
Observação, estabilização e reavaliações	–	–	–	–	–	–	■	–	–	–	–	–
Integridade e segurança dos registros eletrônicos	–	–	–	–	–	–	–	■	–	–	–	–
Educação permanente e ações corretivas	–	–	–	–	–	–	–	–	■	–	–	–
Reavaliação das não conformidades	–	–	–	–	–	–	–	–	–	■	–	–
Consolidação de indicadores e resultados	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	■	–
Relatório anual e planejamento do ciclo seguinte	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	■

■ = OCORRE A ATIVIDADE — = NÃO OCORRE A ATIVIDADE

MODELO DE ATA

Modelo de Ata de Reunião da Comissão de XXXXX

ATA DA XXª REUNIÃO DA COMISSÃO DE XXXXX

Aos XXXX dias do mês de XXXXXXX de dois mil e XXXX, às XXXX horas, no (local da realização da reunião), sito à (endereço completo por extenso, incluindo cidade, Estado e CEP), reuniram-se os membros da Comissão de XXXXX (nome dos membros participantes, e das respectivas funções, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte pauta:

01 – DELIBERAÇÕES:

(A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros");
(B) Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda);
(C) _____;
(D) _____;

02 – COMUNICADOS:

(A) _____;
(B) _____;

04 – CONCILIAÇÕES REALIZADAS:

- Procedimento sindicante nº (citar apenas a numeração dos procedimentos).

05 – PROCEDIMENTOS SINDICANTES INSTAURADOS/EM ANÁLISE/ANALISADOS:

- Citar apenas a numeração dos procedimentos, e a fase em que se encontram.

07 – ASSUNTOS GERAIS:

(A) _____;
(B) _____;
(C) _____;

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente Ata, assinada por mim, secretário(a) desta Comissão de XXXXX, do presidente e dos demais membros presentes na reunião.

b. **Comissão de Revisão de Óbitos**

A Comissão de Revisão de Óbitos será instituída e mantida em funcionamento pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24 horas Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar, no Município de Palmas/TO, em atendimento às exigências do Edital de Chamamento Público nº 001/2026, especialmente ao item 10.6.4 do Termo de Referência e ao critério V.2.1 do Anexo V.

A Comissão constituirá uma instância técnico-assistencial permanente, vinculada à Direção Técnica, responsável pela análise sistemática dos óbitos ocorridos nas unidades, com a finalidade de avaliar a qualidade da assistência prestada, verificar a adequação das condutas e dos registros clínicos, identificar possíveis fragilidades nos processos de atendimento e propor medidas que contribuam para a segurança do paciente e a melhoria contínua dos serviços.

A Comissão de Revisão de Óbitos será instituída no âmbito das Unidades de Pronto Atendimento – UPA Tipo III, como instância técnico-assistencial de caráter permanente, com a finalidade de analisar, avaliar e monitorar os óbitos ocorridos na unidade, contribuindo para a qualificação da assistência, a melhoria dos processos de trabalho e o fortalecimento da segurança do paciente, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), normativas do Ministério da Saúde e demais legislações aplicáveis.

A Comissão será formalmente designada por ato da gestão da unidade, com composição multiprofissional, garantindo a participação de médicos, enfermeiros e outros profissionais envolvidos na assistência, podendo contar, quando necessário, com apoio de áreas técnicas como o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e a Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIH).

Considerando o perfil assistencial das UPAs, caracterizado pelo atendimento ininterrupto de urgências e emergências, a atuação da Comissão

abrangerá a avaliação das circunstâncias relacionadas aos óbitos, desde o acolhimento e a classificação de risco até o atendimento médico, a assistência de enfermagem, a estabilização clínica e, quando aplicável, os procedimentos de regulação e transferência para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde.

A análise também considerará a disponibilidade dos recursos assistenciais, a comunicação entre as equipes, os tempos de resposta e a observância dos protocolos institucionais, permitindo identificar situações que demandem revisão de procedimentos ou aperfeiçoamento dos fluxos de atendimento.

A Comissão deverá reunir-se periodicamente, com registro formal em atas, garantindo a rastreabilidade das análises e das deliberações adotadas. Os casos serão analisados de forma sigilosa, ética e técnica, respeitando a legislação vigente quanto à confidencialidade das informações e à proteção de dados.

As atividades serão desenvolvidas em conformidade com a Resolução CFM nº 2.171/2017, as normas profissionais aplicáveis e as diretrizes de segurança do paciente, respeitados o sigilo das informações, a autonomia técnica dos profissionais e o caráter educativo e não punitivo das análises.

b.1. Proposta de constituição, com a composição por categoria profissional

1.PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo propõe instituir e manter, em cada UPA, Comissão de Revisão de Óbitos de caráter permanente, técnico, multidisciplinar, educativo e não punitivo, vinculada à respectiva Direção Técnica. A atuação compreenderá os óbitos ocorridos na unidade e a análise da assistência prestada, inclusive os aspectos de acolhimento, classificação de risco, estabilização, observação, regulação e transferência.

A constituição proposta antecipa o padrão estabelecido na Resolução CFM nº 2.469/2026, publicada em 1º/09/2026, com entrada em vigor após 90 dias. Até a produção de seus efeitos, observam-se as regras ainda vigentes da Resolução CFM nº 2.171/2017, sem prejuízo da adoção voluntária de organização mais robusta.

1.1. Composição por categoria profissional

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SÃO BERNARDO DO CAMPO

Categoria	Quantidade proposta	Observação
Médicos	3	Maioria médica; contemplar representação clínica e cirúrgica
Enfermagem	1	Enfermeiro integrante
Outra profissão de saúde	1	Profissional conforme perfil e disponibilidade da unidade
Total por comissão	5	Composição mínima projetada para cada UPA

A proposta é de uma comissão organizada por unidade, com atas, análises, indicadores e documentação individualizados. A participação de representantes de especialidades clínicas e cirúrgicas deverá ser assegurada mediante designação compatível com o quadro disponível e as normas profissionais.

b.2. Forma de designação dos membros

Os membros da Comissão de Revisão de Óbitos serão formalmente designados pelo Diretor Técnico da respectiva unidade, observadas as disposições legais e regulamentares aplicáveis, bem como os critérios de qualificação técnica, experiência profissional e disponibilidade para o desempenho das atribuições.

A escolha dos integrantes médicos será precedida de consulta ao corpo clínico e à Comissão de Ética Médica, quando constituída, respeitadas as competências e os procedimentos previstos na regulamentação vigente. A coordenação da Comissão será exercida por médico escolhido entre seus integrantes e formalmente designado pelo Diretor Técnico.

A designação será formalizada por ato administrativo próprio, contendo a identificação dos membros, respectivas categorias profissionais, números de inscrição nos conselhos de classe, funções atribuídas, unidade de vinculação e período de mandato.

A Comissão manterá registros atualizados de sua composição, incluindo eventuais substituições, afastamentos, impedimentos e reconduções, de modo a assegurar a continuidade de suas atividades e a rastreabilidade dos atos administrativos.

Durante a fase de elaboração da proposta técnica, a composição será apresentada de forma funcional, sem indicação nominal dos profissionais, ficando a designação individual condicionada à formalização dos vínculos e à efetiva implantação dos serviços, observadas as exigências do edital e da regulamentação aplicável.

b.3. Finalidade

A Comissão de Revisão de Óbitos tem por finalidade analisar, de maneira sistemática e tecnicamente fundamentada, os óbitos ocorridos nas UPAs Norte e Sul, examinando as circunstâncias do atendimentx'o e os fatores que possam ter influenciado a evolução clínica dos pacientes.

Sua atuação abrangerá a revisão da assistência prestada desde o acolhimento e a classificação de risco até as intervenções médicas e de enfermagem, os procedimentos de estabilização, a observação clínica e, quando aplicáveis, as medidas relacionadas à regulação e à transferência do paciente para outros serviços da Rede de Atenção à Saúde.

A avaliação será realizada a partir dos registros constantes dos prontuários, resultados de exames, evoluções clínicas, prescrições, anotações de enfermagem e demais documentos pertinentes, permitindo verificar a sequência dos atendimentos, a adequação dos fluxos e o cumprimento dos protocolos institucionais.

A Comissão buscará identificar situações que indiquem a necessidade de aperfeiçoamento das rotinas, dos mecanismos de comunicação entre as equipes e das condições de organização dos serviços.

Também contribuirá para a qualificação dos registros assistenciais e das Declarações de Óbito, de modo a assegurar maior consistência das informações utilizadas na avaliação dos serviços e no acompanhamento do perfil epidemiológico dos pacientes atendidos.

As análises terão caráter técnico, educativo e não punitivo, não se destinando à responsabilização individual dos profissionais. Eventuais situações que demandem apuração ética serão encaminhadas às instâncias competentes, por intermédio da Direção Técnica, observadas as normas dos respectivos conselhos profissionais.

Os resultados obtidos subsidiarão medidas corretivas e preventivas, revisão de protocolos, ações de educação permanente e aperfeiçoamento dos processos de atendimento, em articulação com o Núcleo de Segurança do Paciente e a Área de Qualidade.

A finalidade central da Comissão será transformar os dados e as informações extraídos das ocorrências em medidas concretas de melhoria da assistência, contribuindo para reduzir riscos, prevenir eventos adversos e fortalecer a segurança dos usuários atendidos nas duas UPAs.

Competências e atribuições

Compete à Comissão de Revisão de Óbitos:

❖Analisar os óbitos ocorridos nas UPAs Norte e Sul, examinando as circunstâncias clínicas e assistenciais relacionadas a cada ocorrência.

❖Revisar os prontuários dos pacientes falecidos, verificando a completude, a clareza, a sequência cronológica e a consistência dos registros médicos e de enfermagem.

❖Avaliar o cumprimento dos protocolos assistenciais, considerando a classificação de risco, os tempos de atendimento, a investigação diagnóstica, as condutas terapêuticas, a estabilização e os procedimentos de transferência,

quando aplicáveis.

❖Identificar fatores assistenciais, operacionais e organizacionais que possam ter contribuído para a evolução desfavorável do quadro clínico, inclusive dificuldades de comunicação, atrasos e eventuais falhas nos fluxos internos.

❖Verificar a regularidade e a qualidade das informações constantes das Declarações de Óbito, observadas as normas técnicas e profissionais aplicáveis.

❖Encaminhar à Direção Técnica os casos que necessitem de esclarecimentos adicionais, especialmente aqueles relacionados às condutas médicas, respeitada a competência dos Conselhos Profissionais para a apuração de eventuais infrações éticas.

❖Propor medidas corretivas e preventivas, incluindo revisão de protocolos, aperfeiçoamento dos processos de trabalho e capacitação das equipes.

❖Elaborar relatórios técnicos e gerenciais, com registro das análises realizadas, dos fatores identificados, das recomendações emitidas e das providências adotadas.

❖Acompanhar a implementação das recomendações, verificando a efetividade das medidas propostas e a necessidade de ajustes adicionais.

❖Subsidiar a gestão das unidades na avaliação dos indicadores assistenciais relacionados à mortalidade, contribuindo para a identificação de oportunidades de melhoria e para o planejamento das ações de educação permanente.

A análise de eventuais inadequações na assistência deverá observar os limites de competência da Comissão, não lhe cabendo atribuir responsabilidade disciplinar ou formular juízo conclusivo sobre imperícia, imprudência ou negligência profissional.

Nos casos em que houver necessidade de esclarecimentos sobre a conduta médica, a ocorrência será encaminhada à Direção Técnica para as providências pertinentes, observadas as disposições da Resolução CFM nº 2.171/2017.

Funcionamento e metodologia de avaliação

A Comissão desenvolverá suas atividades de forma contínua e sistematizada, com reuniões ordinárias mensais e extraordinárias sempre que a gravidade ou a complexidade de determinada ocorrência justificar análise prioritária.

A avaliação dos óbitos será realizada mediante instrumento padronizado, contemplando, no mínimo, a identificação da ocorrência, o histórico clínico relevante, a cronologia do atendimento, os procedimentos realizados, as condições assistenciais disponíveis, os fatores identificados e as recomendações decorrentes da análise.

Os trabalhos observarão as seguintes etapas:

❖Identificação e registro: levantamento dos óbitos ocorridos na unidade e organização da documentação necessária à análise.

❖Revisão técnico-assistencial: exame dos prontuários, das condutas registradas, dos protocolos aplicáveis e das circunstâncias relacionadas à ocorrência.

❖Discussão e deliberação: avaliação dos casos pela Comissão, com registro das conclusões e recomendações.

❖Encaminhamento das providências: comunicação à Direção Técnica e aos setores competentes para adoção das medidas propostas.

❖Monitoramento: acompanhamento das ações implementadas e avaliação dos resultados obtidos.

As reuniões serão documentadas em atas, contendo data, participantes, assuntos examinados, deliberações e encaminhamentos. Os documentos relacionados aos pacientes serão mantidos sob condições adequadas de segurança e confidencialidade, com acesso restrito aos profissionais autorizados.

Monitoramento e indicadores

Para acompanhar o desempenho das ações desenvolvidas, a Comissão utilizará indicadores que permitam avaliar a regularidade de suas atividades e a efetividade das recomendações.

irmandade SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SÃO BERNARDO DO CAMPO

Indicador	Forma de acompanhamento
Óbitos registrados	Consolidação mensal por unidade.
Óbitos analisados (%)	Casos analisados / total de casos registrados × 100.
Reuniões realizadas (%)	Reuniões realizadas / reuniões programadas × 100.
Conformidade documental	Verificação de campos essenciais nos registros dos óbitos.
Recomendações implementadas (%)	Ações concluídas / ações previstas × 100.
Casos encaminhados	Controle das remessas à Direção Técnica e respectivas providências.

Os indicadores serão analisados periodicamente, considerando o perfil assistencial das unidades e a natureza das ocorrências. Seus resultados subsidiarão relatórios gerenciais, reuniões de avaliação e ações de melhoria, sem prejuízo dos indicadores contratuais previstos no Termo de Referência.

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.171/2017

CFM

RESOLUÇÃO CFM nº 2.171/2017

Publicada no D.O.U. de 08 Jan 2018, Seção I, p.91

Atenção ao Apostilamento nos Considerandos

Regulamenta e normatiza as Comissões de Revisão de Óbito, tornando-as obrigatórias nas instituições hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013; e

CONSIDERANDO que a Resolução CFM nº 2.147/16 reconhece ser o Diretor Técnico, nos termos da Lei, a autoridade responsável, junto aos Conselhos Regionais de Medicina e autoridades sanitárias, pelos aspectos formais do funcionamento das unidades assistenciais de saúde que representa, cabendo zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;

CONSIDERANDO que o Parecer CFM nº 20/2015, de 22 de maio de 2015, estabelece que a Comissão de Óbito tem atividade exclusiva e funções específicas, sendo obrigatória nos estabelecimentos hospitalares públicos e privados;

Onde se lê: ~~**CONSIDERANDO que a Portaria MS nº 170, de 17 de dezembro de 1993, estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito para credenciamento em alta complexidade em oncologia**~~;

Leia-se: **CONSIDERANDO** que a Portaria de Consolidação MS/GM nº 2, de 3 de outubro de 2017, que estabelece, entre outros, a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito para o processo de contratualização dos Hospitais no Sistema Único de Saúde e que trata da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança;

Onde se lê: ~~**CONSIDERANDO que a Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.000, de 15 de abril de 2004, estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito nos Hospitais de Ensino**~~;

Leia-se: **CONSIDERANDO** que a Portaria Interministerial MEC/MS nº 285, de 24 de março de 2015, que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito nessas instituições;

CFM

Onde se lê: ~~**CONSIDERANDO** que a Portaria MS/GM nº 1405, de 29 de junho de 2006, institui a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimentos de Causas Mortis;~~

Leia-se: **CONSIDERANDO** que as Portarias de Consolidação MS nºs 5 e 6, de 3 de outubro de 2017, que tratam, entre outras, do Controle de doenças e enfrentamento de agravos de saúde, da vigilância epidemiológica e do Serviço de Verificação de Óbito (SVO),

Onde se lê: ~~**CONSIDERANDO** que a Portaria MS nº 3.123, de 7 de dezembro de 2006, estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito para o processo de contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde; e~~

Leia-se: **CONSIDERANDO** que a Portaria de Consolidação MS/GM nº 2, de 3 de outubro de 2017, que estabelece, entre outros, a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito para o processo de contratualização dos Hospitais no Sistema Único de Saúde e que trata da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 26 de outubro de 2017,

RESOLVE:

Art. 1º Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Óbito em todas as unidades hospitalares e UPA, adequando-se as já existentes às normas desta resolução.

Art. 2º Os membros componentes da Comissão de Revisão de Óbito serão indicados pela Direção Técnica da instituição.

Art. 3º Compete à Comissão de Revisão de Óbito a avaliação de todos os óbitos ocorridos na unidade, devendo, quando necessário, analisar laudos de necropsias realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal.

Art. 4º A Comissão de Revisão de Óbito deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde.
§ 1º Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três) membros, pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos.
§ 2º Outros profissionais de saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Revisão de Óbito, sendo 1 (um) representante por profissão.
§ 3º O coordenador da Comissão de Revisão de Óbito será obrigatoriamente médico.

CFM

Art. 5º A Comissão de Revisão de Óbito se reunirá mensalmente, caso haja óbito a ser analisado, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário.

Art. 6º A análise da conduta do médico assistente ao paciente falecido deverá ser feita obrigatoriamente por médico componente da Comissão de Revisão de Óbito, sendo vedada a análise da conduta médica por outro profissional não médico membro da Comissão.

Art. 7º Não compete ao médico membro da Comissão de Revisão de Óbitos, ao analisar a conduta do médico que assistiu ao paciente, emitir juízo de valor em relação à imperícia, imprudência ou negligência, pois esta competência é exclusiva dos Conselhos de Medicina.
Parágrafo único. O médico membro da Comissão de Revisão de Óbito, ao analisar a conduta do médico que assistiu o paciente, deve se limitar a elaborar relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente dos fatos analisados.

Art. 8º Os óbitos analisados pela Comissão de Revisão de Óbito que necessitem esclarecimentos em relação as condutas médicas adotadas devem ser encaminhados ao diretor técnico da instituição para análise e este, se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica da instituição, que deverá observar as disposições da Resolução CFM nº 2.152/2016 e, na ausência desta, ao Conselho Regional de Medicina.
Parágrafo único. Quando necessários esclarecimentos de condutas adotadas por outros profissionais de saúde que atenderam o paciente, o caso deve ser encaminhado aos Conselhos Profissionais dos profissionais envolvidos.

Art. 9º É vedado a utilização do termo *morte evitável* para os casos de óbitos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderam o paciente.
Parágrafo único. Estes casos devem ser classificados como *óbito a esclarecer*.

Art. 10 Os membros da Comissão de Revisão de Óbito estão obrigados a manter a privacidade, a confidencialidade e o sigilo das informações contidas no prontuário em análise.

Art. 11 A Comissão de Revisão de Óbito emitirá anualmente relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser entregue ao diretor técnico para as providências necessárias.
Parágrafo único. É responsabilidade do diretor técnico a implantação, na instituição, das medidas corretivas necessárias para a melhora no percentual de óbitos, com base no relatório anual da Comissão de Revisão de Óbito, devendo comunicar o fato ao Conselho Regional de Medicina.

CFM

Art. 12 A duração do mandato da Comissão de Revisão de Óbito será de no máximo 30 (trinta) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido.
Parágrafo único. Ao término do mandato, a diretoria técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

Art. 13 Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, DF, 30 de outubro de 2017.

MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO
Presidente em exercício

HENRIQUE BATISTA E SILVA
Secretário-Geral

CFM

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.171/2017

A análise dos óbitos ocorridos em instituições hospitalares e UPA são de valor epidemiológico extraordinário para se traçar o perfil das mortes nestes locais, permitindo que se estabeleçam protocolos preventivos e terapêuticos, objetivando diminuir o número de óbitos nestas unidades de saúde.

Delimitamos a implantação das Comissões de Revisão de Óbito em instituições hospitalares e UPA, por serem estas unidades os locais onde ocorrem a quase totalidade das mortes em unidades de saúde. Infelizmente, no Brasil, as UPA se tornaram verdadeiras unidades hospitalares, com salas vermelhas, atendendo pacientes em situação de alta complexidade, intubados, em ventiladores, que permanecem em tratamento nestes locais por longos períodos, frequentemente indo a óbito antes de serem transferidos para instituições hospitalares. Deve ser enfatizado que, de acordo com as normas do Ministério da Saúde, UPA são unidades de saúde de atendimento secundário, intermediárias entre a atenção básica e as instituições hospitalares. No entanto, devido à crise que assola o setor de urgência e emergência dos hospitais brasileiros, com superlotação dos prontos-socorros, falta de leitos em Unidades de Terapia Intensiva, falta de leitos hospitalares de retaguarda, as UPA se transformaram em locais de atendimento a pacientes de quadro grave, de alta complexidade, sem que tenham condições para isto, tanto pela falta de capacidade infraestrutural, e de insumos materiais necessários para atender a pacientes de tamanha gravidade, quanto por não dispor de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros profissionais de saúde com capacitação adequada para atender a esses doentes. Devido a esse desvio de função das UPA, temos um grande número de pacientes que morrem nestas unidades, assim se justificando a implantação de Comissão de Revisão de Óbito nas UPA.

O Conselho Federal de Medicina e o Ministério da Saúde, ao estabelecerem a obrigatoriedade da implementação da Comissão de Revisão de Óbito nessas instituições, reconhecem a importância desta análise para que se tenha o perfil dos óbitos ocorridos, objetivando estabelecer políticas públicas voltadas para as causas que culminaram em óbitos que poderiam ter sido evitados.

As causas de óbitos são frequentemente multifatoriais, sendo a epidemia do trauma a maior causa de óbito na população jovem, enquanto as doenças cardiovasculares e oncológicas respondem pela maioria dos óbitos na população mais idosa.

Para que se trace o perfil dos óbitos que ocorrem em determinada instituição é fundamental que a Comissão de Revisão de Óbito seja multiprofissional, possibilitando uma análise ampla e especializada, onde se abordem todos os aspectos envolvidos no óbito, pelos diferentes profissionais envolvidos no tratamento do paciente, objetivando acima de tudo traçar o perfil epidemiológico dos óbitos da instituição.

A Comissão de Óbito é de responsabilidade do diretor técnico da unidade e a ele subordinada, por ser o médico responsável ética e legalmente pelo cumprimento das

normas administrativas da instituição. Por esta razão, é de competência do diretor técnico a indicação dos componentes da Comissão de Revisão de Óbito, que cumprirão mandato de no máximo 30 (trinta) meses, só podendo ser substituídos neste período a pedido. Ao fim do mandato a diretoria técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

A Comissão de Revisão de Óbito deve ser multiprofissional, sendo composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo eles obrigatoriamente médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde. Caso se faça a opção de formar a Comissão com mais de três membros, cada profissão deve ser representada por um único profissional, exceto o enfermeiro, com o máximo de 2 (dois), e do médico, com o máximo de 3 (três) membros. O número maior de médicos e enfermeiros se justifica por serem os dois profissionais mais diretamente envolvidos na assistência ao paciente.

Ao analisar o óbito, os membros da Comissão de Revisão de Óbito não podem nem devem substituir as competências legais dos Conselhos de Profissão, decretando se houve ou não erro dos profissionais que assistiram o paciente. É da responsabilidade de cada profissional da Comissão analisar a conduta do seu colega de profissão que assistiu o paciente, porém deve limitar-se a elaborar relatório conclusivo que trate exclusivamente dos fatos analisados, de forma circunstancial. Caso sejam necessários maiores esclarecimentos em relação à conduta dos profissionais que assistiram ao paciente, a análise do óbito deve ser encaminhada à Comissão de Ética Médica da instituição, quando forem necessários esclarecimentos da conduta médica adotada, e na ausência desta ao Conselho Regional de Medicina; quando o esclarecimento for de conduta adotada por outro profissional de saúde não médico, a análise do óbito deve ser encaminhada ao Conselho de profissão do profissional envolvido.

Óbitos que necessitem esclarecimentos além das competências da Comissão de Revisão de Óbito devem ser classificados como *óbito a esclarecer*, sendo vedada a denominação *morte evitável*.

É importante que se esclareça em qual contexto o termo *morte evitável* passou a ser utilizado:

O Parecer Cremesp nº 76.888/2005, de 2 de julho de 2007, estabeleceu que não existe uma única definição para o termo *morte evitável*, mas que seriam mortes que poderiam ser evitadas por meios e tecnologia preventivos ou curativos atualmente disponíveis na sociedade, sendo eventos que não deveriam acontecer. Suas causas poderiam ser eliminadas ou seus efeitos controlados, estando relacionadas a deficiências do sistema de atenção a saúde prestada a determinada população quanto a medidas profiláticas, preventivas ou curativas, sendo considerado como indicador de qualidade dos cuidados à saúde, não sendo relacionados diretamente a erros médicos, apesar destes poderem resultar em mortes evitáveis.

Apesar deste conceito, o que se consagrou na prática médica é que quando a morte é classificada como *evitável*, imediatamente esta é associada a erro médico, especialmente nos cenários das Comissões de Óbito. Infelizmente, na prática médica atual, o termo *morte evitável* revela-se preconceituoso, implicando pré-julgamento de que houve erro no óbito do paciente, particularmente por parte do médico. Além disso,

CFM

deve ser ressaltado que uma morte só pode ser classificada legalmente como *morte evitável* após ser analisada pelo Conselho de Medicina com tal conclusão. O óbito, uma vez classificado pela Comissão de Revisão de Óbito como *morte evitável*, sendo esta denominação do conhecimento da família, implicará quase que obrigatoriamente em denúncia no âmbito ético e legal contra os profissionais envolvidos na assistência ao paciente, especialmente o médico.

A denominação de determinado óbito pela Comissão de Revisão de Óbito como *morte evitável* em nada contribui para o esclarecimento do mesmo, devendo ser substituído por *óbito a esclarecer*, termo mais apropriado, que não carrega qualquer tipo de pré-julgamento sobre possível erro envolvido na morte do paciente, e que atingirá os objetivos propostos pela Comissão de Revisão de Óbito de esclarecer todos os aspectos envolvidos na morte do paciente, com o encaminhamento da análise do óbito ao Conselho de Ética Médica da instituição ou CRM, quando o médico estiver envolvido, ou ao Conselho de Profissão quando a atuação de outro profissional assistente estiver sob análise.

É essencial lembrar que o acesso ao prontuário do paciente é ato de extrema responsabilidade de todos os profissionais de saúde envolvidos, e que a privacidade, confidencialidade e o sigilo das informações ali contidas estão garantidas no artigo V da Constituição Federal e no Código Penal Brasileiro. Todos os profissionais de saúde, respeitadas as competências de cada profissão, estão obrigados a guardar as informações contidas no prontuário, em respeito ao falecido, e aos direitos que ele tinha quando vivo, sob pena de responsabilização ética e legal para o profissional que quebrar este direito constitucional.

Por todo o exposto é de fundamental importância que o Conselho Federal de Medicina normatize o funcionamento das Comissões de Revisão de Óbito por Resolução específica.

HERMANN ALEXANDRE VIVACQUA VON TIESENHAUSEN
Conselheiro Relator

b.4. Minuta de regimento interno, com competências, periodicidade de reunião e forma de registro das deliberações

MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS

UPA NORTE – JOSÉ DE SOUZA DOURADO

UPA SUL – GERSON PIRES DE AGUIAR

MUNICÍPIO DE PALMAS/TO

CAPÍTULO I – DA DENOMINAÇÃO, NATUREZA E VINCULAÇÃO

Art. 1º A Comissão de Revisão de Óbitos constitui instância técnico-científica permanente, de natureza multidisciplinar, destinada à análise sistemática dos óbitos relacionados à assistência prestada nas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar, sob gestão da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do CAMPO, no Município de Palmas/TO.

§ 1º A instituição e o funcionamento da Comissão observarão a Resolução CFM nº 2.171/2017, com as alterações introduzidas pela Resolução CFM nº 2.469/2026, as demais normas sanitárias e profissionais aplicáveis e as disposições do Edital de Chamamento Público nº 001/2026 e seus anexos.

§ 2º A Comissão atuará como órgão de assessoramento técnico diretamente vinculado à Direção Técnica da respectiva unidade, preservada a autonomia técnica de seus integrantes no exercício de suas atribuições.

§ 3º As atividades serão organizadas de maneira a assegurar a identificação, a análise e o acompanhamento dos óbitos de cada UPA, mediante registros próprios e individualizados.

Art. 2º A atuação da Comissão terá caráter técnico, educativo, preventivo e não punitivo, voltado ao aprimoramento da qualidade assistencial, à identificação de riscos e ao aperfeiçoamento dos processos de atendimento.

§ 1º É vedada a utilização dos pareceres, atas e relatórios produzidos pela Comissão para fins punitivos aos profissionais envolvidos.

§ 2º A Comissão não exercerá atribuições disciplinares nem substituirá as competências da Direção Técnica, da Comissão de Ética Médica ou dos conselhos profissionais legalmente instituídos.

§ 3º As análises observarão os princípios da confidencialidade, imparcialidade, responsabilidade técnica e respeito às competências privativas de cada profissão.

CAPÍTULO II – DAS FINALIDADES E COMPETÊNCIAS

Art. 3º A Comissão de Revisão de Óbitos tem por finalidade analisar, de forma técnica e sistemática, os óbitos ocorridos nas unidades, avaliando as circunstâncias relacionadas à assistência prestada e identificando oportunidades de melhoria dos processos assistenciais.

Art. 4º Compete à Comissão de Revisão de Óbitos:

I – avaliar todos os óbitos ocorridos na unidade, com especial atenção às circunstâncias assistenciais dos atendimentos realizados durante a

permanência do paciente e às situações relacionadas às primeiras 24 horas após sua admissão;

II – examinar a sequência cronológica dos atendimentos, desde o acolhimento e a classificação de risco até a assistência médica, os cuidados de enfermagem, os procedimentos de estabilização e, quando aplicável, a regulação e a transferência do paciente;

III – revisar os prontuários dos pacientes falecidos, verificando a qualidade, a completude e a consistência das informações registradas;

IV – avaliar, respeitadas as competências profissionais, a observância dos protocolos institucionais e dos fluxos assistenciais adotados na unidade;

V – identificar possíveis fragilidades relacionadas à organização do atendimento, à comunicação entre equipes, à disponibilidade de recursos e aos tempos de resposta assistencial;

VI – analisar, quando necessário, os laudos de necropsia realizados pelo Serviço de Verificação de Óbitos ou pelo Instituto Médico Legal, observadas as regras de acesso à informação;

VII – avaliar a qualidade das informações constantes das Declarações de Óbito, propondo ações destinadas ao adequado preenchimento desses documentos;

VIII – identificar falhas sistêmicas, gargalos assistenciais e situações que indiquem necessidade de revisão dos protocolos e rotinas institucionais;

IX – propor medidas preventivas e corretivas, ações educativas e recomendações voltadas à melhoria da qualidade assistencial;

X – encaminhar à Direção Técnica os casos que necessitem de esclarecimentos adicionais, observadas as competências das instâncias profissionais pertinentes;

XI – elaborar relatórios técnicos e gerenciais sobre as ocorrências analisadas, preservada a confidencialidade das informações;

XII – acompanhar as providências decorrentes das recomendações emitidas e avaliar sua implementação;

XIII – contribuir para a definição de ações de educação permanente dirigidas às equipes assistenciais;

XIV – elaborar relatório anual contendo o perfil epidemiológico dos óbitos, as principais situações identificadas, as recomendações formuladas e o acompanhamento das medidas adotadas;

XV – atuar de forma articulada com o Núcleo de Segurança do Paciente, a Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, a Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde e as demais instâncias pertinentes, respeitadas suas competências.

Parágrafo único. As análises da Comissão deverão considerar as características do atendimento de urgência e emergência, as condições clínicas dos pacientes, a estrutura disponível e os fluxos de referência e contrarreferência da Rede de Atenção à Saúde.

CAPÍTULO III – DA COMPOSIÇÃO E DA DESIGNAÇÃO DOS MEMBROS

Art. 5º A Comissão de Revisão de Óbitos será composta por, no mínimo, cinco membros, assegurada a maioria de profissionais médicos, incluindo representantes de especialidades clínicas e cirúrgicas, observada a regulamentação vigente.

§ 1º A composição será multidisciplinar, recomendando-se a participação de profissionais de enfermagem e de outras categorias da área da saúde, compatíveis com o perfil assistencial das UPAs.

§ 2º A definição dos integrantes considerará a formação profissional, a experiência assistencial, o conhecimento dos processos de urgência e emergência e a disponibilidade para o desempenho das atividades da Comissão.

§ 3º A Comissão deverá contar com coordenação exercida obrigatoriamente por médico, escolhido entre seus integrantes médicos e designado pelo diretor técnico.

Art. 6º Os membros da Comissão serão designados pelo diretor técnico da instituição, mediante consulta ao corpo clínico e à Comissão de Ética Médica para a nomeação dos integrantes médicos.

§ 1º A designação será formalizada por ato institucional próprio, contendo, no mínimo:

I – nome completo do integrante;

II – categoria profissional;

III – número de inscrição no respectivo conselho profissional, quando aplicável;

IV – função desempenhada na Comissão;

V – período do mandato;

VI – identificação da unidade de atuação.

§ 2º A constituição da Comissão deverá ser compatível com a estrutura organizacional e assistencial das UPAs Norte e Sul, assegurada a observância dos requisitos regulamentares em cada unidade.

§ 3º Poderão ser convidados profissionais de áreas técnicas específicas para prestar esclarecimentos ou contribuir com análises determinadas, sem que sua participação implique integração automática à Comissão ou direito de voto.

Art. 7º A organização interna da Comissão compreenderá:

I – Coordenador;

II – Vice-Coordenador, escolhido entre os membros médicos;

III – Secretário, escolhido entre os integrantes da Comissão;

IV – demais membros titulares.

Parágrafo único. A distribuição das funções internas será formalizada e registrada em ata, preservadas as competências do diretor técnico quanto à designação do coordenador e dos membros da Comissão.

CAPÍTULO IV – DO MANDATO, SUBSTITUIÇÃO E IMPEDIMENTOS

Art. 8º O mandato dos membros da Comissão de Revisão de Óbitos será de dois anos, permitida a recondução.

§ 1º A renovação dos membros observará o procedimento de designação previsto neste Regimento e na regulamentação profissional aplicável.

§ 2º A substituição de integrantes deverá preservar a composição mínima regulamentar e a continuidade dos trabalhos.

Art. 9º A perda do mandato antes de seu término somente poderá ocorrer nas hipóteses de renúncia, ausência injustificada reiterada, condenação ética ou fato superveniente que inviabilize o exercício da função, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

§ 1º A ocorrência de faltas injustificadas deverá ser formalmente registrada, cabendo à Direção Técnica avaliar a necessidade de providências, observadas as disposições normativas aplicáveis.

§ 2º A substituição será formalizada por ato do diretor técnico, com registro da alteração na documentação institucional.

Art. 10. Os membros deverão declarar impedimento ou suspeição sempre que houver interesse direto ou vínculo capaz de comprometer sua imparcialidade na análise de determinado caso.

Parágrafo único. O impedimento será registrado em ata, vedada a participação do integrante impedido na discussão técnica conclusiva e na deliberação relativa ao caso.

CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO E DA ORGANIZAÇÃO

Art. 11. A Comissão reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês, quando houver óbitos a serem analisados, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário.

§ 1º As reuniões ordinárias observarão calendário previamente aprovado pela Comissão.

§ 2º As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Coordenador, pelo Vice-Coordenador, na ausência daquele, ou mediante solicitação fundamentada da maioria dos integrantes.

§ 3º A convocação deverá informar, sempre que possível, a data, o horário, o local ou meio de realização e os assuntos previstos para apreciação.

§ 4º Na inexistência de óbitos a serem analisados no período, a Comissão poderá realizar atividades de planejamento, monitoramento de recomendações e educação permanente, registrando as ações desenvolvidas.

Art. 12. As reuniões serão conduzidas pelo Coordenador ou, em sua ausência, pelo Vice-Coordenador.

Parágrafo único. Na ausência de ambos, a reunião deliberativa será reagendada, sem prejuízo das atividades administrativas e preparatórias que possam ser realizadas pelos demais integrantes.

Art. 13. Para a realização das reuniões deliberativas, será exigida a presença da maioria dos integrantes em exercício, assegurada a participação de médicos em número compatível com a composição regulamentar.

§ 1º As deliberações serão tomadas por maioria simples dos membros presentes, ressalvadas as análises técnicas de competência privativa dos médicos.

§ 2º Em caso de empate nas matérias administrativas, caberá ao Coordenador o voto de desempate.

§ 3º Eventuais divergências técnicas poderão ser registradas em ata, mediante manifestação fundamentada do integrante.

Art. 14. Todas as reuniões serão registradas em ata, contendo:

I – data, horário e modalidade de realização;

II – identificação dos membros presentes e ausentes;

III – assuntos examinados;

IV – síntese das discussões, preservadas as informações protegidas por sigilo;

V – deliberações e recomendações aprovadas;

VI – responsáveis pelos encaminhamentos;

VII – prazos estabelecidos para cumprimento das providências;

VIII – registro de impedimentos e declarações de suspeição, quando houver.

§ 1º As atas serão assinadas pelos participantes, admitida assinatura eletrônica quando utilizada solução institucional adequada.

§ 2º Os documentos serão mantidos em arquivo institucional de acesso restrito, observadas as normas de segurança da informação e proteção de dados pessoais.

§ 3º A Direção Técnica terá acesso aos registros necessários ao exercício de suas atribuições, preservado o sigilo profissional.

CAPÍTULO VI – DA METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS ÓBITOS

Art. 15. A análise dos óbitos será realizada mediante procedimento técnico padronizado, com utilização de formulário institucional específico.

§ 1º O instrumento de análise deverá contemplar, no mínimo:

I – identificação da ocorrência e da unidade assistencial;

II – data e horário de admissão do paciente;

III – classificação de risco atribuída;

IV – histórico clínico e informações relevantes;

V – sequência cronológica dos atendimentos;

VI – procedimentos diagnósticos e terapêuticos registrados;

VII – assistência médica e de enfermagem documentada;

VIII – intervenções realizadas para estabilização clínica;

IX – procedimentos de regulação e transferência, quando aplicáveis;

X – data, horário e circunstâncias do óbito;

XI – documentação pertinente à ocorrência;

XII – fatores assistenciais, organizacionais ou operacionais identificados;

XIII – esclarecimentos eventualmente necessários;

XIV – recomendações e encaminhamentos aprovados.

§ 2º As informações serão obtidas por meio dos prontuários e demais registros institucionais legitimamente acessíveis à Comissão.

Art. 16. O processo de revisão dos óbitos compreenderá as seguintes etapas:

I – identificação e registro dos óbitos ocorridos na unidade;

II – levantamento e organização da documentação assistencial;

III – análise preliminar dos registros;

IV – discussão técnica do caso pela Comissão;

V – elaboração de relatório ou parecer circunstanciado;

VI – definição das recomendações e encaminhamentos pertinentes;

VII – comunicação à Direção Técnica;

VIII – acompanhamento das providências adotadas.

§ 1º A análise deverá considerar as circunstâncias concretas do atendimento, o quadro clínico apresentado e os recursos assistenciais disponíveis no momento da ocorrência.

§ 2º Quando houver necessidade de informações complementares, poderão ser solicitados esclarecimentos aos setores envolvidos, por intermédio dos canais institucionais competentes.

§ 3º As conclusões deverão ser fundamentadas nos documentos examinados, evitando-se presunções ou atribuições de responsabilidade sem suporte técnico.

Art. 17. A análise da assistência médica e dos atos profissionais médicos competirá exclusivamente aos médicos integrantes da Comissão.

§ 1º Os demais membros contribuirão com informações técnicas referentes às suas respectivas áreas de atuação, sendo vedada a emissão de juízo técnico sobre atos privativos da medicina.

§ 2º Não compete à Comissão emitir juízo conclusivo sobre imperícia, imprudência ou negligência profissional, observadas as atribuições dos Conselhos de Medicina.

§ 3º Os relatórios relacionados à assistência médica deverão apresentar descrição técnica e circunstanciada dos fatos analisados, com indicação dos elementos documentais utilizados.

Art. 18. Os casos que demandem esclarecimentos acerca das condutas médicas serão encaminhados ao diretor técnico, para avaliação e adoção das providências cabíveis.

§ 1º Quando necessário, o diretor técnico encaminhará a ocorrência à Comissão de Ética Médica ou, na ausência desta, ao Conselho Regional de Medicina, observadas as normas pertinentes.

§ 2º As situações que demandem esclarecimentos sobre condutas de profissionais de outras categorias serão encaminhadas às instâncias

competentes, observadas as atribuições dos respectivos conselhos profissionais.

§ 3º A Comissão não substituirá os procedimentos próprios de apuração de responsabilidade ética ou disciplinar.

Art. 19. Nos casos em que houver necessidade de esclarecimentos sobre as condutas adotadas pelos profissionais envolvidos, deverá ser utilizada a classificação **"óbito a esclarecer"**, vedado o emprego da expressão "morte evitável" para tais situações, conforme a regulamentação do Conselho Federal de Medicina.

Parágrafo único. A classificação não representa atribuição de responsabilidade individual e deverá ser acompanhada dos elementos técnicos que justifiquem a necessidade de esclarecimentos adicionais.

CAPÍTULO VII – DAS ATRIBUIÇÕES DOS INTEGRANTES

Art. 20. Compete ao Coordenador da Comissão:

I – coordenar e supervisionar os trabalhos;

II – convocar e presidir as reuniões;

III – organizar, juntamente com os integrantes, o calendário de atividades;

IV – distribuir os casos para análise, observadas as competências profissionais;

V – assegurar o cumprimento das disposições deste Regimento;

VI – promover o encaminhamento dos relatórios e recomendações à Direção Técnica;

VII – acompanhar a implementação das providências aprovadas;

VIII – representar a Comissão perante a Direção Técnica e as demais instâncias institucionais;

IX – submeter à apreciação dos membros propostas de revisão de procedimentos e rotinas;

X – coordenar a elaboração do relatório anual de atividades.

Parágrafo único. O Vice-Coordenador substituirá o Coordenador em seus impedimentos e ausências, respeitadas as competências previstas neste Regimento.

Art. 21. Compete ao Secretário da Comissão:

I – organizar as pautas e providenciar as convocações;

II – registrar as reuniões e elaborar as atas;

III – organizar e manter os arquivos da Comissão;

IV – controlar o recebimento e a tramitação dos documentos;

V – providenciar a disponibilização dos prontuários e registros necessários às análises, por meio dos setores autorizados;

VI – manter atualizado o controle das ocorrências examinadas;

VII – registrar os encaminhamentos e os respectivos prazos;

VIII – auxiliar na consolidação dos relatórios e indicadores;

IX – assegurar a guarda adequada da documentação sob sua responsabilidade.

Art. 22. Compete aos demais membros:

I – participar das reuniões e das atividades programadas;

II – realizar as análises que lhes forem atribuídas, observadas as competências profissionais;

III – apresentar manifestações técnicas fundamentadas;

IV – contribuir para a identificação de oportunidades de melhoria;

V – propor recomendações e medidas educativas;

VI – acompanhar os encaminhamentos sob sua responsabilidade;

VII – preservar o sigilo das informações acessadas;

VIII – comunicar situações de impedimento ou suspeição;

IX – colaborar na elaboração dos relatórios e no planejamento das atividades.

CAPÍTULO VIII – DOS REGISTROS, DO SIGILO E DA PROTEÇÃO DE DADOS

Art. 23. Os membros da Comissão deverão manter sigilo sobre os dados pessoais, clínicos e assistenciais acessados durante o exercício de suas atribuições.

§ 1º O acesso aos prontuários e demais documentos ficará restrito aos profissionais autorizados, exclusivamente para as finalidades institucionais pertinentes.

§ 2º O tratamento das informações observará a Lei Federal nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, as normas de sigilo profissional e as diretrizes institucionais de segurança da informação.

§ 3º Relatórios gerenciais e documentos destinados à apresentação de resultados deverão utilizar, sempre que possível, informações agregadas ou desidentificadas, sem exposição desnecessária de dados pessoais.

§ 4º É vedada a reprodução, divulgação ou utilização de informações obtidas pela Comissão para finalidades estranhas às suas competências.

Art. 24. A documentação da Comissão compreenderá, no mínimo:

I – ato formal de constituição e designação dos integrantes;

II – Regimento Interno aprovado;

III – calendário anual de atividades;

IV – atas das reuniões;

V – formulários de análise de óbitos;

VI – relatórios e pareceres técnicos;

VII – registros de recomendações e encaminhamentos;

VIII – documentos de acompanhamento das ações corretivas e preventivas;

IX – relatórios periódicos de atividades;

X – relatório epidemiológico anual.

Parágrafo único. A guarda, a conservação, o acesso e a destinação dos documentos observarão os prazos legais aplicáveis, as políticas institucionais de gestão documental e as normas de proteção das informações de saúde.

CAPÍTULO IX – DO MONITORAMENTO E DA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

Art. 25. A Comissão acompanhará sistematicamente os resultados de suas atividades, mediante indicadores de processo e de acompanhamento das recomendações.

§ 1º Serão utilizados, entre outros, os seguintes indicadores internos:

I – número mensal de óbitos registrados na unidade;

II – percentual de óbitos analisados pela Comissão;

III – número de reuniões realizadas em relação à programação prevista;

IV – percentual de prontuários avaliados quanto à conformidade dos registros;

V – quantidade de recomendações técnicas emitidas;

VI – percentual de recomendações implementadas;

VII – número de ocorrências encaminhadas à Direção Técnica para esclarecimentos;

VIII – quantidade de ações educativas propostas ou realizadas a partir das análises.

§ 2º Os indicadores terão finalidade de gestão e melhoria contínua, não substituindo aqueles definidos no Termo de Referência, no Plano de Trabalho ou no Termo de Colaboração celebrado com o Município de Palmas.

§ 3º Os resultados serão avaliados periodicamente, considerando o perfil epidemiológico, a complexidade dos atendimentos e as particularidades de cada unidade.

Art. 26. A Comissão elaborará relatório anual detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na instituição.

§ 1º O relatório deverá conter:

I – consolidação dos óbitos analisados;

II – distribuição das ocorrências por período e características epidemiológicas pertinentes;

III – principais condições clínicas identificadas;

IV – aspectos assistenciais e organizacionais observados;

V – dificuldades recorrentes nos fluxos de atendimento;

VI – recomendações técnicas formuladas;

VII – situação de implementação das medidas propostas;

VIII – oportunidades de aperfeiçoamento dos protocolos e processos de trabalho.

§ 2º O relatório será encaminhado ao diretor técnico, a quem caberá adotar as medidas corretivas necessárias à melhoria da assistência, observadas as responsabilidades estabelecidas na regulamentação do Conselho Federal de Medicina, inclusive quanto à comunicação ao Conselho Regional de Medicina.

§ 3º A Comissão poderá elaborar relatórios intermediários, quando a relevância dos achados justificar providências antes do encerramento do exercício.

CAPÍTULO X – DA ARTICULAÇÃO INSTITUCIONAL E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Art. 27. A Comissão atuará em articulação com as demais instâncias de qualidade e segurança assistencial das UPAs, especialmente:

I – Núcleo de Segurança do Paciente;

II – Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;

III – Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;

IV – Comissão de Ética Médica, respeitada sua competência;

V – Núcleo de Educação Permanente em Saúde;

VI – Direções Técnica e Administrativa das unidades.

§ 1º A articulação terá como finalidade favorecer a identificação de riscos, a revisão de processos assistenciais e o desenvolvimento de medidas de prevenção.

§ 2º O compartilhamento de informações deverá limitar-se ao necessário para o exercício das competências de cada instância, observadas as normas de confidencialidade.

Art. 28. As recomendações aprovadas pela Comissão poderão subsidiar ações de educação permanente, revisão de protocolos, atualização de fluxos operacionais e aperfeiçoamento das rotinas assistenciais.

Parágrafo único. As atividades educativas deverão considerar as necessidades identificadas nas análises, o perfil assistencial das unidades e as prioridades definidas pela gestão técnica.

CAPÍTULO XI – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS

Art. 29. A atuação da Comissão deverá respeitar a autonomia técnica dos profissionais e os limites das competências regulamentares de cada categoria.

Art. 30. As situações não previstas neste Regimento serão examinadas pela Comissão e submetidas à Direção Técnica, observadas as normas profissionais, sanitárias e institucionais aplicáveis.

Art. 31. Este Regimento poderá ser revisado em razão de alterações legislativas ou regulamentares, mudanças na organização dos serviços ou necessidade de aprimoramento dos procedimentos institucionais.

Parágrafo único. As propostas de alteração deverão ser discutidas pela Comissão e submetidas à aprovação da Direção Técnica, respeitadas as competências estabelecidas na regulamentação profissional.

Art. 32. A implantação e o funcionamento da Comissão deverão observar as disposições do Edital de Chamamento Público nº 001/2026, do respectivo Termo de Referência, do Plano de Trabalho aprovado e das normas aplicáveis à prestação dos serviços nas UPAs Norte e Sul do Município de Palmas/TO.

Art. 33. O presente Regimento entrará em vigor na data de sua aprovação pela instância institucional competente, após a formalização da constituição da Comissão, permanecendo sujeito às atualizações necessárias à manutenção de sua conformidade normativa.

Palmas/TO, ____ de _____ de _____.

IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

Direção Técnica

Coordenação da Comissão de Revisão de Óbitos

Aprovação institucional: _____

RELATÓRIO DE ANÁLISE DE ÓBITOS

Irmandade SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SÃO BERNARDO DO CAMPO

RELATÓRIO DE ANÁLISE DE ÓBITOS

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

Nome do paciente:		**Idade:**
Nº do prontuário:		**Data de nascimento:**
Data do óbito:	**Hora do óbito:**	**Local do óbito:**

Nº	QUESTÃO	RESPOSTA			
		Sim	Ir para	Não	Ir para
01	Trata-se de caso terminal, irreversível?	☐		☐	
02	A morte foi devida a causa ou complicação esperada?	☐		☐	
03	Existem e estavam disponíveis medidas para evitar as causas?	☐		☐	
04	As medidas para evitar a causa foram tomadas?	☐		☐	
05	As medidas foram adequadas e tomadas na hora certa?	☐		☐	
06	O paciente ou seu responsável quis que medidas para evitar a causa fossem tomadas? (sim se não houver registro específico no prontuário)	☐		☐	
07	Há probabilidade que manifestações da causa pudessem ter sido reconhecidas antes?	☐		☐	
08	Há registro no prontuário de manifestações da causa?	☐		☐	
09	As manifestações das causas foram reconhecidas/comunicadas como evidência do desencadeamento da morte?	☐		☐	
10	Há razoável evidência de que o diagnóstico feito ou o problema identificado estava de acordo com os achados?	☐		☐	
11	Foi reconhecida a presença da causa?	☐		☐	
12	O diagnóstico era tratável?	☐		☐	
13	O tratamento foi efetuado de forma e no tempo correto?	☐		☐	
14	Falta de material ou equipamento médico-hospitalar?	☐		☐	
15	Não realização de exame solicitado?	☐		☐	
16	Não realização de cirurgia proposta?	☐		☐	
17	Óbito no pós procedimento invasivo?	☐		☐	
18	Infecção hospitalar?	☐		☐	
19	Sepse/Choque séptico?	☐		☐	
20	Queda de leito hospitalar?	☐		☐	
21	Aguardando vaga em Unidade Hospitalar?	☐		☐	
22	Óbito durante transporte intra-hospitalar?	☐		☐	

"J"	Óbito justificado
"?"	Dúvida: o óbito deve ser discutido

Tipo de óbito:
☐ Sim ☐ Não
Inavitável
☐ Sim ☐ Não

Local óbito e tempo Instável

Conclusões Clínicas
Diagnóstico inicial:
Diagnóstico definitivo:
Diagnóstico secundário:

Atestado de Óbito
Causa básica:
Causa consequência:
Causa terminal:
Data do óbito: ____/____/____

Observações / Considerações da Comissão

Avaliação de preenchimento

Letra legível	☐ Sim	☐ Não
Falta carimbo	☐ Sim	☐ Não
Falta preenchimento	☐ Sim	☐ Não

Conclusão:

Revisor:

Compromisso com a qualidade, segurança e melhoria contínua.

b.5. Cronograma anual de atividades



O cronograma contempla a implantação e o funcionamento contínuo da Comissão de Revisão de Óbitos, com reuniões mensais, análise sistemática dos óbitos, registro das deliberações e acompanhamento das recomendações. As atividades observarão as necessidades assistenciais das UPAs Norte e Sul, podendo ser ajustadas conforme a demanda, as determinações da Direção Técnica e as exigências regulamentares aplicáveis.

MODELO DE ATA

Modelo de Ata de Reunião da Comissão de XXXXX

ATA DA XXª REUNIÃO DA COMISSÃO DE XXXXX

Aos XXXX dias do mês de XXXXXXX de dois mil e XXXX, às XXXX horas, no (local da realização da reunião), sito à (endereço completo por extenso, incluindo cidade, Estado e CEP), reuniram-se os membros da Comissão de XXXXX (nome dos membros participantes, e das respectivas funções, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte pauta:

01 – DELIBERAÇÕES:

(A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros");
(B) Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda);
(C) .....;
(D) .....;

02 – COMUNICADOS:

(A) .....;
(B) .....;

04 – CONCILIAÇÕES REALIZADAS:

- Procedimento sindicante nº (citar apenas a numeração dos procedimentos).

05 – PROCEDIMENTOS SINDICANTES INSTAURADOS/EM ANÁLISE/ANALISADOS:

- Citar apenas a numeração dos procedimentos, e a fase em que se encontram.

07 – ASSUNTOS GERAIS:

(A) .....;
(B) .....;
(C) .....;

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente Ata, assinada por mim, secretário(a) desta Comissão de XXXXX, do presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Integração com a gestão da qualidade

A Comissão de Revisão de Óbitos atuará de forma articulada com a Área de Qualidade, o Núcleo de Segurança do Paciente e as coordenações assistenciais das UPAs, contribuindo para a identificação de riscos e para o aprimoramento das práticas clínicas e organizacionais.

As recomendações decorrentes das análises poderão subsidiar a revisão dos fluxos de atendimento, a atualização dos protocolos institucionais, o planejamento de capacitações e a adoção de medidas destinadas à prevenção de eventos adversos.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assegurará as condições administrativas e operacionais necessárias ao

funcionamento da Comissão, incluindo acesso aos documentos pertinentes, disponibilização de instrumentos de registro e acompanhamento das medidas recomendadas.

A atuação da Comissão será orientada pela avaliação técnica dos fatos, pelo respeito aos profissionais envolvidos e pela busca permanente da qualificação da assistência, contribuindo para que as conclusões obtidas sejam efetivamente incorporadas aos processos de gestão e atendimento das UPAs Norte e Sul.

c.**Comissão de Ética Médica**

c.1. Proposta de constituição, com a composição por categoria profissional

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo organizará as providências para constituição de Comissão de Ética Médica (CEM) representativa do corpo clínico das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte e Sul, preservando a independência funcional da Comissão perante a gestão institucional e sua vinculação ao CRM-TO. Como diretriz de execução, será promovida a constituição de uma Comissão por unidade, mediante verificação do quantitativo de médicos e das orientações do CRM-TO. Eventual comissão conjunta somente será considerada nas hipóteses e condições autorizadas pelo art. 3º, § 2º, do Regulamento anexo à Resolução CFM nº 2.152/2016, mediante orientação do Conselho.

A composição é exclusivamente médica, porque a CEM não se confunde com comissões multiprofissionais de qualidade ou segurança do paciente. O dimensionamento seguirá o número efetivo de médicos integrantes do corpo clínico, e não apenas a quantidade de médicos por plantão.



Na composição proposta de quatro titulares e quatro suplentes, um titular exercerá a Presidência e outro a Secretaria, escolhidos pelos membros efetivos na primeira reunião. O quantitativo definitivo será confirmado após o levantamento nominal do corpo clínico de cada unidade, antes da convocação das eleições.

c.2. Forma de escolha, eleição e formalização dos membros

A formação da CEM não ocorrerá por indicação unilateral da administração. A Direção Clínica, quando existente, providenciará a comissão eleitoral, em articulação com o CRM-TO; o processo será conduzido com voto direto e secreto dos médicos do corpo clínico, por chapas, observados os impedimentos legais e as orientações regionais.

1. Levantamento e validação do corpo clínico de cada UPA, com quantitativo de médicos, critérios de participação e verificação da necessidade de comissão individual ou conjunta.

2. Consulta ao CRM-TO sobre os requisitos de instalação, calendário, supervisão eleitoral, elegibilidade e documentação exigida.

3. Constituição da comissão eleitoral pelo diretor clínico, quando houver, com exclusão de seus integrantes da condição de candidatos.

4. Publicação do edital eleitoral com antecedência mínima de 30 dias e divulgação da lista de votantes; inscrição das chapas com antecedência mínima de 15 dias, observadas as regras federais e regionais.

5. Realização de votação direta e secreta, apuração e lavratura da ata do pleito, com registro do resultado e eventuais impugnações.

6. Encaminhamento da ata ao CRM-TO para homologação e registro; posse dos eleitos pelo Conselho e afixação do certificado, quando expedido.

7. Primeira reunião para eleição do Presidente e Secretário entre os efetivos, aprovação do calendário de reuniões e organização do arquivo sigiloso.

A administração disponibilizará espaço, meios operacionais, tempo para as reuniões e apoio documental, sem interferir na decisão eleitoral, nas apurações e nas comunicações ao CRM-TO. A CEM será considerada efetivamente constituída após os atos exigidos pelo Conselho.

c.3. Forma de designação dos membros

Os membros da Comissão de Ética Médica (CEM) serão escolhidos mediante processo eleitoral, por voto direto e secreto dos médicos integrantes do corpo clínico da respectiva Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, observadas as disposições da Resolução CFM nº 2.152/2016 e as orientações do Conselho Regional de Medicina do Estado do Tocantins (CRM-TO).

A Direção Clínica da unidade, ou a instância competente conforme a regulamentação aplicável, providenciará a constituição da Comissão Eleitoral, responsável pela organização, divulgação, condução e registro do processo de escolha dos representantes, assegurando a transparência, a igualdade de participação e a regularidade do pleito.

A composição da Comissão observará o quantitativo de médicos vinculados ao corpo clínico e os critérios de proporcionalidade estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina, com a eleição de membros efetivos e

suplentes. O presidente e o secretário serão escolhidos entre os membros efetivos eleitos, na primeira reunião da Comissão.

Concluído o processo eleitoral, a documentação correspondente, incluindo a ata da eleição e a identificação dos integrantes, será encaminhada ao CRM-TO para os procedimentos de homologação e registro, conforme as normas aplicáveis. A Comissão exercerá suas atribuições com autonomia em relação à administração da unidade e vinculação ao Conselho Regional de Medicina, preservadas suas competências éticas, educativas, fiscalizadoras e investigatórias.

Na fase de apresentação da proposta técnica, a composição será indicada por categoria profissional e função, sem identificação nominal dos integrantes. A efetiva constituição ocorrerá durante a implantação dos serviços, mediante realização do processo eleitoral e observância das exigências regulamentares.

A organização e o funcionamento da Comissão observarão o Regimento Interno e o cronograma anual de atividades apresentados pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do CAMPO, em atendimento ao Edital de Chamamento Público nº 001/2026 do Município de Palmas/TO, especialmente ao item V.2.1 do Anexo V.

Ressalva jurídica: diferentemente da Comissão de Revisão de Prontuários, os integrantes da Comissão de Ética Médica não podem ser simplesmente nomeados pelo Diretor Técnico. Sua escolha deve respeitar o processo eleitoral previsto na Resolução CFM nº 2.152/2016. Nas instituições com até 30 médicos, a constituição é facultativa pela norma do CFM e depende de aprovação do CRM, sem prejuízo da exigência específica do edital de Palmas.

C4. Finalidade

Num pronto atendimento, as decisões éticas aparecem a todo momento. Nem sempre são as decisões difíceis dos livros. São a recusa de um paciente

ao tratamento, o sigilo diante de um acompanhante insistente, a transferência que não sai ou a escala que ficou descoberta às três da manhã. A Comissão de Ética Médica é o espaço onde essas situações são discutidas, orientadas e, quando necessário, apuradas.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo vai promover a constituição e garantir o pleno funcionamento da Comissão de Ética Médica nas UPAs 24h Norte e Sul, nos termos da Resolução CFM nº 2.152/2016. A norma trata essas comissões como órgãos de apoio aos Conselhos Regionais de Medicina dentro das instituições, com funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras. Na prática, a Comissão terá três propósitos:

•zelar pelo cumprimento do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) no dia a dia das unidades;

•fiscalizar o exercício da medicina e as condições oferecidas para que ele aconteça com dignidade e segurança;

•atuar de forma educativa e preventiva, para que o problema ético seja evitado antes de virar processo.

Atribuições

Compete à Comissão, no âmbito das unidades:

a) fiscalizar o exercício da atividade médica, verificando se as condições de trabalho, os equipamentos e o dimensionamento das equipes permitem uma prática ética e segura;

b) receber denúncias e instaurar apuração interna dos fatos que possam caracterizar infração ética;

c) comunicar ao CRM os indícios de infração ética, bem como o exercício ilegal da medicina e as irregularidades que comprometam a assistência;

d) verificar se os médicos que atuam nas unidades estão regularmente inscritos no CRM;

e) orientar médicos, pacientes e gestores sobre questões éticas e responder às consultas que receber;

f) promover ações de educação permanente sobre o Código de Ética Médica, com foco nos temas mais sensíveis da urgência: sigilo, consentimento, documentação, comunicação de más notícias, recusa terapêutica e relação com familiares;

g) analisar, em conjunto com a Comissão de Revisão de Prontuários, os casos em que a revisão dos registros indicar possível infração ética.

c.5. Minuta de regimento interno, com competências, periodicidade de reunião e forma de registro das deliberações

Minuta do Regimento Interno da Comissão de Ética Médica

CAPÍTULO I — DA NATUREZA, VINCULAÇÃO E FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Ética Médica é órgão de apoio ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Tocantins (CRM-TO), com funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina, nos termos da Resolução CFM nº 2.152/2016 e das normas regionais aplicáveis.

§ 1º A Comissão terá autonomia em relação às atividades administrativas e diretivas da instituição e será vinculada ao CRM-TO. § 2º A Direção Técnica proverá as condições materiais, documentais e de tempo necessárias ao funcionamento da Comissão, respeitados o sigilo e a autonomia de seus trabalhos.

Art. 2º A CEM tem por finalidade promover a observância do Código de Ética Médica, orientar os integrantes do corpo clínico, prevenir infrações éticas, fiscalizar as condições de exercício da profissão e apurar preliminarmente fatos de sua competência, sem exercer atribuição disciplinar ou substituir o CRM-TO.

CAPÍTULO II — DA COMPOSIÇÃO E DO MANDATO

Art. 3º A CEM será composta exclusivamente por médicos integrantes do corpo clínico, eleitos em quantitativo compatível com o art. 3º do Regulamento anexo à Resolução CFM nº 2.152/2016, com igual número de membros efetivos e suplentes, observadas as regras de instalação e homologação pelo CRM-TO.

Art. 4º A Comissão terá um Presidente, um Secretário e os demais integrantes efetivos e suplentes. Presidente e Secretário serão eleitos entre os efetivos na primeira reunião após a posse.

Art. 5º O mandato proposto será de 24 (vinte e quatro) meses, dentro do intervalo de 12 a 30 meses previsto na regulamentação federal, ressalvados calendário e exigências especificas do CRM-TO. As eleições para renovação ocorrerão no prazo regulamentar anterior ao encerramento do mandato.

Art. 6º Não poderão integrar a CEM os médicos que ocupem cargos de direção técnica, clinica ou administrativa, os integrantes da comissão eleitoral ou aqueles considerados inelegíveis nos termos da Resolução CFM nº 2.152/2016 e das normas do CRM-TO.

CAPÍTULO III — DO PROCESSO ELEITORAL

Art. 7º A eleição ocorrerá por voto direto e secreto, sem procuração, com participação dos médicos integrantes do corpo clínico, respeitadas as normas do CRM-TO, a supervisão do Conselho e as regras de inscrição, divulgação, apuração e impugnação previstas na regulamentação do CFM.

Art. 8º A comissão eleitoral lavrará ata dos resultados e a encaminhará à Direção Clinica para remessa ao CRM-TO. A posse dependerá de homologação e registro pelo Conselho, não sendo suprida por simples ato interno da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo .

CAPÍTULO IV — DAS COMPETÊNCIAS

Art. 9º Compete à Comissão de Ética Médica, dentro de sua esfera regulamentar:

I — fiscalizar o exercício da medicina e as condições éticas de atendimento e de trabalho;

II — orientar o corpo clínico e os pacientes sobre questões de ética médica, resguardadas as competências profissionais;

III — promover atividades educativas, debates e divulgação das normas éticas do CFM e do CRM-TO;

IV — instaurar apurações preliminares internas mediante denúncia formal ou de oficio, comunicando a instauração imediatamente ao CRM-TO;

V — combater e comunicar indícios de exercício ilegal da medicina e obstáculos ao exercício profissional;

VI — registrar os trabalhos, encaminhar as informações e os autos pertinentes ao CRM-TO e preservar a confidencialidade dos atos;

VII — manter interlocução institucional com a Direção Técnica e com as comissões de prontuários, revisão de óbitos, segurança do paciente e controle de infecções, sem transferência de competência ou acesso indiscriminado a dados sigilosos.

Art. 10º Compete ao Presidente representar a CEM, convocar reuniões, promover a comunicação de indícios de irregularidade ao CRM-TO, convocar suplentes quando cabivel e designar membros para instruir apurações preliminares.

Art. 11º Compete ao Secretário substituir o Presidente nos impedimentos, secretariar reuniões, lavrar atas e comunicações e conservar os registros e arquivos próprios da Comissão em ambiente de acesso restrito.

Art. 12º Compete aos membros efetivos e suplentes participar das atividades da CEM, instruir apurações quando designados e exercer o direito de voto nas condições previstas na regulamentação do CFM.

CAPÍTULO V — DAS REUNIÕES E DELIBERAÇÕES

Art. 13º A CEM reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês, superando a periodicidade mínima bimestral prevista na Resolução CFM nº 2.152/2016, e extraordinariamente sempre que necessário. O calendário será divulgado ao corpo clínico em meio adequado.

Art. 14º As deliberações serão tomadas por maioria simples, cabendo ao Presidente voto de qualidade em caso de empate. Cada reunião terá ata com data, horário, participantes, pauta, deliberações, responsáveis pelos encaminhamentos e assinatura dos presentes, sem exposição indevida de dados identificáveis.

Art. 15º As atas, comunicações, autos e documentos de apuração serão mantidos em arquivo restrito; os atos da Comissão terão caráter sigiloso, salvo as atividades didático-pedagógicas permitidas pela norma. O Presidente

apresentará relatório de atividades ao CRM-TO a cada seis meses ou quando solicitado.

CAPÍTULO VI — DA APURAÇÃO PRELIMINAR

Art. 16º A apuração interna poderá iniciar-se por denúncia escrita, identificada e, se possível, fundamentada, ou de ofício, mediante despacho do Presidente, com comunicação imediata ao CRM-TO para protocolo e acompanhamento.

Art. 17º Os fatos serão apurados por membro designado, com documentação cronológica, numeração e preservação dos autos, ciência dos envolvidos e solicitação de esclarecimentos nas condições e nos prazos regulamentares. Trata-se de procedimento sumário de esclarecimento, distinto do processo ético-profissional e não sujeito às regras próprias de contraditório e ampla defesa nessa fase, nos termos do art. 28 da regulamentação federal.

Art. 18º Concluídos os trabalhos, será lavrado termo de encerramento e os autos serão submetidos ao Presidente para as medidas previstas nos arts. 30 a 33 do Regulamento. A CEM não emitirá juízo de valor sobre os fatos nem aplicará penalidades ético-profissionais. Havendo denúncia contra membro da própria CEM, observar-se-á o procedimento de remessa direta ao CRM-TO previsto no art. 32.

CAPÍTULO VII — DO SIGILO, DA INTEGRAÇÃO E DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 19º O acesso aos autos e às informações identificáveis ficará restrito às pessoas autorizadas pela regulamentação profissional, respeitados o sigilo médico, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e os controles internos de segurança da informação.

Art. 20º A Comissão poderá articular ações educativas com a Comissão de Revisão de Prontuários, a Comissão de Revisão de Óbitos, o Núcleo de Segurança do Paciente e outros setores, vedada a divulgação de apurações sigilosas ou a subordinação da CEM à gestão assistencial.

Art. 21º Os casos omissos serão submetidos ao CRM-TO. Este Regimento constitui minuta propositiva, sujeita à apreciação dos membros

eleitos e às orientações do Conselho, produzindo efeitos institucionais após a formalização aplicável.

RELATÓRIO DA COMISSÃO DE ÉTICA

IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

RELATÓRIO SEMESTRAL DE ATIVIDADES

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

1. Identificação

Campo	Preenchimento
Unidade	☐ UPA Norte – José de Souza Dourado ☐ UPA Sul – Gerson Pires de Aguiar
Período de referência	____/____/_____ a ____/____/_____
Semestre / Ano	☐ 1º semestre ☐ 2º semestre / _____
Presidente da CEM / CRM-TO	_____
Secretário(a) / CRM-TO	_____
Registro da comissão perante o CRM-TO	_____
Data de emissão	____/____/_____

2. Apresentação e finalidade

O presente relatório registra as atividades desenvolvidas pela Comissão de Ética Médica da unidade no período indicado, em conformidade com a Resolução CFM nº 2.152/2016, especialmente seu art. 37, e com as disposições aplicáveis do Edital de Chamamento Público nº 001/2026 de Palmas/TO. O documento reúne informações administrativas e estatísticas pertinentes ao acompanhamento das atividades, preservando a autonomia da Comissão e o caráter sigiloso de seus procedimentos.

3. Composição e funcionamento

Integrante / CRM-TO	Função	Situação no período
_____	Presidente	_____
_____	Secretário(a)	_____
_____	Membro efetivo / suplente	_____
_____	Membro efetivo / suplente	_____

Reuniões ordinárias previstas: _____ | realizadas: _____ | extraordinárias: _____ | atas sob guarda restrita: _____

4. Atividades desenvolvidas

Eixo	Descrição sintética das atividades / datas	Quantidade
Orientação e educação ética	_____	_____
Ações educativas junto ao corpo clínico	_____	_____
Reuniões e deliberações administrativas	_____	_____
Orientações gerais sobre conduta profissional	_____	_____
Interlocução institucional / CRM-TO	_____	_____
Acompanhamento de recomendações anteriores	_____	_____

5. Informações estatísticas de caráter reservado

Quando exigidos pelo CRM-TO e de acordo com o nível de sigilo aplicável, os dados relativos a expedientes fiscalizatórios ou investigatórios serão registrados em documento apartado e encaminhados exclusivamente ao destinatário competente, sem divulgação de identidades, narrativas dos casos ou peças de apuração no relatório administrativo compartilhado com a gestão.

Controle restrito	Registro
Existência de anexo reservado	☐ Sim ☐ Não
Referência interna do anexo (sem dados pessoais)	_____
Destinatário e meio de encaminhamento	_____

6. Avaliação das atividades e necessidades

Principais temas éticos abordados (sem identificação de pessoas ou casos):

_____

_____

Medidas educativas propostas e necessidades de apoio logístico (sem interferência na autonomia da CEM):

_____

_____

7. Plano de atividades do semestre seguinte

Atividade proposta	Previsão	Responsável / observação
Reuniões ordinárias	_____	_____
Ação educativa sobre ética médica	_____	_____
Revisão de orientações gerais ao corpo clínico	_____	_____
Relatório semestral ao CRM-TO	_____	_____

8. Encaminhamento e assinaturas

O relatório será encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Tocantins (CRM-TO), nos termos do art. 37 da Resolução CFM nº 2.152/2016, observadas as orientações do Conselho quanto ao conteúdo, ao sigilo e ao meio de apresentação. Eventual versão administrativa destinada à unidade deverá limitar-se às atividades que possam ser divulgadas.

Palmas/TO, _____ de _____ de _____.

_____

Presidente da Comissão de Ética Médica

CRM-TO nº _____

_____

Secretário(a) da Comissão de Ética Médica

CRM-TO nº _____

Nota: modelo propositivo; sua utilização depende da efetiva constituição e registro da Comissão perante o CRM-TO. Não substitui formulários ou exigências específicas do Conselho.

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo | Comissão de Ética Médica | Documento de uso controlado

c.6. Cronograma anual de atividades

O cronograma a seguir é operacional e indicativo, aplicável a cada UPA conforme a data efetiva de instalação da respectiva CEM. As apurações e comunicações ao CRM-TO ocorrerão sempre que houver fato que as justifique, independentemente da programação mensal.

Irmandade SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SÃO BERNARDO DO CAMPO

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ANUAL

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

ATIVIDADE PRINCIPAL	MESES											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Plano anual, revisão normativa e definição de pautas	✓	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Orientação ética: registros assistenciais e sigilo	–	✓	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Condições éticas de trabalho e fluxos de comunicação	–	–	✓	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Reunião educativa sobre relação médico-paciente	–	–	–	✓	–	–	–	–	–	–	–	–
Revisão das recomendações educativas anteriores	–	–	–	–	✓	–	–	–	–	–	–	–
Relatório semestral ao CRM-TO e avaliação das atividades	–	–	–	–	–	✓	–	–	–	–	–	–
Atualização do calendário e diretrizes de conduta	–	–	–	–	–	–	✓	–	–	–	–	–
Atividade educativa: autonomia e responsabilidade profissional	–	–	–	–	–	–	–	✓	–	–	–	–
Acompanhamento preventivo de temas recorrentes	–	–	–	–	–	–	–	–	✓	–	–	–
Divulgação e discussão de normas profissionais	–	–	–	–	–	–	–	–	–	✓	–	–
Avaliação de ações corretivas e plano de educação	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	✓	–
Relatório semestral ao CRM-TO e planejamento do ciclo seguinte	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	✓

✓ = OCORRE A ATIVIDADE — = NÃO OCORRE A ATIVIDADE

Responsável: Presidente e Secretário da CEM, com participação dos demais membros.

Evidências: calendário, lista de presença, ata assinada, registro da atividade educativa, ofícios e comprovantes de encaminhamento ao CRM-TO, conforme aplicável.

Observação: As demandas imprevistas serão atendidas em reuniões extraordinárias.

Obs.: As reuniões da Comissão de Ética Médica ocorrerão periodicamente, com análise de condutas profissionais, avaliação de aspectos éticos no exercício da medicina e emissão de pareceres quando necessário. As atividades serão registradas em atas e relatórios, podendo o cronograma sofrer ajustes conforme necessidade institucional e diretrizes do Conselho Regional de Medicina (CRM).

MODELO ATA

Modelo de Ata de Reunião da Comissão de XXXXX

ATA DA XXª REUNIÃO DA COMISSÃO DE XXXXX

Aos XXXX dias do mês de XXXXXXX de dois mil e XXXX, às XXXX horas, no (local da realização da reunião), sito à (endereço completo por extenso, incluindo cidade, Estado e CEP), reuniram-se os membros da Comissão de XXXXX (nome dos membros participantes, e das respectivas funções, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte pauta:

01 – DELIBERAÇÕES:

(A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros");
(B) Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda);
(C) .....;
(D) .....;

02 – COMUNICADOS:

(A) .....;
(B) .....;

04 – CONCILIAÇÕES REALIZADAS:

- Procedimento sindicante nº (citar apenas a numeração dos procedimentos).

05 – PROCEDIMENTOS SINDICANTES INSTAURADOS/EM ANÁLISE/ANALISADOS:

- Citar apenas a numeração dos procedimentos, e a fase em que se encontram.

07 – ASSUNTOS GERAIS:

(A) .....;
(B) .....;
(C) .....;

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente Ata, assinada por mim, secretário(a) desta Comissão de XXXXX, do presidente e dos demais membros presentes na reunião.

d. Comissão de Ética de Enfermagem

A Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) constitui uma instância de representação ética dos profissionais de enfermagem, com funções educativas, consultivas, orientadoras e de vigilância quanto ao exercício ético-profissional, atuando em articulação com o Conselho Regional de Enfermagem do Tocantins (COREN-TO), nos limites das competências estabelecidas pela regulamentação profissional.

No âmbito das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24 horas Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar, ambas habilitadas como Porte III – Opção VIII, a Comissão terá como finalidade promover a

observância dos princípios éticos que regem o exercício da enfermagem, contribuindo para a segurança do paciente, a qualidade da assistência e o respeito aos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sua atuação estará voltada à orientação dos profissionais quanto aos deveres, direitos e responsabilidades inerentes ao exercício da profissão, à prevenção de condutas incompatíveis com os princípios éticos e ao fortalecimento das boas práticas assistenciais, considerando as particularidades dos serviços de urgência e emergência, que funcionam ininterruptamente.

A Comissão desenvolverá atividades educativas e preventivas, orientará os profissionais sobre questões éticas relacionadas à assistência e poderá receber e examinar situações que envolvam possíveis infrações ético-profissionais, adotando os encaminhamentos pertinentes ao COREN-TO, conforme a regulamentação aplicável. Sua atuação não substituirá a competência do Conselho Regional de Enfermagem para apuração e julgamento de infrações éticas.

No contexto da organização assistencial proposta pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do CAMPO, a Comissão manterá articulação com a Coordenação de Enfermagem, a Direção Técnica, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), a Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde e as demais instâncias de qualidade, respeitadas a autonomia funcional, as atribuições específicas e o sigilo dos assuntos submetidos à sua apreciação.

As atividades compreenderão reuniões periódicas, ações de orientação e educação ética, acompanhamento de questões relacionadas ao exercício profissional, elaboração de atas e relatórios de atividades, bem como proposição de medidas preventivas e educativas destinadas ao aprimoramento das práticas de enfermagem.

A constituição e o funcionamento da Comissão observarão o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, as normas do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e as orientações do COREN-TO, especialmente quanto à composição, ao processo de escolha dos membros, às atribuições e aos procedimentos institucionais de formalização.

Em atendimento ao Edital de Chamamento Público nº 001/2026 do Município de Palmas/TO, especialmente ao item V.2.1 do Anexo V do Termo de Referência, A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo apresentará a proposta de constituição da Comissão, com indicação da composição por categoria profissional e da forma de designação dos integrantes, acompanhada da minuta de Regimento Interno e do cronograma anual de atividades.

A Comissão será estruturada individualmente em cada UPA, respeitando as características das equipes de enfermagem e os critérios regulamentares aplicáveis, com atuação voltada à prevenção de conflitos éticos, à valorização profissional e à melhoria contínua da assistência prestada à população.

Observação jurídica importante: na revisão normativa, confirmei que a Resolução COFEN nº 593/2018 foi revogada pela Resolução COFEN nº 792/2025, atualmente aplicável às Comissões de Ética de Enfermagem.

Para manter a proposta adequada, também devem ser observados os seguintes critérios:

•A Comissão terá de 3 a 11 membros efetivos, conforme o dimensionamento previsto na regulamentação.

•A escolha ocorrerá por eleição direta e secreta, admitida a designação nas hipóteses regulamentares.

•A presidência será exercida por enfermeiro.

•O mandato dos membros eleitos será de três anos, permitida uma reeleição.

•A Comissão apresentará relatório anual de atividades ao COREN-TO.

d.1. Proposta de constituição, com a composição por categoria profissional

1.Apresentação e fundamento normativos

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo propõe estruturar Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) para as unidades objeto do chamamento, com atuação educativa, consultiva, de escuta qualificada, de orientação e de vigilância do exercício ético da profissão. A organização será compatível com as equipes efetivamente mobilizadas, a autonomia das Comissões e a supervisão do Conselho Regional de Enfermagem do Tocantins (COREN-TO).

Fundamentam esta proposta a Lei nº 7.498/1986, o Decreto nº 94.406/1987, a Resolução COFEN nº 564/2017 (Código de Ética), a Resolução COFEN nº 792/2025 e a legislação de proteção de dados pessoais.

2. Proposta de constituição — composição por categoria profissional

A composição decorrerá do total de profissionais de enfermagem vinculados ao Serviço de Enfermagem, considerado o quadro efetivo de cada unidade e, quando cabível, a disciplina de redes ou unidades descentralizadas da mesma gestão. O número de profissionais ainda deverá ser confirmado na implantação.

Irmandade SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SÃO BERNARDO DO CAMPO

Comissão de Ética de Enfermagem (CEE)

Composição conforme Resolução COFEN nº 792/2025

Quadro de Enfermagem (total de profissionais)	Efetivos por Categoria	Suplentes Previstos
Menos de 50	Constituição facultativa; se instituída, composição validada com o COREN-TO.	Conforme orientação do COREN-TO.
50 a 99	2 enfermeiros/obstetrizes + 1 técnico/auxiliar (3 efetivos)	3
100 a 249	3 enfermeiros/obstetrizes + 2 técnicos/auxiliares (5 efetivos)	5
250 a 500	5 enfermeiros/obstetrizes + 4 técnicos/auxiliares (9 efetivos)	7
Mais de 500	6 enfermeiros/obstetrizes + 5 técnicos/auxiliares (11 efetivos)	9

Nota normativa: O art. 6º, § 5º, da Resolução COFEN nº 792/2025 prevê um mínimo de três e máximo de onze efetivos, em número ímpar, e disciplina as faixas acima. O cargo de Presidente caberá a um enfermeiro. A composição exata e o quantitativo de suplentes serão formalizados conforme orientação do COREN-TO.

d.2. Forma de designação dos membros

O Enfermeiro Responsável Técnico (RT) de cada unidade promoverá as condições para constituição da CEE, articulando-se com a gestão institucional, sem interferir na autonomia da Comissão. O procedimento observará as seguintes etapas:

a) Levantamento do quadro de profissionais de enfermagem e enquadramento na faixa de composição aplicável.

b) Convocação do processo eleitoral por edital com antecedência de até 60 dias corridos da eleição, afixado nos setores e encaminhado ao COREN-TO; constituição de comissão eleitoral com ao menos três profissionais habilitados.

c) Inscrição e verificação de elegibilidade: vínculo com a instituição, regularidade no COREN-TO e inexistência dos impedimentos regulamentares; votação direta e secreta e apuração documentada.

d) Na ausência comprovada de interessados, adoção do procedimento de designação previsto na Resolução COFEN nº 792/2025, com consulta aos profissionais e ao Conselho.

e) Encaminhamento do processo eleitoral ao COREN-TO para análise e homologação, publicação de Portaria, capacitação e posse oficial pelo Conselho.

f) Registro da composição, funções, categoria, número de inscrição profissional, mandato e substituições, em arquivo institucional de acesso controlado.

O mandato dos membros eleitos será de três anos, admitida uma reeleição, conforme a Resolução COFEN nº 792/2025. A instituição não considerará a CEE formalmente empossada antes dos atos necessários do COREN-TO.

d.3. Finalidade

A Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) tem por finalidade promover, orientar e fiscalizar o exercício ético da enfermagem no âmbito das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) Norte e Sul, no Municipio de Palmas/TO,

assegurando a observância do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, da Lei nº 7.498/1986, do Decreto nº 94.406/1987, da Resolução COFEN nº 792/2025 e das demais disposições normativas aplicáveis.

Sua atuação será de natureza educativa, consultiva, preventiva e de acompanhamento ético-profissional, com autonomia no exercício de suas atribuições e vinculação ao Conselho Regional de Enfermagem do Tocantins (COREN-TO), respeitadas as competências dos órgãos de fiscalização profissional.

Compete à Comissão orientar os profissionais quanto aos deveres, direitos e responsabilidades inerentes ao exercício da enfermagem, promover ações de conscientização e educação permanente, acolher relatos e denúncias de possíveis irregularidades éticas e realizar averiguações preliminares destinadas ao esclarecimento objetivo dos fatos, observados os procedimentos previstos nas normas do Sistema COFEN/Conselhos Regionais.

As atividades de apuração deverão observar os princípios da imparcialidade, confidencialidade, proteção dos dados pessoais e respeito à dignidade dos profissionais envolvidos, mediante registro formal das ocorrências, das diligências realizadas e dos esclarecimentos obtidos.

Os relatórios decorrentes das averiguações deverão apresentar descrição objetiva e circunstanciada dos fatos, sem emissão de juízo conclusivo sobre eventual responsabilidade ético-disciplinar, competindo ao COREN-TO a apreciação das matérias submetidas à sua competência e a adoção das providências legalmente cabíveis.

A CEE também atuará na identificação de situações que possam comprometer a segurança do paciente, a qualidade da assistência ou o adequado exercício profissional, propondo medidas educativas e preventivas, sem assumir atribuições de gestão, direção técnica ou aplicação de sanções disciplinares.

No desenvolvimento de suas atividades, manterá articulação com a Responsabilidade Técnica de Enfermagem, a Educação Permanente, o Núcleo de Segurança do Paciente e as demais comissões e setores assistenciais das

unidades, preservando a autonomia funcional, o sigilo das informações e os limites de competência de cada instância.

Todas as atividades serão documentadas por meio de atas, registros de acompanhamento e relatórios periódicos, permitindo demonstrar a atuação efetiva da Comissão, a rastreabilidade das providências adotadas e o cumprimento das obrigações previstas no Edital de Chamamento Público nº 001/2026 e nas normas profissionais aplicáveis.

d.4. Minuta de regimento interno, com competências, periodicidade de reunião e forma de registro das deliberações

Minuta de Regimento Interno

CAPÍTULO I — DA NATUREZA, VINCULAÇÃO E AUTONOMIA

Art. 1º A Comissão de Ética de Enfermagem é órgão de representação do COREN-TO no âmbito dos serviços de enfermagem das UPAs Norte e Sul, organizada por unidade conforme a composição e o enquadramento efetivamente aplicáveis, com funções educativas, consultivas, de escuta qualificada, de orientação e vigilância ética.

Art. 2º A CEE manterá autonomia e imparcialidade perante a administração e as chefias, observando confidencialidade e respeito à dignidade dos envolvidos. Suas reuniões internas serão restritas aos integrantes, salvo participação justificada e previamente aprovada de convidados.

Art. 3º Incumbe ao ERT articular as condições materiais e operacionais necessárias à formação e ao funcionamento da Comissão, sem exercer controle sobre seus relatórios ou encaminhamentos éticos.

CAPÍTULO II — DA COMPOSIÇÃO E DO MANDATO

Art. 4º A composição obedecerá às faixas estabelecidas no art. 6º da Resolução COFEN nº 792/2025, com membros efetivos em número ímpar, entre três e onze, e os suplentes previstos para a respectiva faixa.

Art. 5º A Comissão contará com Presidente, necessariamente enfermeiro, Secretário e demais membros, identificados em Portaria do COREN-TO, observados os critérios de elegibilidade.

Art. 6º O mandato dos eleitos será de três anos, permitida uma reeleição. As vacâncias, impedimentos e necessidades de recomposição serão comunicados ao COREN-TO e tratados na forma da regulamentação.

CAPÍTULO III — DO PROCESSO DE ELEIÇÃO, DESIGNAÇÃO E POSSE

Art. 7º A eleição observará convocação, comissão eleitoral, verificação de condições de candidatura, voto direto e secreto, apuração e documentação integral do procedimento, conforme os arts. 7º e 8º da Resolução COFEN nº 792/2025.

Art. 8º A designação será excepcional, nos casos admitidos pela Resolução COFEN nº 792/2025, com as justificativas e comunicações devidas ao COREN-TO.

Art. 9º A CEE somente iniciará formalmente o exercício de suas atribuições após homologação, Portaria e posse pelo COREN-TO, observada a capacitação prevista na norma.

CAPÍTULO IV — DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 10. Compete à CEE divulgar as normas profissionais, orientar e promover ações educativas; identificar e receber relatos de indícios de infração ética; acolher os envolvidos; e realizar averiguações prévias estritamente necessárias à elaboração de relatório factual.

Art. 11. Os relatórios referentes a supostas infrações serão encaminhados ao COREN-TO, com cópia ao ERT exclusivamente para ciência, sem possibilidade de alteração ou interferência. Se o ERT estiver envolvido, o encaminhamento será feito exclusivamente ao COREN-TO.

Art. 12. As denúncias envolvendo membros da própria Comissão serão encaminhadas ao COREN-TO. Não compete à CEE julgar, condenar ou aplicar penalidades ético-disciplinares.

Art. 13. A Comissão prestará assessoramento ético à gestão da enfermagem e participará de ações educativas e de segurança do paciente, sem acesso ou difusão indiscriminados de dados protegidos.

CAPÍTULO V — DO FUNCIONAMENTO E DAS DELIBERAÇÕES

Art. 14. Como compromisso de gestão, a Comissão realizará reuniões ordinárias mensais e reuniões extraordinárias quando necessárias. A frequência proposta não altera os parâmetros normativos do Conselho.

Art. 15. A pauta será preparada pelo Presidente com apoio do Secretário; as reuniões terão presença registrada e deliberações consignadas em atas. As decisões administrativas internas serão tomadas por maioria dos membros participantes, respeitada a norma aplicável.

Art. 16. As atas indicarão unidade, data, integrantes presentes, assuntos tratados, deliberações, responsáveis e prazos, vedada a exposição indevida de pacientes, denunciantes ou profissionais.

Art. 17. Os documentos sensíveis serão arquivados separadamente, com acesso restrito, controles de integridade, guarda e tratamento de dados compatíveis com a LGPD e o sigilo profissional.

Art. 18. A CEE elaborará relatório anual de atividades a ser apresentado ao COREN-TO, nos termos da Resolução COFEN nº 792/2025.

CAPÍTULO VI — DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 19. Os casos omissos serão submetidos aos órgãos competentes do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, sem prejuízo das competências institucionais aplicáveis.

Art. 20. Esta minuta será submetida à apreciação da Comissão constituída e às providências cabíveis perante o COREN-TO; a vigência operacional decorrerá de sua formalização, sem antecipação de atos de homologação ou posse.

d.5. Cronograma anual de atividades

Irmandade SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SÃO BERNARDO DO CAMPO

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ANUAL

COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM (CEE)

ATIVIDADE PRINCIPAL	MESES											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Levantamento do quadro, articulação com ERT e COREN-TO; planejamento eleitoral	☑	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Edital eleitoral, inscrição, votação ou designação admissível, homologação e posse	–	☑	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Reunião ordinária e registro dos encaminhamentos	–	–	☑	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Educação ética: sigilo, registros, respeito ao usuário e condutas profissionais	–	–	–	☑	–	–	–	–	–	–	–	–
Escuta qualificada; recebimento e encaminhamento de relatos	–	–	–	–	☑	–	–	–	–	–	–	–
Avaliação intermediária do plano e ajustes de ações educativas	–	–	–	–	–	☑	–	–	–	–	–	–
Consolidação de atividades e relatório anual ao COREN-TO	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	☑

☑ = OCORRE A ATIVIDADE — = NÃO OCORRE A ATIVIDADE

Responsável: Presidente e Secretário da CEE, com participação dos demais membros.

Evidências: calendário, lista de presença, ata assinada, registro da atividade educativa, ofícios e comprovantes de encaminhamento ao COREN-TO, conforme aplicável.

Observação: O início do calendário corresponde ao início da implantação da parceria, sujeito ao tempo necessário à tramitação e homologação pelo COREN-TO. As atividades próprias da Comissão constituída somente ocorrerão após a posse.

MODELO DE ATA

Modelo de Ata de Reunião da Comissão de XXXXX

ATA DA XXª REUNIÃO DA COMISSÃO DE XXXXX

Aos XXXX dias do mês de XXXXXXX de dois mil e XXXX, às XXXX horas, no (local da realização da reunião), sito à (endereço completo por extenso, incluindo cidade, Estado e CEP), reuniram-se os membros da Comissão de XXXXX (nome dos membros participantes, e das respectivas funções, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte pauta:

01 – DELIBERAÇÕES:

(A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros");
(B) Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda);
(C) _____;
(D) _____;

02 – COMUNICADOS:

(A) _____;
(B) _____;

04 – CONCILIAÇÕES REALIZADAS:

- Procedimento sindicante nº (citar apenas a numeração dos procedimentos).

05 – PROCEDIMENTOS SINDICANTES INSTAURADOS/EM ANÁLISE/ANALISADOS:

- Citar apenas a numeração dos procedimentos, e a fase em que se encontram.

07 – ASSUNTOS GERAIS:

(A) _____;
(B) _____;
(C) _____;

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente Ata, assinada por mim, secretário(a) desta Comissão de XXXXX, do presidente e dos demais membros presentes na reunião.

e.**Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**

A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) constitui uma instância técnico-científica permanente, de caráter consultivo, normativo e educativo, responsável por planejar, implementar, acompanhar e avaliar as medidas destinadas à prevenção e ao controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), contribuindo para a segurança dos pacientes, dos profissionais e dos demais usuários dos serviços.

No âmbito das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24 horas Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar, ambas habilitadas como Porte III – Opção VIII, a Comissão será estruturada de acordo com as características assistenciais e operacionais de cada unidade, considerando o funcionamento ininterrupto, a demanda de urgência e emergência, a rotatividade de pacientes e os procedimentos realizados nos ambientes de atendimento, observação e estabilização.

A atuação da Comissão estará direcionada à identificação, avaliação e redução dos riscos de infecção associados à assistência, mediante a elaboração e implementação de protocolos técnicos, adoção de medidas de precaução e isolamento, incentivo à higienização das mãos, uso adequado de equipamentos de proteção individual e acompanhamento das práticas de limpeza, desinfecção, processamento de produtos para saúde e gerenciamento de resíduos.

Entre suas atribuições, destacam-se o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica das IRAS, a identificação e investigação de possíveis surtos, o monitoramento de indicadores assistenciais, a avaliação da adesão às medidas preventivas e a proposição de ações corretivas diante de não conformidades identificadas.

A Comissão também participará da elaboração, implementação e avaliação do Programa de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PPCIRAS), adequado ao perfil das UPAs, contemplando a padronização das práticas assistenciais, a prevenção da transmissão cruzada de microrganismos, a orientação para o uso racional de antimicrobianos e a adoção de medidas destinadas à redução da resistência microbiana.

As atividades serão desenvolvidas de forma integrada com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), a Coordenação Médica, a Coordenação de Enfermagem, o Núcleo de Educação Permanente em Saúde, a Comissão de Farmácia e Terapêutica e os demais setores envolvidos nos processos de prevenção e controle de infecções, respeitadas as atribuições e competências de cada instância.

A Comissão promoverá, ainda, ações periódicas de capacitação e orientação das equipes, auditorias das práticas assistenciais, análise de

indicadores, reuniões técnicas e elaboração de relatórios destinados ao acompanhamento das medidas implantadas, com registro das deliberações, responsáveis e providências necessárias.

Sua organização e funcionamento observarão a legislação sanitária e as diretrizes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e do Ministério da Saúde, especialmente as disposições pertinentes à prevenção e ao controle das IRAS, à segurança do paciente e às boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde.

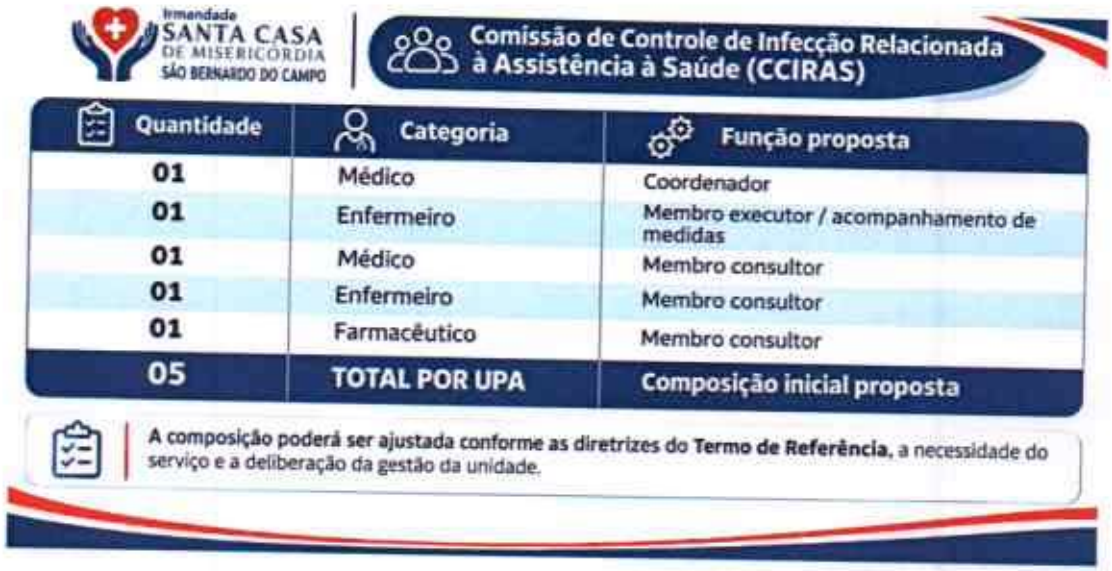
Em atendimento ao Edital de Chamamento Público nº 001/2026 do Município de Palmas/TO, especialmente ao item 10.6.4 do Termo de Referência e ao critério V.2.1 do Anexo V, A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo apresentará a proposta de constituição da Comissão, com composição por categoria profissional e forma de designação dos integrantes, acompanhada da minuta de Regimento Interno, contendo competências, periodicidade das reuniões e procedimentos de registro das deliberações, além do cronograma anual de atividades.

A Comissão será constituída em cada unidade, mediante formalização institucional, com a finalidade de assegurar o acompanhamento contínuo dos riscos infecciosos, a efetividade das medidas preventivas e a melhoria das condições de segurança e qualidade da assistência prestada à população de Palmas/TO.

e.1. Proposta de constituição, com a composição por categoria profissional

1. Composição por categoria profissional

A Comissão será instituída por ato próprio da direção de cada unidade. A composição abaixo é proposta organizacional inicial e poderá ser ajustada ao dimensionamento efetivo, à disponibilidade de profissionais e às necessidades assistenciais, sem prejuízo da atuação técnica da Comissão.



Profissionais do laboratório de apoio, da gestão administrativa, dos serviços de limpeza e do processamento de produtos para saúde poderão participar de reuniões e ações específicas, conforme o tema, sem que isso implique sua integração permanente ao colegiado.

e.2. Forma de designação dos membros

Os membros da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS), inclusive seu coordenador, serão formalmente designados pela direção competente de cada Unidade de Pronto Atendimento, mediante ato administrativo interno, observadas as diretrizes institucionais da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do CAMPO, as disposições do Edital de Chamamento Público nº 001/2026 do Município de Palmas/TO e a legislação sanitária aplicável.

O ato de designação deverá conter a identificação completa de cada integrante, categoria profissional, número de inscrição no respectivo conselho de classe, quando exigível, função desempenhada na Comissão e período de atuação.

A escolha dos profissionais considerará a qualificação técnica, a experiência na assistência à saúde, o conhecimento dos processos de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), bem como a disponibilidade para o cumprimento das atribuições, sem prejuízo das atividades assistenciais e administrativas regularmente exercidas.

Eventuais substituições, afastamentos ou alterações na composição da Comissão serão formalizados por ato próprio, assegurando-se a continuidade das atividades de vigilância, prevenção, monitoramento e controle das infecções.

Durante a apresentação da proposta técnica, será demonstrada a estrutura de composição da CCIRAS, com a indicação das categorias profissionais, quantitativos e respectivas atribuições, sem identificação nominal de integrantes cuja designação ainda não tenha sido formalizada.

A nomeação individual dos membros e a instalação da Comissão ocorrerão na fase de implantação da parceria, considerando o quadro de profissionais efetivamente disponibilizado para cada unidade e observando a composição técnica proposta, os requisitos legais aplicáveis e as condições estabelecidas no Termo de Referência.

A constituição da CCIRAS será documentada mediante ato de designação, registro de instalação e definição das responsabilidades de seus integrantes, garantindo formalidade, rastreabilidade administrativa e continuidade das ações de prevenção e controle das IRAS nas UPAs Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar.

e.3. Finalidade

A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) tem por finalidade planejar, implementar, acompanhar e avaliar as ações de prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), visando reduzir os riscos de transmissão de agentes infecciosos, proteger pacientes e profissionais e promover a segurança e a qualidade da assistência prestada.

Nas UPAs 24 horas Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar, a Comissão atuará de forma sistemática na identificação e no monitoramento dos riscos infecciosos, na elaboração e revisão de protocolos assistenciais, na vigilância epidemiológica, na prevenção de surtos e na avaliação das práticas de higienização das mãos, limpeza, desinfecção, processamento de produtos para saúde e adoção de medidas de precaução.

Compete, ainda, à Comissão promover ações de educação permanente, acompanhar indicadores de prevenção e controle de infecções, identificar não conformidades e propor medidas corretivas, em articulação com o Núcleo de Segurança do Paciente, as coordenações assistenciais e as demais instâncias institucionais.

Sua atuação observará as normas sanitárias vigentes, as diretrizes da ANVISA e do Ministério da Saúde e as disposições do Edital de Chamamento Público nº 001/2026 do Município de Palmas/TO, especialmente o item 10.6.4 do Termo de Referência, contribuindo para a melhoria contínua dos processos assistenciais, a prevenção de eventos infecciosos e a proteção da saúde coletiva.

Atribuições

A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) será responsável pela organização, execução, supervisão e avaliação das ações destinadas à prevenção e ao controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), observadas as características assistenciais das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24 horas Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar, no Município de Palmas/TO.

Constituem atribuições da Comissão:

I – Planejamento e organização das ações: elaborar, implementar, monitorar e revisar o Programa de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, estabelecendo medidas compatíveis com os riscos sanitários, os procedimentos realizados e o perfil assistencial de cada unidade.

II – Vigilância epidemiológica: desenvolver ações sistemáticas de identificação, acompanhamento e análise das ocorrências infecciosas relacionadas à assistência, observando os critérios técnicos aplicáveis e os fluxos estabelecidos pelas autoridades sanitárias.

III – Prevenção e controle de surtos: identificar situações suspeitas de surtos e eventos infecciosos relevantes, participar das investigações epidemiológicas e propor medidas imediatas de contenção, em articulação com a Vigilância Epidemiológica Municipal e os demais órgãos competentes.

IV – Elaboração de protocolos assistenciais: estabelecer, revisar e acompanhar a aplicação de normas e procedimentos relacionados à higienização das mãos, precauções padrão e adicionais, utilização de equipamentos de proteção individual e prevenção da transmissão cruzada de microrganismos.

V – Monitoramento dos processos de limpeza e desinfecção: avaliar o cumprimento das rotinas de higienização dos ambientes, limpeza e desinfecção de superfícies, equipamentos e materiais, propondo medidas corretivas diante de não conformidades identificadas.

VI – Processamento de produtos para saúde: acompanhar a aplicação dos protocolos de limpeza, preparo, desinfecção, esterilização, armazenamento e distribuição de produtos para saúde, quando realizados na unidade, observadas as exigências sanitárias e os fluxos operacionais estabelecidos.

VII – Uso racional de antimicrobianos: atuar em conjunto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica e as equipes médicas na orientação, no acompanhamento e na avaliação das práticas relacionadas ao uso adequado de antimicrobianos, contribuindo para a prevenção da resistência microbiana.

VIII – Educação permanente: promover capacitações, orientações técnicas e atividades educativas destinadas aos profissionais das equipes assistenciais, administrativas e de apoio, visando fortalecer a adesão às medidas de prevenção e controle das IRAS.

IX – Monitoramento de indicadores: definir e acompanhar indicadores compatíveis com o perfil das UPAs, incluindo adesão à higienização das mãos,

conformidade dos procedimentos de limpeza e desinfecção, cumprimento das medidas de precaução e resultados das ações preventivas.

X – Auditoria e avaliação dos processos assistenciais: realizar verificações periódicas das práticas de prevenção e controle de infecções, identificando riscos, falhas operacionais e oportunidades de melhoria, com registro das constatações e recomendações pertinentes.

XI – Integração institucional: atuar de forma articulada com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), o Núcleo de Vigilância Epidemiológica, as coordenações médica e de enfermagem, a Comissão de Farmácia e Terapêutica, o Núcleo de Educação Permanente em Saúde e demais setores envolvidos na segurança assistencial.

XII – Gerenciamento de riscos sanitários: identificar e avaliar situações que possam favorecer a ocorrência ou disseminação de infecções, propondo medidas preventivas, corretivas e de contingência, conforme a gravidade e a natureza dos riscos identificados.

XIII – Elaboração de relatórios técnicos: produzir relatórios periódicos contendo as atividades desenvolvidas, os indicadores acompanhados, as não conformidades identificadas, as providências adotadas e as recomendações encaminhadas à Direção Técnica da unidade.

XIV – Registro e acompanhamento das deliberações: realizar reuniões ordinárias mensais e extraordinárias, quando necessárias, mantendo atas, registros de decisões, identificação dos responsáveis e acompanhamento dos prazos estabelecidos para execução das medidas aprovadas.

XV – Articulação com os órgãos de vigilância: colaborar com a Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, a Vigilância Sanitária e a Vigilância Epidemiológica, fornecendo informações e realizando as notificações pertinentes, conforme os fluxos e as normas aplicáveis.

XVI – Avaliação contínua dos resultados: acompanhar a efetividade das medidas implantadas, revisar os procedimentos sempre que necessário e propor melhorias destinadas à redução dos riscos infecciosos e ao aperfeiçoamento da qualidade assistencial.

Disposição complementar

A CCIRAS exercerá suas atribuições de forma contínua, técnica e integrada, respeitando as competências dos profissionais e das demais instâncias institucionais.

As atividades serão documentadas por meio de atas, relatórios técnicos, indicadores, registros de auditoria e planos de ação, permitindo a verificação das medidas executadas e o acompanhamento de seus resultados.

A organização e o funcionamento da Comissão observarão as diretrizes da ANVISA, do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, bem como as exigências do Edital de Chamamento Público nº 001/2026, especialmente o item 10.6.4 do Termo de Referência e o item V.2.1 do Anexo V.

As atribuições descritas integrarão o Regimento Interno da Comissão, juntamente com as disposições relativas à composição, à designação dos membros, à periodicidade das reuniões e à forma de registro das deliberações.

e.4. Minuta de regimento interno, com competências, periodicidade de reunião e forma de registro das deliberações

MINUTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I — NATUREZA, VINCULAÇÃO E OBJETIVOS

Art. 1º A CCIRAS é instância técnico-científica permanente de assessoramento da direção da UPA, voltada à prevenção e ao controle de IRAS e à melhoria contínua das práticas assistenciais.

Art. 2º A Comissão atuará em articulação com as coordenações médicas e de enfermagem, o Núcleo de Segurança do Paciente, a Comissão de Farmácia e Terapêutica, o Núcleo de Educação Permanente em Saúde e os setores de vigilância e apoio, respeitadas as competências de cada área.

CAPÍTULO II — COMPETÊNCIAS

Art. 3º Compete à Comissão:

I – elaborar, implementar, monitorar e revisar o programa institucional de prevenção e controle de IRAS, compatível com o perfil assistencial das UPAs;

II – propor protocolos e orientar as equipes sobre higienização das mãos, precauções, isolamento e práticas seguras;

III – acompanhar riscos relacionados a procedimentos invasivos, observação e estabilização, com abordagem proporcional à realidade da unidade;

IV – verificar, em conjunto com os setores responsáveis, as rotinas de limpeza, desinfecção e processamento de produtos para saúde;

V – estabelecer indicadores pertinentes e analisar os resultados para orientar medidas de melhoria;

VI – apoiar a identificação, investigação e resposta a eventos ou surtos suspeitos, articulando-se com os órgãos de vigilância competentes;

VII – colaborar com a Comissão de Farmácia e Terapêutica na orientação para uso racional de antimicrobianos;

VIII – promover ações de educação permanente e orientações específicas às equipes;

IX – registrar não conformidades, recomendar providências e acompanhar sua execução;

X – emitir relatórios técnicos e subsidiar a direção em temas relativos à prevenção e controle de infecções.

CAPÍTULO III — COMPOSIÇÃO E RESPONSABILIDADES

Art. 4º A CCIRAS será composta por profissionais formalmente designados, nos termos da proposta de constituição e do ato de nomeação expedido para cada unidade.

Art. 5º Compete ao coordenador convocar e conduzir reuniões, organizar o plano de atividades, acompanhar recomendações e subscrever as atas e os relatórios aprovados pelo colegiado.

Art. 6º Compete aos membros participar das análises técnicas, executar as tarefas que lhes forem atribuídas, registrar as evidências pertinentes e comunicar prontamente situações que demandem providências urgentes.

CAPÍTULO IV — REUNIÕES, REGISTROS E DELIBERAÇÕES

Art. 7º As reuniões ordinárias ocorrerão mensalmente, em data definida no calendário anual, e as extraordinárias poderão ser convocadas pelo coordenador ou pela direção em situações de risco ou urgência.

Art. 8º As reuniões serão documentadas em ata, contendo data, participantes, assuntos apreciados, encaminhamentos, responsáveis e prazos. As decisões serão preferencialmente consensuais; não havendo consenso, serão registradas as posições manifestadas e a deliberação da maioria simples dos presentes.

Art. 9º Os registros, relatórios e documentos de apoio serão mantidos sob guarda institucional, com controle de acesso e observância do sigilo profissional e da legislação de proteção de dados pessoais.

CAPÍTULO V — ACOMPANHAMENTO E RELATÓRIOS

Art. 10. A Comissão acompanhará indicadores tecnicamente adequados ao contexto das UPAs, como adesão à higienização das mãos, conformidade com medidas de precaução, adequação da limpeza e desinfecção, treinamentos realizados, eventos investigados e conclusão de ações corretivas. As definições operacionais serão registradas em fichas de indicadores.

Art. 11. Serão elaborados registros mensais de atividades e relatório consolidado anual, sem prejuízo de comunicações imediatas sobre riscos relevantes e de informações solicitadas pelas autoridades competentes.

CAPÍTULO VI — DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 12. O presente regimento será submetido à aprovação da direção competente de cada UPA e poderá ser revisto sempre que houver atualização normativa, alteração de fluxos assistenciais ou necessidade justificada.

Art. 13. Os casos omissos serão analisados pela Comissão em conjunto com a Direção Técnica, observadas as competências dos órgãos de vigilância sanitária e epidemiológica.

Art. 14. O regimento passará a produzir efeitos após aprovação interna e formal constituição da Comissão.

RELATÓRIO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (CCIRAS)

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (CCIRAS)

Município: Palmas – Tocantins

Edital de Chamamento Público: nº 001/2026

Processo SEI: nº 17.137010.000064-2026-78

Unidade avaliada:

( ) UPA Norte – José de Souza Dourado

( ) UPA Sul – Gerson Pires de Aguiar

Período de referência: //_____ a //_____

Data de emissão: //_____

Coordenador(a) da CCIRAS: _____

Responsável técnico: _____

1. APRESENTAÇÃO

O presente Relatório Técnico tem por finalidade registrar, consolidar e avaliar as ações desenvolvidas pela Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS), no âmbito da Unidade de Pronto Atendimento 24 horas, sob gestão da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do CAMPO, no Município de Palmas/TO.

O documento constitui instrumento de acompanhamento das práticas de prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), permitindo identificar fatores de risco, avaliar a execução dos protocolos institucionais e propor medidas destinadas à proteção dos pacientes, profissionais e demais usuários dos serviços.

A avaliação compreenderá os processos assistenciais e operacionais diretamente relacionados ao risco de infecção, especialmente a higienização das mãos, as precauções e medidas de isolamento, o processamento de produtos para saúde, a limpeza e desinfecção de ambientes, o gerenciamento de resíduos, o uso de dispositivos invasivos e o cumprimento das medidas de biossegurança.

As informações serão obtidas por meio de inspeções técnicas, observações diretas, análise documental, registros assistenciais, notificações de ocorrências e acompanhamento dos indicadores institucionais.

Os resultados subsidiarão o planejamento de ações preventivas e corretivas, a educação permanente das equipes e a melhoria contínua das condições de segurança assistencial.

2. OBJETIVOS DO RELATÓRIO

2.1. Objetivo geral

Avaliar sistematicamente as condições de prevenção e controle das IRAS na Unidade de Pronto Atendimento, verificando a conformidade dos processos assistenciais com os protocolos institucionais e as normas sanitárias aplicáveis.

2.2. Objetivos específicos

•Monitorar os riscos de transmissão de agentes infecciosos nos ambientes assistenciais.

•Avaliar a adesão dos profissionais às práticas de higienização das mãos.

•Verificar a disponibilidade e o uso adequado de equipamentos de proteção individual.

•Acompanhar a aplicação das medidas de precaução padrão e das precauções adicionais.

•Avaliar os procedimentos de limpeza, desinfecção e processamento de materiais.

•Verificar as condições de segregação, acondicionamento e destinação dos resíduos de serviços de saúde.

•Identificar situações de risco, não conformidades e oportunidades de melhoria.

•Propor medidas corretivas e preventivas, com responsáveis e prazos definidos.

•Acompanhar a efetividade das ações implementadas.

•Promover a capacitação das equipes e a disseminação de boas práticas assistenciais.

3. FUNDAMENTAÇÃO NORMATIVA

As atividades da CCIRAS observarão as disposições legais e técnicas aplicáveis aos serviços de saúde, especialmente:

•Lei Federal nº 9.431/1997, relativa ao controle de infecções hospitalares, observada sua abrangência.

•Portaria GM/MS nº 2.616/1998, utilizada como referência técnica pertinente para organização das ações de prevenção e controle de infecções.

•RDC ANVISA nº 36/2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

•RDC ANVISA nº 63/2011, relativa aos requisitos de boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde.

•RDC ANVISA nº 42/2010, referente à disponibilização de preparação alcoólica para higienização das mãos.

•RDC ANVISA nº 15/2012, referente às boas práticas de processamento de produtos para saúde, quando aplicável.

•RDC ANVISA nº 222/2018, referente ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde.

•Protocolos e orientações técnicas do Ministério da Saúde e da ANVISA.

•Normas sanitárias estaduais e municipais aplicáveis, além das disposições do edital, seus anexos e instrumentos da parceria.

A CCIRAS atuará de forma articulada com o Núcleo de Segurança do Paciente, a direção técnica e as coordenações assistenciais, preservadas as atribuições específicas de cada instância.

4. METODOLOGIA DE ACOMPANHAMENTO

A avaliação das práticas de prevenção e controle de infecções será realizada mediante acompanhamento sistemático dos processos assistenciais e das condições operacionais da unidade.

Serão utilizados os seguintes instrumentos de verificação:

I – **Inspeção técnica:** observação das condições de higiene, conservação, organização e funcionamento dos ambientes assistenciais.

II – **Auditoria de processos:** verificação da execução dos procedimentos de higienização, desinfecção, esterilização, precauções e descarte de resíduos.

III – **Análise documental:** avaliação de registros de limpeza, controles de esterilização, fichas de inspeção, notificações, protocolos e documentos relacionados.

IV – **Monitoramento de indicadores:** consolidação dos resultados apurados no período, com identificação de tendências e desvios.

V – **Avaliação de ocorrências:** investigação técnica de situações suspeitas ou confirmadas de infecções relacionadas à assistência, conforme critérios aplicáveis.

VI – **Educação permanente:** registro das orientações e capacitações realizadas com as equipes.

Os achados serão classificados conforme a gravidade, a possibilidade de exposição e o impacto potencial sobre a segurança do paciente, orientando a definição de prioridades.

5. ATIVIDADES DE MONITORAMENTO

5.1. Higienização das mãos

Será avaliado o cumprimento das práticas de higienização das mãos pelos profissionais, considerando os momentos indicados para prevenção da transmissão de microrganismos.

A inspeção verificará a disponibilidade de preparações alcoólicas, sabonete líquido, papel-toalha, lavatórios em condições adequadas e orientações visuais nos pontos de assistência.

Resultado da avaliação:

5.2. Precauções e medidas de isolamento

Serão verificadas a identificação dos pacientes que necessitam de precauções adicionais, a disponibilidade dos insumos necessários e a aplicação correta das medidas de proteção durante os atendimentos.

Resultado da avaliação:

5.3. Limpeza e desinfecção de ambientes

A Comissão acompanhará o cumprimento das rotinas de limpeza concorrente e terminal, a utilização dos saneantes indicados, o registro dos procedimentos e as condições de conservação das superfícies e equipamentos.

Resultado da avaliação:

5.4. Processamento de produtos para saúde

Serão verificados os procedimentos de recebimento, limpeza, inspeção, preparo, esterilização, armazenamento e distribuição dos produtos reutilizáveis, quando realizados pela unidade ou por serviço contratado.

A avaliação contemplará a rastreabilidade dos lotes e a manutenção do fluxo direcionado da área suja para a área limpa.

Resultado da avaliação:

5.5. Gerenciamento de resíduos

Será avaliada a aplicação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), com atenção à segregação na origem, identificação dos recipientes, acondicionamento, coleta interna e armazenamento.

Resultado da avaliação:

5.6. Biossegurança e prevenção de exposição ocupacional

Serão acompanhados o uso dos equipamentos de proteção individual, o descarte de perfurocortantes, as condições de segurança dos procedimentos assistenciais e os registros de exposições ocupacionais, respeitadas as competências dos setores responsáveis.

Resultado da avaliação:

6. QUADRO DE INDICADORES DE MONITORAMENTO

Indicador	Resultado do período	Meta ou referência
Adesão à higienização das mãos	_____%	Meta institucional
Conformidade das rotinas de limpeza e desinfecção	_____%	Meta institucional
Disponibilidade de insumos para higiene das mãos	_____%	Meta institucional
Conformidade na segregação dos resíduos	_____%	Meta institucional
Conformidade dos procedimentos de processamento de materiais	_____%	Meta institucional
Profissionais capacitados em prevenção de IRAS	_____%	Meta institucional
Não conformidades identificadas	_____	Monitoramento mensal
Não conformidades corrigidas dentro do prazo	_____%	Meta institucional
Ocorrências suspeitas de IRAS avaliadas	_____	Avaliação dos casos identificados

Observação: As metas numéricas serão estabelecidas de acordo com o edital, o instrumento contratual e os protocolos aprovados. Não serão atribuídas metas percentuais sem previsão ou validação institucional.

6.1. Análise dos indicadores

A interpretação dos indicadores deverá considerar os resultados obtidos, os quantitativos avaliados, o período de coleta, a metodologia utilizada e as eventuais limitações dos dados.

Síntese dos resultados:

_____

_____

Principais desvios identificados:

_____

_____

7. REGISTRO DAS NÃO CONFORMIDADES

Nº	Setor	Não conformidade	Classificação de risco	Providência
01	_____	_____	_____	_____
02	_____	_____	_____	_____
03	_____	_____	_____	_____
04	_____	_____	_____	_____

A classificação do risco será realizada mediante avaliação da gravidade potencial, da possibilidade de ocorrência e das consequências para a segurança dos pacientes e profissionais.

As situações que representem risco imediato deverão ser comunicadas à direção e aos responsáveis pelo setor, para adoção das medidas necessárias, independentemente da conclusão do relatório mensal.

8. PLANO DE AÇÃO CORRETIVA E PREVENTIVA

Ação proposta	Responsável	Prazo	Situação
Adequação dos processos identificados como não conformes	_____	_____	_____
Revisão dos procedimentos operacionais	_____	_____	_____

Reorientação das equipes assistenciais	_____	_____ _____
Verificação de insumos e equipamentos	_____	_____ _____
Reavaliação das medidas implementadas	_____	_____ _____

A execução das ações será acompanhada pela CCIRAS, em conjunto com os setores envolvidos.

O encerramento de cada medida dependerá da comprovação de sua implementação e, quando pertinente, da verificação de sua efetividade.

9. EDUCAÇÃO PERMANENTE

As atividades educativas serão direcionadas às necessidades identificadas durante o acompanhamento dos processos assistenciais.

Tema	Público-alvo	Data	Participantes
Higienização das mãos	Equipe multiprofissional	_____	_____
Precauções padrão e adicionais	Equipe assistencial	_____	_____
Limpeza e desinfecção	Higienização e enfermagem	_____	_____
Resíduos e biossegurança	Equipes assistenciais e apoio	_____	_____
Prevenção de infecções associadas a procedimentos	Profissionais envolvidos	_____	_____

A comprovação das capacitações será realizada por meio de listas de presença, registros institucionais e materiais utilizados, conforme o procedimento adotado pela unidade.

10. AVALIAÇÃO TÉCNICA DA COMISSÃO

Com base nas inspeções, auditorias e registros correspondentes ao período de referência, a CCIRAS realizará avaliação das condições de prevenção e controle de infecções da unidade.

Classificação geral do período:

( ) Satisfatória

( ) Satisfatória com ressalvas

( ) Necessita de adequações

( ) Crítica

( ) Avaliação inconclusiva por insuficiência de dados

Fundamentação da classificação:

_____

_____

_____

A classificação deverá refletir as evidências efetivamente documentadas e considerar a relevância das não conformidades eventualmente identificadas.

11. RECOMENDAÇÕES TÉCNICAS

A partir dos resultados do monitoramento, a Comissão apresentará recomendações destinadas ao aperfeiçoamento das práticas assistenciais e à redução dos riscos de transmissão de agentes infecciosos.

As recomendações deverão indicar, sempre que possível, o setor envolvido, o risco identificado, a medida necessária e o prazo para atendimento.

Recomendações do período:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

As medidas propostas serão encaminhadas aos responsáveis pelos respectivos processos, cabendo à Comissão acompanhar sua execução e registrar os resultados das reavaliações.

12. CONCLUSÃO

O acompanhamento realizado pela Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde constitui instrumento essencial para a identificação de riscos, a verificação da conformidade das práticas assistenciais e o aperfeiçoamento das medidas de prevenção e controle de infecções na Unidade de Pronto Atendimento.

A conclusão técnica do período será fundamentada nos indicadores apurados, nos registros das inspeções, nas ocorrências avaliadas e na situação das ações corretivas e preventivas.

Parecer conclusivo da CCIRAS:

Os resultados e encaminhamentos serão apresentados à direção da unidade, com registro das providências recomendadas e acompanhamento das pendências nas avaliações subsequentes.

O relatório integrará os registros institucionais da Comissão, assegurando a rastreabilidade das atividades desenvolvidas e a disponibilização das evidências necessárias aos processos de acompanhamento, fiscalização e avaliação da parceria.

13. IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURAS

Coordenador(a) da CCIRAS

Nome: _____

Profissão: _____

Registro profissional: _____

Assinatura: _____

Membros participantes da avaliação

Nome: _____

Registro profissional: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Registro profissional: _____

Assinatura: _____

Ciência da Direção da Unidade

Nome: _____

Cargo: _____

Assinatura: _____

Palmas/TO, _____ de _____ de _____.

ANEXOS DO RELATÓRIO

•Anexo I – Checklist de Inspeção da CCIRAS.

•Anexo II – Planilha de Indicadores de Prevenção e Controle de Infecções.

•Anexo III – Registros de Não Conformidades e Evidências.

•Anexo IV – Plano de Ação e Acompanhamento das Medidas Corretivas.

•Anexo V – Registros das Capacitações e Listas de Presença.

•Anexo VI – Ata de Reunião da Comissão, quando realizada no período.

e.5. Cronograma anual de atividades

Irmandade SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SÃO BERNARDO DO CAMPO

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ANUAL

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (CCIRAS)

UPAs 24 horas Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar | Município de Palmas/TO

ATIVIDADE PRIORITÁRIA	MESES											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Constituição e planejamento anual	✓	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Higienização das mãos e revisão de protocolos	–	✓	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Precauções e medidas de isolamento	–	–	✓	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Rotinas de limpeza e desinfecção	–	–	–	✓	–	–	–	–	–	–	–	–
Capacitação em prevenção de IRAS	–	–	–	–	✓	–	–	–	–	–	–	–
Avaliação intermediária dos indicadores	–	–	–	–	–	✓	–	–	–	–	–	–
Revisão dos protocolos preventivos	–	–	–	–	–	–	✓	–	–	–	–	–
Processamento de produtos para saúde	–	–	–	–	–	–	–	✓	–	–	–	–
Uso racional de antimicrobianos	–	–	–	–	–	–	–	–	✓	–	–	–
Resposta a surtos e revisão de contingência	–	–	–	–	–	–	–	–	–	✓	–	–
Acompanhamento de ações corretivas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	✓	–
Consolidação anual e planejamento seguinte	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	✓

✓ = OCORRE A ATIVIDADE – = NÃO OCORRE A ATIVIDADE

Responsável: Coordenação da CCIRAS, com participação dos demais membros.

Evidências: ato de designação, ata e plano; protocolo e checklist; relatório de avaliação; fichas de verificação; lista de presença e material; relatório semestral interno; ata e versões revisadas; relatório de auditoria; relatório conjunto / orientações; registro de atividade; plano de ação atualizado; relatório anual e plano.

Observação: Atuação contínua com reuniões periódicas, elaboração de atas e relatórios técnicos, monitoramento de indicadores e implementação de medidas de controle; o cronograma poderá sofrer ajustes conforme as necessidades da unidade e diretrizes aplicáveis.

e.6. Documentação E Acompanhamento

A documentação da CCIRAS compreenderá, no mínimo: ato de constituição e designação; regimento aprovado; calendário; atas de reuniões;

relatórios de avaliação; protocolos e seus registros de revisão; listas de presença em atividades educativas; fichas de indicadores e planos de ação com responsáveis, prazos e situação de cumprimento.

As metas numéricas e as rotinas operacionais especificas deverão ser compatibilizadas com o Plano de Trabalho aprovado, os indicadores previstos no Termo de Referência e as orientações sanitárias aplicáveis. Este documento não substitui os protocolos assistenciais, os procedimentos operacionais padrão ou os atos formais de constituição da Comissão.

MODELO DE ATA

Modelo de Ata de Reunião da Comissão de XXXXX

ATA DA XXª REUNIÃO DA COMISSÃO DE XXXXX

Aos XXXX dias do mês de XXXXXXX de dois mil e XXXX, às XXXX horas, no (local da realização da reuniãc), sito à (endereço completo por extenso, incluindo cidade, Estado e CEP), reuniram-se os membros da Comissão de XXXXX (nome dos membros participantes, e das respectivas funções, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte pauta:

01 – DELIBERAÇÕES:

(A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros");
(B) Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda);
(C) _____;
(D) _____;

02 – COMUNICADOS:

(A) _____;
(B) _____;

04 – CONCILIAÇÕES REALIZADAS:

- Procedimento sindicante nº (citar apenas a numeração dos procedimentos).

05 – PROCEDIMENTOS SINDICANTES INSTAURADOS/EM ANÁLISE/ANALISADOS:

- Citar apenas a numeração dos procedimentos, e a fase em que se encontram.

07 – ASSUNTOS GERAIS:

(A) _____;
(B) _____;
(C) _____;

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente Ata, assinada por mim, secretário(a) desta Comissão de XXXXX, do presidente e dos demais membros presentes na reunião.

f.Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

f.1. Proposta de constituição, com a composição por categoria profissional

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo promoverá a constituição e o funcionamento da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio (CIPA) no âmbito de cada Unidade de Pronto Atendimento, em conformidade com a Norma Regulamentadora nº 05 (NR-05), as disposições da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e as exigências estabelecidas no Edital de Chamamento Público nº 001/2026 do Município de Palmas/TO.

A proposta contempla as UPAs Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar, ambas classificadas como Porte III – Opção VIII, considerando o funcionamento ininterrupto dos serviços e os riscos ocupacionais associados às atividades assistenciais, administrativas, operacionais e de apoio.

A CIPA será constituída por estabelecimento, com representantes da organização e dos empregados, observando-se o dimensionamento previsto no Quadro I da NR-05, conforme o número de empregados e o enquadramento da atividade econômica. A representação dos trabalhadores ocorrerá mediante processo eleitoral, enquanto os representantes do empregador serão formalmente designados pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo .

A composição deverá assegurar a participação de profissionais vinculados aos diferentes processos de trabalho da unidade, respeitadas as regras de eleição, a representatividade dos empregados e a quantidade de membros estabelecida pela legislação.

Irmandade SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SÃO BERNARDO DO CAMPO

Composição por Categoria Profissional

Proposta de Participação

Categoria Profissional	Participação Proposta
Enfermeiros	Representação dos processos assistenciais e identificação dos riscos ocupacionais.
Técnicos de Enfermagem	Acompanhamento das condições de trabalho e prevenção de acidentes na assistência.
Médicos	Contribuição técnica relacionada aos riscos ocupacionais dos atendimentos de urgência e emergência.
Farmacêuticos	Apoio técnico na prevenção dos riscos químicos e no manejo seguro de medicamentos.
Profissionais Administrativos	Identificação de riscos ergonômicos, organizacionais e das condições de trabalho.
Profissionais dos Serviços de Apoio	Participação nas ações de prevenção de acidentes, biossegurança e segurança operacional.
Profissionais de Segurança do Trabalho	Apoio técnico às ações da Comissão, por meio do SESMT, quando aplicável.

As categorias indicadas representam possibilidades de participação e apoio técnico, não vagas obrigatórias ou reservadas. A composição efetiva dependerá da eleição dos representantes dos empregados, da designação dos representantes da organização e do dimensionamento legal aplicável.

O quantitativo de integrantes titulares e suplentes será definido individualmente para cada UPA, considerando o quadro de empregados do respectivo estabelecimento e os critérios da NR-05. A classificação das unidades como Porte III – Opção VIII não determina, por si só, o número de integrantes da CIPA.

A Comissão contará com presidente designado pela organização, dentre seus representantes, e vice-presidente escolhido pelos representantes titulares eleitos dos empregados, observadas as demais regras de organização e funcionamento.

A estrutura proposta integrará as ações de segurança e saúde ocupacional desenvolvidas pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do CAMPO, articulando a CIPA ao Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), ao Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e ao Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), quando exigível.

f.2. Forma de designação dos membros

A constituição da CIPA observará os procedimentos previstos na NR-05, distinguindo-se a eleição dos representantes dos empregados da designação dos representantes do empregador.

Os representantes da organização, titulares e suplentes, serão indicados formalmente pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do CAMPO, conforme o dimensionamento aplicável. Os representantes dos empregados serão escolhidos por votação secreta, mediante processo eleitoral regularmente organizado, assegurada a participação dos empregados interessados, independentemente de filiação sindical.

O presidente será designado pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo dentre os representantes da organização, cabendo aos representantes titulares eleitos dos empregados escolher o vice-presidente.

O mandato dos membros eleitos terá duração de um ano, permitida uma reeleição, observadas as disposições legais relativas à estabilidade, à substituição dos integrantes e à continuidade das atividades da Comissão.

O processo de constituição será formalizado por documentação própria, compreendendo convocação eleitoral, inscrições, votação, apuração, designação dos representantes da organização, atas de eleição e posse, além da identificação dos respectivos titulares e suplentes.

A documentação deverá permitir a identificação dos integrantes, suas categorias profissionais, funções na Comissão, representação exercida e período de mandato ou designação.

Na fase de apresentação da proposta técnica, não serão indicados nomes de profissionais sem prévia formalização. A identificação nominal dos integrantes e a instalação da CIPA ocorrerão durante a implantação da parceria, mediante observância dos procedimentos e prazos regulamentares aplicáveis à constituição inicial da Comissão.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assegurará os meios necessários à realização do processo eleitoral, à capacitação dos integrantes e ao funcionamento regular da CIPA, preservando a autonomia da representação dos empregados, conforme a NR-05.

f.3. Finalidade e atribuições

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio (CIPA) terá como finalidade contribuir para a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, promovendo condições seguras e saudáveis aos profissionais que atuam nas Unidades de Pronto Atendimento Norte e Sul.

Sua atuação compreenderá a participação dos trabalhadores na identificação dos perigos e no acompanhamento das medidas destinadas à prevenção dos riscos ocupacionais, considerando a natureza das atividades desenvolvidas nas unidades, a exposição a agentes nocivos e as condições de organização dos serviços assistenciais e de apoio.

A CIPA também atuará na prevenção do assédio sexual e de outras formas de violência no trabalho, promovendo ações de orientação, conscientização e respeito às relações profissionais.

Atribuições da CIPA

Compete à Comissão, observadas as disposições da NR-05:

1. Identificação dos riscos ocupacionais: acompanhar o processo de identificação de perigos e avaliação dos riscos existentes nos ambientes de trabalho, considerando as atividades desenvolvidas em cada setor da unidade.

2. Verificação dos ambientes de trabalho: realizar verificações periódicas das condições de segurança, identificando situações que possam comprometer a integridade física e a saúde dos trabalhadores.

3. Mapa de riscos: registrar a percepção dos trabalhadores sobre os riscos ocupacionais, por meio de mapa de riscos ou outra ferramenta apropriada, sem prejuízo das avaliações técnicas integrantes do PGR.

4. Plano de ação preventiva: elaborar e acompanhar plano de trabalho que possibilite a implementação de medidas preventivas, com definição de ações, responsáveis, prazos e formas de verificação.

5. Prevenção de acidentes: acompanhar, em conjunto com os setores competentes, a análise dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, propondo medidas para evitar novas ocorrências.

6. Biossegurança: contribuir para o cumprimento das medidas de prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes, exposição a agentes biológicos e químicos, utilização de equipamentos de proteção e demais riscos presentes nos serviços de saúde.

7. Acompanhamento dos programas ocupacionais: participar das discussões relacionadas ao PGR e acompanhar as medidas de prevenção previstas nos programas institucionais de segurança e saúde no trabalho.

8. Prevenção ao assédio e à violência: desenvolver ações educativas e de conscientização voltadas à prevenção do assédio sexual e de outras formas de violência no ambiente de trabalho, respeitando a confidencialidade das manifestações e os procedimentos institucionais de apuração.

9. Educação e capacitação: promover ações educativas sobre segurança do trabalho, prevenção de acidentes, ergonomia, biossegurança e comportamento seguro.

10. Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPAT): promover anualmente a SIPAT, em conjunto com o SESMT, quando existente, contemplando temas relacionados à prevenção de acidentes, doenças ocupacionais e assédio.

11. Medidas corretivas e preventivas: acompanhar as providências adotadas pela gestão para correção dos riscos identificados e verificar a efetividade das ações implementadas.

12. Registros e monitoramento: manter atas de reuniões, planos de trabalho e registros de acompanhamento, com indicação das deliberações, encaminhamentos e providências adotadas.

As atividades serão desenvolvidas de forma integrada com a direção das UPAs, os responsáveis pela segurança e saúde ocupacional e as demais comissões institucionais, respeitadas as competências de cada instância.

f.4. Minuta de regimento interno, com competências, periodicidade de reunião e forma de registro das deliberações

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E DE ASSÉDIO (CIPA)

CAPÍTULO I – DA CONSTITUIÇÃO E FINALIDADE

Art. 1º A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio (CIPA) constitui instância de participação dos empregados e da organização, com atuação preventiva em segurança e saúde no trabalho, instituída no âmbito de cada Unidade de Pronto Atendimento administrada pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do CAMPO, nos termos da Norma Regulamentadora nº 05 (NR-05).

Art. 2º A CIPA tem por finalidade contribuir para a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, promovendo a preservação da vida, a proteção da saúde dos trabalhadores e a melhoria contínua das condições de segurança no ambiente laboral.

Parágrafo único. A atuação da Comissão abrangerá também ações de prevenção e conscientização relacionadas ao assédio sexual e a outras formas de violência no trabalho.

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 3º A CIPA será constituída por representantes da organização e dos empregados, titulares e suplentes, conforme o dimensionamento estabelecido

na NR-05, observados o número de empregados e o enquadramento da atividade econômica do estabelecimento.

Art. 4º Os representantes da organização serão designados pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do CAMPO, enquanto os representantes dos empregados serão eleitos mediante votação secreta, na forma da legislação aplicável.

Art. 5º A Comissão contará com presidente, indicado pela organização dentre seus representantes, e vice-presidente, escolhido pelos representantes titulares eleitos dos empregados.

Art. 6º O mandato dos membros eleitos terá duração de um ano, permitida uma reeleição, observadas as regras legais relativas ao processo eleitoral, à posse, à substituição e às garantias dos representantes.

CAPÍTULO III – DAS COMPETÊNCIAS

Art. 7º Compete à CIPA:

I – acompanhar a identificação dos perigos e a avaliação dos riscos ocupacionais nos ambientes de trabalho;

II – verificar periodicamente as condições de segurança dos setores assistenciais, administrativos e operacionais;

III – elaborar e acompanhar plano de trabalho preventivo;

IV – registrar a percepção dos trabalhadores quanto aos riscos ocupacionais;

V – acompanhar as análises de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho;

VI – propor medidas preventivas e acompanhar sua implementação;

VII – participar das discussões referentes ao PGR e às ações institucionais de segurança e saúde ocupacional;

VIII – promover ações educativas e campanhas de prevenção;

IX – realizar anualmente a SIPAT, em conjunto com o SESMT, quando existente;

X – contribuir para a prevenção do assédio sexual e de outras formas de violência no trabalho;

XI – acompanhar os encaminhamentos decorrentes de suas reuniões;

XII – manter os registros de suas atividades disponíveis para consulta, observadas as regras de acesso e confidencialidade aplicáveis.

CAPÍTULO IV – DAS ATRIBUIÇÕES DOS INTEGRANTES

Art. 8º Compete ao presidente coordenar os trabalhos da Comissão, convocar e conduzir as reuniões, acompanhar a execução do plano de atividades e assegurar o encaminhamento das deliberações.

Art. 9º Compete ao vice-presidente colaborar com o presidente na condução das atividades e substituí-lo nos impedimentos eventuais, conforme as disposições da NR-05.

Art. 10. Compete aos membros participar das reuniões, apresentar propostas, contribuir para a identificação de riscos, acompanhar as medidas preventivas e representar as demandas relacionadas à segurança e saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO V – DAS REUNIÕES

Art. 11. A CIPA realizará reuniões ordinárias mensais, de acordo com calendário previamente aprovado e divulgado aos integrantes, observadas as exceções e condições previstas na NR-05.

§ 1º As reuniões deverão ocorrer, preferencialmente, durante o expediente normal da unidade e em condições que permitam a participação dos membros.

§ 2º Poderão ser convocadas reuniões extraordinárias nas hipóteses previstas na NR-05, especialmente diante de acidente do trabalho grave ou fatal ou mediante solicitação de uma das representações.

§ 3º As reuniões terão pauta definida, contemplando o acompanhamento das medidas preventivas, as condições de segurança, os registros de ocorrências e os encaminhamentos pendentes.

CAPÍTULO VI – DO REGISTRO DAS DELIBERAÇÕES

Art. 12. As reuniões serão registradas em atas, assinadas pelos participantes, contendo, no mínimo:

I – data, horário e local da reunião;

II – identificação dos participantes e registro das ausências;

III – assuntos discutidos;

IV – deliberações e recomendações;

V – medidas preventivas propostas;

VI – responsáveis pelos encaminhamentos;

VII – prazos estabelecidos;

VIII – situação das ações anteriormente deliberadas.

Art. 13. As atas e os demais documentos da CIPA serão mantidos em arquivo institucional, físico ou eletrônico, sob responsabilidade da organização, assegurado o acesso aos membros e aos órgãos competentes, conforme a legislação.

Art. 14. As decisões e recomendações deverão ser comunicadas aos trabalhadores e aos setores responsáveis, respeitada a confidencialidade de informações pessoais e sensíveis.

CAPÍTULO VII – DO PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO

Art. 15. A CIPA elaborará plano anual de atividades, considerando os riscos identificados, as necessidades dos trabalhadores e as prioridades de segurança e saúde ocupacional de cada unidade.

Art. 16. O acompanhamento das atividades será realizado por meio de registros de reuniões, verificações dos ambientes de trabalho, planos de ação e relatórios de execução das medidas preventivas.

Parágrafo único. Os resultados serão encaminhados à direção da respectiva UPA para conhecimento e adoção das providências que dependam de decisão administrativa ou operacional.

CAPÍTULO VIII – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 17. A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assegurará as condições necessárias ao funcionamento da CIPA, incluindo recursos administrativos, acesso às informações pertinentes, capacitação dos integrantes e disponibilidade para o exercício de suas atribuições.

Art. 18. Os casos omissos serão resolvidos conforme a NR-05 e as demais disposições legais aplicáveis, sem prejuízo da participação das representações da Comissão.

Art. 19. O presente Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação e formalização na respectiva unidade, podendo ser atualizado para adequação normativa ou aperfeiçoamento dos procedimentos de segurança e saúde ocupacional.

RELATÓRIO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA)

RELATÓRIO MENSAL DE ACOMPANHAMENTO DAS ATIVIDADES DA CIPA

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E DE ASSÉDIO

Município: Palmas/TO

Unidade: ( ) UPA Norte – José de Souza Dourado ( ) UPA Sul – Gerson Pires de Aguiar

Período de referência: ____/____/_____ a ____/____/_____

Data de emissão: ____/____/_____

Presidente:_____ Vice-presidente: _____

1. APRESENTAÇÃO

Este relatório destina-se ao registro e à avaliação das atividades desenvolvidas pela Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio (CIPA) nas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas sob gestão da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do CAMPO, no Município de Palmas/TO.

A atuação da Comissão considera as particularidades da assistência ininterrupta em urgência e emergência, incluindo a exposição a agentes biológicos, o manuseio de materiais perfurocortantes, produtos químicos, a movimentação de pacientes, as condições ergonômicas e os fatores de risco associados à organização do trabalho.

O instrumento documenta inspeções, riscos identificados, manifestações dos trabalhadores, ocorrências, recomendações e providências adotadas. Os

Campo s de resultado deverão ser preenchidos exclusivamente com informações verificadas no período.

2. FINALIDADE

Acompanhar as condições de segurança e saúde no trabalho, identificar perigos e propor medidas preventivas e corretivas, com monitoramento das providências recomendadas e articulação com a direção, os responsáveis técnicos, o SESMT, quando aplicável, e os demais setores competentes.

A CIPA também participará de ações preventivas relativas ao assédio sexual e a outras formas de violência no trabalho, sem substituir os canais próprios de apuração e proteção das pessoas envolvidas.

3. FUNDAMENTAÇÃO NORMATIVA

CLT, arts. 163 a 165; NR-01 (Gerenciamento de Riscos Ocupacionais); NR-04 (SESMT); NR-05 (CIPA); NR-06 (EPI); NR-07 (PCMSO); NR-17 (Ergonomia); NR-32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde); Lei nº 14.457/2022 e demais disposições aplicáveis à unidade e à execução da parceria.

4. IDENTIFICAÇÃO E COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO

A composição observará o dimensionamento da NR-05, segundo o enquadramento da atividade e o número de empregados por estabelecimento. Os representantes dos empregados serão eleitos e os representantes da organização designados, quando cabível, na forma regulamentar.

Representação	Nome / identificação
Presidente	_____
Vice-presidente	_____
Titulares — representantes dos empregados	_____
Suplentes — representantes dos empregados	_____
Titulares — representantes da organização	_____
Suplentes — representantes da organização	_____

Profissionais de enfermagem, medicina, farmácia, administração, serviços de apoio e segurança do trabalho poderão contribuir tecnicamente conforme as necessidades, sem que a indicação de categorias implique vagas obrigatórias ou reservadas.

5. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

• Inspeções de segurança em ambientes assistenciais, administrativos e de apoio.

• Identificação de perigos biológicos, químicos, físicos, ergonômicos, psicossociais relacionados ao trabalho e de acidentes.

• Acompanhamento das ocorrências e participação na análise de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, em conjunto com os setores competentes.

• Verificação dos equipamentos de proteção, das barreiras de segurança e das práticas preventivas.

• Consulta aos trabalhadores e registro de sugestões e situações de risco.

• Acompanhamento das medidas previstas no PGR e nos planos de ação institucionais.

6. AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SEGURANÇA POR SETOR

Setor	Riscos a verificar	Situação
Recepção e acolhimento	Ergonomia, violência externa e condições ambientais	A avaliar
Classificação de risco	Exposição biológica, postura e sobrecarga	A avaliar
Consultórios	Agentes biológicos, perfurocortantes e ergonomia	A avaliar
Sala de emergência	Agentes biológicos, movimentação de pacientes e acidentes	A avaliar

Observação	Agentes biológicos, ergonomia e acidentes	A avaliar
Sala de medicação	Perfurocortantes, medicamentos e agentes químicos	A avaliar
Expurgo/processamento	Agentes biológicos, químicos e riscos operacionais	A avaliar
Higienização e resíduos	Saneantes, perfurocortantes e agentes biológicos	A avaliar
Farmácia	Riscos químicos, ergonômicos e organizacionais	A avaliar
Administrativo	Ergonomia e organização do trabalho	A avaliar

Síntese das inspeções realizadas:

_____

_____

_____

_____

7. MONITORAMENTO DOS RISCOS OCUPACIONAIS

7.1. Biológicos

Exposição a sangue, secreções, fluidos corporais e outros materiais potencialmente contaminados.

7.2. Químicos

Armazenamento, identificação, preparo, utilização e descarte de medicamentos e saneantes.

7.3. Físicos

Condições de iluminação, ruído, temperatura e outros agentes físicos presentes.

7.4. Ergonômicos

Movimentação de pacientes, esforços físicos, repetitividade, posturas e organização das atividades.

7.5. Acidentes

Condições das instalações, equipamentos, pisos, circulação e descarte de perfurocortantes.

7.6. Fatores psicossociais relacionados ao trabalho

Sobrecarga, violência ocupacional e outros fatores vinculados à organização do trabalho.

8. REGISTRO DE ACIDENTES E OCORRÊNCIAS

Ocorrência	Quantidade	Providências
Perfurocortante	____	_____
Exposição a material biológico	____	_____
Queda / acidente nas instalações	____	_____
Movimentação de pacientes	____	_____
Violência no trabalho	____	_____
Outras ocorrências	____	_____

Resguardar o sigilo dos dados pessoais e observar as competências dos setores responsáveis pela assistência ao trabalhador, investigação e comunicação legal. Ausência de registro não equivale, por si, à inexistência de ocorrências.

9. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO

Indicador	Resultado
Inspeções realizadas	_____
Perigos / riscos identificados	_____
Acidentes de trabalho registrados	_____
Exposições ocupacionais a material biológico	_____
Não conformidades identificadas	_____
Medidas corretivas implementadas	_____

Ações concluídas no prazo (%)	_____
Trabalhadores capacitados	_____
Reuniões realizadas	_____
Pendências anteriores	_____

A interpretação dos indicadores deverá identificar a fonte dos dados, o período e a metodologia de apuração, sem presumir metas ou resultados não documentados.

10. NÃO CONFORMIDADES IDENTIFICADAS

Nº	Setor	Não conformidade	Prioridade	Responsável
01	_____	_____	_____	_____
02	_____	_____	_____	_____
03	_____	_____	_____	_____

Situações de risco grave ou iminente deverão ser comunicadas de imediato para avaliação das providências cabíveis.

11. PLANO DE AÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA

Medida recomendada	Responsável	Prazo	Situação
Adequação das condições de segurança	_____	_____	_____
Revisão de procedimentos preventivos	_____	_____	_____
Orientação quanto ao uso de EPI	_____	_____	_____
Avaliação ergonômica	_____	_____	_____
Reforço de biossegurança	_____	_____	_____
Verificação de pendências anteriores	_____	_____	_____

O encerramento de cada ação deverá ser apoiado em evidências de implementação e, quando pertinente, em reavaliação da efetividade.

12. CAPACITAÇÕES E AÇÕES EDUCATIVAS

Tema	Público	Data	Participantes
Prevenção de perfurocortantes	Equipes assistenciais	____	____
Biossegurança e uso de EPI	Assistenciais e apoio	____	____
Prevenção de riscos ergonômicos	Todos os setores	____	____
Manuseio seguro de produtos químicos	Profissionais envolvidos	____	____
Prevenção ao assédio e violência	Todos os trabalhadores	____	____
Prevenção de acidentes e emergências	Equipes envolvidas	____	____

As capacitações realizadas deverão ter registros de conteúdo e participação.

13. REUNIÕES E DELIBERAÇÕES

Reunião nº _____ Data ____/____/_____ Participantes: _____

Assuntos discutidos:

_____

_____

_____

_____

Deliberações e responsáveis:

_____

_____

_____

_____

Pendências e encaminhamentos:

As reuniões deverão observar a periodicidade estabelecida pela NR-05 para o enquadramento aplicável, com registro formal das deliberações.

14. AVALIAÇÃO GERAL DO PERÍODO

( ) Satisfatória ( ) Satisfatória com ressalvas ( ) Necessita de adequações

( ) Crítica ( ) Dados insuficientes para avaliação

Justificativa técnica:

15. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

O relatório consolida as atividades de acompanhamento da segurança e saúde ocupacional no periodo de referência e subsidia a gestão na priorização de ações preventivas. A conclusão deverá decorrer das evidências de inspeção, dos registros de acidentes e ocorrências, da situação das medidas corretivas e das manifestações dos trabalhadores.

Parecer conclusivo da Comissão:

Os resultados e encaminhamentos deverão ser apresentados à gestão e aos setores responsáveis, mantendo-se o acompanhamento das medidas pendentes e a rastreabilidade das deliberações.

16. IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURAS

Presidente da CIPA:

_____

Assinatura:

_____

Vice-presidente da CIPA:

_____

Assinatura:

_____

Representante participante:

_____

Assinatura:

_____

Representante participante:

_____

Assinatura:

_____

Ciência da Direção da Unidade:

_____

Assinatura:

_____

Palmas/TO, _____ de _____ de _____.

ANEXOS

I – Checklist de Inspeção de Segurança do Trabalho

II – Registro de Identificação de Perigos e Riscos Ocupacionais

III – Planilha de Controle de Acidentes e Ocorrências

IV – Plano de Ação Preventiva e Corretiva

V – Atas das Reuniões da CIPA

VI – Registros de Capacitações e Listas de Presença

VII – Acompanhamento das Pendências

f.5. Cronograma anual de atividades

Irmandade SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SÃO BERNARDO DO CAMPO

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ANUAL

CIPA – COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

ATIVIDADE PRINCIPAL	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Constituição da CIPA, capacitação dos integrantes e organização do plano de trabalho	☑	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Verificação das condições de trabalho e identificação dos principais riscos ocupacionais	–	☑	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Acompanhamento dos riscos biológicos e prevenção de acidentes com perfurocortantes	–	–	☑	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Avaliação das condições ergonômicas e orientação sobre movimentação segura de pacientes	–	–	–	☑	–	–	–	–	–	–	–	–
Acompanhamento do uso de EPIs e das medidas de proteção coletiva	–	–	–	–	☑	–	–	–	–	–	–	–
Avaliação semestral do plano de trabalho e dos registros de acidentes e incidentes	–	–	–	–	–	☑	–	–	–	–	–	–
Ações educativas sobre prevenção do assédio sexual e de outras formas de violência no trabalho	–	–	–	–	–	–	☑	–	–	–	–	–
Verificação das condições de segurança em áreas assistenciais, administrativas e de apoio	–	–	–	–	–	–	–	☑	–	–	–	–
Realização da Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT	–	–	–	–	–	–	–	–	☑	–	–	–
Acompanhamento das medidas de prevenção de acidentes e das condições de segurança operacional	–	–	–	–	–	–	–	–	–	☑	–	–
Revisão das ações preventivas e planejamento do ciclo seguinte	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	☑	–
Avaliação anual das atividades da CIPA e elaboração do relatório consolidado	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	☑

☑ = OCORRE A ATIVIDADE — = NÃO OCORRE A ATIVIDADE

Responsável: Presidente e Secretário da CIPA, com participação dos demais membros.

Produto ou registro: documentação de constituição, capacitação e planejamento; relatório de verificação; registro de ações preventivas; relatório e registro de orientação; registro de verificações e recomendações; relatório semestral; registros de capacitação e divulgação; relatório de inspeção; programação, listas de presença e relatório; relatório de acompanhamento; plano de melhorias; relatório anual de atividades.

Observação: As atividades mensais são propostas de planejamento para o primeiro ciclo de funcionamento, não datas fixadas pelo edital. As reuniões ordinárias ocorrerão mensalmente, além das atividades temáticas acima, observadas as regras da NR-05.

Irmandade SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SÃO BERNARDO DO CAMPO

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA

GOVERNANÇA, PREVENÇÃO E PROTEÇÃO

1. CONSTITUIÇÃO DA CIPA

A CIPA será constituída em conformidade com a NR-05, garantindo a participação dos trabalhadores da gestão na promoção da segurança e saúde no trabalho.

INDICADOR	Constituição da CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
DOCUMENTO	Documento contendo o nome e função dos componentes e rotinas
PRAZO	**90 dias** após assinatura do Contrato de Gestão
FONTE	Entidade Parceira

2. ATUAÇÃO DA CIPA

Após sua constituição, a CIPA atuará de forma continua na identificação de riscos, prevenção de acidentes e promoção da saude dos trabalhadores.

INDICADOR	Atuação da CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
DOCUMENTO	Ata de reunião
PRAZO	Inicio **30 dias** após sua constituição
PERIODICIDADE	Trimestral
FONTE	Entidade Parceira

OBJETIVO DA CIPA

Promover a saúde, a segurança e a qualidade de vida dos trabalhadores, identificando e prevenindo riscos e acidentes no ambiente de trabalho, em conformidade com a NR-05.

- **PREVENIR** – Reduzir riscos e evitar acidentes
- **PROTEGER** – Preservar a vida e a integridade
- **PROMOVER** – Saúde e bem-estar no trabalho
- **MELHORAR** – Processos e ambiente seguro

A CIPA é um instrumento essencial de participação, prevenção e melhoria continua, contribuindo para um ambiente de trabalho seguro, saudável e em conformidade com as exigências legais e contratuais.

F.6. Monitoramento e comprovação das atividades

O cumprimento do cronograma será acompanhado por registros institucionais, incluindo atas de reuniões, relatórios de verificações dos ambientes de trabalho, listas de presença em capacitações, registros de ações educativas e documentos de acompanhamento das medidas preventivas.

As ações pendentes serão reavaliadas nas reuniões subsequentes, com indicação dos responsáveis, dos prazos de execução e das providências necessárias.

Ao término de cada ciclo anual, a CIPA elaborará relatório consolidado de suas atividades, contemplando as principais ações realizadas, os riscos acompanhados, as medidas preventivas propostas e os encaminhamentos destinados ao aperfeiçoamento das condições de trabalho.

MODELO DE ATA

Modelo de Ata de Reunião da Comissão de XXXXX

ATA DA XXª REUNIÃO DA COMISSÃO DE XXXXX

Aos XXXX dias do mês de XXXXXXX de dois mil e XXXX, às XXXX horas, no (local da realização da reunião), sito à (endereço completo por extenso, incluindo cidade, Estado e CEP), reuniram-se os membros da Comissão de XXXXX (nome dos membros participantes, e das respectivas funções, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte pauta:

01 – DELIBERAÇÕES:

(A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros");
(B) Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda);
(C) _____;
(D) _____;

02 – COMUNICADOS:

(A) _____;
(B) _____;

04 – CONCILIAÇÕES REALIZADAS:

- Procedimento sindicante nº (citar apenas a numeração dos procedimentos).

05 – PROCEDIMENTOS SINDICANTES INSTAURADOS/EM ANÁLISE/ANALISADOS:

- Citar apenas a numeração dos procedimentos, e a fase em que se encontram.

07 – ASSUNTOS GERAIS:

(A) _____;
(B) _____;
(C) _____;

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente Ata, assinada por mim, secretário(a) desta Comissão de XXXXX, do presidente e dos demais membros presentes na reunião.

g. Comissão de Farmácia e Terapêutica

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) constitui instância técnico-assistencial permanente, de caráter consultivo, deliberativo no âmbito de suas competências e de assessoramento à gestão, responsável pela avaliação, padronização, acompanhamento e promoção do uso racional e seguro de medicamentos nas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar, ambas classificadas como Porte III – Opção VIII, no Município de Palmas/TO.

Sua constituição e funcionamento observarão as disposições do Edital de Chamamento Público nº 001/2026, Processo SEI nº 17.137010.000064-2026-78, especialmente o item 10.6.4, alínea "f", do Termo de Referência, que estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Farmácia e Terapêutica, e o item V.2.1 do Anexo V, que exige a apresentação da proposta de constituição, da minuta de regimento interno e do cronograma anual de atividades.

A atuação da CFT será orientada pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica, pelas normas sanitárias da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), pelas regulamentações do Conselho Federal de Farmácia (CFF) e pelos protocolos assistenciais aplicáveis aos serviços de urgência e emergência.

A Comissão terá como finalidade assegurar a seleção criteriosa, a padronização e o uso racional de medicamentos, contribuindo para a eficácia terapêutica, a segurança do paciente, a prevenção de eventos adversos e a utilização eficiente dos recursos destinados à assistência farmacêutica.

Considerando o perfil assistencial das UPAs Norte e Sul, caracterizado pelo atendimento ininterrupto de urgências e emergências, administração frequente de medicamentos de uso imediato, assistência a pacientes em observação clínica e estabilização de quadros graves, a CFT desenvolverá suas atividades de acordo com as necessidades clínicas e operacionais de cada unidade, priorizando a disponibilidade de medicamentos essenciais e a

segurança dos processos de prescrição, armazenamento, dispensação, preparo e administração.

A atuação da Comissão compreenderá a avaliação e o acompanhamento das seguintes atividades:

•Seleção e padronização de medicamentos: avaliar e propor a relação de medicamentos essenciais utilizados nas unidades, observando os protocolos assistenciais, o perfil epidemiológico, as necessidades clínicas e as diretrizes da rede municipal de saúde.

•Avaliação de protocolos terapêuticos: analisar e propor a atualização de protocolos relacionados ao uso de medicamentos, especialmente aqueles empregados no atendimento de urgências, emergências, estabilização e observação clínica.

•Segurança no uso de medicamentos: acompanhar medidas destinadas à prevenção de erros de prescrição, dispensação, preparo e administração, com atenção especial aos medicamentos potencialmente perigosos e de alta vigilância.

•Farmacovigilância: promover o acompanhamento e a análise de suspeitas de reações adversas, erros de medicação e outros eventos relacionados ao uso de medicamentos, em articulação com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

•Uso racional de antimicrobianos: contribuir para a avaliação dos critérios de utilização desses medicamentos, observadas as indicações clínicas, os protocolos institucionais e as medidas de prevenção da resistência microbiana.

•Monitoramento de consumo e abastecimento: analisar informações sobre consumo, perdas, vencimentos e disponibilidade de medicamentos, propondo medidas para prevenir desabastecimentos e desperdícios.

•Condições de armazenamento e conservação: acompanhar o cumprimento das boas práticas relacionadas à temperatura, umidade, organização dos estoques, controle de validade e rastreabilidade dos medicamentos.

•Educação permanente: promover ações de orientação e capacitação

dos profissionais envolvidos na prescrição, dispensação, preparo e administração de medicamentos.

•Avaliação de indicadores: acompanhar dados relacionados ao consumo, às ocorrências de desabastecimento, às perdas, aos eventos adversos e às não conformidades identificadas nos processos da assistência farmacêutica.

•Elaboração de recomendações técnicas: subsidiar a direção das unidades na definição de medidas de aperfeiçoamento da assistência farmacêutica, respeitando as competências dos responsáveis técnicos e as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal da Saúde de Palmas.

A CFT atuará de forma integrada com as coordenações médica e de enfermagem, o serviço de farmácia, o Núcleo de Segurança do Paciente, a Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS), o Núcleo de Educação Permanente em Saúde e os demais setores envolvidos nos processos de utilização de medicamentos.

Essa articulação permitirá identificar riscos, avaliar a efetividade dos protocolos terapêuticos, propor medidas corretivas e preventivas e fortalecer a comunicação entre os profissionais responsáveis pelas diferentes etapas da assistência farmacêutica.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assegurará as condições técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento da Comissão, incluindo a designação formal de seus integrantes, a realização de reuniões periódicas, o acesso às informações pertinentes à assistência farmacêutica e o acompanhamento das recomendações emitidas.

As atividades desenvolvidas serão documentadas mediante atas de reuniões, pareceres técnicos, relatórios de acompanhamento, registros de indicadores e planos de ação, com identificação das deliberações, dos responsáveis pelos encaminhamentos e dos respectivos prazos de execução.

A atuação da Comissão observará os quantitativos e a estrutura de pessoal previstos no Quadro 7 do Termo de Referência, que estabelece, como referência para cada UPA, 5 farmacêuticos e 7 técnicos ou auxiliares de farmácia, distribuídos entre os turnos diurno e noturno. Esses quantitativos

correspondem à cobertura operacional da assistência farmacêutica e não representam, necessariamente, o número de integrantes da CFT.

A Comissão será constituída em cada unidade, com composição multiprofissional e participação de profissionais vinculados às atividades médicas, farmacêuticas e de enfermagem, conforme a estrutura proposta e os critérios definidos em seu regimento interno, respeitadas as competências técnicas e legais de cada categoria profissional.

A CFT também contribuirá para o acompanhamento dos custos relacionados ao uso de medicamentos, sem substituir as atribuições dos setores responsáveis pela aquisição, gestão contratual, controle de estoque e execução financeira. Suas recomendações deverão observar os medicamentos padronizados, os fluxos da rede pública e as condições estabelecidas no Termo de Referência, sem autorizar despesas ou alterações contratuais fora das competências da gestão.

Dessa forma, a Comissão de Farmácia e Terapêutica integrará a estrutura permanente de governança assistencial da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do CAMPO, contribuindo para a segurança medicamentosa, a padronização das condutas terapêuticas, a prevenção de desperdícios e a qualidade da assistência prestada à população, em conformidade com os princípios do SUS e com as exigências técnicas e operacionais estabelecidas para as UPAs Norte e Sul.

g.1. Proposta de constituição, com a composição por categoria profissional

A Comissão de Farmácia e Terapêutica será constituída no âmbito de cada UPA, mediante ato formal da direção competente, observando-se a estrutura assistencial prevista no Termo de Referência, as necessidades de funcionamento das unidades e a participação de profissionais com conhecimentos em farmacologia, terapêutica, segurança do paciente e gestão da assistência farmacêutica.

A CFT contará com representantes das áreas médica, farmacêutica, de enfermagem e administrativa, garantindo abordagem multiprofissional nas discussões e recomendações relacionadas ao uso de medicamentos.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT)

COMPOSIÇÃO PROPOSTA POR UNIDADE

QUANTIDADE	CATEGORIA PROFISSIONAL	FUNÇÃO PROPOSTA
01	Farmacêutico	Presidente e Coordenador Técnico
01	Médico	Representante da Equipe Médica
01	Enfermeiro	Representante do Serviço de Enfermagem
01	Farmacêutico	Representante da Assistência Farmacêutica
01	Profissional da Administração	Representante da Gestão Administrativa
05	Total de membros titulares	Por UPA

Observação: A composição será constituída em cada UPA, mediante ato formal da direção, podendo ser complementada por outros profissionais, conforme a necessidade das atividades.

Abrangência: UPA Norte – José de Souza Dourado e UPA Sul – Gerson Pires de Aguiar, no município de Palmas/TO.

A composição apresentada constitui proposta organizacional da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do CAMPO, para assegurar a continuidade das atividades, será prevista a indicação de suplentes, preferencialmente vinculados às respectivas áreas de representação, além de apoio administrativo para organização dos documentos e registros da Comissão.

O presidente será responsável pela coordenação técnica, convocação das reuniões e acompanhamento das deliberações, contando com um vice-presidente escolhido entre os integrantes formalmente designados.

Poderão participar das reuniões, na condição de convidados ou assessores técnicos, profissionais de outras áreas assistenciais, especialistas

em farmacologia, integrantes do Núcleo de Segurança do Paciente e representantes da CCIRAS, conforme os assuntos em análise.

A participação de assessores externos dependerá de autorização institucional, observadas as normas de confidencialidade, ausência de conflitos de interesse e proteção dos dados dos pacientes.

g.2. Forma de designação dos membros

Os integrantes da Comissão de Farmácia e Terapêutica serão formalmente designados pela direção competente de cada UPA, mediante ato administrativo interno da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do CAMPO, após manifestação das respectivas coordenações e verificação da disponibilidade dos profissionais.

A escolha observará a qualificação técnica, a experiência profissional, o conhecimento dos processos assistenciais e farmacoterapêuticos, a capacidade de análise crítica e a disponibilidade para participação nas atividades da Comissão.

O ato de designação deverá conter o nome completo do profissional, sua categoria, número de registro no conselho de classe, quando aplicável, função na CFT, condição de titular ou suplente e período de atuação.

A presidência será exercida preferencialmente por farmacêutico com experiência em assistência farmacêutica, segurança no uso de medicamentos e gestão dos processos relacionados à farmacoterapia.

O vice-presidente será escolhido entre os membros titulares, cabendo-lhe substituir o presidente em suas ausências ou impedimentos.

Os membros deverão declarar eventuais conflitos de interesse, especialmente aqueles decorrentes de vínculos comerciais, financeiros ou profissionais que possam comprometer a independência das recomendações técnicas. Identificado conflito relacionado a determinada matéria, o integrante deverá comunicar a situação e abster-se de participar da respectiva deliberação.

As substituições, afastamentos e alterações na composição serão formalizados mediante ato próprio, assegurando a continuidade dos trabalhos.

Durante a apresentação da proposta técnica, será demonstrada a estrutura multiprofissional prevista para a CFT, com indicação das categorias, quantitativos e atribuições. A designação nominal ocorrerá na fase de implantação da parceria, após a definição dos profissionais vinculados às unidades, sem prejuízo das exigências de constituição e funcionamento estabelecidas no edital.

g.3. Finalidade

A Comissão de Farmácia e Terapêutica terá como finalidade promover a utilização racional, segura, eficaz e economicamente adequada dos medicamentos e produtos para saúde empregados nas UPAs Norte e Sul, contribuindo para a padronização das condutas terapêuticas, a segurança dos pacientes e o aprimoramento da assistência farmacêutica.

Sua atuação observará as necessidades clínicas da população atendida, os protocolos assistenciais instituídos, as diretrizes da rede municipal de saúde e os princípios da administração eficiente dos recursos públicos.

Atribuições

Compete à Comissão:

I – acompanhar e revisar periodicamente a relação de medicamentos padronizados para utilização nas UPAs, observadas a REMUME, a RENAME e as diretrizes da Secretaria Municipal da Saúde;

II – analisar e emitir pareceres técnicos fundamentados sobre propostas de inclusão, exclusão ou alteração de medicamentos, encaminhando recomendações à instância competente para decisão;

III – contribuir para a elaboração e atualização do Guia Farmacoterapêutico e dos protocolos terapêuticos aplicáveis ao atendimento de urgência e emergência;

IV – propor diretrizes para a prescrição, dispensação, distribuição, preparo, administração e utilização segura de medicamentos;

V – acompanhar o uso de medicamentos potencialmente perigosos e de alta vigilância, contribuindo para a adoção de medidas que reduzam erros de medicação;

VI – apoiar as ações de farmacovigilância, incluindo o acompanhamento de suspeitas de reações adversas, queixas técnicas e incidentes relacionados a medicamentos;

VII – acompanhar, em conjunto com a CCIRAS e as equipes assistenciais, as diretrizes de utilização racional de antimicrobianos;

VIII – analisar informações de consumo de medicamentos, desperdícios, perdas por vencimento e situações de desabastecimento, propondo ações preventivas;

IX – contribuir para a avaliação técnica e farmacoeconômica de medicamentos e tecnologias, respeitadas as competências municipais e os procedimentos aplicáveis à incorporação de tecnologias no SUS;

X – acompanhar as condições de armazenamento, conservação, identificação, controle de validade e rastreabilidade dos medicamentos;

XI – promover ações de educação permanente voltadas à segurança medicamentosa e ao uso racional de medicamentos;

XII – elaborar relatórios periódicos das atividades, recomendações técnicas e medidas propostas;

XIII – participar da definição e do acompanhamento de indicadores de qualidade relacionados à assistência farmacêutica;

XIV – propor medidas para prevenção de não conformidades e melhoria continua dos processos de trabalho;

XV – subsidiar a gestão das unidades com informações técnicas para o aperfeiçoamento dos serviços farmacêuticos, sem substituir as competências dos responsáveis técnicos, dos prescritores ou dos setores administrativos.

As recomendações da Comissão deverão ser registradas e encaminhadas à direção da respectiva unidade para análise e adoção das providências cabíveis, especialmente quando envolverem alterações de protocolos, padronização de medicamentos, aquisição de insumos ou repercussões financeiras.

g.4. Minuta de regimento interno, com competências, periodicidade de reunião e forma de registro das deliberações

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT)

CAPÍTULO I – DA DENOMINAÇÃO, NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) constitui instância técnico-científica permanente, de natureza multiprofissional, consultiva e deliberativa no âmbito de suas competências, integrante da estrutura de governança assistencial das Unidades de Pronto Atendimento administradas pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo no Município de Palmas/TO.

Art. 2º A Comissão tem por finalidade assessorar a gestão das unidades nas decisões relacionadas à seleção, padronização, utilização e avaliação de medicamentos, promovendo o uso racional, a segurança terapêutica e a qualidade da assistência prestada aos usuários.

Art. 3º A CFT observará as diretrizes do SUS, as relações oficiais de medicamentos, os protocolos clínicos aplicáveis, as normas sanitárias e profissionais e as disposições estabelecidas no Termo de Referência da parceria.

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 4º A CFT será composta por representantes das áreas farmacêutica, médica, de enfermagem e administrativa, conforme a estrutura aprovada pela direção da unidade.

§ 1º A Comissão contará com membros titulares e suplentes, designados formalmente.

§ 2º Poderão ser convidados profissionais com conhecimentos específicos para subsidiar a análise de matérias técnicas, sem direito a voto, salvo disposição expressa em contrário no regimento aprovado.

§ 3º A participação de profissionais convidados observará as normas institucionais de confidencialidade e prevenção de conflitos de interesse.

Art. 5º A Comissão contará com presidente, vice-presidente e apoio administrativo responsável pela organização documental.

Art. 6º A designação dos membros será formalizada por ato da direção competente, contendo identificação, categoria profissional, função e período de atuação.

CAPÍTULO III – DAS COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO

Art. 7º Compete à CFT:

I – avaliar e propor atualizações da relação de medicamentos utilizados nas unidades;

II – emitir pareceres técnicos sobre solicitações de inclusão, exclusão ou alteração de medicamentos;

III – contribuir para a elaboração e revisão de protocolos terapêuticos e do Guia Farmacoterapêutico;

IV – propor medidas para o uso racional e seguro de medicamentos;

V – acompanhar ocorrências relacionadas à farmacovigilância e à segurança medicamentosa;

VI – analisar informações de consumo, desperdícios, perdas e disponibilidade de medicamentos;

VII – desenvolver ações educativas destinadas aos profissionais de saúde;

VIII – contribuir para a definição e o monitoramento de indicadores da assistência farmacêutica;

IX – acompanhar a implementação das recomendações técnicas aprovadas;

X – elaborar relatórios e encaminhá-los à direção da unidade.

CAPÍTULO IV – DAS ATRIBUIÇÕES DOS INTEGRANTES

Art. 8º Compete ao presidente:

I – coordenar e supervisionar as atividades da Comissão;

II – convocar e presidir as reuniões;

III – organizar a pauta e estabelecer prioridades de discussão;

IV – distribuir matérias para análise e emissão de pareceres;

V – propor a constituição de grupos técnicos de apoio;

VI – acompanhar a execução das deliberações;

VII – representar a Comissão perante a direção da unidade;

VIII – exercer o voto de desempate, quando necessário.

Art. 9º Compete ao vice-presidente substituir o presidente em suas ausências ou impedimentos e colaborar na coordenação das atividades.

Art. 10. Compete aos membros titulares:

I – participar das reuniões e discussões;

II – analisar as matérias submetidas à Comissão;

III – emitir pareceres e apresentar recomendações fundamentadas;

IV – participar das votações;

V – acompanhar os encaminhamentos relacionados às suas áreas de atuação;

VI – comunicar situações de possível conflito de interesse;

VII – contribuir para a execução do plano anual de atividades.

Art. 11. Compete aos suplentes substituir os titulares em seus impedimentos, participando das deliberações com direito a voto quando estiverem formalmente exercendo a substituição.

Art. 12. Compete ao apoio administrativo:

I – organizar o calendário e as convocações;

II – preparar as pautas das reuniões;

III – elaborar as atas;

IV – encaminhar os documentos aos integrantes;

V – manter o arquivo físico ou eletrônico da Comissão;

VI – controlar os prazos e encaminhamentos;

VII – organizar os registros necessários à elaboração do relatório anual.

CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO E DAS REUNIÕES

Art. 13. A Comissão realizará reuniões ordinárias mensais, conforme calendário anual previamente estabelecido.

§ 1º As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo presidente ou mediante solicitação da maioria dos membros titulares, quando houver matéria relevante ou urgente que demande apreciação.

§ 2º As reuniões poderão ocorrer presencialmente ou por meio eletrônico institucional, desde que assegurados a identificação dos participantes, o registro das manifestações e a formalização das deliberações.

Art. 14. As reuniões serão instaladas com a presença da maioria absoluta dos membros titulares em exercício ou de seus suplentes regularmente convocados.

Parágrafo único. Não alcançado o quórum necessário, a reunião deliberativa será reagendada, registrando-se a ocorrência.

Art. 15. As reuniões observarão, preferencialmente, a seguinte sequência:

I – verificação de presença e quórum;

II – leitura e aprovação da ata anterior;

III – acompanhamento dos encaminhamentos pendentes;

IV – apresentação das matérias constantes da pauta;

V – discussão dos pareceres e recomendações;

VI – deliberação sobre as propostas apresentadas;

VII – definição dos responsáveis e prazos;

VIII – organização da pauta subsequente.

Art. 16. As deliberações serão preferencialmente tomadas por consenso, mediante análise das evidências científicas disponíveis e dos protocolos aplicáveis.

§ 1º Não sendo possível o consenso, as matérias serão submetidas à votação, prevalecendo a maioria simples dos votos válidos dos membros presentes.

§ 2º Em caso de empate, caberá ao presidente o voto de desempate.

§ 3º O membro que identificar conflito de interesse relacionado à matéria deverá declarar-se impedido de participar da respectiva votação.

§ 4º Poderá ser solicitado o adiamento da deliberação para complementação de informações ou obtenção de parecer especializado, mediante justificativa registrada em ata.

Art. 17. As recomendações que impliquem alterações na padronização municipal, inclusão de medicamentos, despesas adicionais ou modificações de fluxos pactuados dependerão de análise e autorização das instâncias competentes, observadas as condições do Termo de Colaboração.

CAPÍTULO VI – DOS REGISTROS E DAS DELIBERAÇÕES

Art. 18. Todas as reuniões serão registradas em atas, contendo, no mínimo:

I – data, horário e local ou modalidade da reunião;

II – identificação dos membros presentes e ausentes;

III – assuntos discutidos;

IV – pareceres apresentados;

V – recomendações e deliberações;

VI – resultados das votações, quando realizadas;

VII – responsáveis pelos encaminhamentos;

VIII – prazos de execução;

IX – pendências para reuniões subsequentes.

Art. 19. As atas serão submetidas à aprovação dos integrantes e assinadas pelos participantes, admitindo-se assinatura eletrônica conforme os procedimentos institucionais.

Art. 20. Os pareceres e as recomendações técnicas deverão apresentar fundamentação compatível com a matéria analisada, incluindo referências científicas, dados assistenciais ou informações de consumo, quando pertinentes.

Art. 21. As atas, pareceres, relatórios e demais registros serão mantidos sob guarda institucional, asseguradas a rastreabilidade documental, a confidencialidade das informações protegidas e a disponibilidade para fiscalização e auditoria pelos órgãos competentes.

CAPÍTULO VII – DO PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO

Art. 22. A CFT elaborará plano anual de atividades, contemplando ações de padronização, farmacovigilância, acompanhamento do consumo, avaliação de protocolos terapêuticos e educação permanente.

Art. 23. As atividades serão acompanhadas por meio de indicadores, relatórios técnicos e registros de cumprimento das recomendações.

Art. 24. Ao final de cada ciclo anual, a Comissão elaborará relatório consolidado, contendo:

I – reuniões realizadas;

II – pareceres emitidos;

III – protocolos e documentos revisados;

IV – ações educativas desenvolvidas;

V – principais riscos e não conformidades identificados;

VI – recomendações implementadas;

VII – providências pendentes e propostas para o ciclo seguinte.

CAPÍTULO VIII – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 25. Os integrantes deverão observar os princípios da ética profissional, impessoalidade, transparência e independência técnica.

Art. 26. A participação na Comissão não implicará, por si só, remuneração adicional, observadas as condições contratuais e trabalhistas aplicáveis.

Art. 27. A direção da unidade assegurará as condições administrativas necessárias à realização das reuniões e das atividades aprovadas.

Art. 28. Os casos omissos serão analisados pela Comissão e submetidos à direção competente, respeitadas as normas legais, técnicas e contratuais aplicáveis.

Art. 29. O presente Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação e formalização institucional, podendo ser revisado sempre que necessário à adequação normativa ou ao aperfeiçoamento de suas atividades.

RELATÓRIO TÉCNICO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT)

Unidades: UPA Norte – José de Souza Dourado e UPA Sul – Gerson Pires de Aguiar

Classificação: Porte III – Opção VIII

Período de referência: _____

Data de elaboração: //_____

Responsável pelo relatório: _____

1. APRESENTAÇÃO

O presente relatório tem por finalidade registrar, acompanhar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), no âmbito das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar, administradas pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do CAMPO, em conformidade com o Edital de Chamamento Público nº 001/2026 do Município de Palmas/TO e o respectivo Termo de Referência.

A CFT integra a estrutura de governança assistencial das unidades, atuando na avaliação, padronização e promoção do uso racional e seguro de medicamentos, com atenção à qualidade terapêutica, à prevenção de eventos adversos e à adequada utilização dos recursos públicos.

As atividades da Comissão serão desenvolvidas de forma integrada com as equipes médicas, de enfermagem, farmacêuticas e administrativas, bem como com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e a Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS).

O relatório constitui instrumento de acompanhamento das ações da Comissão, permitindo registrar as recomendações emitidas, as providências adotadas e os resultados relacionados à segurança e à qualidade da assistência farmacêutica.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Acompanhar e avaliar os processos relacionados à seleção, padronização, dispensação, administração e utilização de medicamentos nas

UPAs Norte e Sul, promovendo práticas terapêuticas seguras, efetivas e fundamentadas em evidências científicas.

2.2. Objetivos específicos

•Avaliar a adequação dos medicamentos utilizados nas unidades aos protocolos assistenciais e às relações oficiais de medicamentos.

•Acompanhar o consumo, a disponibilidade e as condições de armazenamento dos medicamentos.

•Identificar riscos relacionados à prescrição, dispensação, preparo e administração.

•Monitorar eventos adversos, queixas técnicas e incidentes relacionados a medicamentos.

•Propor medidas para prevenção de desperdícios, perdas e desabastecimentos.

•Incentivar a utilização racional de antimicrobianos.

•Apoiar a atualização dos protocolos terapêuticos.

•Promover ações de orientação e educação permanente.

•Registrar e acompanhar as recomendações técnicas encaminhadas à gestão.

3. IDENTIFICAÇÃO E COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO

A CFT deverá ser formalmente constituída em cada unidade, com composição multiprofissional e participação de representantes das áreas farmacêutica, médica, de enfermagem e administrativa.

A proposta de composição contempla cinco membros titulares por unidade, observada a posterior designação formal pela direção competente.

Categoria profissional	Quantidade proposta	Representação
Farmacêutico	01	Presidência e coordenação técnica
Médico	01	Corpo clínico
Enfermeiro	01	Serviço de Enfermagem

Farmacêutico	01	Assistência farmacêutica
Profissional administrativo	01	Gestão administrativa
Total	**05**	**Membros titulares por unidade**

Situação da constituição: _____

Ato de designação: _____

Data de instalação: //_____

Os membros deverão atuar conforme as atribuições definidas no Regimento Interno, observando os princípios da ética profissional, independência técnica, confidencialidade e prevenção de conflitos de interesse.

4. METODOLOGIA DE ACOMPANHAMENTO

O acompanhamento das atividades da CFT será realizado mediante análise de documentos, verificação de registros institucionais, reuniões técnicas, avaliação de indicadores e acompanhamento dos processos relacionados à assistência farmacêutica.

Serão utilizados, conforme disponibilidade:

- Relatórios de consumo e movimentação de medicamentos.
- Registros de estoque, perdas e vencimentos.
- Notificações de eventos adversos e erros de medicação.
- Protocolos terapêuticos institucionais.
- Registros de capacitações e orientações.
- Atas de reuniões e pareceres técnicos.
- Relatórios de verificações realizadas nos setores.
- Planos de ação e registros de providências corretivas.

As informações serão analisadas considerando as características assistenciais de cada UPA, de modo a identificar oportunidades de melhoria e subsidiar recomendações à gestão.

5. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO PERÍODO

Eixo de atuação	Atividade realizada	Resultado/evidência
Padronização de medicamentos		
Avaliação de protocolos terapêuticos		
Segurança medicamentosa		
Farmacovigilância		
Gestão de estoque e abastecimento		
Controle de perdas e vencimentos		
Uso racional de antimicrobianos		
Educação permanente		
Avaliação de indicadores		

As atividades deverão ser comprovadas por documentos institucionais, relatórios, registros de sistemas, atas ou outros instrumentos adequados.

6. AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS FARMACÊUTICOS

6.1. Seleção e padronização de medicamentos

A Comissão avaliará a conformidade dos medicamentos utilizados nas unidades com a REMUME, a RENAME, os protocolos clínicos e as diretrizes da Secretaria Municipal da Saúde de Palmas.

Constatações: _____

Recomendações: _____

6.2. Armazenamento e conservação

Serão acompanhadas as condições de armazenamento, organização dos estoques, monitoramento de temperatura, controle de validade, identificação e conservação dos medicamentos.

Constatações: _____

Recomendações: _____

6.3. Segurança no uso de medicamentos

A CFT acompanhará as medidas destinadas à prevenção de erros de medicação, especialmente nos processos de prescrição, dispensação, preparo e administração, com atenção aos medicamentos potencialmente perigosos.

Constatações: _____

Recomendações: _____

6.4. Farmacovigilância

Serão analisados os registros de suspeitas de reações adversas, erros de medicação e demais incidentes relacionados ao uso de medicamentos, em articulação com o Núcleo de Segurança do Paciente.

Constatações: _____

Recomendações: _____

6.5. Consumo, perdas e desabastecimento

A Comissão acompanhará as informações referentes ao consumo de medicamentos, às perdas por vencimento, às condições de abastecimento e aos riscos de indisponibilidade de itens essenciais.

Constatações: _____

Recomendações: _____

7. MONITORAMENTO DE INDICADORES

Indicador	Resultado apurado	Observações
Reuniões realizadas em relação às programadas	_____	_____
Recomendações técnicas implementadas	_____	_____

Ocorrências de desabastecimento	_____	_____
Perdas de medicamentos por vencimento	_____	_____
Incidentes relacionados a medicamentos	_____	_____
Protocolos terapêuticos avaliados	_____	_____
Capacitações realizadas	_____	_____

A avaliação dos indicadores deverá considerar os dados efetivamente registrados no período, com identificação das fontes utilizadas e das medidas adotadas diante de resultados insatisfatórios.

Os indicadores internos da CFT não substituem as metas contratuais e os indicadores de desempenho estabelecidos no Termo de Referência.

8. NÃO CONFORMIDADES E OPORTUNIDADES DE MELHORIA

As não conformidades identificadas deverão ser registradas e encaminhadas aos setores responsáveis, com indicação das medidas necessárias à correção dos problemas.

Não conformidade	Medida proposta	Responsável	Prazo	Situação
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

As situações que representem risco imediato à segurança dos pacientes deverão ser comunicadas prontamente à direção da unidade e aos responsáveis assistenciais, independentemente da realização de reunião ordinária.

9. AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A CFT deverá apoiar o desenvolvimento de ações educativas voltadas à promoção do uso racional de medicamentos e à prevenção de eventos adversos.

Os temas poderão contemplar segurança na administração de medicamentos, identificação de medicamentos potencialmente perigosos, prevenção de erros de medicação, farmacovigilância, uso racional de antimicrobianos e boas práticas de armazenamento.

Capacitações realizadas: _____

Número de participantes: _____

Registros comprobatórios: _____

Necessidades de capacitação identificadas: _____

10. REUNIÕES E DELIBERAÇÕES

A Comissão realizará reuniões ordinárias mensais e extraordinárias, quando necessárias, conforme o Regimento Interno.

Data	Pauta principal	Deliberação	Encaminhamento
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

As deliberações serão registradas em atas, contendo a identificação dos participantes, os assuntos discutidos, as recomendações aprovadas, os responsáveis e os prazos estabelecidos.

11. PLANO DE AÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS PROVIDÊNCIAS

As recomendações da Comissão serão organizadas em plano de ação, permitindo acompanhar a execução das medidas propostas e verificar seus resultados.

Ação	Responsável	Prazo	Evidência de cumprimento	Situação

A situação das providências deverá ser atualizada periodicamente, especialmente nas reuniões ordinárias da Comissão.

12. AVALIAÇÃO TÉCNICA DO PERÍODO

A avaliação técnica deverá apresentar síntese fundamentada dos resultados apurados, destacando os avanços, as dificuldades, os riscos identificados e as medidas necessárias ao aprimoramento da assistência farmacêutica.

Principais resultados: _____

Dificuldades identificadas: _____

Medidas adotadas: _____

Pendências: _____

Prioridades para o período seguinte: _____

13. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Comissão de Farmácia e Terapêutica constitui instrumento de apoio técnico à gestão das UPAs Norte e Sul, contribuindo para a padronização dos processos farmacoterapêuticos, a utilização racional dos medicamentos, a prevenção de eventos adversos e o aperfeiçoamento das práticas assistenciais.

O acompanhamento sistemático das atividades, associado à análise de indicadores e ao registro das recomendações, permitirá identificar riscos, avaliar a efetividade das medidas implementadas e orientar as providências necessárias à melhoria contínua dos serviços.

A avaliação conclusiva do período deverá considerar os registros efetivamente produzidos, as atividades realizadas e os resultados demonstrados pela Comissão, preservando a correspondência entre as informações relatadas e as evidências disponíveis.

14. RESPONSÁVEIS E APROVAÇÃO

Presidente da CFT

Nome: _____

Categoria profissional: _____

Registro profissional: _____

Assinatura: _____

Direção da Unidade

Nome: _____

Cargo: _____

Assinatura: _____

Local e data: Palmas/TO, ____ de _____ de _____.

IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT

Unidades de Pronto Atendimento Norte e Sul – Palmas/TO

g.5. Cronograma anual de atividades

Comissão de Farmácia e Terapêutica desenvolverá suas atividades de maneira contínua, mediante reuniões ordinárias mensais, avaliações técnicas, acompanhamento de indicadores e ações educativas, em conformidade com as necessidades assistenciais das UPAs Norte e Sul.

O cronograma a seguir corresponde ao primeiro ciclo anual de execução da parceria e poderá ser ajustado mediante justificativa técnica, sem prejuízo das atribuições permanentes da Comissão.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ANUAL
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT)

	ATIVIDADE PRINCIPAL	MESES											
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
1º	Constituição da CFT, designação dos integrantes, aprovação do regimento e organização do plano anual	■	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
2º	Avaliação da relação de medicamentos padronizados e compatibilidade com RENUME e RENAME	–	■	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
3º	Revisão dos fluxos de prescrição, dispensação, preparo e administração de medicamentos	–	–	■	–	–	–	–	–	–	–	–	–
4º	Avaliação do uso de medicamentos potencialmente perigosos e de alta vigilância	–	–	–	■	–	–	–	–	–	–	–	–
5º	Acompanhamento dos registros de farmacovigilância, reações adversas e erros de medicação	–	–	–	–	■	–	–	–	–	–	–	–
6º	Avaliação semestral do consumo, perdas, validade e situações de desabastecimento	–	–	–	–	–	■	–	–	–	–	–	–
7º	Revisão dos protocolos terapêuticos utilizados nas urgências e emergências	–	–	–	–	–	–	■	–	–	–	–	–
8º	Avaliação do uso racional de antimicrobianos, em articulação com a CCIRAS	–	–	–	–	–	–	–	■	–	–	–	–
9º	Capacitação das equipes sobre segurança medicamentosa e prevenção de erros	–	–	–	–	–	–	–	–	■	–	–	–
10º	Avaliação das condições de armazenamento, conservação e rastreabilidade de medicamentos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	■	–	–
11º	Revisão dos indicadores da assistência farmacêutica e planejamento de melhorias	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	■	–
12º	Avaliação anual dos resultados e elaboração do planejamento para o ciclo seguinte	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	■

■ = OCORRE A ATIVIDADE — = NÃO OCORRE A ATIVIDADE

Responsável:
Presidente e Secretário da CFT, com participação dos demais membros.

Comprovação:
ato de designação, ata e plano; relatório de avaliação; parecer técnico; relatório de segurança; relatório de ocorrências; relatório semestral; pareceres e protocolos revisados; relatório técnico; lista de presença e relatório; relatório de verificação; relatório de indicadores; relatório anual da CFT.

Observação: Além dessas atividades, serão realizadas reuniões ordinárias mensais e reuniões extraordinárias sempre que houver necessidade de avaliação urgente de questões relacionadas à segurança e ao uso de medicamentos.

MODELO DE ATA

Modelo de Ata de Reunião da Comissão de XXXXX

ATA DA XXª REUNIÃO DA COMISSÃO DE XXXXX

Aos XXXX dias do mês de XXXXXXX de dois mil e XXXX, às XXXX horas, no (local da realização da reunião), sito à (endereço completo por extenso, incluindo cidade, Estado e CEP), reuniram-se os membros da Comissão de XXXXX (nome dos membros participantes, e das respectivas funções, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte pauta:

01 – DELIBERAÇÕES:

(A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros");
(B) Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda);
(C) .....;
(D) .....;

02 – COMUNICADOS:

(A) .....;
(B) .....;

04 – CONCILIAÇÕES REALIZADAS:

- Procedimento sindicante nº (citar apenas a numeração dos procedimentos).

05 – PROCEDIMENTOS SINDICANTES INSTAURADOS/EM ANÁLISE/ANALISADOS:

- Citar apenas a numeração dos procedimentos, e a fase em que se encontram.

07 – ASSUNTOS GERAIS:

(A) .....;
(B) .....;
(C) .....;

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente Ata, assinada por mim, secretário(a) desta Comissão de XXXXX, do presidente e dos demais membros presentes na reunião.

h. Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

Será instituída uma Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde em cada UPA, mediante ato formal da direção da respectiva unidade. Propõe-se a composição de cinco integrantes: um profissional de nível superior legalmente habilitado, preferencialmente vinculado à responsabilidade técnica pelo Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS); dois profissionais de enfermagem; um representante médico; e um representante administrativo ou operacional com atuação relacionada aos processos de gerenciamento de resíduos. Trata-se de composição proposta para

a execução da parceria, sujeita à formalização institucional; não constitui quantitativo mínimo de integrantes estabelecido pela RDC ANVISA nº 222/2018.

A coordenação ficará a cargo de integrante designado pela direção da unidade, preferencialmente o profissional com atribuição técnica relacionada ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde. O ato de designação identificará nome, categoria profissional, registro no conselho de classe quando aplicável, função, unidade de vinculação e período de mandato. Substituições e reconduções serão registradas por ato interno. Na fase propositiva não se indicam nomes antes da designação formal.

h.1. Proposta de constituição, com a composição por categoria profissional

Será instituída uma Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) em cada UPA, mediante ato formal da direção da respectiva unidade. A Comissão terá caráter multidisciplinar, com participação de representantes dos diferentes setores envolvidos direta ou indiretamente na geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte e destinação dos resíduos de serviços de saúde, de modo a favorecer a integração dos processos e o acompanhamento das práticas de gerenciamento adotadas na unidade.

Propõe-se que a Comissão seja composta por um Presidente, designado pela Direção da Unidade, e por membros efetivos representantes das áreas de Enfermagem, Medicina, Farmácia, Higienização e Limpeza, Controle de Infecção Hospitalar e Almoxarifado/Compras. A representação da Enfermagem poderá ser exercida por profissional vinculado à coordenação de enfermagem ou ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), conforme a organização interna da unidade. A representação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), quando constituída, deverá contemplar a integração entre as ações de prevenção e controle de infecções e as práticas de gerenciamento de resíduos.

Também serão previstos membros suplentes, indicados pelas respectivas áreas de representação, para assegurar a continuidade da participação em situações de ausência ou impedimento dos titulares. A Comissão contará, ainda, com uma Secretaria, exercida por profissional administrativo, responsável pela elaboração das atas, organização dos registros, controle documental e apoio às atividades administrativas.

A composição apresentada constitui proposta organizacional para a execução da parceria, sujeita à formalização institucional e à adequação à estrutura funcional de cada unidade, não representando quantitativo mínimo de integrantes estabelecido pela RDC ANVISA nº 222/2018.

A designação dos integrantes será realizada por ato administrativo interno da direção da respectiva UPA, no qual deverão constar nome, categoria profissional, setor de vinculação e função na Comissão, bem como registro no conselho de classe, quando aplicável. As substituições e reconduções serão formalizadas por ato interno. Na fase propositiva, a composição será apresentada por categoria profissional e área de representação, sem indicação nominal dos integrantes, que serão designados na implantação dos serviços.

Quadro – Composição Proposta dos Membros

Quantidade	Categoria profissional / Representação	Função na Comissão
01	**Representante designado pela Direção da Unidade**	Presidente
01	**Profissional de Enfermagem** (coordenação de enfermagem ou SCIH)	Membro efetivo
01	**Profissional Médico** (representante clínico)	Membro efetivo
01	**Farmacêutico** (responsável técnico da farmácia)	Membro efetivo
01	**Representante do Serviço de Higienização e Limpeza**	Membro efetivo
01	**Representante da CCIH** (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar)	Membro efetivo
01	**Responsável pelo Almoxarifado/Compras** (alinhamento de insumos e logística)	Membro efetivo
07	**Total de membros efetivos**	

Membros Suplentes	Designados pelas mesmas áreas, garantindo substituição em caso de ausência dos titulares.
Secretaria da Comissão	Profissional administrativo, responsável pela elaboração de atas, registros e controle documental.
Observação	A composição apresentada constitui proposta organizacional para a execução da parceria, sujeita à formalização institucional e à adequação à estrutura funcional da unidade, não representando quantitativo mínimo de integrantes estabelecido pela RDC ANVISA nº 222/2018.

Forma de designação: Os membros serão formalmente designados pela direção da respectiva UPA, mediante ato administrativo interno. A coordenação

será exercida por integrante da Comissão, designado pela direção da unidade, preferencialmente pelo profissional com atribuição técnica relacionada ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde e ao acompanhamento do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).

1.2. Atribuições:

São atribuições desta CGRSSS a elaboração, implementação e avaliação do Plano de Gerenciamento de Resíduo Hospitalar, adequado às características e necessidades da unidade, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

- Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico operacionais, visando à prevenção e controle dos resíduos hospitalares.
- Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle dos resíduos hospitalares.
- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Higienização e Limpeza hospitalar e aprovar as medidas de controle propostas pela CGRSSS.
- Elaborar e divulgar, regularmente e comunicar, periodicamente, à diretoria-geral da instituição, a situação do controle dos resíduos hospitalares.
- Elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico- operacionais, visando a redução de resíduos perigosos e incidência de acidentes ocupacionais a saúde pública e meio ambiente.
- Cooperar com o setor de treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito à prevenção e redução dos riscos ao meio ambiente por meio do Gerenciamento de Risco criado pelo hospital.
- Elaborar regimento interno para a PGRSS.
- Cooperar com a ação dos órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes.

h.2. Forma de designação dos membros

1.3. Forma de designação e formalização dos membros

Os membros da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) serão formalmente designados pela Direção de cada Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, mediante ato administrativo interno, observadas as disposições da RDC ANVISA nº 222/2018, as demais normas sanitárias e ambientais aplicáveis.

A escolha dos integrantes considerará a formação profissional, a experiência nas atividades assistenciais, administrativas e operacionais, o conhecimento dos processos de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde e a disponibilidade para o exercício das atribuições da Comissão.

A coordenação será exercida por integrante formalmente designado pela Direção da respectiva unidade, preferencialmente pelo profissional com atribuição técnica relacionada ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde e ao acompanhamento do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).

O ato de designação deverá conter a identificação dos membros, suas categorias profissionais, os setores de vinculação, os números de inscrição nos respectivos conselhos de classe, quando aplicáveis, as funções atribuídas e o período de mandato. Os membros suplentes também serão formalmente designados, conforme as respectivas áreas de representação. Eventuais substituições, afastamentos ou reconduções serão igualmente formalizados, assegurando a continuidade das atividades da Comissão.

Durante a fase de apresentação da proposta técnica, a composição será indicada por categoria profissional e área de representação, sem identificação nominal dos integrantes. A designação individual ocorrerá na implantação dos serviços, mediante formalização dos respectivos atos administrativos.

Cada UPA contará com sua própria Comissão, responsável pelo acompanhamento das práticas de gerenciamento de resíduos de serviços de

saúde, pela avaliação dos processos adotados e pela proposição de medidas de aprimoramento, conforme as competências estabelecidas em Regimento Interno próprio e no respectivo cronograma anual de atividades.

1.3. Forma de designação e formalização dos membros

Os membros da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) serão formalmente designados pela Direção de cada Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, mediante ato administrativo interno, observadas as disposições da RDC ANVISA nº 222/2018, as demais normas sanitárias e ambientais aplicáveis e as diretrizes institucionais da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo .

A escolha dos integrantes considerará a formação profissional, a experiência nas atividades assistenciais, administrativas e operacionais, o conhecimento dos processos de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde e a disponibilidade para o exercício das atribuições da Comissão.

A coordenação será exercida por integrante formalmente designado pela Direção da respectiva unidade, preferencialmente pelo profissional com atribuição técnica relacionada ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde e ao acompanhamento do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).

O ato de designação deverá conter a identificação dos membros, suas categorias profissionais, os setores de vinculação, os números de inscrição nos respectivos conselhos de classe, quando aplicáveis, as funções atribuídas e o período de mandato. Os membros suplentes também serão formalmente designados, conforme as respectivas áreas de representação. Eventuais substituições, afastamentos ou reconduções serão igualmente formalizados, assegurando a continuidade das atividades da Comissão.

Durante a fase de apresentação da proposta técnica, a composição será indicada por categoria profissional e área de representação, sem identificação nominal dos integrantes. A designação individual ocorrerá na implantação dos serviços, mediante formalização dos respectivos atos administrativos.

Cada UPA contará com sua própria Comissão, responsável pelo acompanhamento das práticas de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, pela avaliação dos processos adotados e pela proposição de medidas de aprimoramento, conforme as competências estabelecidas em Regimento Interno próprio e no respectivo cronograma anual de atividades.

h.3. Finalidade

O gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde compreende o conjunto de procedimentos adotados desde a geração até a destinação final dos resíduos produzidos na unidade. Seu manejo adequado é fundamental para prevenir riscos à saúde dos pacientes, dos profissionais e dos trabalhadores envolvidos, além de proteger o meio ambiente e assegurar a conformidade com as normas sanitárias e ambientais.

Em uma UPA, o fluxo contínuo de atendimentos, a realização de procedimentos assistenciais, a administração de medicamentos e o funcionamento simultâneo de diferentes setores resultam na geração de resíduos com características e riscos distintos. Por isso, falhas na segregação, no acondicionamento, na identificação, no armazenamento ou na destinação podem provocar acidentes ocupacionais, exposição a agentes biológicos e químicos, contaminação ambiental e responsabilização da instituição.

A Irmandade instituirá e manterá em funcionamento uma Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) em cada uma das UPAs 24 horas, em articulação com o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), observadas as disposições da RDC ANVISA nº 222/2018, da Resolução CONAMA nº 358/2005 e das demais normas sanitárias e ambientais aplicáveis.

A Comissão terá três propósitos principais:

acompanhar e avaliar o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, verificando a adequação dos procedimentos adotados desde a geração até a destinação final;

identificar falhas e não conformidades no manejo dos resíduos e orientar os setores e profissionais quanto às medidas corretivas e preventivas necessárias;

promover a segurança dos pacientes, dos profissionais e dos trabalhadores envolvidos, contribuindo para a prevenção de riscos ocupacionais, sanitários e ambientais e para o aprimoramento contínuo das práticas de gerenciamento de resíduos.

Atribuições

Compete à Comissão:

a) acompanhar e avaliar o cumprimento dos procedimentos previstos no Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), verificando a segregação, identificação, acondicionamento e armazenamento dos resíduos conforme sua classificação e os riscos associados;

b) verificar as condições e os procedimentos de coleta, transporte interno, armazenamento temporário e externo, tratamento e destinação final dos resíduos, observando a conformidade com as normas sanitárias e ambientais aplicáveis;

c) acompanhar o cumprimento das responsabilidades dos setores geradores, das equipes assistenciais, dos serviços de higienização e limpeza e dos responsáveis pelo gerenciamento dos resíduos, incluindo a atuação das empresas contratadas, quando houver;

d) propor ajustes nos procedimentos, fluxos, orientações e instrumentos de controle relacionados ao gerenciamento dos resíduos, visando facilitar a execução adequada das etapas de manejo e corrigir eventuais não conformidades;

e) manter articulação com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), quando existente, e os setores responsáveis pela saúde e segurança dos trabalhadores, para integração das ações de prevenção de riscos biológicos, ocupacionais e ambientais relacionados aos resíduos;

f) acompanhar os registros e documentos relacionados ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, incluindo comprovantes de coleta,

transporte, tratamento e destinação final, quando aplicáveis, verificando sua organização, disponibilidade e conformidade com as exigências legais e regulamentares.

4. Funcionamento

A Comissão se reunirá mensalmente, em calendário fixado no inicio de cada ano. Reuniões extraordinárias serão convocadas sempre que houver necessidade ou ocorrência que demande avaliação específica. Cada encontro terá seus registros formalizados em ata, com identificação e assinatura dos participantes.

O acompanhamento será realizado por meio de avaliações periódicas dos processos de gerenciamento dos resíduos nos diferentes setores da unidade, com atenção especial às etapas de segregação, identificação, acondicionamento, coleta, transporte interno, armazenamento temporário e externo, tratamento e destinação final. Serão priorizadas a identificação de não conformidades, as situações de risco ocupacional e ambiental, os acidentes relacionados ao manejo dos resíduos e as ocorrências que indiquem falhas nos procedimentos estabelecidos no PGRSS.

Os resultados serão consolidados em relatório mensal e encaminhados à Direção da unidade, contemplando as não conformidades identificadas, os setores envolvidos, as medidas corretivas e preventivas propostas e a evolução das ações em relação aos períodos anteriores. As falhas recorrentes subsidiarão as ações de orientação e educação permanente dos profissionais, contribuindo para o aprimoramento das práticas de gerenciamento dos resíduos e para a prevenção de riscos sanitários, ocupacionais e ambientais.

h.4. Minuta de regimento interno, com competências, periodicidade de reunião e forma de registro das deliberações

A crescente preocupação com os impactos ambientais e os riscos à saúde pública decorrentes do manejo inadequado dos resíduos de serviços de saúde

impõe às instituições hospitalares a responsabilidade de adotar práticas seguras, sustentáveis e em conformidade com a legislação vigente.

Nesse contexto, a criação da Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (CGRSS) torna-se fundamental para assegurar a correta segregação, acondicionamento, transporte, tratamento e destinação final dos resíduos, reduzindo riscos ocupacionais, prevenindo a contaminação ambiental e promovendo a saúde coletiva.

O presente Regimento Interno tem como objetivo estabelecer a estrutura, as atribuições, a composição e as normas de funcionamento da CGRSS, em consonância com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 222/2018 da ANVISA e a Resolução CONAMA nº 358/2005, que regulamentam o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).

Assim, este documento formaliza a atuação da CGRSS como instância consultiva, normativa e educativa, garantindo que as práticas de gerenciamento de resíduos na instituição sejam conduzidas de forma eficiente, segura e responsável, alinhadas às políticas de qualidade, biossegurança e preservação ambiental.

Proposta para Regimento da Comissão de Gerenciamento dos Resíduos Sólidos

CAPÍTULO I
DAS FINALIDADES

Art. 1º A Comissão de Gerenciamento de Resíduos, órgão vinculado à Diretoria Geral, tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da unidade, de acordo com as normas vigentes (Lei 12.305/10, RDC 222/18, CONAMA 358/05).

CAPÍTULO II
DAS COMPETÊNCIAS

Art. 2º Compete à Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde:

Elaborar o Plano de Ação para implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde e encaminhar para Diretoria Geral para aprovação.

Acompanhar e fazer cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

Estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos Resíduos, definindo prazo para seu cumprimento.

Desenvolver juntamente com a Diretoria Geral a efetividade do programa e divulgar seus resultados regularmente.

Avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de ação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS.

Colaborar com os setores de treinamento, com vista a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos.

Atualizar anualmente o PGRSS da unidade.

Auxiliar na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na unidade.

Auxiliar na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas.

Auxiliar os diversos setores da unidade em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos.

Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços e Saúde – PGRSS.

Cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes.

Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, o Regimento e demais normas da unidade.

CAPÍTULO III
DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - CGRSS será formada por servidores voluntários e terá a seguinte composição:

Dois representantes da Diretoria Geral.

Um representante da equipe de enfermagem.

Dois representantes da equipe administrativa.

Dois representantes da área assistencial.

Um representante da área de SADT.

§ 1° Os representantes indicados serão nomeados pela Diretoria Geral.

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

§ 3º O não comparecimento de qualquer membro da comissão a (03) três reuniões consecutivas ou a (06) seis alternadas num período de (01) um ano, sem justificativa, permitirá a solicitação de seu desligamento e uma nova indicação.

§ 4º A desistência de um dos integrantes deverá ser relatada à Diretoria Geral para imediata substituição.

§ 5º Em caso de vacância definitiva de um dos integrantes, deverá haver a indicação de um novo representante, pela área que ele representa, dentro de no máximo (30) trinta dias.

§ 6º A comissão terá autonomia para a indicação do novo integrante, caso for extinto esse prazo.

CAPÍTULO IV
DA ESTRUTURAÇÃO

Art. 4º Compreendem a Estrutura da CGRSS:

Presidente.

Secretário.

Integrantes.

Art. 5º Compete ao Presidente da CGRSS:

Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias, coordenando os trabalhos, tomar votos e votar.

Emitir votos de qualidade, nos casos de empate.

Indicar Integrantes para funções ou tarefas específicas.

Representar a CGRSS ou indicar representantes.

Supervisionar e assinar relatórios, convites, atas, e outros documentos.

Manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos.

Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Indicar um ou mais integrantes para elaboração de relatórios.

Art. 6º Compete ao Secretário, na ausência do Presidente, exercer as funções indicadas no art. 5º.

Art. 7º Compete ao Secretário:

Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão.

Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais Integrantes.

Expedir ato de convocação, conforme indicação do Presidente.

Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão.

Proceder ao registro de dados e informações autorizados para fins de divulgações.

Auxiliar o Presidente durante as sessões plenárias e prestar esclarecimentos que forem solicitados durante debates.

Encaminhar expediente aos interessados dando ciência dos despachos e decisões proferidas nos respectivos processos.

Elaborar os atos decorrentes das deliberações da Comissão.

Art. 8º Compete aos Integrantes da CGRSS:

Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias.

Analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais integrantes da Comissão, para discussão e deliberação, no prazo máximo de 15 dias.

Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas ser entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 12 (doze) horas da reunião.

Requisitar à Secretaria, à Presidência da Comissão de Resíduos e aos demais Integrantes informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições.

Justificar ausência com antecedência.

Elaborar relatório de atividades da Comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados.

Propor à Presidência medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos.

Auxiliar na implementação do PGRSS.

CAPÍTULO V
DO FUNCIONAMENTO

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

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

§ 2º O comparecimento dos Integrantes as reuniões da CGRSS é obrigatório e prefere as demais atividades, salvo as atividades das Direções da unidade.

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

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

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

Art. 11. A CGRSS reunir-se-á com a presença da maioria de seus Integrantes, deliberando pelo voto da maioria dos presentes à reunião, resguardada a verificação do "quórum" mínimo (50%+1), salvo nos casos especiais previstos no Estatuto e neste Regimento.

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

§ 2º O "quórum" será apurado no início da sessão pela contagem das assinaturas dos Integrantes na pauta.

§ 3º No caso de cancelamento da reunião ordinária ou suspensão de suas atividades por falta de "quórum", uma nova reunião só poderá ser convocada para, no mínimo, 24 horas depois do horário de cancelamento ou suspensão.

Art. 12. De cada reunião da CGRSS lavrar-se-á ata assinada pelo Secretário, que, após aprovada na reunião ordinária subsequente, será subscrita pelo Presidente e assinada por todos os seus Integrantes presentes na reunião a que se refere.

Art. 13. Se houver quórum mínimo de integrantes, e declarada aberta à sessão, proceder-se-á a apreciação da Ata da reunião anterior e, não havendo emendas ou impugnações, a Ata será considerada aprovada.

Art. 14. Da Ata das sessões da CGRSS, deverão constar:

A natureza da sessão, dia, hora e local de sua realização e o nome de quem a presidiu.

- Os nomes dos Integrantes presentes, bem como os dos que não compareceram, mencionando, a respeito destes, se foi ou não justificada a ausência.

- O expediente.

- O resumo das discussões, porventura travadas na ordem do dia e os resultados das votações.

- Todas as propostas por extenso.

Art. 15. Encerrada a discussão de uma matéria, essa será votada, sendo deliberada por maioria simples de votos.

§ 1º O voto do Integrante é obrigatório, consistindo em manifestação favorável ou contrária.

§ 2º Por questão de foro ético, qualquer Integrante da CGRSS poderá se declarar impedido de votar nas deliberações que, direta ou indiretamente, digam respeito a seus interesses particulares ou de seus parentes (sanguíneos, legais ou por afinidade) em até segundo grau, inclusive seu cônjuge ou companheiro (a).

Art. 16. As votações far-se-ão geralmente pelo processo simbólico.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 17. Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente da CGRSS e posteriormente encaminhados à Direção Geral.

Art. 18. O presente Regimento somente poderá ser modificado mediante proposta da Presidência ou de, no mínimo, 1/5 (um quinto) dos Integrantes da CGRSS, devendo a modificação ser aprovada em reunião ordinária por, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos votantes e encaminhado para aprovação da Diretoria Geral.

Art. 19. Além de aprovações, autorizações, homologações e decisões outras que se resolva em anotações e comunicações, as deliberações da CGRSS poderão, conforme a natureza, reverter à forma de resoluções ou previsões que serão baixadas pelo Presidente e aprovadas pela Diretoria Geral.

Art. 20. Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação, ficando revogadas as disposições em contrário.

Data; Assinaturas.

RELATÓRIO DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

RELATÓRIO PERIÓDICO DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Modelo de relatório periódico de acompanhamento do gerenciamento de resíduos • UPAs 24 horas – Palmas/TO

IDENTIFICAÇÃO	INFORMAÇÃO
Unidade	☐ UPA Norte – José de Souza Dourado ☐ UPA Sul – Gerson Pires de Aguiar
Competência / período analisado	Mês: _____ Ano: _____ Período da amostra: ___/___/_____ a ___/___/_____
Relatório nº / data de emissão	Nº _____/_____ | Emitido em: ___/___/_____
Coordenação da Comissão	Nome: _____ CRM: _____ _____
Responsável pela consolidação	_____

1. Finalidade e abrangência

Este relatório registra os resultados do acompanhamento e da avaliação dos processos de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde gerados na unidade, com foco na segregação, identificação, acondicionamento, coleta, transporte interno, armazenamento temporário e externo, tratamento e destinação final. A análise abrange as etapas pertinentes ao gerenciamento dos resíduos na UPA, desde sua geração nos diferentes setores até sua destinação final, considerando a conformidade dos procedimentos com o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e as normas sanitárias e ambientais aplicáveis.

2. Método de avaliação

A avaliação será realizada por meio de verificações periódicas nos setores geradores de resíduos e nos locais destinados ao seu acondicionamento e armazenamento, observando critérios previamente definidos pela Comissão. Serão utilizados instrumentos de verificação padronizados, com registro dos

setores avaliados, das etapas do gerenciamento examinadas, das não conformidades identificadas e das medidas corretivas e preventivas propostas. Os registros e documentos relacionados à coleta, ao transporte, ao tratamento e à destinação final dos resíduos também poderão ser verificados, quando aplicáveis, observando-se a rastreabilidade das informações e a organização documental.

PARÂMETRO	PREENCHIMENTO
Total de setores geradores de resíduos na unidade	
Setores/etapas elegíveis para avaliação	
Setores/etapas avaliados (n)	
Método de seleção	☐ Aleatório ☐ Estratificado ☐ Direcionado ☐ Outro: _____
Critérios de inclusão/exclusão	
Responsáveis / data da avaliação	

3. Itens verificados e resultados

Preencher os quantitativos com base na amostra efetivamente analisada. "Não aplicável" deve ser registrado quando o tipo de atendimento não exigir determinado campo.

3. ITENS VERIFICADOS E RESULTADOS

Preencher os quantitativos com base nas verificações efetivamente realizadas. "Não aplicável" deve ser registrado quando a etapa ou o procedimento não se aplicar ao setor ou à situação avaliada.

CRITÉRIO DE CONFERÊNCIA	CONFORME (n)	NÃO CONFORME (n)	N/A (n)
Segregação dos resíduos no momento e local de geração, conforme sua classificação	____	____	____
Identificação dos resíduos e dos recipientes de acondicionamento	____	____	____
Acondicionamento adequado, incluindo utilização de sacos, recipientes e coletores compatíveis	____	____	____
Descarte de resíduos perfurocortantes em recipientes apropriados, quando gerados	____	____	____
Coleta e transporte interno dos resíduos conforme os fluxos estabelecidos	____	____	____
Armazenamento temporário em condições adequadas, quando aplicável	____	____	____
Armazenamento externo e condições do abrigo de resíduos	____	____	____
Manejo, acondicionamento e identificação dos resíduos químicos, quando gerados	____	____	____
Disponibilidade e utilização dos equipamentos de proteção individual pelos trabalhadores envolvidos	____	____	____
Coletas e transporte externos realizados conforme os procedimentos e condições aplicáveis	____	____	____
Tratamento e destinação final dos resíduos, com documentação comprobatória quando aplicável	____	____	____
Registros, documentos e controles relacionados ao gerenciamento dos resíduos e ao PGRSS	____	____	____
Orientação e capacitação dos profissionais envolvidos no manejo dos resíduos	____	____	____
Identificação de não conformidades e registro das medidas corretivas adotadas ou propostas	____	____	____

4. Indicadores consolidados

INDICADOR	FÓRMULA / CRITÉRIO	RESULTADO
Conformidade global dos itens avaliados	Itens conformes ÷ itens aplicáveis × 100	_____ %
Setores sem não conformidades	Setores sem não conformidades ÷ setores avaliados × 100	_____ %
Conformidade da segregação e identificação dos resíduos	Itens conformes de segregação e identificação ÷ itens aplicáveis avaliados × 100	_____ %
Conformidade dos registros de coleta, transporte e destinação final	Registros/documentos conformes ÷ registros/documentos aplicáveis avaliados × 100	_____ %

Os indicadores acima são instrumentos internos propostos para acompanhamento da Comissão; não substituem nem alteram as fichas técnicas e metodologias dos indicadores contratuais previstos no edital.

5. Não conformidades e análise crítica

ACHADO / EVIDÊNCIA (segundo dados identificáveis)	QUANTIDADE	RISCO / REPERCUSSÃO	ÁREA RESPONSÁVEL

Síntese da análise crítica:

6. Plano de ação e acompanhamento

AÇÃO CORRETIVA / PREVENTIVA	RESPONSÁVEL	PRAZO	EVIDÊNCIA / SITUAÇÃO
		__/__/__	
		__/__/__	
		__/__/__	

Situação das providências anteriores:

☐ Concluídas ☐ Em andamento ☐ Pendentes ☐ Não se aplica

7. Deliberações da Comissão

Na reunião realizada em ____/____/_____, a Comissão deliberou:

Encaminhamentos à Direção Técnica, coordenações assistenciais, Núcleo de Segurança do Paciente ou outras instâncias:

_____

_

8. Conclusão

Com base nos setores, processos e documentos efetivamente avaliados, a Comissão registra as principais conformidades, as não conformidades identificadas e as providências pactuadas para o período seguinte. As conclusões deverão refletir os resultados encontrados nas verificações realizadas, considerando os setores abrangidos, as etapas do gerenciamento examinadas e as limitações da avaliação, sem extrapolar os achados para processos ou áreas não avaliados.

Conclusão específica do período:

_____

9. Registro e validação

INDICADOR	FÓRMULA / CRITÉRIO	RESULTADO
Conformidade global dos itens avaliados	Itens conformes ÷ itens aplicáveis × 100	_____ %
Setores sem não conformidades	Setores sem não conformidades ÷ setores avaliados × 100	_____ %
Conformidade da segregação e identificação dos resíduos	Itens conformes de segregação e identificação ÷ itens aplicáveis avaliados × 100	_____ %
Conformidade dos registros de coleta, transporte e destinação final	Registros/documentos conformes ÷ registros/documentos aplicáveis avaliados × 100	_____ %

Anexos de controle (quando aplicáveis)

☐ Ata da reunião ☐ Lista de presença ☐ Lista de verificação preenchida ☐ Planilha de resultados agregados ☐ Evidências de ações corretivas

Referências: Edital de Chamamento Público nº 001/2026 – Palmas/TO, Anexo V, item V.2.1, e Termo de Referência, item 10.6.4; legislação aplicável à proteção de dados pessoais.

h.5. Cronograma anual de atividades

ATIVIDADE PRINCIPAL	MESES											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Planejamento anual e revisão do PGRSS	■	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Identificação dos setores geradores e classificação dos resíduos	-	■	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Verificação da segregação e identificação dos resíduos	-	-	■	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Avaliação do acondicionamento e coletores	-	-	-	■	-	-	-	-	-	-	-	-
Avaliação da coleta e transporte interno	-	-	-	-	■	-	-	-	-	-	-	-
Verificação do armazenamento temporário e externo	-	-	-	-	-	■	-	-	-	-	-	-
Avaliação da coleta e transporte externo	-	-	-	-	-	-	■	-	-	-	-	-
Verificação dos comprovantes de tratamento e destinação final	-	-	-	-	-	-	-	■	-	-	-	-
Educação permanente e orientação das equipes	-	-	-	-	-	-	-	-	■	-	-	-
Reavaliação das não conformidades e medidas corretivas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	■	-	-
Consolidação de indicadores e resultados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	■	-
Relatório anual e planejamento do ciclo seguinte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	■

■ = OCORRE A ATIVIDADE — = NÃO OCORRE A ATIVIDADE

MODELO DE ATA

Modelo de Ata de Reunião da Comissão de XXXXX

ATA DA XXª REUNIÃO DA COMISSÃO DE XXXXX

Aos XXXX dias do mês de XXXXXXX de dois mil e XXXX, às XXXX horas, no (local da realização da reunião), sito à (endereço completo por extenso, incluindo cidade, Estado e CEP), reuniram-se os membros da Comissão de XXXXX (nome dos membros participantes, e das respectivas funções, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte pauta:

01 – DELIBERAÇÕES:

(A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros");
(B) Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda);
(C) _____;
(D) _____;

02 – COMUNICADOS:

(A) _____;
(B) _____;

04 – CONCILIAÇÕES REALIZADAS:

- Procedimento sindicante nº (citar apenas a numeração dos procedimentos).

05 – PROCEDIMENTOS SINDICANTES INSTAURADOS/EM ANÁLISE/ANALISADOS:

- Citar apenas a numeração dos procedimentos, e a fase em que se encontram.

07 – ASSUNTOS GERAIS:

(A) _____;
(B) _____;
(C) _____;

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente Ata, assinada por mim, secretário(a) desta Comissão de XXXXX, do presidente e dos demais membros presentes na reunião.

i. Núcleo de Segurança do Paciente

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) constitui uma instância técnico-assistencial de caráter permanente, responsável por coordenar, implementar, acompanhar e avaliar as ações destinadas à prevenção de incidentes, à redução de riscos assistenciais e à promoção da segurança dos usuários atendidos nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24 horas do Município de Palmas/TO.

Sua constituição observa a Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), e a

Resolução RDC ANVISA nº 36, de 25 de julho de 2013, que estabelece ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde.

Nos termos da Portaria GM/MS nº 529/2013, a segurança do paciente corresponde à redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Esse conceito orienta a organização dos processos assistenciais, a identificação de situações de risco e a adoção de medidas preventivas para garantir um atendimento mais seguro, resolutivo e humanizado.

No âmbito do Edital de Chamamento Público nº 001/2026 — Processo SEI nº 17.137010.000064-2026-78, A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo propõe a instituição e a manutenção do Núcleo de Segurança do Paciente nas seguintes unidades:

UPA Norte — José de Souza Dourado, CNES nº 2755289, Porte III — Opção VIII;

UPA Sul — Gerson Pires de Aguiar, CNES nº 2492555, Porte III — Opção VIII.

A estruturação do NSP atende expressamente ao item 10.1 do Termo de Referência, que determina sua instituição e funcionamento, bem como ao item 10.6.4 e ao Anexo V, item V.2.1, que exigem a apresentação da proposta de constituição, do regimento interno e do cronograma anual de atividades.

Processo de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente

Deverá ser feito o diagnóstico situacional da Instituição de Saúde propondo mecanismos de ação para identificar e avaliar problemas quanto a má utilização de equipamentos, medicamentos e insumos devendo propor ações preventivas e corretivas.

❖O Plano de Segurança do Paciente deverá ser atualizado periodicamente sempre que houver riscos aos pacientes e utilizar sempre que possível o uso de novas tecnologias ou quando houver grande alteração na

realização de procedimentos e processos.

❖Os indicadores deverão ser avaliados e monitorados periodicamente

❖Deverão ser propostas capacitações a frente dos problemas evidenciados

❖Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

❖Protocolos de PSP

❖Alguns protocolos já estarão implantados quando do início das atividades no Pronto Atendimento.

❖Risco de queda de pacientes

❖Prevenção de úlcera por pressão (UPP) pela mudança de decúbito

❖Prescrição e administração de medicamentos

❖Prática de higienização das mãos

❖Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

Identificação do Paciente: _____

Data: ___/___/_____ Profissional Responsável: _____

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Assinale conforme avaliação clínica:

1	**Idade ≥ 65 anos**	( ) Sim	( ) Não
2	**Histórico prévio de queda**	( ) Sim	( ) Não
3	**Necessidade de auxílio para deambulação**	( ) Sim	( ) Não
4	**Declínio cognitivo** (desorientação, depressão, ansiedade)	( ) Sim	( ) Não
5	**Condições neurológicas e clínicas associadas** (AVC prévio, hipotensão postural, vertigem, crises convulsivas, delírio)	( ) Sim	( ) Não
6	**Anemia crônica**	( ) Sim	( ) Não
7	**Incontinência urinária ou urgência miccional**	( ) Sim	( ) Não
8	**Doenças osteoarticulares** (artrite ou osteoporose)	( ) Sim	( ) Não
9	**Alterações metabólicas**	( ) Sim	( ) Não
10	**Redução de força motora em membros inferiores** (MMII)	( ) Sim	( ) Não
11	**Comprometimento sensorial** (visual, auditivo ou tátil)	( ) Sim	( ) Não
12	**Obesidade mórbida**	( ) Sim	( ) Não
13	**Uso de polifarmácia (≥ 4 medicamentos)**, incluindo: benzodiazepínicos, antiarrítmicos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, digoxina, diuréticos, laxativos, vasodilatadores, insulina e hipoglicemiantes orais	( ) Sim	( ) Não
14	**Histórico recorrente de quedas**	( ) Sim	( ) Não

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO

( ) Baixo risco | ( ) Médio risco | ( ) Alto risco

CONDUTA / PLANO DE INTERVENÇÃO

_____

_____

_____

_____

ASSINATURA E CARIMBO

A avaliação periódica e a adoção de medidas preventivas são fundamentais para a segurança do paciente.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

FICHA DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM FERIDAS CRÔNICAS

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Idade: _____ Quarto: _____ Leito: _____ Data da Avaliação: ___/___/____

2. CONDIÇÕES CLÍNICAS ASSOCIADAS

DOENÇAS E ANTECEDENTES

- ☐ Hipertensão Arterial
- ☐ Diabetes Mellitus
- ☐ Tabagismo
- ☐ Etilismo
- ☐ Outras: _____

INTEGRIDADE DA PELE

- ☐ Íntegra
- ☐ Lesão presente

MOBILIDADE

- ☐ Preservada
- ☐ Reduzida
- ☐ Acamado parcial
- ☐ Acamado total

3. CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO (LPP)

- ☐ Estágio 1 – Pele íntegra com eritema não branqueável
- ☐ Estágio 2 – Perda parcial da pele (epiderme/derme)
- ☐ Estágio 3 – Perda total da pele
- ☐ Estágio 4 – Exposição de estruturas profundas
- ☐ Lesão não classificável
- ☐ Lesão tissular profunda

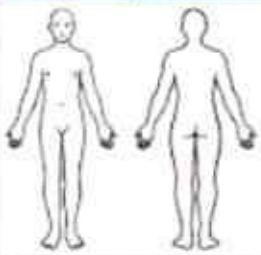
4. TIPOS DE LESÕES / ETIOLOGIA

- ☐ Úlcera por Pressão (LPP)
- ☐ Úlcera Venosa
- ☐ Úlcera Arterial
- ☐ Úlcera Diabética
- ☐ Lesão Traumática
- ☐ Queimadura
- ☐ Ferida Cirúrgica
- ☐ Outras: _____

5. CARACTERÍSTICAS DA FERIDA

COR DO LEITO	☐ Vermelho (granulação) ☐ Amarelo (fibrina) ☐ Preto (necrose)
EXSUDATO	☐ Ausente ☐ Seroso ☐ Sero-sanguinolento ☐ Purulento
ODOR	☐ Ausente ☐ Discreto ☐ Moderado ☐ Fétido
PELE PERILESIONAL	☐ Íntegra ☐ Macerada ☐ Hiperemiada ☐ Edemaciada

6. LOCALIZAÇÃO DA LESÃO



Desenhe ou marque a localização da ferida no esquema acima.

7. AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR

DIMENSÕES DA FERIDA

Comprimento: _____ cm

Largura: _____ cm

Profundidade: _____ cm

PRESENÇA DE DOR

☐ Sim ☐ Não

ESCALA DE DOR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor · Dor leve · Dor moderada · Dor intensa · Pior dor possível

8. CONDUTA / PLANO DE TRATAMENTO

_____

_____

_____

_____

9. EVOLUÇÃO

_____

_____

_____

_____

10. PRESENÇA DE LPP NA ADMISSÃO

☐ Sim ☐ Não

11. ASSINATURA E RESPONSÁVEL

_____

Nome e Carimbo Profissional

A avaliação sistemática e o registro adequado são fundamentais para o acompanhamento da evolução da ferida, a prevenção de complicações e a qualidade da assistência.

i.1. Proposta de constituição, com a composição por categoria profissional

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo propõe a constituição e a manutenção de um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em cada uma das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte e Sul do Município de Palmas/TO, ambas classificadas como Porte III — Opção VIII, com a finalidade de estabelecer mecanismos permanentes de prevenção de incidentes, gerenciamento de riscos e promoção da segurança assistencial.

Cada Núcleo será instituído como instância técnico-assistencial de caráter permanente, vinculada à Direção da respectiva unidade, com atuação integrada aos setores assistenciais, administrativos e de apoio diagnóstico e terapêutico.

A estrutura organizacional será multiprofissional, contemplando representantes com conhecimento dos processos de trabalho, experiência nas respectivas áreas e capacitação em segurança do paciente, melhoria da qualidade e gerenciamento de riscos.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

Composição multiprofissional proposta para cada UPA

Categoria profissional ou representação	Quantidade proposta
Coordenador do NSP — profissional de saúde com capacitação em segurança do paciente	1
Representante médico	1
Representante da enfermagem	1
Farmacêutico	1
Representante do Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde	1
Representante da Qualidade/Gestão de Riscos	1
Representante da gestão administrativa	1
Representante do SAME/Prontuário, quando aplicável	1
Total previsto	**Até 8 integrantes**

A composição apresentada constitui proposta organizacional da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do CAMPO, podendo ser ajustada às características e necessidades de cada unidade, sem prejuízo da representação multiprofissional e da continuidade das atividades do Núcleo.

Poderão ser convidados outros profissionais para participar de reuniões ou atividades específicas, conforme a natureza dos riscos identificados, incluindo representantes da engenharia clínica, manutenção, higienização, laboratório, radiologia, serviço social e saúde ocupacional.

A indicação de integrantes não implicará, necessariamente, a criação de novos postos de trabalho, podendo as funções ser desempenhadas por profissionais integrantes do quadro da unidade, desde que assegurada a compatibilidade de atribuições, a disponibilidade para as atividades do Núcleo e a manutenção da cobertura assistencial.

i.2. Forma de designação dos membros

A constituição do Núcleo de Segurança do Paciente será formalizada mediante ato administrativo interno da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do CAMPO, expedido pela autoridade institucional competente, com indicação nominal dos membros titulares, respectivas categorias profissionais, funções e responsabilidades.

A designação observará critérios técnicos de qualificação, experiência profissional, conhecimento dos processos assistenciais e capacidade de atuação interdisciplinar, priorizando profissionais com perfil de liderança e comprometimento com as práticas de segurança do paciente.

O procedimento de constituição compreenderá as seguintes etapas:

1. Indicação dos representantes: a Direção da unidade, em articulação com as coordenações assistenciais e administrativas, indicará os profissionais que integrarão o NSP, considerando as categorias estabelecidas na proposta de composição.

2. Verificação dos requisitos técnicos: serão avaliados a habilitação profissional, a regularidade perante o conselho de classe, quando aplicável, e o conhecimento das atividades relacionadas à segurança do paciente e ao gerenciamento de riscos.

3. Designação formal: os integrantes serão nomeados por portaria ou ato administrativo interno, contendo identificação dos membros, categoria profissional, função exercida, atribuições e período de designação.

4. Definição da coordenação: será designado um coordenador responsável pelo planejamento das atividades, convocação das reuniões, acompanhamento das deliberações e articulação com a Direção da unidade.

5. Capacitação inicial: os membros participarão de orientação sobre a legislação aplicável, Plano de Segurança do Paciente, protocolos institucionais, notificação de incidentes, análise de eventos adversos e instrumentos de gestão de riscos.

6. Formalização e divulgação: o ato de constituição será arquivado institucionalmente e divulgado aos setores da unidade, permitindo que os profissionais conheçam os integrantes, as atribuições e os canais de comunicação do NSP.

7. Substituição e atualização: em caso de desligamento, afastamento prolongado ou alteração funcional, a Direção providenciará a substituição do integrante, mediante atualização do ato de designação e dos registros institucionais.

Os membros exercerão suas atividades conforme as atribuições definidas no Regimento Interno do NSP, com reuniões ordinárias mensais e reuniões extraordinárias sempre que houver necessidade de avaliação de situações relevantes à segurança assistencial.

A designação será individualizada para cada UPA, assegurando a identificação dos responsáveis pelas ações de segurança do paciente nas respectivas unidades.

I.3. Finalidade

O Núcleo de Segurança do Paciente tem como finalidade promover, coordenar e monitorar as ações destinadas à segurança dos usuários atendidos nas UPAs Norte e Sul, mediante identificação e gerenciamento dos riscos assistenciais, prevenção de incidentes e eventos adversos, implementação de protocolos e avaliação contínua da qualidade dos serviços prestados.

Sua atuação estará direcionada às particularidades dos serviços de urgência e emergência, considerando o atendimento ininterrupto, a elevada demanda assistencial, a rotatividade de pacientes, a necessidade de intervenções imediatas e os riscos associados à administração de medicamentos, procedimentos invasivos, permanência em observação e transferência de pacientes.

O NSP atuará na consolidação de uma cultura institucional de segurança, estimulando a comunicação de incidentes, a análise dos fatores que contribuíram para sua ocorrência e a adoção de medidas preventivas e corretivas, com abordagem educativa, confidencial e voltada ao aperfeiçoamento dos processos de trabalho.

Constituem objetivos específicos do Núcleo de Segurança do Paciente:

I. Elaborar, implantar, monitorar e revisar periodicamente o Plano de Segurança do Paciente (PSP), em conformidade com a RDC ANVISA nº 36/2013 e com as características assistenciais de cada unidade.

II. Identificar, avaliar, classificar e gerenciar os riscos relacionados aos processos assistenciais, estabelecendo medidas preventivas e corretivas compatíveis com a gravidade e a frequência das ocorrências.

III. Implementar, divulgar e monitorar os protocolos de segurança do paciente aplicáveis às UPAs, especialmente os relacionados à identificação correta dos usuários, comunicação efetiva entre profissionais, segurança na prescrição, dispensação e administração de medicamentos, prevenção de quedas, prevenção de lesões por pressão e segurança na realização de procedimentos.

IV. Estabelecer fluxos de notificação, registro, investigação e análise de incidentes e eventos adversos, assegurando o encaminhamento das notificações obrigatórias à ANVISA, nos sistemas oficiais e prazos regulamentares.

V. Promover uma cultura de segurança baseada na prevenção, no aprendizado institucional e na comunicação responsável das ocorrências, sem prejuízo da apuração de condutas que exijam encaminhamento às instâncias competentes.

VI. Acompanhar indicadores de qualidade e segurança assistencial, analisando tendências, não conformidades e oportunidades de melhoria, com elaboração de relatórios periódicos destinados à Direção da unidade.

VII. Realizar análises criticas dos incidentes identificados, com investigação dos fatores contribuintes e elaboração de planos de ação contendo medidas propostas, responsáveis, prazos e critérios de acompanhamento.

VIII. Promover ações de educação permanente em segurança do paciente, em articulação com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde, contemplando capacitações, orientações técnicas, discussão de casos e atualização dos protocolos institucionais.

IX. Fortalecer a segurança nos processos de acolhimento e classificação de risco, atendimento médico e de enfermagem, administração de medicamentos, observação clínica, estabilização e transferência de pacientes.

X. Monitorar o cumprimento das normas sanitárias e das boas práticas assistenciais aplicáveis ao funcionamento das unidades, recomendando adequações sempre que identificados riscos ou não conformidades.

XI. Atuar de forma integrada com a Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, Comissão de Revisão de Óbitos, Comissão de Análise e Revisão de Prontuários e demais instâncias institucionais pertinentes.

XII. Incentivar a participação dos pacientes e acompanhantes nas ações de segurança, por meio de orientações claras sobre identificação,

medicamentos, procedimentos, prevenção de quedas e comunicação de situações que possam representar riscos durante o atendimento.

XIII. Elaborar e manter atualizados os registros das atividades do NSP, incluindo atas de reuniões, listas de presença, notificações, relatórios de análise, planos de ação e documentos comprobatórios das medidas implementadas.

XIV. Subsidiar a Direção das unidades e a gestão da parceria com informações técnicas sobre os riscos identificados, os resultados das ações preventivas e as medidas necessárias ao aperfeiçoamento da qualidade assistencial.

i.4. Minuta de regimento interno, com competências, periodicidade de reunião e forma de registro das deliberações

MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP)

IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

•UPA Norte — José de Souza Dourado — CNES nº 2755289

•UPA Sul — Gerson Pires de Aguiar — CNES nº 2492555

Município: Palmas — Tocantins

Documento: Minuta de Regimento Interno

Versão: 01

Vigência: A partir da aprovação institucional

CAPÍTULO I — DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) constitui instância técnico-assistencial de caráter permanente, consultivo, propositivo e educativo, responsável pela coordenação, implementação, acompanhamento e avaliação das ações destinadas à segurança dos pacientes atendidos nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24 horas Norte — José de Souza Dourado e Sul — Gerson Pires de Aguiar, do Município de Palmas/TO.

§ 1º Será instituído um NSP em cada unidade, vinculado à respectiva Direção, com autonomia técnica para identificar riscos, propor medidas preventivas e corretivas e acompanhar a implementação das ações de segurança assistencial, respeitadas as competências da gestão institucional.

§ 2º O NSP atuará de forma integrada aos setores assistenciais, administrativos e de apoio, considerando as características dos serviços de urgência e emergência, o funcionamento ininterrupto e as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º A organização e o funcionamento do NSP observarão, especialmente:

I — Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente;

II — Resolução RDC ANVISA nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde;

III — Resolução RDC ANVISA nº 63, de 25 de novembro de 2011, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde;

IV — Portarias GM/MS nº 1.377/2013 e nº 2.095/2013, referentes aos protocolos básicos de segurança do paciente;

V — Lei Federal nº 13.019/2014 e normas municipais aplicáveis à execução da parceria;

VI — Lei Federal nº 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais;

VII — Edital de Chamamento Público nº 001/2026, respectivo Termo de Referência, Termo de Colaboração e Plano de Trabalho aprovado;

VIII — Demais normas sanitárias, técnicas e profissionais aplicáveis aos serviços de urgência e emergência.

Parágrafo único. As atualizações normativas e orientações técnicas dos órgãos competentes deverão ser acompanhadas pelo NSP, com proposição das adequações necessárias aos protocolos e procedimentos institucionais.

CAPÍTULO II — DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 3º O Núcleo de Segurança do Paciente tem por finalidade promover a segurança dos usuários atendidos nas UPAs Norte e Sul, mediante gestão sistemática dos riscos assistenciais, prevenção de incidentes e eventos adversos, implantação de protocolos de segurança e monitoramento contínuo da qualidade do cuidado.

Art. 4º Constituem objetivos do NSP:

I — Promover a melhoria contínua dos processos assistenciais e a utilização segura das tecnologias em saúde;

II — Fortalecer a cultura institucional de segurança, incentivando a comunicação responsável de incidentes e o aprendizado decorrente das ocorrências;

III — Identificar, avaliar e monitorar riscos relacionados à assistência, propondo medidas para sua prevenção e controle;

IV — Elaborar, implantar, divulgar, avaliar e atualizar o Plano de Segurança do Paciente;

V — Promover a implementação e o acompanhamento dos protocolos de segurança aplicáveis às unidades;

VI — Monitorar os incidentes e eventos adversos e acompanhar a execução das medidas corretivas e preventivas;

VII — Incentivar a participação dos pacientes e familiares nas ações de segurança, mediante orientação e comunicação adequadas;

VIII — Contribuir para o cumprimento das normas sanitárias e dos compromissos de qualidade assistencial assumidos na parceria.

CAPÍTULO III — DOS PRINCÍPIOS E DAS COMPETÊNCIAS

Art. 5º A atuação do NSP será orientada pelos seguintes princípios:

I — Proteção da vida, da integridade e da dignidade do paciente;

II — Melhoria contínua dos processos de cuidado;

III — Cultura de segurança baseada na prevenção, na aprendizagem e na análise dos fatores contribuintes;

IV — Integração multiprofissional e articulação dos processos de gestão de riscos;

V — Confidencialidade das informações assistenciais e proteção dos dados pessoais;

VI — Imparcialidade na análise dos incidentes e eventos adversos;

VII — Participação dos profissionais, pacientes e familiares nas ações de segurança;

VIII — Observância das boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde.

Art. 6º Compete ao Núcleo de Segurança do Paciente:

I — Coordenar a elaboração, implementação, avaliação e atualização do Plano de Segurança do Paciente (PSP);

II — Identificar e avaliar situações de risco nos processos assistenciais, administrativos e de apoio que possam comprometer a segurança dos pacientes;

III — Propor e acompanhar medidas preventivas e corretivas relacionadas aos riscos identificados;

IV — Estabelecer mecanismos para identificação, comunicação, registro e análise de incidentes e eventos adversos;

V — Acompanhar as notificações aos sistemas oficiais de vigilância sanitária, observados os critérios e prazos regulamentares;

VI — Implementar e monitorar os protocolos de identificação do paciente, comunicação efetiva, segurança no uso de medicamentos, prevenção de quedas e lesões por pressão e segurança dos procedimentos assistenciais;

VII — Promover a avaliação dos riscos específicos dos atendimentos de urgência e emergência, incluindo acolhimento e classificação de risco, estabilização, observação clínica e transferência de pacientes;

VIII — Propor indicadores internos de segurança e acompanhar seus resultados, sem substituir os indicadores e as metodologias de cálculo estabelecidos no Termo de Referência;

IX — Compartilhar com a Direção e os setores responsáveis os resultados das análises realizadas e as recomendações de melhoria;

X — Acompanhar alertas sanitários e comunicações de riscos emitidos pelas autoridades competentes;

XI — Promover ações educativas em articulação com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde;

XII — Participar da revisão de protocolos, rotinas e procedimentos assistenciais sempre que identificadas oportunidades de melhoria;

XIII — Elaborar relatórios periódicos sobre as atividades desenvolvidas, os incidentes analisados, os riscos identificados e os planos de ação;

XIV — Manter os registros das reuniões, deliberações, recomendações e medidas implementadas;

XV — Atuar de forma integrada às demais comissões e núcleos institucionais.

Art. 7º Compete à Direção de cada UPA:

I — Formalizar a constituição do NSP e designar seus integrantes;

II — Assegurar condições organizacionais, recursos e apoio necessários ao funcionamento do Núcleo;

III — Garantir a participação dos profissionais nas atividades programadas, respeitando a continuidade da assistência;

IV — Receber e analisar recomendações, relatórios e propostas de melhoria encaminhados pelo NSP;

V — Apoiar a execução das medidas aprovadas e acompanhar os resultados;

VI — Providenciar as adequações institucionais necessárias ao cumprimento das normas de segurança do paciente.

CAPÍTULO IV — DA COMPOSIÇÃO E DESIGNAÇÃO DOS MEMBROS

Art. 8º O NSP será composto por equipe multiprofissional, formalmente designada pela Direção competente, com a seguinte representação proposta para cada unidade:

I — Coordenador do NSP, preferencialmente profissional da área da saúde com capacitação em segurança do paciente;

II — Representante médico;

III — Representante da enfermagem;

IV — Farmacêutico;

V — Representante do Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;

VI — Representante da Qualidade ou Gestão de Riscos;

VII — Representante da gestão administrativa;

VIII — Representante do SAME ou da gestão de prontuários, quando aplicável.

§ 1º A composição poderá ser ampliada ou ajustada conforme as necessidades assistenciais e organizacionais da unidade, mediante decisão fundamentada da Direção.

§ 2º Poderão participar das atividades, na condição de convidados, profissionais de outras áreas, sempre que a natureza dos assuntos exigir conhecimentos específicos.

§ 3º A participação no NSP poderá ser exercida por profissionais já integrantes do quadro funcional, desde que assegurada a compatibilidade das atribuições e a continuidade da cobertura assistencial.

Art. 9º Os membros serão designados mediante portaria ou ato administrativo interno, com identificação nominal, categoria profissional, função, representação e período de atuação.

§ 1º A escolha considerará a qualificação técnica, o conhecimento dos processos de trabalho, a experiência profissional e a disponibilidade para participação nas atividades.

§ 2º A substituição de integrantes ocorrerá por desligamento, afastamento prolongado, solicitação fundamentada ou necessidade institucional, mediante atualização formal do ato de designação.

CAPÍTULO V — DAS RESPONSABILIDADES DOS MEMBROS

Art. 10. São deveres dos integrantes do NSP:

I — Participar das reuniões e atividades programadas;

II — Cumprir as atribuições e os prazos definidos nas deliberações;

III — Contribuir para a identificação de riscos e proposição de melhorias;

IV — Manter sigilo sobre informações pessoais, clínicas e institucionais de acesso restrito;

V — Comunicar situações que representem riscos relevantes à segurança dos pacientes;

VI — Participar das ações de capacitação e atualização profissional relacionadas às atividades do Núcleo;

VII — Agir com responsabilidade, imparcialidade e respeito aos profissionais e usuários envolvidos nas ocorrências analisadas.

Art. 11. Eventuais conflitos de interesse deverão ser comunicados à Coordenação antes da análise da matéria.

Parágrafo único. O integrante diretamente envolvido na ocorrência poderá prestar esclarecimentos técnicos, mas não participará de deliberação em que exista conflito de interesse capaz de comprometer sua imparcialidade.

Art. 12. As informações referentes a incidentes, eventos adversos, prontuários e dados pessoais terão acesso restrito aos profissionais autorizados.

Parágrafo único. A divulgação institucional dos resultados deverá preservar a identificação de pacientes, notificadores e profissionais, ressalvadas as hipóteses de comunicação obrigatória às autoridades e instâncias competentes.

CAPÍTULO VI — DA COORDENAÇÃO E DO APOIO ADMINISTRATIVO

Art. 13. Compete ao Coordenador do NSP:

I — Planejar e coordenar as atividades do Núcleo;

II — Elaborar o cronograma anual de reuniões e atividades;

III — Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias;

IV — Organizar as pautas e acompanhar as deliberações;

V — Distribuir tarefas e acompanhar o cumprimento dos planos de ação;

VI — Articular as atividades com a Direção e as demais comissões;

VII — Supervisionar a elaboração de atas, relatórios e registros;

VIII — Encaminhar recomendações e situações relevantes à Direção;

IX — Acompanhar a atualização do Plano de Segurança do Paciente.

CAPÍTULO VI — DA COORDENAÇÃO E DO APOIO ADMINISTRATIVO

Art. 14. O NSP contará com apoio administrativo para organização das pautas, convocações, listas de presença, atas, relatórios, expedientes e demais documentos necessários ao desenvolvimento de suas atividades.

§ 1º As atividades de secretaria poderão ser atribuídas a integrante formalmente designado, sem necessidade de criação de cargo ou posto de trabalho adicional ao quadro de pessoal aprovado.

§ 2º O responsável pelo apoio administrativo deverá assegurar a organização, a guarda e a disponibilidade dos registros institucionais, observadas as normas de sigilo, proteção de dados e gestão documental.

§ 3º Na ausência ou impedimento do Coordenador, a condução das atividades será atribuída a integrante previamente designado, mediante registro em ata.

CAPÍTULO VII — DO FUNCIONAMENTO E DAS REUNIÕES

Art. 15. O Núcleo de Segurança do Paciente realizará reuniões ordinárias mensais, conforme calendário anual aprovado, e reuniões extraordinárias sempre que houver necessidade de apreciação de situações relevantes à segurança assistencial.

§ 1º As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Coordenador do NSP ou pela Direção da unidade, especialmente diante de eventos adversos graves, riscos assistenciais relevantes ou situações que demandem providências imediatas.

§ 2º As reuniões poderão ocorrer presencialmente ou por meio eletrônico institucional, desde que asseguradas a participação dos integrantes e a formalização dos respectivos registros.

§ 3º A realização das reuniões deverá observar a continuidade da assistência, mediante organização das escalas e das atividades dos profissionais participantes.

Art. 16. As convocações serão realizadas pelo Coordenador, acompanhadas, sempre que possível, da pauta e dos documentos necessários à análise dos assuntos previstos.

Parágrafo único. Nas situações urgentes, a convocação poderá ocorrer por meio de comunicação institucional imediata, com posterior formalização do registro.

Art. 17. As reuniões serão conduzidas pelo Coordenador do NSP ou por seu substituto formalmente designado.

§ 1º A pauta poderá contemplar:

I — Acompanhamento do Plano de Segurança do Paciente;

II — Análise dos indicadores de segurança assistencial;

III — Avaliação dos incidentes e eventos adversos registrados;

IV — Identificação de riscos nos processos de trabalho;

V — Acompanhamento de planos de ação e medidas corretivas;

VI — Avaliação da adesão aos protocolos de segurança;

VII — Planejamento das ações educativas;

VIII — Recomendações encaminhadas à Direção e às demais comissões;

IX — Outros assuntos relacionados à segurança dos pacientes.

§ 2º Os profissionais convidados participarão das discussões técnicas relativas aos assuntos de sua competência, sem integrar o quórum deliberativo, salvo quando formalmente designados como membros do NSP.

Art. 18. As deliberações do Núcleo serão preferencialmente construídas por consenso entre os integrantes presentes.

§ 1º Não sendo possível o consenso, a matéria será submetida à votação, considerando-se aprovada a proposta que obtiver maioria simples dos votos dos membros presentes, desde que haja participação de mais da metade dos integrantes formalmente designados.

§ 2º Em caso de empate, caberá ao Coordenador o voto de desempate.

§ 3º As recomendações que impliquem alterações de recursos, processos institucionais ou responsabilidades de outros setores serão encaminhadas à Direção competente para análise e deliberação administrativa.

§ 4º As providências urgentes destinadas à proteção imediata do paciente não dependerão de reunião prévia do NSP, devendo ser adotadas pelos

profissionais responsáveis, conforme suas atribuições e os protocolos institucionais.

Art. 19. Todas as reuniões serão documentadas em ata, contendo, no mínimo:

I — Identificação da unidade e do Núcleo;

II — Data, horário e modalidade de realização;

III — Identificação dos participantes e respectivas funções;

IV — Pauta e assuntos discutidos;

V — Síntese das análises realizadas;

VI — Deliberações e recomendações aprovadas;

VII — Providências definidas, responsáveis e prazos;

VIII — Pendências de reuniões anteriores;

IX — Data prevista para a reunião subsequente, quando definida;

X — Identificação e validação do responsável pelo registro.

§ 1º As atas serão submetidas à apreciação dos participantes, mediante procedimento de validação institucional.

§ 2º As manifestações divergentes poderão ser registradas, quando solicitadas pelos integrantes.

§ 3º As informações pessoais e assistenciais utilizadas na discussão dos casos deverão ser protegidas, evitando-se a exposição desnecessária de dados que permitam identificar pacientes, familiares ou profissionais.

CAPÍTULO VIII — DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE E DA GESTÃO DE RISCOS

Art. 20. Cada UPA manterá Plano de Segurança do Paciente próprio, elaborado e acompanhado pelo respectivo NSP, considerando as características dos serviços, a estrutura disponível, o perfil assistencial e os riscos relacionados aos processos de trabalho.

§ 1º O Plano de Segurança do Paciente deverá contemplar as ações de prevenção, identificação, avaliação, monitoramento e mitigação dos riscos assistenciais, observadas as disposições da RDC ANVISA nº 36/2013 e demais normas aplicáveis.

§ 2º A elaboração e a atualização do Plano deverão considerar os resultados das avaliações internas, as notificações de incidentes, os indicadores assistenciais, as recomendações das comissões e as necessidades identificadas pela gestão da unidade.

§ 3º O Plano será submetido à aprovação institucional e disponibilizado aos profissionais responsáveis por sua execução.

Art. 21. A gestão de riscos será desenvolvida de forma sistemática, contemplando:

I — Identificação dos riscos presentes nas diferentes etapas do atendimento;

II — Avaliação da probabilidade de ocorrência e da gravidade potencial dos danos;

III — Definição de medidas preventivas e de controle;

IV — Identificação dos responsáveis pela implementação das providências;

V — Estabelecimento de prazos para execução das ações;

VI — Monitoramento dos resultados e da efetividade das medidas implementadas;

VII — Reavaliação dos riscos após mudanças relevantes nos processos assistenciais.

Parágrafo único. Os riscos que representem ameaça imediata à integridade dos pacientes deverão ser comunicados prontamente à Direção e aos profissionais responsáveis, independentemente da programação ordinária das atividades do Núcleo.

Art. 22. O NSP acompanhará a implantação, a atualização e a avaliação dos protocolos de segurança do paciente aplicáveis às UPAs Norte e Sul.

Parágrafo único. O acompanhamento contemplará, conforme a natureza dos serviços prestados, identificação segura do paciente, higienização das mãos, segurança na prescrição e administração de medicamentos, prevenção de quedas, prevenção de lesões por pressão, comunicação efetiva e segurança dos procedimentos e das transferências assistenciais.

CAPÍTULO IX — DA NOTIFICAÇÃO E ANÁLISE DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS

Art. 23. O NSP estabelecerá procedimentos institucionais para recebimento, registro, classificação, análise e acompanhamento dos incidentes e eventos adversos relacionados à assistência.

§ 1º Os profissionais das unidades deverão ser orientados quanto aos mecanismos de comunicação das ocorrências, incluindo incidentes sem dano, eventos adversos e situações de risco identificadas durante os processos assistenciais.

§ 2º As notificações serão tratadas com confidencialidade, respeitando-se a proteção dos dados pessoais, o sigilo profissional e as obrigações de comunicação aos órgãos competentes.

§ 3º A análise dos incidentes terá finalidade preventiva e educativa, buscando identificar fatores contribuintes, fragilidades dos processos de trabalho e oportunidades de melhoria, sem prejuízo das competências administrativas, éticas e legais das instâncias responsáveis.

Art. 24. As ocorrências notificadas serão avaliadas conforme sua natureza, gravidade, recorrência e potencial de dano, observados os critérios institucionais de priorização.

§ 1º A análise poderá envolver os profissionais e setores relacionados à ocorrência, mediante solicitação de informações, avaliação documental e discussão técnica.

§ 2º As recomendações decorrentes da análise deverão identificar as providências propostas, os responsáveis e os prazos de implementação.

§ 3º O NSP acompanhará a execução das medidas corretivas e preventivas, registrando sua conclusão e avaliando a necessidade de ações complementares.

Art. 25. O Núcleo acompanhará a realização das notificações obrigatórias aos sistemas oficiais de vigilância sanitária e às autoridades competentes, conforme a natureza dos eventos e os prazos estabelecidos na regulamentação aplicável.

Parágrafo único. A comunicação aos sistemas oficiais não substituirá os registros assistenciais, as medidas imediatas de proteção ao paciente nem os procedimentos institucionais de investigação e acompanhamento das ocorrências.

CAPÍTULO X — DOS INDICADORES, RELATÓRIOS E REGISTROS DOCUMENTAIS

Art. 26. O NSP acompanhará indicadores destinados à avaliação da segurança assistencial, considerando as características e os riscos dos serviços prestados pelas unidades.

§ 1º O monitoramento poderá contemplar, entre outros:

I — Quantidade de incidentes notificados;

II — Ocorrência de eventos adversos com dano;

III — Falhas relacionadas à identificação do paciente;

IV — Incidentes relacionados à prescrição, dispensação ou administração de medicamentos;

V — Ocorrência de quedas;

VI — Ocorrência de lesões por pressão;

VII — Conformidade com os protocolos de segurança;

VIII — Realização de capacitações relacionadas à segurança do paciente;

IX — Percentual de medidas corretivas concluídas.

§ 2º Os indicadores serão analisados considerando a quantidade de atendimentos, a qualidade dos registros e as metodologias de cálculo institucionalmente estabelecidas.

§ 3º Os resultados do NSP complementarão o acompanhamento dos indicadores do Anexo II do Termo de Referência, sem alterar suas fórmulas, metas ou critérios de apuração.

Art. 27. O Núcleo elaborará relatórios periódicos de suas atividades, com consolidação dos registros, análises e providências adotadas.

§ 1º A consolidação dos dados será realizada mensalmente, observada a disponibilidade das informações necessárias à apuração dos indicadores.

§ 2º Os relatórios deverão contemplar, conforme aplicável:

I — Identificação da unidade e do período de referência;

II — Composição e designação dos integrantes;

III — Reuniões programadas e realizadas;

IV — Incidentes e eventos adversos registrados e analisados;

V — Indicadores de segurança e resultados obtidos;

VI — Protocolos avaliados e não conformidades identificadas;

VII — Medidas preventivas e corretivas propostas;

VIII — Situação de execução dos planos de ação;

IX — Capacitações e atividades educativas realizadas;

X — Recomendações à Direção e prioridades para o período subsequente.

§ 3º Os relatórios serão encaminhados à Direção da respectiva UPA, para conhecimento, análise e providências cabíveis.

§ 4º A apresentação dos resultados deverá preservar a confidencialidade das informações protegidas por sigilo profissional e pela legislação de proteção de dados pessoais.

Art. 28. O NSP manterá registros organizados das atividades realizadas, compreendendo os atos de designação, calendários, convocações, listas de presença, atas, relatórios, planos de ação e documentos de acompanhamento das medidas implementadas.

§ 1º A guarda documental observará a política institucional de gestão da informação, os requisitos de confidencialidade e os prazos legais e regulamentares aplicáveis.

§ 2º O acesso aos documentos será assegurado aos profissionais autorizados e aos órgãos competentes, observadas as hipóteses legais de disponibilização das informações.

CAPÍTULO XI — DA EDUCAÇÃO PERMANENTE E DA INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL

Art. 29. O NSP promoverá ações de educação e sensibilização relacionadas à segurança do paciente, em articulação com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde e as coordenações responsáveis.

Parágrafo único. As atividades poderão contemplar capacitações, orientações em serviço, discussão de casos, revisão de protocolos, divulgação de alertas e compartilhamento dos resultados das ações de melhoria.

Art. 30. O Núcleo atuará de forma integrada às comissões, aos núcleos, às coordenações e aos demais setores institucionais, respeitando as competências específicas de cada instância.

§ 1º A articulação deverá favorecer o compartilhamento de recomendações técnicas, a prevenção de riscos, a padronização de procedimentos e a implementação de medidas de melhoria.

§ 2º As atividades do NSP não substituirão as responsabilidades técnicas, assistenciais, administrativas ou legais atribuídas aos profissionais, às coordenações e à Direção das unidades.

CAPÍTULO XII — DA APROVAÇÃO, REVISÃO E DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 31. O presente Regimento Interno será submetido à análise e à aprovação da instância institucional competente da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, passando a orientar o funcionamento do NSP de cada unidade após sua formalização.

Art. 32. O Regimento será revisado periodicamente, preferencialmente a cada 12 meses, ou antecipadamente quando ocorrerem:

I — Alterações na legislação ou nas normas técnicas aplicáveis;

II — Modificações relevantes na estrutura ou no funcionamento das unidades;

III — Necessidade de adequação das competências ou dos procedimentos do Núcleo;

IV — Recomendações de órgãos de fiscalização ou da Secretaria Municipal da Saúde;

V — Identificação de situações que justifiquem aperfeiçoamento das regras institucionais.

Parágrafo único. As propostas de alteração serão avaliadas pelo NSP e encaminhadas à instância institucional competente para aprovação, com registro da versão e da data de atualização.

Art. 33. Os casos omissos e as situações não previstas neste Regimento serão encaminhados à Direção da respectiva unidade para análise, observadas as competências institucionais, a legislação vigente e as disposições do Termo de Colaboração.

Art. 34. A implantação e o funcionamento do NSP deverão ocorrer em conformidade com a estrutura organizacional, o quadro de pessoal e os instrumentos de gestão aprovados para cada unidade, sem implicar, por si só, a criação de cargos ou postos adicionais.

Art. 35. Este Regimento Interno entrará em vigor na data de sua aprovação institucional, permanecendo aplicável enquanto não for substituído ou alterado por ato formal da autoridade competente.

Palmas/TO, ____ de _____ de _____.

_____

Direção da Unidade

_____

Coordenação do Núcleo de Segurança do Paciente

_____

Representante Legal da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo

RELATÓRIO DO NÚCLEO DO PACIENTE

Unidade: UPA Norte – José de Souza Dourado
Periodo:
Responsável:
Palmas/TO

Identificação e reuniões

Informação	**Registro**
Data de constituição do NSP	//_____
Ato de designação	_____
Coordenador responsável	_____

Reuniões programadas _____

Reuniões realizadas _____

Atas registradas _____

8.2. Monitoramento dos indicadores de segurança

Indicador	Resultado do período	Avaliação
Incidentes notificados	_____	_____
Eventos adversos com dano	_____	_____
Falhas de identificação do paciente	_____	_____
Incidentes relacionados a medicamentos	_____	_____
Quedas de pacientes	_____	_____
Ocorrências de lesão por pressão	_____	_____
Não conformidades nos protocolos assistenciais	_____	_____
Capacitações realizadas	_____	_____
Ações corretivas concluídas	_____	_____

Os indicadores deverão ser analisados considerando a quantidade de atendimentos, os registros disponíveis e as metodologias de cálculo adotadas. O aumento das notificações, isoladamente, não significa piora da segurança, pois pode decorrer da melhoria da cultura de notificação.

8.3. Registro das ocorrências e medidas preventivas

Ocorrência ou risco identificado	Medida proposta	Responsável	Prazo
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

As notificações de incidentes deverão ser tratadas de acordo com os fluxos institucionais e as obrigações sanitárias aplicáveis, inclusive quanto à comunicação à ANVISA quando exigível.

Avaliação dos protocolos de segurança

O relatório deverá registrar a situação de implantação e acompanhamento dos seguintes protocolos, conforme a aplicabilidade à estrutura e aos serviços prestados:

•Identificação segura do paciente.

•Higienização das mãos.

•Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.

•Prevenção de quedas.

•Prevenção de lesões por pressão.

•Comunicação efetiva entre profissionais e transferência segura do cuidado.

•Segurança nos procedimentos invasivos e cirúrgicos, quando aplicáveis.

Para cada protocolo, serão registradas as verificações realizadas, as não conformidades identificadas e as providências adotadas.

Avaliação técnica e recomendações

Principais resultados observados:

_____

Riscos assistenciais identificados:

_____

Medidas corretivas implementadas:

_____

Providências pendentes: _____

Recomendações para o periodo seguinte:

_____

8.6. Considerações finais

O relatório periódico do Núcleo de Segurança do Paciente permitirá acompanhar as ações de prevenção de riscos assistenciais, avaliar os incidentes registrados e verificar a execução das medidas destinadas à melhoria da segurança e da qualidade do atendimento.

Os resultados apurados serão encaminhados à direção da respectiva UPA, subsidiando decisões administrativas e assistenciais e contribuindo para a revisão contínua dos protocolos de segurança do paciente.

A avaliação conclusiva deverá refletir exclusivamente as atividades efetivamente realizadas e os dados documentados no período de referência.

Responsáveis e validação

Coordenador do NSP

Nome: _____

Registro profissional: _____

Assinatura: _____

Direção da unidade

Nome: _____

Cargo: _____

Assinatura: _____

Palmas/TO, ____ de _____ de _____.

i.5. Cronograma anual de atividades

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ANUAL
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP)

	ATIVIDADE PRINCIPAL	MESES											
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
1º	Constituição do NSP, designação dos membros, aprovação do regimento e elaboração do PSP	■	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
2º	Mapeamento inicial dos riscos assistenciais nas unidades	–	■	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
3º	Avaliação dos procedimentos de identificação segura do paciente	–	–	■	–	–	–	–	–	–	–	–	–
4º	Monitoramento da segurança na prescrição e administração de medicamentos	–	–	–	■	–	–	–	–	–	–	–	–
5º	Acompanhamento das medidas de higienização das mãos e prevenção de infecções	–	–	–	–	■	–	–	–	–	–	–	–
6º	Avaliação semestral de incidentes, eventos adversos e planos de ação	–	–	–	–	–	■	–	–	–	–	–	–
7º	Verificação das medidas de prevenção de quedas e lesões por pressão	–	–	–	–	–	–	■	–	–	–	–	–
8º	Avaliação dos procedimentos de comunicação, passagem de plantão e transferência de cuidados	–	–	–	–	–	–	–	■	–	–	–	–
9º	Capacitação multiprofissional sobre segurança do paciente e notificação de incidentes	–	–	–	–	–	–	–	–	■	–	–	–
10º	Avaliação da segurança nos processos de estabilização e transferência de pacientes	–	–	–	–	–	–	–	–	–	■	–	–
11º	Revisão do PSP e das medidas preventivas implementadas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	■	–
12º	Avaliação anual dos indicadores, elaboração do relatório consolidado e planejamento do ciclo seguinte	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	■

■ = OCORRE A ATIVIDADE – = NÃO OCORRE A ATIVIDADE

Responsável: Coordenador do NSP, com participação dos demais membros.

Registro comprobatório: ato de designação, atas, plano e matriz de riscos, relatórios de verificação e de segurança medicamentosa, relatórios semestrais e anual, registros de capacitação e plano revisado.

Observação: Atividades permanentes: reuniões ordinárias mensais, análise das notificações de incidentes, acompanhamento de eventos adversos, avaliação dos riscos assistenciais e monitoramento dos planos de ação.

Obs.: O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) atuará de forma permanente na implementação, no monitoramento e na avaliação das ações de segurança assistencial, em conformidade com a RDC ANVISA nº 36/2013 e com as exigências do Edital de Chamamento Público nº 001/2026. Suas atividades compreenderão a elaboração e o acompanhamento do Plano de Segurança do Paciente, a identificação e análise de riscos assistenciais, o registro e a notificação de incidentes e eventos adversos, conforme a regulamentação aplicável, a implementação dos protocolos de segurança e o fortalecimento da cultura institucional de prevenção. O Núcleo realizará reuniões ordinárias mensais e extraordinárias, quando necessário, mantendo registros formais das atividades, deliberações e medidas corretivas e preventivas adotadas.

MODELO DE ATA

Modelo de Ata de Reunião da Comissão de XXXXX

ATA DA XXª REUNIÃO DA COMISSÃO DE XXXXX

Aos XXXX dias do mês de XXXXXXX de dois mil e XXXX, às XXXX horas, no (local da realização da reunião), sito à (endereço completo por extenso, incluindo cidade, Estado e CEP), reuniram-se os membros da Comissão de XXXXX (nome dos membros participantes, e das respectivas funções, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte pauta:

01 – DELIBERAÇÕES:

(A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros");
(B) Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda);
(C) .....;
(D) .....;

02 – COMUNICADOS:

(A) .....;
(B) .....;

04 – CONCILIAÇÕES REALIZADAS:

- Procedimento sindicante nº (citar apenas a numeração dos procedimentos).

05 – PROCEDIMENTOS SINDICANTES INSTAURADOS/EM ANÁLISE/ANALISADOS:

- Citar apenas a numeração dos procedimentos, e a fase em que se encontram.

07 – ASSUNTOS GERAIS:

(A) .....;
(B) .....;
(C) .....;

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente Ata, assinada por mim, secretário(a) desta Comissão de XXXXX, do presidente e dos demais membros presentes na reunião.

j.Núcleo de Educação Permanente em Saúde

Será instituído um Núcleo de Educação Permanente em Saúde em cada UPA, mediante ato formal da direção da respectiva unidade. Propõe-se a composição de cinco integrantes: um profissional de nível superior com experiência em educação na saúde, desenvolvimento de pessoas ou gestão de processos de trabalho, preferencialmente responsável pela coordenação do Núcleo; um representante da equipe médica; um representante da equipe de enfermagem; um representante da equipe multiprofissional; e um representante administrativo ou da área de gestão de pessoas, com atuação relacionada aos

processos de capacitação e desenvolvimento profissional. Trata-se de composição proposta para a execução da parceria, sujeita à formalização institucional, não constituindo quantitativo mínimo de integrantes estabelecido pelo Edital ou pelo Termo de Referência.

A coordenação ficará a cargo de integrante designado pela direção da unidade, preferencialmente o profissional com experiência ou atribuição relacionada à educação permanente em saúde e ao desenvolvimento de pessoas. O ato de designação identificará nome, categoria profissional, registro no conselho de classe quando aplicável, função, unidade de vinculação e período de mandato. Substituições e reconduções serão registradas por ato interno. Na fase propositiva não se indicam nomes antes da designação formal.

j.1. Proposta de constituição, com a composição por categoria profissional

Será instituído um Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) em cada UPA, mediante ato formal da direção da respectiva unidade. O Núcleo terá caráter multidisciplinar, com participação de representantes das diferentes categorias profissionais e setores envolvidos direta ou indiretamente nos processos de trabalho, assistência, gestão e desenvolvimento dos trabalhadores, de modo a favorecer a identificação das necessidades de capacitação, a integração das equipes e o acompanhamento das ações de educação permanente desenvolvidas na unidade.

Propõe-se que o Núcleo seja composto por um Coordenador, designado pela Direção da Unidade, e por membros efetivos representantes das áreas de Medicina, Enfermagem, equipe multiprofissional e Administração ou Gestão de Pessoas. A representação da Enfermagem poderá ser exercida por profissional vinculado à coordenação de enfermagem, considerando sua participação na organização dos processos assistenciais e na identificação das necessidades de qualificação das equipes. A representação multiprofissional deverá contemplar as diferentes categorias que atuam na unidade, conforme sua estrutura funcional

e as necessidades identificadas. A representação administrativa ou de Gestão de Pessoas contribuirá para a organização, o planejamento e o controle das ações de capacitação e desenvolvimento profissional.

Também serão previstos membros suplentes, indicados pelas respectivas áreas de representação, para assegurar a continuidade da participação em situações de ausência ou impedimento dos titulares. O Núcleo contará, ainda, com uma Secretaria, exercida por profissional administrativo, responsável pela elaboração das atas, organização dos registros das atividades educativas, controle documental e apoio às atividades administrativas.

A composição apresentada constitui proposta organizacional para a execução da parceria, sujeita à formalização institucional e à adequação à estrutura funcional de cada unidade, não representando quantitativo mínimo ou composição obrigatória de integrantes estabelecida pelo Edital de Chamamento Público nº 001/2026 ou pelo Termo de Referência.

A designação dos integrantes será realizada por ato administrativo interno da direção da respectiva UPA, no qual deverão constar nome, categoria profissional, setor de vinculação e função no Núcleo, bem como registro no conselho de classe, quando aplicável. As substituições e reconduções serão formalizadas por ato interno. Na fase propositiva, a composição será apresentada por categoria profissional e área de representação, sem indicação nominal dos integrantes, que serão designados na implantação dos serviços.

Quantidade	Categoria profissional / Representação	Função no Núcleo
01	**Representante designado pela Direção da Unidade** (preferencialmente com experiência em educação permanente ou desenvolvimento de pessoas)	Coordenador
01	**Profissional de Enfermagem** (representante da coordenação de enfermagem)	Membro efetivo
01	**Profissional Médico** (representante clínico)	Membro efetivo
01	**Representante da Equipe Multiprofissional** (conforme as categorias existentes na unidade)	Membro efetivo
01	**Representante da Área Administrativa ou de Gestão de Pessoas**	Membro efetivo
05	**Total de membros efetivos**	

Membros Suplentes	Indicados pelas mesmas áreas de representação, garantindo a continuidade da participação em caso de ausência ou impedimento dos titulares.
Secretaria do Núcleo	Profissional administrativo, responsável pela elaboração das atas, organização dos registros das atividades educativas, controle documental, listas de presença e apoio às atividades administrativas.
Observação	A composição apresentada constitui proposta organizacional para a execução da parceria, sujeita à formalização institucional e à adequação à estrutura funcional de cada unidade, não representando quantitativo mínimo de integrantes ou composição obrigatória estabelecida pelo Edital de Chamamento Público nº 001/2026 ou pelo Termo de Referência.

Forma de designação: Os membros serão formalmente designados pela direção da respectiva UPA, mediante ato administrativo interno. A coordenação do Núcleo será exercida por um de seus integrantes, designado pela direção da unidade, preferencialmente por profissional com experiência ou atribuições relacionadas à educação permanente em saúde, à capacitação e ao desenvolvimento dos trabalhadores.

1.1. Atribuições:

Compete ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS):

a) Elaborar, implementar, acompanhar e avaliar o planejamento anual das ações de Educação Permanente em Saúde, considerando o perfil assistencial das unidades, as necessidades identificadas pelas equipes, os riscos relacionados aos processos de trabalho e os indicadores de desempenho;

b) Organizar e acompanhar o cronograma periódico de capacitações e treinamentos destinado aos profissionais médicos, equipes de enfermagem, equipes multiprofissionais, trabalhadores administrativos e demais profissionais envolvidos no funcionamento das UPAs;

c) Identificar as necessidades de qualificação dos trabalhadores, considerando as demandas dos setores, as dificuldades observadas na execução das atividades, as não conformidades identificadas e as oportunidades de melhoria dos processos assistenciais e administrativos;

d) Promover e acompanhar a integração dos profissionais recém-admitidos ou incorporados às unidades, assegurando a realização do treinamento inicial, contemplando, no mínimo, a apresentação da unidade, os fluxos assistenciais e administrativos, os protocolos institucionais, a segurança do paciente, a biossegurança, o plano de emergência, as rotinas internas e as responsabilidades funcionais;

e) Planejar, organizar e acompanhar a realização de capacitações periódicas sobre o uso correto de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), prevenção de acidentes, exposição a material biológico, descarte de resíduos, higienização das mãos e demais práticas relacionadas à segurança ocupacional;

f) Identificar, em conjunto com as coordenações e responsáveis técnicos, as necessidades de treinamento relacionadas à utilização adequada dos equipamentos e tecnologias disponíveis nas unidades, promovendo ações de orientação e atualização dos profissionais;

g) Apoiar a atualização e a disseminação dos protocolos, normas, rotinas e fluxos institucionais, promovendo atividades educativas que contribuam para a padronização das práticas profissionais e a melhoria da qualidade da assistência;

h) Articular e incentivar a participação dos profissionais, quando convocados ou tecnicamente indicados, nas ações de capacitação, atualização e educação permanente promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, Escola de Saúde Pública de Palmas, Secretaria de Estado da Saúde, Ministério da Saúde e demais instituições públicas competentes;

i) Manter registros individualizados e organizados das atividades educativas realizadas, contendo, no mínimo, tema, conteúdo programático, data, carga horária, responsável pela atividade, público-alvo, relação dos participantes e avaliação da atividade;

j) Acompanhar a participação dos trabalhadores nas capacitações programadas, identificando necessidades de reposição, atualização ou reforço dos conteúdos abordados;

k) Avaliar os resultados das ações educativas, verificando sua contribuição para o aprimoramento das práticas profissionais, a qualificação dos processos de trabalho e a melhoria da assistência prestada aos usuários;

l) Elaborar relatórios periódicos das atividades desenvolvidas, contemplando as capacitações realizadas, os indicadores de acompanhamento, a participação dos profissionais, os resultados das avaliações e as necessidades de aprimoramento identificadas;

m) Disponibilizar à Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, sempre que solicitado, os registros e documentos comprobatórios das ações de educação permanente realizadas nas unidades;

n) Propor medidas de melhoria e readequação do planejamento educativo, com base nos resultados alcançados, nas necessidades identificadas e nas mudanças dos processos assistenciais e administrativos das unidades.

j.2. Forma de designação dos membros

1.2. Forma de designação e formalização dos membros

Os membros do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) serão formalmente designados pela direção da respectiva UPA, mediante ato administrativo interno, após a indicação dos representantes pelas áreas correspondentes.

O ato de designação deverá identificar o nome completo, a categoria profissional, o setor de vinculação e a função exercida no Núcleo, bem como o número de registro no respectivo conselho de classe, quando aplicável. Deverá também indicar o coordenador, os membros efetivos e seus respectivos suplentes, além do profissional responsável pela Secretaria do Núcleo.

A coordenação será atribuída a um dos integrantes formalmente designados pela direção da unidade, preferencialmente a profissional com

experiência ou atribuições relacionadas à educação permanente em saúde, capacitação e desenvolvimento de pessoas.

As substituições, alterações na composição e reconduções dos integrantes deverão ser formalizadas por ato administrativo interno, garantindo a continuidade das atividades e a manutenção dos registros institucionais do Núcleo.

Na fase propositiva, a composição será apresentada por categoria profissional e área de representação, sem indicação nominal dos integrantes, que serão definidos e formalizados pela direção de cada unidade na implantação dos serviços.

j.3. Minuta de regimento interno, com competências, periodicidade de reunião e forma de registro das deliberações

Art. 1º – Da finalidade

O presente Regimento Interno estabelece as normas de organização, funcionamento e atuação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) de cada Unidade de Pronto Atendimento (UPA), definindo sua composição, competências, atribuições, periodicidade das reuniões e forma de registro das deliberações.

O NEPS tem por finalidade planejar, organizar, acompanhar e avaliar as ações de educação permanente e desenvolvimento profissional dos trabalhadores, contribuindo para a qualificação dos processos de trabalho e para a melhoria da assistência prestada aos usuários.

Art. 2º – Da constituição e composição

O NEPS será instituído em cada UPA por ato administrativo interno da direção da respectiva unidade, com composição multidisciplinar, contemplando representantes das seguintes áreas:

I – Coordenação do Núcleo, designada pela direção da unidade;

II – Representação da equipe de Enfermagem;

III – Representação da equipe Médica;

IV – Representação da equipe Multiprofissional;

V – Representação da área Administrativa ou de Gestão de Pessoas.

§ 1º A composição poderá contar com membros suplentes, indicados pelas respectivas áreas de representação.

§ 2º A Secretaria do Núcleo será exercida por profissional administrativo designado para essa finalidade, responsável pelo apoio às atividades administrativas e documentais.

§ 3º Outros profissionais e responsáveis técnicos poderão ser convidados a participar das reuniões, conforme os assuntos e as necessidades identificadas, sem prejuízo da composição formal do Núcleo.

Art. 3º – Das competências

Compete ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde:

I – Elaborar, acompanhar e avaliar o planejamento anual das ações de educação permanente, considerando o perfil assistencial da unidade, as necessidades das equipes, os riscos identificados e os indicadores de desempenho;

II – Organizar e acompanhar o cronograma periódico de capacitações e treinamentos para os profissionais médicos, equipes de enfermagem, equipes multiprofissionais, trabalhadores administrativos e demais profissionais envolvidos no funcionamento da unidade;

III – Identificar necessidades de capacitação e atualização profissional, considerando as demandas dos setores, as dificuldades observadas nos processos de trabalho e as não conformidades identificadas;

IV – Acompanhar a realização do treinamento inicial dos profissionais recém-admitidos ou incorporados à unidade, contemplando a apresentação institucional, os fluxos assistenciais e administrativos, os protocolos, a segurança do paciente, a biossegurança, o plano de emergência, as rotinas internas e as responsabilidades funcionais;

V – Planejar e acompanhar capacitações periódicas relacionadas ao uso correto de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), prevenção de acidentes,

exposição a material biológico, descarte de resíduos, higienização das mãos e demais práticas de segurança ocupacional;

VI – Identificar necessidades de treinamento relacionadas à utilização adequada dos equipamentos e tecnologias disponíveis na unidade;

VII – Apoiar a atualização e disseminação dos protocolos, normas, rotinas e fluxos institucionais por meio de ações educativas;

VIII – Incentivar a participação dos profissionais, quando convocados ou tecnicamente indicados, nas ações de capacitação e atualização promovidas pelas instituições públicas competentes;

IX – Acompanhar a execução das atividades educativas, a participação dos trabalhadores e os resultados das avaliações realizadas;

X – Manter registros organizados das ações educativas, contendo tema, conteúdo programático, data, carga horária, responsável, público-alvo, relação de participantes e avaliação da atividade;

XI – Elaborar relatórios periódicos das atividades desenvolvidas e encaminhá-los à direção da unidade;

XII – Propor medidas de aprimoramento e readequação do planejamento educativo, com base nas necessidades identificadas e nos resultados alcançados.

Art. 4º – Das atribuições da Coordenação

Compete ao Coordenador do NEPS:

I – Convocar e conduzir as reuniões ordinárias e extraordinárias;

II – Organizar, juntamente com os membros, a pauta das reuniões;

III – Coordenar a elaboração e o acompanhamento do planejamento anual de educação permanente;

IV – Distribuir responsabilidades e acompanhar os encaminhamentos deliberados;

V – Articular-se com a direção, coordenações, responsáveis técnicos e demais setores da unidade para identificação das necessidades de capacitação;

VI – Acompanhar a execução do cronograma de atividades educativas;

VII – Submeter à direção da unidade os relatórios, propostas e necessidades de aprimoramento identificadas pelo Núcleo.

Art. 5º – Das atribuições dos membros

Compete aos membros do NEPS:

I – Participar das reuniões e das atividades propostas pelo Núcleo;

II – Representar suas respectivas áreas, apresentando necessidades de capacitação e demandas relacionadas aos processos de trabalho;

III – Contribuir para a elaboração e execução do planejamento anual e do cronograma de capacitações;

IV – Apoiar a divulgação das atividades educativas junto às equipes de seus setores;

V – Acompanhar a participação dos profissionais nas ações de capacitação;

VI – Apresentar sugestões de melhoria e contribuir para a avaliação dos resultados das atividades desenvolvidas.

Art. 6º – Da periodicidade das reuniões

O NEPS realizará reuniões ordinárias mensais, conforme calendário estabelecido no início de cada ano.

§ 1º Poderão ser realizadas reuniões extraordinárias sempre que houver necessidade de avaliação de demandas específicas, identificação de necessidades urgentes de capacitação ou ocorrência que demande intervenção educativa.

§ 2º As reuniões serão convocadas pela Coordenação, com comunicação prévia aos membros e indicação da pauta a ser discutida.

§ 3º A participação dos membros será registrada em lista de presença ou na própria ata da reunião.

Art. 7º – Do registro das reuniões e das deliberações

Todas as reuniões do NEPS deverão ser formalmente registradas em atas, contendo, no mínimo:

I – Data, horário e local da reunião;

II – Identificação dos participantes e respectivas representações;

III – Pauta dos assuntos discutidos;

IV – Registro das discussões e das deliberações realizadas;