

Políticas Institucionais



RESPONSABILIDADE SOCIAL

Código: POL.DIR.0006	Setor: Captação de Recursos	Data da elaboração: 18/09/2024	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 0	Última revisão:	Página: 1 de 5
--------------------------------	---------------------------------------	--	----------------------------	----------------------	------------------------	-----------------------

1. INTRODUÇÃO

A Política de Responsabilidade Social se baseia na Missão, Visão e Valores institucionais, além de ter como propósito a construção de relacionamentos humanizados, transparentes, conscientes e justos.

Por meio dos recursos disponíveis, buscaremos o incentivo a uma ambiência de respeito aos Direitos Humanos, ao Meio Ambiente e a todo o entorno do Hospital São Francisco na Providência de Deus, envolvendo os nossos clientes, parceiros e colaboradores.

Como uma ferramenta que tem por objetivo estabelecer e monitorar as diretrizes, normas e procedimentos referentes a todos os processos, fluxos, projetos, políticas e seus desdobramentos, nos mais diferentes setores do HSF em alinhamento ao Planejamento Estratégico da instituição.

Promoveremos o gerenciamento articulado, ético e transparente das atividades e suas relações com todos os públicos de interesse. Assumimos, assim, a atenção total às pessoas e a efetiva gestão dos riscos e impactos sociais e ambientais como elementos fundamentais em todas as ações.

Portanto, acreditamos na atração de novas conexões e na consolidação das já existentes, em função da conquista de parcerias baseadas em maior credibilidade e respeito a valores indispensáveis aos princípios da boa Governança.

2. JUSTIFICATIVA

A Política de Responsabilidade Social busca construir relacionamentos sólidos com clientes, parceiros e funcionários, que cada vez mais valorizam empresas e organizações que demonstram autêntico compromisso com o bem-estar coletivo. O sucesso dessas estratégias gera impactos positivos, ao incidir diretamente em questões sociais, econômicas e ambientais, reduzindo riscos e auxiliando a gestão institucional em seus processos de promoção da humanização e aperfeiçoamento de canais de comunicação em diferentes frentes de atuação.

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Cristiane Alves Gonzaga da Conceição	Nycolas Kunzler Alcorda	Márcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Captadora de Recursos/Captação de Recursos	Coord. de Enf./Qualidade	Diretor / Direção

RESPONSABILIDADE SOCIAL

Código: POL.DIR.0006	Setor: Captação de Recursos	Data da elaboração: 18/09/2024	Validade: 2 anos	Revisão N°: 0	Última revisão:	Página: 2 de 5
--------------------------------	---------------------------------------	--	----------------------------	----------------------	------------------------	-----------------------

3. OBJETIVOS

- Desenvolver uma cultura de paz e boas práticas na condução de estratégias de gestão dos potenciais impactos e riscos ambientais e sociais;
- Valorizar a diversidade, a equidade e a inclusão;
- Ampliar os canais de escuta e comunicação entre todas as partes envolvidas;
- Estimular as ações de apoio aos mais vulneráveis, por meio do voluntariado corporativo, da filantropia e em alinhamento com o propósito institucional.

4. TERMOS E DEFINIÇÕES

ALSF – Associação Lar São Francisco na Providência de Deus

HSF – Hospital São Francisco na Providência de Deus

PRS – Política de Responsabilidade Social

PRA – Política de Responsabilidade Ambiental

MAC – Missão Amor que Cura

PAI – Polo de Atenção Integral à Saúde Mental Papa Francisco

SEAP – Secretaria de Administração Penitenciária

POP – Procedimento Operacional Padrão

5. DESCRIÇÃO

5.1 SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

Em total alinhamento à Política de Responsabilidade Ambiental, promoveremos a adoção da economia circular como critério de preservação dos recursos disponíveis. Além disso, cabe pontuar que a minimização dos danos ambientais, por meio da substituição e otimização de equipamentos que reduzam o consumo de água e energia elétrica, a emissão de gases e iniciativas de preservação ambiental no entorno do HSF.

5.2 TRANSPARÊNCIA NA PRESTAÇÃO DE CONTAS E PUBLICIDADE DADOS DAS INICIATIVAS DE FILANTROPIA E VOLUNTARIADO

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Cristiane Alves Gonzaga da Conceição	Nycolas Kunzler Alcorda	Márcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Captadora de Recursos/Captação de Recursos	Coord. de Enf./Qualidade	Diretor / Direção

RESPONSABILIDADE SOCIAL

Código: POL.DIR.0006	Setor: Captação de Recursos	Data da elaboração: 18/09/2024	Validade: 2 anos	Revisão N°: 0	Última revisão:	Página: 5 de 5
--------------------------------	---------------------------------------	--	----------------------------	----------------------	------------------------	-----------------------

6. Musicoterapia e Equipe de Arte HSF: Em conjunto com parceiros voluntários, colaboradores e músicos profissionais, a coordenação da Pastoral da Saúde organiza as atividades artísticas do HSF. O calendário anual destas deve ser disponibilizado aos setores por meio de e-mail e com o suporte do setor da Comunicação Visual para melhor participação de todos;

7. Missão Amor que Cura - A coordenação da MAC fica responsável por articular as ações realizadas, como também as iniciativas para manutenção financeira da mesma. Para o bom êxito das atividades, é de suma importância o envolvimento das coordenações dos seguintes setores: Nutrição, Compras, Financeiro, Transporte, Pastoral da Saúde, Almoxarifado, Patrimônio e Farmácia.

7. ANEXOS

N/A

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Senado Federal; LEI N° 9.982, DE 14 DE JULHO DE 2000. Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares. Disponível em: < <https://legis.senado.leg.br/norma/551858/publicacao/15674872> >. Acesso em 30 de maio 2024.

Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios; Musicoterapia: o que é, para que serve, como funciona e benefícios. Disponível em: < <https://www.tjdft.jus.br/informacoes/programas-projetos-e-aco-es/pro-vida/dicas-de-saude/pilulas-de-saude/musicoterapia-o-que-e-para-que-serve-como-funciona-e-beneficios#:~:text=Segundo%20a%20Federa%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20de,uma%20melhor%20qualidade%20de%20vida%E2%80%9D.> >. Acesso em 30 de maio 2024.

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Cristiane Alves Gonzaga da Conceição	Nycolas Kunzler Alcorda	Márcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Captadora de Recursos/Captação de Recursos	Coord. de Enf./Qualidade	Diretor / Direção

POLÍTICA AMBIENTAL

Código: POL.DIR.0004	Setor: SESMT	Data da elaboração: 18/07/2024	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 0	Última revisão: 18/07/2024	Página: 1 de 3
--------------------------------	------------------------	--	----------------------------	-------------------------	--------------------------------------	-----------------------

1. INTRODUÇÃO

A política ambiental possui o objetivo do tratamento das questões ambientais e o alinhamento das ações com a sustentabilidade do nosso processo.

2. JUSTIFICATIVA

Essa política determina a necessidade de planejamento e ações ambientais alinhados a todo o processo do serviço em saúde exercido pelo nosso hospital. Permite um conjunto definido de projetos, planos, responsabilidades e ações para prevenir os aspectos e impactos ambientais gerado pelo nosso serviço de assistência de saúde hospitalar. O sucesso dessa Política de Ambiental depende principalmente de cooperação e consciência de todos os envolvidos com as questões ambientais e toda possibilidade de impactos socioambientais de diferentes maneiras.

3. OBJETIVOS

Despertar uma cultura ambiental de forma consciente e voluntária, bem como a participação do maior número de colaboradores, implementando as ações ambientais conforme as diretrizes de nossa organização. Atuar de forma conjunta com a gestão ambiental do hospital, identificando os riscos ambientais e propondo as medidas de prevenção necessárias de modo a tornar compatível o trabalho com a proteção do meio ambiente.

4. TERMOS E DEFINIÇÕES

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
CNEN - Conselho Nacional de Energia Nuclear,
PGRS - Plano de Gerenciamentos de Resíduos Sólidos;
PGRSS - Plano de Gerenciamentos de Resíduos dos Serviços de Saúde;
POP - Procedimento Operacional Padrão.

5. DESCRIÇÃO

1. Proporcionar ao visitante, paciente, acompanhante, colaborador, vizinhos e comunidade local, respeito aos direitos sociais e ambientais, promovendo a qualidade de vida e proteção ao meio ambiente;
2. Garantir que nossa organização respeite os direitos do cidadão como preconizado na Constituição Federal Brasileira, Leis estaduais e Leis orgânicas municipais;
3. Garantir que nossa organização respeite os direitos ambientais de âmbitos: nacional, estadual e municipal; garantindo os cumprimentos das políticas públicas vigentes em todo território nacional;
4. Assegurar que as metas e os indicadores de meio ambiente e responsabilidade social estejam vinculados à estratégia empresarial;
5. Promover continuamente a informação e o treinamento como ferramentas fundamentais para a conscientização e capacitação dos profissionais;
6. Identificar, avaliar, controlar e mitigar os fatores de riscos à segurança, saúde e ao meio ambiente das pessoas envolvidas, inclusive os que possam atingir a população de forma a prevenir incidentes resultantes de nossas atividades hospitalares;
7. Exigir que as empresas contratadas possuam as documentações necessárias e cumpra com a exigências das legislações federais, estaduais e municipais em relação a meio ambiente e a responsabilidade social;
8. Promover a cultura da sustentabilidade no serviço principal da organização (atendimento aos serviços de saúde hospitalares)
9. Motivar as empresas parceiras/terceirizadas a buscarem a sustentabilidade em seus negócios.

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Vinícius Marins Gonçalves Junger	Nycolas Kunzler Alcorda	Márcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Técnico Segurança do Trabalho	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA AMBIENTAL

Código: POL.DIR.0004	Sector: SESMT	Data da elaboração: 18/07/2024	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 0	Última revisão: 18/07/2024	Página: 2 de 3
--------------------------------	-------------------------	--	----------------------------	-------------------------	--------------------------------------	-----------------------

6. RESPONSÁVEIS

- 1. Administração geral** - proporcionar meios necessários para o desempenho de planejamento e respostas ambientais, fazendo cumprir a política ambiental, bem como os planos, projetos e comissões dela resultantes;
- 2. Direção** – Planejar e ser responsável técnico de todas as questões ambientais que cercam as atividades do hospital. Avaliar a execução e adequação das ações preventivas frente aos objetivos estabelecidos;
- 3. SESMT** – Responsável por elaborar o PGRS, executar treinamentos e orientações ambientais conforme posicionado pela direção administrativa. Elaborar conjuntamente com outros setores a Semana do Meio Ambiente. Setor responsável pela elaboração do Plano de Atendimento a Emergências Ambientais e implementar os Kits de mitigação em áreas estratégicas. Monitora e acompanha os relatórios de potabilidade, limpeza e higienização de reservatório, e armadilhas luminosas. Acompanha o serviço terceirizado nas questões de licenciamento ambiental;
- 4. SHL (Serviço de Higiene e Limpeza)** – Elaborar e implementar o PGRSS. Elabora os POP's relacionados as atividades de gerenciamento de resíduos e acompanha a comercialização dos resíduos recicláveis possíveis para tal. É responsável pelos registros de manifestos na plataforma on line do INEA dos resíduos sólidos do serviço de saúde.
- 5. Engenharia Predial** – Implementar o PGRS, acompanhar o correto descarte de resíduos gerados no setor de manutenção e de refrigeração (terceirizada), e estimular os colaboradores sobre o uso eficiente dos materiais usados nos reparos e reformas ocorridas dentro e fora do hospital. Comunicar o setor de higiene e limpeza sobre a coleta seletiva dos resíduos recicláveis;
- 6. Farmácia** – Acondicionar os resíduos (classe B) de farmácia em locais apropriados e comunicar o setor de higiene e limpeza sobre a coleta seletiva dos resíduos recicláveis;
- 7. Laboratório** - Acondicionar os resíduos (classe A, B e E) de laboratório de análises patológicas em locais apropriados, e comunicar o setor de higiene e limpeza sobre a coleta seletiva dos resíduos recicláveis;
- 8. SND (Serviço de Nutrição Dietética)** - Acondicionar os resíduos (classe D) de cozinha em locais apropriados. E comunicar o setor de higiene e limpeza sobre a coleta seletiva dos resíduos recicláveis e do óleo vegetal;
- 9. Serviço de terceirizada com resíduo radioativo** - Destinar os resíduos (classe C) de equipamentos de radiodiagnóstico com empresas habilitadas e credenciadas, segundo o CNEN. E comunicar o setor de higiene e limpeza sobre a coleta seletiva dos resíduos recicláveis e dos resíduos do serviço de saúde, classe A, B, D e E;
- 10. Serviço de terceirizada em geral** – Segregar os resíduos do serviço de saúde, classe A, B, D e E em coletores específicos e separados conforme a resolução ANVISA - RDC nº 222/2018. E disponibilizar ao setor de higiene e limpeza a coleta dos resíduos recicláveis e dos resíduos do serviço de saúde;
- 11. Dos Empregados** – Participar das campanhas internas, treinamentos e eventos externos (voluntários) de proteção ao meio ambiente e a dignidade social. Cumprir os procedimentos ou protocolos de segurança, saúde e meio ambiente relativos à sua atividade.

7. ANEXOS

N/A.

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Vinícius Marins Gonçalves Junger	Nycolas Kunzler Alcorda	Márcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Técnico Segurança do Trabalho	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA AMBIENTAL

Código: POL.DIR.0004	Setor: SESMT	Data da elaboração: 18/07/2024	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 0	Última revisão: 18/07/2024	Página: 3 de 3
--------------------------------	------------------------	--	----------------------------	-------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei federal nº 6.938, de 31 de Agosto de 1981. **Dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente.**

Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16938.htm> Acesso em 09 set. 2024.

BRASIL [Constituição Federal (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Art. 225. Brasília, DF: Senado Federal, 2023. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em 09 set. 2024.

BRASIL. Lei federal nº 12.305, de 12 de Agosto de 2010. **Dispõe sobre a Política Nacional de Resíduos Sólidos.**

Disponível em: < <https://www.gov.br/ibama/pt-br/assuntos/emissoes-e-residuos/residuos/politica-nacional-de-residuos-solidos-pnrs>> . Acesso em 09 set. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº222, de 28 de março de 2018. **Regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: 2018. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf>. Acesso em 09 set. 2024.

CONSELHO Nacional do Meio Ambiente. Resolução CONAMA nº 358, de 29/04/2005. **Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde.** Disponível em: <

<https://www.siam.mg.gov.br/sla/download.pdf?idNorma=5046>>. Acesso em 09 set. 2024.

GOVERNO do Estado do Rio de Janeiro. Lei estadual nº 4.191, de 30/09/2003. **Dispõe sobre a Política Estadual de Resíduos Sólidos.** Disponível em: < https://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/1017211/DLFE-229310.pdf/Lei4.1.9.1._PoliticaEstadualRS.pdf>. Acesso em 09 set. 2024.

PREFEITURA Municipal da Cidade do Rio de Janeiro. Resolução SECONSERMA nº 071, de 13 de Dezembro de 2017.

Regulamenta e estabelece procedimentos para o licenciamento ambiental municipal dos hospitais públicos e privados no âmbito do município do Rio de Janeiro. Disponível em: <

https://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4571912/4205411/RES.SECONSERMA071_2017.pdf>. Acesso em: 09 set. 2024.

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Vinícius Marins Gonçalves Junger	Nycolas Kunzler Alcorda	Márcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Técnico Segurança do Trabalho	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS

Código: POL.DIR.0003	Sector: Gente & Gestão	Data da elaboração: 10/06/2024	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 0	Última revisão:	Página:1 de 10
--------------------------------	----------------------------------	--	----------------------------	-------------------------	------------------------	-----------------------

1. INTRODUÇÃO

A Política de Gestão de Pessoas do HSF - Hospital São Francisco na Providência de Deus é uma ferramenta que tem por objetivo estabelecer e direcionar as diretrizes, normas e procedimentos referentes a todos os processos e sub-processos da área de Gestão de Pessoas em concordância com o Planejamento Estratégico da instituição.

A Política de Gestão de Pessoas se baseia na Missão, Visão e Valores da instituição, além de ter como escopo o incentivo ao desenvolvimento profissional, valorização, participação, e motivação dos colaboradores, bem como o aumento da produtividade e engajamento.

Em consonância com a Política de Gestão de Pessoas, a Segurança e Saúde no Trabalho tem por objetivos a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho.

De acordo com Chiavenato (2014), a Gestão de Pessoas tem como foco o olhar para o colaborador com um parceiro da empresa, o qual oferece mais que sua força de trabalho, mas colabora com suas habilidades, conhecimentos, competências e a inteligência, que proporciona decisões racionais e que imprime significado aos objetivos do trabalho. “A GP é a função que permite a colaboração eficaz das pessoas... para alcançar os objetivos organizacionais e individuais. (CHIAVENATO, 2014, pág. 11)”.

2. JUSTIFICATIVA

A política de Gestão de Pessoas justifica-se pela necessidade de estabelecer diretrizes para a atuação profissional com responsabilidade social, compromisso institucional, ética, espiritualidade e humanização, ou seja, fazendo-se cumprir os valores institucionais.

Essa política estimula e permite um conjunto definido de programas, responsabilidades e ações focados na valorização do potencial de cada membro da equipe, promovendo treinamentos, feedbacks, oportunidades de crescimento, além de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais.

3. OBJETIVOS

Esta política tem como escopo, o incentivo ao desenvolvimento profissional, valorização, participação, e motivação dos colaboradores, aumento da produtividade e engajamento, além do, estabelecimento de diretrizes para os processos e práticas relacionadas à administração de pessoal. Além disso, o despertar de uma cultura prevencionista de forma consciente e

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Ana Caroline Lemos	Nycolas Kunzler Alcorta	Márcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Coordenadora de Gente e Gestão	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS

Código: POL.DIR.0003	Setor: Gente & Gestão	Data da elaboração: 10/06/2024	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 0	Última revisão:	Página:2 de 10
--------------------------------	---------------------------------	--	----------------------------	-------------------------	------------------------	-----------------------

voluntária, bem como a participação do maior número de colaboradores.

Atuando de forma conjunta, identificando riscos ocupacionais e propondo medidas de prevenção, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e promoção da saúde do trabalhador.

4. TERMOS E DEFINIÇÕES

HSF – Hospital São Francisco na Providência de Deus;

EPI - Equipamento de Proteção Individual;

NR - Norma Regulamentadora;

GeG - Gente e Gestão

DP - Departamento Pessoal

CIPA – Comissão Interna de Prevenção a Acidentes

RDA - Relação de Documentos Admissionais

FRP - Formulário de Requisição de Pessoa

SESMT - Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho;

SST – Saúde e Segurança do Trabalho; e

PCMSO – Programa Controle Médico de Saúde Ocupacional.

5. DESCRIÇÃO

As diretrizes nesta política apresentadas definem e caracterizam a atuação das áreas de gestão de pessoas do Hospital São Francisco na Providência de Deus:

1. PLANEJAMENTO DE GESTÃO DE PESSOAS:

- Criar e acompanhar programas de gestão de pessoas, a fim de realizarmos tratativas estratégicas, e até mesmo podermos realizar um diagnóstico e prognóstico do nosso recurso humano dentro da instituição.
- Dimensionar e gerir o quadro de pessoal, quantitativa e qualitativamente, contribuindo para que os objetivos da Instituição possam ser alcançados, de forma a se adequar aos indicadores de Instituições similares;
- Estabelecer processos e critérios para aproveitamento interno, com e sem ampla concorrência;
- Monitorar as práticas, os custos, processos e resultados de gestão de pessoas, propondo melhorias e atuando como parceiro do negócio;

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Ana Caroline Lemos	Nycolas Kunzler Alcorta	Márcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Coordenadora de Gente e Gestão	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS

Código: POL.DIR.0003	Setor: Gente & Gestão	Data da elaboração: 10/06/2024	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 0	Última revisão:	Página:3 de 10
--------------------------------	---------------------------------	--	----------------------------	-------------------------	------------------------	-----------------------

- Planejar e monitorar a padronização de conceitos, regras, critérios e procedimentos, de forma a obter maior eficiência relacionada à administração de pessoal e demais processos de gestão de pessoas;

1.1. PREMISSAS:

- As práticas da Administração de Pessoal baseiam-se nas legislações que norteiam as relações de trabalho como a CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas, Constituição Federal, Convenções Coletivas, Legislação Previdenciária, normas regulamentadoras e Legislação Trabalhista da Receita Federal.

1.2. PROCESO DE ADMISSÃO:

- O processo de admissão é o conjunto de procedimentos para formalizar a contratação de um novo colaborador na empresa. Ela depende do cumprimento de algumas formalidades legais, como a obrigatoriedade de apresentação de documentos destinados a identificar o colaborador, bem como para propiciar subsídios para o correto desempenho das obrigações trabalhistas a que este se subordina;
- Candidatos aprovados no processo seletivo devem apresentar documentação após o resultado do exame admissional;
- Qualquer comunicação aos candidatos relacionada à admissão deve ser realizada apenas após a conclusão de todas as etapas do processo seletivo e exclusivamente pela área de GeG (Gente e Gestão), que enviará orientações sobre os documentos necessários para admissão, informando a data e o local para entrega dos mesmos através da RDA (Relação de Documentos Admissionais). O candidato deve apresentar todos os documentos requeridos pelo GeG no momento da admissão;
- Somente será efetuada a admissão se todos os documentos solicitados forem apresentados. Após a entrega da documentação exigida, é elaborado o contrato de trabalho conforme especificidades do cargo e segundo a CLT.

1.3. DESCRITIVO DE CARGOS:

- Os critérios para desenho de cargos atuais e futuros devem apresentar os requisitos básicos, as atribuições, competências, conhecimentos, habilidades e atitudes definidos pelo Instituto;
- A criação de novos cargos está condicionada às necessidades estratégicas, táticas e operacionais da organização; portanto, não serão incluídos de maneira aleatória, sem aprovação formal da Direção Administrativa e sem avaliação da necessidade e viabilidade em conjunto com a área de Gente e Gestão;
- A revisão das descrições de cargo deverá ocorrer a cada 2 anos para ajustes e realinhamento das práticas

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Ana Caroline Lemos	Nycolas Kunzler Alcorta	Márcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Coordenadora de Gente e Gestão	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS

Código: POL.DIR.0003	Sector: Gente & Gestão	Data da elaboração: 10/06/2024	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 0	Última revisão:	Página:4 de 10
--------------------------------	----------------------------------	--	----------------------------	-------------------------	------------------------	-----------------------

estabelecidas pelo mercado em geral, no que diz respeito a cargos e salários do mesmo segmento de atuação.

1.3. DEMISSÃO:

- Quando houver a necessidade de desligar um colaborador, o gestor deve entrar em contato com Administração para definir o procedimento para a redução de quadro ou para a substituição. É necessário o preenchimento da FRP - Demissão (Formulário de Requisição de Pessoal) onde seguirá o processo de desligamento do colaborador. Em qualquer um dos casos, o gestor deve verificar com o Departamento de Pessoal e o Serviço Especializado em Medicina e Segurança do Trabalho - SESMT, se o colaborador a ser desligado possui alguma estabilidade. Os referidos setores são responsáveis por verificar todas as estabilidades possíveis (representação sindical, CIPA, ano de aposentadoria, período de multa que constam nos dissídios coletivos e afastamentos médicos). Tendo a confirmação que é possível realizar o desligamento, o gestor deve programar a comunicação do desligamento para o início do plantão do colaborador a ser desligado e a data é previamente combinada com o DP;
- Quando a demissão for solicitada pelo colaborador, o mesmo deverá dirigir-se ao setor de Gente e Gestão, para que o mesmo possa estar realizando a Entrevista de Desligamento, a fim de coletar informações dos colaboradores que estão se desligando da instituição, e assim, pensarmos em planos de ação, em relação aos questionamentos coerentes.

1.4. FÉRIAS:

- Todo ano no mês de novembro o setor de Administração de Pessoal envia pra todos os gestores a programação anual de férias para o ano seguinte. Com base nas informações dos períodos aquisitivos e concessivos, e desde que haja concordância do DP e do empregado, as férias poderão ser usufruídas em até três períodos, onde um deles não poderá ser inferior a quatorze dias corridos e os demais não poderão ser inferiores há cinco dias corridos, cada um;
- É vedado o início das férias no período de dois dias que antecede feriado ou dia de repouso semanal remunerado, exceto plantonista, que terá seu início das férias no primeiro plantão;
- O pagamento será efetuado através de crédito em conta corrente com antecedência de (02) dias do início das férias. O colaborador deverá assinar seu aviso de férias junto ao seu gestor com a mesma data de recebimento do pagamento das férias;
- Para o recebimento do 13º salário junto ao pagamento de férias o mesmo deverá ser solicitado conforme legislação vigente.

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Ana Caroline Lemos	Nycolas Kunzler Alcorta	Márcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Coordenadora de Gente e Gestão	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS

Código: POL.DIR.0003	Setor: Gente & Gestão	Data da elaboração: 10/06/2024	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 0	Última revisão:	Página:5 de 10
--------------------------------	---------------------------------	--	----------------------------	-------------------------	------------------------	-----------------------

1.5. REGISTRO DE PONTO:

- O registro de ponto é obrigatório, pessoal e intransferível para todos os colaboradores, exceto para cargos de gerência e diretoria e aqueles gestores cujo obtenham cargo de confiança. Os registros precisam ocorrer na entrada para a jornada de trabalho, na saída para o intervalo, na volta do intervalo e na saída no final do expediente. A permanência antes ou além deste horário somente pode ocorrer com autorização do Diretor Administrativo e ou Gerência;
- Não serão descontadas nem computadas como jornada extraordinária as variações de horário no registro de ponto não excedentes de 15 minutos, observado o limite máximo de 15 minutos diários;
- As horas suplementares à duração do trabalho semanal normal serão avaliadas de acordo com as convenções coletivas de cada categoria;
- É facultado às partes, por meio de convenção coletiva ou acordo coletivo de trabalho, estabelecer horário de trabalho de doze horas seguidas por trinta e seis ininterruptas de descanso, observados ou indenizados os intervalos para repouso e alimentação;
- Todos os colaboradores são responsáveis por informar antecipadamente, seus gestores sobre as alterações nos registros de ponto;
- O Gestor é responsável por enviar ao Departamento Pessoal, no dia da ocorrência, ou primeiro dia útil posterior, por correio eletrônico, as justificativas das alterações do registro de ponto de seus colaboradores, tais como troca de folgas, mudança de horário, esquecimento de crachá, atrasos, saídas antecipadas, atestados de hora ou acompanhamentos, afastamentos e outras situações que interfiram no correto registro de ponto.

1.6. INTEGRAÇÃO:

- O Programa de Integração para o novo colaborador visa trazer ambientação, adaptação e conhecimento sobre a cultura da organização em um curto espaço de tempo;
- A integração será conduzida pela área de Gente e Gestão durante os 5 primeiros dias de trabalho do colaborador e antes do início do trabalho na sua respectiva área;
- Todo colaborador recém-admitido deverá passar pelo treinamento de integração da empresa, que consiste em

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Ana Caroline Lemos	Nycolas Kunzler Alcorta	Márcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Coordenadora de Gente e Gestão	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS

Código: POL.DIR.0003	Setor: Gente & Gestão	Data da elaboração: 10/06/2024	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 0	Última revisão:	Página:6 de 10
--------------------------------	---------------------------------	--	----------------------------	-------------------------	------------------------	-----------------------

geral, no conhecimento dos processos internos, chefia, rotinas, atividades, estrutura física e outras informações. Assim, o início das atividades laborais por parte do novo colaborador deverá ser seguido da participação plena na integração assistencial;

- Em casos que haja a necessidade de um início precoce, o mesmo deve ser solicitado pelo coordenador do setor correspondente e autorizado pela Direção Administrativa;
- A integração de novos colaboradores ocorrerá na segunda semana de cada mês, podendo apresentar variações em decorrência de feriados, recessos e afins.

6. CARREIRA E REMUNERAÇÃO:

- Estabelecer processos e critérios para que a sucessão ocorra de forma planejada, permitindo uma transição de carreira adequada;
- Construir carreiras com estrutura salarial que propicie o desenvolvimento do colaborador ao longo da sua vida profissional;
- Os salários e benefícios são pagos pela folha de pagamento, com base nas convenções coletivas de cada categoria profissional.

6.1. RECRUTAMENTO E SELEÇÃO (R&S):

- Todas as solicitações de admissão estão condicionadas à existência de vaga para o cargo na respectiva área/setor contratante e orçamento previsto em algum projeto ou provisionado;
- As movimentações de colaboradores ocorrem de acordo com as seguintes necessidades: substituição por demissão espontânea, demissão por parte do empregador, expansão de área, transferência de colaboradores, afastamento por acidente ou por auxílio previdenciário;
- As oportunidades existentes serão disponibilizadas tanto para o público interno quanto o externo; colaboradores que demonstrem interesse nas oportunidades devem participar de processo seletivo e atender aos requisitos mínimos desejados, já estabelecidos nas descrições dos cargos;
- As oportunidades internas serão ofertadas apenas para colaboradores que possuem período igual ou superior a 6 meses de casa;

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Ana Caroline Lemos	Nycolas Kunzler Alcorta	Márcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Coordenadora de Gente e Gestão	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS

Código: POL.DIR.0003	Setor: Gente & Gestão	Data da elaboração: 10/06/2024	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 0	Última revisão:	Página:7 de 10
--------------------------------	---------------------------------	--	----------------------------	-------------------------	------------------------	-----------------------

- Toda e qualquer admissão de pessoal, desde o contato inicial com o candidato até a respectiva conclusão do processo, deve ser orientada e conduzida pela área de Gente e Gestão;
- A instituição aceitará indicações de profissionais por meio de colaboradores que já fazem parte do quadro e outras pessoas do seu círculo de relacionamento; porém, as indicações estarão sujeitas aos mesmos critérios de avaliação dos requisitos mínimos exigidos;
- Colaboradores com parentesco de primeiro e segundo grau (pai, mãe, filhos, irmãos, sogros, cunhados, sobrinhos, tios e cônjuges), ou que mantenham algum tipo de relação conjugal, não poderão estar lotados sob a gestão da mesma coordenação;
- Não serão admitidos candidatos com parentesco de primeiro, segundo e terceiro grau (pai, mãe, filhos, netos, irmãos, sobrinhos, tios, sogros, cunhados e cônjuges) de colaboradores sob relação de subordinação;
- Nenhum colaborador poderá ser admitido sem a respectiva documentação em ordem, sem o exame médico admissional aprovado, sem a entrevista individual realizada com o superior imediato e sem a assinatura da documentação legal.

7. DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS:

- Realizar a capacitação continuada para o desenvolvimento técnico e comportamental dos colaboradores da Instituição;
- Desenvolver seus colaboradores, buscando o aproveitamento das competências individuais e das equipes, permitindo o alcance dos resultados da Instituição;
- Incentivar o autodesenvolvimento dos colaboradores e o compartilhamento e disseminação do conhecimento; e
- Ofertar acessos a recursos de apoio psicológico e psiquiátrico para seus colaboradores.

7.1. TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO (T&D):

- Fica estipulado para cada líder um total de até 1 treinamento mensal. Exceto, as seguintes áreas: Gente e Gestão (115h), CCIH (25h), SESMT (9h) e CCP (4h);

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Ana Caroline Lemos	Nycolas Kunzler Alcorta	Márcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Coordenadora de Gente e Gestão	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS

Código: POL.DIR.0003	Setor: Gente & Gestão	Data da elaboração: 10/06/2024	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 0	Última revisão:	Página:8 de 10
--------------------------------	---------------------------------	--	----------------------------	-------------------------	------------------------	-----------------------

- Para realização de treinamentos, foram disponibilizados horários fixos, sendo: 6h às 7h, 9h às 10h, 14h às 16h e 20h às 21h. Ressaltamos que os treinamentos deverão respeitar uma carga horária máxima de até 60 minutos;
- As capacitações serão divididas em dois grupos: DDS e Treinamentos. Os DDS **NÃO** farão parte do cronograma anual, e **NÃO** poderão ser realizados nos horários fixos de treinamentos, salvo os dias e horários em que não houverem treinamentos agendados;
- As listas de treinamentos deverão ser entregues ao setor de Gente e Gestão no primeiro dia útil de cada mês;
- A Comissão de Eventos da Instituição enviará a relação de todos os eventos a serem realizados ao longo do ano assim como as suas respectivas datas, não podendo nenhum líder agendar treinamentos neste período.

8. SEGURANÇA DO TRABALHO, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA:

- Proporcionar ao colaborador um ambiente de trabalho seguro e saudável;
- Determinar que nenhum trabalho venha a ser executado sem a devida avaliação dos aspectos relativos à Segurança e Saúde do colaborador, nem qualquer razão, seja urgência, importância ou qualquer outra poderá ser alegada para justificar o não cumprimento dos requisitos de Segurança e Saúde Ocupacional;
- Determinar a Segurança e Saúde Ocupacional como fator de sucesso da Gestão de Pessoas e Processos, com comprometimento exemplar de seus gestores;
- Assegurar que as metas e os indicadores de Segurança estejam vinculados à estratégia empresarial;
- Promover a educação em Segurança como parte do desenvolvimento profissional dos colaboradores;
- Promover continuamente a informação e o treinamento como ferramentas fundamentais para a conscientização e capacitação dos profissionais;
- Determinar o cumprimento da legislação, regulamentos e outros requisitos sobre Segurança vigentes e subscritos pela Empresa;
- Identificar, avaliar, controlar e mitigar os fatores de riscos à segurança e saúde das pessoas envolvidas, inclusive os que possam atingir a população, de forma a prevenir acidentes em todas as atividades dos processos hospitalares prestados;

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Ana Caroline Lemos	Nycolas Kunzler Alcorta	Márcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Coordenadora de Gente e Gestão	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS

Código: POL.DIR.0003	Setor: Gente & Gestão	Data da elaboração: 10/06/2024	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 0	Última revisão:	Página:9 de 10
--------------------------------	---------------------------------	--	----------------------------	-------------------------	------------------------	-----------------------

- Formular e implementar as diretrizes, normas de atuação da área de Segurança e Saúde no Trabalho;
- Promover a integração de Segurança do Trabalho em todas as fases da execução de um procedimento, escrito ou não e seu envolvimento em um estilo de vida saudável estimulando a conduta preventiva;
- Exigir que prestadores de serviços tenham as documentações necessárias e cumpra com a exigências das normas internas da empresa em relação a saúde e segurança do trabalhador;
- Promover exames médicos conforme PCMSO, para avaliação da saúde do trabalhador; e
- Atuar preventivamente nos riscos encontrados pelos trabalhadores em seus locais de trabalho.

9. RESPONSÁVEIS:

- **DIREÇÃO/ADMINISTRAÇÃO:** proporcionar meios necessários para o desempenho, estabelecer e fazer cumprir a política de segurança, bem como as ações dela resultantes; Avaliar a execução e adequação das ações preventivas frente aos objetivos estabelecidos.
- **GENTE E GESTÃO:** Administrar o capital humano das empresas através das ferramentas de recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento, pesquisa de clima organizacional, entre outros. Além disso, a busca constante de desenvolvimento, engajamento e desempenho dos colaboradores para possibilitar o crescimento e contribuição dos mesmos frente à organização.
- **DEPARTAMENTO PESSOAL:** Responsável pela garantia e o cumprimento das leis e questões burocráticas ligadas à contratação, gestão e desligamento de funcionários. É responsável ainda, pelo gerenciamento da folha de pagamento, admissões e demissões, eSocial, férias, benefícios, atestados e afastamentos, registro de ponto. O principal objetivo do Departamento Pessoal é cumprir a legislação e as normas trabalhistas que estão em vigor.
- **SESMT:** Identifica e avalia os riscos existentes nos ambientes de trabalho de forma preventiva e corretiva, promovendo ações educativas e treinamentos para garantia da segurança ocupacional (física e mental) dos colaboradores; disponibilizar e monitorar o uso de equipamentos de proteção individual (EPI); realiza exames médicos periódicos, investiga e analisa os acidentes de trabalho ocorridos na empresa.
- **COLABORADORES:** Fazer uso do equipamento de proteção destinado à prevenção de riscos e doenças em suas atividades, responsabilizando-se por sua guarda e conservação, e solicitando sua substituição quando não

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Ana Caroline Lemos	Nycolas Kunzler Alcorta	Márcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Coordenadora de Gente e Gestão	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS

Código: POL.DIR.0003	Setor: Gente & Gestão	Data da elaboração: 10/06/2024	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 0	Última revisão:	Página:10 de 10
--------------------------------	---------------------------------	--	----------------------------	-------------------------	------------------------	----------------------------------

apresentar condições de uso; Orientar seus colegas de trabalho sobre as práticas seguras de trabalho, comunicando a chefia imediata, quando do não cumprimento por parte de empregado dos procedimentos de segurança; Comunicar à chefia imediata, SESMT e CIPA quando da existência de alguma condição insegura presente em sua atividade; Cumprir os procedimentos ou protocolo de segurança e saúde do trabalho relativos à sua atividade, visando à sua integridade física, dos demais empregados e de terceiros.

- **LIDERANÇAS:** Dar integral apoio às ações dos Serviços Especializados em Segurança e Medicina no Trabalho - SESMT e CIPA, cumprir e fazer cumprir os procedimentos de segurança e saúde no trabalho relativos à sua área e responsabilizar-se pelas ações de segurança e saúde no trabalho no setor sob sua supervisão.

10. ANEXOS

Não se aplica.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. Casa Civil, nov. 2011. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Norma Regulamentadora nº 5, de 30 de abril de 1978. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA). Disponível em: <http://www.gov.br/links>. Acesso em: 16 jul. 2024.

CHIAVENATO, Idalberto. Gestão de pessoas. 10. ed. São Paulo: Elsevier, 2014. p. 11.

O QUE É UMA POLÍTICA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR (PSST)? *Centro Canadiense de Salud y Seguridad Ocupacional*. 1997-2006. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3457.pdf>. Acesso em: 02/05/2024.

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Ana Caroline Lemos	Nycolas Kunzler Alcorta	Márcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Coordenadora de Gente e Gestão	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DA QUALIDADE

Código: POL.DIR.0002	Setor: Qualidade	Data da elaboração: 14/06/2021	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 2	Última revisão: 12/07/2024	Página: 1 de 10
--------------------------------	----------------------------	--	----------------------------	-------------------------	--------------------------------------	---------------------------

1. INTRODUÇÃO

A assistência a saúde é bastante complexa, está em constante evolução resultante dos avanços sociais, científicos e tecnológicos. Uma das maiores complexidades do sistema de saúde está relacionada com as variadas fontes de informação e diferentes interfaces entre profissional, equipe, paciente e tecnologia.

A busca pela qualidade auxilia a organização a obter maior segurança em seus processos, redução de custos, obtenção de bons resultados, consequentemente, na satisfação dos seus clientes. Para Donabedian, cuidado de boa qualidade é aquele que proporciona ao paciente o bem estar máximo e mais completo, após ter sido considerado o equilíbrio previsto entre ganhos (benefícios) e perdas (danos) que acompanham o processo de cuidado em toda a sua extensão.

Um Sistema de Gestão da Qualidade implantado serve para prover confiança para a alta direção e também para o paciente, sendo, portanto, uma decisão estratégica. A qualidade do cuidado em saúde incluem diversos atributos, descritos na literatura como dimensões da qualidade, como descritos no quadro 1 pela OMS:

Quadro 1. Dimensões da qualidade dos serviços de saúde

1. Segurança	Ausência de lesões devido à assistência à saúde que supostamente deve ser benéfica. Sistemas de saúde seguros diminuem o risco de dano aos pacientes.
2. Efetividade	Prestação de serviços baseados no conhecimento científico a todos os que podem beneficiar-se destes, e evitar prestar serviços àqueles que provavelmente não se beneficiarão (evitar a infra e supra utilização, respectivamente).
3. Atenção centrada no paciente	Envolve o respeitar o paciente, considerando suas preferências individuais, necessidades e valores, assegurando que a tomada de decisão clínica se guiará por tais valores.
4. Oportunidade / Acesso (interno e externo)	Redução das esperas e atrasos, às vezes prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam a assistência à saúde.
5. Eficiência	Prevenção do desperdício de equipamentos, suprimentos, ideias e energias.
6. Equidade	Prestação de serviços que não variam a qualidade segundo as características pessoais, tais como gênero, etnia, localização geográfica e status socioeconômico.

Adaptado de: IOM⁶ e OMS^{7,8}.

A adoção de um sistema de gestão da Qualidade é uma decisão estratégica para a organização, que pode ajudar a melhorar o seu desempenho global e a prover uma base sólida para iniciativas de desenvolvimento sustentável (NBR ISO 9001:2015). A presente Política da Qualidade descreve o sistema de gestão da Qualidade (SGQ) implantado no Hospital São Francisco na Providência de Deus (HSF), através do comprometimento da alta gestão da instituição com o objetivo de ofertar um serviço de excelência em atenção à saúde.

A Política de Qualidade foi estabelecida a partir da análise do planejamento estratégico e da ideologia da organização: missão, visão e valores seguindo características definidas:

MISSÃO: O HSF tem a pretensão de ser uma instituição nacional e internacionalmente reconhecida pelo tratamento humanizado e de alta qualidade.

VISÃO: Cuidar da saúde do ser humano na sua integralidade.

VALORES: Responsabilidade social, compromisso institucional, ética, espiritualidade e humanização.

A Política da Qualidade do HSF é um direcionador dos processos do sistema de gestão de qualidade, integrando atribuições, competências, procedimentos que assegurem o cumprimento dos requisitos estabelecidos pelo SGQ.

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Nycolas Kunzler Alcorta	Nycolas Kunzler Alcorta	Marcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Coordenador da Qualidade	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DA QUALIDADE

Código: POL.DIR.0002	Setor: Qualidade	Data da elaboração: 14/06/2021	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 2	Última revisão: 12/07/2024	Página: 3 de 10
--------------------------------	----------------------------	--	----------------------------	-------------------------	--------------------------------------	---------------------------

5.2 QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

O HSF organiza a qualidade da sua assistência com a padronização das condutas de atuação da equipe multiprofissional, a partir da elaboração e utilização de protocolos institucionais, projetos estratégicos e procedimentos operacionais padrão (POPs), baseando-se nas melhores práticas evidenciadas.

Os protocolos clínicos são definidos pelos gestores de serviços assistenciais, a partir da análise do perfil epidemiológico, considerando as patologias de maior prevalência, e são validados pelo setor de qualidade e aprovados pela direção técnica. Após aprovação e disponibilização dos protocolos, são realizados treinamentos para a equipe assistencial.

Os POPs são elaborados considerando as atividades críticas que precisam ser padronizadas para garantir a padronização das ações, estes documentos são elaborados pelos gestores setoriais e devem passar pelo processo de gestão de documentos através do sistema Tasy, para controle de validade e atualização.

5.3 DIRETRIZES DO SISTEMA DE GESTÃO DE QUALIDADE

O Hospital São Francisco na Providência de Deus adota como diretriz as normatizações, a NBR ISO 9001 (Norma Brasileira Regulamentadora ISO 9001) a metodologia de acreditação da ONA (Organização Nacional de Acreditação) e as legislações vigentes.

5.4 GESTÃO E MAPEAMENTO DE PROCESSOS

De acordo com a ISO 9000/2015, processo é um conjunto de atividades inter-relacionadas ou interativas que utilizam entradas para entregar um resultado pretendido. A gestão dos processos serve para compreender o funcionamento de um setor ou uma organização e a busca pela melhoria contínua. Consiste na identificação, mapeamento, análise e redesenho dos processos.

- 5.4.1 **Processos primários ou essenciais:** direcionam as entregas de valor aos clientes, constituem a cadeia de valor da organização.
- 5.4.2 **Processos de Apoio ou suporte:** apóiam os processos primários ou essenciais, gerenciando os recursos e as infraestruturas.
- 5.4.3 **Processos Administrativos e gerenciais:** utilizados para medir, controlar, monitorar os demais processos, metas estratégicas.

Para o mapeamento dos processos do HSF utilizamos a ferramenta chamada SIPOC, que apresenta a por meio de uma tabela, os fornecedores (suppliers), as entradas (inputs), o processo mapeado (process), as saídas (outputs) e os clientes (customers). No HSF, utilizamos uma apresentação modificada da ferramenta SIPOC, na qual, incluímos a coluna “controle” (control), na qual relacionados os indicadores estratégicos, que mensuram a efetividade do processo mapeado. A elaboração do mapeamento de um processo, vai depender de algumas questões importantes como:

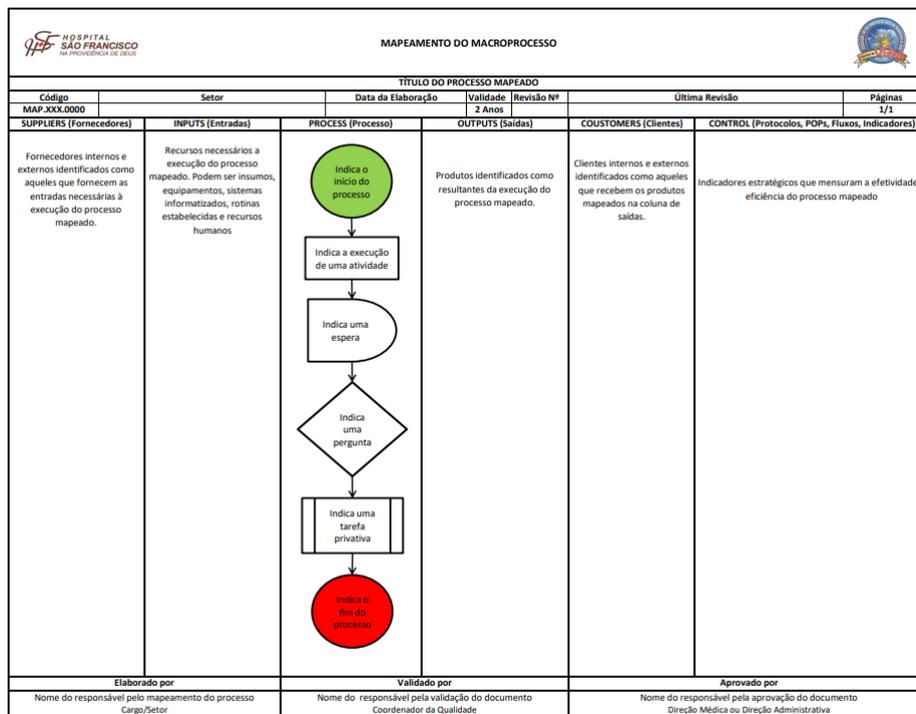
- Estabelecer o produto do processo;
- Identificar as principais atividades/etapas do processo, considerando começo, meio e fim;
- Identificar os fornecedores internos e externos;
- Identificar as entradas, ou seja, o que é necessário para a execução do processo mapeado;
- Identificar as saídas, ou seja, quais são os produtos entregues a partir da execução do processo mapeado;
- Identificar os clientes que irão receber o produto do processo;
- Identificar os indicadores estratégicos do processo, sejam eles assistenciais, de desempenho e/ou financeiros.

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Nycolas Kunzler Alcorta	Nycolas Kunzler Alcorta	Marcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Coordenador da Qualidade	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DA QUALIDADE

Código: POL.DIR.0002	Setor: Qualidade	Data da elaboração: 14/06/2021	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 2	Última revisão: 12/07/2024	Página: 4 de 10
--------------------------------	----------------------------	--	----------------------------	-------------------------	--------------------------------------	---------------------------

Documento de mapeamento de processos (SIPOC)



5.5 GESTÃO DE NÃO CONFORMIDADES

Não conformidade, em definição, é o não atendimento de determinado requisito. Podemos considerar os erros ou falhas no processo, como não conformidades a serem notificadas. Para isso, utilizamos a função parametrizada no sistema Tasy: “comunicação de não conformidades”. Esta função nos auxilia no controle de todas as falhas dos processos que são notificadas.

A partir da notificação recebida, é realizada a tratativa, que consiste na investigação da falha, levantamento da causa, elaboração de plano de ação com os respectivos responsáveis e prazo para conclusão.

Após a realização das ações, o coordenador notificante, avalia se as ações propostas e executadas foram eficazes para resolução da falha.

Detalhes de como realizar a notificação podem ser encontradas no Manual de Gestão de Não Conformidades.

OBSERVAÇÃO: quando identificado uma falha nos processos, o coordenador utiliza o perfil “NOTIFICANTE NC”, registra a notificação de não conformidade para o responsável pelo processo, o responsável irá receber uma CI sinalizando a pendência de notificação para responder.

O controle das não conformidades de processos, é realizado através do sistema eletrônico Tasy, na função “NÃO CONFORMIDADE”,

5.6 GERENCIAMENTO DE RISCO

Segundo o dicionário Michaelis (2024), a palavra “risco” significa a Possibilidade de perigo, que ameaça as pessoas ou o

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Nycolas Kunzler Alcorta	Nycolas Kunzler Alcorta	Marcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Coordenador da Qualidade	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DA QUALIDADE

Código: POL.DIR.0002	Setor: Qualidade	Data da elaboração: 14/06/2021	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 2	Última revisão: 12/07/2024	Página: 6 de 10
--------------------------------	----------------------------	--	----------------------------	-------------------------	--------------------------------------	---------------------------

De acordo com o definido pela Portaria GM/MS nº 529/2013, gestão de risco é a aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional. a gestão de riscos envolve um conjunto de processos coordenados e articulados para se gerenciar riscos, assim, tratar de gestão de riscos, em alguma medida, necessita abordar a gestão de processos. No HSF utiliza-se o modelo de matriz de risco, que identifica os riscos do respectivo setor/ processo, classificando-os como clínicos e não clínicos. A seguir, é estabelecida a prioridade de atenção ao risco, a partir da multiplicação entre a probabilidade e a gravidade. Por fim, são listadas as formas de mitigação do risco, que podem ser POPs, Protocolos, fluxos, comissões ou barreiras físicas.

 GERENCIAMENTO DE RISCOS 						
Código	Setor	Data da Elaboração	Validade	Revisão Nº	Última Revisão	Páginas
			2 anos	0		1/1
PROBABILIDADE		GRAVIDADE		PRIORIDADE - GERENCIAMENTO DO RISCO		
1 - REMOTO : provavelmente não acontecerá	1 - MENOR : incidente não atinge o paciente	1 a 4: Monitoramento do risco pela coordenação local				
2 - INCOMUM : possivelmente acontecerá em um prazo de 2 a 5 anos	2 - MODERADA : o incidente atinge o paciente, mas não causa danos	6 a 9: Monitoramento e controle pela coordenação local e pela gerência de risco				
3 - OCASIONAL : pode acontecer algumas vezes em um prazo de 1 a 2 anos	3 - MAIOR : o incidente resulta em danos temporários ou permanentes ao paciente	12 a 16: Monitoramento e controle pela coordenação local, gerência de risco e direção				
4 - FREQUENTE : provavelmente acontecerá imediatamente ou dentro de um curto período de tempo	4 - GRAVE : o incidente pode causar o óbito do paciente					
RISCO	CLASSIFICAÇÃO		ANÁLISE			MITIGAÇÃO
	Clinico	Não Clínico	Probabilidade	Gravidade	Prioridade	
					0	
					0	
					0	
					0	

O objetivo do gerenciamento de risco nos serviços de saúde é reduzir a chance da ocorrência de erros evitáveis, empregando esforços para alcançar um serviço mais seguro, antecipando os perigos que os usuários estão sujeitos, e tendo a oportunidade de evitar que resultem em danos.

5.7 NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

As ações do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do HSF estão descritas na POL.SGQ.0001 Política de Segurança do Paciente. O NSP Foi instituído em 2017 e unificado a gestão do setor da qualidade, tendo como objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, atendendo a legislação vigente RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.

A comissão é composta por membros estratégicos, que auxiliam na investigação e tratativa dos incidentes relacionados a assistência a saúde. Discutem e elaboram ações que visam a minimização dos eventos a um mínimo aceitável. Mais detalhes referente a comissão NSP, está descrito no regimento interno.

5.8 AUDITÓRIAS INTERNAS

A auditoria interna é um processo realizado para a organização conseguir examinar seus próprios sistemas, processos e atividades, se eles estão de acordo com as disposições planejadas. A auditoria é uma atividade independente, de avaliação e assessoramento aos gestores, visando atingir os objetivos da instituição através de uma abordagem sistemática e disciplinada para comprovar o nível de execução das metas, a efetividade dos processos de gerenciamento de riscos, controle e governança. As

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Nycolas Kunzler Alcorta	Nycolas Kunzler Alcorta	Marcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Coordenador da Qualidade	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DA QUALIDADE

Código: POL.DIR.0002	Setor: Qualidade	Data da elaboração: 14/06/2021	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 2	Última revisão: 12/07/2024	Página: 7 de 10
--------------------------------	----------------------------	--	----------------------------	-------------------------	--------------------------------------	---------------------------

auditorias internas do HSF serão realizadas através de processo rigoroso, com periodicidade planejada e documentadas.

5.8.1 Objetivos da Auditoria Interna

- Avaliar os processos dos setores referentes a normas ou procedimentos internos;
- Verificar a eficácia na adequação das ações corretivas implantados.

5.8.2 Método das auditorias

- **Periodicidade:** as auditorias internas serão realizadas semestralmente, nos diferentes setores da instituição.
- **Lista de verificação de auditoria:** Serão elaborados instrumentos de coleta de dados que contenham requisitos básicos e comuns a todos os setores e requisitos específicos, de acordo com o processo e atividades realizadas.
- **Devolutiva:** será elaborado um relatório das auditorias contendo as descrições das não conformidades visualizadas, e as sugestões como oportunidade de melhorias, e os prazos para adequação. O relatório será nominal para o responsável pelo setor avaliado.
- **Plano de ação:** os planos de ação devem ser elaborados pelo responsável do setor, encaminhado para o setor de qualidade, nos prazos definidos no relatório de auditoria de acordo com critérios da urgência.
- **Imediato:** até 10 dias para resolução da não conformidade.
- **Plano de Ação:** até 15 dias para elaboração e encaminhamento para o setor da qualidade

O setor da qualidade acompanhará a realização dos planos de ação, e a efetividade das melhorias propostas.

5.9 GESTÃO ELETRÔNICA DE DOCUMENTO

Em um Sistema de Gestão da Qualidade, os documentos devem ser mantidos sob controle, para isso é necessário que eles estejam organizados e devidamente identificados. O processo de controle de documentos é um dos requisitos que precisam ser documentados numa certificação de qualidade. A gestão dos documentos compreende as atividades de padronização, elaboração, validação, acompanhamento da aprovação, disponibilização, capacitação, atualização e controle de documentos obsoletos. Todos os documentos do HSF terão validade de 2 anos, devendo ser revisados obrigatoriamente ao final do prazo de validade ou quando houver necessidade.

- **Elaboração:** etapa que visa descrever uma atividade, uma diretriz, ou regulamentos da instituição e dos setores, para atender a demanda de orientação aos colaboradores.
- **Validação:** etapa responsável pela padronização dos modelos de documentos e codificação.
- **Aprovação:** etapa final, responsável pela disponibilização dos documentos no sistema para visualização de todos os envolvidos.

Os documentos do HSF são gerenciados através do sistema eletrônico Tasy, que controla o código de registro, data da elaboração, data de revisão, data de validade, cópias impressas.

5.9.1 Tipos de documentos HSF

- **Política (POL)** – Define as diretrizes organizacionais. Todas as ações desenvolvidas no HSF devem estar alinhadas a, no mínimo, uma política;
- **Programa (PRO)** - grupo de projetos relacionados gerenciados de modo coordenado para a obtenção de benefícios e

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Nycolas Kunzler Alcorta	Nycolas Kunzler Alcorta	Marcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Coordenador da Qualidade	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DA QUALIDADE

Código: POL.DIR.0002	Setor: Qualidade	Data da elaboração: 14/06/2021	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 2	Última revisão: 12/07/2024	Página: 8 de 10
--------------------------------	----------------------------	--	----------------------------	-------------------------	--------------------------------------	---------------------------

controle que não estariam disponíveis se fosse gerenciados individualmente. Objetivam atender legislações específicas, que exigem o estabelecimento de programas e cumprimento do que foi descrito. Exemplo: Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Serviços de Saúde.

- **Manual (MAN)** - documento que reúne de maneira sistematizada, normas, rotinas dentre outras informações e orientações necessárias para execução de ações.
- **Regimento Interno (RI)** - documento de caráter organizativo que define e regula as atividades em um departamento, serviço ou comissão (obrigatório para esta última).
- **Protocolo (PTO)** - descrição e direcionamento de uma situação específica da assistência com detalhes assistenciais. Deve contemplar, no mínimo, um indicador de processo e um indicador de resultado.
- **Mapeamento de Processo (MAP)** – Estabelece os fornecedores, as entradas, saídas e clientes do processo mapeado. Utiliza a ferramenta SIPOC. Acrescenta os indicadores estratégicos do processo.
- **Gerenciamento de Riscos (GER)** – Identifica os riscos clínicos e não clínicos e os classifica de acordo com sua probabilidade e gravidade. Relaciona os documentos que estabelecem a conduta padronizada para mitigar o risco mapeado. Utiliza uma Matriz de Riscos.
- **Procedimento Operacional Padrão (POP)** - define as instruções de uma tarefa a ser executada.
- **Fluxogramas (FLU)** - representação gráfica através de um conjunto de símbolos para representar a sequência de atividades de um processo. O retângulo representa uma operação, o losango indica o ponto onde a decisão deve ser tomada, (geralmente as respostas são SIM e NÃO), o círculo indica o início e o fim do processo, a seta indica o sentido e a sequência das etapas do processo.

5.9.2 Fluxo de gestão de documentos

Os documentos devem ser elaborados em modelos padronizados da instituição e inseridos no sistema Tasy, utilizando o perfil “Documento Elaborador”, na função “Gestão da Qualidade”.

O setor da qualidade avalia os critérios de *layout* para padronização dos documentos, converte em formato de PDF e realiza a “Validação”. A etapa final, (“Aprovação”), será realizada pela direção administrativa e direção médica. Após esse processo, o documento estará disponível na função consulta da qualidade.

Todos os documentos são controlados através de uma planilha “Mestra”, na qual, consta dados como código do documento, responsável pela elaboração, setor, data da elaboração, data da última revisão, número de revisões, registro das datas de validação e de aprovação. Documentos fora dos padrões e que não estejam disponíveis no sistema Tasy não serão considerados como documentos válidos.

5.9.3 Modelo de cabeçalho dos documentos

O cabeçalho padronizado do HSF, possui nove campos para preenchimento, o tipo de documento, o título do documento, o código, setor responsável pelo documento, data de elaboração, período de validade, número de revisões, data da última revisão e número de páginas.

5.9.4 Modelo de rodapé dos documentos

O rodapé padronizado do HSF, possui 6 campos, nome, cargo e setor do elaborador, do validador e do aprovador.

5.10 MONITORAMENTO DE INDICADORES

Medir o desempenho em programas e serviços de saúde é imprescindível para o planejamento, organização, coordenação e avaliação das atividades desenvolvidas, sendo alvo dessa medição os resultados, os processos e a estrutura necessária ou utilizada.

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Nycolas Kunzler Alcorta	Nycolas Kunzler Alcorta	Marcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Coordenador da Qualidade	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DA QUALIDADE

Código: POL.DIR.0002	Setor: Qualidade	Data da elaboração: 14/06/2021	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 2	Última revisão: 12/07/2024	Página: 9 de 10
--------------------------------	----------------------------	--	----------------------------	-------------------------	--------------------------------------	---------------------------

Uma organização que mede sistematicamente seu desempenho pode realizar rapidamente intervenções à medida que ocorrem flutuações de processo. Diante da grande quantidade de medidas disponíveis, o processo de seleção de indicadores deve buscar o maior grau possível de adesão a algumas propriedades que caracterizam uma boa medida de desempenho. Essas propriedades são as que qualquer indicador deve apresentar e sempre devem ser consideradas como critérios de escolha, a saber:

- **Utilidade:** deve suportar decisões, sejam operacionais, táticas ou estratégicas. Os indicadores devem, portanto, basear-se nas necessidades dos decisores;
- **Validade:** capacidade de representar, com a maior proximidade possível, a realidade que se deseja medir e modificar. Um indicador deve ser significativo ao que está sendo medido e manter essa significância ao longo do tempo;
- **Confiabilidade:** indicadores devem ter origem em fontes confiáveis, que utilizem metodologias reconhecidas e transparentes de coleta, processamento e divulgação;
- **Disponibilidade:** os dados básicos para sua contagem devem ser de fácil obtenção;
- **Simplicidade:** indicadores devem ser de fácil obtenção, construção, manutenção, comunicação e entendimento pelo público em geral, interno ou externo;
- **Clareza:** geralmente um indicador é definido como uma divisão entre duas variáveis básicas. É formado, portanto, por um numerador e um denominador;
- **Sensibilidade:** capacidade que um indicador possui de refletir tempestivamente às mudanças decorrentes das intervenções realizadas;
- **Estabilidade:** capacidade de estabelecimento de séries históricas estáveis que permitam monitoramentos e comparações de variáveis de interesse, com mínima interferência causada por outras variáveis;
- **Mensurabilidade:** capacidade de alcance e mensuração quando necessário, na sua versão mais atual, com a maior precisão possível e sem ambiguidade;
- **Auditabilidade/ Rastreabilidade:** qualquer pessoa deve sentir-se apta a verificar a boa aplicação das regras de uso dos indicadores.

Todos os indicadores do HSF deverão estar descritos em uma ficha técnica, que demonstre de forma clara e objetiva para que serve o indicador e como ele deve ser coletado. As informações da ficha técnica estão descritas a seguir:

- **Nome do Indicador:** Identifica o indicador a ser mensurado;
- **Nível do Indicador:** Define se o indicador está no nível estratégico, operacional, tático;
- **Classificação:** Estabelece se o indicador é de estrutura, produto, processo ou resultado;
- **Fórmula:** Esclarece como é realizado o cálculo do indicador;
- **Representação:** Deixa claro se a unidade de medida do indicador é uma taxa, um coeficiente, um índice, um percentual ou número absoluto;
- **Fonte da Informação:** Local de onde as informações são extraídas;
- **Coleta de Dados:** Orienta como são realizadas as coletas dos dados para o cálculo do indicador. Podem ser planilhas de controle manuais ou relatórios informatizados;
- **Responsável:** Quem é o responsável pela coleta e análise dos dados;
- **Frequência:** número de vezes que o indicador é medido no ano;
- **Objetivo:** Qual o motivo que se medir o item;
- **Meta:** Valor a ser alcançado e prazo para o alcance do item mensurado. Pode ser definida por meio de referência bibliográfica, relatório de instituições ou órgãos fiscalizadores e também pela série histórica e pelo resultado consolidado em períodos anteriores. Sugere-se rever a meta, no mínimo a cada trimestre;
- **Benchmark:** Resultado médio obtido em pesquisas científicas, entidades de classe, relatórios de instituições ou órgãos fiscalizadores. Permite compreender se os resultados obtidos estão próximos às práticas baseadas em evidências.

A padronização da representação gráfica dos indicadores deverá estar concluída até dezembro/2024, quando todos os indicadores mensurados no HSF deverão ter migrado para a ferramenta *Power BI*. Compete ao responsável pelo indicador a realização da análise crítica e a elaboração de um plano de melhoria (modelo 5W2H) até o 10º dia de cada mês, INDEPENDENTE se o resultado obtido está dentro ou fora da meta estabelecida. Assim sendo, estará evidenciada a gestão dos indicadores em um ciclo de melhoria PDCA, composto pelas etapas de planejamento (*plan*); do (*do*); fazer); checagem/ compreensão dos resultados (*check*) e ação para melhoria (*act*).

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Nycolas Kunzler Alcorta	Nycolas Kunzler Alcorta	Marcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Coordenador da Qualidade	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DA QUALIDADE

Código: POL.DIR.0002	Setor: Qualidade	Data da elaboração: 14/06/2021	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 2	Última revisão: 12/07/2024	Página: 10 de 10
--------------------------------	----------------------------	--	----------------------------	-------------------------	--------------------------------------	----------------------------

6. RESPONSÁVEIS

- **Direção Médica e Administrativa:** Estabelecer as políticas institucionais e conduzir o planejamento estratégico da instituição;
- **Serviço de Gestão da Qualidade:** Promover a padronização dos processos institucionais; Realizar a gestão de documentos; Auxiliar as áreas assistenciais e administrativas quanto ao adequado uso das ferramentas da Qualidade; Realizar auditorias internas com foco na melhoria contínua dos processos e na qualidade da assistência à saúde; Elaborar relatórios técnicos que sirvam como instrumento de apoio para que os gestores realizem melhorias nos seus processos e na sua estrutura; Promover ações educativas; Mapear processos e gerenciar os riscos; Certificar-se do cumprimento das rotinas institucionais estabelecidas; Manter-se atualizado em relação às boas práticas e às normas regulamentadoras;
- **Setores Assistenciais, Administrativos e de Apoio:** Certificar-se de que suas ações estão alinhadas a, pelo menos, uma política e ao planejamento estratégico institucional; Padronizar as rotinas setoriais, elaborando documentos que descrevam as atividades executadas, de acordo com as orientações do Serviço de Gestão da Qualidade; Certificar-se do cumprimento das rotinas institucionais; Fazer uso das ferramentas de gestão para a melhoria contínua nos processos setoriais; Compreender e analisar criticamente os resultados obtidos (indicadores), elaborando planos de melhoria contínua; Colaborar na execução das auditorias realizadas pelo Serviço de Gestão da Qualidade; Receber o relatório de auditoria interna e dar os devidos encaminhamentos.

7. ANEXOS

Não de Aplica

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Introdução à segurança do paciente e qualidade – Módulo 1. 1ed. Brasília: 2018. OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: < <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/6383/3/Unidade%20-%20Gerenciamento%20de%20Risco.pdf> >. Acesso em: 22 abr. 2024

Gueresi, R; Alcorta, N.K. Definição de indicadores e análise crítica. In: Vieira, C; Alcorta, N.K; Gueresi, R. Qualidade em serviços de diálise: teoria e prática. 1ed. Piracicaba: Balieiro, 2019. p.41-47.

IHI, Institute for Healthcare Improvement. Kit de ferramentas essenciais para melhoria da qualidade. IHI, 2018. Disponível em: < https://www.ihl.org/sites/default/files/IHI_Kit-de-Ferramentas-Essenciais-para-Melhoria-da-Qualidade_Portugu%C3%A9s.pdf >. Acesso em: 22 abr. 2024

ISO, International Organization for Standardization. ISSO 9001:2015 Sistema de gestão da qualidade – Requisitos, 2ed. Rio de Janeiro: ABNT Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2015. Disponível em: < http://associacaodeinspetores.com.br/arquivos/arquivo_informativo/c2c76186249e40f1f5da5c8b09582702.pdf >. Acesso em: 22 abr. 2024.

ISO, International Organization for Standardization. ISO 31000:2018 gestão de Riscos – Diretrizes, 2ed. Rio de Janeiro: ABNT Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2018. Disponível em: < https://dintecgcin.saude.gov.br/attachments/download/23/2018%20-%20Diretrizes%20-%20Gest%C3%A3o%20de%20Riscos_ABNT%20NBR%20ISO%2031000.pdf >. Acesso em: 08 abr.2024.

ONA, Organização Nacional de Acreditação. Manual para organizações prestadoras de serviços de saúde – OPSS versão 2022-2025. Organização Nacional de Acreditação, São Paulo: 2021.

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Nycolas Kunzler Alcorta	Nycolas Kunzler Alcorta	Marcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Coordenador da Qualidade	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DE GESTÃO DA COMUNICAÇÃO

Código: POL.DIR.0005	Sector: COMUNICAÇÃO E MARKETING	Data da elaboração: 02/08/2024	Validade: 2 anos	Revisão Nº:	Última revisão:	Página: 1 de 5
--------------------------------	--	--	----------------------------	------------------------	------------------------	-----------------------

CAPÍTULO I - Objetivos e Finalidades

Art. 1º A Política de Comunicação do Hospital São Francisco na Providência de Deus visa a estabelecer diretrizes e normas que garantam a efetividade, transparência, privacidade e clareza nas comunicações internas e externas, além de zelar pela imagem institucional.

Art. 2º Esta política tem como objetivos:

- Assegurar a confidencialidade das informações dos pacientes.
- Estabelecer um fluxo claro e eficiente para a comunicação de mudanças nos serviços, produtos e processos.
- Promover a imagem do hospital junto ao público e às partes interessadas.
- Garantir a disseminação de informações relevantes para colaboradores, pacientes e comunidade.
- Estabelecer um plano de comunicação em situações de crise ou sempre quando for necessário implementar essas diretrizes em casos concretos, com um foco mais operacional e tático.
- Divulgar os canais para manifestações éticas, denúncias e ouvidorias de qualquer parte interessada.
- Assegurar o cumprimento das normativas do Manual de Publicidade Médica do CFM.

CAPÍTULO II - Princípios Gerais

Art. 3º A comunicação deve ser transparente, ética, objetiva e respeitosa, seguindo as normas regulamentares aplicáveis e os princípios de boa conduta, que incluem:

- Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD - Lei nº 13.709/2018): Normas para a proteção de dados pessoais.
- Código de Ética e Conduta do Hospital São Francisco.
- Demais Códigos de Ética aplicáveis.

Art. 4º Toda comunicação deve respeitar a privacidade e o sigilo das informações sobre os pacientes, em conformidade com a legislação vigente e com as diretrizes internas do hospital.

CAPÍTULO III - Comunicação Interna

Art. 5º A comunicação interna deve promover a integração entre os colaboradores, disseminando informações sobre procedimentos, políticas, eventos e mudanças no ambiente de trabalho.

Art. 6º As ferramentas de comunicação interna incluem:

- E-mails: Para comunicados gerais e específicos.

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Leandro Queres e Bruno Goulart	Nycolas Kunzler Alcorta	Márcio Oliveira Nunes
Cargo/setor:	Analistas Comunicação e Marketing	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DE GESTÃO DA COMUNICAÇÃO

Código: POL.DIR.0005	Sector: COMUNICAÇÃO E MARKETING	Data da elaboração: 02/08/2024	Validade: 2 anos	Revisão Nº:	Última revisão:	Página: 2 de 5
--------------------------------	--	--	----------------------------	------------------------	------------------------	-----------------------

- HSF Notícias: Publicações mensais com atualizações sobre o hospital e da Associação Lar São Francisco na Providência de Deus.
- Murais e Cartazes: Fixados em locais estratégicos para informar sobre eventos e avisos importantes.
- Reuniões e Encontros: Realização de encontros presenciais ou virtuais para esclarecimentos e alinhamentos.
- Estímulo do uso de tecnologias para disseminação da informação.

Art. 7º Todo comunicado interno deve ser previamente aprovado pelo setor de comunicação e Direção, garantindo consistência e clareza nas informações.

Art. 8º Devem ser estabelecidos, implementados e mantidos meios e canais de comunicação entre diferentes níveis hierárquicos e perfis de profissionais da organização, incluindo:

- Os supracitados são para alcance de todos.
- Grupos de WhatsApp com a Liderança que desdobrará para sua equipe quando necessário.
- Contracheque: Mensagens de feliz aniversário, mensagens religiosas, lembrete para imposto de renda, etc.
- Tecnologias: Permite a abertura de ordem de serviços, comunicados internos individuais e notificação de ocorrência.

CAPÍTULO IV - Comunicação Externa

Art. 9º A comunicação externa tem como foco a construção e manutenção da imagem positiva do hospital, bem como a transparência e acessibilidade das informações para a comunidade e imprensa, com objetivos estratégicos de:

- Consolidar a marca do Hospital São Francisco na Providência de Deus sempre considerando a sua Missão, Visão e Valores institucionais.
- Promover a Associação Lar São Francisco na Providência de Deus.
- Promover a instituição com ênfase no incremento da receita.

Art. 10º As ferramentas de comunicação externa incluem:

- Assessoria de Imprensa: Gerenciamento de relações com a mídia e coordenação de entrevistas e press releases para fortalecer a imagem institucional.
- Redes Sociais: Uso de plataformas como Instagram, LinkedIn, entre outras, para divulgação de informações, promoção dos valores filantrópicos e engajamento com o público visando o aumento da visibilidade e receita.
- Site Institucional: Portal oficial do hospital com informações sobre serviços, notícias e contatos, enfatizando os valores e as ações filantrópicas da instituição.

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Leandro Queres e Bruno Goulart	Nycolas Kunzler Alcorta	Márcio Oliveira Nunes
Cargo/setor:	Analistas Comunicação e Marketing	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DE GESTÃO DA COMUNICAÇÃO

Código: POL.DIR.0005	Sector: COMUNICAÇÃO E MARKETING	Data da elaboração: 02/08/2024	Validade: 2 anos	Revisão Nº:	Última revisão:	Página: 3 de 5
--------------------------------	--	--	----------------------------	-----------------------	------------------------	-----------------------

- Eventos e Campanhas: Realização de eventos e campanhas para promoção da saúde, conscientização pública e divulgação das iniciativas filantrópicas, buscando incrementar a receita e fortalecer a imagem do hospital.

CAPÍTULO V – Comunicação com Paciente e/ou Responsáveis Legais

Art. 11º As informações sobre o estado de saúde do(a) paciente só podem ser divulgadas aos seus responsáveis legais sob a forma **presencial**, respeitando-se a privacidade e o sigilo médico.

Art. 12º Todas as informações dos pacientes são confidenciais e devem ser tratadas com o mais alto grau de sigilo e segurança, conforme legislação aplicável e políticas internas de privacidade e proteção de dados.

Art. 13º É proibido fotografar, filmar ou entrevistar pacientes para fins publicitários sem autorização prévia por escrito.

Art. 14º O hospital deve manter um canal acessível e seguro para manifestações éticas e denúncias, reclamações, dúvidas, sugestões e elogios garantindo o anonimato e a proteção das partes envolvidas. Estão disponíveis os seguintes canais:

- Manual do Paciente: Guia com informações essenciais sobre os direitos e deveres dos pacientes, procedimentos e serviços oferecidos.
- Ouvidoria: Canal para receber sugestões, reclamações e elogios, assegurando o atendimento e a resolução das demandas. Disponível em:
 - a. Atendimento presencial
 - b. Tel. (21) 3294-4500 ou (21) 3294-4300 – Ramal: 2250
 - c. Email: ouvidoria.hsf@alsf.org.br
 - d. <https://hospitalsaofranciscorj.com.br/mande-sua-mensagem/>
- Informações sobre Emergência, demais serviços, como chegar e telefone no site
- Termos de Consentimento Informado: Documentos que asseguram que os pacientes estão cientes e concordam com os procedimentos médicos propostos.
- Canal de Integridade e Manual de ética e condutas: Canal de comunicação destinado a reportar qualquer atitude ou prática em desacordo com o Código de Ética e Conduta do Hospital São Francisco na Providência de Deus e com a legislação vigente. Todas as denúncias serão apuradas pelo Comitê de Integridade, com a aplicação das medidas cabíveis. Disponível em: <https://hospitalsaofranciscorj.com.br/canal-de-integridade/>

CAPÍTULO VI - Planos de Comunicação

Art. 15º Em situações de crise, deve ser ativado um plano de comunicação específico que inclua a formação de uma equipe de gestão de crise, elaboração de mensagens-chave, e definição de canais prioritários para disseminação de informações.

Art. 16º O plano de comunicação para interação com o público interno e externo deve ser elaborado periodicamente e incluir, no mínimo, os seguintes elementos: data, responsável, conteúdo, objetivos de comunicação, públicos-alvo, argumentos principais, ações e estratégias, meios e canais, cronograma e

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Leandro Queres e Bruno Goulart	Nycolas Kunzler Alcorta	Márcio Oliveira Nunes
Cargo/setor:	Analistas Comunicação e Marketing	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DE GESTÃO DA COMUNICAÇÃO

Código: POL.DIR.0005	Sector: COMUNICAÇÃO E MARKETING	Data da elaboração: 02/08/2024	Validade: 2 anos	Revisão Nº:	Última revisão:	Página: 4 de 5
--------------------------------	--	--	----------------------------	------------------------	------------------------	-----------------------

orçamento. Além das situações de crise, planos de comunicação devem ser elaborados para situações específicas como lançamento de novos serviços, eventos, ativações de marca ou sempre quando for necessário implementar essas diretrizes em casos concretos, com um foco mais operacional e tático.

CAPÍTULO VII – Mudanças de fluxo

Art. 17º O fluxo de comunicação para divulgação de mudanças em serviços, produtos e processos deve seguir as seguintes etapas:

- Identificação da Mudança: Detalhamento da alteração a ser comunicada.
- Aprovação: Avaliação e aprovação da Direção do hospital que delega a elaboração de comunicado.
- Elaboração do Comunicado: Criação de material informativo adequado ao público-alvo.
- Disseminação: Uso das ferramentas de comunicação interna ou externa conforme apropriado (e-mails, murais, redes sociais, etc.).

CAPÍTULO VIII - Publicações em Redes Sociais pelos Colaboradores

Art. 18º Os colaboradores devem seguir as seguintes diretrizes ao realizar publicações nas redes sociais:

- Respeitar as normas e valores do hospital.
- Verificar se o evento ou informação já foi publicado oficialmente pela Instituição antes de realizar qualquer postagem relacionada.
- Certifica-se que as postagens sejam respeitadas e profissionais, evitando linguagem ofensiva ou inadequada.
- Não criar páginas e perfis de serviço do hospital sem aprovação do setor de Comunicação.

CAPÍTULO IX- Termo de Autorização de Uso de Imagem

Art. 19º O uso de imagens de pacientes, colaboradores e outras partes interessadas para fins publicitários ou institucionais deve ser precedido da obtenção de um termo de autorização de uso de imagem, devidamente assinado pela pessoa ou seu representante legal.

CAPÍTULO XX - Cumprimento das Normativas do CFM

Art. 20º O setor de comunicação deve garantir o cumprimento das diretrizes estabelecidas pelo Manual de Publicidade Médica do CFM (Resolução CFM nº 2.336/2024) promovendo a ética na comunicação e evitando prejuízos judiciais ao hospital.

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Leandro Queres e Bruno Goulart	Nycolas Kunzler Alcorta	Márcio Oliveira Nunes
Cargo/setor:	Analistas Comunicação e Marketing	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DE GESTÃO DA COMUNICAÇÃO

Código: POL.DIR.0005	Sector: COMUNICAÇÃO E MARKETING	Data da elaboração: 02/08/2024	Validade: 2 anos	Revisão Nº:	Última revisão:	Página: 5 de 5
--------------------------------	--	--	----------------------------	------------------------	------------------------	-----------------------

Art. 21º É proibido divulgar informações sobre o estado de saúde dos pacientes sem consentimento dos familiares, utilizar linguagem sensacionalista ou realizar postagens do formato “antes e depois” para promover o sucesso de terapias ou prometer cura.

Art. 22º É proibido pelos colaboradores utilizar a imagem do hospital para fazer link a partidos políticos.

CAPÍTULO XI - Disposições Finais

Art. 22º Esta política deve ser revisada a cada dois anos ou quando necessário, para garantir a sua eficácia e conformidade com as normas regulamentares e necessidades do hospital.

Art. 23º Todos os colaboradores do hospital devem ser informados sobre esta política e receber treinamento adequado para seu cumprimento.

Art. 24º Casos omissos ou dúvidas sobre a aplicação desta política devem ser encaminhados ao setor de comunicação para esclarecimento e resolução.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 15 ago. 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/42825612. Acesso em: 01/08/2024.

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

Conselho Federal de Medicina (CFM) - Manual de Publicidade Médica - Resolução CFM nº 2.336, de 13 de julho de 2023 / Conselho Federal de Medicina - Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2024.

ONA, Organização Nacional de Acreditação. Manual para Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde - OPSS: versão 2022-2025. São Paulo: Organização Nacional de Acreditação, 2021.

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Leandro Queres e Bruno Goulart	Nycolas Kunzler Alcorta	Márcio Oliveira Nunes
Cargo/setor:	Analistas Comunicação e Marketing	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo



HOSPITAL SÃO FRANCISCO NA PROVIDÊNCIA DE DEUS



REGIMENTO INTERNO

POLÍTICA DE DIREITOS E DEVERES DOS PACIENTES

Código: RI.LAB.0011 **Setor:** Laboratório **Data da elaboração:** 01/06/2020 **Validade:** 02 anos **Revisão N°:** 1 **Última revisão:** 27/03/2024 **Página:** 1 de 2

1. DESCRIÇÃO DO REGIMENTO INTERNO

Nossa instituição reconhece a responsabilidade na definição e divulgação de diretrizes que protejam os direitos e assegurem as responsabilidades dos pacientes. Desta forma, com base nas leis e regulamentos vigentes, esta instituição adota a lista abaixo como norteadora daquilo que identifica como direitos e deveres de seus usuários.

DIREITOS DOS PACIENTES

- Ter atendimento digno, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde, sem discriminação de raça, credo, cor, idade, sexo, diagnóstico ou qualquer outra forma de preconceito.
- Receber do colaborador presente no local auxílio imediato e oportuno para melhoria do seu conforto e bem-estar quando necessário.
- Ter facilidade de acesso em caso de deficiência e demais atendimentos que sejam compatíveis com suas necessidades particulares.
- Receber informações claras, simples e compreensivas, adaptadas a sua condição cultural, a respeito das ações diagnósticas.
- Consentir de forma livre, voluntária, esclarecida ou recusar procedimentos diagnósticos a serem realizados.
- Ter segurança e integridade física, respeitados os recursos e procedimentos de segurança estabelecidos nas instalações do laboratório.
- Manter sua privacidade, com atendimento em lugar adequado e conduta profissional que resguarde essa privacidade.
- Ter as informações e dados dos registros clínicos mantidos sob sigilo profissional.

DEVERES DO PACIENTE

- O paciente e/ou o seu responsável legal tem o dever de dar informações precisas e completas sobre assuntos relacionados à sua saúde.
- Demonstrar o entendimento das ações que estão sendo efetuadas fazendo perguntas sempre que tiver dúvidas.
- Respeitar os direitos dos demais pacientes, acompanhantes, colaboradores e prestadores de serviço da instituição.
- Respeitar a proibição de fumo nas dependências, conforme a legislação vigente.
- Zelar e responsabilizar-se pelas instalações da instituição colocadas à sua disposição.
- Zelar por seus pertences para evitar furtos, já que o laboratório não se responsabiliza por pertences pessoais.
- Em se tratando de crianças, adolescentes ou adultos considerados incapazes, as responsabilidades acima relacionadas, deverão ser exercidas pelos seus responsáveis legais, devidamente habilitados.

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Daniella Chris Ribeiro Rizzo	Thayana Yuriko Akamine	Márcio Oliveira Nunes Pe. Rafael Prudêncio (Frei Isaac)
Cargo/setor:	Gerente de laboratório	Coordenação da Qualidade	Direção Administrativa Direção Geral



HOSPITAL SÃO FRANCISCO NA PROVIDÊNCIA DE DEUS



REGIMENTO INTERNO

POLÍTICA DE DIREITOS E DEVERES DOS PACIENTES

Código: R1.LAB.0011 **Setor:** Laboratório **Data da elaboração:** 01/06/2020 **Validade:** 02 anos **Revisão N°:** 1 **Última revisão:** 27/03/2024 **Página:** 2 de 2

Nota: Quando algum direito for ferido ou dever não cumprido, o responsável da unidade buscará garantir sua adequação, enquanto representante da instituição. Em última instância, tanto pacientes, quanto a própria instituição, contam com o auxílio da Gerência, que fará interface entre ambos.

Canais de Comunicação

admlaboratorio.hsf@alsf.org.br

ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
_____	_____	_____

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Daniella Chris Ribeiro Rizzo	Thayana Yuriko Akamine	Márcio Oliveira Nunes Pe. Rafael Prudêncio (Frei Isaac)
Cargo/setor:	Gerente de laboratório	Coordenação da Qualidade	Direção Administrativa Direção Geral

“SER HUMANO É NOSSA MISSÃO”