

PORTARIA Nº 651/2015 - GAPE/GP/FSCMP

A PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas pelo Decreto do dia 27/02/2015, publicado no DOE nº 32.836, CONSIDERANDO que a criação da Comissão Interna de Certificação Hospital de Ensino da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (CIHE/FSCMP) é uma necessidade para o acompanhamento e concretização de ações que visam atender aos processos educacionais e assistenciais para o alcance da excelência no atendimento como hospital de ensino (HE); CONSIDERANDO que os Hospitais de Ensino e suas respectivas Instituições de Ensino, próprias ou conveniadas, são referência na assistência e no desenvolvimento do conhecimento na área de saúde, na incorporação de novas tecnologias e na divulgação do saber; CONSIDERANDO a Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.400 de 02 de outubro de 2007 a qual estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino; RESOLVE:

HOMOLOGAR o disposto no Regimento da Comissão Interna de Certificação Hospital de Ensino - CIHE da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará:

REGIMENTO DA COMISSÃO INTERNA DE CERTIFICAÇÃO HOSPITAL DE ENSINO - FSCMP

CAPÍTULO I**DO OBJETO E SUAS FINALIDADES**

Art. 1º - A CIHE/FSCMP, devidamente regulamentada pela Portaria nº394/2014.

Art.2º. Compete a Comissão monitorar, fiscalizar, regulamentar, analisar e apoiar os processos de gestão, acadêmicos, operacionais e administrativos que envolvam os trâmites necessários para a organização das práticas de estágio, residências em saúde, pesquisa e assistência assim como garantir efetivamente, a integração ensino serviço, visando a melhoria da condução dos serviços de saúde e o alcance dos requisitos necessários para certificação.

CAPÍTULO II**DA COMPOSIÇÃO**

Art.3º. A Comissão de Certificação Hospital de Ensino - FSCMP foi instituída por ato da Presidente da Fundação Santa Casa de Misericórdia, e integrada por representantes dos vários setores da Instituição, e têm a seguinte composição:

- I. Presidente da Comissão - Rosângela Brandão Monteiro;
- II. Vice Presidente - Lizomar de Jesus Maues Pereira Moia;
- III. Assessoria de Planejamento (ASPL);

Titular - Walda Cleoma Lopes Valente dos Santos

Suplente - Tatiana da Silva Mendes

IV. Gerência de Ensino (GENS)

Vera Lucia de Azevedo Lima

V. Diretoria Técnico de Apoio Operacional (DATO)

Titular - Cinthya Francinete Pires

Suplente - Benedita Leida Martins Rodrigues

VI. Diretoria Técnica Assistencial (DTAS)

Titular - Norma Suely de Carvalho Fonseca Assunção

Suplente - Maria das Graças Tappembeck Bentes

VII. Diretoria Administrativa e Financeira e Administrativa (DIAF)

Rosane Marques Rosado Gomes

VIII. Gerência de Gestão de Pessoas (GESP)

Claudio Porpino Henriques Filho

IX. Gerência de Desenvolvimento de Pessoas (GEDP)

Rosilene Ferreira Gonçalves da Silva

X. Assessoria de Qualidade (ASGQ)

Dociana Erica Cabral Formigosa

XI. Gestão de Risco (ASGR)

Edilson Ferreira Calandrine

CAPÍTULO II**DA COMPETÊNCIA E ATRIBUIÇÕES**

Art.4º. Compete à Presidente da Comissão:

- I. Convocar e presidir as reuniões da Comissão;
- II. Representar a Comissão junto às instâncias internas e externas à Instituição;
- III. Prestar as informações solicitadas pela Comissão Estadual de Apoio à Certificação de Hospitais Públicos em Hospitais em Ensino (CCHE) e pelo Grupo Técnico de Avaliadores da Certificação de Hospitais em Hospitais de Ensino MEC/MS;
- IV. Apresentar a avaliação do gestor local e do diretor do hospital sobre a pactuação do hospital com as políticas prioritárias locais/regionais;
- V - Organizar e sistematizar todas as atas das reuniões, relatórios de funcionamento e regimento das comissões constituídas na FSCMP;
- VI. Providenciar local e uma estante para arquivamento das evidências;
- V. Apresentar documento da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou do gestor local desobrigando a existência da unidade para a rede de urgência e emergência;
- VI. Apresentar composição, portaria de criação e ata da última reunião do Conselho Gestor do Hospital;
- VII. Assegurar a autonomia do processo de avaliação de certificação da FSCMPA como HE perante os Certificadores MEC/MS;

VIII. Assegurar que a Comissão de Residência Médica (COREME) apresente a lista dos programas de residência, com o número de vagas e bolsas, com a lista nominal com CPF dos residentes por ano das vagas efetivamente ocupadas (R1/R2/R3/R4), especificando os locais e serviços das atividades práticas do programa.

IX. Assegurar que a COREME apresente a lista de preceptores de residência médica por programa com CPF, titulação e carga horária contratual e dedicada à função de preceptoria.

Art.5. Competem à vice-presidente da Comissão as seguintes atribuições:

- I. Preparar e expedir todas as comunicações da Comissão;
- II. Lavrar os registros da reunião da Comissão em ata;
- III. Deliberar com a presidente da comissão, adotando medidas relativas ao funcionamento da comissão;
- IV. Solicitar da Gerência de Pesquisa (GPES) o projeto institucional para o desenvolvimento de atividades de pesquisa no hospital;
- V. Solicitar da GPES a lista dos projetos de pesquisa realizados no hospital, com autores envolvidos e temas propostos;
- VI. Solicitar da GPES a lista de publicações desenvolvidas no hospital;
- VII. Solicitar das bibliotecárias a descrição da estrutura e instalações utilizadas como biblioteca no hospital;
- VIII. Solicitar das bibliotecárias a lista de periódicos disponíveis mediante assinatura e pontos de acesso no hospital às bibliotecas virtuais em saúde, em particular ao Portal de Periódicos da CAPES.

IX. Organizar e sistematizar todas as atas das reuniões, relatórios de funcionamento e regimento das comissões constituídas na FSCMP;

Art.6. Competem à Assessoria de Planejamento:

- I. Apresentar a avaliação do gestor local e do diretor do hospital sobre a pactuação do hospital com as políticas prioritárias locais/regionais;
- II. Apresentar cópia da última Ficha de Cadastro Estabelecimento de Saúde/FCES assinalando número total de leitos do hospital, destacando os dedicados ao SUS;
- III. Apresentar proposta institucional de expansão da proporção dos leitos dedicados ao SUS, àqueles que não oferecem 100% de sua capacidade;
- IV. Apresentar a lista total de procedimentos realizados no hospital, destacando aqueles oferecidos ao SUS, discriminando quantidade e valor financeiro por grupos;
- V. Apresentar estatística sumária com os principais indicadores de movimentação hospitalar para a totalidade dos leitos, destacando os oferecidos ao SUS;
- VI. Apresentar cópia do contrato de metas ou de gestão com o gestor local, ou documento que comprove a regulação dos serviços contratados.
- VII. Apresentar a estruturação do sistema de avaliação de custos.
- VIII. Apresentar o novo mapa estratégico, bem como os Indicadores de Resultados.

Art. 7. Compete à Gerência de Ensino (GENS)

- I. Sensibilizar a comunidade acadêmica para os processos de avaliação institucional para o atendimento aos requisitos da Certificação como HE;
- II. Apresentar lista nominal de alunos e grade curricular do internato em medicina, especificando os locais e serviços onde cada estágio se realiza;
- III. Apresentar lista nominal de alunos e grade curricular de atividades hospitalares de outras profissões da saúde, especificando os locais e serviços onde são desenvolvidos;
- IV. Descrever a estrutura de acompanhamento docente nas atividades no hospital para estudantes de graduação em medicina e de outras áreas da saúde, com nomes, CPF, titulação e carga horária dos docentes.
- V. Criar formulários para avaliação das variáveis que denotem as condições e os recursos necessários para o desenvolvimento do ensino e estabelecimento de indicadores de estrutura, processo e resultado;
- VI. Sistematizar e prestar as informações solicitadas pela Comissão de Certificação;
- VII. Solicitar à COREME e à Coordenação da residência multiprofissional documentos comprobatórios de projetos de cooperação técnica e de docência com o SUS, incluindo rede básica de saúde.

Art. 9. Compete à Diretoria Técnico de Apoio Operacional (DATO)

- I. Organizar e publicar as rotinas técnicas e operacionais;
- II. Apresentar as rotinas padronizadas e protocolos disponíveis em meio físico - documento impresso ou eletrônico-Intranet
- III. Criar estratégias para implementação de rotinas técnicas e operacionais;
- IV. Apresentar estatística sumária de funcionamento da unidade de atendimento de urgência e emergência;
- V. Organizar e sistematizar todas as atas das reuniões, relatórios de funcionamento e regimento das comissões constituídas na FSCMP;

VI. Organizar e padronizar as pastas de constituição das Comissões;

Art. 10. Compete à Diretoria Técnica Assistencial (DTAS)

- I. Organizar e publicar as rotinas técnicas e operacionais;
- II. Apresentar as rotinas padronizadas e protocolos disponíveis em meio físico - documento impresso ou eletrônico-Intranet
- III. Criar estratégias para implementação de rotinas técnicas e operacionais;
- IV. Assegurar que cada gerente tenha cópias controlados dos documentos padronizados (POP, protocolo, regimento, formulário).
- V. Listar os projetos relacionados às políticas prioritárias locais/regionais em que participa;
- VI. Apresentar o regimento ou rotinas de funcionamento da unidade de atendimento de urgências e emergências obstétricas de alto risco;
- VII. Descrever os mecanismos de referência/contrarreferência com as unidades do SUS envolvidas;
- VIII. Organizar e sistematizar todas as atas das reuniões, relatórios de funcionamento e regimento das comissões constituídas na FSCMP;
- IX. Constituição do Comitê de ética de Enfermagem.

Art. 11. Compete à Diretoria Administrativa e Financeira (DIAF)

- I. Apresentar a estruturação do sistema de avaliação de custos;
- II. Apresentar a estruturação do sistema de informações;
- III. Assegurar a reforma da reestruturação física do centro de estudos;
- IV. Assegurar os projetos de reforma dos espaços no hospital centenário
- V. Organizar e sistematizar todas as atas das reuniões, relatórios de funcionamento e regimento das comissões constituídas na FSCMP;

Art. 12. Compete à Gerência de Gestão de Pessoas (GESP)

- I. Relacionar os programas institucionais de desenvolvimento de recursos humanos, com descrição de setores envolvidos no hospital ou na IES e sua abrangência;
- II. Apresentar o projeto institucional e as iniciativas de trabalho condizente com a Política Nacional de Humanização do SUS.

Art. 13. Compete à Gerência de Desenvolvimento de Pessoas (GEDP)

- I. Apresentar relatório das ações para o desenvolvimento de recursos humanos do ano anterior e proposta para o exercício vigente, incluindo a relação nominal dos participantes;
- II. Descrever estrutura e instalações utilizadas para ensino (Quantidade e Capacidade das salas de aula no hospital; quantidade de equipamento audiovisual; outras instalações e equipamentos para ensino: especificar).
- III. Especificar qual Comissão de Integração de Ensino e Serviço/CIES o hospital se vincula, referindo se participa do seu conselho gestor;
- IV. Apresentar documento com programas desenvolvidos em conjunto com a CIES;
- V. Apresentar a ata das duas últimas reuniões do grupo de implantação da CIES com a participação do hospital de ensino;

Art. 14. Compete à Assessoria de Qualidade

- I. Estabelecer diretrizes básicas para a elaboração, revisão, aprovação, disponibilização, e controle dos documentos pertinentes às normas técnicas e rotinas operacionais;
- II. Apresentar a estruturação do Fluxo organizacional de utilização dos documentos padronizados, de acordo com o Manual da Qualidade e disponibilizados via intranet;
- III. A apresentar a estrutura do sistema de avaliação de satisfação do usuário;
- IV. Padronização dos regimentos internos das comissões;
- V. Criar fluxo para encaminhamento de documentação pertinente as Comissões Assessoras.

Art. 15. Compete à Gestão de Risco

- I. Apresentar as rotinas operacionais e fluxos da vigilância epidemiológica no hospital;
- II. Apresentar as rotinas operacionais do hospital nas áreas de hemovigilância, tecnovigilância e farmacovigilância, ou relatório da gerência de risco de hospital sentinela da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

III. Apresentar as rotinas padronizadas e protocolos disponíveis em meio físico - documento impresso ou eletrônico- Intranet do Núcleo de Segurança do Paciente instituído pela PORTARIA Nº 1010/2013 - GAPE/GP/FS-CMP, publicado no Diário Oficial do Estado Nº 32469 de 29/08/2013.

CAPÍTULO III**DO FUNCIONAMENTO**

Art.16. A Comissão Interna de Certificação realizará uma reunião ordinária quinzenal e reunir-se-á extraordinariamente quando convocada por sua Presidente ou por, pelo menos, um terço de seus membros.

§1º. Para as reuniões ordinárias da Comissão de Certificação (será elaborada um agenda pactuada com dias e horários