



**MUNICÍPIO DE VISCONDE DO RIO BRANCO**  
**ESTADO DE MINAS GERAIS**

Visconde do Rio Branco, 22 de abril de 2026.

**OFÍCIO GAB/PREF Nº 125/2026**  
**Exmo. Sra. Maria Izabel Martins Crovato**  
**Presidente da Comissão**

Com cópia aos Ilustríssimos Senhores Vereadores:  
**Claudio Roberto de Castro**  
**Guilherme Guimarães de Azevedo**

Senhora Vereadora,

Cumprimentando-a cordialmente, sirvo-me do presente para, em referência aos **RELATÓRIOS DE AUDITORIA** elaborados até a presente data, encaminhar a Vossa Senhoria e aos demais membros dessa Comissão as considerações pertinentes, bem como solicitar a adoção das providências cabíveis no âmbito do Poder Legislativo Municipal

Solicita-se, ainda, que cópias integrais do presente expediente, bem como dos relatórios mencionados, sejam igualmente encaminhadas aos demais Vereadores da Egrégia Casa Legislativa, a fim de que todos tenham ciência formal do conteúdo apurado e possam exercer plenamente suas atribuições institucionais.

Conforme se extrai dos referidos relatórios, foram destacadas graves irregularidades que, pela relevância e impacto administrativo, demandam apuração rigorosa, acompanhamento institucional efetivo e atuação fiscalizatória firme por parte dessa Egrégia Câmara Municipal, no exercício de suas competências constitucionais e legais

Dessa forma, esta Administração Municipal espera que sejam adotadas, com a urgência que o caso requer, as medidas necessárias para que os fatos apontados sejam devidamente analisados, promovendo-se um trabalho fiscalizador contundente, responsável e compatível com a seriedade das constatações apresentadas

Ressalta-se que a atuação harmônica e independente entre os Poderes constitui princípio essencial à boa governança pública, sendo certo que a fiscalização eficiente representa instrumento indispensável à transparência, à legalidade e à proteção do interesse coletivo

Sem mais para o momento, renovo votos de elevada estima e distinta consideração

Atenciosamente,



**Luiz Fabio Antonucci Filho**  
**Prefeito Municipal**



# 1º RELATÓRIO DE AUDITORIA

Apresentação do relatório da fase 1 (Planejamento e Preparação) que tem como objetivo realizar o entendimento profundo do contexto operacional, regulatório e financeiro do Hospital São João Batista, coletar informações preliminares sobre sua estrutura e processos, avaliar os principais riscos a serem abordados, e elaborar um Plano de Auditoria Detalhado que guiará todas as atividades futuras.

**Contrato: 02/2026**

## SUMÁRIO

1. CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE .....	2
2. SUMÁRIO EXECUTIVO .....	2
3. CONTEXTO .....	3
3.1. OBJETIVO DA FASE 1 .....	3
3.2. IMPORTÂNCIA DA FASE 1 .....	3
3.3. ATIVIDADES PLANEJADAS PARA FEVEREIRO .....	3
3.4. PROGRESSO DE EXECUÇÃO .....	3
3.4.1. ATIVIDADE 1: REUNIÃO DE ABERTURA .....	3
3.4.2. ATIVIDADE 2: VISITA TÉCNICA .....	4
3.4.3. ATIVIDADE 3: DA DOCUMENTAÇÃO SOLICITADA E DISPONIBILIZADA .....	11
3.4.4. ATIVIDADE 4: AVALIAÇÃO PRELIMINAR DE RISCOS – PENDENTE (POR FALTA DE INFORMAÇÕES) .....	16
3.4.5. ATIVIDADE 5: ELABORAÇÃO DO PLANO DE AUDITORIA DETALHADO - PENDENTE .....	17
3.4.6. ATIVIDADE 6: APROVAÇÃO DO PLANO DETALHADO – NÃO FOI POSSÍVEL ..	18
4. PRÓXIMOS PASSOS .....	18
5. CONCLUSÃO FINAL .....	19

# RELATÓRIO DE MONITORAMENTO MENSAL - FASE 1

Planejamento e Preparação - Fevereiro 2026

## 1. CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE

Hospital São João Batista - Visconde do Rio Branco, MG

- **Sede:** Praça Jorge Carone Filho, 806 – Visconde do Rio Branco - MG
- **CNES:** 2760843
- **CNPJ:** 26.001.230/0001-69
- **Porte:** Hospital de Médio Porte
- **Esfera administrativa:** privada
- **Tipo de Unidade:** Hospital Geral
- **Natureza Jurídica:** associação civil sem fins lucrativos

**Empresa Auditora:** Orientação Assessoria e Planejamento Ltda.

**Período de Relatório:** fevereiro de 2026

**Data de Emissão:** 20/02/2026

**Equipe Técnica Responsável:** Luiz Carlos Alves, Cristina Márcia da Silva, Sandra Bara

## 2. SUMÁRIO EXECUTIVO

O presente Relatório de Monitoramento Mensal apresenta o progresso da **Fase 1 (Planejamento e Preparação)** da auditoria do Hospital São João Batista durante fevereiro de 2026. Esta fase é fundamental para o sucesso de toda a auditoria, pois estabelece as bases metodológicas, define o escopo detalhado, aloca recursos e alinha as expectativas com a Prefeitura e o Hospital.

Durante fevereiro, foram realizadas as seguintes atividades principais: **reunião de abertura com a Prefeitura, visita técnica preliminar sobre a estrutura organizacional e processos, avaliação preliminar de riscos, e elaboração do Plano de Auditoria Detalhado.** O progresso geral desta fase está descrito em seguida, com problemas na realização das atividades, particularmente, com percalços na realização da visita técnica e disponibilização da documentação solicitada, impossibilitando a avaliação preliminar de riscos e impedindo a elaboração do Plano de Auditoria Detalhado. conforme os prazos estabelecidos.

### 3. CONTEXTO

#### 3.1. OBJETIVO DA FASE 1

A Fase 1 (Planejamento e Preparação) tem como objetivo estabelecer as bases sólidas para a execução bem-sucedida das fases subsequentes da auditoria. Nesta fase, a equipe de auditoria **realiza o entendimento profundo do contexto operacional, regulatório e financeiro do Hospital São João Batista, coleta informações preliminares sobre sua estrutura e processos, avalia os principais riscos a serem abordados, e elabora um Plano de Auditoria Detalhado que guiará todas as atividades futuras.**

#### 3.2. IMPORTÂNCIA DA FASE 1

A qualidade da Fase 1 determina diretamente a efetividade das fases subsequentes. Um planejamento inadequado pode resultar em desperdício de recursos, foco em áreas menos críticas, e achados incompletos ou imprecisos. Portanto, a Fase 1 é executada com rigor metodológico e atenção aos detalhes, garantindo que todas as informações necessárias sejam coletadas e que os riscos sejam adequadamente identificados e priorizados.

#### 3.3. ATIVIDADES PLANEJADAS PARA FEVEREIRO

A tabela a seguir apresenta as atividades específicas planejadas para fevereiro de 2026, conforme o Cronograma Detalhado estabelecido no Planejamento Estratégico de Auditoria:

Atividade	Data Início	Data Término	Responsável	Status Esperado
Reunião de Abertura	11/02/2026	11/02/2026	Equipe Técnica	Concluído
Coleta de Informações Preliminares	12/02/2026	12/02/2026	Equipe Técnica	Em Execução
Avaliação Preliminar de Riscos	13/02/2026	13/02/2026	Equipe Técnica	Pendente
Elaboração do Plano Detalhado	18/02/2026	24/02/2026	Equipe Técnica	Pendente
Aprovação do Plano Detalhado	25/02/2026	28/02/2026	Prefeitura/Hospital	Pendente

#### 3.4. PROGRESSO DE EXECUÇÃO

##### 3.4.1. ATIVIDADE 1: REUNIÃO DE ABERTURA

**Data de Realização:** 11 de fevereiro de 2026

**Participantes:** Secretário de Saúde Willian de Freitas Carlos, Prefeito Fabinho Antonucci, e equipe de auditores, Luiz Carlos Alves, Cristina Márcia da Silva e Sandra Bara

**Objetivo:** Apresentar o plano de trabalho, alinhar expectativas, e estabelecer canais de comunicação.

**Resultados Alcançados:**

- Apresentação do Planejamento Estratégico de Auditoria à Prefeitura
- Apresentação da equipe de auditoria e definição de papéis e responsabilidades
- Discussão do cronograma e prazos esperados
- Alinhamento de expectativas quanto aos achados e recomendações
- Estabelecimento de canais de comunicação e protocolos de reunião
- Confirmação de acesso às instalações, documentação e sistemas do Hospital

**Status:** ✓ Concluído

### 3.4.2. ATIVIDADE 2: VISITA TÉCNICA

**Período:** 12 de fevereiro de 2026

**Responsável:** Equipe Técnica

**Objetivo:** Coletar informações preliminares sobre a estrutura organizacional, processos e controles internos do Hospital.

**Contexto:**

- Foi realizado uma primeira visita técnica, agendada pela Prefeitura ao Hospital. Fomos recebidos pelo Provedor do Hospital e pelo Diretor Henrique Slaib Filho que não autorizou que os trabalhos fossem realizados e nem apresentou os documentos solicitados.
- Mediante este cenário, no mesmo dia, fomos ao Ministério Público para uma reunião com a Promotora de Justiça, Dra. Tatiana Lima Ribeiro, com a Analista do MP, Alessandra Rodrigues e com as presenças do Secretário Municipal de Saúde, Willian de Freitas Carlos, do Procurador Municipal de Saúde, Dr. Juan Júnior Zopelaro Costa e os representantes da equipe técnica de Auditoria, srs, Luiz Carlos Alves, Cristina Márcia da Silva e Sandra Bara relatando o ocorrido.
- Em seguida, todos os presentes nesta reunião se dirigiram ao Hospital São João Batista, ocasião em que foi franqueado o acesso às instalações físicas da entidade para a realização da vistoria pela equipe de Auditoria e pela Promotora de Justiça.
- A seguir, segue observações realizadas nesta visita cujo foco, foi um diagnóstico preliminar da Assistência:

**Objetivo da visita:** Apresentar para a Prefeitura o resultado da primeira visita técnica institucional realizada no Hospital São João Batista, com foco em:

- Segurança operacional

- Condições estruturais e assistenciais
- Processos organizacionais
- Segurança do paciente
- Fragilidades identificadas
- Recomendações técnicas preliminares

### **Contextualização da visita**

A visita foi realizada com acompanhamento do Ministério Público. Registra-se que houve resistência institucional significativa por parte da unidade hospitalar, o que impactou a aplicação integral da metodologia técnica prevista.

O tempo de permanência foi reduzido, impossibilitando:

- abertura de armários de medicamentos;
- conferência formal de carrinhos de emergência;
- análise de prontuários;
- realização completa do percurso do paciente dentro da instituição.

Ainda assim, foram identificadas fragilidades relevantes que demandam intervenção imediata.

### **Observações relevantes quanto à:**

#### **SEGURANÇA OPERACIONAL**

- Infraestrutura Crítica
- Inexistência de gerador de energia elétrica de backup para suporte às atividades assistenciais e críticas.
- Presença de pombos nos telhados próximos à enfermaria SUS, configurando risco sanitário.
- Ambientes externos sucateados.
- Ausência de equipe de manutenção visível durante a visita.
- Não evidenciada equipe de limpeza em atuação nas áreas observadas.

#### **Ambiência e Conservação**

- Banheiros próximos à recepção principal em condições precárias de conservação e higiene.
- Banheiro da enfermaria SUS em condições inadequadas de limpeza.
- Sinalização interna frágil e insuficiente.
- Ausência de sinalização indicativa de acesso à farmácia.

- Ausência de sinalização institucional sobre:
  - Segurança do paciente
  - Notificação de eventos adversos
  - Aleitamento materno

### **Gestão Institucional**

- Inexistência de:
  - Serviço estruturado de Atendimento ao Cliente (SAC);
  - mecanismos formais de humanização;
  - painéis de gestão à vista;
  - indicadores visíveis de monitoramento assistencial ou administrativo;
  - ações institucionais voltadas ao desenvolvimento e valorização dos profissionais.
- Registro de ponto realizado simultaneamente por folha manual e sistema eletrônico, sem clareza quanto à validação e integração dos mecanismos.
- Presença de animais (cachorros) na recepção principal e acesso principal, configurando grave risco sanitário e institucional.

### **UNIDADE DE INTERNAÇÃO**

#### **Condições Estruturais**

- Enfermarias com:
  - paredes mofadas;
  - pintura craquelada;
  - ambiente insalubre e incompatível com assistência segura.
- Banheiros com acessibilidade estrutural teórica, porém em condições de higiene inadequadas.

#### **Fluxo de Leitos**

- Quartos com pacientes já encaminhados para cirurgia ou alta, mantendo:
  - equipos e soros pendurados;
  - ausência de descarte adequado;
  - inexistência de padronização no fluxo de desocupação do leito.

Essa condição compromete:

- rastreabilidade;
- segurança do paciente;

- controle assistencial.

### **Áreas de Convivência**

- Espaços externos e áreas com vista para lodo externo do hospital, que deveriam ser destinados à convivência dos pacientes, encontram-se com:
  - equipamentos sucateados;
  - materiais sem identificação;
  - ausência de controle patrimonial;
  - ausência de organização;
  - ausência de humanização.

### **UTI ADULTO E UCINCA (SIMILAR)**

#### **Manutenção de Equipamentos**

- Nenhum equipamento com identificação visível de manutenção preventiva ou corretiva.
- Ausência de rastreabilidade formal.

#### **Nutrição Parenteral**

- Direção médica informou inexistência de nutrição parenteral.
- Contudo, foram observados pacientes em uso de bombas de infusão compatíveis com nutrição parenteral.
- Gestores não souberam descrever protocolo de administração, controle ou fluxo.

Evidencia-se:

- Ausência de Farmácia Clínica estruturada;
- Ausência de Serviço formal de Nutrição Enteral e Parenteral (ENTM);
- Fragilidade na governança clínica.

#### **Checklists e Protocolos**

- Ausência de checklist fixado nos equipamentos da UCINCA.
- Verificação realizada apenas quando há utilização.
- Não evidenciada rotina estruturada de checagem preventiva.

### **FARMÁCIA E MEDICAMENTOS**

Não foi possível verificar:

- validade das medicações;

- armazenamento;
- organização da farmácia;
- rastreabilidade da dispensação;
- quebra de carrinho de emergência.

**Recomenda-se para próximas visitas:**

- presença de farmacêutico da Assistência Farmacêutica Municipal;
- acesso irrestrito a:
  - geladeiras;
  - armários;
  - carrinhos;
  - registros de dispensação.

**SEGURANÇA DO PACIENTE**

**Pontos Positivos**

Foi observada:

- identificação adequada do paciente no leito;
- sinalização de risco de queda;
- sinalização de mudança de decúbito;
- sinalização de risco de lesão por pressão.

**Fragilidades**

- Não evidenciada utilização formal de protocolos assistenciais.
- Quebras de protocolo e fragilidades nos processos de segurança.
- Não foi possível analisar prontuários.
- Não foi realizado percurso completo do paciente.

**ANÁLISE TÉCNICA CONCLUSIVA**

O hospital apresenta:

- Fragilidade estrutural significativa;
- Fragilidade de governança clínica;
- Ausência de gestão de manutenção;
- Fragilidade em farmacoterapia;
- Ausência de cultura formal de protocolos;

- Insuficiência de mecanismos institucionais de segurança do paciente;
- Fragilidade organizacional e operacional.

Há risco assistencial relevante, especialmente em:

- segurança elétrica (ausência de gerador);
- manutenção de equipamentos críticos;
- gestão de medicamentos;
- nutrição parenteral;
- ambiência insalubre em enfermarias.

#### COM RELAÇÃO AO:

- **RELATÓRIO DE INSPEÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS (122204869) - SEI 1320.01.0141525/2025-29);**
- **DA VISITA TÉCNICA PRESENCIAL REALIZADA PELA EQUIPE DESIGNADA;**
- **DA ANÁLISE DOCUMENTAL E ESTRUTURAL DA UNIDADE HOSPITALAR, QUE NÃO FOI DISPONIBILIZADA;**

Verificou-se um conjunto de irregularidades sanitárias, estruturais, assistenciais e documentais de natureza **sistêmica, reiterada e estrutural**, envolvendo:

- descumprimento de múltiplos dispositivos da RDC 63/2011, RDC 50/2002, RDC 15/2012, RDC 34/2014, RDC 611/2022, RDC 06/2013;
- ausência de regularidade técnica perante órgãos de classe;
- ausência ou inconsistência de projetos arquitetônicos aprovados;
- fragilidade na governança clínica;
- irregularidades em setores críticos (CME, neonatologia, endoscopia, radiologia, farmácia);
- inconformidades relacionadas à segurança do paciente;
- falhas de rastreabilidade e controle sanitário;
- **ausência prolongada de Alvará Sanitário válido, por período superior a 10 anos, conforme ressaltado pelo, também, Ministério Público.**

#### FUNDAMENTAÇÃO CONSTITUCIONAL E LEGAL

##### Constituição Federal

O art. 196 da Constituição Federal estabelece:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos.”

O art. 197 dispõe:

“São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle.”

Portanto, ainda que a entidade possua natureza filantrópica privada, o serviço por ela prestado é de interesse público, submetendo-se integralmente à fiscalização estatal.

### **Lei nº 8.080/1990**

A Lei Orgânica da Saúde impõe:

- art. 6º – vigilância sanitária como ação integrante do SUS;
- art. 7º – princípios da integralidade, segurança e qualidade;
- art. 15 – competência do poder público para normatizar, controlar e fiscalizar serviços de saúde.

### **Lei Estadual nº 13.317/1999 (Código de Saúde de Minas Gerais)**

A legislação estadual autoriza:

- adoção de medidas cautelares quando houver risco sanitário;
- interdição parcial ou total de estabelecimentos;
- adoção de medidas administrativas extraordinárias para proteção da coletividade.

### **DA GRAVIDADE DAS IRREGULARIDADES**

O conjunto de inconformidades constatadas não se caracteriza como falhas pontuais ou meramente formais.

Trata-se de:

- ausência de regularidade técnica institucional;
- falhas estruturais reiteradas;
- descumprimento de normas de controle de infecção;
- irregularidades na esterilização e processamento de materiais;
- fragilidade no controle de qualidade da água e climatização;
- inconformidades na rastreabilidade de medicamentos e hemocomponentes;
- ausência de regularização arquitetônica em múltiplos setores;
- ausência de médico plantonista exclusivo para internações;

- resistência institucional à fiscalização.

A situação demonstra **quebra sistêmica da governança sanitária**.

#### **DA AUSÊNCIA DE REGULARIDADE SANITÁRIA PROLONGADA**

Conforme relatado e verificado, a instituição permanece há mais de 10 anos sem Alvará Sanitário válido, configurando:

- funcionamento irregular continuado;
- descumprimento grave da legislação sanitária;
- situação consolidada de risco institucional.

A permanência prolongada da irregularidade evidencia:

- incapacidade administrativa de autossaneamento;
- risco assistencial potencial e concreto;
- vulnerabilidade estrutural da gestão.

#### **DO RISCO SANITÁRIO E ASSISTENCIAL**

A análise técnica evidencia risco potencial e concreto:

- risco de infecção hospitalar;
- risco transfusional;
- risco relacionado à esterilização inadequada;
- risco relacionado a armazenamento de medicamentos;
- risco estrutural (projetos arquitetônicos não aprovados);
- risco ocupacional;
- risco assistencial por ausência de protocolos aplicados de forma sistemática.

O risco sanitário não precisa ser comprovadamente consumado para justificar intervenção – basta sua potencialidade concreta, conforme entendimento consolidado na jurisprudência sanitária.

### **3.4.3. ATIVIDADE 3: DA DOCUMENTAÇÃO SOLICITADA E DISPONIBILIZADA**

**PERÍODO:** 4 de Fevereiro de 2026

**Responsável:** Equipe Técnica

**Objetivo:** Coletar informações preliminares sobre a estrutura organizacional, processos e controles internos do Hospital, referentes as **dimensões econômico-financeira, assistencial, organizacional e gestão de pessoas**.

**DOCUMENTAÇÃO SOLICITADA:** Não foi possível, a partir das informações disponibilizadas definir:

- **Estrutura Organizacional:** - Organograma completo do Hospital - Descrição de funções e responsabilidades de cada departamento - Identificação de gestores-chave e pontos de contato - Estrutura de governança (Conselho de Administração, Diretoria, Comitês)
- **Processos Principais:** - Mapeamento de processos críticos (financeiro, operacional, RH, etc.) - Identificação de fluxos de informação e tomada de decisão - Documentação de procedimentos operacionais padrão - Identificação de sistemas de informação utilizados
- **Controles Internos:** - Avaliação preliminar da estrutura de controles internos - Identificação de políticas e procedimentos de controle - Avaliação da segregação de funções - Identificação de pontos fracos nos controles

**DOCUMENTAÇÃO DISPONIBILIZADAS:** Estatuto Social - Relatórios financeiros de 2024, com parecer da auditoria contábil independente.

#### **ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO COLETADA:**

Até a presente data recebemos uma parte ínfima da documentação solicitada.

Segundo nosso planejamento a análise documental abrangerá **dezessete áreas críticas**, incluindo, mas não se limitando a: **Financeira e Contábil, Recursos Humanos, Operacional e Assistencial, Regulatória e Jurídica, Compras e Suprimentos, Faturamento e Auditoria de Contas Médicas, Segurança do Paciente e Gestão de Riscos, Infraestrutura e Manutenção, Tecnologia da Informação (TI) e Proteção de Dados, Ambiental e Gestão de Resíduos, Educação Continuada e Qualificação Profissional, Governança e Compliance, Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho, Pacientes e Experiência do Usuário, Parcerias e Convênios com o SUS, Farmácia Hospitalar e Controle de Medicamentos, e Gestão de Terceirizados.**

Com ela teremos condições de ter um entendimento do ambiente operacional, regulatório e financeiro e, a partir dos dados disponibilizados, utilizando técnicas de análise de dados:

- identificar anomalias, tendências de padrões;
- a avaliação de conformidade do hospital com as normas e regulamentos aplicáveis;
- detecção e documentação de quaisquer irregularidades ou não conformidades;
- elaboração do **Diagnóstico Técnico**, com a consolidação de achados de auditoria.

Até a data (19/02/2026) recebemos, além dos **Estatutos Sociais, somente as demonstrações contábeis de 2024 e o relatório de Auditoria Independente do período.**

A análise das Demonstrações Contábeis visa estabelecer as condições econômico-financeiras da entidade, se ela está criando ou destruindo valor, sua solvência e capacidade de continuar operando, entre outros fatores.

Para uma análise de desempenho contábil/financeiro robusta, **de 3 a 5 períodos são considerados suficientes**. Para um diagnóstico de desempenho (rentabilidade, endividamento, giro, etc.), **3 a 5 anos** equilibram a necessidade de dados históricos sem perder a relevância do cenário atual.

Embora analisar apenas dois anos, como é o caso, permita calcular variações percentuais (análise horizontal), esse prazo é muito curto para identificar tendências estruturais.

Por que de 3 a 5 anos?

- **Identificação de Tendências (Análise Horizontal):** Um único ano pode ser atípico (ex: o período da covid). Três ou mais anos permitem ver se uma queda na rentabilidade foi um evento único ou uma tendência de declínio.
- **Ciclos Econômicos:** Muitas empresas dependem de ciclos de mercado. Um período de 5 anos geralmente abrange um ciclo completo de alta e baixa econômica, permitindo avaliar a resiliência da empresa em diferentes cenários.
- **Normalização de Resultados:** Eventos extraordinários (covid, processos judiciais) distorcem análises curtas. Mais períodos ajudam a "suavizar" a curva de desempenho.

As demonstrações contábeis de 2024 foram auditadas por Castro, Serra, Nirdo Auditores Independentes, que apresentou **opinião com ressalvas** (estoques não validados, subvenções não segregadas anteriormente a 2024, falta de inventário físico e controle individualizado dos bens componentes do Ativo Imobilizado e testes de recuperabilidade desses bens. Os valores são significativos – 73% do Ativo Total.

Adicionalmente o Parecer ressalta a “**incerteza relevante relacionada com a continuidade operacional**”, com passivo a descoberto (passivo excedeu o total do ativo em R\$ 7.212.607,60).

É importante destacar que nos dois exercícios reportados cresceram significativamente, o resultado negativo, o endividamento, tendo os indicadores de liquidez e solvência piorado significativamente.

Vide os seguintes relatórios (abaixo):

<b>Demonstração do Resultado do Exercício</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
<b>Em R\$</b>		
Receita Operacional Líquida (ROL)	22.918.327	30.694.779
(-) Custo de Bens e Serviços	-	-
<b>Resultado Bruto</b>	<b>22.918.327</b>	<b>30.694.779</b>
Margem Bruta	100,00%	100,00%
Despesas Administrativas e Operacionais	(23.145.770)	(31.733.711)
Outras Receitas e Despesas Operacionais	(96.040)	(154.358)
<b>Ebitda</b>	<b>(323.482)</b>	<b>(1.193.290)</b>
Margem Ebitda	-1,41%	-3,89%
(-) Depreciações e Amortizações	-	(709.725)
<b>Ebit</b>	<b>(323.482)</b>	<b>(1.903.015)</b>
<b>Resultado Financeiro</b>	<b>(1.464.912)</b>	<b>(1.357.996)</b>
Receitas financeiras	209.523	199.341
Despesas Financeiras	(1.674.435)	(1.557.337)
<b>Resultado Operacional</b>	<b>(1.788.394)</b>	<b>(3.261.011)</b>
Benefícios Obtidos	-	-
<b>Resultado Líquido</b>	<b>(1.788.394)</b>	<b>(3.261.011)</b>
Margem Líquida	-7,80%	-10,62%

<b>Endividamento - Situação Financeira e Dívida</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
Empréstimos bancários e outros empréstimos	9.495.717	11.247.302
Outras obrigações do passivo circulante cíclico	6.165.198	6.169.584
(-) Caixa e equivalentes	(4.435.070)	(2.798.790)
<b>Dívida onerosa Líquida (curto, médio e longo prazo)</b>	<b>5.060.647</b>	<b>8.448.511</b>
Dívida onerosa de curto prazo	1.018.229	3.229.599
Dívida onerosa de médio/longo prazo	8.477.489	8.017.703

<b>CÁLCULO DO EVA</b>		
Demonstrações Financeiras 2024		
	2023	2024
<b>EVA = (ROI - CMPC) X INVESTIMENTO</b>	<b>(184.722,50)</b>	<b>(1.467.616,88)</b>
INVESTIMENTO = AT - PNO	5.544.120,80	4.034.694,06
ROI = LOL/INVESTIMENTO	(0,32)	(0,81)
CMPC = (wi x ki) + (we x ke)	(0,29)	(0,44)
wi = PO / Investimento	1,71	2,79
ki = (DF/PO) x (1 - IR)	(0,11)	(0,09)
we = PL / Investimento	(0,71)	(1,79)
ke = taxa selic líquida	13,04%	10,83%
Ativo total	18.587.190,60	12.493.785,53
Patrimônio Líquido	(3.951.596,57)	(7.212.607,60)
Passivo Oneroso	9.495.717,37	11.247.301,66
Passivo não Oneroso	13.043.069,80	8.459.091,47
Vendas Líquidas	22.918.327,46	30.694.779,11
Resultado Bruto	22.918.327,46	30.694.779,11
Despesas Financeiras	(1.674.435,25)	(1.557.336,53)
Resultado operacional antes do Imposto de Renda	-1.788.393,61	-3.261.011,03
Resultado operacional após o Imposto de Renda	(1.788.393,61)	(3.261.011,03)
Resultado Líquido	(1.788.393,61)	(3.261.011,03)
Alíquota do IR	0,00%	0,00%

O EVA ou **Economic Value Added** ou **Valor Econômico Adicionado**, demonstra se uma empresa está criando ou destruindo valor real, indo além do lucro contábil. Ele mostra o lucro operacional após impostos menos o custo de todo o capital investido (próprio e terceiros), indicando a eficiência na geração de riqueza. No caso se evidencia a destruição de valor crescente;

A questão da “incerteza relevante relacionada com a continuidade operacional” é objeto de explicações nas Notas Explicativas (Nota 5) da entidade, que aponta um conjunto de medidas para tentar superar essa situação. Quanto a isto, temos a observar:

1. Foi apontado que o hospital não vem desempenhando adequadamente uma de suas funções estratégicas relacionadas à gestão da farmacoterapia, especialmente no que se refere à racionalização de custos e à padronização de medicamentos. Observa-se fragilidade na atuação da farmácia hospitalar, uma vez que não há evidências de controle efetivo sobre a padronização

farmacológica, permitindo, aparentemente, o atendimento indiscriminado de solicitações individuais de profissionais para aquisição de determinados medicamentos, o que compromete a sustentabilidade financeira da instituição;

2. Destaca-se ainda fragilidade técnica na condução das atividades farmacêuticas, indicando possível deficiência estrutural ou gerencial no setor. Ressalta-se que tais apontamentos já haviam sido identificados no exercício de 2024 e permanecem sem resolução no ano subsequente.
3. Quanto à discussão envolvendo o teto MAC (Média e Alta Complexidade), trata-se de tema mais complexo, uma vez que sua ampliação não depende exclusivamente da demanda municipal, mas da comprovação técnica de déficit assistencial e produção excedente. Observou-se que o hospital apresenta taxa média de ocupação aproximada de 97%, indicando alto nível de utilização da capacidade instalada. Nesse contexto, questiona-se a fundamentação técnica para solicitação de reequilíbrio financeiro ou ampliação do teto MAC, considerando que não há demonstração clara de produção significativamente superior à já contratualizada.
4. Embora seja reconhecido que os valores financeiros do SUS permanecem por longos períodos sem atualização substancial, observa-se que existem aportes financeiros adicionais provenientes de diferentes fontes, tais como incentivos estaduais, resoluções da Secretaria de Estado de Saúde, convênios específicos, recursos ministeriais e incentivos vinculados às redes temáticas, especialmente urgência e emergência, que regularmente aportam recursos ao hospital.
5. Também foi levantada dúvida quanto à alegação de redução de repasses financeiros. Considerando que grande parte dos recursos possui destinação vinculada, entende-se que tais valores devem obrigatoriamente ser transferidos conforme pactuação. Não ficou claro quais repasses efetivamente deixaram de ocorrer durante a gestão municipal anterior, nem houve demonstração objetiva da situação financeira real da instituição.
6. Por fim, observa-se possível fragilidade na compreensão dos aspectos técnicos de gestão hospitalar por parte dos responsáveis pela elaboração da nota apresentada, o que pode ter contribuído para inconsistências nas justificativas expostas.

**Status:** ✓ Parcialmente Concluído

#### **3.4.4. ATIVIDADE 4: AVALIAÇÃO PRELIMINAR DE RISCOS – PENDENTE (POR FALTA DE INFORMAÇÕES)**

**Período Previsto:** 11 a 17 de fevereiro de 2026

**Responsável:** Equipe Técnica

**Objetivo:** Identificar e priorizar os principais riscos a serem abordados na auditoria.

**Metodologia:** A avaliação preliminar de riscos foi realizada utilizando uma matriz de risco que considera a probabilidade de ocorrência e o impacto potencial de cada risco. Os riscos seriam classificados em três categorias: críticos, altos e médios.

**Riscos Identificados:**

Risco	Área	Probabilidade	Impacto	Classificação	Ação
Deficiências em Controles Financeiros	Financeira	Alta	Crítico	Crítico	Investigação Aprofundada
Não Conformidade com ANVISA	Operacional	Alta	Crítico	Crítico	Investigação Aprofundada
Deficiências em Segurança do Paciente	Operacional	Alta	Crítico	Crítico	Investigação Aprofundada
Problemas em Gestão de Pessoas	RH	Média	Alto	Alto	Investigação Detalhada
Deficiências em Governança	Governança	Média	Crítico	Crítico	Investigação Aprofundada

**Priorização:** Os riscos seriam priorizados com base na matriz de risco, resultando em foco especial nas áreas de Controles Financeiros, Conformidade Regulatória, Segurança do Paciente e Governança Institucional.

**Status:** ✓ *PENDENTE*

### 3.4.5. ATIVIDADE 5: ELABORAÇÃO DO PLANO DE AUDITORIA DETALHADO - PENDENTE

**Período:** 18 a 24 de fevereiro de 2026

**Responsável:** Equipe Técnica

**Objetivo:** Elaborar um Plano de Auditoria Detalhado que guiará as fases subsequentes.

**Conteúdo do Plano Detalhado:**

O Plano de Auditoria Detalhado inclui:

- **Objetivos Específicos Refinados:** Refinamento dos objetivos gerais da auditoria com base na avaliação preliminar de riscos
- **Escopo Detalhado:** Definição precisa de quais áreas, processos e documentos serão auditados

- **Metodologia Específica:** Descrição detalhada dos procedimentos de auditoria a serem utilizados em cada área
- **Cronograma Detalhado:** Cronograma específico para as fases subsequentes, com atividades, prazos e responsáveis
- **Alocação de Recursos:** Definição da equipe de auditoria, habilidades necessárias e alocação de horas
- **Crítérios de Avaliação:** Definição dos critérios que serão utilizados para avaliar a conformidade e identificar irregularidades
- **Matriz de Risco:** Matriz detalhada de riscos e controles a serem avaliados

**Documentação Gerada:** Plano de Auditoria Detalhado (documento formal)

**Status:** ✓ *PENDENTE*

### 3.4.6. ATIVIDADE 6: APROVAÇÃO DO PLANO DETALHADO – NÃO FOI POSSÍVEL

**Período:** 25 a 28 de fevereiro de 2026

**Responsável:** Prefeitura

**Objetivo:** Obter aprovação formal do Plano de Auditoria Detalhado pelas partes interessadas.

**Processo de Aprovação:**

- Apresentação do Plano Detalhado à Prefeitura
- Discussão de dúvidas e esclarecimentos
- Incorporação de sugestões (se aplicável)
- Aprovação formal do Plano

**Status:** PENDENTE

## 4. PRÓXIMOS PASSOS

Mediante análise preliminar, a visita técnica realizada e dada as gravidades constatadas, RECOMENDAMOS:

1. Implantação urgente de plano de contingência para energia elétrica.
2. Retirada imediata de animais da área hospitalar.
3. Plano emergencial de higienização profunda.
4. Inventário e identificação de todos os equipamentos.
5. Instituição formal do Núcleo de Segurança do Paciente.
6. Auditoria farmacêutica imediata.
7. Implantação de protocolo formal para nutrição parenteral.

8. Regularização da ambiência das enfermarias SUS.
9. Definição formal de governança clínica com RT Médico ativo.
10. Garantia de acesso irrestrito às próximas visitas técnicas.
11. Elaboração e implantação da gestão de riscos (matriz de risco).
12. Organização do processo de gestão e governança clínica e geral do Hospital.
13. Criação de um grupo gestor responsável pela administração do Hospital (perfil em documento anexo)

## 5. CONCLUSÃO FINAL

O Hospital São João Batista demanda intervenção organizacional estruturada e imediata, com reordenamento técnico-assistencial e administrativo, a fim de mitigar riscos à segurança do paciente e restaurar condições mínimas de funcionamento seguro.

O conjunto probatório revela que a manutenção do atual modelo de gestão coloca em risco: a segurança do paciente; a qualidade assistencial; a regularidade sanitária; o interesse público.

À luz da Constituição Federal, da Lei Orgânica da Saúde, da Lei Estadual nº 13.317/1999 e das RDCs da ANVISA aplicáveis, mostra-se juridicamente cabível e tecnicamente recomendável a adoção de medidas excepcionais de intervenção administrativa sanitária, como instrumento de proteção à saúde coletiva.

Para nortear o processo de intervenção, podemos considerar os seguintes aspectos referentes a dimensão **ASSISTÊNCIA E OPERACIONAL**:

- **Considerando** que o Hospital São João Batista encontra-se classificado como hospital geral com capacidade operacional de 100 leitos, conforme descrito em relatório oficial da Vigilância Sanitária, exercendo função assistencial regional estratégica;
- **Considerando** que a prestação de serviços hospitalares constitui atividade de relevante interesse público e integra o Sistema Único de Saúde, submetendo-se às normas da Lei nº 8.080/1990 (arts. 6º, 7º e 15);
- **Considerando** que o art. 196 da Constituição Federal estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, impondo a adoção de políticas que reduzam o risco de doença e outros agravos;
- **Considerando** que o art. 197 da Constituição Federal dispõe que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- **Considerando** que foi constatada ausência de Certificado de Regularidade Técnica emitido pelo CRM/MG, em descumprimento ao art. 14 da RDC 63/2011;

- **Considerando** a divergência entre o número de leitos informados e o cadastro no CNES, configurando infração ao art. 13 da RDC 63/2011, com potencial impacto na regulação assistencial;
- **Considerando** a ausência de PCMSO, descumprindo o art. 23, II da RDC 63/2011, comprometendo a proteção à saúde ocupacional;
- **Considerando** a inexistência de registros formais de manutenção preventiva e corretiva das instalações prediais, em afronta ao art. 42 da RDC 63/2011;
- **Considerando** a ausência de registros de manutenção de sistemas de climatização, descumprindo o art. 23, IX da RDC 63/2011;
- **Considerando** que a Farmácia Hospitalar apresenta infiltrações estruturais, em violação ao art. 36 da RDC 63/2011;
- **Considerando** que a área física da Farmácia encontra-se subdimensionada, descumprindo o art. 17 da RDC 63/2011;
- **Considerando** que os procedimentos operacionais não estavam devidamente padronizados e revisados, em afronta ao art. 51 da RDC 63/2011;
- **Considerando** a ausência de programa estruturado de treinamento continuado, em descumprimento ao art. 32 da RDC 63/2011;
- **Considerando** que a Lavanderia apresentou resultado insatisfatório quanto ao cloro residual livre na água, sem comprovação de medidas corretivas, violando o art. 39 da RDC 63/2011;
- **Considerando** a ausência de projeto arquitetônico aprovado em diversos setores, em descumprimento ao art. 34 da RDC 63/2011;
- **Considerando** a ausência de área adequada de recepção de produtos na CME, em violação ao art. 49 da RDC 15/2012;
- **Considerando** divergência entre ciclo qualificado e ciclo efetivamente utilizado na lavadora ultrassônica da CME, violando o art. 37 da RDC 15/2012;
- **Considerando** a ausência de monitoramento da qualidade da água utilizada na geração de vapor das autoclaves, descumprindo o art. 95 da RDC 15/2012;
- **Considerando** a ausência de capacitação específica e periódica dos profissionais da CME, descumprindo o art. 29 da RDC 15/2012;
- **Considerando** que o setor de Endoscopia não possui projeto arquitetônico aprovado, em descumprimento ao art. 23, I da RDC 63/2011;
- **Considerando** a ausência de registro diário completo dos procedimentos endoscópicos, descumprindo o art. 6º da RDC 06/2013;
- **Considerando** que a sala de processamento da endoscopia não atende aos requisitos de climatização exigidos pelo art. 26 da RDC 06/2013;

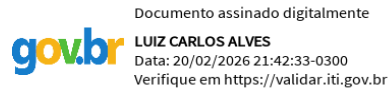
- **Considerando** a inexistência de procedimentos formais de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária na Agência Transfusional, violando o art. 9º da RDC 34/2014;
- **Considerando** ausência de procedimentos escritos para manejo de hemocomponentes rejeitados, em descumprimento ao art. 117 da RDC 34/2014;
- **Considerando** que o setor de radiodiagnóstico apresentou irregularidade quanto à validade de alvará sanitário de empresa terceirizada, descumprindo o art. 10 da RDC 63/2011;
- **Considerando** que o Programa de Garantia da Qualidade do setor de imagem não contempla auditorias internas comprovadas, violando o art. 24 da RDC 611/2022;
- **Considerando** que não foram evidenciados protocolos assistenciais formais em aplicação prática, contrariando o art. 8º e art. 53 da RDC 63/2011 (segurança assistencial);
- **Considerando** que a visita presencial constatou ambientes insalubres com mofo, infiltração e deterioração estrutural, violando o art. 36 da RDC 63/2011;
- **Considerando** a inexistência de controle adequado de temperatura em ambiente de armazenamento de vacinas, descumprindo o art. 54 da RDC 63/2011;
- **Considerando** o armazenamento indevido de medicamento (ocitocina) junto a vacinas, violando o art. 55 da RDC 63/2011;
- **Considerando** a inexistência de pontos de ar comprimido e vácuo suficientes nos leitos pediátricos, descumprindo o item 7.4 da RDC 50/2002;
- **Considerando** que o quarto de isolamento pediátrico não possui banheiro, em descumprimento ao item B.1.5 da RDC 50/2002;
- **Considerando** a ausência de médico plantonista exclusivo para setor de internação, fragilizando a segurança assistencial e contrariando os princípios da integralidade e continuidade do cuidado (Lei 8.080/90);
- **Considerando** que a instituição apresentou resistência ao acompanhamento técnico, dificultando a fiscalização sanitária;
- **Considerando** que as irregularidades apontadas não se restringem a falhas formais documentais, mas alcançam estrutura física, governança clínica e segurança assistencial;
- **Considerando** que as inconformidades são reiteradas e estruturais, indicando falha sistêmica de gestão sanitária;
- **Considerando** que a Lei Estadual nº 13.317/1999 autoriza a autoridade sanitária a adotar medidas cautelares quando houver risco à saúde pública;

- **Considerando** que a ausência prolongada de Alvará Sanitário válido, por período superior a 10 anos, configura situação de irregularidade continuada e afronta ao regime jurídico sanitário;
- **Considerando** que o conjunto das irregularidades demonstra potencial risco sanitário e assistencial, especialmente em setores críticos como CME, neonatologia, farmácia e internação;
- **Considerando**, por fim, que a permanência das irregularidades compromete o princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF) e o direito fundamental à saúde (art. 196, CF), legitimando a adoção de medidas excepcionais de intervenção administrativa para reestruturação da unidade hospitalar.

**Orientação Assessoria e Planejamento Ltda.**

CRA/MG nº 03-001751/0

CNPJ: 20.459.954/0001-74



**Adm. Luiz Carlos Alves**

CRA/MG 37.960

CPF: 332.440.576-91

# 3º RELATÓRIO DE AUDITORIA

Apresentação do relatório da fase 3. Esta fase é dedicada à análise detalhada dos dados e evidências coletadas na Fase 2, identificação e documentação de irregularidades, avaliação de conformidade com normas e regulamentos, e elaboração do diagnóstico técnico preliminar.

Contrato: 02/2026



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO E CONTEXTO</b> .....	<b>3</b>
1.1. OBJETIVO DA FASE 3 .....	3
1.2. IMPORTÂNCIA DA ANÁLISE RIGOROSA .....	3
<b>2. ATIVIDADES PLANEJADAS PARA ABRIL E MAIO</b> .....	<b>4</b>
<b>3. ANÁLISE DE DADOS</b> .....	<b>4</b>
<b>4. ACHADOS PRELIMINARES DA ANÁLISE EM ASSISTÊNCIA:</b> .....	<b>5</b>
4. 1. IDENTIFICAÇÃO .....	5
4. 2. OBJETIVO DA VISITA .....	5
4.3. METODOLOGIA.....	5
4.4. CARACTERIZAÇÃO DA ESTRUTURA ASSISTENCIAL.....	5
4. 5. SÍNTESE DIAGNÓSTICA INICIAL .....	6
4.5.1 ORGANIZAÇÃO DE PROCESSOS E PADRONIZAÇÃO .....	6
4.5.2 SEGURANÇA DO PACIENTE .....	6
4.5.3 INDICADORES E MONITORAMENTO .....	7
4.5.4 ESTRUTURA E PROCESSOS ASSISTENCIAIS POR SETOR.....	7
4.5.5 GESTÃO DE APOIO E CONFORMIDADES REGULATÓRIAS.....	12
4.5.6 GOVERNANÇA DE NÚCLEOS E COMISSÕES.....	12
4.6. ANÁLISE GERAL DA MATURIDADE INSTITUCIONAL .....	12
4.7. CONCLUSÃO TÉCNICA .....	20
<b>5. ACHADOS PRELIMINARES DA ANÁLISE EM FINANÇAS E CONTABILIDADE:</b> .....	<b>22</b>
5.1. PRINCIPAIS ACHADOS DE AUDITORIA .....	22
5.1.1. PILAR 1: GOVERNANÇA, ESTRATÉGIA E COMPLIANCE.....	22
5.1.2. PILAR 2: CONTROLADORIA E CONTABILIDADE .....	25
5.1.3 PILAR 3: GESTÃO FINANCEIRA E CICLO DE RECEITA.....	28
5.1.4. PILAR 4: SUPRIMENTOS, CUSTOS E CONTRATOS .....	32
5.2. RESUMO DAS AÇÕES ESTRATÉGICAS NECESSÁRIAS .....	34
<b>6. ACHADOS PRELIMINARES DA ANÁLISE EM GESTÃO DE PESSOAS</b> .....	<b>35</b>
6.1. AUDITORIA DE RH.....	35
6.2. METODOLOGIA.....	35
6.3. ESCOPO/ ÁREAS E PROCESSOS AUDITADOS .....	36
6.3.1. GESTÃO DE FOLHA DE PAGAMENTOS.....	36



6.3.2. DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL (ENFERMAGEM E ADMINISTRATIVO).....	39
6.3.3. ÍNDICES DE INSALUBRIDADE PRATICADOS NO HOSPITAL .....	45
6.3.3. FGTS .....	50
6.3.4. POLÍTICA DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DE PESSOAL .....	51
6.3.6. POLÍTICA DE CARGOS E SALÁRIOS .....	54
6.3.8. POLÍTICA DE TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO .....	57
6.3.9. POLÍTICA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO .....	63
6.3.10. PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL .....	65
6.3.11. INDICADORES DE GESTÃO DE PESSOAS .....	68
6.3.12. SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO.....	72
6.3.13. CIPA.....	75
6.3.14. CÓDIGO DE CONDUTA ÉTICA .....	79



ORIENTAÇÃO Assessoria e Planejamento Ltda.

## RELATÓRIO DE MONITORAMENTO MENSAL - FASE 3

### Análise e Diagnóstico - Abril de 2026

Hospital São João Batista - Visconde do Rio Branco, MG

Empresa Auditora: Orientação Assessoria e Planejamento Ltda.

Período de Relatório: março a abril de 2026

Data de Emissão: 13 de abril de 2026

### SUMÁRIO EXECUTIVO

O presente Relatório de Monitoramento Mensal apresenta o **progresso da Fase 3 (Análise e Diagnóstico)** da auditoria do Hospital São João Batista durante o mês de abril de 2026. Esta fase é dedicada à análise detalhada dos dados e evidências coletadas na Fase 2, identificação e documentação de irregularidades, avaliação de conformidade com normas e regulamentos, e elaboração do diagnóstico técnico preliminar.

Durante este período, foram realizadas análises quantitativas e qualitativas das evidências, avaliação de conformidade com Lei Complementar 187/2021, ANVISA, critérios ONA e princípios IBGC. Os achados foram consolidados em matriz de achados.

## 1. INTRODUÇÃO E CONTEXTO

### 1.1. OBJETIVO DA FASE 3

A Fase 3 (Análise e Diagnóstico) tem como objetivo **transformar as evidências coletadas em achados estruturados, conclusões fundamentadas e diagnóstico técnico abrangente.**

Nesta fase, a equipe de auditoria utiliza técnicas de análise de dados, avalia conformidade com normas e regulamentos, identifica e documenta irregularidades, e elabora diagnóstico preliminar que será refinado para o relatório final.

### 1.2. IMPORTÂNCIA DA ANÁLISE RIGOROSA

A qualidade da análise determina a credibilidade dos achados e conclusões da auditoria. Uma análise inadequada pode resultar em achados imprecisos ou incompletos. Portanto, **a Fase 3 é executada com rigor metodológico, utilizando técnicas de análise quantitativa e qualitativa, e garantindo que todos os achados sejam suportados por evidências verificáveis.**



## 2. ATIVIDADES PLANEJADAS PARA ABRIL E MAIO

A tabela a seguir apresenta as atividades específicas planejadas para abril de 2026, conforme o Cronograma Detalhado:

Atividade	Data Início	Data Término	Duração	Responsável	Status
Análise de Dados	25/04/2026	30/04/2026	4 dias	Auditores Seniores	
Avaliação de Conformidade	25/04/2026	01/05/2026	5 dias	Especialistas Técnicos	
Identificação de Irregularidades	02/05/2026	05/05/2026	3 dias	Auditores Seniores	
Elaboração do Diagnóstico Preliminar	06/05/2026	09/05/2026	3 dias	Auditor Líder	
Validação dos Achados	12/05/2026	16/05/2026	3 dias	Equipe Completa	

## 3. ANÁLISE DE DADOS

**Período:** março a abril de 2026

**Responsável:** Equipe de Auditores

**Objetivo:** Utilizar técnicas de análise de dados para identificar anomalias, tendências e padrões.

**Técnicas Utilizadas:**

- Análise de Variância: Comparação de valores orçados vs. realizados
- Análise de Tendências: Identificação de padrões ao longo do tempo
- Análise de Correlação: Identificação de relações entre variáveis
- Análise de Outliers (valores discrepantes): Identificação de valores anormais
- Análise Comparativa: Comparação com benchmarks e melhores práticas



#### 4. ACHADOS PRELIMINARES DA ANÁLISE EM ASSISTÊNCIA:

##### 4. 1. IDENTIFICAÇÃO

Instituição: Hospital São João Batista - VRB

Tipo de visita: Auditoria técnica assistencial com abordagem diagnóstica

Data: 31/03/2026

Responsáveis presentes: Micheli – RT de Enfermagem e Cristina Silva – Auditora Técnica e representantes e responsável de cada setor/serviço auditado.

##### 4. 2. OBJETIVO DA VISITA

Realizar diagnóstico situacional dos processos assistenciais, administrativos e de apoio, com foco na organização institucional, segurança do paciente, padronização de processos e aderência às normativas vigentes (RDC 36, boas práticas assistenciais e requisitos de qualidade), subsidiando a construção de plano estruturado de melhoria contínua.

##### 4.3. METODOLOGIA

A visita foi conduzida por meio de:

- Observação in loco dos setores assistenciais e de apoio;
- Entrevistas com lideranças e equipe técnica;
- Verificação de documentos, protocolos, POPs e registros;
- Avaliação dos fluxos assistenciais e operacionais;
- Análise preliminar da cultura de segurança e gestão de indicadores.

##### 4.4. CARACTERIZAÇÃO DA ESTRUTURA ASSISTENCIAL

A instituição apresenta a seguinte organização de leitos:

- **3º andar:** 27 leitos
- **Clínicos:** 18 leitos
- **Cirúrgicos:** 8 leitos
- **Obstetrícia cirúrgica:** 3 leitos
- **Obstetrícia clínica:** 1 leito



- **UTI:** 10 leitos
- **Pediatria:** 4 leitos
- **Apartamentos:** 30 unidades
- **Ambulatório:** ativo

#### 4. 5. SÍNTESE DIAGNÓSTICA INICIAL

A análise técnica evidenciou que a instituição possui iniciativas importantes já implantadas, porém com **fragilidades estruturais na padronização, monitoramento e governança dos processos**, destacando-se:

##### 4.5.1 ORGANIZAÇÃO DE PROCESSOS E PADRONIZAÇÃO

###### Achados:

- Existência parcial de POPs, porém sem padronização institucional consolidada;
- Sugerido o uso do sistema SIGQUALI para gestão de POPs, ainda não contratado;
- Ausência ou fragilidade em documentos críticos:
  - POP de diluição de medicamentos;
  - POP de fluxos assistenciais (radiologia, laboratório, farmácia, CME);
  - POP de OPME e fluxos internos/externos no CME;
- Protocolos clínicos existentes, porém, há necessidade de atualização, validação e institucionalização;

###### Interpretação técnica:

A instituição apresenta um nível inicial de organização documental, porém sem governança sistêmica, rastreabilidade e padronização plena.

##### 4.5.2 SEGURANÇA DO PACIENTE

###### Achados:

- Implantação parcial das **6 metas internacionais de segurança do paciente**;
- Fragilidades no Núcleo de Segurança do Paciente (NSP):
  - Eventos adversos não divulgados de forma estruturada;
  - Plano de ação não sistematizado com metodologia (5W2H);



- Ausência de divulgação institucional ampla da política formal do NSP;
- Identificação do paciente com fragilidade (inclusive componente afetivo);
- Necessidade de implantação de:
  - Código Azul;
  - Planos de contingência (incêndios, catástrofes, falta de insumos).

**Interpretação técnica:**

Cultura de segurança ainda em fase inicial, com baixa maturidade em gestão de risco, análise crítica e retroalimentação dos eventos.

#### 4.5.3 INDICADORES E MONITORAMENTO

**Achados:**

- Indicadores não estruturados por setor;
- Ausência de monitoramento contínuo e análise crítica;
- Necessidade de construção de indicadores específicos para todos os setores/serviços institucional

**Interpretação técnica:**

A instituição não possui sistema robusto de gestão por indicadores, comprometendo a tomada de decisão baseada em dados.

#### 4.5.4 ESTRUTURA E PROCESSOS ASSISTENCIAIS POR SETOR

**Pontos relevantes identificados:**

**UTI**

- Necessidade de parametrização de estoque;
- Ausência de escalas estruturadas (ex.: Fugulin);

#### POPs ESSENCIAIS – UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

##### 1. ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA E ALTA

- POP de admissão do paciente na UTI
- POP de transferência intra-hospitalar (UTI → enfermaria / centro cirúrgico)



- POP de transporte intra-hospitalar de paciente crítico
- POP de alta da UTI
- POP de comunicação entre equipes (passagem de plantão estruturada)

## **2. SEGURANÇA DO PACIENTE (OBRIGATÓRIOS)**

- POP de identificação segura do paciente
- POP de prevenção de quedas
- POP de prevenção de lesão por pressão
- POP de higienização das mãos
- POP de uso de EPI
- POP de notificação de eventos adversos
- POP de cirurgia segura (interface com CC, quando aplicável)
- POP de administração segura de medicamentos

## **3. ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA**

- POP de oxigenoterapia (com definição de pontos de uso)
- POP de ventilação mecânica invasiva
- POP de ventilação mecânica não invasiva (VNI)
- POP de aspiração de vias aéreas
- POP de manejo de via aérea avançada (intubação)
- POP de cuidados com traqueostomia
- POP de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV)

## **4. TERAPIA MEDICAMENTOSA**

- POP de preparo e diluição de medicamentos
- POP de administração de medicamentos (bombas de infusão)
- POP de medicamentos de alta vigilância (MAV)
- POP de dupla checagem de medicamentos
- POP de medicamentos multidoses
- POP de controle e rastreabilidade de psicotrópicos
- POP de devolução de medicamentos à farmácia



## **5. MONITORIZAÇÃO E SUPORTE HEMODINÂMICO**

- POP de monitorização multiparamétrica
- POP de uso de bombas de infusão
- POP de controle de balanço hídrico
- POP de acesso venoso periférico
- POP de acesso venoso central
- POP de manejo de drogas vasoativas
- POP de controle glicêmico

## **6. PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO (CCIH)**

- POP de prevenção de infecção de corrente sanguínea
- POP de prevenção de infecção urinária associada a sonda
- POP de cuidados com cateteres
- POP de isolamento (contato, gotícula, aerossol)
- POP de coleta de culturas
- POP de limpeza e desinfecção de equipamentos

## **7. CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECÍFICOS**

- POP de banho no leito
- POP de mudança de decúbito
- POP de contenção mecânica (com critérios éticos)
- POP de cuidados com dispositivos invasivos
- POP de administração de dieta enteral
- POP de prevenção de broncoaspiração

## **8. NUTRIÇÃO CLÍNICA**

- POP de terapia nutricional enteral
- POP de terapia nutricional parenteral
- POP de controle de dieta e infusão
- POP de prevenção de intercorrências nutricionais



## **9. EMERGÊNCIAS E EVENTOS CRÍTICOS**

- POP de parada cardiorrespiratória (PCR) – Código Azul
- POP de uso do carrinho de emergência
- POP de reposição e checagem do carrinho de emergência
- POP de atendimento a eventos críticos
- POP de acionamento de equipe de resposta rápida

## **10. GESTÃO DE EQUIPAMENTOS E AMBIENTE**

- POP de checagem diária de equipamentos
- POP de manutenção preventiva
- POP de limpeza concorrente e terminal
- POP de gerenciamento de resíduos (PGRSS)
- POP de controle de temperatura de ambiente e equipamentos

## **11. PROCESSOS ADMINISTRATIVOS E ORGANIZACIONAIS**

- POP de dimensionamento de equipe (ex: uso da escala Fugulin)
- POP de registro em prontuário
- POP de auditoria interna da UTI
- POP de gestão de indicadores da UTI
- POP de passagem de plantão multiprofissional

## **12. HUMANIZAÇÃO E CUIDADO CENTRADO**

- POP de visitação em UTI
- POP de comunicação com familiares
- POP de cuidados paliativos
- POP de abordagem humanizada

## **CENTRO CIRÚRGICO**

- Ausência de checklist cirúrgico completo (incluir lateralidade);
- Necessidade de implantação efetiva do “time out”.

## **CME**

- Ausência de indicadores;



- Fluxos internos/externos não definidos;
- Falta de POP para OPME.

#### **TOMOGRAFIA**

- Não conformidades estruturais:
  - Caixa de emergência inadequada – medicamentos vencidos a mais de 2 anos (necessário de revisão do carrinho);
  - Organização de arsenal;
  - Controle de dosímetro;
- Necessidade de POP, fluxo e indicadores.

#### **FARMÁCIA**

- Fragilidades importantes:
  - Controle de temperatura;
  - Fluxos de devolução e doação de medicamentos;
  - Parametrização e multidoses;
  - Ausência de manual estruturado (farmácia clínica, gases medicinais);
- Necessidade de plano de contingência;
- Necessidade de estruturação do protocolo de diluição.

#### **NUTRIÇÃO**

- Indicadores inexistentes ou frágeis:
  - Perdas alimentares;
  - Absenteísmo;
- Necessidade de plano de segurança alimentar;
- Regularização documental (RT, conselhos, PCMSO).

#### **AMBULATÓRIO E ENFERMAGEM**

- Necessidade de:
  - Controle de medicação;
  - Registros de limpeza (terminal e concorrente);
  - Padronização de EPI;
  - Organização de fluxos e evidências.



#### 4.5.5 GESTÃO DE APOIO E CONFORMIDADES REGULATÓRIAS

**Achados:**

- PGRSS fragilizado;
- Controle de pragas e água não sistematizado por setor;
- Ausência de rastreabilidade documental (certificados, manutenção, contratos);
- Necessidade de padronização:
  - Lixeiras (identificação);
  - Segregação de resíduos (símbolos universais);
- Fragilidade no SESMT e integração com riscos assistenciais.

#### 4.5.6 GOVERNANÇA DE NÚCLEOS E COMISSÕES

**Achados:**

- Núcleos (NSP, NEP, CCIH, NIR, etc.) com funcionamento fragilizado;
- Ausência de:
  - Plano de ação estruturado;
  - Registro sistemático de reuniões;
  - Acompanhamento de deliberações;
- NEP com necessidade de:
  - Estruturar educação permanente;
  - Registrar discussões de casos com plano de ação.

**Interpretação técnica:**

Governança institucional ainda não consolidada, com baixa integração multiprofissional.

#### 4.6. ANÁLISE GERAL DA MATURIDADE INSTITUCIONAL

A instituição encontra-se em um **nível inicial a intermediário de maturidade em gestão da qualidade**, apresentando:

- Iniciativas isoladas e não integradas;
- Fragilidade na padronização e documentação;



- Baixa cultura de monitoramento por indicadores;
- Núcleos institucionais pouco estruturados;
- Potencial significativo de evolução com organização sistêmica.

## PLANO DE AÇÃO INSTITUCIONAL – HOSPITAL SÃO JOÃO BASTISTA - VRB

Baseado em diagnóstico situacional da auditoria técnica assistencial

### EIXO 1 – SEGURANÇA DO PACIENTE (PRIORIDADE MÁXIMA)

#### 1.1 Estruturação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

O que (What)	Implantar e estruturar formalmente o NSP
Por quê (Why)	Fragilidade na gestão de eventos adversos e ausência de governança
Onde (Where)	Institucional
Quando (When)	Imediato – até 30 dias
Quem (Who)	Direção + RT Enfermagem + Equipe multiprofissional
Como (How)	Criar política do NSP, formalizar membros, instituir reuniões mensais com atas
Quanto (How much)	Sem custo direto

#### 1.2 Implantação das 6 Metas Internacionais de Segurança

O que	Estruturar e monitorar as 6 metas
Por quê	Baixa aderência e ausência de monitoramento
Onde	Todos os setores
Quando	60 dias
Quem	NSP + líderes setoriais
Como	Criar protocolos, treinar equipe, definir indicadores por meta
Quanto	Baixo



### 1.3 Implantação de Notificação e Gestão de Eventos Adversos

<b>O que</b>	<b>Implantar fluxo institucional de eventos adversos</b>
Por quê	Eventos não divulgados e sem análise crítica
Onde	Todos os setores
Quando	30 dias
Quem	NSP
Como	Criar formulário, fluxo de notificação, análise e plano de ação (5W2H)
Quanto	Baixo

### 1.4 Implantação de Planos de Contingência

<b>O que</b>	<b>Desenvolver planos (incêndio, catástrofes, falta de insumos, código azul)</b>
Por quê	Ausência de preparação para eventos críticos
Onde	Institucional
Quando	60 dias
Quem	Direção + SESMT + NSP
Como	Construção de planos + simulação prática
Quanto	Médio

## EIXO 2 – PADRONIZAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO (ALTA PRIORIDADE)

### 2.1 Estruturação de POPs Institucionais

<b>O que</b>	<b>Padronizar e implantar POPs críticos</b>
Por quê	Processos não padronizados
Onde	Todos os setores
Quando	90 dias
Quem	Coordenações + NEP
Como	Uso do SIGQUALI + validação institucional
Quanto	Baixo



### Prioridade de POPs:

- Diluição de medicamentos
- Fluxos assistenciais (laboratório, radiologia, CME, farmácia)
- OPME
- Devolução e multidoses
- Oxigenioterapia

### 2.2 Construção de Manuais Institucionais

O que	Desenvolver manuais (farmácia, gases medicinais, segurança, nutrição)
Por quê	Ausência de padronização técnica
Onde	Institucional
Quando	120 dias
Quem	Responsáveis técnicos
Como	Estruturar com índice, fluxos e responsabilidades
Quanto	Baixo

## EIXO 3 – INDICADORES E GESTÃO DE DESEMPENHO

### 3.1 Implantação de Indicadores por Setor

O que	Definir e monitorar indicadores assistenciais e operacionais
Por quê	Ausência de gestão baseada em dados
Onde	Todos os setores
Quando	60 dias
Quem	Coordenações
Como	Definir 3 a 5 indicadores por setor
Quanto	Baixo

### Exemplos:

- UTI: taxa de infecção, ocupação, mortalidade



- Farmácia: erros de dispensação
- Nutrição: perda alimentar
- CME: rastreabilidade

### 3.2 Implantação de Rotina de Análise Crítica

O que	Reuniões mensais de análise de indicadores
Por quê	Falta de tomada de decisão estruturada
Onde	Institucional
Quando	30 dias
Quem	Direção + coordenações
Como	Apresentação de indicadores + plano de ação
Quanto	Sem custo

## EIXO 4 – ORGANIZAÇÃO DOS SETORES CRÍTICOS

### 4.1 UTI

O que	Estruturar processos assistenciais
Por quê	Fragilidade técnica
Quando	60 dias
Como	Implantar escala Fugulin, POPs e controle de estoque

### 4.2 Centro Cirúrgico

O que	Implantar checklist cirúrgico completo
Por quê	Risco assistencial
Quando	Imediato
Como	Incluir lateralidade + time out obrigatório



#### 4.3 CME

<b>O que</b>	<b>Estruturar fluxos e indicadores</b>
Por quê	Risco sanitário
Quando	60 dias
Como	Definir fluxo interno/externo + POP OPME

#### 4.4 Tomografia

<b>O que</b>	<b>Adequar estrutura e processos</b>
Por quê	Não conformidades
Quando	30 dias
Como	Substituir caixa emergência, organizar fluxo, POP e dosímetro

#### 4.5 Farmácia

<b>O que</b>	<b>Reestruturar processos</b>
Por quê	Alto risco assistencial
Quando	60 dias
Como	Controle temperatura, POPs, manuais, fluxo de devolução

#### 4.6 Nutrição

<b>O que</b>	<b>Implantar indicadores e controle sanitário</b>
Por quê	Fragilidade operacional
Quando	60 dias
Como	Indicadores de perda, plano de contingência alimentar



## EIXO 5 – GESTÃO DE APOIO E CONFORMIDADE

### 5.1 PGRSS

<b>O que</b>	<b>Reestruturar plano de resíduos</b>
Por quê	Fragilidade sanitária
Quando	30 dias
Como	Revisão completa + treinamento

### 5.2 Controle de Pragas e Água

<b>O que</b>	<b>Implantar controle por setor</b>
Por quê	Exigência sanitária
Quando	30 dias
Como	Documentação + monitoramento

### 5.3 Rastreabilidade Documental

<b>O que</b>	<b>Organizar certificados e contratos</b>
Por quê	Falta de evidência
Quando	45 dias
Como	Pasta física/digital por setor

## EIXO 6 – GOVERNANÇA E EDUCAÇÃO PERMANENTE

### 6.1 Reestruturação dos Núcleos

<b>O que</b>	<b>Revisar composição (NSP, NEP, CCIH, etc.)</b>
Por quê	Baixa efetividade
Quando	30 dias
Como	Formalização + cronograma de reuniões



## 6.2 Fortalecimento do NEP

<b>O que</b>	<b>Implantar educação permanente estruturada</b>
Por quê	Falta de integração assistencial
Quando	60 dias
Como	Discussão de casos + registro com plano de ação

## 6.3 Integração com SESMT

<b>O que</b>	<b>Mapear riscos assistenciais</b>
Por quê	Segurança ocupacional
Quando	45 dias
Como	Trabalho conjunto com equipe multiprofissional

## EIXO 7 – INFRAESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

### 7.1 Padronização de Ambientes

<b>O que</b>	<b>Melhorar organização e limpeza</b>
Por quê	Risco sanitário
Quando	Imediato
Como	Rotinas de limpeza + registros

### 7.2 Gestão de Equipamentos e Insumos

<b>O que</b>	<b>Organizar manutenção e registros</b>
Por quê	Segurança assistencial
Quando	60 dias
Como	Controle de certificados e manutenção preventiva

## EIXO 8. PRIORIZAÇÃO EXECUTIVA (VISÃO RÁPIDA)

### IMEDIATO (0–30 dias):

- NSP estruturado



- Eventos adversos
- PGRSS
- Centro cirúrgico (checklist)
- Tomografia (adequações)

**CURTO PRAZO (30–60 dias):**

- Indicadores
- UTI / Farmácia / Nutrição
- Núcleos estruturados

**MÉDIO PRAZO (60–120 dias):**

- POPs completos
- Manuais
- Cultura de segurança consolidada

**9. CONSIDERAÇÃO FINAL**

O plano proposto visa **tirar a instituição do nível operacional fragmentado para um modelo estruturado de gestão da qualidade**, com foco em:

- Segurança do paciente
- Padronização
- Governança
- Tomada de decisão baseada em dados

**4.7. CONCLUSÃO TÉCNICA**

A análise situacional evidenciou que a instituição apresenta estrutura assistencial instalada e iniciativas pontuais de organização de processos, porém ainda opera com **baixo nível de padronização, fragilidade na governança dos núcleos institucionais e ausência de um sistema consistente de gestão por indicadores e segurança do paciente.**

Observa-se que os principais riscos se concentram na **variabilidade dos processos assistenciais, na não sistematização de protocolos críticos e na incipiência da cultura de notificação e análise de eventos adversos**, impactando diretamente a qualidade e a segurança da assistência prestada.

O Plano de Ação proposto está direcionado para a **estruturação dos pilares fundamentais da qualidade assistencial – segurança do paciente, padronização,**



**monitoramento e governança**, com priorização de medidas de curto prazo voltadas à mitigação de riscos críticos, especialmente em setores de maior complexidade como UTI, Centro Cirúrgico, CME e Farmácia.

A efetividade da implantação dependerá do **engajamento da alta gestão, da responsabilização das lideranças setoriais e da institucionalização de rotinas de monitoramento contínuo**, permitindo a evolução progressiva do modelo assistencial para um patamar mais seguro, padronizado e orientado por resultados.

Junto a este relatório, seguirão as dimensões avaliadas, baseadas no modelo PROADI-SUS, com o objetivo de subsidiar a instituição na organização de seus processos de forma sistematizada, integrada e eficiente.

A utilização desse referencial permitirá à instituição **estruturar seus fluxos assistenciais e administrativos a partir de eixos claros de análise**, favorecendo a identificação de lacunas, o estabelecimento de prioridades e a implementação de ações alinhadas às melhores práticas de gestão e qualidade em saúde.

Destaca-se que a adoção das dimensões do PROADI-SUS contribuirá para o **fortalecimento da governança institucional, da cultura de segurança do paciente e da gestão orientada por resultados**, promovendo maior consistência na tomada de decisão e sustentabilidade das melhorias propostas ao longo do tempo.



## 5. ACHADOS PRELIMINARES DA ANÁLISE EM FINANÇAS E CONTABILIDADE:

### 5.1. PRINCIPAIS ACHADOS DE AUDITORIA

A visita foi organizada/estruturada em 4 pilares principais, com foco no “estado atual” (As-Is) e nas lacunas identificadas na fase documental.

#### 5.1.1. PILAR 1: GOVERNANÇA, ESTRATÉGIA E COMPLIANCE

**Objetivo:** Avaliar como a alta direção conduz o hospital e gerencia seus riscos, especialmente diante da ausência de planejamento e indicadores formalizados.

- **Questões Diagnósticas e Verificações:**

1. **Planejamento Estratégico:** O hospital possui um plano estratégico formalizado? Como os objetivos são desdobrados para as áreas (ex: metas financeiras e de qualidade)? *Ação: Solicitar evidências de acompanhamento das metas.*

**Resposta:** O hospital não possui um plano estratégico formalizado, ferramenta essencial para direcionamento institucional, gestão de riscos e sustentabilidade econômico-financeira a longo prazo.

2. **Painel de Indicadores (KPIs):** Quais são os principais indicadores de gestão que a diretoria acompanha mensalmente (ex: margem EBITDA, liquidez, giro de leitos)? Existe um fórum estruturado para discussão desses números? *Ação: Verificar a existência de dashboards\* ou relatórios gerenciais.*

**Resposta:** O hospital não tem definido indicadores de gestão para acompanhamento sistemático e periódico pela alta direção e gestores.

3. **Gestão de Riscos e Seguros:** Como a instituição mapeia e mitiga seus principais riscos (financeiros, jurídicos, operacionais)? Existe uma Matriz de Riscos formal? O hospital possui apólices de seguros ativas (incêndio, responsabilidade civil)? *Ação: Solicitar cópia das apólices vigentes.*

**Resposta:** A entidade não procedimentos de mapeamento de riscos de quaisquer naturezas e não possui apólices de seguro ativas.



4. **Cultura de *Compliance* e Controles Internos:** Existe um Código de Conduta e Canal de Denúncias ativo? Quais são as normas de controle interno para mitigar riscos de fraudes? *Ação: Avaliar a segregação de funções e as alçadas de aprovação.*

**Resposta:** Existe um Código de Conduta formalizado, mas não existe um Canal de Denúncias ativo. Não foi possível verificar se o Código de Conduta e amplamente difundido entre os empregados da entidade. Não existe política e procedimentos internos para mitigar os riscos de fraudes, com definição clara da segregação de funções e alçadas.

## CONSIDERAÇÕES GERAIS:

### PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES FILANTRÓPICAS

#### 1. FUNDAMENTAÇÃO E IMPORTÂNCIA

O planejamento estratégico em uma organização hospitalar filantrópica transcende a mera administração financeira; ele é o alicerce da **sustentabilidade institucional**. Em um cenário onde os recursos são finitos e a demanda social é crescente, planejar é o que garante que a missão de cuidar permaneça viável a longo prazo.

#### 2. O "NORTE VERDADEIRO" E A GOVERNANÇA

A governança corporativa no setor filantrópico utiliza o conceito de **Norte Verdadeiro (True North)** como uma lente para alinhar todos os níveis da organização.

- **Unidade de Objetivos:** Garante que desde a recepção até a alta complexidade cirúrgica, todos compreendam as metas prioritárias.
- **Lente Estratégica:** Serve para filtrar decisões. Se uma nova iniciativa não converge para o "Norte Verdadeiro" (ex: segurança do paciente e sustentabilidade), ela é descartada ou readequada.

#### 3. Requisitos Regulatórios e Jurídicos (ANVISA)

O planejamento deve integrar obrigatoriamente as resoluções da **ANVISA**, com destaque para a **RDC nº 63/2011**.

- **Conformidade:** A gestão deve prever investimentos contínuos em infraestrutura e processos para atender aos requisitos de Boas Práticas de Funcionamento.



- **Segurança Jurídica:** O cumprimento estrito das normas sanitárias protege a instituição contra sanções e fortalece a defesa em questões de responsabilidade civil.

#### 4. Acreditação ONA (Organização Nacional de Acreditação)

A adoção dos padrões **ONA** no planejamento estratégico eleva a maturidade da gestão hospitalar através de três níveis fundamentais:

1. **Nível 1 (Acreditado):** Foco na segurança do paciente.
2. **Nível 2 (Acreditado Pleno):** Foco na gestão integrada e interação entre processos.
3. **Nível 3 (Acreditado com Excelência):** Foco na cultura de melhoria contínua e sustentabilidade institucional.

#### 5. Práticas e Boas Práticas de Gestão

Abaixo, as principais práticas que devem compor o mapa estratégico da organização:

Eixo Estratégico	Prática de Gestão	Objetivo Principal
Financeiro	Gestão de Custos e Receita	Garantir o equilíbrio entre o atendimento SUS e o suplementar.
Processos	Gestão de Riscos Assistenciais	Reduzir eventos adversos e aumentar a segurança clínica.
Pessoas	Treinamento e Desenvolvimento	Alinhar o corpo clínico e administrativo à cultura filantrópica.
Social	Compliance e Transparência	Fortalecer a imagem institucional para captação de recursos e doações.



## 6. Conclusão

O planejamento estratégico não é um documento estático, mas um processo vivo. Para instituições filantrópicas, ele representa a profissionalização da caridade, permitindo que a organização cumpra seu papel social com excelência técnica, rigor jurídico e saúde financeira.

### 5.1.2. PILAR 2: CONTROLADORIA E CONTABILIDADE

**Objetivo:** Avaliar a fidedignidade das informações, conformidade legal (especialmente CEBAS e LC 187/2021) e o uso da contabilidade como ferramenta de gestão, dado o atraso nas demonstrações de 2025.

- **Questões Diagnósticas e Verificações:**

1. **Tempestividade e Fechamento:** Qual é a justificativa para o atraso nas Demonstrações Contábeis e no SPED Contábil (ECD) de 2025? Qual é o prazo médio de fechamento mensal? *Ação: Estabelecer prazo limite para entrega das DFs de 2025.*

**Resposta:** A contabilidade é terceirizada executada externamente. Segundo os responsáveis eles seguem os prazos legais para a liberação das Demonstrações Contábeis, desconsiderando, com isto, as necessidades gerenciais. Ponderamos, na oportunidade, que a contabilidade é a principal base de dados estruturada que a empresa possui, essencial, para o acompanhamento do desempenho econômico-financeiro da entidade. Sem ela é impossível ter uma visão do desempenho, da liquidez, das mutações patrimoniais. Solicitamos, na oportunidade, que as demonstrações sejam liberadas até o dia 15 de abril.

2. **Gestão do CEBAS e Imunidades:** Como é feito o controle rigoroso da segregação de receitas e despesas (SUS x Privado) exigido pela LC 187/2021? Como são calculadas as imunidades tributárias e contribuições sociais não recolhidas? *Ação: Solicitar a memória de cálculo das imunidades (Art. 4º da LC 187).*

**Resposta:** Não nos foi apresentado a memória de cálculo das imunidades, considerando a Constituição Federal e a Lei Complementar 187. Documento de Suporte para a Comprovação do cálculo correto das contribuições sociais (Cota Patronal, RAT, GILRAT, PIS) que deixaram de ser recolhidas devido à certificação CEBAS.



## CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE CONTROLADORIA E CONTABILIDADE:

A entidade adota o Sistema Integrado de Gestão (ERP).

O software SPData é uma solução de **Hospital Information System (HIS)** consolidada no mercado brasileiro, reconhecida pela sua capacidade de se adaptar a instituições de diferentes portes.

Para um hospital de porte médio (entre 51 e 150 leitos), ele é frequentemente avaliado como uma opção equilibrada entre robustez técnica e custo de implementação.

## MÓDULOS INTEGRADOS AO SISTEMA

O SPData organiza-se em módulos que cobrem as principais áreas da operação hospitalar:

### 1. Assistencial:

1. **Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP):** Centralização de históricos, exames e evoluções.
2. **Gestão de Internação e Leitos:** Controle de ocupação e giro de leitos.
3. **Centro Cirúrgico:** Agendamento e registro de procedimentos.

### 2. Administrativo e Logístico:

1. **Estoque e Farmácia:** Gestão de suprimentos, materiais e medicamentos com controle de validade.
2. **Compras e Suprimentos:** Automação do fluxo de aquisição junto a fornecedores.

### 3. Financeiro e Faturamento:

1. **Faturamento (SUS e Convênios):** Gestão de contas hospitalares e recursos de glosas.
2. **Financeiro:** Contas a pagar, receber, fluxo de caixa e tesouraria.

### 4. Gestão e Auditoria:

1. **BI (Business Intelligence):** Painéis de indicadores para tomada de decisão estratégica.
2. **Auditoria de Contas:** Verificação de processos para garantir a rentabilidade da instituição.



Essa estrutura integrada permite que um hospital de porte médio mantenha uma visão holística da operação, desde a entrada do paciente no pronto-socorro até o faturamento final da conta hospitalar.

### MÓDULOS INTEGRADOS (CHECKLIST DE FUNCIONALIDADES)

O sistema SPData é modular e altamente integrado. Verificar se estes módulos centrais estão conversando entre si para garantir o retorno do investimento:

Área	Principais Módulos Integrados
<b>Assistencial</b>	Prontuário Eletrônico (PEP), Gestão de Leitos, Centro Cirúrgico, Ambulatório e Classificação de Risco.
<b>Suprimentos</b>	Estoque Central, Farmácia (com controle de lotes/validade), Compras e Recebimento de Materiais.
<b>Financeiro</b>	Faturamento (SUS, Convênios e Particular), Contas a Pagar/Receber, Tesouraria e Fluxo de Caixa. Contabilidade.
<b>Estratégico</b>	Painéis de BI (Indicadores), Auditoria de Contas e Gestão de Glosas.
<b>Apoio</b>	Nutrição, Higienização, Manutenção de Equipamentos e Gestão de RH/Escalas. Gestão da folha de pagamento

### 3. DIAGNÓSTICO E MELHORIA

O sistema não está totalmente implantado, com muitas das suas funcionalidades não utilizadas, algumas críticas como a contabilidade, pessoal (folha de pagamento), controle de custos (inicializado mas não disponibilizado gerencialmente), financeiro (gestão de tesouraria). O que limita seus benefícios.

**Dica:** Antes de considerar a troca (que tem um custo de migração altíssimo), vale realizar um levantamento de processos para entender se a inclusão de um novo módulo ou a reestruturação dos atuais (como o da contabilidade) não traria um retorno sobre o TCO mais rápido.



### 5.1.3 PILAR 3: GESTÃO FINANCEIRA E CICLO DE RECEITA

**Objetivo:** Avaliar a eficiência na geração de caixa, gestão de glosas, controle de passivos e tesouraria.

- **Questões Diagnósticas e Verificações:**

1. **Ciclo de Receita e Glosas:** Qual é o tempo médio entre a alta do paciente e o faturamento? Qual é o índice histórico de glosas (iniciais e definitivas) e como elas são tratadas na causa raiz? *Ação: Analisar o fluxo de contas a receber e as ações de recuperação de glosas.*

**Resposta:** Não foi possível analisar o fluxo de contas a receber e, ainda, ações de recuperação de glosas.

2. **Gestão de Empréstimos e Parcelamentos:** Como são acompanhados os empréstimos a pagar e a apropriação de juros (regime de competência)? Como está o cumprimento dos parcelamentos tributários (Refis)? *Ação: Solicitar cópia dos contratos de empréstimo e extratos do Refis (curto e longo prazo).*

**Resposta:** Não nos foi apresentado cópias dos contratos de empréstimos e extratos de parcelamentos tributários. Não tivemos acesso, também, das memórias de cálculo dos empréstimos e parcelamentos tributários. Com isto ficou impossível a confrontação com a contabilidade para verificar a aplicação do regime de competência na apropriação de juros e despesas financeiras.

3. **Subvenções e Depósitos Judiciais:** Como são controlados os recursos de subvenções (emendas, convênios) e a respectiva prestação de contas? Existe conciliação dos depósitos judiciais? *Ação: Verificar contratos de subvenção e extratos de depósitos vinculados a processos.*

**Resposta:** Não tivemos acesso aos Contratos e Plano de Trabalho das subvenções o que impossibilita seu confronto com a contabilidade.

4. **Controles Internos (Tesouraria):** Como funciona a segregação de funções no contas a pagar? Existe movimentação de “fundo fixo” (caixinha)? Como é controlado? *Ação: Verificar o fluxo de aprovação de pagamentos.*

**Resposta:** Não existe controles internos formais (política e procedimentos) que garanta a integridade e gestão de riscos associados às atividades de tesouraria. Segundo nos foi informado



## **CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE GESTÃO FINANCEIRA:**

O planejamento financeiro consiste em determinar como uma entidade vai pagar suas obrigações para atingir seus objetivos estratégicos e operacionais. Normalmente, uma entidade cria um Plano Financeiro imediatamente após o momento em que a visão geral e os objetivos financeiros da entidade foram definidos. O Plano Financeiro descreve cada uma das atividades, recursos, equipamentos e materiais que são necessários para atingir estes objetivos, bem como os prazos envolvidos.

**O Planejamento Financeiro envolve as seguintes tarefas:**

- 1. Avaliar o Ambiente de Negócios**
  - a. Avaliar o ambiente de negócios.
  - b. Confirmar a visão e objetivos de negócio.
- 2. Recursos**
  - a. Identificar o tipo de recursos necessários para atingir os objetivos.
  - b. Quantificar a quantidade de recursos (equipamentos de trabalho, materiais).
- 3. Custos e Riscos**
  - a. Calcular o custo total de cada tipo de recursos.
  - b. Resumir os custos para criar um orçamento.
  - c. Identificar os riscos e problemas com o orçamento definido.

Realizar o Planejamento Financeiro é fundamental para o sucesso de qualquer organização. Prevê o Plano de Negócios, com rigor, para confirmar que os objetivos definidos são realizáveis do ponto de vista financeiro. Também ajuda a alta direção a definir os objetivos financeiros para a organização e remuneração (e benefícios) para seus colaboradores, quais as metas e indicadores de performance financeira.

**O papel do Planejamento Financeiro inclui três categorias:**

1. Papel estratégico da gestão financeira.
2. Objetivos da gestão financeira.
3. O ciclo do planejamento.

O processo do planejamento é um esforço de gestão coesa, que organiza a gestão do conhecimento, mobiliza a entidade e suas fontes, e concentra os recursos na realização dos objetivos da entidade.



Enquanto, o orçamento deve ser desenvolvido por aqueles que têm a responsabilidade para a sua realização, sem prejuízo das exigências e expectativas da organização.

Ele não precisa ser completamente detalhado em todos os aspectos para ser útil e eficaz. O nível de detalhe deve ser regido pelo valor das informações que estão sendo desenvolvidas.

Já a administração financeira é o ramo das finanças que se preocupa com a aplicação das técnicas de gestão financeira. É uma abordagem interdisciplinar que se apoia na contabilidade gerencial e finanças corporativas.

A administração financeira é a coordenação de esforços que visa a planejamento e controle dos lucros de uma empresa. Para isso, é necessário que haja uma integração perfeita entre as técnicas administrativas de controle da produção, dos estoques, das vendas e da utilização dos recursos disponíveis.

Dentro do ambiente empresarial, a administração financeira volta-se basicamente para as seguintes funções:

**a) planejamento financeiro**, o qual procura evidenciar as necessidades de crescimento da empresa, assim como identificar eventuais dificuldades e desajustes futuros. Por meio desse planejamento, ainda, é possível ao administrador financeiro selecionar, com maior margem de segurança, os ativos mais rentáveis e condizentes com os negócios da empresa, de forma a estabelecer uma rentabilidade mais satisfatória sobre os investimentos;

**b) controle financeiro**, o qual se dedica a acompanhar e avaliar todo o desempenho financeiro da empresa, como custos e despesas, margens de ganhos, volume de vendas, liquidez de caixa, endividamento etc. Análises de desvios que venham a ocorrer entre os resultados previstos e realizados, assim como propostas de medidas corretivas necessárias, são algumas das funções básicas da controladoria financeira;

**c) administração de ativos**, que deve perseguir a melhor estrutura, em termos de risco e retorno, dos investimentos (ativos) empresariais e proceder a um gerenciamento eficiente de seus valores. A administração dos ativos acompanha também as defasagens que podem ocorrer entre entradas e saídas de dinheiro de caixa, o que é geralmente associado à gestão do capital de giro;

**d) administração de passivos**, que se volta para a aquisição de fundos (financiamentos) e o gerenciamento de sua composição (proporção entre capital próprio e capital de terceiros), procurando definir a estrutura de capital mais adequada em termos de liquidez, redução de seus custos e risco financeiro.



A gestão financeira, a partir daí, sempre tem o objetivo de saber o que os números significam. Os gestores podem comparar os retornos com outras entidades e perguntar:

- Estamos saindo melhor ou pior que nossos competidores?
- Em caso negativo, qual é a origem do problema?
- Não temos margem de lucro?
- Se não, por quê?
- Não temos as mesmas despesas?
- Será que estamos pagando mais por algo que os nossos competidores?

**A gestão de caixa tem por base o ciclo operacional.** O ciclo operacional de uma empresa, genericamente, é definido como o montante de tempo que vai do ponto em que a empresa coloca material e trabalho no processo de produção até o momento em que o dinheiro da venda do produto acabado é arrecadado. Desta forma o ciclo é formado por dois componentes: a idade média do estoque (IME) e o período médio de cobrança de vendas (PMC).

$$CO = IME + PMC$$

O **ciclo de caixa** inicia-se, desta forma, quando as compras de matérias-primas são pagas e termina quando se recebe o pagamento das contas a receber.

O número de dias do ciclo operacional menos o período médio de pagamento para insumos de produção representa o ciclo de caixa (CC).

$$CC = CO - PMP = IME + PMC - PMP$$

A necessidade de tomada de decisões financeiras a curto prazo é indicada, desta forma, pela defasagem entre as entradas e as saídas de caixa. Ela está relacionada às durações do ciclo operacional e do ciclo de caixa. Essa defasagem pode ser coberta pela obtenção de empréstimos ou pela manutenção de uma reserva de liquidez sob a forma de títulos negociáveis.

Ter um ciclo de caixa negativo significa que o período médio de pagamento (PMP) excede o ciclo operacional (CO). No caso mais frequente, contudo, os ciclos de caixa são positivos, o que conduz a empresa a ir a busca de estratégias que minimizem o CC sem perder em vendas ou prejudicar crédito no mercado.

Com isto, uma boa gestão financeira tem que ter em vista todos os fatores. -



#### 5.1.4. PILAR 4: SUPRIMENTOS, CUSTOS E CONTRATOS

**Objetivo:** Avaliar a eficiência na alocação de recursos, gestão de estoques e mitigação de riscos na contratação de terceiros.

- **Questões Diagnósticas e Verificações:**

1. **Gestão de Custos:** O hospital possui apuração de custos por centro de custo, procedimento ou paciente? A diretoria conhece a margem de contribuição por especialidade/operadora? *Ação: Solicitar relatórios gerenciais de custos.*

**Resposta:** Nos foi apresentado um Relatório de Custos com apropriação por centros de custos e natureza dos custos, não foi possível validar os dados contidos no relatório, nem mesmo verificar a apuração de custos por procedimentos e/ou pacientes-dia. É necessário considerar que a contabilidade não reconhece esses custos, nem os apresenta em suas Demonstrações Contábeis.

2. **Gestão de Estoques:** Qual é a acurácia do inventário da farmácia e almoxarifado? Existe rastreabilidade completa de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais)? *Ação: Inspeção in loco para contagem por amostragem e verificação de validade de itens.*

**Resposta:** Essa trilha foi executada pela auditora Cristina Márcia, em seu roteiro assistencial.

3. **Homologação de Fornecedores:** Quais são os critérios para homologar novos fornecedores? Existe checagem de idoneidade e capacidade financeira (*Due Diligence*)? *Ação: Analisar o cadastro de fornecedores críticos.*

**Resposta:** Não há, formalmente, uma política de homologação de fornecedores. São utilizados sistema terceirizado de compras que contém um cadastro de fornecedores.

4. **Gestão de Contratos:** Como o hospital avalia o desempenho dos serviços terceirizados (SLA)? Existe controle de risco de vínculo empregatício nas contratações de PJs? *Ação: Amostragem de contratos de serviços médicos terceirizados.*



**Resposta:** A entidade não adota nenhum controle, nem avalia o desempenho dos serviços terceirizados (SLA), nem controle de riscos associados. Não verificamos os contratos de serviços médicos terceirizados.

## JUSTIFICATIVA PARA IMPLEMENTAÇÃO DE CONTROLES INTERNOS

A inexistência de processos formais de controle e a desconexão entre a contabilidade e a operação (como visto na gestão de custos e contratos) expõem a instituição a riscos sanitários e jurídicos severos.

A conformidade não é apenas administrativa, mas um requisito para a **garantia da segurança do paciente e sustentabilidade do negócio**.

### 1. SUSTENTABILIDADE E GOVERNANÇA (GESTÃO DE CUSTOS)

- **Fundamentação:** A RDC 63/2011 exige que a administração garanta os recursos necessários para a continuidade da assistência segura.
- **Justificativa:** Sem a integração entre os custos operacionais e as Demonstrações Contábeis, a instituição opera em "ponto cego" financeiro. O controle interno é necessário para validar a veracidade dos dados e garantir que a margem de contribuição suporte os investimentos em segurança do paciente exigidos pela ONA (Manual de Gestão Organizacional).

### 2. RASTREABILIDADE E SEGURANÇA ASSISTENCIAL (ESTOQUES E OPME)

- **Fundamentação:** A RDC 36/2013 (Segurança do Paciente) e as normas da ONA sobre Ciclo do Medicamento.
- **Justificativa:** A falta de acurácia no inventário e falhas na rastreabilidade de OPME violam diretamente as normas da ANVISA. Controles de estoque rigorosos são barreiras contra o uso de itens vencidos ou não registrados, evitando eventos adversos e glosas de faturamento.

### 3. GESTÃO DE RISCOS DE TERCEIROS (FORNECEDORES E SLAS)

- **Fundamentação:** Requisitos de Qualificação de Fornecedores (RDC 63/2011) e Padrões ONA sobre Gestão de Serviços Terceirizados.
- **Justificativa:** A ANVISA estabelece que a responsabilidade pela qualidade dos insumos é solidária. A ausência de uma política de *Due Diligence* e de SLAs (Acordos de Nível de Serviço) impede a verificação da idoneidade técnica dos



fornecedores. Conforme os padrões da ONA, a instituição deve monitorar se o terceiro entrega a mesma segurança que o serviço próprio, sob risco de perder a acreditação.

#### 4. MITIGAÇÃO DE PASSIVOS JURÍDICOS E TRABALHISTAS

- **Fundamentação:** Normas de Governança da ONA e legislações vigentes.
- **Justificativa:** A falta de controle sobre o vínculo de PJs e o desempenho de terceiros cria um passivo trabalhista e cível latente. O controle interno deve instituir fluxos de verificação de documentos e conformidade contratual para proteger o patrimônio da entidade.

#### 5.2. RESUMO DAS AÇÕES ESTRATÉGICAS NECESSÁRIAS

Para alinhar a instituição às normas vigentes, a adoção das seguintes políticas é inadiável:

1. **Instituição do Ciclo PDCA na Gestão:** Alinhando a contabilidade aos custos reais para tomada de decisão baseada em evidências.
2. **Política de Suprimentos:** Formalização da homologação de fornecedores com foco em critérios técnicos e sanitários.
3. **Gestão de Desempenho (SLA):** Criação de indicadores de qualidade para todos os contratos terceirizados, conforme exigido para Acreditação Nível 2 e 3 da ONA.

**Conclusão:** A implementação dessas políticas não visa apenas o controle burocrático, mas sim a criação de uma **Cultura de Segurança**, onde cada processo auditável reduz a probabilidade de erro assistencial e fragilidade financeira.



## 6. ACHADOS PRELIMINARES DA ANÁLISE EM GESTÃO DE PESSOAS

### 6.1. AUDITORIA DE RH

Pode ser definida como a análise das políticas e práticas de pessoal de uma organização, e avaliação do seu funcionamento atual, seguida de sugestões para melhoria, que será tratada no próximo relatório.

O **propósito principal da auditoria de RH** é mostrar como o programa está funcionando, localizando práticas e condições que são prejudiciais à organização ou que não estão compensando o seu custo ou, ainda, práticas e condições que devam ser acrescentadas.

Uma **auditoria de RH** é uma avaliação metódica e detalhada de suas:

- políticas de RH,
- procedimentos,
- documentos de RH
- e sistemas de RH.

#### Principais áreas de avaliação

- **Conformidade legal:** Verificar se os processos atendem às legislações trabalhistas, como contratos, folha de pagamento e benefícios.
- **Performance organizacional:** Avaliar a eficiência do recrutamento, desligamentos, gestão de desempenho e treinamentos.
- **Alinhamento estratégico:** Analisar se as políticas de RH estão alinhadas às metas e objetivos da empresa.

### 6.2. METODOLOGIA

- Entrevistas com responsáveis de RH
- Revisão documental (contratos, registros, políticas)
- Observação de processos internos
- Amostragem de dados (folha, benefícios, treinamentos)



### 6.3. ESCOPO/ ÁREAS E PROCESSOS AUDITADOS

#### 6.3.1. GESTÃO DE FOLHA DE PAGAMENTOS

QUANTIDADE	CARGO	SALÁRIO CONTRATUAL	INSALUBRIDADE
1	Advogado	5.802,33	
1	Assistente de TI	1.621,00	
1	Assistente de RH	2.915,37	324,20
1	Assistente Social	4.048,13	
3	Auxiliar Administrativo	3.000,00	324,20
2	Auxiliares de Cozinha	1.621,00	648,40
2	Auxiliares de escritório	3.312,55	324,20
10	Aux. de Faturamento	2.994,97	
1	Chefe escritório/Fatur.	5.178,57	
7	Auxiliares de Farmácia	1.644,57	324,20
1	Auxiliar de Limpeza	1.621,00	648,40
2	Auxiliar Financeiro	5.280,43	
1	Auxiliar de Serv. Gerais	2.269,40	648,40
1	Comprador	6.140,00	
1	Consultor de Informática	11.746,90	
1	Coordenador Convênios	5.526,03	
1	Coordenador de projetos	2.994,97	
1	Coordenador Faturamento	3.783,87	
1	Coordenador Supervisão	4.971,09	324,20
6	Copeiras	1.621,00	648,40
1	Costureira	1.918,50	
1	Cozinheira	2.107,39	324,20
26	Enfermeira (o)	3.242,00	648,40
1	Enfermeira RT	7.902,46	648,40



QUANTIDADE	CARGO	SALÁRIO CONTRATUAL	INSALUBRIDADE
6	Farmacêuticos	3.687,02	2 ganham 6.453,50 (tempo)
11	Faxineiras	1.621,00	648,40
1	Gerente Programa Saúde	6.407,40	648,40
7	Lavadeiras	1.621,00	648,40
1	Nutricionista	6.593,60	648,40
1	Office boy	1.621,00	
4	Passadeiras	1.918,50	
1	Pedreiro	5.308,53	
1	Psicólogo Hospitalar	4.048,13	
15	Recepcionista	1.621,00	324,20
1	Superv. Técnico Radiologia	5.673,50	2.269,40
94	Técnicos de Enfermagem	1.702,05	648,40
6	Técnicos em Radiologia	3.242,00	1.296,80

#### A) ASPECTOS CONCEITUAIS A SEREM CONSIDERADOS

Na gestão da folha de pagamentos hospitalar, os aspectos conceituais mais importantes envolvem **legalidade, transparência, precisão nos cálculos e alinhamento estratégico com a política de recursos humanos**. Esses conceitos garantem segurança jurídica, valorização profissional e sustentabilidade financeira.

Aspecto	Conceito	Impacto
Legalidade	Cumprimento da CLT e normas fiscais	Evita passivos trabalhistas e autuações
Transparência	Clareza nos cálculos e comunicação	Reforça confiança dos colaboradores
Precisão	Correta apuração de horas e adicionais	Reduz erros e inconsistências



Equidade	Remuneração justa e uniforme	Valoriza profissionais e evita conflitos
Estratégia	Planejamento e controle de custos	Sustentabilidade financeira
Segurança	Proteção de dados (LGPD)	Confidencialidade e conformidade legal

## B) ACHADOS NO HOSPITAL

O Hospital, registra, um total de **223 funcionários**. O salário registrado na tabela acima foi o salário contratual. Há pequenas diferenças devido ao tempo de serviço ou o perfil da vaga.

## C) MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS AVALIADOS NA GESTÃO DA FOLHA DE PAGAMENTO

Item	O que verificar	Status (Sim/Não / sem evidência)
<b>1. CLT e Convenções Coletivas</b>	Conformidade com acordos sindicais da saúde e legislação trabalhista	Sem evidência
<b>2. Adicionais Legais</b>	Pagamento correto de insalubridade, periculosidade, adicional noturno e horas extras	Sem evidência
<b>3. Benefícios Obrigatórios</b>	Aplicação correta de INSS, FGTS, IRRF, vale-transporte e plano de saúde	Sem evidência
<b>4. Equidade Salarial</b>	Remuneração justa entre funções semelhantes, sem discriminação	Não
<b>5. Registros de Ponto</b>	Conferência de banco de horas, escalas de plantão e horas extras	Sem evidência
<b>6. Documentação</b>	Comprovantes de pagamento, recibos e registros arquivados corretamente	Sem evidência
<b>7. Descontos</b>	Verificação de descontos autorizados e ausência de descontos indevidos	Sem evidência



<b>8. Conformidade Fiscal</b>	Declarações e recolhimentos feitos dentro dos prazos legais	Sem evidência
<b>9. Transparência Interna</b>	Comunicação clara aos colaboradores sobre composição da folha	Não
<b>10. Auditoria Periódica</b>	Revisão regular da folha para prevenir passivos trabalhistas e fiscais	Não

#### D) CONFORMIDADE VS. IRREGULARIDADES NA FOLHA DE PAGAMENTOS HOSPITALAR

Aspecto	Conformidade In Loco	Irregularidades Identificadas	Status (Sim/Não / sem evidência)
<b>Legalidade Trabalhista</b>	Cumprimento da CLT, convenções coletivas e normas sindicais	Descumprimento de acordos coletivos, passivos trabalhistas	Sem evid
<b>Adicionais Legais</b>	Pagamento correto de insalubridade, periculosidade, adicional noturno e horas extras	Omissão ou cálculo incorreto de adicionais obrigatórios	Sem evid
<b>Transparência Financeira</b>	Descontos e benefícios aplicados corretamente (INSS, FGTS, IRRF, plano de saúde)	Descontos indevidos ou não autorizados, falhas em benefícios	Sem evid
<b>Equidade Interna</b>	Remuneração justa e alinhada entre funções semelhantes	Diferenças salariais sem justificativa, práticas discriminatórias	Sem evid
<b>Documentação e Registros</b>	Folha organizada, comprovantes e recibos arquivados	Ausência de registros formais, inconsistência em recibos	Sem evid
<b>Gestão Estratégica</b>	Dados confiáveis para controle de custos e planejamento	Dificuldade em identificar distorções e prever gastos	Sem evid
<b>Credibilidade Institucional</b>	Reforço da imagem do hospital como empregador responsável	Risco de autuações fiscais, processos trabalhistas e perda de confiança	Sem evid

#### 6.3.2. DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL (ENFERMAGEM E ADMINISTRATIVO)

##### A) ASPECTOS CONCEITUAIS A SEREM CONSIDERADOS



O **DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL** em instituições hospitalares é um processo complexo e crucial para a garantia da qualidade e segurança do paciente, bem como para a eficiência operacional.

A alocação adequada de recursos humanos impacta diretamente a capacidade do hospital de prestar assistência, gerenciar custos e manter um ambiente de trabalho saudável para seus colaboradores.

### **DIMENSIONAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) é o órgão responsável por estabelecer as normas e parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem no Brasil. O Parecer Normativo nº 1/2024/COFEN [1], que revogou a Resolução COFEN nº 543/2017, é a principal referência atual para o planejamento da força de trabalho de enfermagem.

#### **Horas de Assistência de Enfermagem por Paciente (24 horas)**

O cálculo das horas de assistência de enfermagem necessárias por paciente em um período de 24 horas é fundamental e varia conforme a complexidade do cuidado. Os parâmetros estabelecidos pelo COFEN são:

<b>Categoria de Cuidado</b>	<b>Horas de Enfermagem por Paciente (24h)</b>
Cuidado Mínimo	4 horas
Cuidado Intermediário	6 horas
Alta Dependência	10 horas
Semi-intensivo	10 horas
Intensivo	18 horas

#### **DEFINIÇÕES DAS CATEGORIAS DE PACIENTES:**

- **Paciente de Cuidados Mínimos (PCM):** Paciente estável sob o ponto de vista clínico e de Enfermagem, com autonomia para atender às suas necessidades humanas básicas.
- **Paciente de Cuidados Intermediários (PCI):** Paciente estável sob o ponto de vista clínico e de Enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de Enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.



- **Paciente de Cuidados de Alta Dependência (PCAD):** Paciente crônico, incluindo o de cuidado paliativo, estável sob o ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de Enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.
- **Paciente de Cuidados Semi-intensivos (PCSI):** Paciente passível de instabilidade das funções vitais, recuperável, sem risco iminente de morte, requerendo assistência de Enfermagem e médica permanente e especializada.
- **Paciente de Cuidados Intensivos (PCIt):** Paciente grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeito à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de Enfermagem e médica permanente e especializada.

#### DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Além das horas de assistência, o COFEN também estabelece a proporção mínima de enfermeiros em relação aos técnicos e auxiliares de enfermagem, conforme a complexidade do cuidado:

Categoria de Cuidado	Proporção Mínima de Enfermeiros
Cuidado Mínimo	33%
Cuidado Intermediário	33%
Alta Dependência	36%
Semi-intensivo	42%
Intensivo	52%

#### ÍNDICES E ACRÉSCIMOS

Para um dimensionamento completo, devem ser considerados os seguintes acréscimos e índices:

**Índice de Segurança Técnica (IST):** Mínimo de 15% sobre o total de profissionais, sendo 8,3% para cobertura de férias e 6,7% para ausências não previstas (como licenças e faltas).

**Educação Permanente:** Acréscimo mínimo de 5% para a participação em atividades de educação permanente, sob responsabilidade do Enfermeiro Responsável Técnico (RT).



**Unidades com Profissionais com Restrição:** Em unidades onde mais de 30% dos profissionais possuem alguma limitação ou restrição para o exercício das atividades, deve-se acrescentar 10% ao quadro do setor.

#### **DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL ADMINISTRATIVO E DE APOIO**

- O dimensionamento de pessoal para as áreas administrativas e de apoio é igualmente vital para o funcionamento do hospital, embora as diretrizes sejam menos padronizadas que as da enfermagem.
- As referências para essas áreas geralmente provêm de manuais internos de grandes redes hospitalares ou estudos de benchmarking.

#### **RELAÇÃO FUNCIONÁRIOS POR LEITO**

- Um indicador comum para o dimensionamento geral de pessoal é a relação entre o **número total de funcionários e o número de leitos hospitalares**. Essa relação pode variar significativamente entre hospitais públicos e privados, e, pela complexidade dos serviços oferecidos:
- **Hospitais Públicos:** Geralmente, a relação varia entre 4 a 6 funcionários por leito.
- **Hospitais Privados (Anahp):** Pode variar de 6 a 10 funcionários por leito, refletindo uma maior oferta de serviços e tecnologias [2].
- **Unidades de Terapia Intensiva (UTI):** A relação é consideravelmente maior, podendo atingir 12 a 15 funcionários por leito, somando todas as categorias profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos, fisioterapeutas, etc.).

#### **ÁREAS DE APOIO**

- As áreas de apoio são essenciais para o funcionamento do hospital e incluem serviços como higiene e limpeza, nutrição e dietética, manutenção, segurança, entre outros.
- O dimensionamento para essas áreas pode ser estimado com base em indicadores de produtividade e na estrutura física do hospital:
- **Higiene e Limpeza:** Uma estimativa comum é de 1 funcionário para cada 6 a 10 leitos, dependendo da rotatividade de pacientes e da área física a ser coberta.
- **Nutrição e Dietética:** Pode-se considerar 1 funcionário para cada 15 a 20 refeições/dia, abrangendo as etapas de produção e distribuição.



- **Pessoal Administrativo:** Geralmente, o quadro administrativo representa entre 15% a 20% do total de funcionários do hospital.

#### **OUTRAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS (EXEMPLO: UTI)**

- Para unidades específicas como a UTI, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 07/2010 da ANVISA estabelece parâmetros mínimos para outras categorias profissionais, além da enfermagem:
- **Médicos:** 1 médico para cada 10 leitos por turno.
- **Fisioterapeutas:** 1 fisioterapeuta para cada 10 leitos, disponível por 18 horas ao dia.

#### **FATORES QUE INFLUENCIAM O DIMENSIONAMENTO**

- Diversos fatores podem influenciar a necessidade de pessoal em um hospital, e devem ser considerados no processo de dimensionamento:
- **Taxa de Ocupação:** A taxa de ocupação dos leitos impacta diretamente a demanda real de assistência e serviços.
- **Perfil Epidemiológico:** A complexidade dos casos atendidos e o perfil das patologias influenciam a carga de trabalho dos profissionais.
- **Planta Física:** Hospitais com grandes áreas físicas, múltiplos andares ou alas dispersas podem exigir mais pessoal para transporte, segurança e logística.
- **Tecnologia:** A adoção de tecnologias e automação de processos pode reduzir a necessidade de pessoal em algumas áreas, especialmente as administrativas e de diagnóstico.
- **Legislação e Normas:** Além do COFEN, outras agências reguladoras (como ANVISA) e legislações trabalhistas devem ser rigorosamente seguidas.
- O dimensionamento de pessoal em hospitais é um desafio contínuo que exige uma análise multifacetada, considerando as especificidades de cada área, a legislação vigente e as melhores práticas.
- A equipe de enfermagem, em particular, possui diretrizes claras e detalhadas estabelecidas pelo COFEN, que visam garantir a segurança do paciente e a qualidade da assistência.
- Para as demais áreas, a **utilização de indicadores de mercado e manuais técnicos de referência**, como os da EBSEH, pode auxiliar na tomada de



decisões. Um dimensionamento adequado não só otimiza os recursos, mas também contribui para um ambiente de trabalho mais seguro e produtivo, e, acima de tudo, para a excelência no cuidado ao paciente.

## B) ACHADOS NO HOSPITAL

- Não há evidências claras de como as pessoas estão dimensionadas no hospital, de acordo com as demandas e marcos legais.
- Vide informações acerca da distribuição obrigatória, principalmente quanto à equipe de enfermagem

## C) DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL HOSPITALAR/ MARCO LEGAL REGULATÓRIO

Item	Marco Legal / Regulatório	Status (Sim/ Não / sem evid)
1. CLT (Consolidação das Leis do Trabalho)	Jornada, intervalos, descanso semanal e direitos trabalhistas	Sem evidência
2. NR-32 (Segurança e Saúde em Serviços de Saúde)	Quantidade adequada de profissionais para garantir segurança e evitar sobrecarga	Sem evidência
3. NR-17 (Ergonomia)	Condições de trabalho compatíveis com carga física e mental dos profissionais	Sem evidência
4. NR-5 (CIPA)	Dimensionamento correto da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes	Sem evidência
5. RDC nº 50/2002 (ANVISA)	Parâmetros mínimos de recursos humanos conforme tipo e porte do hospital	Sem evidência
6. RDC nº 63/2011 (ANVISA)	Boas práticas de funcionamento e proporção adequada de profissionais por setor	Sem evidência
7. Conselhos de Classe (CRM, COREN, CRF, CREFITO, etc.)	Cumprimento das proporções mínimas de profissionais por paciente ou unidade	Não



<b>8. Código de Ética Profissional</b>	Respeito aos limites de carga e qualidade técnica do trabalho	Não
<b>9. Portarias do Ministério da Saúde</b>	Parâmetros de cobertura e recursos humanos em serviços públicos e privados	Sem evidência
<b>10. Política Nacional de Humanização (PNH)</b>	Dimensionamento voltado ao acolhimento e cuidado integral	Sem evidência
<b>11. Normas de Qualidade (ONA, JCI, ISO 9001)</b>	Verificação de conformidade com padrões de acreditação hospitalar	Não
<b>12. LGPD (Lei nº 13.709/18)</b>	Proteção de dados dos profissionais e pacientes nos registros de pessoal	Não

### 6.3.3. ÍNDICES DE INSALUBRIDADE PRATICADOS NO HOSPITAL

#### A) ASPECTOS CONCEITUAIS A SEREM CONSIDERADOS

O adicional de insalubridade em hospitais é um direito de trabalhadores expostos a agentes biológicos nocivos (bactérias, vírus) de forma permanente ou intermitente. Geralmente fixado em **40% (grau máximo)** sobre o salário-mínimo para contato com pacientes em isolamento ou material infectocontagioso, também pode ser de 20% (médio) ou 10% (mínimo), conforme Anexo XIV da NR-15.

Em hospitais, o grau de insalubridade geralmente é considerado *máximo* (40% sobre o salário-mínimo), devido à exposição contínua a agentes biológicos, como vírus, bactérias e contato com pacientes em isolamento. No entanto, o enquadramento pode variar conforme a função e a área específica dentro da instituição.

O **objetivo** da auditoria é avaliar o grau de insalubridade das funções exercidas no hospital, conforme critérios estabelecidos pela **NR-15, Anexo 14**, identificando riscos, conformidades e oportunidades de melhoria.

**Tabela 1: Quadro comparativo de Insalubridade**

<b>Função / Área</b>	<b>Exposição a Agentes Biológicos</b>	<b>Grau de Insalubridade</b>	<b>Percentual sobre Salário-Mínimo</b>
Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem	Contato direto com pacientes, materiais biológicos e ambientes de isolamento	Máximo	40%



Técnicos de laboratório	Manipulação de amostras biológicas e resíduos contaminados	Máximo	40%
Equipe de limpeza hospitalar	Coleta e manuseio de lixo hospitalar, contato com secreções	Máximo	40%
Fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos	Atendimento direto a pacientes, mas sem isolamento	Médio	20%
Recepcionistas e atendentes	Exposição eventual em áreas comuns, sem contato direto com agentes contaminantes	Mínimo	10%
Setor administrativo (RH, financeiro, jurídico)	Sem contato com pacientes ou agentes biológicos	Não aplicável, salvo se houver exposição comprovada.	0%

#### POSTOS-CHAVE SOBRE INSALUBRIDADE EM HOSPITAIS:

- **Quem tem direito:** Enfermeiros, técnicos, médicos, equipes de limpeza (higienização) em áreas de grande circulação, e recepcionistas com contato permanente com pacientes infectocontagiosos.
- **Grau de Insalubridade (NR-15):**
  - **Máximo (40%):** Contato permanente com pacientes em isolamento por doenças infectocontagiosas ou material infecto contagiante.
  - **Médio (20%) ou Máximo (40%):** A jurisprudência tem estendido o grau máximo (40%) a diversas funções hospitalares devido ao risco de contágio, inclusive durante a pandemia de COVID-19.
- **Forma de Cálculo:** Calculado sobre o salário-mínimo nacional, não sobre o salário base.
- **Perícia:** A necessidade do adicional deve ser comprovada por um Laudo de Insalubridade técnico.



- **Equipamentos de Proteção (EPIs):** O fornecimento de EPIs não elimina automaticamente o direito ao adicional, se não neutralizar totalmente o risco.
- **Funções Administrativas:** Em geral, cargos administrativos sem contato com pacientes não têm direito, mas recepcionistas expostos a riscos podem receber o adicional.

## **JURISPRUDÊNCIA E ENTENDIMENTOS DOS TRIBUNAIS**

A aplicação prática do adicional de insalubridade em hospitais é frequentemente objeto de disputas judiciais. Abaixo, destacam-se os principais entendimentos do Tribunal Superior do Trabalho (TST).

### **a) Súmula 448 do TST: Higienização e Coleta de Lixo**

Um dos pontos mais controversos refere-se à equipe de limpeza. O TST consolidou o entendimento de que a higienização de instalações sanitárias de uso público ou coletivo de grande circulação (como banheiros de hospitais) e a respectiva coleta de lixo ensejam o pagamento de adicional em grau máximo (40%).

"A higienização de instalações sanitárias de uso público ou coletivo de grande circulação, e a respectiva coleta de lixo, por não se equiparar à limpeza em residências e escritórios, enseja o pagamento de adicional de insalubridade em grau máximo." (Súmula 448, II, TST).

"A higienização de instalações sanitárias de uso público ou coletivo de grande circulação, e a respectiva coleta de lixo, por não se equiparar à limpeza em residências e escritórios, enseja o pagamento de adicional de insalubridade em grau máximo." (Súmula 448, II, TST).

### **b) Pessoal Administrativo e Recepcionistas**

Trabalhadores que atuam em recepções de prontos-socorros ou áreas de triagem, mesmo não sendo profissionais de saúde, têm obtido o direito ao grau médio (20%) na justiça. O argumento é que a exposição ao risco biológico ocorre pela proximidade com pacientes que ainda não foram diagnosticados ou isolados, caracterizando o contato intermitente, mas prejudicial.

## **B) ACHADOS NO HOSPITAL**

Para a correta gestão do adicional de insalubridade, as instituições de saúde devem observar:

- **Laudo de Insalubridade:** É obrigatória a elaboração de laudo técnico por Engenheiro do Trabalho ou Médico do Trabalho para caracterizar a insalubridade.



- **Equipamentos de Proteção Individual (EPIs):** O fornecimento de EPIs adequados (máscaras N95, luvas, aventais) pode neutralizar alguns agentes, mas no caso de agentes biológicos, a justiça frequentemente entende que o EPI não elimina totalmente o risco de contágio acidental.
- **Cessaçã o do Pagamento:** O adicional pode ser suprimido caso a condiçã o insalubre seja eliminada (ex: mudanç a de setor para áre a administrativa isolada).
- O adicional de insalubridade em hospitais é um tema complexo que exige análise técnica rigorosa.
- Enquanto o grau médio é a regra para o atendimento geral, o grau máximo aplica-se a situaçõ es de isolamento e higienizaçã o crítica.
- As empresas devem manter seus laudos atualizados e observar as convençõ es coletivas, que podem estabelecer bases de cálculo mais benéficas que o salário mínimo nacional.
- A auditoria confirma que funções assistenciais e laboratoriais apresentam **grau máximo de insalubridade**, enquanto funções de apoio e atendimento apresentam grau médio ou mínimo. Áre as administrativas não possuem adicional aplicável. Recomenda-se revisã o periódica dos laudos e reforço das medidas de proteçã o individual e coletiva.
- O grau de insalubridade não é fixo para todo hospital, mas depende da função exercida e da perícia técnica realizada no ambiente.
- Decisões judiciais recentes têm confirmado o direito de profissionais de saúde ao adicional em grau máximo, especialmente quando comprovada a exposiçã o contínua a agentes biológicos.

### C) MARCO LEGAL REGULATÓRIO QUANTO A INSALUBRIDADE HOSPITALAR

Item	Base Legal / Regulamentar	O que verificar	Status (Sim, Não, sem evidência)
1. CLT (Art. 189-192)	Consolidaçã o das Leis do Trabalho	Pagamento do adicional de insalubridade conforme grau (10%, 20%, 40%) e existênci a de laudo técnico	Sim
2. NR-15 (Anexo 14)	Ministério do Trabalho e Emprego	Laudo técnico atualizado sobre exposiçã o a agentes	Sem evidência



		biológicos, químicos e físicos	
<b>3. NR-32</b>	Segurança e Saúde em Serviços de Saúde	Cumprimento das medidas de biossegurança, fornecimento e uso de EPIs, treinamentos periódicos	Sem evidência
<b>4. RDC nº 50/2002 (ANVISA)</b>	Agência Nacional de Vigilância Sanitária	Infraestrutura adequada e controle de infecção hospitalar	Sem evidência
<b>5. RDC nº 63/2011 (ANVISA)</b>	Boas práticas de funcionamento	Gestão de resíduos e condições ambientais seguras	Sem evidência
<b>6. Jurisprudência Trabalhista</b>	Tribunais Regionais e TST	Aplicação correta de decisões sobre insalubridade e exposição a agentes nocivos	Sem evidência
<b>7. Portarias do MTE</b>	Ministério do Trabalho e Emprego	Cumprimento das normas complementares e fiscalizações técnicas	Sem evidência
<b>8. LGPD (Lei nº 13.709/2018)</b>	Lei Geral de Proteção de Dados	Sigilo e proteção dos dados dos profissionais e pacientes nos registros de insalubridade	Sem evidência
<b>9. Documentação e Registros</b>	Interno / RH / SESMT	Arquivo de laudos, fichas de EPIs, treinamentos e relatórios de inspeção	Sem evidência
<b>10. Auditoria Periódica</b>	Interna / Externa	Revisão regular das condições de trabalho e atualização dos laudos técnicos	Sem evidência



### 6.3.3. FGTS

#### A) ASPECTOS CONCEITUAIS A SEREM CONSIDERADOS

Aspecto	Conceito	Impacto
Finalidade	Proteção financeira ao trabalhador	Segurança social
Obrigatoriedade	Depósito mensal de 8%	Conformidade legal
Base de cálculo	Salário + adicionais	Correção dos valores
Gestão	Controle via eSocial	Transparência e rastreabilidade
Direitos	Saques em situações específicas	Garantia trabalhista
Penalidades	Multas e encargos	Risco jurídico
Estratégia	Indicador de conformidade	Credibilidade institucional

#### B) ACHADOS NO HOSPITAL

- Informações coletadas apontam atrasos muito grandes no pagamento do FGTS, em torno de R\$ 3.589.137,15.
- O Hospital está om o certificado de regulação. Pergunta-se: como conseguiu?

#### C) MARCOS REGULATÓRIOS E LEGAIS DO FGTS

Item	O que verificar	Status (Sim, Não, sem evid)
<b>1. Depósitos Mensais</b>	Conferir se os 8% do salário bruto foram recolhidos corretamente para cada colaborador	Não
<b>2. Base de Cálculo</b>	Verificar se adicionais (insalubridade, periculosidade, noturno, horas extras) estão incluídos	Não



<b>3. Abrangência</b>	Confirmar recolhimento para todos os empregados CLT, temporários, aprendizes e domésticos	Não
<b>4. Integração com eSocial</b>	Conferir se os dados da folha estão corretamente integrados e transmitidos	Sem evidência
<b>5. Regularidade dos Registros</b>	Checar extratos de contas vinculadas e conciliação com folha de pagamento	Sem evidência
<b>6. Direitos de Saque</b>	Garantir que os colaboradores sejam informados sobre situações de saque (demissão, aposentadoria, compra de imóvel, doenças graves)	Não
<b>7. Penalidades</b>	Avaliar se há atrasos ou ausência de depósitos que possam gerar multas e encargos	Sim
<b>8. Documentação</b>	Arquivar comprovantes de recolhimento e relatórios de conciliação	Sem evidência
<b>9. Auditoria Periódica</b>	Realizar revisões regulares para prevenir passivos trabalhistas	Não
<b>10. Conformidade Estratégica</b>	Usar o FGTS como indicador de credibilidade institucional e segurança jurídica	Não

#### 6.3.4. POLÍTICA DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DE PESSOAL

##### A) ASPECTOS CONCEITUAIS A SEREM CONSIDERADOS

A política de **recrutamento e seleção em um hospital** é um conjunto de diretrizes e práticas que orienta como a instituição atrai, avalia e contrata profissionais de saúde e apoio. Ela precisa ser especialmente cuidadosa porque envolve funções críticas para a vida humana e exige conformidade com normas legais e éticas.

##### Objetivos da Política

- Garantir que os profissionais contratados tenham **qualificação técnica e registro profissional** (ex.: CRM, COREN).
- Assegurar **transparência e equidade** nos processos seletivos.
- Atender às **necessidades específicas do hospital** (assistenciais, administrativas e de apoio).



- Promover diversidade e inclusão no quadro de colaboradores.

#### **Particularidades em Hospitais**

- **Criticidade das funções:** erros de contratação podem impactar diretamente a saúde dos pacientes.
- **Exigência legal:** profissionais de saúde precisam estar devidamente registrados em seus conselhos de classe.
- **Treinamento contínuo:** além da seleção, há necessidade de capacitação constante em protocolos clínicos e de segurança.
- **Ética e humanização:** busca por profissionais alinhados com valores de cuidado, empatia e responsabilidade.

#### **Diretrizes/Planejamento de Vagas**

- O hospital deverá identificar necessidades de pessoal por setor e definir perfis profissionais (UTI, pronto-socorro, laboratório, administrativo).
- O perfil deverá contemplar requisitos técnicos, comportamentais e legais (ex.: registro em conselho profissional).

#### **Monitoramento**

- O hospital deverá revisar esta política anualmente.
- Indicadores de rotatividade, tempo de contratação e satisfação dos gestores deverão ser monitorados.
- Auditorias internas poderão ser realizadas para verificar conformidade.

### **B) ACHADOS NO HOSPITAL**

- A Instituição possui um Manual de Processo Seletivo, com objetivos, princípios norteadores, etapas do processo seletivo, avaliação comportamental e técnica, sistema de avaliação e responsabilidades.
- Há também um formulário de avaliação e decisão, com identificação, triagem curricular, avaliação comportamental (psicóloga), avaliação técnica e decisão final.
- Todos os documentos do setor de R&S estão desatualizados.
- Não há evidências que o R&S do Hospital esteja alinhado às estratégias e a cultura da organização.



### C) MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS AVALIADOS NA POLÍTICA DE R&S:

Uma política de **recrutamento e seleção em hospitais** precisa estar fundamentada em **marcos legais e regulatórios** que assegurem tanto a conformidade trabalhista quanto a segurança dos pacientes.

Uma política de recrutamento e seleção hospitalar não se limita a critérios técnicos e comportamentais: ela deve estar **alicerçada em normas trabalhistas, regulatórias, sanitárias e éticas**, garantindo que cada contratação seja legal, segura e responsável.

#### PRINCIPAIS MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS AVALIADOS EM R&S

Item	Marco Legal / Regulatório	O que verificar	Status (Sim/Não/sem evid)
1	CLT – Consolidação das Leis do Trabalho	Contratos de trabalho conforme legislação vigente	Sim
2	NR-7 (PCMSO)	Exames admissionais realizados e registrados	Sim
3	NR-9 (PGR/PPRA)	Avaliação de riscos ocupacionais para novos colaboradores	Sem evidência
4	NR-15	Adicional de insalubridade conforme função hospitalar	Sim
5	NR-32	Cumprimento das normas de segurança e saúde em serviços de saúde	Sem evidência
6	Conselhos de Classe (CRM, COREN, CRP, etc.)	Registro ativo e válido dos profissionais de saúde	Sem evidência
7	Código de Ética Profissional	Declaração de ciência e adesão às normas éticas	Sem evidência



8	<b>ANVISA / RDCs aplicáveis</b>	Protocolos de biossegurança e controle de infecção	Sem evidência
9	<b>Lei de Cotas (Lei nº 8.213/91)</b>	Reserva de vagas para pessoas com deficiência	Sem evidência
10	<b>Legislação Antidiscriminatória</b>	Processos seletivos livres de discriminação	Sem evidência
11	<b>LGPD (Lei nº 13.709/18)</b>	Proteção de dados pessoais de candidatos	Sem evidência
12	<b>Políticas Internas de Compliance</b>	Aderência às normas de integridade e governança	Não
13	<b>A Gestão de Pessoas (GP) estabelece um processo de recrutamento, seleção e desligamento dos profissionais alinhado às estratégias e à cultura organizacional</b>	Visão sistêmica	Não

### 6.3.6. POLÍTICA DE CARGOS E SALÁRIOS

#### A) ASPECTOS CONCEITUAIS A SEREM CONSIDERADOS

Um plano de cargos e salários em um hospital é um instrumento de gestão que organiza funções, responsabilidades e remunerações, garantindo justiça interna, competitividade externa e valorização dos profissionais de saúde. Ele é fundamental para atrair, reter e motivar talentos em um ambiente crítico como o hospitalar.

O plano de cargos e salários é a política que define:

- Estrutura de cargos existentes no hospital.
- Requisitos de cada função (formação, experiência, competências).
- Faixas salariais e critérios de progressão.
- Regras de promoção, enquadramento e evolução profissional.



No contexto hospitalar, ele assegura que médicos, enfermeiros, técnicos, administrativos e equipe de apoio tenham remuneração justa e compatível com suas responsabilidades e riscos.

### **Importância de um PCS em um Hospital**

- **Justiça e transparência:** evita desigualdades salariais entre funções semelhantes.
- **Retenção de talentos:** profissionais de saúde valorizam planos estruturados e progressão clara.
- **Competitividade:** garante que o hospital esteja alinhado ao mercado e atraia bons profissionais.
- **Motivação e engajamento:** colaboradores percebem reconhecimento e perspectivas de crescimento.
- **Conformidade legal:** reduz riscos trabalhistas e garante adequação às normas da CLT e adicionais previstos (como insalubridade).
- **Eficiência organizacional:** melhora a gestão de pessoas e a alocação de recursos humanos.
- **Segurança jurídica:** reduz riscos de ações trabalhistas e autuações.
- **Credibilidade institucional:** reforça a imagem do hospital como empregador responsável.
- **Valorização profissional:** garante remuneração justa e progressão transparente.
- **Qualidade assistencial:** profissionais motivados e bem remunerados refletem em melhor atendimento ao paciente.
- **Gestão estratégica:** fornece dados para ajustes na política de cargos e salários e alinhamento com o mercado.

### **B) ACHADOS NO HOSPITAL:**

- A Instituição **NÃO** possui uma política estruturada, sistematizada e organizada de Plano de Cargos e Salários.
- Não há evidências de que a gestão do Hospital defina e atualiza as competências profissionais conforme as responsabilidades e atribuições de um cargo.
- Não há evidências de que o Hospital disponha de profissionais com competência e capacitação compatíveis com o perfil de atendimento assistencial.



### C) MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS EM PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS HOSPITALAR

Item	Marco Legal / Regulatório	O que verificar	Status (Sim / Não/sem evidência)
1	CLT – Consolidação das Leis do Trabalho	Estrutura de cargos e salários em conformidade com direitos trabalhistas	Não
2	Normas Regulamentadoras (NRs)	Aplicação de adicionais (NR-15 insalubridade, NR-32 segurança hospitalar)	Sem evid
3	NR-7 (PCMSO)	Inclusão de exames médicos ocupacionais nos processos de admissão	Sim
4	NR-9 (PGR/PPRA)	Avaliação de riscos ocupacionais vinculados aos cargos	Sem evidência
5	Conselhos de Classe (CRM, COREN, CRP, etc.)	Exigência de registro ativo para cargos assistenciais	Sem evidência
6	Código de Ética Profissional	Alinhamento das funções às normas éticas de cada categoria	Sem evid
7	ANVISA / RDCs aplicáveis	Conformidade dos cargos com protocolos de biossegurança e saúde	Sem evidência
8	Lei de Cotas (Lei nº 8.213/91)	Reserva de vagas para pessoas com deficiência	Sem evidência



9	<b>Legislação Antidiscriminatória</b>	Garantia de igualdade salarial e não discriminação	Sem evidência
10	<b>LGPD (Lei nº 13.709/18)</b>	Proteção de dados pessoais de colaboradores	Sem evid
11	<b>Políticas Internas de Compliance</b>	Aderência às normas de integridade e governança hospitalar	Não
12	<b>Convenções Coletivas de Trabalho</b>	Observância de acordos sindicais específicos da área da saúde	Sem evidência
13	<b>A GP define e atualiza as competências profissionais conforme as responsabilidades e atribuições descritas para os cargos?</b>		Sem evidências

### 6.3.8. POLÍTICA DE TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO

#### A) ASPECTOS CONCEITUAIS A SEREM CONSIDERADOS

Consiste em um **programa estruturado de capacitação contínua**, que garante que médicos, enfermeiros, técnicos, administrativos e equipes de apoio estejam preparados para desempenhar suas funções com excelência, segurança e ética.

#### Fases Principais

##### 1. Diagnóstico de Necessidades

- O hospital deverá identificar lacunas de competências por meio de avaliações periódicas.
- As necessidades deverão ser alinhadas às metas estratégicas da instituição.

##### 2. Planejamento

- Definição de objetivos de treinamento (ex.: atualização em protocolos clínicos, biossegurança, atendimento humanizado).



- Elaboração de cronograma e orçamento. O cronograma deverá contemplar treinamentos obrigatórios (NR-32, biossegurança, protocolos clínicos) e complementares (atendimento humanizado, liderança).

### 3. Execução

- Integração de novos colaboradores com foco em normas hospitalares.
- Os treinamentos deverão ser realizados por profissionais qualificados internos ou externos.
- Métodos poderão incluir cursos presenciais, online, workshops, simulações e palestras.

### 4. Avaliação

- Medição da eficácia dos treinamentos (testes, indicadores de desempenho, feedback dos gestores).
- Ajustes conforme resultados e necessidades emergentes.
- Resultados deverão ser documentados e utilizados para ajustes futuros

### 5. Desenvolvimento Contínuo

- Programas de educação permanente.
- Incentivo à especialização e participação em congressos e cursos externos.

## SUGESTÃO DE TREINAMENTOS OBRIGATÓRIOS X TREINAMENTOS COMPLEMENTARES

Área / Setor	Treinamentos Obrigatórios	Treinamentos Complementares
<b>Assistencial (Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- NR-32 (Segurança em Serviços de Saúde)</li><li>- Biossegurança e uso de EPIs</li><li>- Protocolos de emergência (PCR, parada cardiorrespiratória)</li><li>- Controle de infecção hospitalar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Atendimento humanizado ao paciente</li><li>- Comunicação eficaz com familiares</li><li>- Atualização em especialidades médicas (ex.: oncologia, cardiologia)</li></ul>



<b>Laboratorial (Técnicos e Analistas)</b>	- Manipulação segura de materiais biológicos - Normas da ANVISA e RDCs aplicáveis - NR-15 (insalubridade e agentes biológicos)	- Boas práticas laboratoriais (BPL) - Treinamento em novas tecnologias de diagnóstico
<b>Administrativo (RH, Financeiro, Recepção)</b>	- LGPD (proteção de dados pessoais) - Ética e compliance institucional	- Atendimento humanizado na recepção - Gestão de conflitos e liderança - Comunicação interna eficaz
<b>Serviços de Apoio (Limpeza, Manutenção, Nutrição, Segurança)</b>	- NR-32 (biossegurança em áreas hospitalares) - Protocolos de descarte de resíduos hospitalares - Uso correto de EPIs	- Treinamento em atendimento humanizado (nutrição e segurança) - Gestão ambiental e sustentabilidade hospitalar

## B) ACHADOS NO HOSPITAL

Aplica-se a todos os colaboradores do hospital, incluindo áreas assistenciais, laboratoriais, administrativas e de apoio.

- O Hospital possui um Núcleo de Educação Permanente (NEP), porém não possui um cronograma de trabalho, nem para a execução dos cursos obrigatórios quanto os complementares.
- Não ficou claro, também, quais cursos são disponibilizados para aqueles funcionários recém-contratados.
- Não há indicadores de eficiência e eficácia dos cursos
- O NEP possui estrutura física adequada, insumos e equipamentos próprios para a sua atuação.
- O NEP possui uma comissão interna, porém não existem evidências de equipe multiprofissional.
- O NEP possui documentos normativos.
- Não há evidências que o Hospital tenha um programa destinado ao desenvolvimento de lideranças, conforme a cultura da organização.
- O NEP não possui indicadores definidos e específicos para os setores.



- Não há evidências de que o NEP identifica e mapeia as necessidades de capacitação e desenvolvimento dos profissionais para o exercício de suas funções.
- O NEP possui um planejamento/cronograma anual de treinamentos, conforme necessidade de educação identificadas.
- O NEP não possui um cronograma de capacitação anual voltado para as equipes multiprofissionais.
- O NEP não apresenta os resultados das ações de educação aos gestores e direção.
- Não há indicadores elaborados no NEP para estabelecer ações de melhoria.
- Cada área deve ter um **cronograma de reciclagem periódica** (ex.: treinamentos obrigatórios a cada 12 meses).
- **Treinamentos complementares** podem ser adaptados conforme necessidades estratégicas e avanços tecnológicos.
- **Treinamentos obrigatórios:** pelo menos 1 vez ao ano, com reciclagem semestral em áreas críticas (UTI, pronto-socorro, laboratório).
- **Treinamentos complementares:** distribuídos ao longo do ano, conforme necessidades estratégicas.
- **Integração de novos colaboradores:** sempre realizada no início da contratação.

#### Importância do T&D em um Hospital

- **Segurança do paciente:** profissionais bem treinados reduzem erros e riscos.
- **Atualização técnica:** garante alinhamento com avanços médicos e novas regulamentações.
- **Motivação e engajamento:** colaboradores percebem valorização e oportunidades de crescimento.
- **Conformidade legal:** atende exigências da NR-32 (segurança em serviços de saúde) e protocolos da ANVISA.
- **Qualidade assistencial:** melhora o atendimento e fortalece a reputação institucional.



### C) MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS APLICADOS À UMA POLÍTICA DE TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO

Item	Marco Legal / Regulatório	O que verificar	Status (Sim/Não / sem evid)
1	<b>CLT – Consolidação das Leis do Trabalho</b>	Treinamentos obrigatórios sobre segurança e saúde ocupacional conforme legislação	Sem evidência
2	<b>NR-7 (PCMSO)</b>	Capacitação sobre saúde ocupacional e exames médicos periódicos	Sem evidência
3	<b>NR-9 (PGR/PPRA)</b>	Treinamentos sobre prevenção de riscos ambientais e uso de EPIs	Sem evidência
4	<b>NR-15</b>	Orientações sobre insalubridade e medidas de proteção	Sem evidência
5	<b>NR-32</b>	Treinamentos sobre segurança e saúde em serviços de saúde	Sem evidência
6	<b>ANVISA / RDCs aplicáveis</b>	Capacitação em biossegurança, controle de infecção e descarte de resíduos	Sem evidência
7	<b>Conselhos de Classe (CRM, COREN, CRP, etc.)</b>	Atualização técnica e ética conforme exigências profissionais	Sem evidência
8	<b>Código de Ética Profissional</b>	Inclusão de treinamentos sobre conduta ética e sigilo profissional	Não
9	<b>Lei de Cotas (Lei nº 8.213/91)</b>	Treinamentos sobre inclusão e acessibilidade	Sem evidência
10	<b>Legislação Antidiscriminatória</b>	Programas de sensibilização sobre diversidade e respeito	Sem evidência
11	<b>LGPD (Lei nº 13.709/18)</b>	Treinamentos sobre proteção de dados pessoais de pacientes e colaboradores	Sem evidência



12	<b>Políticas Internas de Compliance</b>	Capacitação sobre ética, integridade e governança hospitalar	Sem evidência
13	<b>Normas de Qualidade (ONA, JCI, ISO 9001)</b>	Registro e comprovação de treinamentos exigidos para acreditação hospitalar	Não

### CONFORMIDADE VS. IRREGULARIDADES EM TREINAMENTO HOSPITALAR

Aspecto	Conformidade In Loco	Irregularidades possíveis / Identificadas
<b>Legalidade</b>	Cumprimento da CLT, NRs, ANVISA, LGPD e conselhos de classe	Ausência de treinamentos obrigatórios, descumprimento de normas regulatórias
<b>Segurança do Paciente</b>	Profissionais capacitados reduzem erros e riscos clínicos	Maior probabilidade de falhas, acidentes e eventos adversos
<b>Documentação</b>	Registros completos (listas de presença, certificados, relatórios)	Falhas documentais, ausência de comprovação de treinamentos
<b>Engajamento dos Colaboradores</b>	Equipes motivadas e valorizadas pela educação permanente	Baixa adesão, desmotivação e rotatividade elevada
<b>Qualidade Assistencial</b>	Atendimento humanizado e alinhado a protocolos atualizados	Atendimento deficiente, impacto negativo na reputação institucional
<b>Gestão Estratégica</b>	Dados confiáveis para ajustes e melhorias contínuas	Dificuldade em identificar lacunas e planejar ações corretivas
<b>Credibilidade Institucional</b>	Reforço da imagem do hospital como responsável e ético	Risco de autuações, processos trabalhistas e perda de creditações



### 6.3.9. POLÍTICA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

#### A) ASPECTOS CONCEITUAIS A SEREM CONSIDERADOS

É um instrumento de gestão que avalia como cada colaborador contribui para a eficiência, segurança e humanização do cuidado hospitalar, considerando tanto resultados objetivos (indicadores clínicos e operacionais) quanto aspectos subjetivos (relacionamento, ética e postura profissional).

A avaliação de desempenho em hospitais não é apenas uma ferramenta administrativa, mas um mecanismo estratégico para garantir excelência clínica, segurança do paciente e sustentabilidade organizacional

#### Importância

- **Para os profissionais de saúde:** gera feedback sobre sua atuação, reconhece esforços e aponta caminhos de crescimento.
- **Para os pacientes:** contribui para um atendimento mais seguro, eficiente e humanizado.
- **Para a instituição:** fortalece a reputação, melhora indicadores de qualidade e otimiza recursos.
- **Para o sistema de saúde:** ajuda a manter padrões elevados de cuidado e reduz riscos de erros médicos.

#### B) ACHADOS NO HOSPITAL

O Hospital São João Batista, de Visconde do Rio Branco, **NÃO possui nenhuma ferramenta de avaliação de desempenho**. Conseqüentemente, esta ausência impacta em outros subsistemas de gestão de pessoas, como Recrutamento e Seleção, Treinamento, Clima Organizacional, Melhorias nos Indicadores, Cuidado com o paciente, trazendo conseqüências sérias, tanto para os profissionais quanto para a instituição e, principalmente, para os pacientes.

#### Principais Conseqüências

##### 1. Impacto na Qualidade Assistencial

- Falta de monitoramento das práticas clínicas e administrativas.
- Maior risco de erros médicos e falhas nos protocolos de segurança.
- Atendimento menos padronizado e menos humanizado.



## 2. Risco à Segurança do Paciente

- Irregularidades não identificadas podem resultar em eventos adversos.
- Ausência de feedback impede correções rápidas de condutas inadequadas.
- Aumento da vulnerabilidade em situações críticas (UTI, cirurgias, emergências).

## 3. Desmotivação e Estagnação Profissional

- Sem avaliação, não há reconhecimento dos esforços individuais.
- Dificuldade em identificar talentos e promover desenvolvimento.
- Profissionais podem sentir falta de direcionamento e de oportunidades de crescimento.

## 4. Gestão Ineficiente

- Decisões sobre promoções, treinamentos e realocação ficam sem base objetiva.
- Recursos humanos e materiais podem ser mal distribuídos.
- Dificuldade em alinhar equipes às metas estratégicas do hospital.

## 5. Problemas de Credibilidade e Conformidade

- Risco de não atender às exigências de órgãos reguladores (ANVISA, Ministério da Saúde).
- Perda de confiança de pacientes e familiares.
- Possíveis sanções legais e administrativas.

Sem avaliação de desempenho, o hospital perde a capacidade de garantir qualidade, segurança e eficiência, além de comprometer o desenvolvimento dos profissionais e a reputação institucional.

A ausência de uma avaliação de desempenho em um hospital pode comprometer diretamente a qualidade assistencial, a segurança do paciente e a eficiência da gestão. Sem esse processo estruturado, **não há mecanismos claros para identificar falhas, reconhecer talentos ou alinhar equipes às metas institucionais.**

## C) MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS APLICADOS À UMA POLÍTICA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Os marcos legais e regulatórios da avaliação de desempenho hospitalar no Brasil são fundamentados em **normas do Ministério da Saúde, ANVISA, ANS e programas de acreditação como a ONA e CQH**, que juntos garantem qualidade, segurança e transparência na gestão hospitalar.



Órgão/Programa	Objetivo Principal	Exigências na Avaliação de Desempenho
<b>ANVISA</b> (Agência Nacional de Vigilância Sanitária)	Garantir segurança sanitária e controle de riscos	Protocolos de biossegurança, controle de infecção hospitalar, descarte de resíduos, manutenção de infraestrutura
<b>ANS</b> (Agência Nacional de Saúde Suplementar)	Regular hospitais que atendem planos de saúde	Indicadores de qualidade assistencial, satisfação dos usuários, conformidade com padrões de atendimento
<b>ONA</b> (Organização Nacional de Acreditação)	Certificação hospitalar em níveis de qualidade e segurança	Avaliação de gestão, assistência e processos organizacionais; cumprimento de padrões de acreditação
<b>PROADI-SUS</b> (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS)	Apoiar hospitais de excelência no fortalecimento do SUS	Implementação de protocolos clínicos, auditorias de desempenho e projetos de melhoria contínua
<b>CQH</b> (Compromisso com a Qualidade Hospitalar)	Promover cultura de qualidade e segurança	Avaliação periódica de processos, indicadores de desempenho e adesão a boas práticas assistenciais

### 6.3.10. PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

#### A) ASPECTOS CONCEITUAIS A SEREM CONSIDERADOS

Uma **pesquisa de clima organizacional em um hospital** é uma ferramenta estratégica para avaliar a percepção dos colaboradores sobre o ambiente de trabalho, a cultura institucional e os fatores que influenciam motivação, engajamento e desempenho.



É um processo estruturado de coleta e análise de informações sobre como os profissionais percebem aspectos como liderança, comunicação, condições de trabalho, reconhecimento e relacionamento interpessoal dentro da instituição hospitalar.

A pesquisa de clima organizacional em hospitais é essencial para **diagnosticar o ambiente interno, fortalecer equipes e garantir que a qualidade assistencial esteja sustentada por profissionais motivados e valorizados.**

## **B) ACHADOS NO HOSPITAL**

O Hospital NÃO possui nenhuma ferramenta para pesquisar o clima organizacional junto a seus colaboradores.

### **Consequências da Ausência de Pesquisa de Clima no Hospital:**

#### **1. Desconhecimento da realidade interna**

- A gestão perde visibilidade sobre problemas de comunicação, liderança ou infraestrutura.
- Dificuldade em identificar insatisfações e pontos de melhoria.

#### **2. Desmotivação e baixa produtividade**

- Falta de reconhecimento e ausência de canais de escuta reduzem o engajamento.
- Profissionais podem sentir-se desvalorizados e sem voz.

#### **3. Aumento da rotatividade e absenteísmo**

- Sem diagnóstico do clima, não há ações para retenção de talentos.
- Cresce a saída de profissionais qualificados e o número de faltas.

#### **4. Impacto na qualidade assistencial**

- Equipes desmotivadas tendem a cometer mais erros e oferecer atendimento menos humanizado.
- A segurança do paciente pode ser comprometida.

#### **5. Gestão pouco estratégica**

- Decisões sobre treinamentos, promoções e políticas internas ficam sem base objetiva.
- Recursos humanos e materiais podem ser mal direcionados.



## 6. Prejuízo à reputação institucional

- Hospitais com clima organizacional deteriorado perdem credibilidade junto a pacientes, familiares e órgãos reguladores.
- A imagem da instituição pode ser afetada negativamente.

Sem pesquisa de clima organizacional, o hospital perde a capacidade de **diagnosticar problemas internos, engajar equipes e garantir qualidade assistencial sustentável.**

## C) MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS APLICADOS À UMA PESQUISA DE CLIMA NUM HOSPITAL

Não há uma lei específica que obrigue sua realização de uma **pesquisa de clima organizacional em hospitais**, mas existem **marcos legais e regulatórios** que influenciam diretamente esse processo, pois tratam da gestão de pessoas, da qualidade assistencial e da segurança do paciente. Esses referenciais funcionam como **bases normativas e orientadoras** para que a pesquisa de clima seja conduzida de forma ética, transparente e alinhada às exigências institucionais.

Órgão/Programa	Objetivo Principal	Relação com Pesquisa de Clima
Ministério da Saúde – Política Nacional de Humanização (PNH)	Humanizar a assistência e valorizar os profissionais	Incentiva práticas de escuta ativa, gestão participativa e valorização do trabalhador
ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária)	Garantir condições seguras de trabalho e biossegurança	Normas de infraestrutura, controle de riscos e ambiente laboral impactam diretamente o clima organizacional
ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar)	Regular hospitais que atendem planos de saúde	Avaliação de qualidade assistencial e satisfação dos usuários, que depende de equipes motivadas e clima saudável
ONA (Organização Nacional de Acreditação)	Certificação hospitalar em níveis de qualidade e segurança	Critérios de gestão de pessoas, comunicação interna e cultura organizacional incluem pesquisas de clima como evidência



CQH (Compromisso com a Qualidade Hospitalar)	Promover cultura de qualidade e segurança	Estimula avaliações periódicas do ambiente de trabalho e indicadores de satisfação dos colaboradores
PROADI-SUS	Apoiar hospitais de excelência no fortalecimento do SUS	Projetos de melhoria contínua incluem diagnóstico do ambiente interno e engajamento das equipes

### 6.3.11. INDICADORES DE GESTÃO DE PESSOAS

#### A) ASPECTOS CONCEITUAIS A SEREM CONSIDERADOS

Em hospitais, a **gestão de pessoas** é um dos pilares para garantir qualidade assistencial, segurança do paciente e sustentabilidade institucional. Os **principais indicadores** e os **aspectos conceituais** que devem ser considerados ajudam a medir o desempenho da equipe e orientar decisões estratégicas.

#### QUADRO PRÁTICO DE GESTÃO DE PESSOAS EM HOSPITAIS

Indicador	O que mede	Aspectos Conceituais a Considerar
Taxa de Rotatividade (Turnover)	Percentual de saída de profissionais	Clima organizacional, retenção de talentos, políticas de valorização
Absenteísmo	Frequência de faltas e atrasos	Condições de trabalho, carga horária, equilíbrio vida pessoal/profissional
Índice de Satisfação dos Colaboradores	Percepção sobre ambiente e gestão	Comunicação interna, liderança, reconhecimento, cultura institucional
Horas de Treinamento por Colaborador	Investimento em capacitação contínua	Desenvolvimento profissional, atualização técnica, incentivo à aprendizagem



<b>Produtividade</b>	Relação entre atendimentos/procedimentos e equipe disponível	Qualidade assistencial, sobrecarga, eficiência operacional
<b>Indicadores de Segurança do Paciente</b>	Eventos adversos ligados a falhas humanas	Cultura de segurança, protocolos clínicos, engajamento das equipes
<b>Engajamento e Retenção de Talentos</b>	Permanência e alinhamento dos profissionais	Missão hospitalar, motivação, pertencimento e ética profissional

Esse quadro mostra que os **indicadores fornecem dados objetivos**, enquanto os **aspectos conceituais garantem interpretação estratégica**. Juntos, permitem que a gestão hospitalar alinhe desempenho das equipes com qualidade e segurança do paciente.

## **B) ACHADOS NO HOSPITAL**

O Hospital NÃO possui nenhum indicador de gestão de pessoas.

Quando um hospital **não possui indicadores de gestão de pessoas**, a instituição perde ferramentas essenciais para monitorar, avaliar e melhorar o desempenho das equipes. Isso gera consequências que afetam diretamente a qualidade assistencial, a segurança do paciente e a sustentabilidade organizacional.

### **Consequências da Ausência de Indicadores de Gestão de Pessoas**

#### **1. Falta de Visibilidade e Controle**

- A gestão não consegue identificar problemas como alta rotatividade, absenteísmo ou baixa satisfação dos colaboradores.
- Decisões passam a ser tomadas sem base objetiva, apenas por percepções.

#### **2. Desmotivação e Baixo Engajamento**

- Sem indicadores de satisfação ou reconhecimento, os profissionais podem sentir-se desvalorizados.
- Isso reduz o comprometimento com a missão hospitalar.

#### **3. Aumento da Rotatividade e Absenteísmo**

- Sem monitoramento, não há estratégias eficazes de retenção de talentos.



- Cresce a saída de profissionais qualificados e o número de faltas.

#### 4. Impacto na Qualidade Assistencial

- Equipes desmotivadas e sobrecarregadas tendem a cometer mais erros.
- A segurança do paciente fica comprometida.

#### 5. Gestão Pouco Estratégica

- Sem dados, não é possível planejar treinamentos, promoções ou políticas de valorização.
- Recursos humanos e materiais podem ser mal direcionados.

#### 6. Perda de Credibilidade Institucional

- Hospitais sem indicadores de gestão de pessoas têm dificuldade em atender exigências de acreditação (ONA, CQH, ANS).
- Isso afeta a reputação junto a pacientes, familiares e órgãos reguladores.

### QUADRO COMPARATIVO: HOSPITAIS COM E SEM INDICADORES DE GESTÃO DE PESSOAS

Aspecto	Com Indicadores de Gestão de Pessoas	Sem Indicadores de Gestão de Pessoas
Visibilidade da Gestão	Dados objetivos para decisões estratégicas	Decisões baseadas em percepções subjetivas
Motivação e Engajamento	Monitoramento da satisfação e reconhecimento	Desmotivação e baixo engajamento não identificados
Retenção de Talentos	Ações direcionadas para reduzir rotatividade	Alta saída de profissionais qualificados
Absenteísmo	Controle e planos de ação para reduzir faltas	Crescimento de ausências sem diagnóstico
Qualidade Assistencial	Equipes motivadas e capacitadas reduzem erros	Maior risco de falhas e eventos adversos
Eficiência Operacional	Recursos humanos otimizados	Sobrecarga e desperdício de recursos
Credibilidade Institucional	Cumprimento de exigências regulatórias e creditações	Dificuldade em atender normas e perda de reputação



A ausência de indicadores transforma a gestão hospitalar em um processo **reativo e pouco estratégico**, aumentando riscos clínicos, administrativos e reputacionais. Já a presença de indicadores permite **planejamento, monitoramento e melhoria contínua**, fortalecendo tanto os colaboradores quanto a instituição.

### **C) MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS APLICADOS A INDICADORES DE GESTÃO DE PESSOAS**

Os principais marcos legais e regulatórios que se aplicam aos indicadores de gestão de pessoas em hospitais no Brasil estão ligados às **normas do Ministério da Saúde, ANVISA, ANS e programas de acreditação como a ONA e Anahp.**

<b>Órgão/Programa</b>	<b>Objetivo Principal</b>	<b>Relação com Indicadores de Gestão de Pessoas</b>
<b>Ministério da Saúde (SUS/CONITEC)</b>	Normatizar políticas de saúde e gestão hospitalar	Portarias e diretrizes exigem relatórios de gestão, incluindo dados de recursos humanos e desempenho institucional
<b>ANVISA</b>	Garantir segurança sanitária e condições adequadas de trabalho	Normas de biossegurança e infraestrutura impactam diretamente indicadores como absenteísmo e satisfação dos colaboradores
<b>ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar)</b>	Regular hospitais que atendem planos de saúde	Avalia qualidade assistencial e satisfação dos usuários, exigindo gestão eficiente de equipes e indicadores de desempenho
<b>ONA (Organização Nacional de Acreditação)</b>	Certificação hospitalar em níveis de qualidade e segurança	Critérios de acreditação incluem gestão de pessoas, clima organizacional e indicadores de treinamento, rotatividade e engajamento
<b>Anahp (Associação Nacional de Hospitais Privados)</b>	Sistema de Indicadores Hospitalares	Coleta e monitora indicadores de gestão de pessoas, como turnover, absenteísmo e horas de treinamento, para melhoria contínua



<b>CQH (Compromisso com a Qualidade Hospitalar)</b>	Promover cultura de qualidade e segurança	Estimula uso de indicadores de gestão de pessoas para avaliar clima e desempenho das equipes
---	---	--

### 6.3.12. SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO

#### A) ASPECTOS CONCEITUAIS A SEREM CONSIDERADOS

Os aspectos conceituais de Saúde e Segurança do Trabalho em hospitais são especialmente relevantes porque o ambiente hospitalar reúne riscos ocupacionais diversos e exige uma cultura organizacional voltada para a proteção dos colaboradores e, conseqüentemente, para a segurança dos pacientes.

##### 1. Prevenção como princípio

- A SST deve priorizar medidas preventivas, não apenas corretivas.
- Protocolos de biossegurança, ergonomia e uso de EPIs são pilares fundamentais.

##### 2. Normas Regulamentadoras específicas

- **NR-32:** trata da segurança e saúde em serviços de saúde, incluindo agentes biológicos, químicos e radiações.
- **NR-4 (SESMT)** e **NR-5 (CIPA):** estruturam a gestão de segurança ocupacional.
- **NR-6 (EPI)** e **NR-9 (PGR):** garantem proteção individual e gerenciamento de riscos.

##### 3. Gestão de riscos ocupacionais

- Hospitais apresentam riscos físicos (radiações, ruídos), químicos (medicamentos, desinfetantes), biológicos (vírus, bactérias) e psicossociais (estresse, carga emocional).
- A gestão deve identificar, avaliar e controlar esses riscos continuamente.

##### 4. Integração com gestão de pessoas

- SST deve dialogar com RH para alinhar treinamentos, clima organizacional e políticas de valorização.
- Indicadores como absenteísmo, acidentes de trabalho e afastamentos precisam ser monitorados.

##### 5. Cultura de segurança

- Segurança deve ser um valor institucional, não apenas uma exigência legal.



- Campanhas educativas e treinamentos regulares fortalecem a conscientização.

#### **6. Humanização e bem-estar**

- SST deve considerar aspectos físicos e emocionais dos trabalhadores.
- Programas de ergonomia, apoio psicológico e qualidade de vida são essenciais para reduzir estresse e aumentar engajamento.

#### **7. Impacto na qualidade assistencial**

- Profissionais protegidos e saudáveis reduzem erros e eventos adversos.
- A saúde ocupacional está diretamente ligada à segurança do paciente e à credibilidade institucional.

#### **QUADRO DE DIMENSIONAMENTO DO SESMT EM HOSPITAIS (NR-4)**

<b>Número de Empregados</b>	<b>Profissionais Exigidos (Grau de Risco 3 – Hospitais)</b>
<b>50 a 100</b>	1 Técnico de Segurança do Trabalho
<b>101 a 250</b>	1 Técnico de Segurança do Trabalho + 1 Auxiliar/Técnico de Enfermagem do Trabalho
<b>251 a 500</b>	1 Técnico de Segurança do Trabalho + 1 Enfermeiro do Trabalho + 1 Médico do Trabalho
<b>501 a 1000</b>	2 Técnicos de Segurança do Trabalho + 1 Engenheiro de Segurança + 1 Enfermeiro do Trabalho + 1 Médico do Trabalho
<b>1001 a 2000</b>	3 Técnicos de Segurança do Trabalho + 1 Engenheiro de Segurança + 2 Enfermeiros do Trabalho + 1 Médico do Trabalho
<b>Acima de 2000</b>	Dimensionamento proporcional, aumentando número de técnicos, engenheiros e médicos conforme tabela da NR-4

#### **B) ACHADOS NO HOSPITAL**

O Hospital São João Batista possui um **contrato em assistência médica e segurança do trabalho**, cujo contrato é com a PrevLife Consultoria em Saúde e Segurança do Trabalho.



A assistência prestada é exclusivamente relacionada à área de Medicina do Trabalho, ou seja:

- Elaboração do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional e emissão dos relatórios que deverão ser apresentados à CIPA.
- Realização de exame médico admissional com a emissão do Atestado de Saúde Ocupacional
- Realização de exame médico periódico e o de mudança de função
- Realização de exame médico demissional com a emissão do Atestado de Saúde Ocupacional
- Elaboração do relatório anual, conforme especificação da NR7
- Quanto ao custo, a contratante pagará a contratada, o custo de R\$ 1.687,00 mensal

### **C) MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS APLICADOS À ÁREA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SEGURANÇA**

Os principais marcos legais e regulatórios aplicados à área de assistência médica e segurança em hospitais no Brasil são definidos por normas do Ministério da Saúde, ANVISA, ANS e programas de acreditação como ONA e CQH. Eles estabelecem padrões obrigatórios de qualidade, biossegurança e gestão que impactam diretamente a assistência ao paciente e a saúde ocupacional dos profissionais

#### **1. Ministério da Saúde**

- **Portaria GM/MS nº 1.604/2023:** institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES).
- **Portaria nº 774/2017:** define normas para cadastramento dos Núcleos de Segurança do Paciente no CNES.
- **Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP):** estabelece diretrizes para prevenção de eventos adversos e melhoria da qualidade assistencial.

#### **2. ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária)**

- **Resoluções da Diretoria Colegiada (RDCs):** regulam práticas de biossegurança, controle de infecção hospitalar, uso de medicamentos e equipamentos.
- **RDC nº 36/2013:** institui ações obrigatórias para segurança do paciente em serviços de saúde.



### 3. ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar)

- Normas de qualidade assistencial para hospitais que atendem planos de saúde.
- Exige indicadores de desempenho e satisfação dos usuários, impactando diretamente a gestão hospitalar.

### 4. Normas Regulamentadoras (NRs – Ministério do Trabalho)

- **NR-32:** específica para serviços de saúde, trata da segurança e saúde ocupacional em hospitais (agentes biológicos, químicos, radiações).
- **NR-4 (SESMT) e NR-5 (CIPA):** estruturam a gestão de segurança do trabalho.
- **NR-6 (EPI) e NR-9 (PGR):** garantem proteção individual e gerenciamento de riscos.

### 5. Programas de Acreditação e Qualidade

- **ONA (Organização Nacional de Acreditação):** certifica hospitais em níveis de qualidade e segurança.
- **CQH (Compromisso com a Qualidade Hospitalar):** promove cultura de qualidade e segurança.
- **Anahp:** sistema de indicadores hospitalares, incluindo segurança do paciente e gestão de pessoas.

#### 6.3.13. CIPA

##### A) ASPECTOS CONCEITUAIS A SEREM CONSIDERADOS

A **CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio)** é um dos pilares da saúde e segurança do trabalho em hospitais. Ela é regida pela **NR-5** e tem como objetivo principal promover a prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, além de atuar na promoção de um ambiente de trabalho saudável e seguro.

A CIPA é essencial para **mapear riscos, propor soluções, promover treinamentos e fortalecer a cultura de segurança**, garantindo proteção tanto para os profissionais quanto para os pacientes.

##### CONDIÇÕES PARA DIMENSIONAMENTO DA CIPA EM HOSPITAIS

#### 1. Grau de risco da atividade

- Hospitais e serviços de saúde são classificados como **grau de risco 3**.



- Isso significa que a exigência de CIPA é mais rigorosa do que em atividades de risco menor.

## 2. Número de empregados

- A obrigatoriedade de constituir CIPA depende do número de trabalhadores.
- Quanto maior o quadro de pessoal, maior o número de representantes eleitos e designados.

## 3. Composição da CIPA

- **Representantes dos empregados:** eleitos pelos trabalhadores.
- **Representantes do empregador:** designados pela direção do hospital.
- O número de titulares e suplentes é definido pela tabela da NR-5, conforme faixa de empregados.

### EXEMPLO PRÁTICO DE DIMENSIONAMENTO (HOSPITAIS – GRAU DE RISCO 3)

Número de Empregados	Representantes dos Empregados	Representantes do Empregador
51 a 100	2 titulares + 2 suplentes	2 titulares + 2 suplentes
101 a 200	3 titulares + 3 suplentes	3 titulares + 3 suplentes
201 a 500	5 titulares + 5 suplentes	5 titulares + 5 suplentes
501 a 1000	7 titulares + 7 suplentes	7 titulares + 7 suplentes
Acima de 1000	Dimensionamento cresce conforme tabela da NR-5	Igual número de representantes

*(Obs.: os números exatos variam conforme a tabela oficial da NR-5, mas a lógica é sempre proporcional ao porte da instituição e ao grau de risco.)*

### B) ACHADOS NO HOSPITAL

O Hospital possui CIPA, porém não há evidências de sua atuação.

O dimensionamento da CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio) segue a Norma Regulamentadora NR-5, que define a obrigatoriedade e a quantidade de representantes conforme o grau de risco da atividade e o número de empregados.



- A CIPA é **obrigatória** em hospitais que atingem o número mínimo de empregados previsto na NR-5.
- Deve atuar em conjunto com o **SESMT (NR-4)** e programas de prevenção como o **PGR (NR-9)**.
- O mandato dos membros é de **1 ano**, com possibilidade de reeleição.
- Todos os membros precisam passar por **treinamento obrigatório em segurança e saúde do trabalho**.

## CHECKLIST DE CONFORMIDADE DA CIPA NO HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA

### → NÃO HÁ EVIDÊNCIAS COMPROVADAS QUANTO AOS ASPECTOS LEVANTADOS

#### 1. Constituição e Estrutura

- CIPA constituída conforme **NR-5**, com representantes eleitos (empregados) e designados (empregador).
- Dimensionamento adequado ao número de empregados e grau de risco da atividade hospitalar (grau 3).
- Mandato dos membros de **1 ano**, com possibilidade de reeleição.
- Existência de titulares e suplentes, com registros atualizados.

#### 2. Treinamento e Capacitação

- Todos os membros receberam treinamento obrigatório em segurança e saúde do trabalho.
- Conteúdo do treinamento conforme exigências da NR-5 (prevenção de acidentes, riscos ocupacionais, assédio).
- Registro documental da carga horária e participação dos membros.

#### 3. Funcionamento e Atividades

- Reuniões mensais realizadas e registradas em atas.
- Elaboração e atualização do **Mapa de Riscos** hospitalar.
- Realização de inspeções periódicas nos setores hospitalares.
- Promoção de campanhas educativas e palestras sobre segurança e saúde.

#### 4. Integração com SESMT e RH

- Atuação conjunta com o SESMT (NR-4) na identificação e controle de riscos.



- Comunicação com RH para alinhamento de treinamentos e políticas de saúde ocupacional.
- Participação na elaboração de planos de ação de prevenção.

## 5. Documentação e Evidências

- Atas de reuniões arquivadas e acessíveis.
- Relatórios de inspeções e recomendações documentados.
- Registro de campanhas e treinamentos realizados.
- Evidências de ações contra assédio e promoção de ambiente saudável.

## C) MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS APLICADOS À CIPA

Os marcos legais e regulatórios da CIPA em hospitais incluem principalmente a **NR-5**, a **CLT**, normas complementares como **NR-32**, legislações previdenciárias e programas de acreditação. Eles asseguram que a comissão seja não apenas obrigatória, mas também estratégica para a segurança dos trabalhadores e a qualidade assistencial.

### 1. Norma Regulamentadora NR-5 (Ministério do Trabalho e Emprego)

- Define a obrigatoriedade da CIPA conforme grau de risco e número de empregados.
- Estabelece regras de composição (representantes eleitos e designados).
- Determina mandato, suplência e treinamento obrigatório dos membros.
- Inclui a prevenção de assédio como atribuição da CIPA (atualização recente).

### 2. Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)

- Base legal que sustenta a criação da CIPA.
- Prevê direitos e deveres relacionados à saúde e segurança do trabalho.

### 3. Normas Complementares

- **NR-4 (SESMT)**: integração da CIPA com o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho.
- **NR-6 (EPI)**: atuação da CIPA na fiscalização do uso de equipamentos de proteção individual.
- **NR-9 (PGR)**: participação da CIPA na identificação e controle de riscos ocupacionais.



- **NR-32:** segurança e saúde em serviços de saúde, diretamente aplicável ao ambiente hospitalar.

#### 4. Legislação de Saúde e Segurança

- **Lei nº 8.213/1991:** trata dos benefícios previdenciários relacionados a acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.
- **Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST):** diretrizes gerais para prevenção e promoção da saúde ocupacional.

#### 5. Programas de Qualidade e Acreditação

- **ONA (Organização Nacional de Acreditação):** exige evidências de atuação da CIPA em auditorias hospitalares.
- **CQH e Anahp:** reforçam indicadores de segurança e saúde ocupacional, nos quais a CIPA tem papel ativo.

#### Importância Estratégica

- A CIPA é **instrumento legal e cultural** de prevenção em hospitais.
- Sua atuação está amparada por normas trabalhistas e de saúde ocupacional, mas também é exigida em processos de acreditação hospitalar.
- Garante que a instituição esteja em conformidade regulatória e fortalece a cultura de segurança e humanização.

### 6.3.14. CÓDIGO DE CONDUTA ÉTICA

#### A) ASPECTOS CONCEITUAIS A SEREM CONSIDERADOS

O **Código de Conduta Ética** em hospitais é um instrumento essencial para orientar comportamentos, decisões e relações profissionais, garantindo que a assistência médica e a gestão organizacional estejam alinhadas a princípios éticos e legais.

##### 1. Finalidade

- Estabelecer padrões de comportamento ético para todos os colaboradores.
- Promover integridade, transparência e responsabilidade nas práticas hospitalares.
- Servir como guia para tomada de decisão em situações de dilema ético.

##### 2. Princípios Fundamentais

- **Respeito à dignidade humana:** valorização de pacientes, familiares e profissionais.



- **Confidencialidade:** proteção de informações médicas e dados pessoais.
- **Imparcialidade e justiça:** tratamento igualitário e não discriminatório.
- **Responsabilidade social:** compromisso com a comunidade e com a saúde pública.

### 3. Relacionamentos Profissionais

- Conduta ética nas relações entre médicos, equipe multiprofissional e pacientes.
- Prevenção de assédio moral e sexual no ambiente hospitalar.
- Incentivo à colaboração e ao trabalho em equipe.

### 4. Conformidade Legal e Regulatória

- Alinhamento com legislações trabalhistas, sanitárias e de saúde ocupacional.
- Observância das normas da ANVISA, Ministério da Saúde e conselhos profissionais (CFM, COFEN, etc.).
- Integração com políticas de segurança do paciente e saúde ocupacional.

### 5. Cultura Organizacional

- O código deve ser parte da identidade institucional, não apenas um documento formal.
- Promover campanhas educativas e treinamentos regulares sobre ética e conduta.
- Estimular denúncia e canal seguro para comunicação de irregularidades.

### 6. Impacto Estratégico

- Fortalece a **credibilidade institucional** perante órgãos reguladores e sociedade.
- Garante **segurança jurídica** e previne litígios.
- Contribui para a **qualidade assistencial** e para a confiança dos pacientes.

### Observações Estratégicas

- O Código de Conduta Ética deve ser **vivo e aplicado na prática**, não apenas um documento formal.
- Auditorias internas devem verificar tanto a **existência e divulgação** do código quanto a **eficácia das ações educativas e corretivas**.
- Treinamentos e campanhas são fundamentais para consolidar a cultura ética hospitalar.



## **B) ACHADOS NO HOSPITAL**

O Hospital São João Batista possui um **Código de Conduta Ética** desde 1 de julho de 2022. Aqui, seguem algumas considerações conceituais que precisam ser observadas para que ele seja efetivo e não apenas um documento formal.

### **Considerações em um Hospital com Código de Conduta Ética**

#### **1. Integração Institucional**

- O código deve estar alinhado à missão, visão e valores do hospital.
- Precisa ser incorporado às políticas internas e práticas assistenciais.

#### **2. Clareza e Acessibilidade**

- O documento deve ser claro, objetivo e compreensível para todos os colaboradores.
- Deve estar disponível em formato físico e digital, acessível a qualquer funcionário.

#### **3. Abrangência**

- Deve contemplar relações entre profissionais, pacientes, familiares e fornecedores.
- Incluir diretrizes sobre confidencialidade, respeito, integridade e uso responsável de recursos.

#### **4. Treinamento e Educação**

- O código deve ser parte dos programas de integração de novos colaboradores.
- Treinamentos regulares devem reforçar os princípios éticos e orientar condutas práticas.

#### **5. Mecanismos de Monitoramento**

- Implantação de canais seguros e confidenciais para denúncias de irregularidades.
- Procedimentos claros para investigação e resposta a violações éticas.

#### **6. Cultura Organizacional**

- O código deve ser vivido no dia a dia, não apenas citado em auditorias.
- Incentivar a participação ativa dos colaboradores na construção de um ambiente ético.



## 7. Impacto Estratégico

- Fortalece a credibilidade institucional perante pacientes, comunidade e órgãos reguladores.
- Reduz riscos jurídicos e melhora a qualidade assistencial.
- Consolida a imagem do hospital como referência em integridade e humanização.

Em resumo, um hospital com Código de Conduta Ética deve garantir **integração institucional, clareza, abrangência, treinamento contínuo, mecanismos de monitoramento e cultura organizacional sólida**, transformando o documento em prática cotidiana

## C) MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS APLICADOS AO CÓDIGO DE CONDUTA ÉTICA

O Código de Conduta Ética não existe isoladamente: ele se apoia em um conjunto de **marcos legais e regulatórios** que dão legitimidade e orientam sua aplicação prática.

### 1. Legislação Trabalhista e de Saúde Ocupacional

- **CLT (Consolidação das Leis do Trabalho)**: base legal para direitos e deveres trabalhistas, incluindo conduta ética nas relações de trabalho.
- **Normas Regulamentadoras (NRs)**: especialmente a **NR-32** (Segurança e Saúde em Serviços de Saúde), que exige práticas éticas e seguras no ambiente hospitalar.
- **Lei nº 8.213/1991**: trata de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, reforçando a responsabilidade ética da instituição.

### 2. Conselhos Profissionais

- **CFM (Conselho Federal de Medicina)**: Código de Ética Médica, que orienta condutas profissionais e relações com pacientes.
- **COFEN/COREN (Conselho Federal e Regionais de Enfermagem)**: Código de Ética da Enfermagem, aplicável à equipe multiprofissional.
- Outros conselhos (psicologia, fisioterapia, odontologia) também estabelecem normas éticas específicas.

### 3. ANVISA e Ministério da Saúde

- **RDC nº 36/2013 (ANVISA)**: institui ações obrigatórias para segurança do paciente, diretamente relacionadas à conduta ética.
- **Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**: reforça princípios de transparência, respeito e responsabilidade na assistência médica.



- Portarias ministeriais que exigem Núcleos de Segurança do Paciente e protocolos assistenciais.

#### 4. Legislação de Proteção de Dados

- **LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados – Lei nº 13.709/2018):** obriga hospitais a proteger dados sensíveis de pacientes e colaboradores, integrando confidencialidade ao Código de Conduta.

#### 5. Programas de Qualidade e Acreditação

- **ONA (Organização Nacional de Acreditação):** exige evidências de práticas éticas e seguras em auditorias.
- **CQH (Compromisso com a Qualidade Hospitalar):** reforça indicadores de ética e segurança.
- **Anahp:** sistema de indicadores hospitalares que inclui conformidade ética e segurança assistencial.

#### Importância Estratégica

- **Segurança jurídica:** reduz riscos de litígios e sanções.
- **Credibilidade institucional:** fortalece a imagem do hospital perante pacientes, comunidade e órgãos reguladores.
- **Qualidade assistencial:** práticas éticas garantem humanização e confiança no atendimento.
- **Cultura organizacional:** transforma o código em prática cotidiana, não apenas em documento formal.

Os marcos legais e regulatórios aplicados ao Código de Conduta Ética em hospitais incluem **CLT, NRs, conselhos profissionais, ANVISA, Ministério da Saúde, LGPD e programas de acreditação**, garantindo que o código seja **juridicamente válido, regulatoriamente exigido e culturalmente efetivo**.



ORIENTAÇÃO Assessoria e Planejamento Ltda.