

MANUAL

MANUAL DE ANÁLISE DE CONFORMIDADE – CH/UFC

Versão: 01 | 2023



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ



HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO
WALTER CANTÍDIO - UFC



MEAC
MATERNIDADE - ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	MANUAL	MAN.UGRCI-CHUFC.004	
Título do Documento	MANUAL DE ANÁLISE DE CONFORMIDADE - CH-UFC	Emissão: 06/11/2023	Próxima revisão:
		Versão: 1	05/11/2025

MANUAL METODOLÓGICO DE ANÁLISE DE CONFORMIDADE – CH/UFC

Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará

Superintendente:

Dra. Josenilia Maria Alves Gomes

Elaboração:

Assuero Silva Meira – Chefe do Setor de Governança e Estratégia

Werônica Pontes Gurgel – Chefe da Unidade de Gestão de Riscos e Controles Internos

Apoio:

Abimael Torcate De Souza – Analista Administrativo

Francisco Renato Silva Lima – Chefe da Unidade de Planejamento

Susanne Soares Monteiro – Assistente Administrativo

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	MANUAL	MAN.UGRCI-CHUFC.004	
Título do Documento	MANUAL DE ANÁLISE DE CONFORMIDADE - CH-UFC	Emissão: 06/11/2023	Próxima revisão:
		Versão: 1	05/11/2025

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	4
2. OBJETIVOS	4
3. DIRETRIZES PARA ANÁLISE DE CONFORMIDADE	4
3.1. Base Legal.....	4
3.2. Segregação de funções dentro do processo.....	5
3.3. Fluxo do processo	6
3.4. Início do processo	10
4. MODELO PARA ANÁLISE DE CONFORMIDADE.....	10
5. FICHA DO INDICADOR	13
6. REFERÊNCIAS.....	15
7. HISTÓRICO DE REVISÃO.....	15

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	MANUAL		MAN.UGRCI-CHUFC.004
Título do Documento	MANUAL DE ANÁLISE DE CONFORMIDADE - CH-UFC		Emissão: 06/11/2023
			Próxima revisão: 05/11/2025
		Versão: 1	

1. APRESENTAÇÃO

Este documento estabelece as diretrizes e a estrutura para a implementação da análise de conformidade no Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (CH-UFC).

A análise de conformidade desempenha um papel vital no setor de saúde, garantindo que todas as atividades, processos e operações do hospital estejam em conformidade com as regulamentações locais, nacionais e internacionais. Além disso, uma prática estruturada de análise de conformidade ajuda a proteger a integridade e a reputação da instituição, ao mesmo tempo que garante a segurança e a qualidade do atendimento prestado aos pacientes.

Ao estabelecer diretrizes e uma estrutura clara para a análise de conformidade, o CH-UFC demonstra o seu compromisso com a excelência em práticas médicas e administrativas, bem como com a transparência e a responsabilidade na gestão hospitalar. Estas medidas ajudam a promover a confiança dos pacientes, familiares, funcionários e demais partes interessadas na organização, contribuindo para um ambiente de saúde mais seguro e eficaz.

2. OBJETIVOS

Estabelecer um guia para implementação do processo de análise de conformidade no CH-UFC.

3. DIRETRIZES PARA ANÁLISE DE CONFORMIDADE

3.1. Base Legal

Os fundamentos legais usados como base para construção deste manual encontram-se descritos na tabela abaixo:

- Lei Anticorrupção (Lei 12.846/2013).** Essa lei estabelece um conjunto de medidas para prevenir e combater a corrupção, incluindo a exigência de que as empresas públicas implementem programas de compliance.
- Lei de Acesso à Informação (Lei 12.527/2011).** Essa lei garante o direito de acesso à informação pública, o que inclui informações sobre a atuação das empresas públicas.
- Código Civil (Lei 10.406/2002).** O Código Civil estabelece um conjunto de regras gerais para as relações jurídicas, incluindo a exigência de que as empresas públicas observem os princípios da boa-fé, da transparência e da lealdade.
- Lei das Estatais (Lei nº 13.303/2016).** Esta lei estabelece o estatuto jurídico das empresas públicas, sociedades de economia mista e suas subsidiárias no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Ela é uma base importante para a conformidade com práticas de governança corporativa, gestão de riscos e controles internos em empresas estatais.
- ISO 19600 - Diretrizes gerais para sistemas de gestão de conformidade.
- Instruções Normativas, Portarias e Resoluções de órgãos reguladores e de controle, como a Controladoria-Geral da União (CGU), o Tribunal de Contas da União (TCU), e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), entre outros.

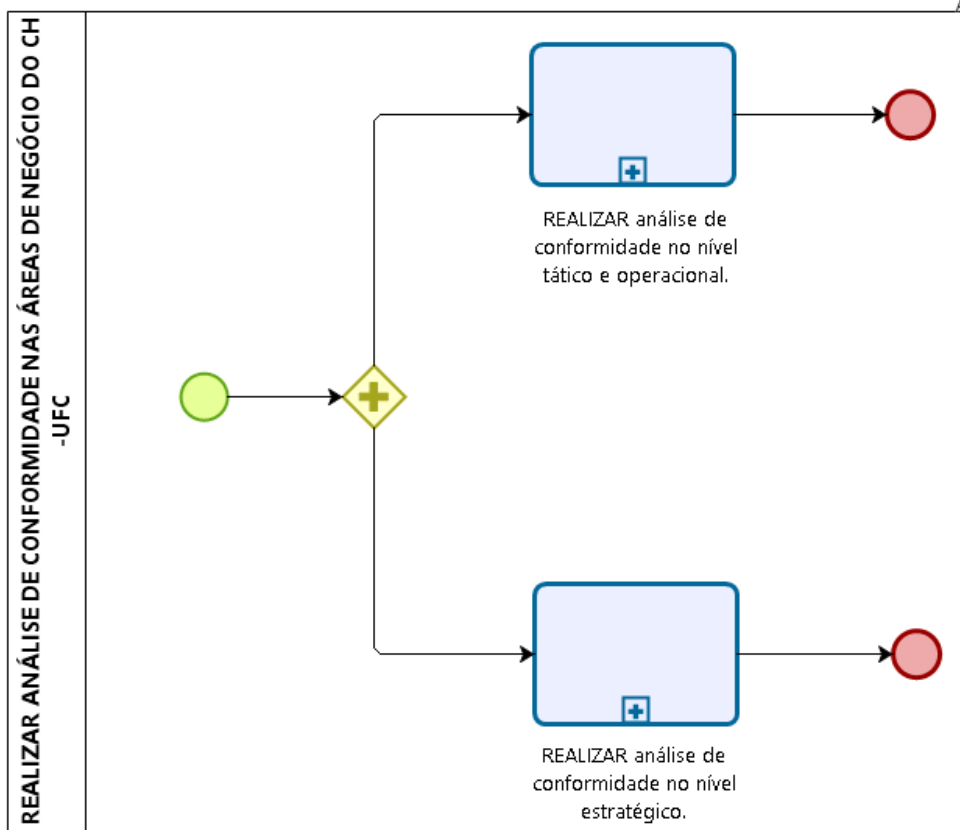
SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	MANUAL	MAN.UGRCI-CHUFC.004	
Título do Documento	MANUAL DE ANÁLISE DE CONFORMIDADE - CH-UFC	Emissão: 06/11/2023	Próxima revisão:
		Versão: 1	05/11/2025

3.2. Segregação de funções dentro do processo.

- a. **Colegiado executivo:** instância responsável pela definição de prioridades e validação de informações no relatório estratégico de conformidade.
- b. **Superintendente:** autoridade maior da instituição, tem como competências:
 - i. Convocar reunião do Colegiado Executivo para definir prioridades para o relatório estratégico de conformidade.
 - ii. Comunicar à UGRCI as prioridades da instituição.
- c. Unidade de Gestão de Riscos e Controles Internos (UGRCI): unidade responsável pelo direcionamento do processo, apoiando e orientando as áreas quanto à análise de conformidade dos processos institucionais. Tem como competências:
 - i. Iniciar a demanda para as áreas elaborarem os relatórios tático-operacionais.
 - ii. Compilar dados dos relatórios emitidos por cada gestor.
 - iii. Atualizar painel de indicadores, a partir dos dados enviados por cada área.
 - iv. Comunicar o Colegiado Executivo sobre os resultados obtidos.
 - v. Definir um plano de trabalho para realizar a análise de conformidade estratégica.
 - vi. Executar a análise estratégica de conformidade, de acordo com o planejamento elaborado.
 - vii. Redigir o relatório estratégico de conformidade.
 - viii. Comunicar resultado de conformidade para as partes interessadas.
 - ix. Atualizar painel de indicadores.

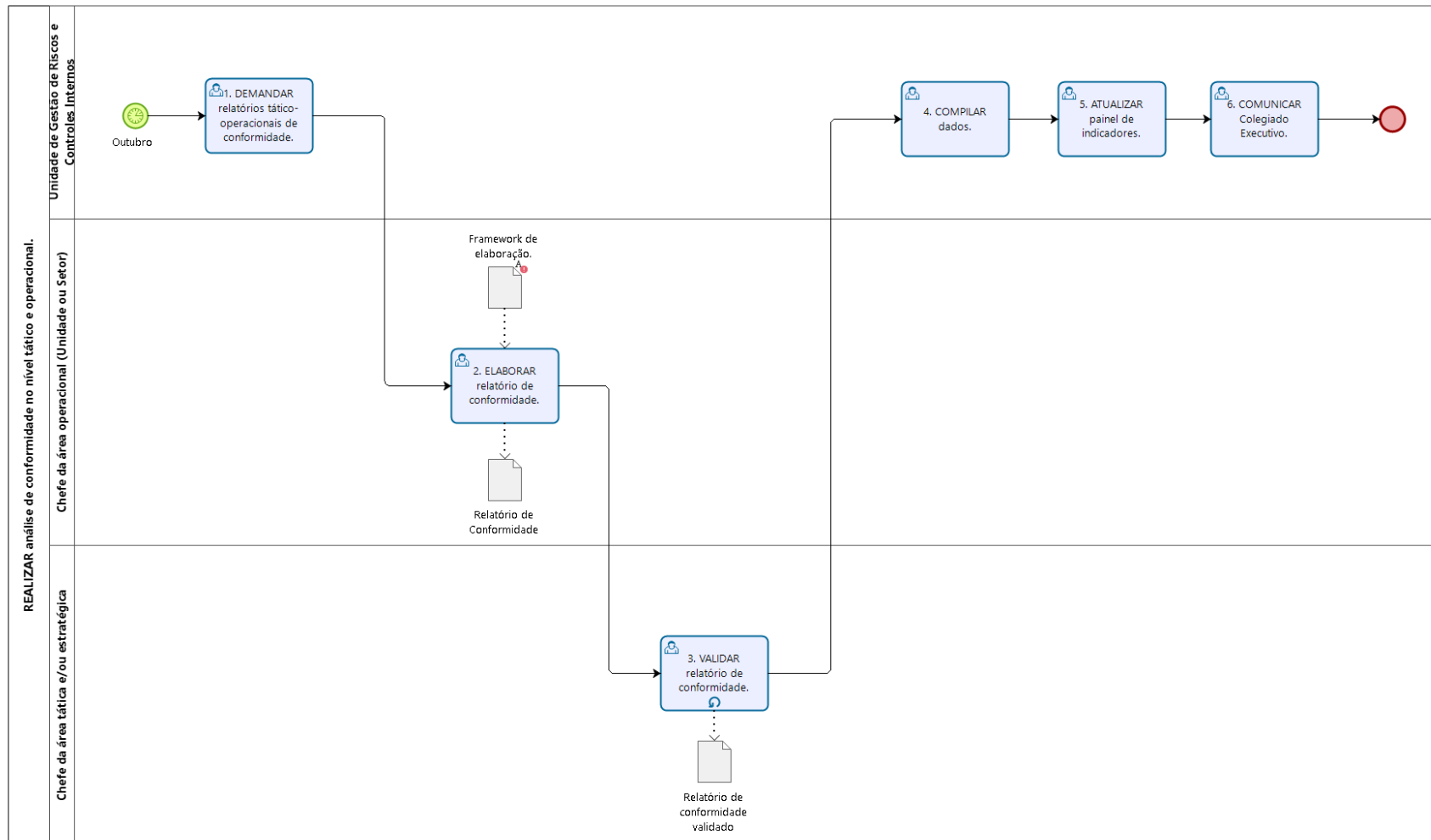
SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	MANUAL	MAN.UGRCI-CHUFC.004	
Título do Documento	MANUAL DE ANÁLISE DE CONFORMIDADE - CH-UFC	Emissão: 06/11/2023	Próxima revisão: 05/11/2025
		Versão: 1	

3.3. Fluxo do processo



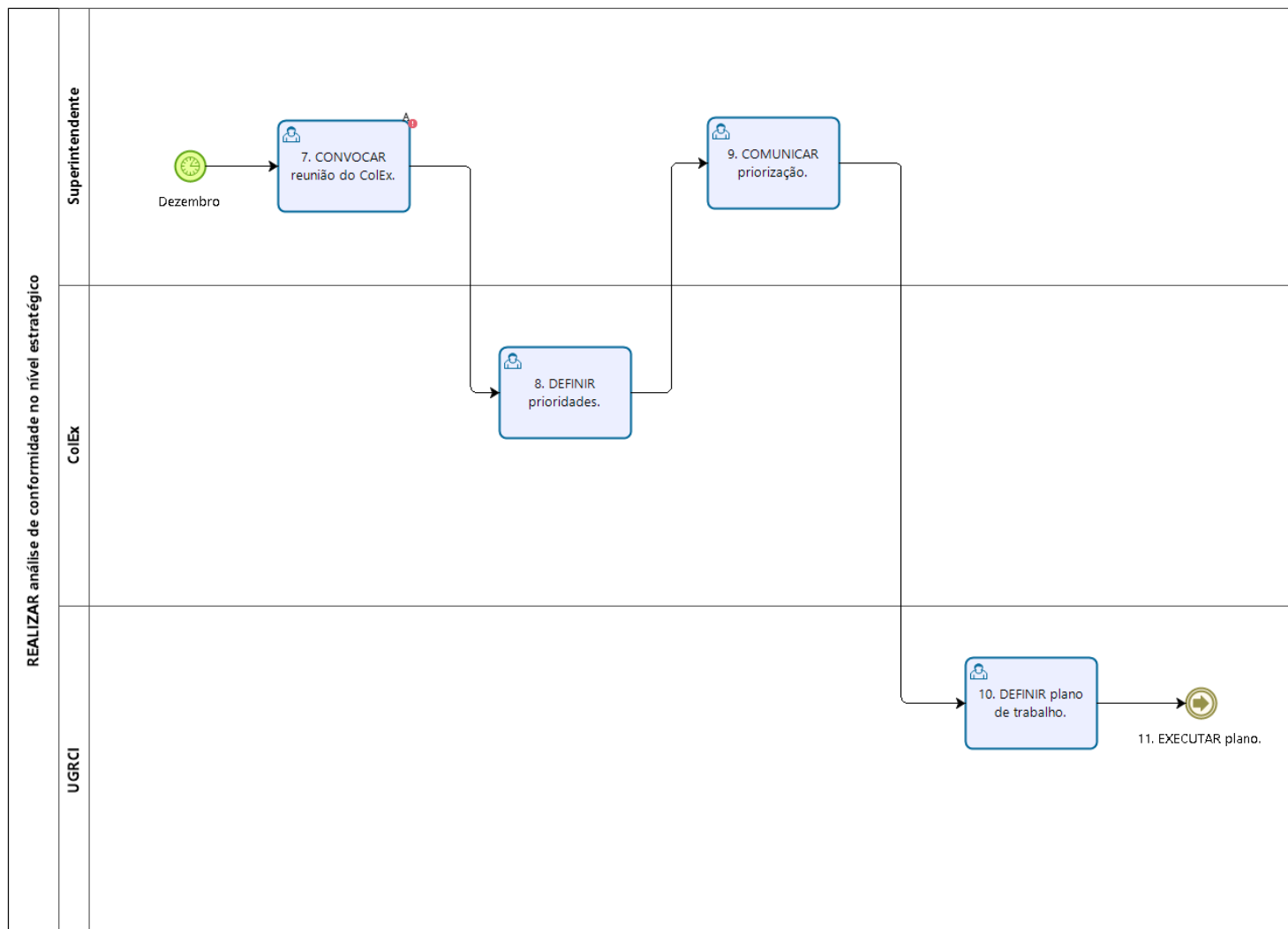


SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	MANUAL		MAN.UGRCI-CHUFC.001
Título do Documento	MANUAL DE ANÁLISE DE CONFORMIDADE - CH-UFC		Emissão: 06/11/2023
			Próxima revisão: 05/11/2025
			Versão: 1



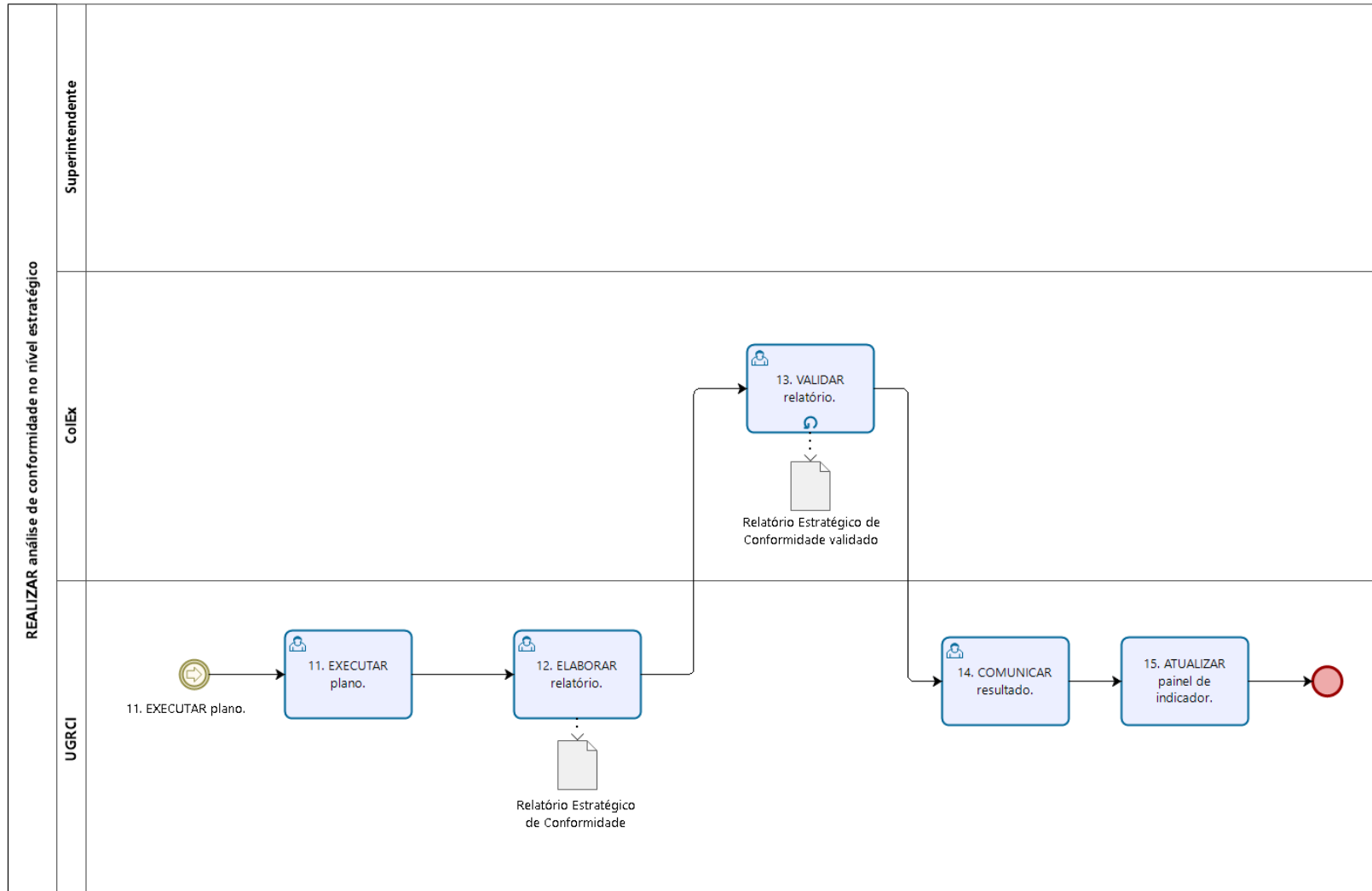


SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	MANUAL		MAN.UGRCI-CHUFC.001
Título do Documento	MANUAL DE ANÁLISE DE CONFORMIDADE - CH-UFC		Emissão: 06/11/2023
			Próxima revisão: 05/11/2025
			Versão: 1





SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	MANUAL		MAN.UGRCI-CHUFC.001
Título do Documento	MANUAL DE ANÁLISE DE CONFORMIDADE - CH-UFC		Emissão: 06/11/2023
			Próxima revisão: 05/11/2025
			Versão: 1



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	MANUAL	MAN.XXX.XXX	
Título do Documento		Emissão: XX/XX/XXXX	Próxima revisão: XX/XX/XXXX
		Versão: 1	

3.4. Início do processo

REALIZAR análise de conformidade no nível tático e operacional:

- No 5º dia útil de cada mês de outubro, a Unidade de Gestão de Riscos e Controles Internos (UGRCI), autorizada pelo Setor de Governança e Estratégia (Segov), irá iniciar a demanda para os gestores elaborarem seus relatórios de conformidade.
 - A cada ano, antes da data de início descrita no item anterior, a chefe da UGRCI deverá se reunir com o chefe do Segov e definir a estratégia e processo de trabalho para captar os relatórios tático-operacionais de conformidade.

REALIZAR análise de conformidade no nível estratégico:

- No 5º dia útil de cada mês de dezembro, o superintendente deverá convocar uma reunião do Colegiado Executivo para definir quais processos deverão ser priorizados para serem analisados estrategicamente pela UGRCI.
 - A quantidade de processos a serem priorizados deve ser, previamente, combinada com o Segov, tendo em vista possíveis limitações de recursos para execução das atividades.

4. MODELO PARA ANÁLISE DE CONFORMIDADE

- a. **Definir escopo:** informar os limites do trabalho. Por exemplo: O que será analisado? Qual o período de análise? Qual a amostra? Quais os atores envolvidos?
- b. **Definir normativos:** Estabelecer os normativos bases para pesquisa. Por exemplo: Políticas (locais ou nacionais), diretrizes, instruções normativas, POPs, fluxos, contratos etc.
- c. **Elaborar questões de conformidade:** A partir dos normativos, formular perguntas para guiar a busca durante a etapa da matriz de achados. Por exemplo: em uma política normalmente tem um capítulo de competência. O setor "a" cumpre competência "x"?
- d. **Elaborar matriz de achados:** Estrutura que liga as questões de conformidades aos achados ou inadequações. Por exemplo:

Questões	Critério	Achado	Evidência
<i>Elaboradas na etapa anterior.</i>	<i>Como deveria ser? Citar a parte específica da norma que define o que deveria ser feito.</i>	<i>Descrição de como está no cenário atual.</i>	<i>Prova do que foi relatado no item anterior. Obs.: pode ser a ausência de prova.</i>

- e. **Elaborar o relatório de conformidade:** Estruturar o relatório com os seguintes itens: (i) riscos identificados; (ii) possíveis causas; (iii) estrutura de controles sugerida; e (iv) Benefícios esperados.



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	MANUAL	MAN.XXX.XXX	
Título do Documento		Emissão: XX/XX/XXXX	Próxima revisão: XX/XX/XXXX
		Versão: 1	

EXEMPLO:

Definição do escopo:

O que será analisado?

Conformidade no processo de faturamento de contas hospitalares e ocupação de leitos contratualizados no Hospital Público Central (HPC).

Qual o período de análise?

De abril a outubro de 2022.

Qual a amostra?

Serão analisadas 250 contas hospitalares selecionadas aleatoriamente e registros de ocupação dos leitos contratualizados durante o período mencionado.

Quais os atores envolvidos?

Departamento de Faturamento, Equipe Médica, Departamento de Admissão, Departamento Financeiro e Coordenação de Leitos.

Definição dos normativos:

Políticas: Política Nacional de Saúde, Política Interna de Faturamento do HPC e Contratualização com o Município.

Diretrizes, IN, POPs, Fluxos: Manual de Procedimentos de Faturamento de Contas Hospitalares e Manual de Gestão de Leitos Contratualizados do HPC.

Contratos: Contrato de Prestação de Serviços entre o HPC e o Município.

Elaboração das questões de conformidade:

Todas as contas hospitalares emitidas têm aprovação da equipe médica?

As contas hospitalares refletem corretamente os procedimentos e insumos utilizados no tratamento do paciente?

Os valores faturados estão de acordo com a tabela do SUS?

A taxa de ocupação dos leitos contratualizados atende aos critérios estabelecidos no contrato com o município?



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	MANUAL		MAN.XXX.XXX
Título do Documento	Emissão: XX/XX/XXXX		Próxima revisão: XX/XX/XXXX
	Versão: 1		

Matriz de achados:

Questões	Critério	Achado	Evidência
<i>Todas as contas hospitalares emitidas têm aprovação da equipe médica?</i>	<i>Segundo o Manual de Procedimentos, todas as contas devem ser validadas pela equipe médica responsável.</i>	<i>17 das 250 contas analisadas não possuíam a devida validação.</i>	<i>Ausência de assinatura ou registro de aprovação médica nas contas selecionadas.</i>
<i>O HPC cumpriu o número mínimo de vagas de leitos contratualizadas com o município?</i>	<i>Conforme o contrato com o município, o HPC deve disponibilizar no mínimo 100 leitos contratualizados por mês.</i>	<i>Em dois dos meses analisados, o HPC disponibilizou apenas 90 leitos.</i>	<i>Relatórios mensais de disponibilidade de leitos.</i>
...

Relatório de conformidade:*Riscos identificados*

- Riscos de penalidades por faturamentos incorretos.
- Comprometimento financeiro do hospital por contas rejeitadas ou por necessidade de reprocessamento.
- Redução ou suspensão dos recursos provenientes do município devido ao não cumprimento da contratualização.
- Perda de confiança da população, autoridades reguladoras e município.

Possíveis causas:

- Falta de treinamento adequado para a equipe de faturamento.
- Comunicação insuficiente entre a equipe médica, departamento de faturamento e gestão de leitos.
- Falhas no sistema de registro de procedimentos, insumos e disponibilidade de leitos.

Estrutura de controle sugeridas

- Implementação de um sistema eletrônico robusto e integrado de registro, validação de procedimentos e monitoramento de leitos.
- Estabelecer treinamentos semestrais para a equipe de faturamento e gestão de leitos.
- Criar protocolos claros de comunicação entre os departamentos e o município.



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	MANUAL	MAN.XXX.XXX	
Título do Documento		Emissão: XX/XX/XXXX	Próxima revisão: XX/XX/XXXX
		Versão: 1	

Benefícios esperados

- Aumento da eficiência no processo de faturamento e gestão de leitos.
- Redução de erros e reprocessamentos.
- Garantia do recebimento contínuo dos recursos provenientes da contratualização com o município.
- Fortalecimento da imagem do hospital diante da população, órgãos reguladores e município.

5. FICHA DO INDICADOR

Ficha de Indicador	
Nome do indicador:	Número de inadequações identificadas
Descrição e Justificativa:	Este indicador mede o número total de inadequações de <i>compliance</i> identificadas em um determinado período. A identificação regular e a correção de inadequações são cruciais para manter a conformidade regulamentar e para proteger a reputação da instituição. Inadequações não tratadas podem resultar em penalidades significativas e danos à reputação.
Responsável:	Coleta de dados: Analista Administrativo / UGRCI. Validação dos dados: Chefe de Unidade / UGRCI. Análise do indicador: Chefe de Setor/ Segov.
Validação:	A validação é realizada através da revisão dos registros internos, garantindo a precisão e a veracidade das inadequações.
Periodicidade da coleta:	Anual.
Periodicidade da análise:	Anual.
Limitações e vieses:	Inadequações podem não ser identificadas se não forem reportadas ou se forem inadvertidamente ignoradas. A cultura organizacional, que promove ou não reporte, pode influenciar o número.



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	MANUAL		MAN.XXX.XXX
Título do Documento	Emissão: XX/XX/XXXX		Próxima revisão: XX/XX/XXXX
	Versão: 1		
Fórmula:	Contagem direta do número total de inadequações identificadas.		
Unidade de Medida:	Número (n).		
Meta:	Zero inadequações. A meta é manter a conformidade total e não ter qualquer inadequação identificada.		
Limite:	10 inadequações por ano. Qualquer número acima disso requer uma ação corretiva imediata.		
Polaridade:	Quanto menor, melhor.		
Termos:	Inadequações: Atos ou omissões que são contrários às normas internas ou regulamentos externos.		
Parâmetros:	Não há dados na literatura específicos para o setor hospitalar público, mas padrões internacionais sugerem a mínima quantidade de inadequações possíveis.		
Metodologia de coleta e compilação:	Seguir modelo de conformidade deste manual. Bem como as dicas abaixo: <ul style="list-style-type: none"> • Análise e revisão de registros internos. • Relatórios gerados por sistemas de monitoramento de compliance. • Feedback dos canais de denúncias. • Auditorias internas. 		
Fonte:	<ul style="list-style-type: none"> • Processos SEI. • Documentos padronizados pela Unidade de Gestão da Qualidade. • Sistemas institucionais. • Prontuários. • Qualquer que possa servir de fonte para obter a informações desejada. 		



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	MANUAL		MAN.XXX.XXX
Título do Documento	Emissão: XX/XX/XXXX		Próxima revisão: XX/XX/XXXX
	Versão: 1		
Referências:		<ol style="list-style-type: none"> BRASIL. Ministério da Saúde. Regulamentação e normas para hospitais. COSO. Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. Gerenciamento de Riscos Corporativos – Estrutura Integrada. ISO 19600:2014 Compliance management systems – Guidelines. International Compliance Association. Standards and Guidelines for Compliance Professionals in the Financial Industry. 	

6. REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Regulamentação e normas para hospitais.
- COSO. Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. Gerenciamento de Riscos Corporativos – Estrutura Integrada.
- ISO 19600:2014 Compliance management systems – Guidelines.
- International Compliance Association. Standards and Guidelines for Compliance Professionals in the Financial Industry.

7. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

ELABORAÇÃO	
Assuero Silva Meira Werônica Pontes Gurgel	
VALIDAÇÃO	
Sanja Sâmia Rolim Fernandes Unidade de Gestão da Qualidade	Conforme processo SEI nº 23533.037430/2023-69, assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
Assuero Silva Meira Chefe do Setor de Governança e Estratégia	Conforme processo SEI nº 23533.037430/2023-69, assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
Josenilia Maria Alves Gomes Superintendente do Complexo Hospitalar da UFC	Conforme processo SEI nº 23533.037430/2023-69, assinado eletronicamente.

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. 2023, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br