

Apresentação da Política da Qualidade do Instituto Brasileiro Sou Enfermagem – IBSENF

A Política da Qualidade do Instituto Brasileiro Sou Enfermagem – IBSENF representa um dos pilares centrais da governança institucional e expressa, de forma objetiva e transparente, os compromissos assumidos pela organização na condução de suas atividades educacionais, científicas, sociais e administrativas. Este documento foi elaborado em conformidade com o Estatuto Social da Instituição e com as diretrizes da norma ISO 9001:2015, integrando o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) e orientando as práticas diárias da organização.

Ao estabelecer padrões, responsabilidades e diretrizes, esta Política assegura que todos os processos do IBSENF sejam conduzidos de forma ética, eficiente e alinhada às finalidades institucionais: promover educação em saúde de qualidade, fortalecer a produção científica, desenvolver ações sociais de impacto e colaborar para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A Política da Qualidade também serve como referência para a criação de metas, indicadores, auditorias internas e ações de melhoria contínua, garantindo que as decisões da Instituição estejam sempre baseadas em evidências, práticas responsáveis e compromisso público.

Essa política não é apenas um documento técnico — é uma declaração institucional de integridade, compromisso social e responsabilidade. Ela orienta o trabalho do Conselho Gestor, da Diretoria Executiva, do Conselho Fiscal, dos colaboradores, voluntários, instrutores e parceiros, assegurando que todas as ações desenvolvidas pelo Instituto sigam princípios de legalidade, transparência, rastreabilidade e excelência.

Em conjunto com os Objetivos da Qualidade, o Escopo do Sistema de Gestão da Qualidade, o Mapa de Processos, a Política de Gestão de Riscos, o Controle de Documentos e Registros e os demais instrumentos do SGQ, este documento fortalece a governança institucional e reafirma o compromisso do IBSENF com a credibilidade, a confiança pública e o impacto social positivo.

A Política da Qualidade do IBSENF é um instrumento vivo: revisada periodicamente, aprimorada conforme necessidades institucionais e utilizada como base para decisões estratégicas, planejamento organizacional, auditorias e ações permanentes de melhoria contínua. Sua ampla divulgação demonstra o compromisso da Instituição com a transparência e a responsabilidade perante a sociedade, órgãos públicos, parceiros e beneficiários.

1 — Política da Qualidade

O Instituto Brasileiro Sou Enfermagem estabelece sua Política da Qualidade em conformidade com os princípios institucionais definidos em seu Estatuto Social e com as diretrizes da norma ISO 9001:2015. Esta política orienta todas as atividades educacionais, científicas, sociais e administrativas da organização, garantindo que seus processos sejam conduzidos de forma ética, transparente e comprometida com o interesse público.

Reafirmamos nosso compromisso com a promoção da educação em saúde, com a produção de conhecimento científico e com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando que todas as ações realizadas pelo Instituto estejam alinhadas aos padrões de excelência e responsabilidade social.

Compromissos da Política da Qualidade

O IBSENF compromete-se a:

1. **Promover a melhoria contínua dos processos institucionais**, fortalecendo práticas que assegurem eficiência, padronização e integridade em todas as áreas operacionais e acadêmicas.
2. **Assegurar a transparência institucional**, disponibilizando documentos, políticas, atos oficiais e informações relevantes ao público, conforme previsto no Estatuto.
3. **Atuar com foco nos beneficiários**, garantindo que as ações educacionais, científicas e sociais atendam às necessidades reais dos estudantes, profissionais, pesquisadores e da comunidade.
4. **Estimular a produção e disseminação de conhecimento científico**, alinhada aos princípios éticos, sociais e legais da saúde brasileira.
5. **Cumprir integralmente os requisitos legais, estatutários e normativos**, incluindo legislações educacionais, sanitárias, administrativas e de governança aplicáveis às organizações sem fins lucrativos.
6. **Garantir a competência da equipe institucional**, promovendo formação contínua, desenvolvimento profissional e valorização das capacidades humanas envolvidas nas atividades do Instituto.
7. **Aprimorar continuamente a gestão institucional**, fortalecendo mecanismos de controle, revisão de processos, auditorias internas e práticas de governança.

Fundamentos Legais e Normativos

Esta Política se fundamenta nas seguintes normativas:

- **Lei nº 9.790/1999** — Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCsIPs).
- **Lei nº 13.019/2014** — Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC).
- **Lei nº 13.709/2018 (LGPD)** — Proteção de Dados Pessoais.
- **Lei nº 10.861/2004** — SINAES (Sistema de Avaliação da Educação Superior – MEC).
- **Constituição Federal** — princípios do SUS e direitos sociais.
- **Norma ISO 9001:2015** — Sistema de Gestão da Qualidade.
- **Estatuto Social do IBSENF** — normas internas que regem a Instituição.

Aplica-se integralmente **ao IBSENF, suas mantidas, seus projetos, seus programas e parcerias públicas e privadas.**

Declaração Institucional

O Instituto Brasileiro Sou Enfermagem reafirma seu compromisso permanente com a qualidade, a ética, a ciência, a educação, a responsabilidade social e o fortalecimento do SUS. Esta Política representa a identidade institucional do IBSENF e assegura que todas as ações da organização sejam conduzidas com integridade, legalidade e excelência contínua.

A Política da Qualidade do IBSENF é divulgada publicamente, revisada periodicamente e aplicada a todos os setores da instituição, constituindo referência para a definição de objetivos, metas e indicadores institucionais.

2 — OBJETIVOS DA QUALIDADE DO IBSENF

Os Objetivos da Qualidade do Instituto Brasileiro Sou Enfermagem constituem o desdobramento direto da Política da Qualidade e refletem o compromisso institucional com a excelência, a transparência, a responsabilidade social e a melhoria contínua. Esses objetivos são definidos, monitorados, avaliados e revisados periodicamente, de acordo com os princípios estabelecidos no Estatuto Social e em conformidade com a ISO 9001:2015.

Os Objetivos da Qualidade orientam a execução das atividades educacionais, científicas e sociais do Instituto, assegurando que todos os processos contribuam para o impacto social positivo e para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

1. Garantir a eficiência dos processos institucionais

Promover padronização, controle e melhoria contínua de todos os processos administrativos, educativos e científicos, assegurando eficiência operacional e conformidade com requisitos legais e estatutários.

2. Elevar a qualidade das ações educacionais e formativas

Desenvolver atividades educacionais com rigor técnico, metodológico e ético, garantindo que cursos, oficinas, capacitações e demais iniciativas atendam aos padrões de qualidade esperados pelos beneficiários.

3. Fortalecer a produção e a disseminação do conhecimento científico

Estimular projetos, pesquisas e publicações que contribuam para o avanço da enfermagem, da saúde coletiva e das políticas públicas, promovendo impacto social e acadêmico relevante.

4. Promover transparência e responsabilização institucional

Assegurar ampla divulgação de informações, documentos, atos normativos, decisões e dados institucionais, fortalecendo a credibilidade pública e a governança do Instituto.

5. Aumentar o impacto social das ações do Instituto

Desenvolver e executar projetos sociais, acadêmicos e científicos que contribuam para a melhoria das condições de saúde da população e para o desenvolvimento do SUS.

6. Garantir a competência e o desenvolvimento da equipe institucional

Promover formação contínua, capacitação e atualização dos dirigentes, colaboradores e voluntários, assegurando que todas as atividades sejam conduzidas por profissionais qualificados.

7. Monitorar indicadores institucionais e metas estratégicas

Estabelecer indicadores de desempenho, avaliar resultados periodicamente e utilizar dados para orientar decisões estratégicas e aprimorar o Sistema de Gestão da Qualidade.

8. Implementar práticas eficientes de gestão documental e governança

Assegurar controle de documentos e registros, preservação institucional, conformidade administrativa e integridade das decisões.

Os Objetivos da Qualidade do IBSENF são revisados anualmente, monitorados por meio de indicadores e vinculados diretamente à missão institucional e ao compromisso com a melhoria contínua.

3 — ESCOPO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE (SGQ)

(Documento obrigatório conforme a ISO 9001:2015 – Cláusula 4.3)

Escopo do Sistema de Gestão da Qualidade

O Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) do Instituto Brasileiro Sou Enfermagem – IBSENF abrange todas as atividades institucionais relacionadas à promoção da educação em saúde, à formação profissional, à produção e disseminação do conhecimento científico, ao desenvolvimento de ações acadêmicas e sociais e ao fortalecimento das políticas públicas de saúde conforme previsto em seu Estatuto Social.

O SGQ contempla integralmente os processos finalísticos, estratégicos e de apoio que sustentam a missão institucional do IBSENF, incorporando práticas de governança, transparência, eficiência administrativa e responsabilidade social.

1. Abrangência do SGQ

O Sistema de Gestão da Qualidade do IBSENF compreende os seguintes eixos e atividades institucionais:

1.1. Atividades Educacionais e Formativas

- Cursos livres e programas de capacitação
- Oficinas, workshops e atividades extensionistas
- Produção de materiais educativos e técnicos

1.2. Produção e Disseminação do Conhecimento Científico

- Pesquisas, estudos e projetos acadêmicos
- Eventos científicos, seminários e simpósios
- Publicações institucionais e técnico-científicas

1.3. Projetos Sociais e de Interesse Público

- Ações em comunidades
- Programas de promoção da saúde
- Iniciativas alinhadas ao SUS

1.4. Governança Institucional

- Gestão do Conselho Gestor
- Diretoria Executiva
- Funcionamento do Conselho Fiscal
- Tomada de decisão ética, transparente e fundamentada

1.5. Processos Administrativos e Financeiros

- Gestão documental e de registros
- Prestação de contas e transparência
- Planejamento e execução orçamentária

1.6. Comunicação Institucional

- Relações públicas e institucionais
 - Divulgação de informações oficiais
 - Interação com beneficiários e parceiros
-

2. Exclusões Permitidas pela Norma

A ISO 9001:2015 permite a exclusão de requisitos não aplicáveis ao contexto da organização.

No caso do IBSENF, **não se aplicam**:

2.1. Requisitos relacionados à produção e controle de produtos físicos

O Instituto não fabrica produtos materiais; sua atuação é educacional, científica e social.

2.2. Requisitos da área industrial

Não realizamos:

- inspeção de produtos manufaturados
- processos de produção industrial
- manutenção de linhas de produção

Essas exclusões não comprometem a conformidade do sistema, conforme previsto pela norma.

3. Partes Interessadas Consideradas no SGQ

O SGQ do IBSENF considera as necessidades e expectativas de:

- estudantes
 - profissionais de saúde
 - pesquisadores
 - comunidade atendida
 - órgãos públicos
 - parceiros institucionais
 - autoridades sanitárias
 - voluntários e colaboradores
-

4. Limites e Interfaces do SGQ

O SGQ engloba todos os setores da organização e suas interações, incluindo:

- Conselho Gestor
 - Diretoria Executiva
 - Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE)
 - Conselho Fiscal
 - Núcleos administrativos
 - Núcleos educacionais
 - Núcleos de pesquisa
 - Núcleos de projetos sociais
-

5. Finalidade do SGQ

O SGQ do IBSENF tem como objetivo:

- garantir excelência nas ações institucionais
 - fortalecer a credibilidade pública
 - assegurar conformidade com requisitos legais
 - promover transparência e responsabilidade social
-

- reforçar práticas de melhoria contínua
-

O Escopo do Sistema de Gestão da Qualidade é revisado periodicamente para acompanhar o crescimento institucional e assegurar sua aderência ao Estatuto Social e às necessidades sociais atendidas pelo Instituto.

4 — MAPA DE PROCESSOS INSTITUCIONAIS

(Em conformidade com a ISO 9001:2015 – Cláusula 4.4)

Mapa de Processos Institucionais

O Mapa de Processos do Instituto Brasileiro Sou Enfermagem – IBSENF representa a estrutura organizacional e o funcionamento sistêmico das atividades finalísticas, estratégicas e de apoio que integram o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ).

Sua finalidade é demonstrar como os processos se relacionam e como contribuem para o cumprimento da missão institucional, o fortalecimento do SUS e a entrega de valor social, educacional e científico.

Os processos são organizados em três categorias:

- **Processos Finalísticos (Primários)**
- **Processos Estratégicos**
- **Processos de Apoio**

Essa estrutura está alinhada às práticas de governança previstas no Estatuto Social do IBSENF e aos requisitos da ISO 9001:2015.

1. PROCESSOS FINALÍSTICOS (PRIMÁRIOS)

Atividades diretamente ligadas à missão institucional.

1.1. Educação e Formação Profissional

Atividades que promovem capacitação, qualificação e atualização técnica em saúde e enfermagem.

Inclui:

- cursos livres e programas formativos

- oficinas, seminários e workshops
 - ações educativas presenciais e remotas
 - elaboração de conteúdos técnico-científicos
-

1.2. Pesquisa, Estudos e Produção Científica

Processos que envolvem:

- desenvolvimento de pesquisas institucionais
 - elaboração de estudos técnicos e científicos
 - produção editorial e publicações
 - participação em eventos científicos
 - difusão do conhecimento
-

1.3. Projetos Sociais e de Interesse Público

Ações voltadas ao benefício direto da sociedade, especialmente nas áreas de saúde e educação.

Inclui:

- programas de promoção da saúde
 - ações preventivas e educativas
 - articulação com serviços e redes do SUS
 - iniciativas comunitárias
-

2. PROCESSOS ESTRATÉGICOS

Processos relacionados à direção institucional, governança e planejamento.

2.1. Governança Institucional

Abrange a atuação dos órgãos estatutários:

- Conselho Gestor
 - Diretoria Executiva
-

- Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE)
- Conselho Fiscal

Inclui:

- tomada de decisão
 - gestão estratégica
 - definição de diretrizes
 - implementação de políticas
-

2.2. Planejamento e Avaliação Institucional

Envolve:

- definição de planos anuais e plurianuais
 - definição de metas e indicadores
 - monitoramento de desempenho
 - relatórios institucionais
-

2.3. Comunicação Institucional e Relacionamento

Inclui:

- emissão de notas e comunicados
 - relacionamento com beneficiários, parceiros e órgãos públicos
 - transparência ativa
 - gestão de reputação institucional
-

3. PROCESSOS DE APOIO

Sustentam os processos finalísticos e estratégicos.

3.1. Administração e Gestão Operacional

Inclui:

- gestão administrativa
-

- gestão de serviços gerais
 - suporte interno
-

3.2. Gestão Financeira e Contábil

Atividades essenciais para transparência:

- execução orçamentária
 - prestação de contas
 - conformidade fiscal
 - controle financeiro
 - captação de recursos
-

3.3. Gestão Documental e Arquivística

Processos que asseguram:

- controle de documentos
 - controle de registros
 - conservação institucional
 - rastreabilidade documental
 - atualização de versões
-

3.4. Gestão de Pessoas, Competências e Capacitação

Inclui:

- seleção de voluntários e colaboradores
 - capacitação contínua
 - registros de competência
 - conformidade ética e profissional
-

3.5. Gestão de Tecnologia e Sistemas

Suporte técnico:

- infraestrutura digital
 - segurança da informação
 - sistemas internos
 - atualizações tecnológicas
-

4. INTER-RELAÇÕES ENTRE PROCESSOS

Os processos não operam isoladamente; formam um sistema integrado. Exemplos de interações:

- A **produção científica** depende do **apoio administrativo** e da **gestão documental**.
 - Projetos sociais requerem **planejamento estratégico, comunicação institucional e prestação de contas**.
 - Atividades educacionais dependem de **competência institucional, processos de qualidade e gestão tecnológica**.
-

5. FINALIDADE DO MAPA DE PROCESSOS

O Mapa de Processos permite:

- visão sistêmica da operação institucional
 - clareza das responsabilidades
 - eficiência operacional
 - rastreabilidade
 - melhoria contínua
 - conformidade com a ISO 9001
-

6. Revisão e Atualização

O Mapa de Processos é revisado anualmente ou sempre que houver:

- mudanças estruturais
 - revisão do Estatuto
 - ampliação de áreas de atuação
 - necessidade de adequação normativa
-

5 — GESTÃO DE RISCOS E OPORTUNIDADES

(Em conformidade com a ISO 9001:2015 – Cláusula 6.1)

Gestão de Riscos e Oportunidades

A Gestão de Riscos e Oportunidades do Instituto Brasileiro Sou Enfermagem – IBSENF tem como objetivo identificar, avaliar, tratar e monitorar fatores internos e externos que possam influenciar a execução das atividades institucionais, o cumprimento da missão social e o desempenho do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ).

Essa abordagem segue os princípios da ISO 9001:2015 e integra o compromisso institucional com transparência, responsabilidade social, ética e melhoria contínua, conforme previsto no Estatuto Social.

1. Princípios Gerais da Gestão de Riscos

A abordagem institucional de riscos é orientada pelos seguintes princípios:

- **Prevenção e antecipação** de falhas, desvios e vulnerabilidades.
 - **Identificação sistemática** de riscos relacionados a processos, atividades e decisões.
 - **Mitigação proporcional** ao impacto e à probabilidade.
 - **Registro, monitoramento e revisão contínua**.
 - **Integração com a governança**, respeitando decisões do Conselho Gestor e da Diretoria Executiva..
 - **Aproveitamento de oportunidades** para ampliar impacto social, educacional e científico.
-

2. Categorias de Riscos Consideradas

A análise institucional contempla as seguintes categorias:

2.1. Riscos Estratégicos

Relacionados a desafios que comprometem o cumprimento da missão institucional, tais como:

- mudanças no cenário da saúde pública
 - alterações regulatórias
 - instabilidade de parcerias ou financiamentos
 - impactos reputacionais
 - falta de alinhamento estratégico
-

2.2. Riscos Operacionais

Associados à execução das atividades do Instituto:

- atrasos em projetos
 - falhas de processos
 - insuficiência de recursos
 - problemas logísticos
 - inadequações em registros e documentos
-

2.3. Riscos Administrativos e Financeiros

Incluem:

- erros contábeis
 - inconsistências financeiras
 - falhas em prestações de contas
 - perda ou extravio de documentos
 - uso inadequado de recursos
-

2.4. Riscos de Conformidade e Regulatórios

Relacionados ao não atendimento de normas legais:

- legislação do terceiro setor
 - normas sanitárias e de saúde
 - regulamentos educacionais
 - obrigações fiscais
-

- exigências normativas do SUS
-

2.5. Riscos Tecnológicos

Referem-se a:

- falhas de sistemas
 - indisponibilidade tecnológica
 - vulnerabilidades de segurança da informação
 - perdas de dados
 - dependência de tecnologias externas
-

2.6. Riscos Humanos

Envolvem:

- insuficiência de competência técnica
 - dificuldade de capacitação
 - rotatividade de colaboradores ou voluntários
 - conflitos de interesse
-

3. Oportunidades Institucionais

Além da mitigação de riscos, o IBSENF identifica oportunidades para:

- ampliar impacto social
- fortalecer a participação no SUS
- aprimorar oferta educativa
- expandir a produção científica
- desenvolver parcerias
- inovar em tecnologias educacionais

Essa visão positiva reforça o compromisso de melhoria contínua.

4. Processo de Gestão de Riscos

A gestão de riscos segue um ciclo contínuo composto pelas etapas:

4.1. Identificação

Levantamento dos riscos potenciais em todos os processos institucionais.

4.2. Análise e Classificação

Avaliação da probabilidade, impacto e nível de prioridade.

4.3. Planejamento de Ações

Definição de medidas preventivas e corretivas.

4.4. Implementação

Execução das ações necessárias conforme prioridade.

4.5. Monitoramento

Acompanhamento periódico dos riscos ativos e residuais.

4.6. Revisão

Aprimoramento contínuo do processo por meio da análise de resultados.

5. Responsabilidades

- A **Diretoria Executiva** é responsável pela supervisão geral da gestão de riscos.
 - O **Conselho Fiscal** acompanha riscos financeiros e contábeis.
 - O **Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE)** monitora riscos acadêmicos e científicos.
 - Os setores administrativos identificam e tratam riscos operacionais.
-

6. Registros e Evidências

Todos os riscos, ações tomadas, revisões e oportunidades são registrados em:

- relatórios institucionais
- atas de reuniões
- documentos oficiais
- registros do SGQ

Os registros são mantidos conforme a Política de Controle Documental.

7. Revisão Periódica

A Gestão de Riscos e Oportunidades é revisada:

- anualmente
- sempre que houver alteração significativa nos processos
- quando identificado risco emergente
- após auditorias internas e externas

6 — CONTROLE DE DOCUMENTOS E REGISTROS

(Em conformidade com a ISO 9001:2015 – Cláusula 7.5)

Controle de Documentos e Registros

O Instituto Brasileiro Sou Enfermagem – IBSENF adota um sistema estruturado de Controle de Documentos e Registros institucionais, garantindo organização, autenticidade, integridade, rastreabilidade e disponibilidade das informações essenciais ao funcionamento da instituição e à conformidade com a ISO 9001:2015.

Este processo assegura que todos os documentos oficiais, atas, normas internas, publicações, comunicações e registros administrativos sejam corretamente mantidos, atualizados e protegidos, apoiando as práticas de governança, transparência e melhoria contínua previstas no Estatuto Social.

1. Princípios do Controle Documental

O IBSENF estabelece seu sistema de gestão documental com base nos seguintes princípios:

- **Autenticidade** – documentos devem ser oficiais, verificáveis e emitidos por autoridade competente.
- **Integridade** – documentos não podem ser alterados sem registro de versão.
- **Rastreabilidade** – deve ser possível identificar origem, emissão, versão e responsáveis.

- **Acessibilidade** – documentos institucionais devem estar disponíveis para consulta interna e, quando aplicável, para o público.
 - **Confidencialidade** – documentos sensíveis possuem controle de acesso restrito.
 - **Preservação** – documentos devem ser armazenados em ambiente seguro físico ou digital.
-

2. Tipos de Documentos Controlados pelo IBSENF

O controle abrange todos os documentos que orientam ou registram ações institucionais, incluindo:

2.1. Documentos Normativos

- Estatuto Social
 - Regimento Interno
 - Atos normativos
 - Políticas institucionais
 - Procedimentos e diretrizes
-

2.2. Documentos de Governança

- atas da do Conselho Gestor
 - atas da Diretoria Executiva
 - atas do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE)
 - atas do Conselho Fiscal
 - deliberações e resoluções internas
-

2.3. Documentos Administrativos

- registros de projetos
 - documentos de planejamento
 - relatórios institucionais
 - comunicados oficiais
-

- registros de auditorias
-

2.4. Documentos Financeiros e Contábeis

- balancetes
 - prestações de contas
 - notas fiscais
 - contratos e convênios
 - registros do Conselho Fiscal
-

2.5. Documentos Educacionais e Científicos

- cursos, planos e materiais didáticos
 - pesquisas, estudos e relatórios científicos
 - publicações técnico-científicas
 - certificados institucionais
-

2.6. Registros Legais e Cadastrais

- certidões públicas
 - documentos de cadastro institucional
 - registros de parcerias e convênios
 - compliance normativo
-

3. Identificação e Padronização Documental

Todos os documentos institucionais devem conter:

- título oficial
 - número ou código
 - data de emissão
 - versão
 - órgão emissor (Diretoria, Conselho, Setor Administrativo etc.)
-

- responsável pelo documento
 - histórico de revisões (quando aplicável)
-

4. Controle e Atualização de Versões

O IBSENF mantém um sistema de versionamento que:

- identifica a versão vigente
- registra alterações e revisões
- preserva versões anteriores quando necessário
- impede o uso de documentos obsoletos
- define responsáveis pela atualização

A atualização é feita conforme deliberação da Diretoria Executiva ou do Conselho Fiscal.

5. Armazenamento e Segurança

Os documentos institucionais são armazenados em:

- repositório digital seguro
- arquivos físicos, quando necessário
- backups periódicos
- sistemas com controle de acesso diferenciado

Medidas de segurança incluem:

- proteção contra perda, dano e acesso indevido
 - controle de acesso para documentos sensíveis
 - preservação digital
-

6. Acesso e Disponibilidade

6.1. Acesso Interno

Dirigentes, colaboradores e setores administrativos têm acesso aos documentos conforme suas atribuições institucionais.

6.2. Acesso Público

São disponibilizados publicamente:

- Estatuto
- Regimento Interno
- Políticas Institucionais
- Certidões
- Documentos de Transparência

Esses documentos são publicados no site oficial, fortalecendo credibilidade institucional e conformidade legal.

7. Retenção e Descarte de Documentos

O período de retenção segue:

- exigências legais
- boas práticas de auditoria
- relevância histórica e institucional

O descarte deve ocorrer de forma segura, respeitando legislação e política de privacidade.

8. Responsabilidades

Conselho Gestor:

Supervisão geral do sistema documental.

Diretoria Executiva:

Supervisão geral da aplicação do sistema documental.

Conselho Fiscal:

Responsável pelos documentos financeiros e contábeis.

Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE):

Responsável por documentos acadêmicos e científicos.

Setor Administrativo:

Gestão operacional do arquivo geral.

9. Revisão do Sistema de Controle Documental

A Política de Controle de Documentos e Registros é revisada:

- anualmente
- após auditorias
- após mudanças estruturais
- sempre que houver atualização normativa

7 — Competência, Treinamento e Desenvolvimento Institucional

Em conformidade com ISO 9001:2015 – Cláusula 7.2

Competência, Treinamento e Desenvolvimento Institucional

O Instituto Brasileiro Sou Enfermagem (IBSENF) estabelece esta política para assegurar que todos os dirigentes, membros de conselhos, colaboradores, voluntários e profissionais envolvidos em projetos, pesquisas, atividades administrativas ou ações educacionais possuam a competência necessária para desempenhar suas funções de forma ética, segura, qualificada e alinhada ao Estatuto Social da instituição.

Esta diretriz integra o Sistema de Gestão da Qualidade e reforça o compromisso institucional com responsabilidade social, excelência técnica, integridade científica e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

1. Diretrizes Gerais de Competência

O IBSENF assegura que todas as pessoas que atuam em seu nome possuam:

- **formação compatível** com as atividades exercidas;
 - **habilidades e competências específicas** para suas funções;
 - **atualização contínua**, especialmente em áreas técnicas, educacionais, científicas e administrativas;
 - **comportamento ético e institucional**, conforme políticas internas e legislação vigente;
 - **compromisso com os valores institucionais**, incluindo educação, ciência, cidadania e fortalecimento do SUS.
-

2. Identificação de Competências Necessárias

As competências são definidas considerando:

- Estatuto e Regimento Interno
- responsabilidades dos cargos
- funções deliberativas
- atividades administrativas
- exigências da legislação educacional, sanitária e científica
- demandas de projetos e convênios
- requisitos da ISO 9001:2015

Para cada setor ou função institucional, é mantida uma **Descrição de Papel e Responsabilidades**, contendo:

- atribuições formais
 - formação mínima exigida
 - competências técnicas e comportamentais
 - conhecimento normativo
 - habilidades socioeducativas e administrativas
-

3. Avaliação de Competências

O IBSENF avalia periodicamente as competências de:

3.1. Diretoria Executiva

Capacidade de gestão, tomada de decisão, liderança, governança e execução estatutária.

3.2. Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE)

Formação acadêmica, experiência em pesquisa, docência, parecer técnico e elaboração de normas educacionais.

3.3. Conselho Fiscal

Competência em finanças, contabilidade, controle, auditoria e análise de documentos.

3.4. Colaboradores e voluntários

Avaliação conforme papel desempenhado (administração, apoio educacional, comunicação, secretaria acadêmica, entre outros).

3.5. Instrutores, docentes e avaliadores

Exigência de qualificação comprovada, experiência profissional e domínio dos conteúdos educacionais.

4. Plano de Treinamento e Desenvolvimento

A instituição mantém um **Plano Institucional de Treinamento (PIT)** contendo:

- integração institucional (mission, visão, valores)
- políticas internas e Código Ético
- procedimentos administrativos
- instruções de trabalho
- orientações de LGPD e confidencialidade
- capacitações técnico-pedagógicas
- atualizações em normas do SUS
- boas práticas de pesquisa e bioética
- formação continuada para conselhos e dirigentes

Treinamentos podem ocorrer de forma:

- presencial
 - remota
 - híbrida
 - em parceria com instituições de ensino, órgãos públicos e organizações sociais
-

5. Registros de Treinamento e Capacitação

Todos os treinamentos realizados são registrados e controlados, contendo:

- tema do treinamento
- data e carga horária
- responsável e instrutor

- lista de presença
- avaliação de eficácia (quando aplicável)
- certificados ou comprovantes

Esses registros são documentos controlados conforme a Política de Controle Documental do IBSENF.

6. Acompanhamento e Avaliação da Eficácia

Após treinamentos, o IBSENF realiza:

- verificação prática da aplicação das competências adquiridas
- análise de melhorias no desempenho institucional
- coleta de feedback de participantes e instrutores
- revisão de processos e funções, quando necessário

A eficácia das ações é monitorada pela Diretoria Executiva, com apoio dos Conselhos.

7. Competência Institucional e Educação Permanente

Como organização educacional e científica, o IBSENF adota o princípio da **Educação Permanente**, garantindo:

- atualização constante de dirigentes e membros
- aquisição contínua de novas competências para execução de projetos
- fortalecimento técnico dos conselhos e equipes
- estímulo à produção de conhecimento
- participação em eventos, cursos e atividades formativas
- incentivo à cultura científica e à gestão baseada em evidências

8. Responsabilidades

Diretoria Executiva

Planejar, validar e supervisionar programas de capacitação; identificar necessidades institucionais.

Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE)

Orientar quanto às competências acadêmicas, científicas e metodológicas necessárias.

Conselho Fiscal

Assegurar que os treinamentos relacionados à governança financeira e transparência sejam adequados.

Setor Administrativo

Executar treinamentos operacionais, registrar capacitações, manter arquivo documental.

9. Revisão da Política

Esta política é revisada:

- anualmente
- após auditorias
- sempre que houver mudanças legais, estatutárias ou organizacionais
- mediante recomendação dos Conselhos ou da Diretoria

8 — Comunicação Institucional e Gestão de Informações

Em conformidade com ISO 9001:2015 – Cláusula 7.4

Comunicação Institucional e Gestão de Informações

O Instituto Brasileiro Sou Enfermagem (IBSENF) estabelece esta política para garantir que todos os fluxos de comunicação — internos, externos, administrativos, científicos e educacionais — sejam conduzidos de forma organizada, transparente, segura e alinhada aos princípios institucionais definidos no Estatuto Social.

A comunicação institucional é um elemento estratégico para assegurar credibilidade, fortalecer relações com a sociedade, apoiar a tomada de decisões e cumprir o compromisso público do Instituto com a educação, a ciência, o SUS e a cidadania.

1. Diretrizes Gerais de Comunicação

O IBSENF assegura que sua comunicação:

- seja **clara, precisa e acessível**;
- esteja alinhada à missão institucional e aos princípios estatutários;
- respeite a legislação aplicável em âmbito federal, estadual e municipal;
- siga padrões éticos, científicos e educacionais;
- reflita a identidade institucional e fortaleça a reputação pública;
- promova a transparência e o acesso à informação.

Todas as comunicações representam oficialmente a instituição e devem observar rigor técnico, responsabilidade social e compromisso com a verdade.

2. Comunicação Institucional Externa

São diretrizes da comunicação com o público, parceiros, órgãos governamentais e instituições:

2.1. Transparência Pública

O Instituto disponibiliza informações como:

- Estatuto Social
- Regimento Interno
- Atas institucionais (quando aplicável)
- Políticas internas
- Relatórios de atividades
- Documentos de prestação de contas e informações financeiras
- Programa de Integridade e Código de Ética
- Informações de contato institucional
- Dados institucionais atualizados

Esses documentos compõem a página **Governança e Transparência**, ponto central da transparência ativa.

2.2. Relações Institucionais

Inclui comunicação com:

- órgãos de governo;
- instituições de ensino e pesquisa;
- organizações sociais;
- conselhos profissionais;
- entidades parceiras;
- imprensa especializada em saúde e educação.

2.3. Comunicação Pública

A instituição utiliza canais oficiais como:

- site institucional
- redes sociais verificadas
- newsletters
- comunicados oficiais
- notas públicas
- informes de projetos
- documentos, manuais e materiais educativos

Todo conteúdo publicado deve refletir a visão institucional, prezar por exatidão e manter uniformidade de linguagem.

3. Comunicação Interna

A comunicação interna tem como finalidade:

- orientar equipes, conselhos e voluntários;
- compartilhar documentos oficiais, políticas e normativas;
- garantir alinhamento institucional;
- apoiar processos administrativos e educacionais;
- fortalecer a cultura organizacional.

São utilizados:

- e-mails institucionais
- repositório interno de documentos

- reuniões ordinárias dos Conselhos
 - memorandos e comunicados institucionais
 - grupos de trabalho
-

4. Gestão de Informações e Documentos

O IBSENF adota um sistema formal para garantir:

- controle, organização e rastreabilidade de documentos;
- classificação adequada das informações;
- atualização de versões;
- proteção e integridade dos registros;
- prevenção de uso inadequado, perda ou extravio;
- atendimento às normas de privacidade (incluindo LGPD);
- conformidade com requisitos legais e estatutários.

Documentos controlados incluem:

- Estatuto
 - Regimento Interno
 - Políticas institucionais
 - Procedimentos internos
 - Instruções de trabalho
 - Atas e resoluções
 - Relatórios e pareceres
 - Registros de treinamento
 - Relatórios de auditoria
 - Dados financeiros
 - Relatórios de convênios e projetos
-

5. Segurança das Informações

A gestão da informação segue princípios de:

- confidencialidade
- integridade
- disponibilidade
- responsabilidade compartilhada

O Instituto protege:

- dados pessoais (conforme LGPD)
- dados de estudantes e beneficiários
- documentos administrativos
- informações acadêmicas e científicas
- arquivos de projetos
- dados financeiros e contábeis

A instituição define níveis de acesso e aplica critérios de proteção para cada tipo de documento.

6. Comunicação Científica e Educacional

Por se tratar de uma organização com foco em educação, pesquisa e ciência, o IBSENF:

- promove comunicação técnica baseada em evidências;
 - divulga conhecimento científico por meio de publicações, manuais, cursos e materiais formativos;
 - assegura qualidade editorial, rigor metodológico e ética científica;
 - segue princípios de precisão, confiabilidade e reproduzibilidade.
-

7. Responsabilidades

Diretoria Executiva

Supervisiona toda a comunicação institucional e assegura que as informações sejam corretas, oficiais e compatíveis com o Estatuto.

Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE)

Orienta comunicação científica, valida materiais acadêmicos e garante rigor metodológico.

Setores Administrativos

Executam comunicação com usuários, parceiros e órgãos públicos; mantêm atualizações documentais.

Setor de Proteção de Dados (LGPD)

Supervisiona comunicações que envolvam dados pessoais e garante cumprimento legal.

8. Revisão e Monitoramento

Esta política é revisada:

- anualmente;
- após auditorias;
- em razão de novas legislações;
- por demanda dos Conselhos;
- sempre que houver mudanças institucionais significativas.

9 — Avaliação de Desempenho e Indicadores da Qualidade

Em conformidade com ISO 9001:2015 – Cláusula 9.1

Avaliação de Desempenho e Indicadores da Qualidade

A Avaliação de Desempenho do Instituto Brasileiro Sou Enfermagem (IBSENF) constitui um processo sistemático destinado a monitorar, medir e analisar os resultados institucionais, garantindo que todas as atividades estejam alinhadas à Política da Qualidade, aos Objetivos da Qualidade, ao Estatuto Social e ao compromisso com a melhoria contínua.

Esse sistema permite verificar a eficiência dos processos, a eficácia das ações educacionais e científicas, o impacto social das iniciativas e a conformidade com requisitos legais e normativos aplicáveis.

1. Finalidade do Sistema de Avaliação de Desempenho

O sistema tem por finalidade:

- garantir transparência e responsabilidade institucional;
 - avaliar continuamente o desempenho dos processos operacionais;
 - monitorar o alcance dos Objetivos da Qualidade;
 - orientar decisões estratégicas baseadas em evidências;
 - identificar oportunidades de melhoria;
 - fortalecer o impacto social, educacional e científico do Instituto.
-

2. Princípios Orientadores

A Avaliação de Desempenho segue princípios estabelecidos pela ISO 9001:2015:

- **Mensuração:** uso de indicadores e métricas verificáveis.
 - **Periodicidade:** avaliações regulares, trimestrais e anuais.
 - **Objetividade:** análises baseadas em dados, não em percepções subjetivas.
 - **Rastreabilidade:** registros documentados que comprovam resultados.
 - **Transparência:** divulgação responsável de informações institucionais.
 - **Melhoria Contínua:** uso das análises para aprimorar processos e políticas.
-

3. Indicadores Institucionais da Qualidade

Os indicadores do IBSENF estão diretamente relacionados à natureza institucional educacional, científica e social, englobando:

3.1. Indicadores de Processos Internos

Avaliam eficiência administrativa e operacional.

Incluem – mas não se limitam a:

- tempo médio de resposta institucional;
- cumprimento de prazos legais e estatutários;
- atualização e revisão de documentos controlados;
- desempenho em auditorias internas e externas;

- taxa de implementação de ações de melhoria.
-

3.2. Indicadores Educacionais

Monitoram a qualidade das ações formativas conduzidas pelo Instituto.

Exemplos:

- taxa de conclusão em cursos e capacitações;
 - satisfação dos participantes;
 - qualidade de conteúdos educativos;
 - avaliação de instrutores e facilitadores;
 - número de ações educacionais realizadas no ano;
 - impacto percebido pelos beneficiários.
-

3.3. Indicadores Científicos e Técnicos

Avaliam produção e impacto do conhecimento.

Incluem:

- número de publicações científicas, manuais e relatórios técnicos;
 - projetos de pesquisa executados;
 - participação em redes, grupos e eventos científicos;
 - impacto social das pesquisas;
 - conformidade ética e metodológica.
-

3.4. Indicadores de Impacto Social e Ações Comunitárias

Relativos à finalidade social do IBSENF.

Podem incluir:

- número de beneficiários atendidos;
 - ações comunitárias realizadas;
 - parcerias institucionais no SUS;
 - avaliação de impacto social;
-

- alcance geográfico das iniciativas.
-

3.5. Indicadores de Governança e Transparência

Relacionados à credibilidade institucional.

Como:

- atualizações na página de Governança e Transparência;
 - publicação de documentos oficiais;
 - cumprimento de resoluções internas;
 - regularidade de atas, pareceres e registros;
 - conformidade com exigências legais (contábeis, fiscais e éticas).
-

3.6. Indicadores de Satisfação das Partes Interessadas

Monitoram a percepção de:

- alunos;
- beneficiários;
- voluntários;
- parceiros;
- órgãos públicos;
- comunidade científica.

Inclui:

- pesquisas de satisfação;
 - manifestações da ouvidoria;
 - análises de reputação institucional;
 - tempo de resolução de demandas.
-

4. Coleta, Análise e Monitoramento

O IBSENF estabelece procedimentos para:

- coleta periódica de dados;
- armazenamento seguro dos registros;
- análise trimestral dos indicadores;
- emissão de relatórios anuais;
- revisão dos Objetivos da Qualidade com base nos resultados;
- identificação de não conformidades;
- implementação de ações corretivas e preventivas.

Ferramentas como formulários, planilhas, sistemas internos e auditorias são utilizadas para garantir precisão e rastreabilidade.

5. Comunicação dos Resultados

Os resultados da Avaliação de Desempenho são:

- apresentados à Diretoria Executiva;
 - apreciados pelo Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE);
 - registrados em documentos oficiais;
 - disponibilizados, quando pertinente, na página de Governança e Transparência.
-

6. Responsabilidades

Diretoria Executiva

Conduz, valida e aprova as análises de desempenho.

Coordenação de Qualidade

Responsável pela consolidação de indicadores e relatórios.

Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE)

Avalia aspectos científicos, acadêmicos e metodológicos.

Setores Administrativos e Educacionais

Fornecem dados, registros e evidências necessárias.

7. Revisão e Melhoria Contínua

Este documento é revisado:

- anualmente;
- após auditorias internas ou externas;
- quando houver atualização de políticas, processos ou legislações;
- mediante recomendação dos Conselhos.

10 — Auditorias Internas

Em conformidade com ISO 9001:2015 – Cláusula 9.2

Auditorias Internas do Sistema de Gestão da Qualidade

As Auditorias Internas do Instituto Brasileiro Sou Enfermagem (IBSENF) constituem um processo sistemático, independente e documentado, destinado a avaliar a conformidade dos processos, políticas e registros institucionais frente aos requisitos da ISO 9001:2015, à legislação aplicável e às diretrizes definidas no Estatuto Social.

O objetivo é assegurar a eficácia do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), identificar oportunidades de melhoria e fortalecer a governança, a transparência e o impacto social da instituição.

1. Finalidade das Auditorias Internas

As Auditorias Internas têm como finalidades:

- verificar se o SGQ está adequadamente implementado e mantido;
 - garantir conformidade com a ISO 9001:2015 e com requisitos estatutários;
 - assegurar que os processos institucionais estão sendo cumpridos conforme planejado;
 - identificar não conformidades, riscos e oportunidades de melhoria;
 - promover transparência e segurança institucional;
 - subsidiar decisões estratégicas da Diretoria Executiva.
-

2. Princípios Orientadores

As auditorias internas do IBSENF são conduzidas de acordo com os princípios:

- **Imparcialidade** — avaliadores que não auditam suas próprias atividades;
 - **Independência** — autonomia técnica do auditor interno;
 - **Evidência Objetiva** — conclusões baseadas em registros verificáveis;
 - **Confidencialidade** — proteção dos dados e informações institucionais;
 - **Transparência** — relatórios claros, rastreáveis e arquivados;
 - **Melhoria Contínua** — uso dos achados para aperfeiçoar processos.
-

3. Planejamento das Auditorias

O IBSENF mantém um Plano Anual de Auditorias Internas, que contempla:

- cronograma das auditorias;
- processos e áreas auditadas;
- responsáveis pela execução;
- critérios e métodos de avaliação;
- recursos necessários;
- periodicidade (mínimo anual; podendo ser semestral quando necessário).

O plano é aprovado pela Diretoria Executiva e revisado sempre que houver:

- mudanças organizacionais relevantes;
 - atualização de requisitos legais;
 - resultados significativos em auditorias anteriores;
 - recomendações do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE).
-

4. Critérios e Métodos de Auditoria

A auditoria utiliza os seguintes critérios:

- requisitos da **ISO 9001:2015**;
- políticas institucionais;
- processos documentados;

- indicadores do SGQ;
- diretrizes estatutárias;
- requisitos legais aplicáveis.

Os métodos incluem:

- entrevistas;
 - verificação documental;
 - inspeção de registros;
 - análise de evidências;
 - observação direta (quando aplicável);
 - cruzamento e validação de informações.
-

5. Execução da Auditoria

A execução abrange:

5.1. Reunião de Abertura

Apresentação dos objetivos, critérios e escopo aos responsáveis pelos setores.

5.2. Coleta de Evidências

Os auditores verificam:

- registros operacionais;
- atas e documentos de governança;
- processos educacionais e científicos;
- execução de atividades sociais;
- controles administrativos e legais.

5.3. Classificação dos Achados

Os resultados são classificados como:

- **Conformidade**
- **Não Conformidade**
- **Oportunidade de Melhoria**
- **Observação / Risco Potencial**

5.4. Reunião de Encerramento

Apresentação preliminar dos achados aos setores avaliados.

6. Relatório de Auditoria Interna

Após a auditoria, um Relatório Oficial é emitido contendo:

- escopo da auditoria;
- auditores responsáveis;
- documentos analisados;
- evidências verificadas;
- não conformidades encontradas;
- oportunidades de melhoria;
- recomendações;
- prazos de execução;
- responsáveis pelas ações corretivas;
- conclusão geral da auditoria.

O relatório é:

- registrado;
 - arquivado;
 - submetido à Diretoria Executiva;
 - enviado ao Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE) quando envolver aspectos educacionais ou científicos.
-

7. Ações Corretivas e Preventivas

Sempre que identificadas não conformidades:

- um Plano de Ação é elaborado;
- prazos e responsáveis são definidos;
- a implementação é monitorada;
- a eficácia é avaliada em nova auditoria ou verificação específica.

Quando necessário, o IBSENF registra:

- **Ações Corretivas** — para eliminar causas de não conformidades.
- **Ações Preventivas** — para evitar ocorrências futuras.

Essas ações são documentadas, rastreáveis e avaliadas periodicamente.

8. Competências e Responsabilidades

Diretoria Executiva

- aprova o Plano Anual de Auditorias;
- acompanha a implementação das ações corretivas;
- garante recursos necessários às auditorias.

Auditor(es) Interno(s)

- conduzem as auditorias com independência;
- registram evidências;
- elaboram relatórios;
- recomendam ações de melhoria.

Coordenação de Qualidade (ou equivalente)

- mantém registros;
- monitora planos de ação;
- alimenta indicadores relacionados às auditorias.

Setores Auditados

- fornecem informações e registros;
 - implementam corretamente as recomendações;
 - participam das reuniões de abertura e fechamento.
-

9. Registros e Rastreabilidade

Os seguintes registros são mantidos e controlados:

- plano anual de auditorias;
- listas de verificação utilizadas;
- relatórios de auditoria;

- registros fotográficos (quando aplicável);
- atas de reuniões de auditoria;
- listas de presença;
- planos de ação;
- avaliações de eficácia das ações corretivas.

Todos os registros seguem requisitos de segurança, privacidade e governança.

10. Revisão e Melhoria do Processo de Auditorias Internas

Este processo é revisado:

- anualmente;
- após auditorias externas;
- após alterações nos requisitos legais;
- mediante recomendação da Diretoria ou Conselhos.

A melhoria contínua é parte essencial do SGQ institucional.

11— Análise Crítica pela Direção

Em conformidade com a ISO 9001:2015 – Cláusula 9.3

Análise Crítica pela Direção

A Análise Crítica pela Direção (ACD) é um processo institucional realizado periodicamente pela Diretoria Executiva do Instituto Brasileiro Sou Enfermagem (IBSENF), com o objetivo de avaliar o desempenho do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), verificar sua conformidade com os requisitos da ISO 9001:2015 e assegurar que ele continua adequado, eficaz e alinhado à missão social, educacional e científica da Instituição.

Este processo fortalece a governança, garante transparência e promove decisões estratégicas fundamentadas em evidências.

1. Finalidades da Análise Crítica pela Direção

A ACD tem como principais finalidades:

- avaliar o desempenho e a eficácia do SGQ;
 - monitorar o atendimento aos objetivos institucionais e indicadores de qualidade;
 - revisar não conformidades, riscos e oportunidades;
 - assegurar que recursos adequados estejam disponíveis;
 - buscar melhorias contínuas nos processos;
 - validar alinhamento estratégico com o Estatuto Social;
 - fortalecer governança e credibilidade institucional.
-

2. Periodicidade

A Análise Crítica pela Direção é realizada:

- **anualmente** (mínimo exigido pela ISO 9001:2015);
- **em caráter extraordinário**, quando houver:
 - mudanças regulatórias relevantes;
 - não conformidades significativas;
 - necessidade estratégica;
 - recomendações dos Conselhos.

Todas as análises críticas são registradas e arquivadas.

3. Entradas para a Análise Crítica

Conforme a ISO 9001:2015, a Diretoria utiliza como insumos:

3.1. Resultados de auditorias internas e externas

- conformidades e não conformidades;
 - planos de ação;
 - eficácia das ações corretivas.
-

3.2. Situação das ações corretivas e preventivas

- itens pendentes;
-

- riscos associados;
 - eficiência dos planos de mitigação.
-

3.3. Desempenho de processos e indicadores de qualidade

Indicadores avaliados incluem:

- indicadores educacionais;
 - indicadores científicos;
 - indicadores administrativos e financeiros;
 - indicadores de atendimento e impacto social;
 - cumprimento de metas estatutárias.
-

3.4. Situação dos recursos institucionais

A Diretoria avalia:

- recursos humanos;
 - infraestrutura;
 - recursos financeiros;
 - tecnologias utilizadas;
 - parcerias e convênios.
-

3.5. Feedback de partes interessadas

Inclui:

- comunidade científica;
 - beneficiários;
 - profissionais de saúde;
 - voluntários;
 - órgãos públicos;
 - parceiros institucionais.
-

3.6. Desempenho de projetos educacionais e científicos

- cursos oferecidos;
 - produção técnico-científica;
 - projetos de extensão;
 - projetos sociais;
 - atividades vinculadas ao SUS.
-

3.7. Avaliação de riscos e oportunidades

- análise dos riscos existentes;
 - identificação de riscos emergentes;
 - aproveitamento de oportunidades institucionais.
-

3.8. Conformidade legal e estatutária

- cumprimento de exigências fiscais;
 - conformidade regulatória;
 - atendimento às obrigações próprias de uma OSC.
-

4. Saídas da Análise Crítica

Como resultado da ACD, a Diretoria define:

4.1. Melhorias no Sistema de Gestão da Qualidade

- atualização de documentos;
 - revisão de fluxos;
 - padronização de processos;
 - eliminação de falhas.
-

4.2. Melhorias nos produtos e serviços institucionais

- cursos;
-

- publicações científicas;
 - relatórios;
 - atividades formativas.
-

4.3. Necessidades de investimento e recursos

- contratação ou capacitação de pessoal;
 - melhorias de infraestrutura ou equipamentos;
 - aquisição de softwares ou serviços.
-

4.4. Ajustes estratégicos

Podem incluir:

- novos projetos;
 - revisão de prioridades;
 - expansão de parcerias;
 - fortalecimento de atividades vinculadas ao SUS.
-

4.5. Decisões sobre riscos, oportunidades e ações preventivas

- manter, ajustar ou eliminar riscos;
 - aproveitar oportunidades de impacto social ou científico;
 - reforçar mecanismos de controle interno.
-

5. Registros e Evidências

A ACD gera registros oficiais, incluindo:

- ata de reunião;
- lista de presença;
- relatórios de auditoria analisados;
- apresentações ou anexos;
- planos de ação resultantes;

- evidências de implementação.

Os registros são mantidos conforme a Política de Controle Documental.

6. Responsabilidades

Diretoria Executiva

- coordena e preside a análise crítica;
- avalia indicadores e evidências;
- valida decisões e aprova planos de ação.

Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE)

- analisa aspectos educacionais e científicos;
- contribui com recomendações estratégicas.

Coordenação Administrativa e de Qualidade

- organiza documentos e registros;
 - prepara relatórios consolidados;
 - acompanha implementações pós-ACD.
-

7. Melhoria Contínua

A Análise Crítica pela Direção consolida o ciclo de melhoria contínua, garantindo que o IBSENF:

- avance na qualidade e impacto social;
- mantenha conformidade estatutária;
- assegure transparência e governança;
- fortaleça a credibilidade institucional;
- sustente padrões alinhados à ISO 9001:2015.

12 — Indicadores de Desempenho Institucionais (KPIs)

Os Indicadores de Desempenho Institucionais (Key Performance Indicators – KPIs) constituem um instrumento essencial para o monitoramento contínuo da qualidade, eficiência e impacto das ações desenvolvidas pelo Instituto Brasileiro Sou Enfermagem (IBSENF). Eles permitem acompanhar resultados, orientar a tomada de decisão, assegurar o alinhamento às finalidades estatutárias e atender aos requisitos da ISO 9001:2015.

O processo de monitoramento fortalece a governança, aprimora a transparência e reforça o compromisso do IBSENF com a responsabilidade pública, com o SUS e com a promoção da educação, ciência e impacto social.

1. Finalidade dos Indicadores

Os KPIs do IBSENF têm como objetivos:

- Monitorar o desempenho dos processos institucionais.
- Avaliar a eficácia do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ).
- Evidenciar resultados perante Conselhos, órgãos reguladores e sociedade.
- Apoiar decisões estratégicas da Diretoria Executiva.
- Demonstrar atendimento às finalidades estatutárias.
- Garantir eficiência administrativa, educacional, financeira e operacional.
- Sustentar ciclos de melhoria contínua.
- Atender exigências regulatórias da CPA (quando aplicáveis).

2. Estrutura dos Indicadores

Os indicadores estão organizados em seis dimensões institucionais:

1. **Indicadores Educacionais**
2. **Indicadores Científicos**
3. **Indicadores Administrativos e de Governança**
4. **Indicadores Financeiros**
5. **Indicadores de Impacto Social e Relação com o SUS**

6. Indicadores Regulatórios e CPA (MEC) — novo

Cada indicador inclui:

- Nome
 - Objetivo
 - Fórmula
 - Meta anual
 - Periodicidade
 - Responsável
 - Registros vinculados
-

3. Indicadores Institucionais (KPIs)

3.1. Indicadores Educacionais

Monitoram a qualidade e o alcance das ações formativas oferecidas pelo IBSENF.

a) Índice de Conclusão das Ações Educativas

Proporção de participantes que finalizam cursos, oficinas ou capacitações.

b) Satisfação dos Participantes

Avaliação da qualidade percebida, metodologia, aplicabilidade e suporte.

c) Qualificação Docente / Instrutores

Percentual de instrutores com formação adequada, comprovação técnica e atualização profissional.

d) Expansão da Oferta Formativa

Total de novos cursos e programas implementados no ano.

3.2. Indicadores Científicos

Monitoram a produção científica da instituição.

a) Produção Técnica e Científica

Artigos, relatórios, pareceres, notas técnicas.

b) Participação em Eventos Científicos

Congressos, seminários e encontros.

c) Projetos Técnico-Científicos Desenvolvidos

Número de projetos submetidos, aprovados e executados.

3.3. Indicadores Administrativos e de Governança

Relacionados ao desempenho interno e conformidade estatutária.

a) Cumprimento de Atas e Deliberações

Percentual de decisões oficialmente implementadas.

b) Tempo de Resposta Institucional

Prazo médio de atendimento de demandas.

c) Índice de Conformidade Documental

Percentual de documentos registrados, atualizados e acessíveis.

d) Gestão de Riscos Institucionais

Riscos mapeados e tratados periodicamente.

3.4. Indicadores Financeiros

Avaliam a sustentabilidade econômica da entidade.

a) Índice de Saúde Financeira

Controle de receitas, despesas e fluxo de caixa.

b) Diversificação de Receitas

Número e equilíbrio entre fontes de recursos.

c) Execução Orçamentária

Percentual de cumprimento do orçamento anual.

3.5. Indicadores de Impacto Social e Relação com o SUS

Centrais para o IBSENF, conforme seu Estatuto.

a) Profissionais e Comunidades Beneficiadas

Impacto total das ações educativas ou científicas.

b) Projetos Vinculados ao SUS

Número de iniciativas alinhadas às políticas públicas de saúde.

c) Relevância Social das Ações

Impacto percebido nas comunidades atendidas.

d) Atendimento às Finalidades Estatutárias

Percentual de ações diretamente relacionadas aos objetivos da organização.

3.6. Indicadores Regulatórios e CPA (MEC)

Mesmo antes da oferta de cursos superiores, o IBSENF adota indicadores regulatórios fundamentais utilizados pelo MEC em sua política de qualidade, assegurando governança acadêmica e alinhamento às melhores práticas.

Esses indicadores tornam o Instituto **pronto para eventual credenciamento educacional**, fortalecendo reputação, EAT e maturidade institucional.

a) Autoavaliação Institucional (CPA)

Avaliação anual dos seguintes eixos da CPA:

- Planejamento Institucional
- Desenvolvimento Acadêmico
- Responsabilidade Social
- Gestão Institucional
- Infraestrutura

b) Índice de Satisfação Acadêmica Geral

Satisfação global dos participantes em relação à instituição.

c) Avaliação dos Processos Formativos (Instrumentos MEC)

Avaliação da estrutura dos cursos segundo critérios do MEC:

- Organização Didático-Pedagógica
- Corpo Docente
- Infraestrutura

d) Índice de Efetividade dos Processos Avaliativos

Percentual de ações corretivas implantadas após ciclos da CPA.

e) Indicador de Regularidade Regulatória

Checklist de conformidade em:

- Documentos oficiais
 - Estrutura de governança
 - Atos administrativos
 - Publicidade e transparência
-

4. Monitoramento e Análise dos Indicadores

A estrutura de monitoramento respeita a governança definida no Estatuto Social:

- **Coordenação Administrativa e da Qualidade:** Coleta, registro e análise primária dos dados operacionais.
- **Diretoria Executiva:** Análise tática e gestão dos planos de ação, submetendo relatórios ao Conselho Gestor.
- **Conselho Gestor: Avaliação estratégica superior**, aprovação de contas e monitoramento dos KPIs financeiros e de sustentabilidade (conforme Art. 30 do Estatuto).
- **Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE):** Análise qualitativa dos indicadores educacionais e científicos.
- **Comissão Própria de Avaliação (CPA):** Condução da autoavaliação institucional e indicadores de satisfação.
- **Procurador Institucional (PI):** Monitoramento dos indicadores de regularidade regulatória junto ao MEC (e-MEC).

Periodicidade:

- Mensal: Acompanhamento operacional (Diretoria/Coordenações).
 - Trimestral: Relatórios consolidados para o Conselho Gestor.
 - Anual: Análise Crítica pela Direção e Relatório da CPA.
-

5. Ferramentas e Registros

- Relatórios trimestrais
 - Planos de ação
-

- Dashboard institucional (KPIs)
 - Relatórios da CPA
 - Auditorias internas
 - Indicadores de cursos e projetos
 - Documentos estatutários
-

6. Melhoria Contínua

Com base nos KPIs monitorados, o IBSENF executa ações de melhoria contínua voltadas a:

- evolução da qualidade institucional;
- fortalecimento da governança;
- aprimoramento da transparência;
- impacto social crescente;
- alinhamento à ISO 9001:2015;
- conformidade com o Estatuto Social e boas práticas do MEC.

“Documento Revisado em: 29 de novembro de 2025”

“Aprovado por: Conselho Gestor e Diretoria Executiva” “Versão: 2025.1