

## **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 (OSCIPs).
- **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 reprodutibilidade.

---

## 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 auditem 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**

AACD 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**

AACD 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***