



**TRANSFORMANDO A VIDA DAS PESSOAS**

**POLÍTICAS INSTITUCIONAIS**

# ÍNDICE

<b>POLÍTICAS INSTITUTO MORGAN .....</b>	<b>03</b>
<b>POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS.....</b>	<b>06</b>
<b>POLÍTICA DE GESTÃO AMBIENTAL.....</b>	<b>08</b>
<b>POLÍTICA DE GESTÃO DE FORNECEDORES DE PRODUTOS E SERVIÇOS.....</b>	<b>10</b>
<b>POLÍTICA DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS.....</b>	<b>12</b>
<b>POLÍTICA DE SAÚDE OCUPACIONAL E SEGURANÇA .....</b>	<b>13</b>
<b>POLÍTICA DE GESTÃO DA QUALIDADE E GESTÃO DE RISCOS.....</b>	<b>14</b>
<b>POLÍTICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....</b>	<b>21</b>
<b>POLÍTICA DE TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.....</b>	<b>23</b>



# INSTITUTO MORGAN

O Instituto Morgan é uma organização de sociedade civil, de natureza privada e sem fins lucrativos, que promove a transformação de vidas através de um bom planejamento de projetos, transparência de valores e cuidados com seus colaboradores, princípios básicos que são decisivos para a execução de programas que geram maior eficiência e eficácia para a população.

## **Quem somos**

Realizamos serviços de gestão de políticas sociais por meio de parcerias com o Poder Público Federal, Estadual ou Municipal, com foco nas áreas da saúde, educação, cultura, esporte e assistência social. Nosso principal objetivo é aplicar uma gestão que age com transparência, inovação e eficácia.

## **Missão**

Conceber e implantar projetos e programas nas áreas de educação, cultura e esportes, saúde e assistência social, com eficiência e eficácia, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade de vida e desenvolvimento da população atendida.

## **Visão**

Ser um instituto reconhecido nacionalmente e internacionalmente pelos serviços excepcionais prestados à população.

## **Valores**

- Cuidar de quem cuida: atenção e cuidado com nossos colaboradores;
- Comprometimento: comprometidos com os objetivos pactuados com o Poder Público;
- Excelência nos serviços prestados: buscar sempre oferecer o melhor em termos de serviços;
- Foco constante em melhoria de processos e aprendizado contínuo;
- Responsabilidade, Ética e Transparência como alicerces na relação com o Poder Público, fornecedores e colaboradores;
- Pesquisa como motor de inovação e mudanças nos nossos processos de serviços.



# INSTITUTO MORGAN

## ÁREAS DE ATUAÇÃO

**Saúde:** A gestão em saúde abrange toda a estrutura necessária para gerar um espaço que potencialize e forneça qualidade aos serviços voltados à saúde e ao bem estar.

**Educação:** Oferecemos um método que gerencie a educação com serviços de qualidade com intuito complementar atividades pedagógicas e levar condições de aprendizagem para crianças e jovens.

**Esporte e cultura:** Nosso trabalho é aplicar um sistema de gestão com atividades voltadas à relevância pública e social, com ações direcionadas à cultura, lazer, esporte ou similares.

**Assistência social:** O Instituto Morgan se preocupa em garantir um sistema de gestão que forneça proteção social aos cidadãos por meio de serviços, programas e projetos.



# POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL

A Política de Comunicação Institucional do Instituto Morgan tem como objetivo transmitir com clareza a missão, os valores, o código de conduta e os acontecimentos da instituição para os diversos públicos da Instituição, visando assim garantir a segurança do paciente hospitalizado.

Uma comunicação efetiva, que seja oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade e compreendida pelo receptor, reduz a ocorrência de erros e resulta na melhoria de segurança do paciente, para tanto a comunicação na instituição pode ser eletrônica, verbal ou escrita.

O Instituto Morgan possui os seguintes meios de comunicação: Assessoria de Comunicação e Marketing, Site do Instituto Morgan, Redes Sociais (Instagram, Facebook, LinkedIn, YouTube), Ouvidoria e SAU – Serviço de Atendimento ao Usuário, comunicação via Diretoria Executiva.

## **ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO E MARKETING**

A Assessoria de Comunicação do Instituto Morgan é responsável pelo planejamento e articulação da comunicação interna e externa da Instituição. Trabalha na busca de estratégias que consolidem a comunicação entre grupo diretivo, colaboradores, serviços terceirizados (serviços médicos, serviços auxiliares de diagnósticos e tratamentos), clientes (usuários, pacientes e familiares) com os meios de comunicação (jornal, rádio, TV e portais de internet e redes sociais) e a comunidade regional, formando uma imagem positiva do Instituto Morgan e suas Unidades de atendimentos junto à opinião pública.

### **Públicos**

Público Interno: colaboradores, médicos, serviços terceirizados.

Público Externo: usuários dos serviços prestados, pacientes, familiares e visitantes, fornecedores, imprensa, autoridades, comunidade, Poderes Públicos (Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, Conselhos Municipal e Estadual de Saúde, Vigilância Sanitária etc.).

## **Canais de Comunicação:**

O Instituto Morgan conta com a comunicação via internet pelo *site* ([www.institutomorgan.com.br](http://www.institutomorgan.com.br)), que permite o contato direto da comunidade com os diversos setores da Instituição. Por meio dele são divulgadas todas as informações institucionais das unidades gerenciadas, como estrutura, números, projetos, programas e serviços realizados e pela rede social Instagram, Facebook, LinkedIn e Canal no Youtube onde são compartilhadas fotos e vídeos de eventos, ações, projetos e programas desenvolvidos na unidade.

**Folders:** Por meio dos folders são compartilhadas informações específicas com os pacientes e a comunidade em geral acerca das políticas praticadas na unidade.

## **Diretrizes:**

1. Divulgar, preservar e valorizar marca da instituição;
2. Gerenciar estrategicamente as ações de comunicação institucional em seus processos de integração com os diversos públicos;
3. Desempenhar um conjunto de valores que agreguem a marca, promovendo e fortalecendo a real essência da instituição: cuidar das pessoas com excelência técnica e ética;
4. Estabelecer diálogo entre a instituição e seus diversos públicos;
5. Coordenar e realizar todas as atividades de assessoria de imprensa, com produção de material para a mídia (releases) de divulgação institucional e atender com presteza, agilidade e transparência as demandas da mídia.

# **POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS**

**Objetivo:** Controlar / reduzir custos e otimizar o desempenho dos serviços prestados pela instituição.

O gerenciamento e controle orçamentário é realizado através do Plano de Trabalho onde consta a previsão de gastos decorrentes da implementação das ações e Indicadores do Contrato de Gestão;



# POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS

O Plano de Trabalho será divulgado para todos os gestores terem conhecimento do orçamento disponível, e com base nisso realizarem acompanhamento a análise crítica da evolução mensal do orçado x realizado. E determinarem assim uma ação específica para atingir os objetivos propostos, quando necessário;

A atribuição dos custos será feita da forma mais criteriosa possível, utilizando o método de Custeio por Absorção, que consiste na apropriação de todos os custos (diretos e indiretos, fixos e variáveis) causados pelo uso de recursos da prestação de serviços, isto dentro do ciclo operacional interno, uma vez totalizados os “gastos” é então avaliada a produção/desempenho por meio de relatórios que o departamento financeiro realiza mensalmente de contas a pagar e a receber e pelas planilhas de gerenciamento financeiro. Com esta análise é realizado anualmente o plano de investimentos e os ajustes no orçamento.

Esta política aplica-se a todos os colaboradores, independente da sua posição hierárquica, bem como a todos os profissionais que prestam qualquer tipo de serviço à instituição. Assim, é muito importante cada funcionário conhecer sobre as questões das despesas e gastos do seu setor e o impacto no desempenho de suas funções, como:

- O uso integral das ferramentas/sistemas institucionais na realização de suas atividades;
- O registro, a correta aplicação e uso adequado de todos os atos e/ou procedimentos realizados, assim como dos insumos utilizados no cuidado aos usuários e pacientes para garantir o faturamento efetivo de todos os serviços prestados e minimizar a ocorrência de glosas;
- A economia dos insumos, o uso da água e das fontes de energia;
- O uso adequado do telefone, da internet e da impressão de cópias;
- A economia e o rigor com o desperdício;
- O zelo e a correta manutenção da estrutura física e dos equipamentos.



# POLÍTICA DE GESTÃO AMBIENTAL

Esta política visa nortear e promover o desenvolvimento sustentável dos recursos e processos através do controle sistemático dos resíduos produzidos durante a prestação de serviços pela instituição, e através da promoção de ações que estimulem uma gestão consciente dos resíduos gerados, de modo a tentar diminuir a produção destes resíduos, visando proteger o meio ambiente e tornar a prestação dos serviços mais sustentável, de acordo com a legislação vigente.

Para atendimento a esta política o Instituto Morgan estabelece a implantação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, que se constitui no conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas, técnicas, normativas legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos. Como resultado do gerenciamento obtém-se o encaminhamento seguro dos resíduos e sua eficácia visa à proteção dos trabalhadores, à preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

A implantação do Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviço de Saúde tem por objetivo principal contribuir para a melhor segregação dos resíduos através da normatização e implementação das fases de classificação, segregação, manuseio, acondicionamento, coleta e armazenamento de resíduos sólidos, de acordo com o estabelecido nas normas legais vigentes: Resolução CONAMA nº 358 de 29 de Abril de 2005 e RDC 306/2004 ANVISA, revogada pela RDC ANVISA nº 222, de 28 de Março de 2018.

A resolução da CONAMA nº 358/05 trata do gerenciamento sob o prisma da preservação dos recursos naturais e do meio ambiente. Promove a competência aos órgãos ambientais estaduais e municipais para estabelecerem critérios para o licenciamento ambiental dos sistemas de tratamento e destinação final dos RSS.

Já a RDC ANVISA nº 222/18 regulamenta a boas práticas de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, a elaboração dos Planos de Gerenciamento de Resíduos Serviços de Saúde (PGRSS) vem nortear os procedimentos de segregação, acondicionamento, transporte e destinação final dos RSS, através da indicação de um conjunto de medidas que minimizem os riscos para as pessoas e para o meio ambiente.



## POLÍTICA DE GESTÃO AMBIENTAL

Os resíduos gerados internamente serão classificados em cinco categorias: Infectantes, Químicos, Recicláveis, Comuns e Perfurocortante, e suas formas de armazenamento, transporte, tratamento e destinação final estarão definidos no PGRSS.

Os descartes dos resíduos serão realizados de acordo com as normas ambientais e sanitárias e conforme cada categoria de resíduos:

Comuns: Coleta realizada pela empresa contratada pelo município, os materiais são enviados diretamente para os contêineres de coleta municipal;

Recicláveis: Coleta realizada por Associação de catadores de recicláveis;

Infectantes, químicos e perfurocortantes: Coleta realizada por empresa licenciada para Coleta, transporte, tratamento e destinação final dos resíduos de saúde. Neste caso, a empresa deverá fornecer os seguintes documentos: Licença Ambiental de Operação (LAO) da coleta, transporte, tratamento e destinação final, Alvará sanitário e ART/ AFT do profissional responsável técnico; e fornecer laudo de coleta e tratamento de resíduos mensalmente.

## POLÍTICA DE GESTÃO DE FORNECEDORES DE PRODUTOS E SERVIÇOS

Esta política visa estabelecer diretrizes e procedimentos aplicáveis às aquisições materiais críticos, medicamentos e insumos, bem como a contratação de prestadores de serviços buscando vantagens competitivas por meio de critérios íntegros e transparentes.

### **Objetivo da política**

Garantir a qualidade dos materiais críticos e medicamentos, bem como a qualidade dos serviços prestados pelo Instituto Morgan e suas Unidades de atendimentos através da seleção, qualificação e avaliação dos fornecedores, utilizando-se de vários critérios a fim de garantir a escolha do Fornecedor de acordo com as necessidades e os interesses da instituição.



# POLÍTICA DE GESTÃO DE FORNECEDORES DE PRODUTOS E SERVIÇOS

## DIRETRIZES

Assegurar uma relação transparente, íntegra e de parceria com seus fornecedores e prestadores de serviços, estabelecendo relacionamento profissional ético e isento de favorecimentos em benefício próprio ou alheio;

Observar os critérios técnicos, profissionais e éticos para a escolha e contratação dos potenciais fornecedores e prestadores de serviços;

Realizar processos de compras de materiais críticos, medicamentos e insumos, e contratações de prestadores de serviços de forma sistematizada, garantindo princípios da moralidade, publicidade e impessoalidade no tratamento com os Stakeholders;

Assegurar que os produtos e serviços adquiridos e entregues estejam em atendimento a legislação, normas e exigências dos órgãos públicos em vigor garantindo a conformidade e qualidade dos mesmos;

Buscar e desenvolver fornecedores que apresentem atendimento com segurança, objetividade, pontualidade e transparência em todas as etapas do ciclo de fornecimento;

Assegurar que os fornecedores e prestadores apresentem boas condições de higiene e segurança durante o processo logístico;

Buscar a melhoria contínua do processo de contratação de fornecedores e prestadores de serviços através do monitoramento constante dos indicadores chaves e das boas práticas de mercado;

O processo para gestão de fornecedores de produtos e serviços está detalhadamente descrito no Manual de Qualificação de Fornecedores de Serviços e Materiais Críticos



# POLÍTICA DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO

O Instituto Morgan está comprometido a somente tratar as informações e os dados pessoais, sejam de seus colaboradores, seus clientes, fornecedores, parceiros e terceiros, com o mais alto nível de segurança, confidencialidade e conformidade com as legislações aplicáveis.

Os colaboradores, gestores e administradores devem sempre, no exercício de suas atividades, garantir que as informações e os dados pessoais são tratados em conformidade com as leis vigentes no território nacional e com esta Política.

As informações pessoais dos usuários utilizadas pelos colaboradores também estão protegidas pelo termo de sigilo de uso, devidamente assinado no ato da contratação, garantindo a proteção das informações entre clientes e o hospital nos aspectos de confidencialidade, integridade e disponibilidade:

- **Confidencialidade** – Garantia de que o acesso à informação seja obtido, apenas, por pessoas autorizadas. A quebra desse sigilo pode acarretar danos inestimáveis para a empresa ou até mesmo para uma pessoa física;
- **Integridade** – Garantia de que a informação não seja adulterada falsificada ou furtada;
- **Disponibilidade** – Garantia de que a informação esteja disponível sempre que requisitada pelos usuários autorizados mesmo com as interrupções involuntárias de sistemas, ou seja, não intencionais.

**Sistema Informatizado:** as senhas de acesso ao sistema são definidas de acordo com o perfil do colaborador.

**Permissão de acesso:** O acesso a pastas e aplicativos são restritos por setor / departamento e definido em comum acordo com as áreas e o setor de T.I. a liberação será pertinente à necessidade do setor / departamento.

Com relação à internet, a permissão será realizada por perfil, (negado total, uso mínimo e uso monitorado):

a. Colaborador com o perfil de negado total corresponde ao profissional que não necessita da internet para desempenhar suas atividades dentro da empresa;

## POLÍTICA DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO

b. Colaborador com o perfil de uso mínimo compreende o profissional, que para desempenho de suas funções, necessitam de acesso a sites específicos;

c. Colaborador com o perfil de uso monitorado corresponde ao profissional que tem acesso totalmente liberado, sendo que neste caso é mantido o log de acesso. Por fim, com o desligamento do profissional, inicia-se o protocolo de descadastramento do usuário virtual para acesso aos sistemas, plataformas internas e externas.

Será seguido o disposto na Lei Federal nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, “LGPD”.

## POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS

A Política de Gestão de Pessoas é sistematizada nos seguintes pilares:

- Seleção e Admissão de Pessoal;
- Cargos, Carreira e Reconhecimento;
- Gestão de Desempenho;
- Rotinas do departamento pessoal
- Desenvolvimento de Pessoas;
- Saúde Ocupacional;
- Relações Sindicais.

O Instituto Morgan tem em seu gerenciamento de pessoas o objetivo de estruturação eficaz, para que a instituição cresça sua atuação, proporcionando desenvolvimento adequado, valorizando e fazendo a retenção de pessoas. Investindo na capacitação e desenvolvimento das lideranças que fazem a gestão dos ambientes de trabalho, para que assim a organização alcance a excelência e os objetivos traçados em sua visão.

As lideranças devem adotar modelos de gestão e ambientes de trabalho capazes de motivar e comprometer as pessoas

Os colaboradores devem atuar com foco em resultados, empreendedorismo, inovação, ética e transparência.

# POLÍTICA DE SAÚDE OCUPACIONAL E SEGURANÇA

## Diretrizes

Assegurar a qualidade dos processos de seleção, movimentação e sucessão de pessoas, atendendo às demandas conforme o planejamento estratégico da força de trabalho e o perfil de competências necessário ao sucesso dos negócios organizacionais.

Assegurar o nível adequado de capacitação e desenvolvimento das pessoas nas competências profissionais necessárias ao atendimento dos processos institucionais.

Promover a gestão do conhecimento na instituição, visando o aperfeiçoamento contínuo dos processos.

Promover o acompanhamento contínuo do desempenho dos colaboradores, orientando o desenvolvimento na carreira, com foco em resultados e competências.

Promover o reconhecimento dos colaboradores e equipes que contribuirão de forma diferenciada para a concretização dos objetivos e metas da organização.

Desenvolver nas lideranças as competências gerenciais, especialmente aquelas voltadas à gestão de pessoas, de forma continuada e alinhada às orientações estratégicas.

Promover a gestão das informações pessoais e profissionais dos colaboradores, com transparência e respeito à confidencialidade, orientar o código de conduta da empresa.

Promover a gestão do clima organizacional, visando a melhoria contínua do nível de satisfação dos colaboradores.

Priorizar a segurança e a saúde ocupacional dos empregados, com foco na prevenção de acidentes e doenças ocupacionais e promoção da saúde, atendendo aos requisitos legais e regulamentares

# POLÍTICA DE SAÚDE OCUPACIONAL E SEGURANÇA

## DEFINIÇÃO

Assegurar o Bem-estar, Segurança e Saúde do Trabalho dos funcionários através das normas de Biossegurança e do controle de saúde ocupacional.

## DIRETRIZES

- Comprometer-se com o Bem-estar, Segurança e Saúde do Trabalho dos funcionários;
- Gerenciar os custos, riscos e segurança no ambiente de trabalho através dos exames periódicos, do PPRA, do PCMSO e demais treinamentos pertinentes.
- Assegurar melhoria contínua e excelência na qualidade e execução das atividades através da comissão da CIPA.

# POLÍTICA DE GESTÃO DA QUALIDADE E GESTÃO DE RISCOS

A Política de Gestão da Qualidade e Gestão de Riscos da instituição define diretrizes para monitorar e promover a melhoria contínua necessária ao desenvolvimento da Instituição bem como para o aprimoramento de todos os serviços prestados, buscando os melhores resultados por meio da implantação padronizada de boas práticas. Busca desenvolver qualidade e segurança em todos os processos, através de inúmeras atividades estruturadas no sistema, como: gerenciamento de riscos assistenciais e institucionais, gerenciamento de ocorrências, documentos, projetos, mapeamento de processos, gestão de protocolos e indicadores, auditorias internas da qualidade e por meio de inúmeras ferramentas da qualidade.

Portanto o Instituto Morgan compromete-se com:

O cumprimento da legislação aplicável à organização, para seus processos, produtos e serviços;

Garantir a Segurança do Paciente através de ações contínuas para mitigar riscos e evitar danos ao paciente, conforme Programa de Segurança do Paciente;

Gerenciar Riscos institucionais relacionados às atividades do processo, com foco na prevenção de problemas e segurança dos pacientes, colaboradores e terceiros, conforme Manual de Gerenciamento de Eventos e Riscos.



# POLÍTICA DE SAÚDE OCUPACIONAL E SEGURANÇA

Promover ações de melhoria contínua dos processos, objetivando a qualidade e promovendo a satisfação de nossos clientes;

Promover a tomada de decisões pautada na análise crítica dos resultados;

Para tanto, prevê a gestão de documentos, protocolos, processos, riscos e indicadores, além de ferramentas de qualidade e auditoria interna. Um conjunto de ferramentas que auxiliam a instituição e seus colaboradores a manterem a excelência nos serviços prestados aos pacientes.

O Instituto Morgan faz o mapeamento de riscos das áreas, visando à segurança dos usuários e pacientes – que está detalhada em uma política específica – e de seus familiares e visitantes, bem como da imagem institucional, do seu patrimônio, esses riscos são gerenciados a partir dos resultados dos indicadores.

O Instituto Morgan e suas Unidades de atendimentos estimulam a notificação de eventos adversos e quase falhas, o que permite a identificação dos pontos críticos, sua análise e a melhoria contínua dos processos. Qualquer pessoa, seja usuário, paciente, acompanhante ou colaborador, pode realizar a notificação de quaisquer incidentes utilizando formulário específico, que será encaminhado para o gestor da área para análise e plano de ação e posterior encaminhamento ao escritório de qualidade.

Após o preenchimento de formulário específico, destacando-se alguns dados como data e horário do incidente; setor ou unidade onde ocorreu; nome do usuário ou paciente envolvido e/ou número do seu prontuário etc., o mesmo é encaminhado ao Escritório da Qualidade, onde será avaliado, sendo classificado como Incidente, Não Conformidade ou Evento Adverso, a depender da natureza do incidente e será dada a continuidade no processo de Notificação de Incidentes.

## **PRAZOS:**

As notificações são registradas diariamente e depositadas nas caixas / urnas que se encontram nos corredores do hospital. O escritório da qualidade fará o recolhimento das ocorrências, registro na planilha de controle e encaminhamento para as áreas responsáveis.

Para os registros de não conformidades, near miss ou eventos com dano leve e moderado, a área tem o prazo de 7 (sete) dias corridos para a devolutiva do registro, já com a análise de causa raiz e elaboração de plano de ação.

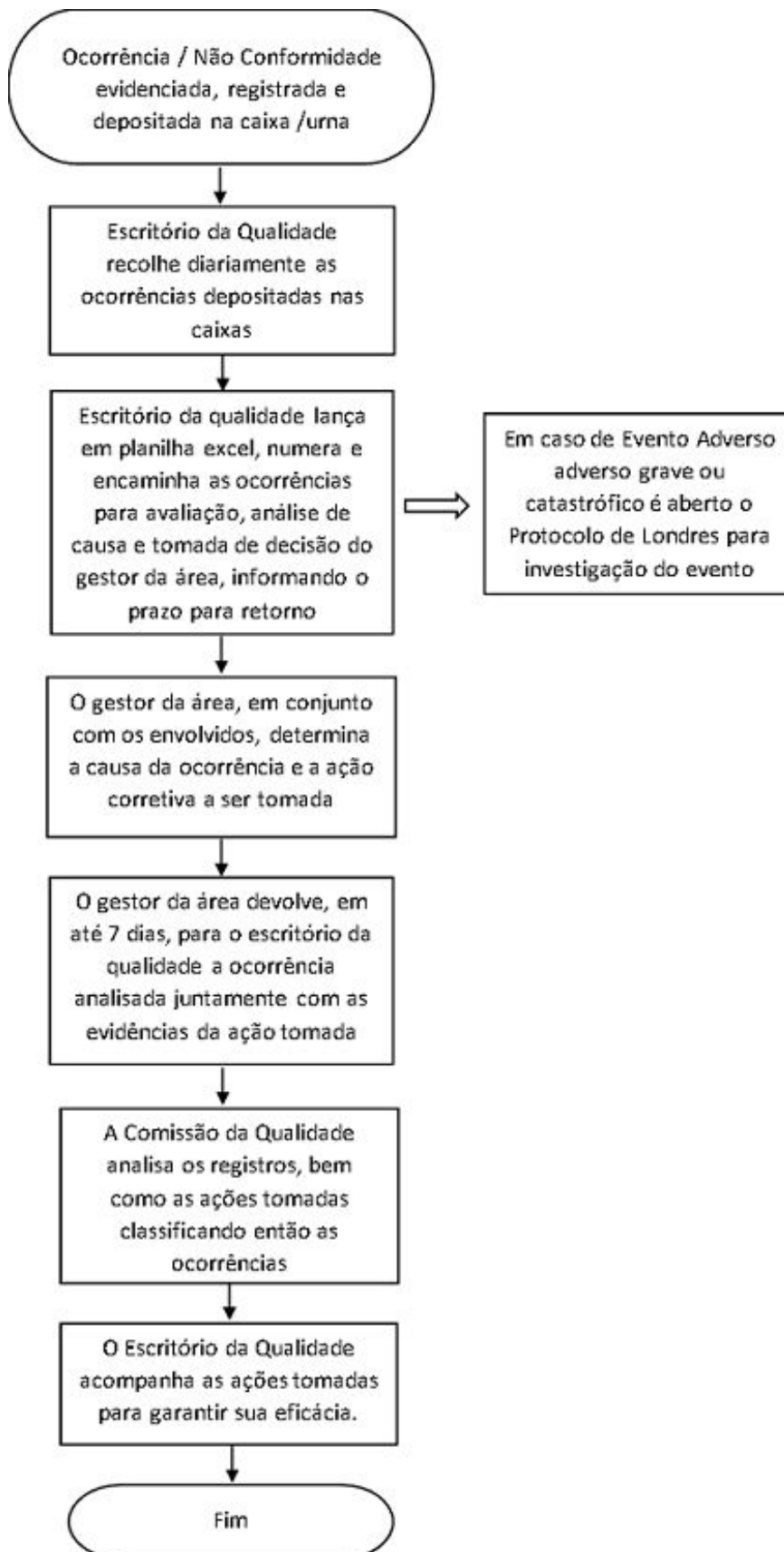
Para os registros de eventos com danos graves ou catastróficos o prazo de resposta deve ser imediato.

A descrição detalhada da forma de notificação e análise das ocorrências, bem como das condutas a serem tomadas está detalhada no Manual de Gerenciamento de Eventos e Riscos.

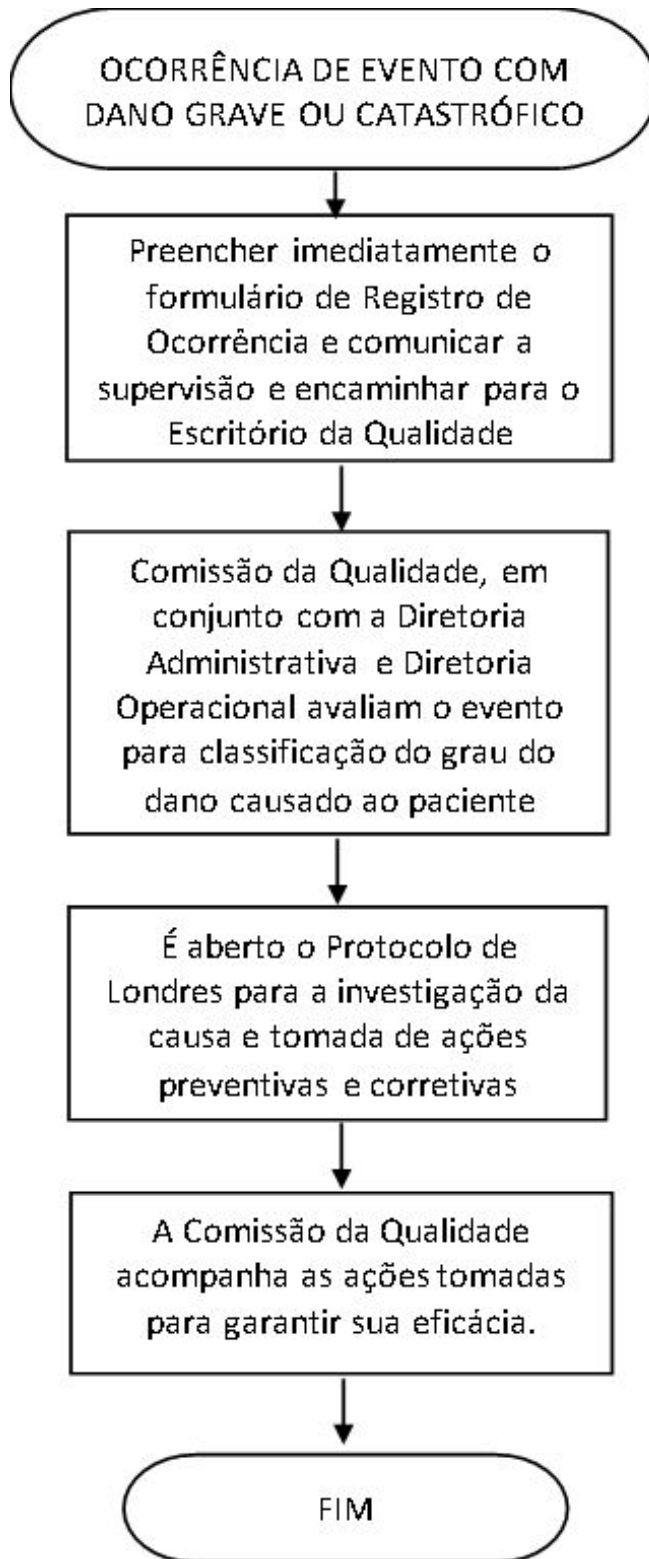
**O cumprimento desta política é averiguado sistematicamente pela Comissão Interna de Qualidade.**



## FLUXO PARA NOTIFICAÇÃO DE NÃO CONFORMIDADES / INCIDENTES



## FLUXO PARA A NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS



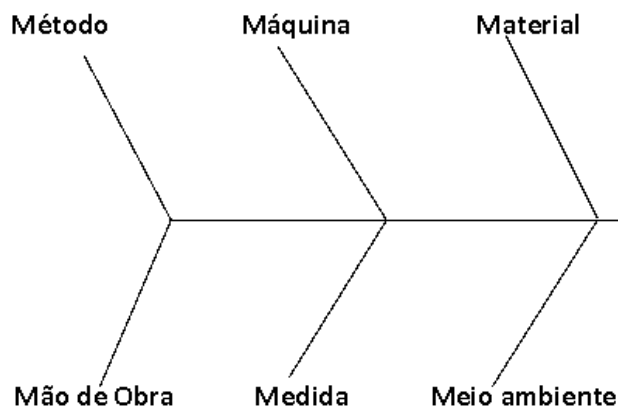
## FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE OCORRÊNCIAS

<b>DATA DA OCORRÊNCIA:</b>		<b>Horário:</b>	
<b>NOME DO PACIENTE/ENVOLVIDO: (SE APLICÁVEL)</b>			
<b>Nº ATENDIMENTO:</b>			
<b>SETOR QUE GEROU A OCORRÊNCIA:</b>			
<b>O QUE ACONTECEU? DESCREVA:</b>			
<b>AÇÃO IMEDIATA (O QUE FOI FEITO PARA CONTORNAR A SITUAÇÃO):</b>			
<b>HOUE DANO AO PACIENTE?</b>	( ) Sim    ( ) Não    ( ) Não Sei		
<b>SE SIM, QUAL?</b>			
<b>COMUNICADO COORDENADOR IMEDIATO?</b>			
<b>RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: (IDENTIFICAÇÃO NÃO OBRIGATÓRIA)</b>			
<b>SETOR DO NOTIFICANTE:</b>			
<b>CLASSIFICAÇÃO DA OCORRÊNCIA</b>			
<p>( ) <b>NÃO CONFORMIDADE DE PROCESSO;</b>                  ( ) <b>NÃO CONFORMIDADE DE CONTRATO DE INTERAÇÃO – SLA (Fornecedor Internou ou Externo);</b></p> <p><b>EVENTO SEM DANO AO PACIENTE:</b>                  ( ) <b>CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO:</b> é uma situação em que houve potencial significativo de dano, mas não ocorreu um incidente.</p> <p><b>EVENTO COM DANO AO PACIENTE:</b>                  ( ) <b>DANO LEVE:</b> sintomas leves de curta duração, sem ou com intervenção mínima, pequeno tratamento ou observação;                  ( ) <b>DANO MODERADO:</b> prolongamento da internação, perda de função, danos permanentes ou em longo prazo;                  ( ) <b>DANO GRAVE:</b> intervenção para salvar a vida ou causou grandes danos permanentes ao paciente ou em longo prazo;                  ( ) <b>ÓBITO:</b> óbito do paciente causado pelo evento adverso;                  ( ) <b>NEAR MISS:</b> incidente que não atingiu o paciente, também chamado de Quase Erro;                  ( ) <b>NEVER EVENTS:</b> evento que nunca deve acontecer (verificar lista).</p>			

# FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE OCORRÊNCIAS

Análise de causa raiz: Preenchido pelo Gestor \_\_\_\_\_ Data da Análise: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Método da análise Diagrama de Ishikawa



Efeito/Problema:

CAUSA RAIZ:

O que fazer?	Onde fazer?	Quem irá fazer?	Haverá custo?	Prazo	Status

Prazo para verificação da eficácia: \_\_\_\_\_

**ANÁLISE DO NSP – NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE –**  
 Há necessidade de reclassificar a Ocorrência? ( ) Sim ( ) Não

( ) NÃO CONFORMIDADE DE PROCESSO;  
 ( ) NÃO CONFORMIDADE DE CONTRATO DE INTERAÇÃO – SIA (Fornecedor Interno ou Externo);

**EVENTO SEM DANO AO PACIENTE:**  
 ( ) CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO: é uma situação em que houve potencial significativo de dano, mas não ocorreu um incidente.

**EVENTO COM DANO AO PACIENTE:**  
 ( ) DANO LEVE: sintomas leves de curta duração, sem ou com intervenção mínima, pequeno tratamento ou observação;  
 ( ) DANO MODERADO: prolongamento da internação, perda de função, danos permanentes ou em longo prazo;  
 ( ) DANO GRAVE: intervenção para salvar a vida ou causou grandes danos permanentes ao paciente ou em longo prazo;  
 ( ) OBITO: óbito do paciente causado pelo evento adverso;  
 ( ) NEAR MISS: incidente que não atingiu o paciente, também chamado de Quase Erro;  
 ( ) NEVER EVENTS: evento que nunca deve acontecer (verificar lista).

Abertura do Protocolo de Londres: ( ) Sim ( ) Não Número: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ação Efetiva: ( ) Sim ( ) Não, rodar PDCA

Encerramento da Ocorrência:



# POLÍTICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O Instituto Morgan define a Política de Segurança do Paciente e suas diretrizes, as quais traduzem as regras gerais da organização, para oferecer uma assistência segura aos pacientes.

A assistência segura contempla as ações para prevenir ou reduzir a ocorrência de incidências nos serviços de saúde. Ela visa contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, instituindo ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade assistencial.

Objetivos específicos:

- Apoiar e desenvolver a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente;
- Produzir e difundir conhecimentos sobre a segurança do paciente;
- Promover a melhoria contínua, por meio da análise e avaliação sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Implantar a cultura de segurança, implementando ações de controle dos riscos de forma sistemática e eficaz;
- Maximizar a participação de todos os colaboradores com a melhoria contínua dos processos assistenciais.

## **Comunicação**

A Política de Comunicação de Segurança do Paciente voltada para o aspecto assistencial é uma abordagem crucial para garantir a segurança e a qualidade do cuidado prestado aos pacientes em instituições de saúde. Abaixo estão os principais tópicos que essa política pode abranger:

### **Objetivos:**

Definição clara dos objetivos da Política de Comunicação de Segurança do Paciente, destacando a importância da comunicação efetiva na assistência à saúde.

Esclarecimento sobre quais áreas ou setores da instituição a política abrange, como enfermagem, médicos, farmacêuticos e demais profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente.



# POLÍTICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

## **Comunicação interprofissional:**

- Ênfase na importância da comunicação eficaz entre os diversos profissionais de saúde para garantir a segurança do paciente.
- Incentivo ao trabalho em equipe e à troca de informações essenciais para o cuidado coordenado do paciente.

## **Comunicação com o paciente e familiares:**

- Diretrizes sobre como estabelecer uma comunicação clara e empática com o paciente e seus familiares.
- Incentivo à escuta ativa e à participação do paciente no processo decisório relacionado ao seu tratamento.

## **Comunicação de informações críticas:**

- Definição de procedimentos para a comunicação rápida e eficiente de informações críticas, como resultados de exames, mudanças no plano de tratamento e outras questões relevantes para o cuidado do paciente.

## **Comunicação de eventos adversos e erros:**

- Diretrizes para a comunicação transparente e oportuna de eventos adversos e erros aos pacientes e seus familiares, demonstrando abertura para aprender com essas situações. **Treinamento e capacitação:**
- Estabelecimento de programas de treinamento e capacitação para profissionais de saúde, focados em habilidades de comunicação, trabalho em equipe e gestão de conflitos.

## **Tecnologia da informação:**

- Integração de sistemas de tecnologia da informação para melhorar a comunicação entre os profissionais e facilitar o acesso seguro às informações relevantes do paciente.

## **Monitoramento e avaliação:**

- Definição de indicadores de desempenho relacionados à comunicação assistencial, para acompanhar o cumprimento da política e identificar áreas de melhoria.

## **Cultura de segurança:**

- Reforço da importância de uma cultura de segurança, onde a comunicação aberta e a busca contínua por melhorias são incentivadas e valorizadas.

# POLÍTICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

## **Divulgação da política:**

- Estratégias para divulgar a Política de Comunicação de Segurança do Paciente a todos os profissionais de saúde, pacientes e familiares envolvidos no ambiente de cuidados.
- Lembrando que a política deve ser adaptada às necessidades específicas de cada instituição de saúde e revisada periodicamente para garantir sua eficácia e relevância contínua.

# POLÍTICA DE TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

O Consentimento Informado Livre e Esclarecido do paciente é parte do ato médico e deve anteceder todo e qualquer procedimento diagnóstico e/ou terapêutico com potencial para causar dano ou agravo à saúde do mesmo ou apresentar efeitos indesejáveis durante sua execução ou após sua finalização.

É o processo pelo qual o paciente autoriza ou se recusa a submeter-se a um procedimento médico de diagnóstico, anestésico ou terapêutico.

O documento que comprova o esclarecimento do paciente e a obtenção de seu consentimento para realização do procedimento é o Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido, que deve integrar o prontuário.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está em consonância com o princípio da autonomia e da dignidade da pessoa humana, sendo, também, uma oportunidade de fortalecimento do vínculo entre o profissional e o paciente.

A aplicação do termo é obrigatória para pacientes ambulatoriais e internados e é um ato médico.



# POLÍTICA DE TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Antes da realização do procedimento diagnóstico e/ou terapêutico, o médico assistente deve explicar claramente ao paciente e/ou responsável qual(is) é(são) a(s) hipótese(s) diagnóstica(s), bem como a proposta de procedimento a ser realizado, os riscos, benefícios, possíveis complicações, alternativas e chances de êxito, e os riscos da não realização do procedimento. No Instituto Morgan serão, obrigatoriamente, aplicados pelo médico assistente do paciente os seguintes Termos de Consentimento Livre e Esclarecido: Internação, Cirúrgico, Anestésico e de Hemotransfusão.

O profissional deve propiciar ao paciente e/ou responsável a elucidação de quaisquer dúvidas, de forma clara e compreensível, certificando-se de que o ouvinte entendeu o que lhe foi esclarecido.

O consentimento do paciente deve ser obtido após o médico ou a pessoa capacitada por ele indicada esclarecê-lo, suficientemente, sobre o procedimento médico a que será submetido. Se o paciente tiver dúvidas, solicitar outros esclarecimentos ou sentir-se inseguro, deverá ser atendido com presteza, respeito e sem qualquer tipo de influência, constrangimento, coação ou ameaça, a fim de preservar sua autonomia e dignidade (CFM N°1/2016).

Obtido o consentimento verbal, um profissional de saúde (médico ou enfermeiro) deve entregar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente preenchido por um profissional de saúde (médico ou enfermeiro), com letra de forma, clara e legível, ao paciente e/ou responsável para assinatura.

Eventuais dúvidas remanescentes pertinentes ao documento devem ser objeto de elucidação na ocasião pelo médico assistente.

Nos casos de situação de urgência em que o paciente não está em condições de consentir, é necessária a localização de familiar e/ou responsável para obtenção do consentimento. Não sendo possível a localização de nenhum responsável e havendo restrição do tempo para tomada de decisão, o médico assistente deve registrar tal situação no prontuário e assinar o Termo de Consentimento, colhendo a assinatura de mais um médico.





# POLÍTICA DE TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Havendo recusa do paciente de parte ou da totalidade do tratamento que lhe foi indicado e desde que não esteja em situação de risco iminente de morte, o paciente deve assinar o “Termo de Recusa Total de Tratamento” ou o “Termo de Recusa Parcial de Tratamento”, na presença de testemunha, preferencialmente de um familiar.

Na recusa do paciente, a equipe médica deve certificar-se de que o mesmo demonstra ter compreendido sua condição clínica, os riscos da não realização do procedimento e as consequências negativas advindas. Na hipótese do paciente ser relativamente ou absolutamente incapaz, a sua recusa e/ou a do seu responsável deve ser imediatamente comunicada à Direção da instituição e havendo indicação, às autoridades competentes para decisão final.

É obrigatório constar uma via do Termo no prontuário e, nos casos de emergência, o profissional responsável deverá registrar a justificativa da impossibilidade de coleta da assinatura do paciente ou responsável no prontuário e/ou ficha de atendimento ou no termo de consentimento



**TRANSFORMANDO A VIDA DAS PESSOAS**

**POLÍTICAS INSTITUCIONAIS**