RELATÓRIO ANUAL DE ATIVIDADES DE AUDITORIA INTERNA – RAINT
2022

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

FEVEREIRO/2022

RELATÓRIO ANUAL DE ATIVIDADES DE AUDITORIA INTERNA - RAINT

***EMSERH**/Exercício 2022*

FEVEREIRO/2023

Av. Borbormema, qd. 16, nº 25, Calhau – CEP: 65.071-360 – São Luís/MA

Marcelo Apolonio Duailibe Barros
Presidente

Vânia Paula Moura Martins
Auditora Interna

Jorge Luís Moura Nascimento Filho
Gerente de Auditoria Interna

Kilma Keila Dias Costa Teixeira
Gerente de Auditoria Hospitalar

SUMÁRIO

1 – APRESENTAÇÃO

Este Relatório Anual de Atividades de Auditoria Interna (RAINT) destina-se a apresentar os resultados dos trabalhos realizados durante o exercício de 2022 por esta Auditoria Interna, sendo elaborado em observância ao disposto na Instrução Normativa/CGU nº. 09, de 09/10/2018.

2 – INTRODUÇÃO

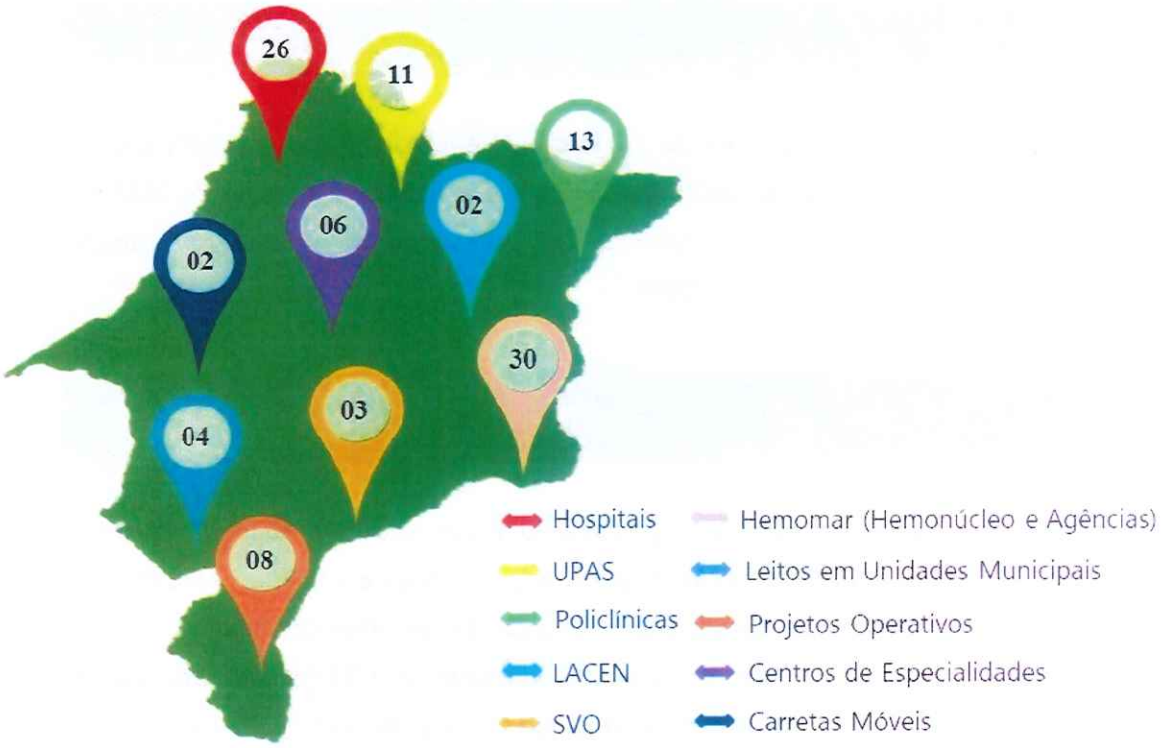
Dá-se conhecimento a proposta do Plano Anual de Auditoria Interna – PAINT/2022 da EMSERH, elaborada pela equipe da Auditoria Interna (AUDIN), que reúne as atividades planejadas voltadas à realização dos trabalhos de auditoria.

Em 2015, a Emserh iniciou seus trabalhos com 04 (quatro) Unidades de Saúde, abrangendo 01 (um) Hospital, 01 (um) Centro de Hematologia e Hemoterapia, 01 (um) Laboratório e 01 (uma) Unidade Mista. Atualmente, possui contratos firmados com a Secretaria de Saúde, Secretaria de Estado da Mulher e Secretaria de Estado de Administração Penitenciária, totalizando um gerenciamento de 105 Unidades de Saúde, conforme descriminadas no gráfico abaixo:

Quadro 1: Unidades de Saúde administradas pela EMSERH

UNIDADES DE SAÚDE		
ORD.	**DESCRIÇÃO**	**QTD**
1	Hospitais	26
2	Unidade de Pronto Atendimento - UPA	11
3	Policlínicas	13
4	Laboratório Central - LACEN	02
5	Centro Especializados	06
6	Serviço de Verificação de Óbito - SVO	03
7	Hemomar (Hemonúcleo e Agências)	30
8	Carretas Móveis	02
9	Leitos em Unidades Municipais	04
10	Projetos Operativos	08
TOTAL		**105**

Fonte: Auditoria Interna



A EMSERH é uma empresa pública dotada de personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, criada com a Lei nº 9.732, de 19 de dezembro de 2012, com a finalidade de prestar serviços gratuitos de assistência Médico-Hospitalar, Ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade. Observando sempre as diretrizes e políticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde no âmbito do sistema único de saúde – SUS.

Nesta oportunidade, destacamos que este relatório é um instrumento fundamental para mensurar resultados, demonstrando em que escala de risco cada macroprocesso analisado e auditado encontra-se, priorizando os ajustes dos pontos críticos, possibilitando um acompanhamento qualitativo e quantitativo dos avanços desta empresa pública.

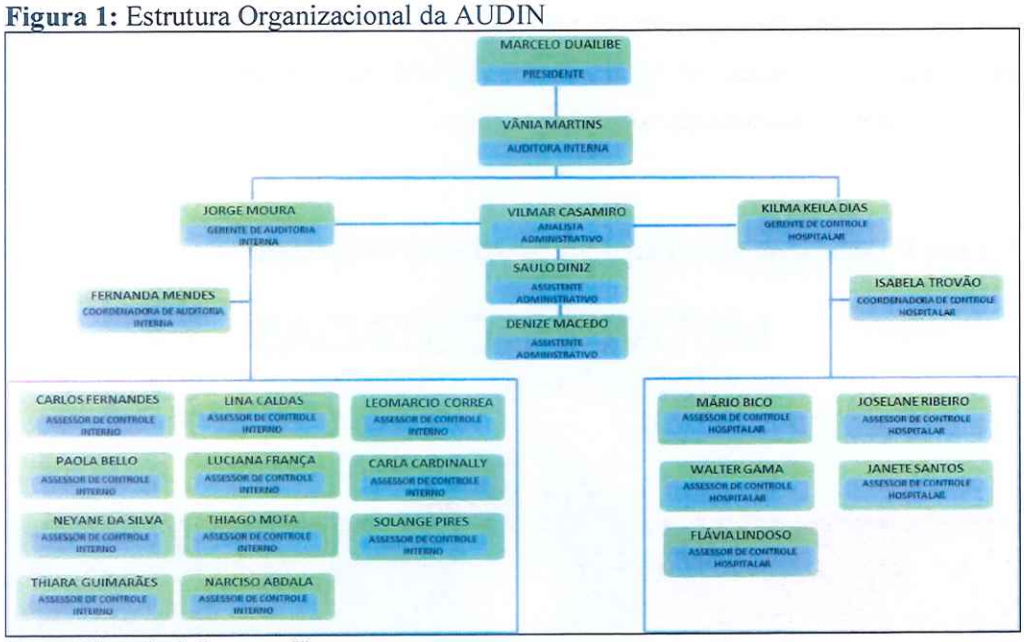
3 – AUDITORIA INTERNA - AUDIN

Auditoria Interna compreende os exames preliminares das áreas, atividades, produtos, processos e legislação aplicável à área auditada, para definir a amplitude e a época do trabalho a ser realizado, de acordo com as diretrizes estabelecidas pela empresa e pelo **Art. 52** do Estatuto Social.

2.1. Estrutura da Auditoria Interna

A Auditoria Interna conta com profissionais de formação superior e pós-graduados, sendo composta por 01 (uma) auditora, 02 (dois) gerentes um de auditoria interna e outro de auditoria hospitalar, 02 (duas) coordenadorias, 11(onze) assessores de controle interno e 05 (cinco) assessores de controle hospitalar.

Figura 1: Estrutura Organizacional da AUDIN



Fonte: Diretoria de Recursos Humanos

O expoente principal da Auditoria Interna pode ser uma grande oportunidade para mapear os processos, a fim de construir, analisar ou desenvolver a leitura da realidade de cada setor/unidade, de forma crítica, coerente, completa, sistemática e compreensível, além de dar amplitude às atividades de modo a promover procedimentos necessários ao processo.

4 – DEMONSTRATIVO DOS TRABALHOS DA AUDITORIA INTERNA, REALIZADOS, NÃO CONCLUÍDOS E NÃO REALIZADOS.

As ações de auditoria executadas em 2022 foram norteadas pelo Plano Anual de Atividades de Auditoria Interna (PAINT), abrangendo o período de 04/01/2022 a 31/12/2022, contemplando, além das ações de auditoria, as atividades de gestão, o acompanhamento dos diligenciamentos e o monitoramento das recomendações da AUDIN, e, por fim, a capacitação de seus colaboradores que contribuam para o aperfeiçoamento das atividades desempenhadas pela Auditoria.

Nos Quadros detalhados abaixo, apresentam-se informações quanto às ações, contendo a descrição, o início e conclusão do período e o status de execução:

4.1. Demonstrativo das Ações Realizadas de Auditoria Interna

Os trabalhos de auditorias planejados para o exercício de 2022, na totalidade de 17 (dezessete) ações, 16 (dezesseis) foram realizadas, alcançando um nível de execução de 95%, apresentado no gráfico 1 abaixo.

Gráfico 1: Demonstrativo de Execução das Ações do PAINT/2022

Fonte: Elaborado pela equipe da AUDIN

Quadro 2 - Demonstrativo das Ações Realizadas de Auditoria Interna

Nº Ação	Descrição da Ação	Período de Execução		Status 2022	
		Data do Início	Data da Conclusão		
1	Elaboração do RAINT 2021	01/01/2022	31/01/2022	Concluído	●
2	Elaboração do PAINT 2023	01/12/2022	30/12/2022	Concluído	●
3	Acompanhar a Folha de pagamento	04/01/2022	09/12/2022	Concluído	●
4	Elaboração do Parecer da Auditoria para Prestação de Contas Anual de 2021	01/03/2022	31/03/2022	Concluído	●
5	Treinamento Cartão Coorporativo	18/02/2022	18/02/2022	Concluído	●
6	Ações de integração e comunicação da AUDIN com os setores da sede e unidades administradas	04/01/2022	02/12/2022	Concluído	●
7	Elaboração, acompanhamento e atualização das recomendações	05/07/2022	31/12/2022	Concluído	●
8	Monitoramento das atividades realizadas de auditoria do exercício 2021	05/07/2022	31/12/2022	Concluído	●
9	Capacitação da Equipe Técnica	04/01/2022	02/12/2022	Concluído	●
11	Reserva Técnica	04/01/2022	02/12/2022	Concluído	●
12	Continuidade do Acompanhamento nos contratos vigentes e vindouros da EMSERH	04/01/2022	31/12/2022	Concluído	●
13	Relatório mensal dos processos de pagamento de fornecedores e/ou prestadores de serviço em geral e processos de contratação de compras públicas tramitados nesta auditoria.	04/01/2022	31/12/2022	Concluído	●
15	Workshops Internos	28/01/2022	26/12/2022	Concluído	●
16	Auditorias *in loco/Sede*	05/07/2022	31/12/2022	Concluído	●
17	Auditorias *in loco/Unidades de Saúde*	03/02/2022	01/12/2022	Concluído	●

Fonte: Elaborado pela equipe da AUDIN

Observa-se no gráfico 2 acima, que 95% das ações foram concluídas. Além dessas ações, 5% ficaram em andamento, no entanto, esta foi reprogramada para o exercício de 2023. Informamos ainda, que a ação 14 foi devidamente cancelada, pois o setor de Sindicância passou a ser ligado ao Gabinete. Todas as informações estão explicadas no item 4.2.

De acordo com as boas práticas relativas à auditoria interna, tem-se realizado um planejamento específico para cada ação de auditoria (constante ou não do PAINT), nos quais são definidos o escopo e os objetivos, além da carga horária a ser despendida na realização das ações. Segue abaixo demonstrativo das ações executadas:

a) ***Ação 1:*** *Elaboração do RAINT 2021*

A ação de auditoria com foco na elaboração do RAINT 2021, tem por finalidade relatar as atividades realizadas pela AUDIN. O presente relatório foi encaminhado para o Gabinete (Memo. nº 127/2022 – AUDIN) e posterior apreciação do Conselho de Administração da EMSERH.

b) ***Ação 2:*** *Elaboração do PAINT 2023*

A ação de auditoria com foco na elaboração do PAINT 2023, tem por finalidade contemplar o planejamento macro das ações de controle, levando em consideração a previsão de integração das ações também das unidades de saúde administradas pela EMSERH.

c) ***Ação 3:*** *Acompanhar a Folha de Pagamento*

A ação de auditoria com foco nas ações do RH, resultou na análise de 14 processos de repasses, referente a verbas rescisórias, FGTS, férias e vale transporte, abrangendo o período de maio e junho de 2022.

d) ***Ação 4:*** *Elaboração do Parecer da Auditoria para Prestação de Contas Anual de 2021*

A presente ação foi elaborada e finalizada no período de março de 2022 e encaminhado para o Gabinete (Memo. nº 127/2022 – AUDIN) e Diretoria Financeira (Memo. nº 128/2022 - AUDIN), a fim de compor a prestação de contas junto ao Tribunal de Contas do Estado do Maranhão – TCE.

e) ***Ação 5:*** *Orientação e dúvidas do uso do Cartão Corporativo*:

✓ No dia 21/02/2022 aconteceu o I Encontro de Gestores da EMSERH, no salão Ouriço do Praia Mar Hotel, na Península, com a participação aproximadamente de 150 (cento e cinquenta) gestores de unidades de saúde da capital e interior do Estado. Na oportunidade esclarecemos possíveis dúvidas acerca da instrumentalização dos cartões corporativos desta empresa pública. Aproveitamos também, para entregar a Cartilha de orientação do cartão corporativo confeccionada, a fim de um bom entendimento e manuseio do recurso, carga horária de 4h.

f) ***Ação 6:*** *Ações de integração e comunicação da AUDIN com os setores da sede e unidades administradas*:

Ademais, cabe informar que esta Auditoria Interna também se fez presente em diversas reuniões com os demais setores desta EMSERH e em visitas as unidades de saúde ao longo de 2022, tomando decisões gerenciais conjuntas, visando sempre a melhor condução dos trabalhos e instrução processual.

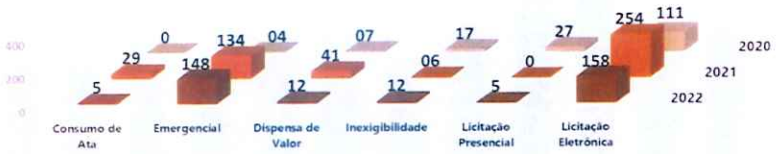
g) ***Ação 12:*** *Continuidade do Acompanhamento nos contratos vigentes e vindouros da EMSERH.*

No exercício de 2022, foram finalizados **340** processos licitatórios, conforme informado pela Comissão Setorial de Licitação – CSL, através do memorando nº 031/2023 – CSL/EMSERH.

Gráfico 2: Processos Licitatórios

DEMONSTRATIVO DOS PROCESSOS DE CONTRATAÇÃO

ANO	CONSUMO DE ATA	EMERGENCIAL	DISPENSA DE VALOR	INEXIGIBILIDADE	LICITAÇÃO PRESENCIAL	LICITAÇÃO ELETRÔNICA
2020	-	4	7	17	27	111
2021	29	134	41	6	-	254
2022	5	148	12	12	5	158



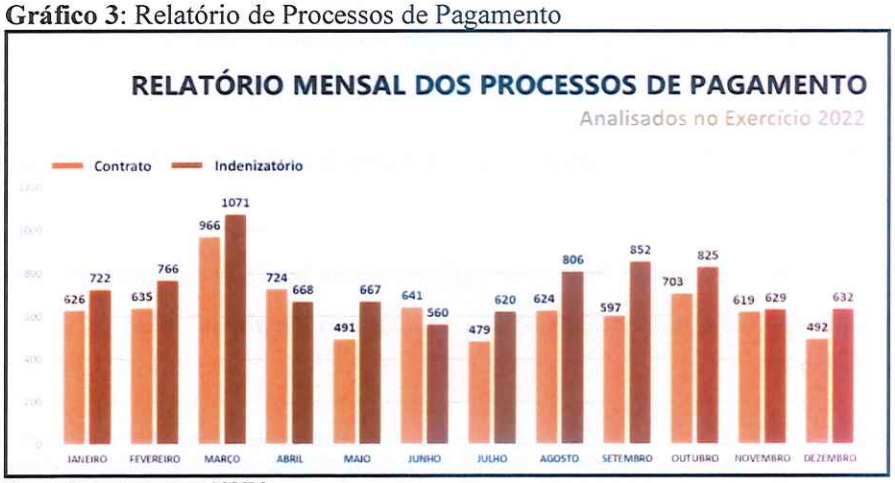
Fonte: Fornecido pelo Setor da CSL nos anos anteriores

Os procedimentos licitatórios têm sido acompanhados por esta Auditoria Interna, sendo que alguns processos estão devidamente formalizados, dentro da regularidade exigida pela legislação vigente. Observa-se o gráfico 1 acima, percebemos uma redução 38% no processo de licitação eletrônica entre 2021 e 2022.

h) ***Ação 13:*** *Relatório mensal dos processos de pagamento de fornecedores e/ou prestadores de serviço em geral e processos de contratação de compras públicas tramitados nesta auditoria.*

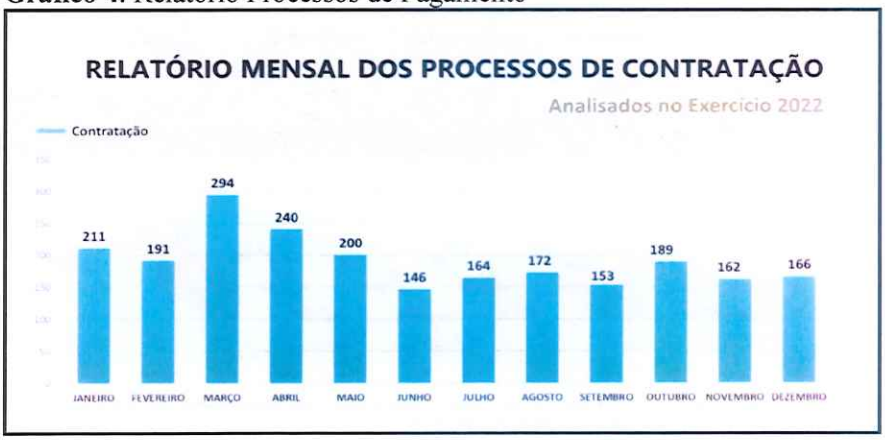
No exercício 2022, foram analisados **18.698** processos por esta Auditoria Interna, sendo 7.596 de pagamento de contratos, 8.818 de pagamentos indenizatórios e 2.288 de processos de contratação, conforme gráficos abaixo:

Gráfico 3: Relatório de Processos de Pagamento



Fonte: Levantamento AUDIN

Gráfico 4: Relatório Processos de Pagamento



Fonte: Levantamento AUDIN

i) ***Ação 15:*** *Workshops Internos e Externos.*

Os serviços de treinamento decorrem da identificação de oportunidades ou de necessidades de melhoria em processos de trabalho que podem ser proporcionadas por meio de atividades de capacitação, conduzidas pela AUDIN, direcionadas aos setores da sede, bem como as Unidades de Saúde.

Para atingir os objetivos propostos, característicos, foram realizados um cronograma de treinamento com setores da SEDE e UNIDADES DE SAÚDE, conforme a seguir:

✓ *Workshop de Concessão de Diárias:* o presente workshop teve sua realização em dois períodos, de modo que a participação dos colaboradores não interferisse na realização de suas atividades diárias. O workshop foi ministrado pelo Gerente de Auditoria Interna - Jorge Luís Moura Nascimento Filho, sob supervisão da Auditora Interna – Vania Moura Martins. Vejamos:

- No dia 28/01/2022 no auditório do Praia mar hotel, foi realizado o workshop de diárias, que contou com a participação aproximadamente de 45 (quarenta e cinco) colaboradores da FESMA, com carga horária de 4h.

Wokshop de Concessão de Diárias

- Nos dias 01 e 02/06/2022, divido em dois turnos, contou com a participação de 35 (trinta e cinco) colaboradores da sede dos setores do Gabinete, Núcleo Jurídico, Núcleo e Comunicação e Marketing, Gerência de Qualidade, Gerência de Compras e Contratos, Gerência de Engenharia e Manutenção, Gerência de Engenharia Clínica, Gerência de Engenharia Clinica, Gerência Administrativa, Gerência de SESMT, Gerência de TI, Gerência de Processos Financeiros, Gerência de Contabilidade, Gerência de

Planejamento, Gerência de Desenvolvimento de Sistemas, Protocolo, CSL, SESMT, Gerência de Contabilidade, Gerência de Prestação de Contas, Gerência de Parceria, Gerência de Residência Médica, Gerência de Relações Trabalhistas e de Desenvolvimento, Sindicância, Gerência Financeira, Gerência de Gestão Hospitalar e Gerência da CAF, com carga horária de 4h.

✓ *Treinamento sobre instrução dos processos de pagamento e de contratação – SEDE*: o presente treinamento contou com um cronograma em comum acordo com algumas gerências, de modo que a participação dos colaboradores não interferisse na realização de suas atividades diárias. O treinamento foi ministrado pelo Gerente de Auditoria Interna - Jorge Luís Moura Nascimento Filho, sob supervisão da Auditora Interna – Vania Moura Martins. Vejamos:

- No dia 03/06/2022, a CAF – Central de Abastecimento Farmacêutica, participou do treinamento com aproximadamente 09 (nove) colaboradores e no dia 12 de agosto com treinamento prático, para melhor visualização da análise processual, com carga horária de 4h.

Treinamento CAF

- No dia 18/07/2022, a Gerência de Engenharia e Manutenção e a Gerência de Engenharia Clínica, participaram do treinamento com aproximadamente 20 (vinte) colaboradores, e aproveitamos para fazer treinamento prático, para melhor visualização da análise processual, com carga horária de 4h.

Treinamento na Engenharia

- No dia 12/08/2022, a Gerência Administrativa, participou do treinamento com aproximadamente 12 (doze) colaboradores, e aproveitamos para fazer treinamento prático, para melhor visualização da análise processual, com carga horária de 4h

Treinamento da Gerência Administrativa

- No dia 26/08/2022, a Gerência de Gestão Hospitalar, participou do treinamento com aproximadamente 17 (dezessete) colaboradores, para melhor entendimento a análise processual, com carga horária de 4h.

Treinamento da Gerência Administrativa

Destacamos que o objetivo dos treinamentos foi esclarecer sobre a correta instrução dos processos que passam por esta Auditoria Interna, a fim de garantir a legalidade dos mesmos.

- Para finalizar, no dia 26/12/2022, as Gerências da Gestão Hospitalar, TIC, CAF e Administrativa, participaram do último treinamento do ano com aproximadamente 12 (doze) colaboradores, para melhor entendimento a análise processual, com carga horária de 4h.

Treinamento Diversos Setores

4.2. Demonstrativo das Ações não Concluídas e não Realizadas de Auditoria Interna

Além das ações citadas acima, a Ação 10 (quadro 3), que trata de Bens Móveis e Imóveis está em andamento e a Ação 14 (quando 3) foi cancelada, por motivo da Sindicância está agora vinculada ao gabinete.

Quadro 3- Demonstrativo das Ações Não Concluídas de Auditoria Interna

Nº Ação	Descrição da Ação	Período de Execução		Status 2022	
		Data do Início	Data da Conclusão		
10	Bens Móveis e imóveis	-	-	Em Andamento	
14	Workshop sobre a Instrução Processual nos processos de Sindicância Investigativa, Punitiva e Processo Administrativo Disciplinar.	CANCELADO	CANCELADO	Cancelado	

Fonte: Elaborado pela equipe da AUDIN

5 - RELAÇÃO DOS TRABALHOS DE AUDITORIA INTERNA REALIZADOS, SEM PREVISÃO NO PAINT 2022.

Durante o exercício de 2022, está Auditoria foi convidada a participar de algumas comissões internas, para fins de cosultoria, análise e recomendações, conforme descrito abaixo:

Quadro 4 - Ação Extra

Nº Ação	Descrição da Ação	Status 2022	
18	Comissão Extraordinária de Elaboração e Revisão-CEER	Andamento	●

A comissão foi instituida com finalidade na elaboração e revisão de Instrumentos Normativos, os quais irão regulamentar e organizar as atividades desta empresa pública. Informa - se proposta de criação de 29 normativos interno em que 6 (seis) deles já foram aprovados, 5 (cinco) pendentes de aprovação, 9 (nove) pendentes de elaboração e 9 (nove) pendentes de atualização.

Quadro 5 - Ação Extra

Nº Ação	Descrição da Ação	Status 2022	
19	Comissão de Elaboração de Fluxos Internos	Andamento	●

A comissão foi instituida para fins de pesquisa, análise, deliberação e demais atos que se fizerem necessários, com a finalidade de elaboração/aprimoramento dos fluxos intrnos processuais da EMSERH. Informa-se que foram atualizados 23 (vinte e três) fluxos internos e que o mesmo estão pendentes de aprovação.

6 – DEMONSTRATIVO DAS RECOMENDAÇÕES EMITIDAS E NÃO IMPLEMENTADAS OU IMPLEMENTADAS PARCIALMENTE ATÉ A DATA DA ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO

Durante o exercício de 2022, além da execução das ações de auditoria, realizaram-se diversas auditorias nas unidades de saúde, abordando diversos temas para melhores visibilidades das demandas. Logo, foram elaboradas recomendações relatadas nos relatórios de auditorias, a fim de verificar a aderência e a efetividade das providências relacionadas.

Nesse sentido, apresentam-se, detalhados no quadro 8 abaixo, os dados registrados nos referidos relatórios de auditoria executados nas Unidades de Saúde, bem como a quantidade de recomendações emitidas e constatações encontradas pela equipe da AUDIN, conforme previsto na **Ação 7**. Vejamos:

Quadro 6 - Recomendações emitidas dos Relatórios de Auditoria da Unidades de Saúde

Nº RAUDIN	MACROPROCESSOS/PROCESSOS	DADOS DO RELATÓRIO		STATUS
		QTD Temas	QTD Recomendações	
01/2022	Fesma	2	2	**Situação:** Em Monitoramento Exercício 2024
	Upas Araçagy, Cidade Operária e Paço Do Lumiar	19	19	
02/2022	Upas Parque Vitória, Vinhais e Itaqui Bacanga	12	12	**Situação:** Em Monitoramento Exercício 2024
03/2022	Hospital Dr. Adelson de Sousa Lopes – Vila Luizão	15	15	**Situação:** Em Monitoramento Exercício 2024
04/2022	Hospital Aquiles Lisboa	8	8	**Situação:** Em Monitoramento Exercício 2024
05/2022	Policlínicas da Vila Luizão, Cidade Operária, Pam Diamante, Cohatrac, Vinhais, Coroadinho. Centro de Reabilitação da Cidade Operária, Olho D'água e TEA.	54	54	**Situação:** Em Monitoramento Exercício 2024
06/2022	Hospital Presidente Vargas	31	31	**Situação:** Em Monitoramento Exercício 2024
07/2022	Hospital Macrorregional Dra. Ruth Noleto	10	10	**Situação:** Em Monitoramento Exercício 2024

08/2022	Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz	10	10	**Situação:** Em Monitoramento Exercício 2024
09/2022	Upa Timon	3	3	**Situação:** Em Monitoramento Exercício 2024
10/2022	Hospital de Cuidados Intensivos - HCI	31	31	**Situação:** Em Monitoramento Exercício 2024
11/2022	Agência Transfusional De Coroatá, Upa De Coroatá, Casa de Apoio do Hospital Macrorregional De Coroatá, Hospital Macrorregional De Coroatá, Agência Transfusional De Chapadinha, Hospital De Chapadinha, Hospital Regional Paulino Neves, Agência Transfusional de Barreirinhas, Hospital Regional Barreirinhas e Hospital Regional De Morros	133	133	**Situação:** Em Monitoramento Exercício 2024
12/2022	Agência Transfusional de Viana; Núcleo de Hemoterapia de Santa Inês; Agência Transfusional de Zé Doca; Hospital Regional de Santa Luzia do Paruá; Agência Transfusional de Governador Nunes Freire; Agência Transfusional de Carutapera; Agência Transfusional de Cururupu; Núcleo de Hemoterapia de Pinheiro; Policlínica de Cujupe	77	77	**Situação:** Em Monitoramento Exercício 2024
13/2022	Hospital Regional de Urgência e Emergência de Presidente Dutra e Agência Transfusional de Presidente Dutra	48	48	**Situação:** Em Monitoramento Exercício 2024
14/2022	UCI Açailândia	8	8	**Situação:** Em Monitoramento Exercício 2023
15/2022	Hospital Macrorregional Dra. Ruth Noleto	2	2	**Situação:** Em Monitoramento Exercício 2024
16/2022	Agência Transfusional De Açailândia, Policlínica De Açailândia, Hospital e Maternidade Municipal De Porto Franco – MA - UTI, Agência Transfusional De Porto Franco, Policlínica De Matões Do Norte.	63	63	**Situação:** Em Monitoramento Exercício 2024
TOTAL		**526**	**526**	

Fonte: Elaborado pela equipe da AUDIN

Ressalta-se que, em 2023 e 2024, terá o acompanhamento do atendimento das recomendações emitidas, a fim de monitorar se estas estão sendo executadas. Todas as informações das recomendações encontram-se no **ANEXO I.**

6.1. Relatórios de auditorias não concluídos, bem como suas recomendações.

Demonstraremos, a seguir, as Unidades de Saúde que foram auditadas, porém os seus relatórios não concluídos em 2022, cujos serão emitidos no início do exercício de 2023. Salienta-se que das 93 (noventa e três) Unidades de Saúde auditadas, 43 (quarenta e três) estão com os trabalhos finalizados e seus relatórios e matriz de risco estão em fase de elaboração. Segue demonstrativo das unidades no quadro 7 abaixo:

Quadro 7 - Recomendações emitidas dos Relatórios de Auditoria da Unidades de Saúde

Ord.	Macroprocessos/Processos	Período da visita	Colaboradores
1	Agência Transfusional de Colinas	16 à 17/10/2022	Vânia Martins/Flávia Lindoso/Mário Bico
2	Agência Transfusional de São João Dos Patos	14 à 15/10/2022	
3	Upa São João dos Patos		
4	Hospital Regional de Grajaú	11 à 13/10/2022	
5	Agência Transfusional de Barra Do Corda	7 à 10/10/2022	
6	Policlínica De Barra do Corda		
7	Hospital Regional de Barra do Corda		
8	Agência Transfusional de Coelho Neto	25/10/2022	Vânia Martins/Mário Bico/Isabela Trovão
9	Agência Transfusional de Itapecuru	26/10/2022	
10	Hospital Adélia Matos Fonseca	26 a 28/10/2022	
11	Agência Transfusional de Carolina	03 à 04/11/2022	
12	Agência Transfusional de Alto Parnaíba	04/11/2022	
13	Núcleo de Hemoterapia de Balsas	5 à 7/11/2022	
14	Agência Transfusional de Timon	08/11/2022	
15	SVO - Timon	08/11/2022	
16	Upa Timon	9 à 10/11/2022	
17	Hospital Alarico Nunes Pacheco	10 à 12/11/2022	
18	Núcleo de Hemoterapia de Codó	25/10/2022	Kilma Teixeira/Walter Gama/Flávia Lindoso
19	Upa Codó	26/10/2022	
20	Policlínica Codó	27/10/2022	
21	Uti do Hospital Municipal de Codó	28/10/2022	
22	Núcleo de Hemoterapia de Caxias	03/11/2022	
23	Hospital de Caxias	4 à 7/11/2022	
24	Feme de Caxias	08/11/2022	

25	Policlínica de Caxias	8 à 9/11/2022	
26	Retaguarda de Caxias	10/11/2022	
27	Hospital Regional de Timbiras	11 à 12/11/2022	
28	Upa de Imperatriz	27 à 28/11/2022	Vânia Martins/Kilma Teixeira/Mário Bico/Walter Gama
29	Núcleo de Hemoterapia de Imperatriz	29/11/2022	
30	Casa de Apoio a Gestante	29/11/2022	
31	Centro de Referência Do Idoso	29/11/2022	
32	SVO - Imperatriz	30/11/2022	
33	Policlínica Imperatriz	30/11 à 01/12/2022	
34	Upa de Imperatriz	02 à 03/12/2022	
35	Hospital Regional Materno Infantil	4 à 6/12/2022	
36	Hospital Macrorregional Ruht Noleto	7 à 9/12/2022	
37	Hospital Regional de Peritoró	7 à 9/10/2022	Kilma Teixeira/Walter Gama/Isabela Trovão
38	Núcleo de Hemoterapia De Pedreiras	10/10/2022	
39	Hospital Regional Pedreiras	10 à 12/10/2022	
40	Hospital Regional Lago da Pedra	12 à 13/10/2022	
41	Agência Transfusional de Santa Luzia do Tide	14/10/2022	
42	Agencia Transfusional Bacabal	14/10/2022	
43	Hospital Geral de Alto Alegre	15 à 18/10/2022	

Os principais motivos que contribuíram para a não conclusão dessas atividades até o final do exercício de 2022 foram:

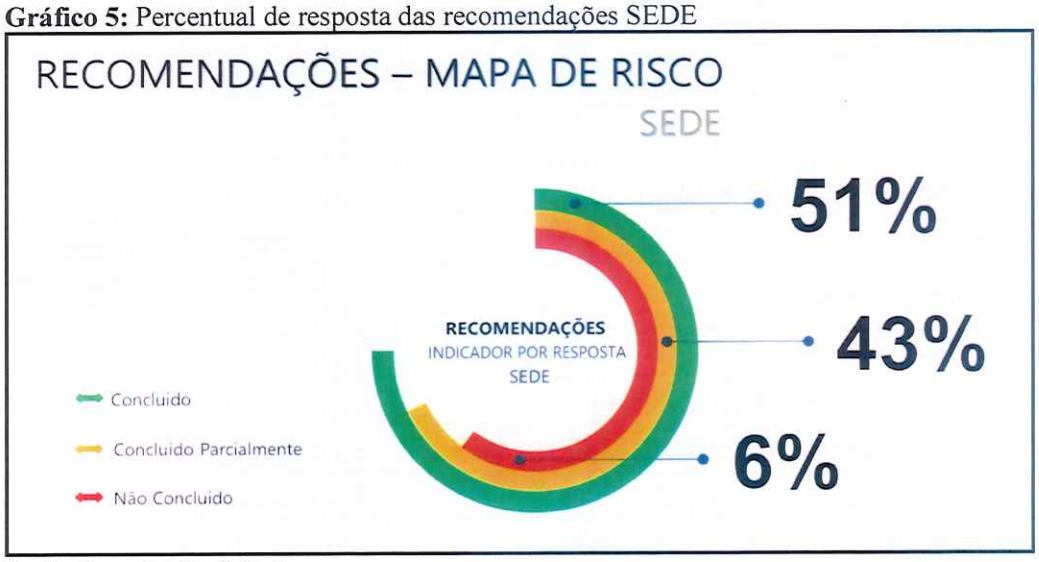
a) alta demanda de processos de pagamento;
b) quantitativo elevado de processos licitatórios conclusivos com análise pendentes de ambas as equipes;
c) alta demanda de processos advindos de outros setores. Tendo em vista que precisou unir esforças de todos os setores na celeridade dos processos.

6.2. Acompanhamentos das Recomendações emitidas em 2021

No exercício financeiro de 2022, o setor de Auditoria Interna encaminhou através de memorandos internos aos setores da EMSERH a matriz de risco, para tratativas, resolutivas e resposta, fixando prazo até 05/07/2022. No entanto na SEDE compreendendo 94 (noventa e quatro) recomendações, 51% delas foram concluídas,

43% concluídas parcialmente e 6% não concluída, decorrentes dos trabalhos de avaliação executados 2021. O detalhamento encontra-se no **ANEXO II**.

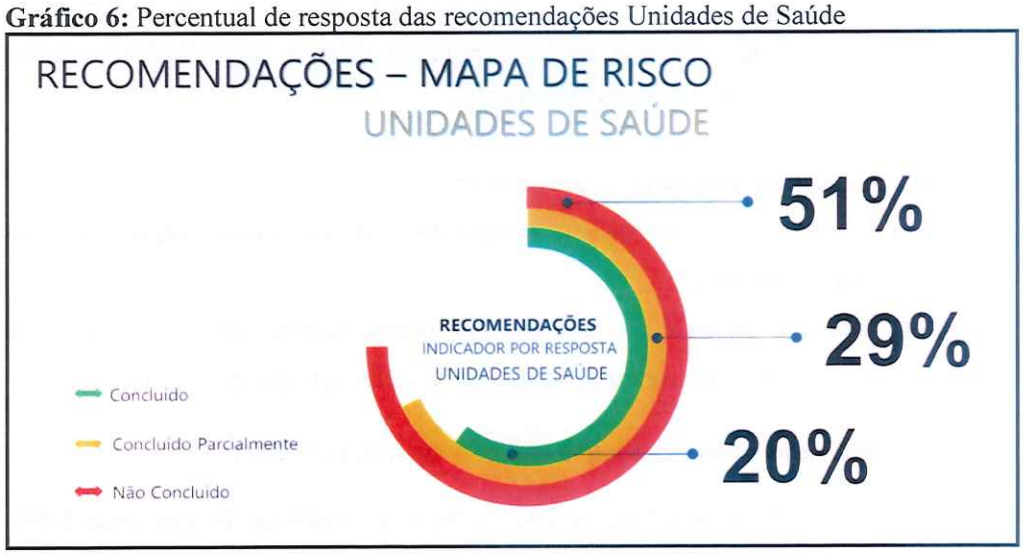
Gráfico 5: Percentual de resposta das recomendações SEDE



Fonte: Respostas dos Setores

Em relação as Unidades de Saúde compreendendo 75 (setenta e cinco) recomendações, 51% delas não foram concluídas, 29% concluídas parcialmente e só 20% concluída um percentual baixo. O detalhamento encontra-se no **ANEXO III**.

Gráfico 6: Percentual de resposta das recomendações Unidades de Saúde



Fonte: Respostas dos Setores

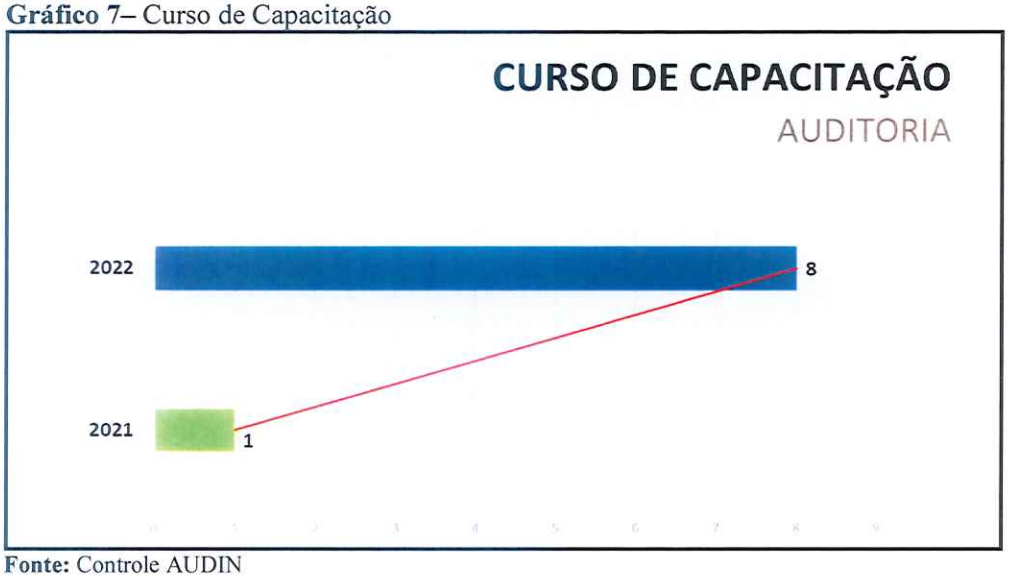
7 – DESCRIÇÃO DOS FATOS RELEVANTES QUE IMPACTARAM POSITIVA OU NEGATIVAMENTE NOS RECURSOS E NA ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE DE AUDITORIA INTERNA E NA REALIZAÇÃO DAS AUDITORIAS.

7.1. FATOS COM IMPACTOS POSITIVOS:

a) **Equipe Auditoria:** Por outro lado, e como destaque positivo, cita-se o empenho da Auditoria Interna na implementação das recomendações apresentadas nos relatórios de auditoria, das constatações, bem como as ações de medidas saneadoras das fragilizadas, visando à melhoria dos procedimentos da EMSERH, considerando a capacidade e o conhecimento do seu corpo técnico.

b) **Capacitação de Colaboradores:** foram ofertados vários cursos de capacitação aos colaboradores da AUDIN, eficazes para melhoria do desempenho individual e consequentemente a melhoria organizacional. Em comparação a 2021 foram ofertados 7 (sete) cursos a mais no exercício de 2022, conforme detalhamento posterior no item 8.

Gráfico 7– Curso de Capacitação



Fonte: Controle AUDIN

c) **Contratação de novos colaboradores:** com a nova gestão da EMSERH a AUDIN sofreu mudança em seu organograma contemplando a inclusão de novos cargos em 2022, sendo 05 (cinco) cargos de assessores internos e 04 cargos de assessores

hospitalares, além de 01 (um) supervisor administrativo e 01 (um) assistente administrativo.

7.2. FATOS COM IMPACTOS NEGATIVOS:

a) **A inexistência de um sistema informatizado:** falta de sistema informatizado para melhor acompanhamento das ações realizadas e recomendações emitidas por esta Auditoria Interna.

8- QUADRO DEMONSTRATIVO DAS AÇÕES DE CAPACITAÇÃO REALIZADAS, COM INDICAÇÃO DO QUANTITATIVO DE AUDITORES CAPACITADOS, CARGA HORÁRIA E TEMAS.

Durante o exercício de 2022 foram ofertadas ações de capacitação previsto no PAINT na **Ação 9**, para aperfeiçoamento dos conhecimentos necessários aos trabalhos da Auditoria, além da carga horária. Apresentam-se a seguir as ações de capacitação, contendo o quantitativo de colaboradores capacitados, a carga horária de cada ação, além dos temas desenvolvidos, conforme abaixo:

Quadro 8 – Curso de Capacitação

Ord.	Temas de Capacitações	QTD Colaboradores	Data	CH
1	Oficina de Licitações e Contratos Administrativos, atualizado com a Nova Lei de Nº 14.133/2021	2	22/06 até 24/06/2022	40H
2	Curso de LGPD	1	22 e 23/08/2022	18H
3	3º Seminário Nacional de Estatais	1	22/08 até 24/08/2022	24H
4	Curso Tomada de Contas Especial	2	16 e 17/11/2022	12H
5	Elaboração de Pareceres e Relatórios Técnicos	2	16/11 até 18/11/2022	7H
6	Masterclass de Contratação e Fiscalização de Manutenção Predial	1	29/11 até 30/11/2022	16H
7	Capacitação de Recurso no Âmbito do Ministério da Saúde	2	29/11 a 30/11/2022 e 01/12/2022	48H
8	Projeto Básico e Termo de Referência à Luz da Nova Lei 14.333/2021 - Abordagem Prática de Análise e Elaboração	2	20/12 até 22/07/2022	40H
Total de Horas				**205h**

Fonte: Elaborado pela equipe da AUDIN

9- ANÁLISE CONSOLIDADA ACERCA DO NÍVEL DE MATURAÇÃO DOS PROCESSOS DE GOVERNANÇA, DE GERENCIAMENTO DE RISCO E DE CONTROLES INTERNOS DO ÓRGÃO OU DA ENTIDADE, COM BASE NOS TRABALHOS REALIZADOS.

Nas auditorias realizadas e concluídas, foi possível avaliar os temas passiveis mensurados no PAINT/2022 na gestão do risco, identificando e avaliando, tendo como base os procedimentos e as técnicas utilizados pela área de auditoria, resultando na opinião, acerca do controle interno das atividades. Sobre o nível de maturação dos processos de governança, de gerenciamento de risco e de controles internos, com base nas auditorias realizadas pela AUDIN, foi possível identificar algumas situações quanto o grau de risco de cada macroprocesso auditado.

Os quadros abaixo trazem os locais em que a auditoria visitou e executou todos os procedimentos necessários para melhor elaboração do relatório e gerenciamento de risco.

Com base na metodologia e na avaliação do grau de risco institucional, atribuído pela equipe da AUDIN às Unidades de Saúde em questão no quadro 9 abaixo, considerou-se, além de outros fatores, a identificação de controles existentes, obtendo-se o resultado abaixo:

Quadro 9: Cronograma de Auditoria nas Unidades de Saúde x Matriz de Risco

Nº RAUIND	Macroprocessos/Processos	Período de Execução		Nível de Risco	QTD de Horas
		Data do Início	Data da Conclusão		
01/2022	Fesma	02/02/2022	04/02/2022	Risco Médio Risco Alto	48H
	Upa Araçagy	02/05/2022	10/05/2022	Risco Médio Risco Alto	56H
	Upa Cidade Operária			Risco Médio Risco Alto	
	Upa Paço do Lumiar			Risco Médio Risco Alto	
02/2022	Upa Parque Vitória	05/05/2022	11/05/2022	Risco Médio Risco Alto Risco Baixo	40H

	Upa Vinhais			Risco Muito Alto	
	Upa Itaqui Bacanga			Risco Médio Risco Alto	
03/2022	Hospital Dr. Adelson de Sousa Lopes – Vila Luizão	12/05/2022	26/05/2022	Risco Médio Risco Alto Risco Baixo	176H
04/2022	Hospital Aquiles Lisboa	12/05/2022	27/05/202	Risco Médio Risco Alto	
05/2022	Policlínicas da Vila Luizão	05/05/2022	10/06/2022	Risco Médio Risco Alto	216H
	Policlínica Cidade Operária/Centro de Reabilitação			Risco Médio Risco Alto	
	Policlínica Pam Diamante			Risco Médio Risco Alto	
	Policlínica Cohatrac			Risco Médio Risco Baixo Risco Alto	
	Policlínica Vinhais			Risco Médio Risco Baixo Risco Alto	
	Policlínica Coroadinho			Risco Médio Risco Baixo Risco Alto	
	Centro de Reabilitação Olho D'água e TEA			Risco Médio	
06/2022	Hospital Presidente Vargas	20/06/2022	15/07/2022	Risco Médio Risco Alto Risco Baixo Risco Muito Alto	480H
07/2022	Hospital Macrorregional Dra. Ruth Noleto	30/06/2022	05/07/2022	Risco Médio Risco Baixo Risco Alto Risco Muito Alto	
08/2022	Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz	28/06/2022	15/07/2022	Risco Médio Risco Baixo Risco Alto Risco Muito Alto	
09/2022	Upa Timon	12/07/2022	15/07/2022	Risco Alto	32H
10/2022	Hospital de Cuidados Intensivos - HCI	15/08/2022	26/09/2022	Risco Alto Risco Baixo Risco Médio	1624H

11/2022	Agência Transfusional De Coroatá	12/09/2022	20/10/2022	Risco Médio	448H
	Upa De Coroatá			Risco Médio Risco Alto Risco Muito Alto	
	Casa de Apoio do Hospital Macrorregional De Coroatá			Risco Alto	
	Hospital Macrorregional De Coroatá			Risco Médio Risco Alto Risco Baixo	
	Agência Transfusional De Chapadinha			Risco Médio Risco Baixo Risco Alto	
	Hospital De Chapadinha			Risco Médio Risco Baixo Risco Alto Risco Muito Alto	
	Hospital Regional Paulino Neves			Risco Médio Risco Baixo Risco Alto	
	Agência Transfusional de Barreirinhas			Risco Alto	
	Hospital Regional Barreirinhas			Risco Alto Risco Baixo Risco Médio Risco Muito Alto	
	Hospital Regional De Morros			Risco Alto Risco Baixo Risco Médio	
12/2022	Agência Transfusional de Viana	12/09/2022	16/11/2022	Risco Médio Risco Alto Risco Baixo	448H
	Núcleo de Hemoterapia de Santa Inês			Risco Médio Risco Alto Risco Baixo	
	Agência Transfusional de Zé Doca			Risco Médio Risco Alto	
	Hospital Regional de Santa Luzia do Paruá			Risco Alto Risco Médio Risco Baixo	
	Agência Transfusional de Governador Nunes Freire			Risco Alto	
	Agência Transfusional de Carutapera			Risco Alto	

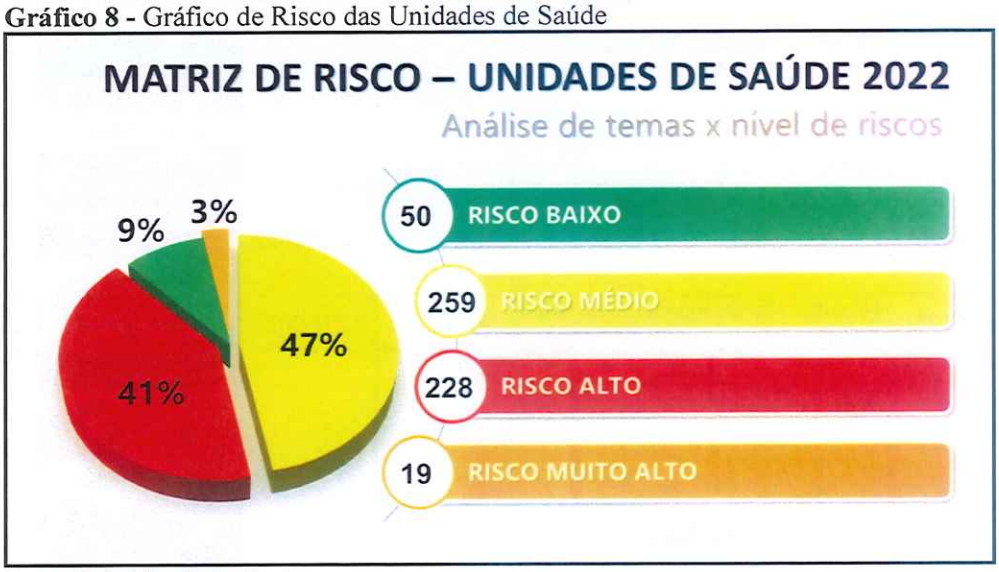
	Hospital Regional de Carutapera			Risco Médio Risco Alto Risco Baixo	
	Agência Transfusional de Cururupu			Risco Alto	
	Núcleo de Hemoterapia de Pinheiro			Risco Médio Risco Baixo Risco Alto	
	Policlínica de Cujupe			Risco Médio Risco Baixo Risco Alto	
13/2022	Hospital Regional de Urgência e Emergência de Presidente Dutra	03/10/2022	24/10/2022	Risco Médio Risco Baixo Risco Alto	-
	Agência Transfusional de Presidente Dutra			Risco Médio Risco Alto	
14/2022	UTI Açailândia	21/11/2022	14/12/2022	Risco Muito Alto Risco Alto Risco Médio	-
15/2022	Hospital Macrorregional Dra. Ruth Noleto	28/11/2022	22/12/2022	Risco Médio	228H
16/2022	Agência Transfusional De Açailândia	21/11/2022	23/12/2022	Risco Baixo Risco Médio Risco Alto	600H
	Policlínica De Açailândia			Risco Médio Risco Alto Risco Muito Alto	
	Agência Transfusional De Porto Franco			Risco Baixo Risco Médio Risco Alto	
	Hospital e Maternidade Municipal De Porto Franco – MA – UTI			Risco Baixo Risco Alto Risco Médio	
	Policlínica De Matões Do Norte			Risco Baixo Risco Médio Risco Baixo Risco Alto	
TOTAL DE HORAS					**4.456H**

Fonte: Matriz de Risco – OBS: o nível de risco não está classificado por nomenclatura padrão e sim por quantitativo.

A ação de controle foi realizada em 93 (noventa e três) unidades, porém conforme explicado no item 6.1 desse relatório, apresentaremos só 50 (cinquenta)

unidades que teve como objetivo verificar oportunidades de melhorias e controle (necessidade de institucionalização de mapas de processos e indicadores para identificação de níveis de risco). Baseado nisso, foram identificados 556 temas a serem tratados e priorizados, bem como os níveis de riscos. Observa-se que, 02 (dois) desses riscos apresentaram percentual elevado com 259 riscos médios equivalente a 47% e 228 Risco Alto equivalente 41%, conforme gráfico 8 abaixo. Ressaltamos que o detalhamento se encontra no **ANEXO III**.

Gráfico 8 - Gráfico de Risco das Unidades de Saúde



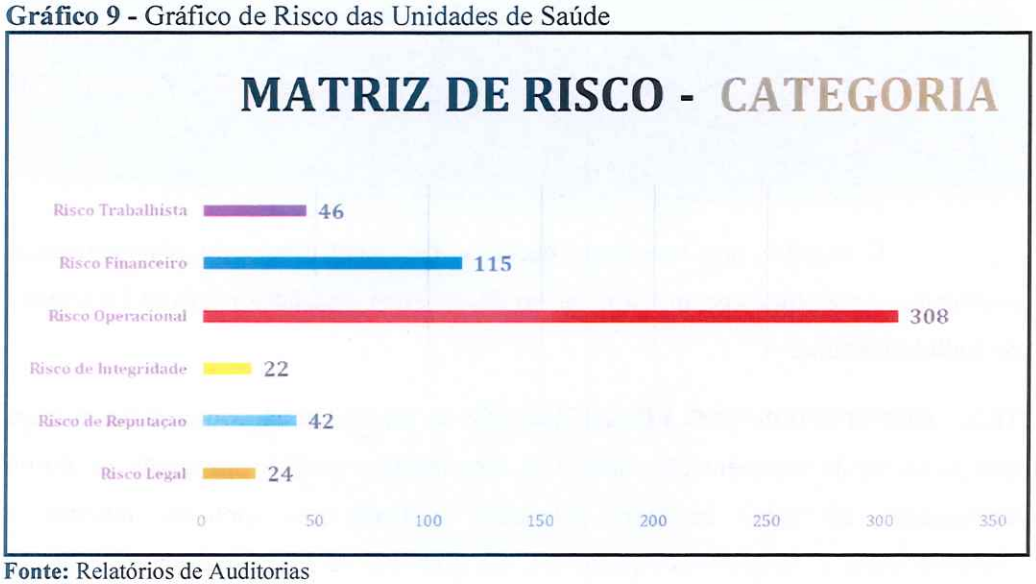
Fonte: Relatórios de Auditorias

A Matriz de Riscos desenvolvida é um documento no qual estão relacionados os diversos Eventos de Risco identificados nas Unidades de Saúde. Os resultados dos trabalhos têm como objetivo aperfeiçoar o desempenho organizacional, contribuir para a redução dos riscos e alinhar as ações à estratégia de gestão da EMSERH, mediante o desenvolvimento das estruturas de governança, baseadas nos princípios da eficiência e transparência.

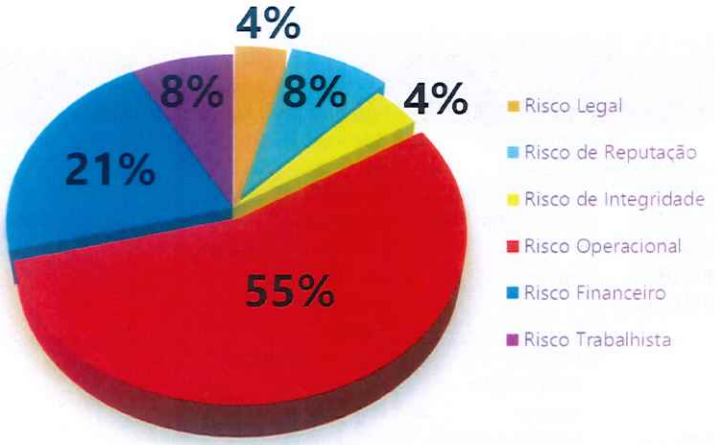
Em contrapartida, no desenvolvimento da matriz de riscos no PAINT/2022, foram criadas 06 categorias, para melhor identificação de procedimentos e normativos necessários ao tratamento do risco de controles preventivos. A identificação do Risco é a Fase de levantamento dos eventos com potenciais impactos positivos e negativos, ao alcance dos objetivos organizacionais. Assim, na análise identificamos 557 categorias distribuídas em risco operacional, financeiro, trabalhista, integridade, reputação e legal,

conforme gráfico 9 abaixo:

Gráfico 9 - Gráfico de Risco das Unidades de Saúde



Fonte: Relatórios de Auditorias



Observa-se que, 02 (dois) dessas categorias apresentaram percentual elevado com 308 Risco Operacional equivalente a 55% e 115 Risco Financeiro equivalente 21%, mesmo as outras categorias apresentarem percentuais baixo e uma vez identificados, necessitam atenção. Ressaltamos que o detalhamento se encontra no **ANEXO III.**

Ademais, encontra-se previsto no PAINT 2023, uma ação de auditoria voltada para verificar o andamento, execução e monitoramento das auditorias realizadas, visando um percentual de melhoria.

10- QUADRO DEMONSTRATIVO DOS BENEFÍCIOS FINANCEIROS E NÃO FINANCEIROS DECORRENTES DA ATUAÇÃO DA UNIDADE DE AUDITORIA INTERNA AO LONGO DO EXERCÍCIO POR CLASSE DE BENEFÍCIO.

O registro dos benefícios decorreu de orientações e/ou recomendações constantes nos relatórios de auditoria ou em documentos expedidos relativos à atividade de auditoria interna.

10.1. BENEFÍCIOS NÃO FINANCEIROS: os benefícios não financeiros, embora não passíveis de representação monetária, têm impacto positivo na gestão de forma estruturante, tal como melhoria gerencial, melhoria nos controles internos e aprimoramento de normativos e processos. No exercício de 2022, apresentamos alguns benefícios de atuação da AUDIN:

Quadro 10: Benefícios não financeiros 2022

DOCUMENTO	DESCRIÇÃO	BENEFÍCIO	DATA DA EMISSÃO	DESTINO	DIMENSÃO
Recomendação Nª 001 e 002/2017 e MEMO. Nº 060/2022 (Atualização)	Concessão de diárias aos colaboradores lotados na SEDE/ Unidades de Saúde.	Recomendamos, que a Sede e unidades de saúde gerenciadas pela Emserh atentem as normas e solicitações de diárias.	07/02/2022	Sede/Unidades de Saúde	Processos Internos
Memo. nº 13/2022 - ASSJUR (PI nº 14/2022 – GAUD V/AGE/STC)	Pedido de informação quanto ao monitoramento sobre o desempenho físico das ações da EMSERH, bem como as atividades desenvolvidas.	Em Resposta ao memorando do Jurídico, encaminhamos através do Memo. 057/2022 em 04/02/2022, o Relatório Anual de Atividades de Auditoria Interna, para conhecimento e providências	04/02/2022	Jurídico/STC	Demanda Externa

Fonte: Auditoria Interna

Ressaltamos, que a Auditoria Interna continua realizando mensalmente reuniões de alinhamento com toda a equipe, visando o acompanhamento dos processos, atualização das legislações vigentes e checklists existentes, garantindo a otimização e

celeridade dos processos em tramitação nesta EMSERH, como:

✓ Controle eficaz e revisão periódica dos procedimentos internos e das Unidades de Saúde administradas pela EMSERH;

✓ Implantação de ações preventivas, com base na elaboração de recomendações e auditorias, mitigando os efeitos negativos, possíveis fraudes, bem como a reincidência de falhas;

✓ Ações corretivas através dos checklist de conformidade para melhor análise, instrução processual e realização de auditorias;

Destacamos que as reuniões foram muito válidas, não apenas pela troca de experiência e conhecimento, mas por garantirem o alinhamento da equipe acerca dos assuntos inerentes aos processos desta Auditoria Interna.

Ademais, cabe informar que esta Auditoria Interna também se fez presente em diversas reuniões com os demais setores desta EMSERH no exercício de 2022, para orientação e consultoria, visando sempre a melhor condução dos trabalhos e instrução processual.

10.2. BENEFÍCIOS FINANCEIROS: Apesar de não haver adotado metodologia para contabilização de benefícios financeiros, observou-se que houve situações em que foram evitados danos ao erário, proveniente do monitoramento dos processos de pagamentos advindo dos setores responsáveis e do controle da Gerência Financeira desta Empresa Pública.

A Gerência Financeira através do memorando nº 037/2023 – FINAN/EMSERH e planilha encaminhada por e-mail, informou a relação dos processos de pagamentos que sofreram glosa/desconto. No **ANEXO IV** consta detalhamento dos processos e seus respectivos valores.

Quadro 11: Consolidação dos Benefícios relativos ao exercício de 2022

BENEFÍCIO FINANCEIRO	VALOR
Valor de Gastos Indevidos Evitados:	867.972,40
Valores Recuperados:	-
Valor Total do Benefício Financeiro	**867.972,40**

Fonte: Gerência Financeira

11- ANÁLISE CONSOLIDADA DOS RESULTADOS DO PROGRAMA DE GESTÃO E MELHORIA DA QUALIDADE – PGMQ.

Esta Auditoria Interna ainda não possui formalização de um Programa de Gestão de Melhoria da Qualidade – PGMQ, conforme o Capitulo IV Art. 17, Inciso VIII da Instrução Normativa/CGU nº. 09, de 09/10/2018. No entanto, a AUDIN tem previsto, no PAINT dos últimos exercícios, ações de fortalecimento, as quais também têm o objetivo de melhoria da qualidade da atividade de auditoria interna.

Quanto ao PGMQ a ser implantado, esta AUDIN verificará junto a Diretoria de Planejamento e Governança dá elaboração dos planos de melhorias com avaliações, orientações, a fim de identificar pontos essenciais, para uma avaliação interna e externa, através de questionários e com indicação e sugestões. Além disso, com a instauração da comissão de elaboração e revisão de Instrumentos Normativos, os quais irão regulamentar e organizar as atividades desta empresa pública, a formalização desse programa terá elementos signficativos para sua implantação. Mediante a isso, este plano de melhoria, será submetido à Presidência para aprovação e posterior encaminhamento as Diretorias/Unidades de Saúde, para conhecimento e providências.

12 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consoante com os resultados apresentados neste relatório fica evidenciado que as atividades realizadas por esta Auditoria Interna foram pautadas em garantir a transparência e o fortalecimento dos controles internos em prol da saúde do nosso Estado e relatos das principais atividades executadas no ano de 2022, em função de ações previamente planejadas no Plano Anual de Atividades de Auditoria Interna.

De forma preventiva, esta Auditoria Interna atuou no intuito de promover o fortalecimento institucional, proteger os recursos públicos e manter os controles internos em ordem, a fim de evitar ações vulneráveis quanto a procedimentos internos e externos, recomendando-os conforme a legislação vigente.

Para alcançar os resultados, contou com o comprometimento da equipe da Auditoria Interna e Auditoria Hospitalar, bem como a parceria com as direções das Unidades de Saúde, nos trabalhos até aqui executados, visando, acima de tudo, o fortalecimento dos controles internos e externos desta EMSERH.

Dentro desse entendimento, esta Auditoria Interna visa promover informações, para que as diretorias/gerências busquem melhor controle do mapeamento dos processos internos, sob as recomendações sugeridas, monitorando-as acerca da eficácia em suas aplicações.

Considera-se, portanto, que a Diretoria de Governança monitore as atividades que possam oferecer riscos a Gestão da EMSERH, que cumprem suas competências regimentais e objetivos institucionais, propondo melhorias aos controles internos administrativos.

Ademais, ressalta-se que este relatório será submetido à Presidência, ao Conselho de Administração, Conselho de Auditoria Estatutária, à Secretaria de Controle e Transparência - STC e Diretoria de Planejamento, para conhecimento e providências que se fizerem necessárias.

São Luís - MA, 08 de fevereiro de 2023.

Jorge Luis Moura N. Filho
Gerente de Auditora Interna
EMSERH – Mat. 543

Kilma Keila Dias Costa Teixeira
Gerente de Auditora Hospitalar
EMSERH – Mat. 544

De acordo:

Vania Paula Moura Martins
Auditora Interna
EMSERH – Mat. 7320

1

MAPEAMENTO DE RISCO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

Mapeamento de Risco:	**UPA PAÇO DO LUMIAR (RAUDIN 01.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Stefanny Monteiro Pinheiro - Diretora Administrativa
Responsável (eis) pela Análise:	Mário Augusto Collins Bico
Período Inicial da Análise:	04/05/2022
Período Final da Análise:	04/05/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
UPA PAÇO DO LUMIAR	DIRETORIA CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	**Não implantação de comissões**	**Risco Operacional**	Não implantação das comissões de ética médica, epidemiologia, farmácia e terapêutica.	Ausência de alinhamento pela coordenação da unidade para implantação das referidas comissões.	Falha no controle de melhoria contínua dos processos internos, intervindo na garantia de maior segurança e qualidade no atendimento prestado ao paciente nos serviços de saúde nas diversas áreas.	4	3	12	RISCO ALTO	Proceder com as tratativas para a devida implantação das referidas comissões.
	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	1	**Ausência de Alvará de Funcionamento**	**Risco Legal**	Pendência de documentação.	Possível falta de acompanhemento no prazo de solicitação de renovação.	Produção de efeitos nocivos ou prejudiciais à saúde humana, deixando de garantir a segurança ao usuário do estabelecimento, bem como possíveis punições previstas na lei.	2	3	6	RISCO MÉDIO	Tomar providências quanto aos processos necessários para a emissão da documentação necessária para a devida legalização da unidade de saúde.
		FATURAMENTO	2	**Metas quantitativas com sazonalidades no início do ano de 2022**	**Risco Operacional**	Diferença média negativa da produtividade informada nos Relatórios Gerenciais / Plano de Trabalho – UPA Paço do Lumiar – referente ao período de janeiro, fevereiro e março de 2022.	Falta de realinhamento das atividades da unidade.	Indicadores de metas inadequados para o perfil da unidade podendo deixar a mesma desasistida.	4	4	16	RISCO ALTO	Adoções de atividades técnicas administrativas que possam realinhar os fluxos de atendimento, no sentido de que o foco da prestação de serviço se atenha a natureza do objetivo traçado pelo PDT – Plano de Trabalho.
		ADMINISTRATIVO	3	**Pesquisa de satisfação suspensa pelo setor de qualidade após o mês de janeiro**	**Risco Operacional**	Relato da diretoria administrativa da unidade, de que a pesquisa será realizada por uma equipe enviada pelo setor de planejamento da EMSERH, que não compareceu a unidade até o presente momento.	Falta de comunicação e alinhamento para realização da pesquisa.	Impossibilidade de mensurar satisfação, reclamações, opiniões quanto ao andamento dos serviços prestados.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Realizar controle e registros das pesquisas de satisfação dos usuários.
			4	**Na Educação Continuada ministra-se os treinamentos diferenciados dos contextos pactuados**	**Risco Operacional**	Os treinamentos são ministrados de acordo com planejamento baseado nos "meses coloridos", e demandas específicas que forem surgindo no decorrer das atividades.	Possível falta de controle do cronograma de treinamentos para alinhamento e realização das atividades conforme programado.	Desenvolvimento e aperfeiçoamento das equipes prejudicado, além de dificultar o trabalho para suprir as carências da unidade de forma mais precisa.	4	3	12	RISCO ALTO	Estipular estratégias que contemplem, dentro das rotinas operacionais da unidade, a execução do cronograma de cursos e treinamentos pré-definidos ao público alvo da unidade de acordo com suas respectivas formações.
			5	**Colaboradores sem identificação**	**Risco de Reputação**	Colaboradores da unidade de saúde sem crachá.	Possível falta de conscientização sobre a obrigatoriedade da utilização dos recursos de identificação dos colaboradores.	Dificuldade de reconhecimento dos colaboradores da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Aplicar campanhas para conscientização da importância da utilização de identificação nas dependências da unidade.
		PRESTAÇÃO DE CONTAS	6	**Valores superiores aos apresentados em PDT**	**Risco Financeiro**	Exames laboratoriais em janeiro e limpeza e higienização em janeiro, fevereiro e março ultrapassam seus valores previstos no plano operativo.	Possível falta de acompanhemento dos gastos relacionados as referidas despesas.	Impacto financeiro e orçamentário.	5	4	20	RISCO ALTO	Adotar práticas para a execução integral das cláusulas contratuais, respeitando os valores impostos pelo plano operativo.
		RH	7	**RH incompleto mediante PDT**	**Risco Operacional**	Quadro de funcionários vinculados a EMSERH, na unidade de saúde apresenta déficit de 13 funcionários. Com relação aos colaboradores vinculados ao IADVH, apresenta saldo de 32 funcionários, do total proposto.	Possível falta de readequação do Plano de Trabalho, em vista do quadro de funcionários para demanda da unidade.	Comprometimento na execução das atividades da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Reportar-se ao setor competente, para análise da situação do quadro de pessoal, perante aos serviços ofertados, para posterior providência quanto ao cumprimento do Plano de Trabalho (PDT).
			8	**Adequação do RH**	**Risco Financeiro**	Análise comparativa entre a planilha fornecida pelo setor de recursos humanos da unidade e as planilhas de impacto financeiro que constam como anexo ao plano operativo.	Possível falta de readequação do Plano de Trabalho, em vista do quadro de funcionários para demanda da unidade.	Impacto financeiro e orçamentário.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Reportar-se ao setor competente, para análise da situação do quadro de pessoal, perante aos serviços ofertados, para posterior providência quanto ao cumprimento do Plano de Trabalho (PDT).

Kiroco

MAPEAMENTO DE RISCO

EMSERH — Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

Mapeamento de Risco:	**UPA CIDADE OPERÁRIA (RAUDIN Nº 01.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Silvia Helena Soeiro Cruz Barbosa - Diretora Administrativa
Responsável (eis) pela Análise:	Mário Augusto Collins Bico
Período Inicial da Análise:	03/05/2022
Período Final da Análise:	03/05/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
UPA CIDADE OPERÁRIA	DIRETORIA CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	**Ausência das comissões**	**Risco Operacional**	Não implantação das comissões de ética médica, ética de enfermagem e epidemiologia.	Ausência de alinhamento pela coordenação da unidade para implantação das referidas comissões.	Falha no controle de melhoria contínua dos processos internos, intervindo na garantia de maior segurança e qualidade no atendimento prestado ao paciente nos serviços de saúde nas diversas áreas.	4	3	12	RISCO ALTO	Proceder com as tratativas para a devida implantação das referidas comissões.
	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	FATURAMENTO	1	**Metas quantitativas com sazonalidades no início do ano de 2022**	**Risco Operacional**	Diferença média negativa da produtividade informada nos Relatórios Gerenciais / Plano de Trabalho – UPA Cidade Operária – referente ao período de janeiro, fevereiro e março de 2022.	Falta de realinhamento das atividades da unidade.	Indicadores de metas inadequados para o perfil da unidade pode ocasionar desinvestimentos dos recursos públicos para a área da saúde.	4	4	16	RISCO ALTO	Adoções de atividades técnicas administrativas que possam realinhar os fluxos de atendimento, no sentido de que o foco da prestação de serviço se atenha a natureza do objetivo traçado pelo PDT – Plano de Trabalho.
		ADMINISTRATIVO	1	**Desconhecimento da diretoria dos contratos firmados para prestação de serviço**	**Risco Operacional**	Não há fiscalização e acompanhamento dos serviços e fornecimentos objetos de contratos exercidos pela direção da unidade com suporte dos setores técnicos da EMSERH.	Ausência das cópias de contratos com as terceirizadas, ausência de acompanhamento durante o fornecimento, entrega ou execução dos serviços com a contratada.	Comprometimento na execução dos serviços prestados pelas contratadas.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Oficiar solicitação das cópias dos contratos vigentes aos setores competentes, para assim elaborar meios de aperfeiçoar a execução dos mesmos.
		PRESTAÇÃO DE CONTAS	1	**Serviços executados com valores excedidos ao apresentado em P.O**	**Risco Financeiro**	Os serviços de coleta de resíduos infectantes, serviço de lavanderia e exames laboratoriais ultrapassam seus valores previstos no plano operativo.	Possível falta de acompanhemento dos gastos relacionados as referidas despesas.	Impacto financeiro e orçamentário.	5	4	20	RISCO ALTO	Adotar práticas para a execução integral das cláusulas contratuais, respeitando os valores impostos pelo plano operativo
		ADMINISTRATIVO	1	**Ausência de pesquisa de satisfação e serviços de ouvidoria**	**Risco de Reputação**	Relato da diretoria administrativa da unidade, de que o serviço de ouvidoria é realizado por meio de e-mail da unidade de saúde e não mensurado.	Falta de compilação de informações obtidas via e-mail, para realização de dados para pesquisa de satisfação.	Impossibilidade de mensurar satisfação, reclamações, opiniões quanto ao andamento dos serviços prestados.	5	4	20	RISCO ALTO	Realizar controle e registros das pesquisas de satisfação dos usuários, bem como, *feedback* ao usuário.
			2	**Ausência de metodologia e cronograma para educação continuada**	**Risco Operacional**	Cronograma de cursos e treinamentos não está sendo executado de forma integral.	Possível falta de controle do cronograma de treinamentos para alinhamento e realização dos mesmo.	Desenvolvimento e aperfeiçoamento das equipes prejudicado, além de dificultar o trabalho para suprir as carências da unidade de forma mais precisa.	4	3	12	RISCO ALTO	Estipular estratégias que contemplem, dentro das rotinas operacionais da unidade, a execução do cronograma de cursos e treinamentos pré-definidos ao publico alvo da unidade de acordo com suas respectivas formações.
			3	**Ausência de identificação dos colaboradores**	**Risco de Reputação**	Colaboradores da unidade de saúde sem crachá.	Possível falta de conscientização sobre a obrigatoriedade da utilização dos recursos de identificação dos colaboradores.	Dificuldade de reconhecimento dos colaboradores da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Aplicar campanhas para conscientização da importância da utilização de identificação nas dependências da unidade.
			4	**Déficit de RH de acordo com PDT**	**Risco Operacional**	Quadro de funcionários vinculados a EMSERH, na unidade de saúde apresenta déficit de 11 funcionários. Com relação aos colaboradores vinculados ao IADVH, apresenta saldo de 17 funcionários, do total proposto.	Possível falta de readequação do Plano de Trabalho, em vista do quadro de funcionários para demanda da unidade.	Comprometimento na execução das atividades da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Reportar-se ao setor competente, para análise da situação do quadro de pessoal, perante aos serviços ofertados, para posterior providência quanto ao cumprimento do Plano de Trabalho (PDT).
			5	**Divergências entre RH físico e o PDT**	**Risco Financeiro**	Existência de um colaborador exercendo o cargo de coordenadoria de radiologia, que não consta no PDT, 5 auxiliares de serviços gerais, 1 auxiliar de enfermagem e 1 farmacêutico ligados a SES e 4 auxiliares de consultório odontológico não previstos no PDT.	Possível falta de readequação do Plano de Trabalho, em vista do quadro de funcionários para demanda da unidade.	Impacto financeiro e orçamentário.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Reportar-se ao setor competente, para análise da situação do quadro de pessoal, perante aos serviços ofertados, para posterior providência quanto ao cumprimento do Plano de Trabalho (PDT).

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	UPA ARAÇAGY (RAUDIN Nº 01.2022)
Gestor Responsável pelo Processo:	Adilson Maia Vieira - Diretor Administrativo
Responsável (eis) pela Análise:	Mário Augusto Collins Bico
Período Inicial da Análise:	02/05/2022
Período Final da Análise:	02/05/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
UPA ARAÇAGY	DIRETORIA CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	Ausência das comissões	Risco Operacional	Não implantação das comissões de ética médica, epidemiologia, farmácia e terapêutica.	Ausência de alinhamento pela coordenação da unidade para implantação das referidas comissões.	Falha no controle de melhoria contínua dos processos internos, intervindo na garantia de maior segurança e qualidade no atendimento prestado ao paciente nos serviços de saúde nas diversas áreas.	4	3	12	RISCO ALTO	Proceder com as tratativas para a devida implantação das referidas comissões.
	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	1	Formalização do Alvará de Licença e Funcionamento e Protocolo	Risco Legal	Sem Alvará de Licença e funcionamento, porém apresentado o documento e protocolo de renovação.	Possível falta de acompanhemento no prazo de solicitação de renovação.	Falta de garantia nas condições de higiene básica a saúde dos usuários e o regular funcionamento, bem como a unidade fica sujeita a notificações, multas ou suspensão de suas atividades.	2	3	6	RISCO MÉDIO	Acompanhar trâmite de renovação de Alvará Sanitário.
		FATURAMENTO	1	Produtividade abaixo do pactuado no PDT	Risco Operacional	Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) e outros procedimentos apresentando flutuações, com diferença média negativa da produtividade informada no relatório de produção consolidado – UPA Araçagy – 2022.	Falta de realinhamento das atividades da unidade.	Indicadores de metas inadequados para o perfil da unidade pode ocasionar desinvestimentos dos recursos públicos para a área da saúde.	4	4	16	RISCO ALTO	Adoções de atividades técnicas administrativas que possam realinhar os fluxos de atendimento, no sentido de que o foco da prestação de serviço se atenha a natureza do objetivo traçado pelo PDT – Plano de Trabalho.
		PRESTAÇÃO DE CONTAS	1	Divergências entre os objetos no plano operativo e contrato firmado	Risco Financeiro	Serviços de coleta de resíduos infectantes, serviço de alimentação e exames laboratoriais ultrapassam seus valores previstos no plano operativo.	Possível falta de acompanhemento dos gastos relacionados as referidas despesas.	Impacto financeiro e orçamentário.	5	4	20	RISCO ALTO	Adotar práticas para a execução integral das cláusulas contratuais.
		TREINAMENTO	1	Atividades da educação continuada	Risco Operacional	Cronograma de cursos e treinamentos não está sendo executado de forma integral.	Possível falta de controle do cronograma de treinamentos para alinhamento e realização dos mesmo.	Desenvolvimento e aperfeiçoamento das equipes prejudicado, além de dificultar o trabalho para suprir as carências da unidade de forma mais precisa.	4	3	12	RISCO ALTO	Estipular estratégias que contemplem, dentro das rotinas operacionais da unidade, a execução do cronograma de cursos e treinamentos pré-definidos ao público alvo da unidade de acordo com suas respectivas formações.
			2	Colaboradores sem identificação	Risco de Reputação	Colaboradores da unidade de saúde sem crachá.	Possível falta de conscientização sobre a obrigatoriedade da utilização dos recursos de identificação dos colaboradores.	Dificuldade de reconhecimento dos colaboradores da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Aplicar campanhas para conscientização da importância da utilização de identificação nas dependências da unidade.
		RECURSOS HUMANOS	1	RH incompleto	Risco Operacional	Quadro de funcionários vinculados a EMSERH, na unidade de saúde apresenta déficit de 20 funcionários. Com relação aos colaboradores vinculados ao IADVH, apresenta déficit de 134 funcionários, do total proposto.	Possível falta de readequação do Plano de Trabalho, em vista do quadro de funcionários para demanda da unidade.	Comprometimento na execução das atividades da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Reportar-se ao setor competente, para análise da situação do quadro de pessoal, perante aos serviços ofertados, para posterior providência quanto ao cumprimento do Plano de Trabalho (PDT).

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**FESMA - Força Estadual de Saúde do Maranhão (RAUDIN Nº 01.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Cheila Farias Caldas
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Mário Augusto Collins Bico / Vania Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	02/02/2022 — **Período Final da Análise:** 04/02/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
FESMA - Força Estadual de Saúde do Maranhão -	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	FATURAMENTO	1	Ausência de dados para prestação de contas EMSERH X FESMA X SES	Risco Financeiro	Ausência de apresentação dos relatórios de produtividade para EMSERH.	Falta de alinhamento e informações entregues somente na Secretaria de Estado da Saúde.	Divergência na prestação de contas da unidade.	3	2	6	RISCO MÉDIO	Com a ausência de demonstração do cumprimento de indicadores estipulados no plano operativo, torna-se inviável justificativa para o repasse das verbas junto a SES. Assim, recomenda-se que a Gestora da FESMA encaminhe os relatórios estatísticos para a EMSERH, para formulação para recebimento do recurso financeiro, bem como efetue levantamento dos pagamentos de diárias efetuados e a serem realizados pela EMSERH.
		ADMINISTRATIVO	1	Processo de diárias	Risco Operacional	Não recebimento das diárias.	Ausência no acompanhamento das diárias.	Desorganização nos controles dos processos.	4	3	12	RISCO ALTO	
			2	Ausência de pagamento de diárias	Risco Financeiro	Não recebimento das diárias.	Ausência de pagamento devido a falta de verba.	Prejuízo financeiros ao colaboradores.	5	3	15	RISCO ALTO	
		FARMÁCIA	1	Ausência de conhecimento da EMSERH acerca dos planos de ação e consumo de insumos e medicamentos	Risco Financeiro	Volume extra de ações sem definição dos locais previamente, alterando consumo de materiais, insumos e medicamentos oriundos da CAF/EMSERH.	Ausência de planejamento prévio.	Descontrole de estoque.	4	3	12	RISCO ALTO	Que seja designado servidor da EMSERH para compor a comissão para a definição de ações, a fim de certificar as áreas pactuadas e manter controle do centro de custo para essas ações.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**UPA VINHAIS (RAUDIN Nº 02.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Ana Caroline Moreira Hortegal - Diretora Administrativa
Responsável (eis) pela Análise:	João de Deus da Costa Leite Júnior
Período Inicial da Análise:	05/05/2022
Período Final da Análise:	05/05/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS	Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
								IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
			TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
UPA VINHAIS	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	1	Ausência de informações por parte da diretoria da unidade e não autoziração da atuação da Auditoria	**Risco de Integridade**	A auditoria foi recebida no período da tarde, primeiramente pela secretária da administração com o questionamento se havíamos agendado ou avisado alguém sobre a nossa ida à unidade e logo em seguida pela diretora administrativa, Sr.ª Ana Caroline Moreira Hortegal e o Encarregado de RH, Sr. Higo Bruno Brito, onde foram feitas explanações sobre o motivo da visita e indagações sobre os controles gerenciais e administrativos internos da unidade (planilhas, tabelas, POP's, Fluxogramas, etc.) que permitissem a mensuração das metas, indicadores e demais parâmetros de desempenho presentes no PDT da unidade.	Qustionamento quanto a atuação da Auditoria e alegação de que as informações solicitadas já haviam sido repassadas para a EMSERH.	Ausência de infomações e controles referente a unidade .	5	5	25	RISCO MUITO ALTO	Para uma mensuração fidedigna de informações que corroborem com a atuação do setor de auditoria recomenda-se uma ação sinérgica que propicie uma análise investigativa através do engajamento de todos aqueles envolvidos no processo, pois para surtir efeitos dentro da unidade auditada e necessário que o auditor, através de seus relatórios, desempenhe o seu papel não apenas de identificador das não-conformidades, mas também como profissional auxiliador de atividades, elucidando dúvidas e sugerindo modificações de melhorias nos serviços evitando a reincidência de erros nos fluxos assistenciais aos quais a unidade se destina.

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**UPA BACANGA (RAUDIN Nº 02.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Alzira Izabel Carvalho - Diretoria Administrativa
Responsável (eis) pela Análise:	João de Deus da Costa Leite Júnior
Período Inicial da Análise:	06/05/2022
Período Final da Análise:	06/05/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
UPA BACANGA	DIRETORIA CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	**Comissão de Ética Médica, de Ética de Enfermagem e Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) não implantadas na unidade**	**Risco Operacional**	Indagações dos auditores e relato da direção da unidade e da Coordenação de Enfermagem.	Ausência de planejamento.	Ausência de maior engajamento de toda a equipe multidisciplinar maior segurança aos usuários dos serviços da unidade.	3	2	6	RISCO MÉDIO	Implantação na unidade de todas as comissões e núcleos conforme definido no PDT, como forma de garantir maior segurança aos usuários dos serviços da unidade e o engajamento de toda a equipe multidisciplinar em prol da oferta de um serviço de saúde de qualidade e humanizado.
	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	1	**Descumprimento de metas**	**Risco Operacional**	Unidade com metas quantitativas para atendimentos, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) e outros procedimentos apresentando flutuações para mais e para menos ao longo dos meses de JAN/FEV/MAR do ano de 2022.	Devido sazonalidade de algumas doenças é importante à identificação das variáveis que estejam corroborando para o valor excedido das metas definidas no PDT da unidade	Indicadores de metas inadequados para o perfil da unidade pode ocasionar desinvestimentos dos recursos públicos para a área da saúde.	5	4	20	RISCO ALTO	Por mais que existam flutuações anuais de atendimentos por conta da sazonalidade de algumas doenças é importante a identificação das variáveis que estejam corroborando para o não cumprimento das metas definidas no PDT da unidade
		RECURSOS HUMANOS	2	**Política de Recursos Humanos da unidade não garantindo capacitações em todas as áreas.**	**Risco Operacional**	Ausência de registros no RH de capacitações básicas envolvendo os novos colaboradores conforme mencionado no PDT.	Ausência de capacitação setorial de educação continua.	Ausência de capacitação para melhoria de qualidade.	2	3	6	RISCO MÉDIO	Elaborar e acompanhar cronograma de cursos e treinamentos que garantam a capacitação dos novos colaboradores conforme mencionado no PDT.
			3	**Ausência de identificação visual e fardamento de colaboradores**	**Risco de Integridade**	Colaboradores da unidade não usando crachás de identificação e controle de frequência ainda manual e a visita in loco.	Ausência de conscientização sobre a importância do uso de crachás por parte dos colaboradores como forma de acessibilidade às dependências da unidade.	Descontrole no acesso e identificação de colaboradores na Unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Fomentar internamente a conscientização sobre a importância do uso de crachás por parte dos colaboradores como forma de acessibilidade às dependências da unidade e identificação de suas respectivas funções bem como verificar os trâmites pertinentes para implantação do relógio de ponto biométrico na unidade.
			4	**Quantitativos definidos de colaboradores EMSERH e IADVH com divergências**	**Risco Financeiro**	Cruzamento das informações dos quantitativos de colaboradores da unidade com os quantitativos que geram impactos financeiros que constam no PDT.	Ausência no controle do plano.	Impactos financeiro no plano operativo da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Readequações no quadro de colaboradores de acordo com os quantitativos preconizados no PDT de maneira que as logísticas dos fluxos assistenciais da unidade não sofram impactos relevantes.

MAPEAMENTO DE RISCO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

Mapeamento de Risco: HOSPITAL VILA LUIZÃO (RAUDIN Nº 03.2022)

Gestor Responsável pelo Processo: Márcia Melo - Diretora Geral / Márcio Serra - Diretor Clínico / Raimundo Lindoso - Diretor Administrativo

Responsável (eis) pela Análise: Isabela dos Santos Trovão / Sidney Matos Franco

Período Inicial da Análise: 12/05/2022 **Período Final da Análise:** 26/05/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL VILA LUIZÃO	DIRETORIA FINANCEIRA	FATURAMENTO	1	Produtividade abaixo do pactuado no PDT	Risco Financeiro	Metas de Opme (Nefrologia) e de diagnóstico por tomografia computadorizada encontram-se zeradas, bem como outras metas não foram atingidas.	Possível ausência de profissionais e/ou realização de exames.	Indicadores de metas inadequados para o perfil da unidade pode ocasionar desinvestimentos dos recursos públicos para a área da saúde.	3	2	6	RISCO MÉDIO	Atualização do perfil da unidade de saúde no PDT e verificar estratégias para o cumprimento das metas.
	DIRETORIA DE ADMINISTRATIVO	RECURSOS HUMANOS	1	Desvio de função	Risco Trabalhista	Colaborador consta na folha de pagamento como agente de portaria, porém atua na recepção.	Desorganização do setor de RH.	Ações trabalhistas.	4	3	12	RISCO ALTO	Realocação, pelo RH, do colaborador ou ajuste da função no contrato de trabalho, haja vista que o exercício de tarefas e responsabilidades são distintas do combinado em contrato, caracterizando como desvio de função.
		ENGENHARIA	1	Translado de maca ao morgue gera impactos emocionais	Risco de Integridade	Quando ocorre óbito na unidade a maca passa por corredor com pacientes em atendimento.	Falta de corredor de acesso direto ao morgue.	Instabilidade emocional.	2	3	6	RISCO MÉDIO	Direção da unidade deverá acionar a Gerência de Engenharia e Manutenção da Emserh para realizar abertura de passagem gerando fluxo de transporte de pessoas que vão a óbito.
			2	Risco de contaminação no CME	Risco de Integridade	O centro de material e esterilização apresenta fragilidade nas condições estruturais.	Umidade na parede e mofo ocasionados por infiltrações nas instalações.	Ambiente visivelmente desagradável e riscos a saúde dos usuários.	2	4	8	RISCO MÉDIO	Direção da unidade sinalize o fiscal do contrato nº 712/2021 com a empresa Transpama – Terraplanagem Pavimentação Construção Civil Mec. Agrícola Ltda para providências quanto à verificação e correção das infiltrações
			3	Inexecução contratual	Risco Trabalhista	A sala de estabilização encontra-se com a porta solta, tetos do banheiro e acesso as salas de residuos quimicos, lixo comum, infectante caindo, vaso sanitário solto.	Ausência de manutenção.	Acidente de trabalho.	2	4	8	RISCO MÉDIO	Recomenda-se que o SESMT realize a sinalização para evitar que as pessoas transitem nos locais e usem o vaso sanitário, haja vista as condições e riscos na área de trabalho, devendo orientar, advertir, informar os usuários sobre restrições e interrupções, comunicando juntamente com a Direção da unidade e a Gerência de Engenharia e Manutenção da EMSERH acionar a empresa Transpama
		LOGÍSTICA	1	Dificuldade de armazenamento no almoxarifado da unidade	Risco Operacional	Armazenagem feita de maneira improvisada e desorganizada.	Espaço limitado.	Dificuldade para localizar de forma rápida os MAT/MED, gerando queda na produtividade.	1	1	1	RISCO BAIXO	Verificar junto a Diretoria Administrativa da Emserh a aquisição de estantes para a organização necessária destes, a fim de agilizar as demandas da unidade de saúde e otimizar espaço de forma prática e eficiente.
			2	Organização do SAME inapropriado	Risco Operacional	Verificou-se a falta de estrutura para armazenamento dos prontuários médicos.	Espaço limitado.	Perda de prontuários.	1	4	4	RISCO BAIXO	Os profissionais precisam fazer o arquivamento de documentos e com a limitação de espaço é interessante à locação de container com a aquisição de prateleiras, estantes e caixas para manter materiais armazenados com isso ajudarão a visualizar melhor cada item para ter maior facilidade de acesso melhorando os serviços.
		ENGENHARIA	1	Descumprimento de documentação sanitária	Risco de Reputação	Ausência de Avará Sanitário	Possível falta de acompanhamento no prazo de solicitação de renovação.	Falta de garantia nas condições de higiene básica a saúde dos usuários e o regular funcionamento, bem como a unidade fica sujeita a notificações, multas ou suspensão de suas atividades.	2	3	6	RISCO MÉDIO	Direção Geral e/ou Administrativa da unidade deverá solicitar a concessão imediata do documento e acompanhar trâmite.

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**UPA PARQUE VITÓRIA (RAUDIN Nº 02.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Efrain Pereira - Diretoria Administrativa / Ana Caroline Moreira Hortegal - Diretoria Administrativa
Responsável (eis) pela Análise:	João de Deus da Costa Leite Júnior / Jorge Luís Moura Nascimento Filho / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	05/05/2022 — **Período Final da Análise:** 06/05/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
UPA PARQUE VITÓRIA	DIRETORIA CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	**Comissões e núcleos de Epidemiologia e Farmácia e Terapêutica não implantados na unidade**	**Risco Operacional**	Indagações dos auditores e relato da direção da unidade e da Coordenação de Enfermagem durante a visita in loco.	Ausência de alinhamento pela coordenação da unidade para implantação das referidas comissões.	Falha no controle de melhoria contínua dos processos internos, intervindo na garantia de maior segurança e qualidade no atendimento prestado ao paciente nos serviços de saúde nas diversas áreas.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Implantação na unidade de todas as comissões e núcleos conforme definido no PDT, como forma de garantir maior segurança aos usuários dos serviços da unidade e o engajamento de toda a equipe multidisciplinar em prol da oferta de um serviço de saúde de qualidade e humanizado.
UPA PARQUE VITÓRIA	DIRTORIA ADMINISTRATIVO	PRESTAÇÃO DE CONTAS	1	**Avaliação do cumprimento de metas**	**Risco Operacional**	Unidade com metas quantitativas para atendimentos, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) e outros procedimentos apresentando flutuações para mais e para menos ao longo dos meses de JAN/FEV/MAR do ano de 2022.	Falta de realinhamento das atividades da unidade.	Havendo custeio maior a unidadeIndicadores de metas inadequados para o perfil da unidade pode ocasionar desinvestimentos dos recursos públicos para a área da saúde.	4	4	16	RISCO ALTO	Reavaliação das características de assistência da região/unidade.
UPA PARQUE VITÓRIA	DIRTORIA ADMINISTRATIVO	ADMINISTRATIVO	1	**Indicadores de avaliação suspenso na unidade**	**Risco Operacional**	Acompanhamento e resultados das pesquisas de satisfação atualizados não apresentados pela unidade.	Falta de alinhamento para criação de recursos de realização da pesquisa.	Impossibilidade de mensurar satisfação, reclamações, opiniões quanto ao andamento dos serviços prestados.	2	3	6	RISCO MÉDIO	Retomar o quanto antes o monitoramento de satisfação do usuário conforme preconiza o PDT.
UPA PARQUE VITÓRIA	DIRTORIA ADMINISTRATIVO	ADMINISTRATIVO	2	**Indicadores assistenciais e de gestão não implantados em sua totalidade na unidade**	**Risco Operacional**	Indagações dos auditores e relatos da Direção Administrativa e do Encarregado de RH.	Ausências de relatórios que comprovam os indicadores.	Ausência de avaliação para melhoria de qualidade .	2	3	6	RISCO MÉDIO	Tratativas internas afim de que os demais indicadores assistenciais e de gestão possam ser acompanhados e mensurados pela unidade.
UPA PARQUE VITÓRIA	DIRTORIA ADMINISTRATIVO	RECURSOS HUMANOS	1	**Política de Recursos Humanos da unidade não garantindo capacitações em todas as áreas**	**Risco Operacional**	Ausência de registros no RH de capacitações básicas envolvendo os novos colaboradores conforme mencionado no PDT.	Ausência de acompanhamento no cronograma de recurso e treinamento.	Desenvolvimento e aperfeiçoamento das equipes prejudicado, além de dificultar o trabalho para suprir as carências da unidade de forma mais precisa.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Elaborar e acompanhar cronograma de cursos e treinamentos que garantam a capacitação dos novos colaboradores conforme mencionado no PDT.
UPA PARQUE VITÓRIA	DIRTORIA ADMINISTRATIVO	RECURSOS HUMANOS	2	**Colaboradores da unidade sem crachás de identificação**	**Risco de Reputação**	Observação direta e aleatória de colaboradores sem crachás durante a visita.	Alegam ainda questões de contaminação pela COVID-19 por tratarem os crachás como adorno.	Descontrole no acesso e identificação de colaboradores na Unidade.	2	2	4	RISCO BAIXO	Fomentar internamente a retomada do uso de crachás na unidade como forma de acessibilidade aos setores através da identificação dos funcionários.
UPA PARQUE VITÓRIA	DIRTORIA ADMINISTRATIVO	RECURSOS HUMANOS	3	**Desvio de função de colaboradores**	**Risco Trabalhista**	Colaborador contratado como auxiliar de hotelaria, exerce a função de maqueiro.	Desorganização do setor de RH.	Trazer danos à saúde do colaborador, baixa produtividade, desmotivação e consequentemente trazendo prejuízos a empresa, além de possíveis processos trabalhistas, que nesse caso deve-se realizar a contratação de mais um funcionário.	4	3	12	RISCO ALTO	Readequações das rotinas de trabalho da unidade de maneira que não ocorram desvios de funções.
UPA PARQUE VITÓRIA	DIRTORIA ADMINISTRATIVO	RECURSOS HUMANOS	4	**Divergência no quantitativo definidos de colaboradores EMSERH e IADVH**	**Risco Financeiro**	Cruzamento das informações dos quantitativos de colaboradores da unidade com os quantitativos que geram impactos financeiros que constam no PDT.	Ausência no controle do PDT.	Impactos financeiro no plano operativo da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Readequações no quadro de colaboradores de acordo com os quantitativos preconizados no PDT de maneira que os fluxos assistenciais da unidade não sofram impactos relevantes.

MAPEAMENTO DE RISCO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL VILA LUIZÃO (RAUDIN Nº 03.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Márcia Melo - Diretora Geral / Márcio Serra - Diretor Clínico / Raimundo Lindoso - Diretor Administrativo
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Sidney Matos Franco
Período Inicial da Análise:	12/05/2022 — **Período Final da Análise:** 26/05/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL VILA LUIZÃO	DIRETORIA ADMINISTRATIVO	INFORMÁTICA	1	Suprimentos de informática inutilizados	Risco Financeiro	Acúmulo de um montante de aproximadamente 400 toners vazios.	Falta de formalização para devolução.	Desabastecimento e aumento de custos das despesas para a administração pública.	4	1	4	RISCO BAIXO	Diretoria Administrativa juntamente com o fiscal devem abrir o chamamento para a empresa Tecnoset Informática Produtos e Serviços Ltda, que possui contrato de nº 148/2017-DC/EMSERH, solicitando a retirada dos toners e avaliação de descarte.
		EQUIPAMENTOS CLINICOS	1	Artigos semicríticos inoperantes para uso no CME	Risco de Integridade	Aparadeiras e papagaios encontram-se na sala de materiais esterilizados entortadas ou quebradas sendo expostos a acidentes	Ausência de supervião interna.	Acidente no ambiente hospitalar.	3	4	12	RISCO ALTO	Enfermeira responsável deverá analisar reparação dos itens ou realizar o descarte no lixo infectante, visto que o manual da ANVISA preconiza que todos os materiais de acabamento têm de ser resistentes aos processos de assepsia e que passam segurança ao paciente.
		ADMINISTRATIVO	1	Descarte inadequado de lixo infectante e lixo comum	Risco Operacional	Na entrada de acesso, bem como na sala ao lado da internação verificou-se que não há separação dos tipos de lixo e o descarte em local inapropriado.	Ausência de vistoria, treinamentos e advertências.	Contaminação, risco aos usuários e profissionais que transitam pelo hospital.	2	3	6	RISCO MÉDIO	Fiscalização, treinamento e advertência aos colaboradores, haja vista que os resíduos perfurantes, contaminados com patógenos ou infecciosos, quando seu descarte é feito de forma incorreta em lixos comuns, trazem um grande risco aos auxiliares de serviços gerais e, também, aos catadores de lixo.
			2	Irregular execução contratual	Risco Operacional	Lixo exposto.	Recolhimento das tampas das bombonas por parte da contratada.	Riscos à saúde pública, bem como ao meio ambiente, estando em desacordo com a RDC nº 306/2004.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Advertência ao fiscal do contrato nº 01/2018-DC/EMSERH pela irregular fiscalização, onde o mesmo identificou o problema no dia da visita desta Auditoria Interna sendo recomendada notificação para a empresa contratada, e que o mesmo verifique a devolução das bombonas, das tampas, e que no momento da coleta a contratada deixe os recipientes vazios.
			3	Mobiliários inoperantes para uso	Risco Operacional	Atividades realizadas em posição indevida, mobiliário mal conservado ou impróprio.	Falta de manutenção.	Vulnerabilidade nas equipes e alto índice de absenteísmo por lesões e dores, gerando insegurança aos colaboradores e possíveis ções trabalhistas.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Oficiar o Hospital Aquiles Lisboa, visto que o mesmo oferece mão de obra e logística para o deslocamento dos mobiliários, para realizar orçamento dos materiais e posterior reforma destes, fazendo-se a necessária medida preventiva e adequação periódica.
	DIRETORIA CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	Comissões não implantadas na unidade	Risco Operacional	Ausência das comissões de ética médica, ética em enfermagem, análise de prontuários e revisão de óbitos.	Ausência de alinhamento pela coordenação da unidade para implantação das referidas comissões.	Falha no controle de melhoria contínua dos processos internos, intervindo na garantia de maior segurança e qualidade no atendimento prestado ao paciente bem como a unidade de saúde pode está sujeita a ser notificada por orgãos de controle externos e ministério da saúde	3	2	6	RISCO MÉDIO	Implantação na unidade de todas as comissões definidas no PDT, como forma de garantir maior segurança aos usuários dos serviços da unidade em prol da oferta de um serviço de saúde de qualidade, humanizado e inclusão de grupos médicos para o cumprimento dos preceitos éticos e legais.
			2	Vulnerabilidade na Pediatria	Risco Legal	Falta de profissionais.	Ausência de compromisso médico em determinados dia da semana.	Pacientes desassistidos e percentual mínimo estabelecido no PDT não atingido.	3	4	12	RISCO ALTO	A fragilidade do sistema de referência é fator determinante do volume de atendimentos e a empresa Mac Saúde Ltda vem deixando os pacientes desassistidos com a falta de profissionais, marcando o ambiente por aglomeração de pacientes gerando pressão temporal com interferências diretas sobre o ato pediátrico praticado.

MAPEAMENTO DE RISCO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

Mapeamento de Risco:	**Hospital Aquiles Lisboa (RAUDIN Nº 04.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Nathália do Vale Carvalho de Araújo - Diretora Geral / Carlos Eduardo Carvalho - Diretor Administrativo
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Sidney Matos Franco
Período Inicial da Análise:	12/05/2022 — **Período Final da Análise:** 27/05/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL AQUILES LISBOA	DIRETORIA CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	**Comissão não implantada na unidade**	**Risco Operacional**	Ausência da comissão de ética em enfermagem para desempenhar atividades em caráter honorífico e prestar serviços de relevância à instituição de saúde.	Ausência de alinhamento pela coordenação da unidade para implantação da referida comissão.	Ausência de maior engajamento de toda a equipe multidisciplinar maior segurança aos usuários dos serviços da unidade	4	3	12	RISCO ALTO	Implantação na unidade da comissão definida no PDT, como forma de garantir maior segurança aos usuários dos serviços da unidade em prol da oferta de um serviço de saúde de qualidade, cumprindo preceitos éticos e legais.
	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	FATURAMENTO	1	**Produtividade abaixo do pactuado no PDT**	**Risco Operacional**	Os serviços de clínica médica, nutricionista, consultas médicas especializadas, SADT, eletrocardiograma, procedimentos ambulatoriais, não atingiram o percentual mínimo das metas contidas no PDT, as metas para fonoaudiologia, reumatologia, coloproctologia e eco cardiografia de estresse também ficaram zeradas.	Ausência de profissionais e/ou realização de exames e ausência de central telefônica para marcação de consulta.	Indicadores de metas inadequados para o perfil da unidade pode ocasionar desinvestimentos dos recursos públicos para a área da saúde.	5	4	20	RISCO ALTO	Avaliação, atualização do perfil da unidade de saúde no PDT e verificação de estratégias visando sistematizar o serviço.
		GESTÃO	1	**Alimentação hospitalar incompleta**	**Risco Financeiro**	Nutricionista de plantão informou que no momento do recebimento das quentinhas estava em falta a sobremesa e salada nas refeições oferecidas para funcionários, acompanhantes e pacientes.	Descumprimento de cláusulas contratuais por parte da contratada (cláusula 4.18 do contrato nº 178/2018 - Melhor Alimentação Ltda).	Oneração de custos do contrato e desassistência alimentar.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Celeridade para assinatura do contrato com a empresa Prime Consultoria Treinamentos e Serviços Ltda, visto que a mesma foi vencedora da licitação eletrônica nº 392/2021.
		COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	**Desperdício de medicamentos**	**Risco Financeiro**	Quantitativo expressivo de medicamentos vencidos e que irão vencer em breve.	Falta de campanhas junto com os profissionais do hospital para entrega destes de acordo com a necessidade de cada paciente.	Falta de medicamentos, administração de medicamentos vencidos e oneração de custos.	5	2	10	RISCO ALTO	Orientar a farmacêutica para realizar permutas entre as Unidades de saúde antes do vencimento e/ou promover junto com a equipe médica a distribuição destes para os pacientes através de campanhas, bem como que façam ofícios a SEMUS, informando o quantitativo, lote e validade de todos os medicamentos que serão destinados a incineração.
		RECURSOS HUMANOS	1	**Déficit de funcionários**	**Risco Trabalhista**	Desfalque no que se refere ao terapeuta ocupacional que consta 1, sem fonoaudiologia e sapateiro	Falta de avaliação, seleção e contratação de colaborador	Comprometimento na execução das atividades da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Avaliação imediata do currículo dos profissionais para seleção e contratação de candidatos, visando atender as demandas da unidade.
		ENGENHARIA	1	**Insegurança na Oficina**	**Risco de Reputação**	Furtos.	O local de armazenamento é aberto e não possui qualquer tipo de segurança.	Falta de segurança, oneração de custos.	4	4	16	RISCO ALTO	Fiscal do contrato nº 193/2021 com a empresa Manancial Segurança Privada Ltda deverá ser acionado para verificar a possibilidade de aditar o mesmo com o acréscimo de quantitativo visando à segurança do patrimônio material.
			2	**Prédio de internação desabilitado**	**Risco Operacional**	Desocupação do prédio de internação, onde houve remanejamento dos setores de farmácia e repouso para outro prédio, perdendo a cozinha e recepção.	Problemas na estrutura do telhado.	Diminuição do número de leitos na unidade.	4	4	16	RISCO ALTO	Conclusão imediata da reconstrução do telhado e realocação dos ambientes pela empresa Transpama – Terraplanagem Pavimentação Construção Civil Mec. Agrícola Ltda que possui contrato nº 712/2021-GCC/EMSERH.
			3	**Mobiliários inoperantes para uso**	**Risco Operacional**	Mobiliários mal conservados ou ineficazes na CME, triagem, consulta de enfermagem e oficina.	Falta de manutenção, medida preventiva e adequação periódica e sensibilização dos colaboradores para conservação.	Vulnerabilidade nas equipes e índice de absenteísmo por lesões e dores, gerando insegurança aos colaboradores e pacientes.	5	4	20	RISCO ALTO	Desabilitar os móveis e encaminha-los a oficina da própria unidade. para realizar orçamento dos materiais e posterior reforma dos mobiliários, fazendo-se a necessária medida preventiva e adequação periódica.

MAPEAMENTO DE RISCO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

Mapeamento de Risco:	**CER CIDADE OPERÁRIA (RAUDIN Nº 05.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Nicholas Oliveira de Menezes - Diretor Administrativo
Responsável (eis) pela Análise:	Kilma Keila Dias Costa Teixeira
Período Inicial da Análise:	05/05/2022 — **Período Final da Análise:** 10/06/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
CER CIDADE OPERÁRIA	DIRETORIA CLÍNICA	CCIH	1	**Comissões não implantadas na unidade**	**Risco Operacional**	Ausência da Comissão de Análise de Prontuários, Comissão de Ética de Enfermagem e Comissão de Revisão de Prontuários.	Ausência de alinhamento pela coordenação da unidade para implantação das referidas comissões.	Falha no controle de melhoria contínua dos processos internos, intervindo na garantia de maior segurança e qualidade no atendimento prestado ao paciente nos serviços de saúde nas diversas áreas.	4	3	12	RISCO ALTO	Implantação na unidade de todas as comissões definidas no PDT, como forma de garantir maior segurança aos usuários dos serviços da unidade em prol da oferta de um serviço de saúde de qualidade, humanizado e inclusão de grupos médicos para o cumprimento dos preceitos éticos e legais.
			2	**Ausência de treinamento das equipes**	**Risco Operacional**	Equipe encontra-se desatualiza de conteúdos inerentes a gestão de qualidade no ambiente hospitalar e que já fez solicitações junto a EMSERH para treinar e capacitar permitindo o aperfeiçoamento das habilidades técnicas.	Possível falta de realização de um cronograma de treinamentos para alinhamento e realização das atividades.	Desenvolvimento e aperfeiçoamento das equipes prejudicado, além de dificultar o trabalho para suprir as carências da unidade de forma mais precisa.	4	3	12	RISCO ALTO	Inclusão no PDT e implantação na unidade de saúde do núcleo de educação continuada, tendo em vista que ao inserir o treinamento de funcionários no dia a dia da empresa, a produtividade como um todo pode dar um salto e, com novos conhecimentos teóricos, bem como práticos as execuções de tarefas tendem a apresentar menos erros.
	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	FATURAMENTO	1	**Produtividade abaixo do pactuado no PDT**	**Risco Operacional**	Diversas metas não atingidas de acordo com o pactuado no PDT.	Possível ausência de profissionais e/ou realização de exames.	Indicadores de metas inadequados para o perfil da unidade pode ocasionar desinvestimentos dos recursos públicos para a área da saúde.	5	4	20	RISCO ALTO	Atualização do perfil da unidade de saúde no PDT e verificar estratégias para o cumprimento das metas.
		RECURSOS HUMANOS	1	**Inconsistência de informações PDT X Folha do RH**	**Risco Financeiro**	Quantitativo de cargos contratados superior ou inferior ao estabelecido no PDT.	Falta de avaliação, seleção e contratação de colaborador.	Impacto nos fluxos assistenciais.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Diretoria de RH da Emserh verifique a adequação do PDT, realize a realocação dos funcionários para custos de sua referência, analisando a disponibilidade de recursos que abrangem a despesa e avaliação para seleção e contratação de candidato.
		SESMT	1	**Ausência da verificação da validade da carga do extintor**	**Risco Operacional**	Unidade possui extintores com validade da carga vencida, visto que os extintores de CO_2 devem passar por inspeção técnica a cada 06 meses.	Ausência de manutenção.	Ausência de segurança em situações de incêndio.	3	4	12	RISCO ALTO	Técnico de segurança do trabalho deverá realizar vistoria na unidade no intuito de inspecionar as condições dos extintores, bem como verifique junto com a empresa Chamatex Equipamentos de Segurança Eirelies, que possui contrato n.º 384/2018 com outras unidades.

MAPEAMENTO DE RISCO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

Mapeamento de Risco:	**POLICLÍNICA DA CIDADE OPERÁRIA (RAUDIN Nº 05/2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Maria Goreth Lima de Almeida - Diretora Administrativa
Responsável (eis) pela Análise:	Kilma Keila Dias Costa Teixeira / Jorge Luís Moura Nascimento Filho / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	05/05/2022 — **Período Final da Análise:** 10/06/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
POLICLÍNICA DA CIDADE OPERÁRIA	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	FATURAMENTO	1	**Produtividade abaixo do pactuado no PDT**	**Risco Operacional**	Diversas metas não atingidas de acordo com o pactuado no PDT.	Possível ausência de profissionais e/ou realização de exames.	Indicadores de metas inadequados para o perfil da unidade pode ocasionar desinvestimentos dos recursos públicos para a área da saúde.	5	4	20	RISCO ALTO	Atualização do perfil da unidade de saúde no PDT e verificar estratégias para o cumprimento das metas e ampliação de recursos para manutenção das que estão superando e muito o percentual de atendimento.
		RECURSOS HUMANOS	1	**Colaboradores sem identificação**	**Risco Trabalhista**	A maioria dos colaboradores, da empresa IADVH e EMSERH, que transitam pela unidade não possuem crachá e fardamento.	Possível falta de conscientização sobre a obrigatoriedade da utilização dos recursos de identificação dos colaboradores.	Dificuldade de reconhecimento dos colaboradores da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	O RH da unidade deverá solicitar o fornecimento de crachá e fardas para os colaboradores da unidade como forma de acessibilidade aos setores através da identificação dos funcionários.
		ADMINISTRATIVO	1	**Pesquisa de satisfação inoperante**	**Risco de Reputação**	Ferramenta utilizada para elaboração da pequisa, avariou impossibilitando a continuidade de verificação índice.	Não elaboração de novas estratégias para realização de pesquisas.	Impossibilidade de mensurar satisfação, reclamações, opiniões quanto ao andamento dos serviços prestados.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Verificar estratégia para que a assistente social realize pesquisas de satisfação aos usuários e profissionais que estão na unidade.
		ENGENHARIA	1	**Descumprimento de documentação sanitária**	**Risco Legal**	Unidade não possui alvará sanitário para garantir às condições de higiene básica a saúde dos usuários e o regular funcionamento.	Possível falta de acompanhemento no prazo de solicitação de renovação.	Produção de efeitos nocivos ou prejudiciais à saúde humana, deixando de garantir a segurança ao usuário do estabelecimento, bem como possíveis punições previstas na lei.	2	3	6	RISCO MÉDIO	Tomar providências quanto aos processos necessários para a emissão da documentação necessária para a devida legalização da unidade de saúde.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco: POLICLÍNICA PAM DIAMANTE (RAUDIN Nº 05/2022)

Gestor Responsável pelo Process Ana Flávia Lustosa - Diretora Geral / Rafaella Pedroza de Araújo - Diretora Administrativa

Responsável (eis) pela Análise: Kilma Keila Dias Costa Teixeira

Período Inicial da Análise: 05/05/2022 **Período Final da Análise:** 10/06/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS – IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				TRATAMENTO DO RISCO
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
POLICLÍNICA PAM DIAMANTE	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	**Comissões não implantadas na unidade**	**Risco Legal**	Ausência das comissões de ética de enfermagem, revisão e análise de prontuários visando a segurança dos pacientes.	Ausência de alinhamento pela coordenação da unidade para implantação das referidas comissões.	Falha no controle de melhoria contínua dos processos internos, intervindo na garantia de maior segurança e qualidade no atendimento prestado ao paciente nos serviços de saúde nas diversas áreas.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Implantação na unidade de todas as comissões definidas no PDT, como forma de garantir maior segurança aos usuários dos serviços da unidade em prol da oferta de um serviço de saúde de qualidade, humanizado e inclusão de grupos médicos para o cumprimento dos preceitos éticos e legais.
	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	FATURAMENTO	1	**Produtividade abaixo do pactuado no PDT**	**Risco Operacional**	Diversas metas não atingidas de acordo com o pactuado no PDT.	Possível ausência de profissionais e/ou realização de exames.	Indicadores de metas inadequados para o perfil da unidade pode ocasionar desinvestimentos dos recursos públicos para a área da saúde.	5	4	20	RISCO ALTO	Atualização do perfil da unidade de saúde no PDT e verificar estratégias para o cumprimento das metas.
		RECURSOS HUMANOS	1	**Colaboradores sem identificação**	**Risco Trabalhista**	A maioria dos colaboradores, da empresa IADVH e EMSERH, que transitam pela unidade não possuem crachá e fardamento.	Falta de solicitação pela gerência responsável dos recursos de identificação dos colaboradores.	Descontrole no acesso e identificação de colaboradores na Unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	O RH da unidade deverá solicitar o fornecimento de crachá e fardas para os colaboradores da unidade como forma de acessibilidade aos setores através da identificação dos funcionários.
			2	**Inconsistência de cargos do RH da unidade e PDT**	**Risco Financeiro**	As funções de coordenadora de projetos, encarregado administrativo, encarregado de almoxarife, supervisão de faturamento, lotados pela EMSERH, não estão no PDT, no entanto existem colaboradores contratados na unidade.	Possível falta de readequação do Plano de Trabalho, em vista do quadro de funcionários para demanda da unidade.	Impacto financeiro e orçamentário.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Atualização do perfil da unidade de saúde no PDT.
			3	**Déficit de funcionários**	**Risco Trabalhista**	Os funcionários do IADVH relativos às funções de agente de portaria, assistente social, auxiliar administrativo, enfermeiro e técnico em enfermagem estão em quantidade superior ao PDT.	Possível falta de readequação do Plano de Trabalho, em vista do quadro de funcionários para demanda da unidade.	Comprometimento na execução das atividades da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Seleção e contratação de candidato, visando atender as demandas da unidade, visto que a falta destes vem causando impacto nos fluxos assistenciais.
			4	**Acúmulo de função**	**Risco Trabalhista**	O farmacêutico da farmácia para medicamentos de alto custo de hepatite exerce, também, a função de auxiliar de farmácia/administrativo somando mais atividades e responsabilidades do que aquelas que competem ao seu cargo.	Possível falta de readequação do Plano de Trabalho, em vista do quadro de funcionários para demanda da unidade.	Trazer danos à saúde do colaborador, baixa produtividade, desmotivação e consequentemente trazendo prejuízos a empresa, além de possíveis processos trabalhistas, que nesse caso deve-se realizar a contratação de mais um funcionário.	3	4	12	RISCO ALTO	Contratação de auxiliar de farmácia/administrativo, visto que o PDT possui vagas disponíveis para as readequações das rotinas de trabalho da unidade de maneira que não ocorram acúmulos de funções.
		ADMINISTRATIVO	1	**Ausência de realização do processo de gerenciamento da informação**	**Risco Operacional**	Diretora da unidade informou acerca da ausência de ciência dos contratos administrativos das empresas que fornecem e/ou prestam serviços para a unidade de saúde, bem como não possuem acesso ao Plano de Trabalho da unidade onde constam os valores dos serviços e o quantitativo de colaboradores do RH.	Falta de alinhamento e comunicação quanto a solicitação dos contratos e PDT.	Comprometimento na execução dos serviços prestados pelas contratadas.	3	2	6	RISCO MÉDIO	Recomenda-se que a Diretoria de Planejamento e Governança envie para as unidades os contratos de todas as empresas prestadoras de serviços para que tenham o conhecimento do que está sendo pactuado em contrato.
		ENGENHARIA	1	**Descumprimento de documentação sanitária**	**Risco Legal**	Unidade possui a certidão de regularidade do CRF-MA, no entanto há ausência do alvará sanitário para garantir às condições de higiene básica a saúde dos usuários e o regular funcionamento.	Possível falta de acompanhamento e solicitação da documentação ou renovação.	Produção de efeitos nocivos ou prejudiciais à saúde humana, deixando de garantir a segurança ao usuário do estabelecimento, bem como possíveis punições previstas na lei.	3	4	12	RISCO ALTO	Direção Geral e/ou Administrativa da unidade deverá solicitar a concessão imediata do documento e acompanhar trâmite de renovação, haja vista que o funcionamento deverá ser atestado pela Vigilância Sanitária visando atender todos os requisitos impostos pelo órgão de fiscalização, estando nos padrões exigidos pela atividade, conforme Resolução nº 7/2010 do Ministério da Saúde.

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco: POLICLÍNICA PAM DIAMANTE (RAUDIN Nº 05/2022)

Gestor Responsável pelo Process Ana Flávia Lustosa - Diretora Geral / Rafaella Pedroza de Araújo - Diretora Administrativa

Responsável (eis) pela Análise: Kilma Keila Dias Costa Teixeira

Período Inicial da Análise: 05/05/2022 **Período Final da Análise:** 10/06/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS / IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				TRATAMENTO DO RISCO
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
POLICLÍNICA PAM DIAMANTE	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	SEGURANÇA	3	Insegurança nas dependências da Policlínica	Risco de Integridade	Diretora da unidade relatou acerca de arrombamentos de carro de funcionários no estacionamento, vandalismos, dentre outros, causando insegurança para pacientes e funcionários, onde houve solicitação através de ofícios o reforço da segurança na policlínica.	Ausência de reforço efetivo de segurança da unidade.	Comprometimento da segurança no local, bem como o extravio de equipamentos, materiais, documentações e ou bens pessoais, que podem interferir nas atividades e procedimentos da unidade, além de acarretar custos e prejuízos.	4	4	16	RISCO ALTO	Diretoria Administrativa da EMSERH realize ações estratégicas como a contratação de segurança patrimonial, analisando os recursos destinados a esta despesa, visando combater os vários crimes que vem acontecendo na unidade de saúde, tendo em vista o encaminhamento de ofícios pela Diretoria da Unidade relatando os ocorridos.
		SISTEMA DE INFORMÁTICA	4	Falha no Sistema de TI	Risco Operacional	Os sistemas de informação na gestão hospitalar, SISREG, SISCAN e GPC, apresentam grande instabilidade dificultando a alimentação dos dados no sistema.	Falta de manutenção e verificação do funcionamento dos sistemas.	Retrabalho, diminuindo a produtividade dos profissionais para uma prestação de serviços de qualidade.	2	3	6	RISCO MÉDIO	Oficiar a SES e a Gerência de TI da EMSERH para verificação da instabilidade dos sistemas e posterior resolução, visando determinar com mais precisão e no menor tempo o processo de gestão clínica e hospitalar, com integração de controlar melhor os atendimentos e procedimentos médicos.
		ALMOXARIFADO DA FARMACIA	1	Falta de insumos na unidade	Risco Operacional	A unidade de saúde é referência em curativos de pé diabético e úlcera venosa, onde se verificou que no início de maio, os curativos estavam sendo realizados mediante empréstimo de materiais de outras Unidades, sendo informado pela Diretoria Administrativa que tais materiais encontram-se em falta na Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF.	Ausência de controle de materiais e medicamentos.	Falta de medicação e materais hospitalares para assistência do paciente.	3	4	12	RISCO ALTO	Acompanhamento minucioso da especialidade e segmentos mais executados em cada Unidade, para mensurar adequadamente os tipos e quantidades de materiais específicos destinados a cada Unidade para evitar ausência dos mesmos.
		ENGENHARIA	1	Aparelhos Inoperantes	Risco Operacional	Os aparelhos de ressonância magnética e tomografia estão com problemas técnicos desde o mês de março/2022 aguardando a troca de peças pela empresa Philips Medical Systems, para o pleno funcionamento e utilização dos mesmo	Falta de manutenção.	Prejuízo na produtividade, faturamento da unidade e aos usuários.	3	4	12	RISCO ALTO	Diretoria de engenharia da EMSERH juntamente com o fiscal do contrato controlar o tempo de retorno das ordens de serviços para execução dos reparos, informar oficialmente aos diretores das Unidades todo acompanhamento desses processos para evitar informações indevidas e ATENTAR para cláusulas de contrato.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**POLICLÍNICA VILA LUIZÃO (RAUDIN Nº 05.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Márcia Melo - Diretora Geral
Responsável (eis) pela Análise:	Kilma Keila Dias Costa Teixeira
Período Inicial da Análise:	05/05/2022
Período Final da Análise:	10/06/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
POLICLÍNICA VILA LUIZÃO	DIREÇÃO CLÍNICA	SAME	1	**Organização do SAME inapropriado**	**Risco Operacional**	Documentação armazenada em **container, misturada com materiais inservíveis, sem** critério de organização.	**Falta de estrutura e local apropriado para** armazenamento.	Perda e extravio de documentação **que permite acompanhamento de evolução médica, visto que todo** histórico dos pacientes estão na construção de tais documentos.	4	3	12	RISCO ALTO	Realizar o planejamento e execução de **organização dos prontuários e destinação dos equipamentos inservíveis, visando segurança** de informações e mantendo sigilo dos pacientes.
		COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	2	**Comissões não implantadas na unidade**	**Risco Operacional**	Ausência da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão de Análise de Prontuários, Comissão de Gerenciamento de Resíduos, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e Núcleo de Educação Continuada.	Ausência de alinhamento pela coordenação da unidade para implantação das referidas comissões.	Falha no controle de melhoria contínua dos processos internos, intervindo na garantia de maior segurança e qualidade no atendimento prestado ao paciente nos serviços de saúde nas diversas áreas.	4	3	12	RISCO ALTO	**Avaliação, atualização do perfil da unidade de saúde no PDT e verificação de estratégias visando realização de permutas de médicos que estão de férias, haja vista que a unidade não pode ficar desassistida para o cumprimento das metas.**
	DIRETORIA ADMINISTRATIVO	FATURAMENTO	1	**Produtividade abaixo do pactuado no PDT**	**Risco Operacional**	Diversas metas não atingidas de acordo com o pactuado no PDT.	Possível ausência de profissionais e/ou realização de exames.	Indicadores de metas inadequados para o perfil da unidade pode ocasionar desinvestimentos dos recursos públicos para a área da saúde.	5	4	20	RISCO ALTO	Avaliação, atualização do perfil da unidade de saúde no PDT e verificação de estratégias **visando realização de permutas de médicos que estão de férias, haja vista que a unidade** não pode ficar desassistida para o cumprimento das metas.
		RECURSOS HUMANOS	1	**Colaboradores sem identificação**	**Risco de Reputação**	A maioria dos colaboradores, da **empresa IADVH e EMSERH, que transitam pela unidade não** possuem crachá e fardamento.	Possível falta de conscientização sobre a obrigatoriedade da utilização dos recursos de identificação dos colaboradores.	**Dificuldade de reconhecimento dos colaboradores da unidade.**	3	3	9	RISCO MÉDIO	O RH da unidade deverá solicitar o **fornecimento de crachá e fardas para os colaboradores da unidade como forma de** acessibilidade aos setores através da identificação dos funcionários.
		QUALIDADE	1	**Ausência de pesquisa de satisfação**	**Risco de Reputação**	Não possui mecanismos para a realização de pesquisa de satisfação.	Falta de alinhamento para criação de recursos de realização da pesquisa.	Impossibilidade de mensurar satisfação, reclamações, opiniões quanto ao andamento dos serviços prestados.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Realizar pela assistente social pesquisas de satisfação aos usuários e profissionais que estão na unidade, para obtenção de melhorias de qualidade.
		ENGENHARIA	1	**Descumprimento de documentação sanitária**	**Risco Legal**	**Unidade não possui alvará sanitário.**	Possível falta de **acompanhamento no prazo de** solicitação de renovação.	Produção de efeitos nocivos ou prejudiciais à saúde humana, **deixando de garantir a segurança ao usuário do estabelecimento, bem** como possíveis punições previstas na lei.	2	3	6	RISCO MÉDIO	Tomar providências quanto aos processos **necessários para a emissão da documentação necessária para a devida legalização da** unidade de saúde.
		T.I	1	**Ausências de computadores**	**Risco Operacional**	Verificou-se que a unidade de saúde não possui quantidade **suficiente de computadores para** atender a demanda com eficiência.	**Falta de solicitação de novos equipamentos.**	Dificulta o fechamento de **atendimento dos pacientes e** lançamentos das produtividades.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Diretoria Administrativa deverá encaminhar **ofício a Gerência de TI/EMSERH solicitando** equipamentos para a unidade.

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**POLICLÍNICA COHATRAC (RAUDIN Nº 05/2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Chesluzia Heliana Pinto Farias - Diretora Administrativa
Responsável (eis) pela Análise:	Kilma Keila Dias Costa Teixeira
Período Inicial da Análise:	05/05/2022
Período Final da Análise:	10/06/2022

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
POLICLÍNICA COHATRAC	DIRETORIA CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	**Comissões não implantadas na unidade**	**Risco Operacional**	Ausência da comissão de análise de prontuários, comissão de gerenciamento de resíduos, comissão interna de prevenção de acidentes (CIPA) e núcleo de segurança do paciente (NSP).	Ausência de alinhamento pela coordenação da unidade para implantação das referidas comissões.	Falha no controle de melhoria contínua dos processos internos, intervindo na garantia de maior segurança e qualidade no atendimento prestado ao paciente nos serviços de saúde nas diversas áreas.	3	2	6	RISCO MÉDIO	Implantação na unidade de todas as comissões definidas no PDT, como forma de garantir maior segurança aos usuários dos serviços da unidade em prol da oferta de um serviço de saúde de qualidade, humanizado e inclusão de grupos médicos para o cumprimento dos preceitos éticos e legais.
	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	RECURSOS HUMANOS	1	**Colaboradores sem identificação**	**Risco Operacional**	Colaboradores, da empresa IADVH e EMSERH, que transitam pela unidade não possuem crachá e fardamento.	Ausência de confecção crachás.	Descontrole no acesso e identificação de colaboradores na Unidade.	2	2	4	RISCO BAIXO	O RH da unidade deverá solicitar o fornecimento de crachá e fardas para os colaboradores da unidade como forma de acessibilidade aos setores através da identificação dos funcionários.
			2	**Inconsistência de informações PDT x Folha do RH**	**Risco Trabalhista**	Função de Diretor Administrativo, farmacêuticos e recepcionistas, superior ao estipulado no PDT.	Ausência no controle do PDT.	Impacto financeiro e orçamentário.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Diretoria de RH da Emserh verifique a adequação do PDT, realize a realocação dos funcionários para custos referente do impacto da Emserh, analisando a disponibilidade de recursos que abrangem a despesa.
		FATURAMENTO	1	**Produtividade abaixo do pactuado no PDT**	**Risco Operacional**	As metas de tratamentos odontológicos e exames de endoscopia encontram-se zerados, consultas médicas especializadas em cardiologia, neurologia, gastrenterologia, endocrinologia, otorrinolaringologia, ortopedia e alergologia, bem como outras especialidades não atingiram as metas mínimas do PDT.	Indisponibilidade de instrumentais e ausência de suporte físico da unidade.	Indicadores de metas inadequados para o perfil da unidade pode ocasionar desinvestimentos dos recursos públicos para a área da saúde.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Atualização do perfil da unidade de saúde no PDT e verificar estratégias para o cumprimento das metas.
		ADMINISTRATIVO	1	**Ausência de realização do processo de gerenciamento da informação**	**Risco Operacional**	Diretora da unidade informou acerca da ausência de ciência dos contratos administrativos das empresas que fornecem e/ou prestam serviços para a unidade de saúde, bem como não possuem acesso ao Plano de Trabalho da unidade onde constam os valores dos serviços e o quantitativo de colaboradores do RH.	Ausência de comunicação.	Comprometimento na execução dos serviços prestados pelas contratadas.	3	4	12	RISCO ALTO	Recomenda-se que a Diretoria de Governança envie para as unidades os contratos de todas as empresas prestadoras de serviços para que tenham o conhecimento do que está sendo pactuado em contrato, bem como realize o controle e vigência dos contratos administrativos;
		QUALIDADE	1	**Ausência de pesquisa de satisfação**	**Risco Operacional**	Diretora administrativa informou que a unidade não possui mecanismos para a realização de pesquisa de satisfação.	A unidade não possui mecanismos e suporte para a realização de pesquisa de satisfação.	Ausencia de mensuração de satisfação, para que haja melhoria continuamente na unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Realizar pela assistente social pesquisas de satisfação aos usuários e profissionais que estão na unidade, para obtenção de melhorias de qualidade, utilizando esse espaço como uma visão de oportunidades aos pacientes em elaborar questionamentos e até mesmo reclamações.
		ENGENHARIA	1	**Divergência de dados cadastrais (Alvará)**	**Risco Legal**	O endereço está compatível entre ambos os documentos, no entanto o alvará de funcionamento informa que subunidade refere-se a Upa Socorrinho I e a certidão do CRF, Policlínica.	Possível falta de acompanhamento na solicitação e renovação.	Divergência de informações.	2	2	4	RISCO BAIXO	Protocolar junto à prefeitura de modo que a documentação relativa ao Alvará de licença seja atualizada para Policlínica Cohatrac, tendo em vista que o registro de uma empresa ou marca é a segurança jurídica, que pode evitar uma série de problemas.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**POLICLÍNICA COHATRAC (RAUDIN Nº 05/2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Chesluzia Heliana Pinto Farias - Diretora Administrativa
Responsável (eis) pela Análise:	Kilma Keila Dias Costa Teixeira
Período Inicial da Análise:	05/05/2022
Período Final da Análise:	10/06/2022

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
POLICLÍNICA COHATRAC	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	REFEIÇÃO	1	Inexecução contratual	Risco de Integridade	Empresa Nutri Mais Vida Ltda está fornecendo a alimentação de péssima qualidade, com transporte dos alimentos em carrocerias de caminhões, sem a devida proteção e acondicionamento apropriado, além disso, o manuseio é realizado sem as boas práticas de fabricação, em desobediência a RDC 216/2004.	Descumprimento de cláusulas contratuais.	Risco de contaminação.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Fiscalização contínua dos serviços prestados pela empresa Nutri Mais Vida Ltda, contrato nº 710/2021, haja vista o cuidado nutricional adequado, incluindo a qualidade da alimentação que tem efeitos benéficos na recuperação dos pacientes e na sua qualidade de vida.

MAPEAMENTO DE RISCO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

Mapeamento de Risco:	**POLICLÍNICA COROADINHO (RAUDIN Nº 05.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Francisca Ilmara Lima Souza - Diretora Administrativa
Responsável (eis) pela Análise:	Kilma Keila Dias Costa Teixeira
Período Inicial da Análise:	05/05/2022
Período Final da Análise:	10/06/2022

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
POLICLÍNICA COROADINHO	DIRETORIA CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	Ausência de equipamentos médicos	Risco de Reputação	Falta de mesa de exame com descansos para o calcanhar, estribos ou suportes para as pernas.	Falta de alinhamento junto a EmserhxSES para solicitação dos equipamentos necessários.	Não realização de atendimento, desassistindo os pacientes e não atingimento das metas (serviço médico na especialidade de ginecologia, não há realiza os procedimentos de coleta de material do colo de uterino e biópsia/colposcopia).	3	4	12	RISCO ALTO	Diretoria Administrativa deverá oficiar a SES para providências quanto a aquisição da mesa ginecológica, tendo em vista que é de suma importância à realização destes exames para diagnosticar lesões benignas (inflamações), pré-malignas que antecedem o câncer, lesões malignas dentre outros.
	DIRETORIA DE ADMINISTRATIVO	RECURSOS HUMANOS	1	Colaboradores sem Identificação	Risco Operacional	A maioria dos colaboradores, da empresa IADVH e EMSERH, que transitam pela unidade não possuem crachá e fardamento.	Falta de solicitação pela gerência responsável dos recursos de identificação dos colaboradores.	Descontrole no acesso e identificação de colaboradores na Unidade.	2	2	4	RISCO BAIXO	O RH da unidade deverá solicitar o fornecimento de crachá e fardas para os colaboradores da unidade como forma de acessibilidade aos setores através da identificação dos funcionários.
			2	Divergência de quantitativos pactuados	Risco Operacional	Quadro de funcionários vinculados a EMSERH nas áreas de administrativo, assistente social, atendente de consultório, copeiro, enfermeiro, fonoaudiólogo, maqueiro, nutricionista, recepcionista, técnico de informática encontram-se com quantitativo abaixo do pactuado no PDT.	Possível falta de readequação do Plano de Trabalho, em vista do quadro de funcionários para demanda da unidade.	Comprometimento na execução das atividades da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Diretoria de Governança deverá avaliar e atualizar junto com a Diretoria de Rh perfil da unidade de saúde no PDT.
		ADMINISTRATIVO	1	Produtividade abaixo do pactuado no PDT	Risco Operacional	Metas não atingidas nas especialidades de ginecologia, fonoaudiologia, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, serviços de diagnóstico em cardiologia, serviços de urologia e dermatologia.	Período de inauguração da unidade e não implantação de algumas especialidades.	Indicadores de metas inadequados para o perfil da unidade pode ocasionar desinvestimentos dos recursos públicos para a área da saúde.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Divulgação das especialidades constantes no PDT da Policlínica com outras unidades de saúde, buscando novas ferramentas, estudo de processos, melhorando o desempenho de sua agenda para visualização do número de atendimentos feitos por cada profissional, procedimentos executados em prol do aumento da produtividade, trazendo eficiência administrativa para a sua operação, tanto por telefone como por SISREG para o cumprimento das metas.
			2	Ausência de pesquisa de satisfação	Risco de Reputação	Diretora administrativa informou que a unidade não possui mecanismos para a realização de pesquisa de satisfação, uma vez que isto agrega na melhora da prestação dos serviços e humanização do atendimento médico.	Falta de alinhamento para criação de recursos de realização da pesquisa.	Impossibilidade de mensurar satisfação, reclamações, opiniões quanto ao andamento dos serviços prestados.	3	2	6	RISCO MÉDIO	Realizar pela assistente social pesquisas de satisfação aos usuários e profissionais que estão na unidade, para obtenção de melhorias de qualidade, utilizando esse espaço como uma visão de oportunidades aos pacientes em elaborar questionamentos e até mesmo reclamações.
		ENGENHARIA	1	Descumprimento de documentação sanitária	Risco de Integridade	Unidade não possui alvará sanitário para garantir às condições de higiene básica a saúde dos usuários e o regular funcionamento.	Possível falta de acompanhamento no prazo de solicitação de renovação.	Falta de garantia nas condições de higiene básica a saúde dos usuários e o regular funcionamento, bem como a unidade fica sujeita a notificações, multas ou suspensão de suas atividades.	2	3	6	RISCO MÉDIO	Direção Geral e/ou Administrativa da unidade deverá solicitar a concessão imediata do documento e acompanhar trâmite de renovação, haja vista que o funcionamento deverá ser atestado pela Vigilância Sanitária visando atender todos os requisitos impostos pelo órgão de fiscalização, estando nos padrões exigidos pela atividade, conforme Resolução nº 7/2010 do Ministério da Saúde.

MAPEAMENTO DE RISCO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

Mapeamento de Risco:	**POLICLÍNICA COROADINHO (RAUDIN Nº 05.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Francisca Ilmara Lima Souza - Diretora Administrativa
Responsável (eis) pela Análise:	Kilma Keila Dias Costa Teixeira
Período Inicial da Análise:	05/05/2022
Período Final da Análise:	10/06/2022

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
POLICLÍNICA COROADINHO	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	TRANSPORTE	1	**Ausência de veículo**	**Risco Operacional**	Unidade possui motorista contratado, porém encontra-se indisponível veículo para a condução em carro de apoio e/ou ambulância como forma de agilizar as demandas da unidade.	Ausência de organização em termos administrativos para que haja melhor desempenho da unidade.	Ausência na agilidade das demandas da unidade, dificuldade de cuidados imediatos e eficazes para salvar vidas em um ambiente de trabalho clínico e seguro com mobilidade máxima.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Diretoria da unidade deverá comunicar oficialmente a EMSERH acerca da questão supracitada, verificando a locação de veículo e/ou adequação do quadro de funcionários.
		ENGENHARIA	1	**Insegurança nas dependências da unidade**	**Risco de Integridade**	As janelas da unidade não fecham, onde foi colocado pedaço de madeira para sustentar, onde é demonstrando falta de segurança para os usuários e profissionais.	Ausência de manutenção periódica.	Vulnerabilidade e fragilidade na segurança de colaboradores e usuários.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Diretoria Administrativa deverá oficiar a Gerência de Engenharia e Manutenção para a realização de ações estratégicas, bem como de manutenção preventiva e corretiva na unidade, haja vista o perigo eminente de roubo com os bens patrimoniais e com a vida das pessoas.
			2	**Infraestrutura sanitária carente**	**Risco Operacional**	Caixas d'água da unidade encontram-se sem tampa ficando abertas, fazendo que haja a proliferação dos arboviroses Dengue, Chikungunya e Zika.	Ausência de manutenção periódica.	Fragilidade com a proliferação, buscando eliminar esses possíveis criadouros, impedindo o nascimento do inseto.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Realizar ações de orientação para ter o cuidado com a proliferação, buscando eliminar esses possíveis criadouros, impedindo o nascimento do inseto, bem como providenciar tampas das caixas d'água, tendo em vista que a prevalência das doenças causadas pelo aedes aegypti
			3	**Local inapropriado para uso**	**Risco Operacional**	Verificou-se que uma das tampas da caixa de gordura localizada na sala do setor administrativo encontra-se quebrada e sem sinalização.	Ausência de manutenção preventiva.	Riscos de acidente devido à falta de manutenção preventiva.	2	3	6	RISCO MÉDIO	Gerência de Engenharia e Manutenção deverá substituir a tampa da caixa, tendo em vista que a mesma precisa ficar fechada de maneira segura, para impedir vazamentos de conteúdo ou de odor, onde deve-se verificar a qualidade da vedação da tampa e, além disso, simplificar as manutenções

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**POLICLÍNICA VINHAS (RAUDIN Nº 05.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Ana Caroline Moreira Hortegal - Diretora Administrativa
Responsável (eis) pela Análise:	Kilma Keila Dias Costa Teixeira
Período Inicial da Análise:	05/05/2022
Período Final da Análise:	10/06/2022

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
POLICLÍNICA VINHAS	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	Comissões não implantadas na unidade	Risco Operacional	Ausência da Comissão de análise de prontuários, comissão de controle de infecção relacionada à assistência a saúde (CCIRAS), comissão de revisão de óbitos, núcleo de segurança do paciente (NSP), ética médica, ética de enfermagem, núcleo de educação permanente, plano de gerenciamento de resíduo solido de saúde, epidemiologia, farmácia e terapêutica.	Ausência de alinhamento pela coordenação da unidade para implantação das referidas comissões.	Falha no controle de melhoria contínua dos processos internos, intervindo na garantia de maior segurança e qualidade no atendimento prestado ao paciente nos serviços de saúde nas diversas áreas.	3	2	6	RISCO MÉDIO	Implantação na unidade de todas as comissões definidas no PDT, como forma de garantir maior segurança aos usuários dos serviços da unidade em prol da oferta de um serviço de saúde de qualidade, humanizado e inclusão de grupos médicos para o cumprimento dos preceitos éticos e legais.
		ESPECIALIDADES MÉDICA	2	Serviços médicos pactuado divergem dos ofertados	Risco Operacional	No PDT constam, as especialidades de oftalmologia, cirurgião dentista, serviços de apoio em diagnóstico em oftalmologia e procedimentos ambulatoriais de tratamento odontológicos, porém não são executadas na unidade.	Ausência de profissionais para atendimento das demandas e realização de procedimentos.	Indicadores de metas inadequados para o perfil da unidade pode ocasionar desinvestimentos dos recursos públicos para a área da saúde.	3	2	6	RISCO MÉDIO	Avaliação e atualização do perfil da unidade de saúde no PDT, haja vista que a unidade não pode ficar desassistida para o cumprimento das metas.
	DIRETORIA ADMINISTRATIVO	ADMINISTRATIVO	3	Ausência de pesquisa de satisfação	Risco Operacional	Funcionário informou que a unidade não possui mecanismos para a realização de pesquisa de satisfação, uma vez que isto agrega na melhora da prestação dos serviços e humanização do atendimento médico.	Falta de alinhamento para criação de recursos de realização da pesquisa.	Impossibilidade de mensurar satisfação, reclamações, opiniões quanto ao andamento dos serviços prestados.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Realizar pela assistente social pesquisas de satisfação aos usuários e profissionais que estão na unidade, para obtenção de melhorias de qualidade, utilizando esse espaço como uma visão de oportunidades aos pacientes em elaborar questionamentos e até mesmo reclamações.
		RECURSOS HUMANOS	1	Colaboradores sem identificação	Risco Trabalhista	A maioria dos colaboradores, da empresa IADVH e EMSERH, que transitam pela unidade não possuem crachá e fardamento.	Falta de solicitação pela gerência responsável dos recursos de identificação dos colaboradores.	Descontrole no acesso e identificação de colaboradores na Unidade.	2	2	4	RISCO BAIXO	O RH da unidade deverá solicitar o fornecimento de crachá e fardas para os colaboradores da unidade como forma de acessibilidade aos setores através da identificação dos funcionários.
		ENGENHARIA	1	Risco de contaminação da Assistência Social	Risco de Integridade	No setor de serviço social verificou-se umidade na parede	Fragilidades nas condições estruturais.	Ambiente visivelmente desagradável, bem como gerando riscos a saúde dos usuários com a apresentação nas instalações de infiltrações, mofos, dentre outros.	3	4	12	RISCO ALTO	Direção da unidade sinalize o fiscal do contrato nº 712/2021 com a empresa Transpama - Terraplanagem Pavimentação Construção Civil Mec. Agrícola Ltda para providências quanto à verificação e correção das infiltrações

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**CENTRO DE REABILITAÇÃO DO OLHO D'ÁGUA (RAUDIN Nº 05.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Ana Eugenia Araujo Furtado - Diretora Administrativa
Responsável (eis) pela Análise:	Kilma Keila Dias Costa Teixeira
Período Inicial da Análise:	05/05/2022
Período Final da Análise:	10/06/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
CENTRO DE REABILITAÇÃO DO OLHO D'ÁGUA	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	RECURSOS HUMANOS	1	**Inconsistência de informações PDT x Folha do RH**	**Risco Legal**	Unidade possui cargo de monitor contratado, no entanto na folha de **impacto financeiro do IADVH encontra-**se ausente, bem como cargo de assistente social superior ao PDT.	**Ausência de alinhamento unidade x** EMSERH.	Impacto financeiro e orçamentário.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Diretoria de RH da Emserh verifique **a adequação do PDT, analisando a** disponibilidade de recursos que abrangem a despesa.
		FATURAMENTO	1	**Produtividade abaixo do pactuado no PDT**	**Risco Financeiro**	Consultas de oftalmologia, dentre outras **especialidades e procedimentos ficaram** abaixo do pactuado no PDT.	Profissional afastado pelo INSS/licença saúde, desligamento de funcionários e feriados.	Indicadores de metas inadequados para o perfil da unidade pode **ocasionar desinvestimentos dos** recursos públicos para a área da saúde.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Atualização do perfil da unidade de **saúde no PDT e verificar estratégias** para o cumprimento das metas.
		ADMINISTRATIVO	1	**Ausência de pesquisa de satisfação**	**Risco Operacional**	**Diretora administrativa informou que a unidade não possui mecanismos para a realização de pesquisa de satisfação, uma vez que isto agrega na melhora da prestação dos serviços e humanização do atendimento médico.**	**A unidade não possui mecanismos para a realização de pesquisa de satisfação.**	**Ausência de mensuração de satisfação, para que haja melhoria continuamente na unidade.**	3	3	9	RISCO MÉDIO	Realizar pela assistente social pesquisas de satisfação aos usuários **e profissionais que estão na unidade, para obtenção de melhorias de qualidade, utilizando esse espaço como uma visão de oportunidades aos pacientes em elaborar** questionamentos e até mesmo reclamações.
		ALVARÁ	1	**Descumprimento de documentação sanitária**	**Risco de Reputação**	Unidade não possui alvará sanitário **para garantir às condições de higiene básica a saúde dos usuários e o regular funcionamento.**	**Possível falta de acompanhamento e** solicitação da documentação ou renovação.	**Unidade passível de multas e punições previstas na lei.**	2	3	6	RISCO MÉDIO	Direção Geral e/ou Administrativa **da unidade deverá solicitar a concessão imediata do documento e acompanhar trâmite de renovação, haja vista que o funcionamento deverá ser atestado pela Vigilância Sanitária visando atender todos os requisitos impostos pelo órgão de** fiscalização.
		ADMINISTRATIVO	1	**Ausência de realização do processo de gerenciamento da informação**	**Risco Operacional**	**Ausência de ciência dos contratos administrativos das empresas que fornecem e/ou prestam serviços para a unidade de saúde, bem ausência de acesso ao Plano de Trabalho.**	**Ausência de comunicação entre as lideranças na solicitação dos contratos.**	**Comprometimento na clareza as atribuições pactuadas, qualidade e desenvolvimento da unidade.**	2	3	6	RISCO MÉDIO	Recomenda-se que a Diretoria de **Governança envie para as unidades os contratos de todas as empresas prestadoras de serviços para que tenham o conhecimento do que está sendo pactuado em contrato, bem como realize o controle e vigência** dos contratos administrativos.

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL PRESIDENTE VARGAS (RAUDIN 06.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Rilma Marques Melo Nunes - Diretora Geral / Fernando Moreira da Silva Neto - Diretor Clínico / Thiago Mendes Leite - Diretor Administrativo
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Tovão / Joselane de Oliveira Ribeiro / Mário Augusto Collins Bico / Walter Oliveira Gama Junior / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	20/06/2022 — **Período Final da Análise:** 15/07/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS – IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				TRATAMENTO DO RISCO
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL PRESIDENTE VARGAS	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	Comissões não implantadas na unidade	Risco Operacional	No plano operativo constam a comissão de ética médica e de enfermagem, no entanto as mesmas não foram desenvolvidas na unidade.	Ausência de planejamento	Ausência de maior engajamento de toda a equipe multidisciplinar maior segurança aos usuários dos serviços da unidade	3	2	6	RISCO MÉDIO	Implantação na unidade de todas as comissões pactuadas e readequação do PDT, como forma de garantir maior segurança aos usuários dos serviços da unidade em prol da oferta de um serviço de saúde de qualidade, humanizado e inclusão de grupos médicos para o cumprimento dos preceitos éticos e legais.
			2	Enfermaria DIP e Doenças Tropicais	Risco Operacional	Duplicidade na escala médica.	Impedimento na contratação de outos profissionais.	Rendimentos nos atendimentos da unidade, fluidez nos processos.	4	3	12	RISCO ALTO	Organizar escalas médicas para que não haja cruzamento de horários dos serviços executados; aperfeiçoar a gestão de troca e/ou manutenção predial e de mobiliário da unidade; otimizar a distribuição e gestão dos documentos utilizados pela equipe assistencial.
			3	Ausência cumprimento da meta de atendimento médico na TB	Risco Operacional	Evidenciamos que alguns médicos possuem o agendamento inferior ao quantitativo informado pela coordenação.	Não cumprimento de horários e escalas médicas	Não realização de atendimento, desassistindo os pacientes e não atingimento das metas.	4	2	8	RISCO MÉDIO	Organizar e atualizar horário e quantitativo de agendamento/médico, distribuir equitativamente o número de pacientes com relação ao número de profissionais médicos para que seja cumprida a carga horária dos profissionais constando em escala Médica.
			4	Ausência cumprimento da meta de atendimento médico no SAE (serviço de atendimento especializado - HIV)	Risco Operacional	A agenda de atendimento é distribuída para atendimento de até 12 pacientes/médico.	Observa-se que o tempo médio de atendimento médico é insuficiente pela demanda.	Não realização de atendimento, desassistindo os pacientes e não atingimento das metas.	4	2	8	RISCO MÉDIO	Organizar e atualizar horário e quantitativo de agendamento/médico, distribuir equitativamente o número de pacientes com relação ao número de profissionais médicos.
			5	Ausência de cumprimento da meta nas ações coletivas.	Risco Operacional	Foi apresentado relatório onde o mesmo consta baixa produtividade por parte dos profissionais envolvidos nas ações (assistente social, psicólogos, odontólogos), ressaltamos que consta na unidade panfletos, vídeos, cartazes palestras e outras formas de informativos e incentivos a prevenção (preservativos).	Ausência de evidências onde possa constar comprovações de ações ativas.	A desinformação de pacientes diante dos serviços oferecidos pela unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Construção de um plano de ação onde ocorra de forma participativa e solidária entre gestores e profissionais de saúde o cumprimento das metas, para que corresponda ao máximo às necessidades locais dos usuários.
		FARMÁCIA	1	Inadimplência de conferência dos carrinhos de mergência para PCR	Risco de Integridade	Unidade possui 03 carrinhos de parada, localizados na enfermaria (lacre nº E1119602), na internação e na UTI, onde se verificou nos dias 20 e 21/06/2022 através dos check lists dos próprios carros com medicações vencidas.	Ausência de acompanhamento preventivo de avaliação dos fármacos.	Faltas em situação de urgência, bem como a administração de medicamentos vencidos ou errados podem levar a tratamentos ineficazes, reações adversas, lesões temporárias, permanentes e até o óbito do paciente.	4	5	20	RISCO MUITO ALTO	Notificação, advertência e cumprimento do código de conduta e integridade (capítulo 9/ art. 27 - infrações e penalidades aos colaboradores) ao responsável pela farmácia Fiscalização,
			2	Composição do carro de PCR fora do padrão	Risco de Integridade	O equipamento de eletrocardiograma encontra-se em cima do carrinho de parada, não fazendo parte da configuração estrutural do móvel.	Ausência de acompanhamento preventivo de avaliação dos fármacos.	Coloca em risco a celeridade de uma intervenção.	4	5	20	RISCO MUITO ALTO	Direção deverá providenciar mesa suporte adequada para apoio do aparelho de ECG. E a Coordenação de enfermagem deverá promover ações que estimulam aos profissionais mudanças e transformações.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL PRESIDENTE VARGAS (RAUDIN 06.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Rilma Marques Melo Nunes - Diretora Geral / Fernando Moreira da Silva Neto - Diretor Clínico / Thiago Mendes Leite - Diretor Administrativo
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Tovão / Joselane de Oliveira Ribeiro / Mário Augusto Collins Bico / Walter Oliveira Gama Junior / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	20/06/2022 — **Período Final da Análise:** 15/07/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS – IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				TRATAMENTO DO RISCO
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL PRESIDENTE VARGAS	DIREÇÃO CLÍNICA	CME	1	**Execução irregular de esterilização de artigos para unidades não administradas pela EMSERH**	**Risco Operacional**	A máquina de autoclave estava com defeito desde o dia 16/06/2022 aguardando peças para o devido funcionamento sendo concertado em 23/06/2022.	Falta de manutenção, bem como os materiais são levados ao Hospital Tarquínio Lopes Filho ou Hospital Carlos Macieira, as quais não são unidades de saúde administradas pela EMSERH.	Perda ou extravio de materiais.	4	2	8	RISCO MÉDIO	Analisar o fluxo dos artigos serem encaminhados para esterilização em unidades EMSERH ou contactar a Gerência de Gestão Hospitalar juntamente com os institutos para realizar parcerias visando à facilidade de acesso e locomoção ágil dos materiais.
		LABORATÓRIO	1	**Dados da procura por leishmaniose elevados**	**Risco Financeiro**	Aumento significativo para realização de exames visando detectar a infecção por Leishmania (visceral ou tegumentar).	Baixa conscientização a procura do tratamento.	Aumento de casos.	4	4	16	RISCO ALTO	Mobilização da Vigilância sanitária do Município e o NEP de campanhas de conscientização, estratégias junto com a Direção da unidade buscando parcerias com a Unidade de Vigilância e Controle de Zoonoses (UVZ) da SEMUS visando à prevenção da doença.
	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	RECURSOS HUMANOS	1	**Colaboradores sem identificação**	**Risco Operacional**	Identificado que tanto os colaboradores da SES, Ministério da Saúde e EMSERH transitam pela unidade sem crachá e fardamento.	Possível falta de conscientização sobre a obrigatoriedade da utilização dos recursos de identificação dos colaboradores.	Dificuldade de reconhecimento dos colaboradores da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	O RH da unidade deverá solicitar o fornecimento de crachá e fardas para os colaboradores da unidade como forma de acessibilidade aos setores através da identificação dos funcionários.
			2	**Inconsistência de informações PDT x Folha do RH**	**Risco Trabalhista**	A unidade possui quantitativo de cargos contratados para exercer a função de Fonoaudiólogo, superior ao estipulado no PDT, bem como várias funções inferiores ou sem ocupação.	Ausência no controle do PDT e realinhamento das funções.	Comprometimento na execução das atividades da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Diretoria de RH da Emserh verifique a adequação do PDT, para análise da situação do quadro de pessoal, perante aos serviços ofertados, para posterior providência quanto ao cumprimento do Plano de Trabalho (PDT).
			3	**Registro de profissionais no CNES irregular**	**Risco Operacional**	Existe registro de colaboradores inadimplentes no CNES, onde já foi solicitado.	Ausência de fiscalização assídua por parte da unidade.	Descontrole no cadastro, além de servir para atestar a regularidade do consultório.	3	2	6	RISCO MÉDIO	Recomendamos que a unidade reitere o ofício para a equipe do controle e avaliação da EMSERH realizar a atualização e cadastros dos profissionais, com o intuito de garantir as informações sobre estabelecimentos de saúde.
		ADMINISTRATIVO	1	**Insatisfação de usuários**	**Risco de Reputação**	Avaliação dos Resultados das pesquisas realizadas nos meses de fevereiro, março e abril apresentam um índice de satisfação inferior a 80%.	Avaliações negativas.	Usuários insatisfeitos.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Manutenção das práticas de aplicação de meios de pesquisa de satisfação.
			2	**Desconhecimento dos contratos de serviços oferecidos na unidade**	**Risco Operacional**	Diretor Administrativo da unidade informou acerca da ausência das vias dos contratos administrativos das empresas que fornecem e/ou prestam serviços para a unidade de saúde.	Ausência de segurança e clareza as atribuições pactuadas.	Comprometimento na qualidade e desenvolvimento da unidade	2	3	6	RISCO MÉDIO	Recomenda-se que a Diretoria Planejamento e Governança enviem para as unidades os contratos de todas as empresas prestadoras de serviços para que tenham o conhecimento do que está sendo pactuado em contrato.
			3	**Descumprimento de documentação sanitária**	**Risco Legal**	Ausência do alvará sanitário para garantir às condições de higiene básica a saúde dos usuários e o regular funcionamento.	Devido o não atendimento das recomendações exigidas pelo órgão.	Produção de efeitos nocivos ou prejudiciais à saúde humana, deixando de garantir a segurança ao usuário do estabelecimento, bem como possíveis punições previstas na lei.	4	3	12	RISCO ALTO	Direção Geral e/ou Administrativa da unidade deverá solicitar a concessão imediata do documento e acompanhar trâmite de renovação, haja vista que o funcionamento deverá ser atestado pela Vigilância Sanitária.

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL PRESIDENTE VARGAS (RAUDIN 06.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Rilma Marques Melo Nunes - Diretora Geral / Fernando Moreira da Silva Neto - Diretor Clínico / Thiago Mendes Leite - Diretor Administrativo
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Tovão / Joselane de Oliveira Ribeiro / Mário Augusto Collins Bico / Walter Oliveira Gama Junior / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	20/06/2022 — **Período Final da Análise:** 15/07/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL PRESIDENTE VARGAS	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	4	**Segregação inadequada de lixo infectante e lixo comum**	**Risco Financeiro**	Verificou-se o descarte de lixo sem critério de separação, lixo infectante no saco de lixo comum, contrariando a RDC referenciada na fonte, E lixo comum no saco de lixo infectante, influenciando diretamente no peso e no volume de lixo infectante coletado pela empresa.	Ausência de controle e organização e fiscalização.	Imprecisão dos valores de pesagem, trazendo prejuízos e oneração de custos do contrato.	2	3	6	RISCO MÉDIO	Fiscalização, e cumprimento do código de conduta e integridade (capítulo 9/ art. 27 – infrações e penalidades aos colaboradores), bem como promover a capacitação e o treinamento inicial e de forma continuada para o pessoal envolvido no gerenciamento de resíduos.
			5	**Equipamentos com baixa qualidade**	**Risco Operacional**	Relato de equipamentos/instrumentais inadequados.	Devido ao perfil da unidade de infecção dos pacientes demandando tempo maior para higiene da sala entre as consultas	Demora na marcação de atendimentos.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Recomenda-se avaliação e adequação das necessidades dos equipamentos odontológicos.
			6	**Vulnerabilidade de transmissão de doenças infecciosas transmitidas por animais**	**Risco de Reputação**	Permanência de uma cadela, no corredor próximo ao ambiente de produção alimentar e distribuição dos alimentos.	Falta de providências para o abrigo dos animais.	Exposição de funcionários e pacientes a antígenos do parasito, uma vez que a transmissão se dá por um vetor, conhecido como mosquito palha.	3	4	12	RISCO ALTO	Recomendam-se providências imediatas quanto ao abrigo para o animal, tendo em vista risco eminente de transmissão de zoonoses, raiva e leishmanioses, estendendo-se para outras doenças de transmissão vetorial para a população humana, além do risco radioativo para os animais.
			7	**Ineficiência dos pedidos de material impresso**	**Risco Operacional**	Deficiência no material impresso da unidade para realização da atividade rotineira, bem como solicitação de exames, prescrições médicas, receituários médicos.	Ausência de solicitação ao setor competente.	Serviços rotineiros da inidade ineficientes.	1	2	2	RISCO BAIXO	Recomendamos que sejam avaliadas as reais necessidades e padronizações específicas junto ao administrativo e equipe de qualidade para que seja providenciado e solicitado junto a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF).
			8	**Mobiliários inoperantes para uso**	**Risco Operacional**	Atividades realizadas em posição indevida, mobiliários mal conservados ou impróprios.	Falta de manutenção, medida preventiva e adequação periódica e sensibilização dos colaboradores para conservação.	vulnerabilidade nas equipes e alto índice de absenteísmo por lesões e dores, gerando insegurança aos colaboradores.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Aquiles Lisboa, direcionando o fluxo, visto que o mesmo oferece mão de obra e logística para o deslocamento dos mobiliários, para realizar orçamento dos materiais e posterior reforma destes.
			9	**Conduta inapropriada de agente penitenciária**	**Risco de Integridade**	Verificou-se que uma presa estava realizando tratamento de tuberculose, no entanto a agente penitenciária de plantão (20/06/2022) estava estudando de costas e sem a proteção do capote.	Ausência de profissionalismo na exucução da atividade.	Vulnerabilidade na segurança geral da unidade.	3	4	12	RISCO ALTO	Que a Direção da unidade de saúde oficie da Secretaria de Estado de Administração Penitencia – SEAP, a conduta da profissional, tendo em vista não esta de acordo a Instrução Normativa n.º 12/2018. Observa-se infrações cometidas pela mesma.
			10	**Impacto visual prejudicado e risco de contaminação na entrada da unidade.**	**Risco de Reputação**	Observou-se acúmulo de papelão e lixo na área externa do recinto destinado a alocação de lixo, assim como acúmulo de entulho e lixo.	Acúmulo de entulho e lixo de obra na área externa da unidade.	Unidade com aspecto de suja e ambiente insalubre	3	3	9	RISCO MÉDIO	Esta auditoria recomenda que, além da aplicabilidade das normativas que envolvem as boas práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde.
			11	**Divergência entre o peso das bombonas e quantidade de bombonas coletadas**	**Risco Financeiro**	Observou-se que ao coletar as bombonas de lixo infectante, a empresa responsável, J.R. ALMEIDA, utiliza uma balança de uso doméstico, não sendo apropriada para utilização da pesagem das referidas bombonas.	Uso inapropriado de balança na pesagem do lixo.	Imprecisão em valores de pesagem podendo causar prejuízos financeiros a empresa e a EMSERH.	4	4	16	RISCO ALTO	Toda balança com finalidade comercial precisa, necessariamente, ser submetida ao processo de aprovação de modelo pelo Inmetro (Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia).

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL PRESIDENTE VARGAS (RAUDIN 06.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Rilma Marques Melo Nunes - Diretora Geral / Fernando Moreira da Silva Neto - Diretor Clínico / Thiago Mendes Leite - Diretor Administrativo
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Tovão / Joselane de Oliveira Ribeiro / Mário Augusto Collins Bico / Walter Oliveira Gama Junior / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	20/06/2022 — **Período Final da Análise:** 15/07/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL PRESIDENTE VARGAS	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	12	**Ausência de controle de acesso às dependências do hospital e sem bloquelo da segurança e/ou porteiro**	**Risco Operacional**	Observamos não haver controle de entrada e saída de pessoas nas áreas internas e externas da Unidade.	Ausência de porteiro na área interna da unidade.	Vulnerabilidade de colaboradores e funcionários.	2	3	6	RISCO MÉDIO	Recomenda-se que a Gerência Administrativa da EMSERH realize levantamento das informações supracitadas, para posterior adequação quanto à estratégia de ronda ou necessidade de RH para vigilância predial bem como para porteiros e controladores de acessos.
		ADMINISTRATIVO	13	**Descumprimento do contrato nº 196/2019-DC/EMSERH, fornecimento de água potável**	**Risco de Reputação**	Diretor da unidade informa que está comprando água mineral por fora do contrato, para suprir as necessidades da unidade.	O referido contrato infringe a cláusula 8.19, onde a mesma não poderá sublocar o fornecimento do produto.	O desabastecimento da unidade, causando transtornos aos seus usuários.	2	1	2	RISCO BAIXO	Recomenda-se o acionamento do fiscal de contrato, para providências quanto à notificação da empresa contratada e regularização das evidências supracitadas.
		ADMINISTRATIVO	14	**Central Telefônica Inoperante**	**Risco Operacional**	O serviço de central telefônica não está funcionando adequadamente, com 31 ramais sem funcionar, impossibilitando as comunicações entre setores.	Aparelho da central telefônica foi condenada pela empresa de manutenção.	Transferência de resposabilidade de comunicação para os funcionários.	1	3	3	RISCO BAIXO	Oficialização da equipe EMSERH em alienar todo sistema e a repactuação com contrato com a SES, para a implantação de novo sistema de central telefônica (material permanente).
		LAVANDERIA	1	**Baixa qualidade do fornecimento de Enxoval**	**Risco Operacional**	Funcionários do setor da rouparia foi relatado, que o enxoval entregas na unidade, não apresentavam padronização e identificação visual da Unidade de Saúde.	Ausência de eficácia na prestação do serviço e descumprimento de cláusula contratual.	Enxoval com desgaste, apresentando manchas e baixa qualidade na lavagem.	3	2	6	RISCO MÉDIO	Regular fiscalização do contrato com o prestador de serviços com orientações de manuseio para a segregação de roupa em função da unidade e que a empresa que a contratada LAVEBRAS GESTÃO TEXTEIS.
		LOGÍSTICA	1	**Organização do SAME das enfermarias inapropriado**	**Risco Operacional**	Verificou-se a falta de estrutura e local apropriado para armazenamento dos prontuários médicos.	Contaneir e sala de consultório médico com falta de estrutura.	Perda de documentação que permite acompanhamento de evolução médica.	2	2	4	RISCO BAIXO	Realizar o planejamento e execução de organização dos prontuários visando segurança de informações e mantendo sigilo dos pacientes.
		ENGENHARIA		**Ampliação do espaço de administração de medicação**	**Risco Operacional**	Dados de produtividade da sala de procedimentos, para administração de medicamentos especializados. Apesar do horário de funcionamento reduzido (apenas das 07: 00h as 16:00h).	Espaço pequeno para quantidade de pacientes que necessitam do serviço.	Não realização de atendimento, desassistindo os pacientes e não atingimento das metas.	2	3	6	RISCO MÉDIO	Recomenda-se a criação de um plano de ação que permita a ampliação do serviço onde são realizadas as administrações de mediações, assim como estruturação do espaço dentro que é orçado para o plano operativo da unidade, visando a melhoria na qualidade da assistência e suporte para os usuários no ato da administração das medicações.
		ENGENHARIA	1	**Inadequação Estrutura Física Predial**	**Risco Operacional**	Visita técnica percorrida pelo Hospital Presidente Vargas pode observar a estrutura predial comprometida com pequenas e grandes infiltrações, paredes.	Ausência de revisão periódicas na estrutura predial.	Desconforto ao usuário e risco de acidentes.	2	3	6	RISCO MÉDIO	Recomenda-se que seja feito um plano de manutenção dos prédios em conformidade com a ABNT NBR 5674, mas como recomendação mínima é que os prédios sejam constantemente monitorados.
		ENGENHARIA	2	**Acesso inadequado a UTI e enfermaria**	**Risco Operacional**	Relataram dificuldade no transporte de pacientes nas macas para a UTI principalmente quando chove, haja vista a falta de corrimãos, sinalização e piso antiderrapantes.	Execução eneficiente da estrutura adequada da unidade.	Risco de acidanetes com macas e cadeiras.	2	4	8	RISCO MÉDIO	Oficiar a Diretoria de Engenharia e Manutenção para a implantação de corrimão no acesso aos setores de UTI, bem como da enfermaria e ao SESMT para realizar a sinalização e adotar fita antiderrapante na rampa de acesso a UTI, realizando a adequação dos ambientes como forma prevenção dos riscos de quedas e seus efeitos na qualidade de vida dos profissionais e usuários.

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL RUTH NOLETO (RAUDIN 07.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Felype Hanns - Diretor Administrativo / Ridailda de Oliveira Amaral - Diretora Clínica
Responsável (eis) pela Análise:	Mário Augusto Collins Bico / Walter Oliveira Gama Junior / Isabela dos Santos Trovão / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	30/06/2022 — **Período Final da Análise:** 05/07/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL RUTH NOLETO	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	**Denúncia de venda de vaga cirúrgica por populares**	**Risco de Integridade**	Venda de vaga para antecipação de cirurgias.	Ausência de controle rigososo no fluxo.	Denúncias, prejuízos a população.	4	5	20	*RISCO MUITO ALTO*	• Desenhar fluxo de atendimento; e utilização de ferramenta de gestão para identificar a responsabilidade de cada personagem na execução das ações. • Organizar lista para atendimento de prioridades; • Melhorar comunicação regional de saúde com Núcleo de Regulação Interna (NIR); • Analisar casos de movimentação atípica em qualquer etapa de atendimento; • Definir setor responsável por preparar prontuários e chamar pacientes para realização de cirurgias.
			2	**Aquisição de aparelho por paciente para realização de cirurgia**	**Risco de Reputação**	Informação de caso de paciente que realizou uma cirurgia de cabeça e pescoço (tireoidectomia) e contratou o serviço de aluguel de monitor de nervo para a realização do procedimento.	Ausência de Gestão atuante na Unidade	Denúncias.	4	5	20	*RISCO MUITO ALTO*	• Solicitação formal e autorização prévia das OPMEs pela Diretoria clínica da EMSERH; • Desenhar fluxo de recebimento e dupla checagem de OPMEs; • Reforçar controle de entrada de materiais e medicamentos sem autorização da gestão; • Realizar orientações periódicas com toda equipe sobre etapas de doação de materiais.
			3	**Fila de espera cirúrgica**	**Risco Legal**	Feito questionamento sobre os pacientes em fila com pendências ou atualização de exames foi relatado que o Núcleo Interno de Regulação (NIR) é responsável por esse controle.	Ausência de organização e de controle do fluxo.	Congestiona o fluxo e descontrola o agendamento.	3	3	9	RISCO MÉDIO	• Organizar fluxo de controle e alimentação da lista de cirurgias; • Unificar lista cirúrgica; • Definir setor responsável por alimentação e controle dos pacientes cirúrgicos; • Melhorar sistema de informação da unidade.
			4	**Intermediário de venda de consultas no Macrorregional**	**Risco de Integridade**	Na apuração de venda de consultas, exames e demais procedimentos no Macrorregional, a Assessora de controle hospitalar atuou como paciente e confirmou a existência de um atravessador, chamado Raul, o qual realiza a intermediação na "venda", onde o mesmo possui livre acesso à Unidade Hospitalar	Falhas administrativas, ausência de planejamento e controle nas marcações de consultas.	Denúncias e penalidades severas.	4	4	16	RISCO ALTO	Comunicação ao Ministério Público, haja vista que a "porta de entrada" ao sistema, deve ser respeitada por todos, seguindo os princípios do SUS.
	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	1	**Liderança X Engajamento**	**Risco Operacional**	Verificou-se ausência da alta gestão na instituição, as conversas foram realizadas na maioria das vezes com os profissionais de base.	Faltas de profissionais e ausência de contratações.	Ausência da liderança reflete na diminuição da qualidade dos serviços.	3	4	12	RISCO ALTO	• Reforçar a presença das lideranças; • Realizar reuniões periódicas com toda a equipe; • Estabelecer rotina de visitas de alta gestão em todos os setores; • Definir as ações para mobilização, engajamento e trabalho em equipe; • Elaborar e publicar informações e atualizações periódicas para o time.
			2	**Escala diferenciada e desvio de função**	**Risco Trabalhista**	Verificamos sobre as escalas de trabalho dos colaboradores de enfermagem, pois as mesmas não seguem o padrão da EMSERH.	Auxiliar Administrativo executando as atividades de supervisor.	Trazer danos à saúde do colaborador, baixa produtividade, desmotivação e consequentemente trazendo prejuízos a empresa, além de possíveis processos trabalhistas, que nesse caso deve-se realizar a contratação de mais um funcionário.	3	3	9	RISCO MÉDIO	• Rever junto ao RH escalas homologadas por convenção coletiva; • Definir formalização do cargo de supervisão; • Criar barreiras para evitar desvios de função.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL RUTH NOLETO (RAUDIN 07.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Felype Hanns - Diretor Administrativo / Ridailda de Oliveira Amaral - Diretora Clínica
Responsável (eis) pela Análise:	Mário Augusto Collins Bico / Walter Oliveira Gama Junior / Isabela dos Santos Trovão / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	30/06/2022 — **Período Final da Análise:** 05/07/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL RUTH NOLETO	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	3	Hospital não possui sistema integrado de gestão	Risco Operacional	Observou-se que a Unidade Hospitalar, gerencia seus pacientes por meio de um modo de cadastro eletrônico desenvolvido pelo colaborador Marcos Vinicius Noleto, Supervisor de Informática do Hospital.	Sistema não gera dados , para fins de registro e controle para o faturamento que segue sendo feito de forma manual.	Ausência de controele e segurança de dados .	3	3	9	RISCO MÉDIO	Recomendamos que a EMSERH, desenvolva um sistema integrado de gestão hospitalar, ou abra um processo licitatório para a contratação, aquisição, instalação e manutenção de um sistema apropriado para o gerenciamento desta.
			4	Vigilante de empresa terceirizada fora do posto de trabalho	Risco Operacional	Na Unidade, existem dois postos de trabalho sendo, um na área externa, realizando rondas e ocupando uma guarita para o controle dos veículos que circulam no estacionamento na parte de trás do hospital, e o outro posto que o vigilante para patrulhar as áreas internas do hospital, dividindo o tempo e atenção entre as duas recepções: de entrada para os exames, e do ambulatório.	Observou-se que o vigilante responsável pela área interna em diversas ocasiões encontrava se fora do posto de trabalho, distraído na lanchonete na área externa da unidade.	Fragilidade na segurança de colaboradores e pacientes.	4	3	12	RISCO ALTO	Acionar o fiscal do contrato para fim de notificar a empresa CLASI SEGURANÇA responsável pelo serviço de segurança e vigilância armada da Unidade de Saúde, para que regularize a conduta do colaborador em questão, e pratique treinamentos de reciclagem e aperfeiçoamento das estratégias na prática do referido serviço.
			5	Exposição de roupas nas janelas das enfermarias	Risco de Reputação	Roupas de pacientes e acompanhantes estendidas em varais improvisados nas janelas da Unidade de Saúde.	Ausência de constante inspeção, no intuito de orientar os acompanhtes de não fazer uso das janelas como varal.	Riscos de Infecção.	2	2	4	RISCO BAIXO	Recomenda-se que a equipe da Unidade de Saúde oriente os pacientes e acompanhantes, pois não é permitido o uso de varais e roupas nas janelas. Se possível, que a Unidade divulgue tal informação por meio de avisos expostos nos murais e áreas comuns.
			6	Ausência de veículo de apoio	Risco Operacional	Unidade não dispõe de carro de apoio para realizar atividades de suporte aos serviços administrativos.	Ausência de organização em termos administrativos bem solicitação para que haja melhor desempenho da unidade.	Dificuldade de cuidados imediatos e eficazes para salvar vidas em um ambiente de trabalho clínico e seguro com mobilidade máxima.	4	2	8	RISCO MÉDIO	Diretoria da unidade deverá comunicar oficialmente a EMSERH acerca da questão supracitada, verificando a necessidade de locação de veículo e/ou adequação do quadro de funcionários, visto que o plano operativo da unidade prevê recursos financeiros para a contratação de "serviço de locação de carro de apoio".

ELABORADO: AUDIN/EMSERH

MAPEAMENTO DE RISCO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL DE IMPERATRIZ (RAUDIN Nº 08.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Tassiana Miranda Brandão - Diretora Geral / Iolanda Nascimento Batista - Diretora Administrativa
Responsável (eis) pela Análise:	Mário Augusto Collins Bico / Isabela dos Santos Trovão / Vania Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	28/06/2022 — **Período Final da Análise:** 15/07/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL DE IMPERATRIZ	DIRETORIA CLINICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	Denúncia de óbito fetal	Risco de Reputação	A paciente Lidianny Pereira Silva deu entrada no Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz em 24/06/2022 (sexta-feira) com 36 semanas de gestação e diagnosticada com Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG).	Ausência de acompanhamento especializado e atenção a paciente.	Óbito fetal.	4	5	20	RISCO MUITO ALTO	Contratação de serviços de ultrassonografia 24h e/ou sobreaviso, avaliação pela comissão de ética médica e comunicação aos órgãos competentes da conduta dos profissionais envolvidos.
			2	Outros óbitos fetais	Risco de Reputação	Sucessivos óbitos em pouco espaço de tempo.	Negligência por parte da equipe, bem como ausência de ações que poderiam evitar tais situações.	Óbito fetal, denúncias e processos.	4	5	20	RISCO MUITO ALTO	Qualificação da equipe obstétrica pela comissão de ética médica com relação à atenção à gestante, a fim de garantir que a decisão pela via de parto considere os ganhos em saúde e seus possíveis riscos, de forma claramente informada e compartilhada entre a gestante e a equipe de saúde que a atende
			3	Vícios nos serviços médicos	Risco Operacional	Diretora Geral, Tassiana Brandão, relatou em reunião no dia 28/06/2022, a ausência da enfermagem no auxílio a instrumentação dos médicos, mas que os médicos não respaldam os enfermeiros formalizando o motivo e a urgência da cirurgia.	Ausência de disciplina e profissionalismo.	Falha no processo, atrasos de cirurgias e intercorrências que poderiam ser evitadas.	3	4	12	RISCO ALTO	Recomenda-se fiscalização pelo conselho de forma frequente na unidade, conforme Resolução Cofen nº 280/2003.
			4	Serviço médico de imagenologia insuficiente	Risco Operacional	No dia 01/07/2022 os auditores foram abordados pela paciente Luana Souza, que aguardava a realização do exame de ultrassonografia, relatou que no dia anterior (30/06/2022) estava com sangramento e se direcionou a unidade de saúde pela manhã, onde a médica Priscila de Paula duvidou da sua gravidez, solicitando exame βHCG e no dia seguinte, após resultado do exame, ficou aguardando o médico para a realização de ultrassonografia.	O médico que deveria estar realizando o exame de ultrassom, começou o expediente para atendimento entre 7h30 às 8h45 da manhã com produtividade de apenas três pacientes.	Inadimplência nos atendimentos, intercorrência por ausência de médicos 24h na unidade.	3	4	12	RISCO ALTO	Celeridade na abertura de processo licitatório para médicos de ultrassonografia 24h e demais serviços médicos de diagnóstico, uma vez que o PDT possui orçamento para o serviço, visto que o hospital é referência no atendimento saúde materna infantil, e a ultrassonografia gestacional
			5	Ausência de especialidades na unidade	Risco de Reputação	Necessidade de neuropediatra e serviços médicos de imagem - exame de ecocardiograma na unidade.	Ausência de agilidade nas aberturas de processos, bem como negligência por parte da diretoria.	Ineficiência no atendimento , comprometimento da imagem da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Abertura de processo licitatório para as especialidades de Neuropediatria e Ecocardiograma.
			6	Inadimplência de conferência do carrinho de parada	Risco Operacional	Check-list do carrinho da UTI adulto encontrava-se divergente do lacre informado com o exposto, não possuí a quantidade de medicamentos e materiais médicos, sendo que os carrinhos devem ser analisados pela farmácia regularmente.	Falta de vistoria e acompanhamento do farmacêutico.	Faltas em situação de urgência, bem como a administração de medicamentos vencidos ou errados podem levar a tratamentos ineficazes, reações adversas, lesões temporárias, permanentes e até o óbito do paciente.	5	2	10	RISCO ALTO	Notificação à Unidade e advertência ao responsável pela farmácia, haja vista que o carro de emergência, quando não há rompimento do lacre, deverá ser conferido pelo farmacêutico mensalmente com data estipulada.
	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	RECURSOS HUMANOS	1	Acúmulo de função	Risco Operacional	Colaboradoras exercendo funções divergentes sem formalização para o setor de RH da EMSERH.	Substituição por férias de funcionários.	Ausência de comunicação prévia ao setor de RH / EMSERH , causando prejuízo finnaceiro ao colaborador.	2	2	4	RISCO BAIXO	Comunicação ao setor de RH da EMSERH acerca da alteração de função temporária, para providências quanto atualização da remuneração referente à função em exercício, nos termos do art. 5 e 450 da CLT.
		ADMINISTRATIVO	1	Segregação inadequada de lixo infectante e lixo comum	Risco Operacional	Na UTI adulto, verificou-se o descarte de lixo sem critério de separação, lixo infectante no saco de lixo comum, contrariando a RDC Nº 306, 07 dezembro de 2004 do Ministério da Saúde, que no Capitulo III diz que item 1.1 da SEGREGAÇÃO,	Ausência de separação dos resíduos no momento e local de sua geração.	Contaminações e danos ao meio ambiente.	2	3	6	RISCO MÉDIO	Fiscalização, e advertência aos colaboradores envolvidos, bem como promover a capacitação e o treinamento inicial e de forma continuada para o pessoal envolvido no gerenciamento de resíduos objetos deste regulamento.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL DE IMPERATRIZ (RAUDIN Nº 08.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Tassiana Miranda Brandão - Diretora Geral / Iolanda Nascimento Batista - Diretora Administrativa
Responsável (eis) pela Análise:	Mário Augusto Collins Bico / Isabela dos Santos Trovão / Vania Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	28/06/2022 — **Período Final da Análise:** 15/07/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL DE IMPERATRIZ	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	2	Organização do SAME em local inapropriado	Risco Operacional	Verificou-se que no espaço ao lado do núcleo de comissão de óbitos e na área externa, próximo as bombonas encontram-se documentos de pacientes armazenados em local impróprio.	Ausência de espaço adequado para a organização dos devidos documentos.	Perda do histórico dos pacientes, bem como exames e prontuários.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Setor de faturamento deverá realizar a triagem dos documentos para organização em espaço adequado, com isso ajudará a visualizar melhor cada item para ter maior facilidade de acesso melhorando os serviços.
			3	Mobiliários e equipamentos danificados amontoados na área externa da Unidade de Saúde	Risco Operacional	Macas, mobiliários e equipamentos de ar condicionados hospitalares amontoados na área externa da unidade de saúde.	Ausência de espaço adequado para descarte, uso a longo prazo e ausência de manutenção perfodica nos móveis.	Descarte irregular de materiais podendo assim causar acidentes.	2	2	4	RISCO BAIXO	Recomenda-se que seja realizada triagem e avaliação dos materiais, a fim de proceder com o conserto ou descarte dos mesmos (mediante aval e orientação da SES).

MAPEAMENTO DE RISCO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

Mapeamento de Risco:	**UPA Timon (RAUDIN Nº 09.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Danielle da Nóbrega Pinto Coelho - Diretora Administrativa / Antônio Ribeiro Barradas Júnior - Diretor Clínico
Responsável (eis) pela Análise:	Walter Oliveira Gama Junior / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/07/2022 — **Período Final da Análise:** 15/07/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS / IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				TRATAMENTO DO RISCO
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
UPA TIMON	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	RH	1	Ausência de líderes na Unidade	Risco Operacional	Ausência com mais de 60 dias de líderes nas áreas de Farmácia, Fisioterapia, Enfermagem, CCIH, Serviço Social e na equipe multidisciplinar.	Falta de feedback dos e-mails encaminhados para equipe de qualidade da EMSERH, em vista das ausências, bem como falta de notificações.	Dificuldades de alinhamento em algumas condutas por falta de lideranças.	4	4	16	RISCO ALTO	• Reforçar a presença das lideranças; • Realizar reuniões periódicas com toda a equipe; • Estabelecer rotina de visitas de alta gestão em todos os setores; • Definir as ações para mobilização, engajamento e trabalho em equipe; • Elaborar e publicar informações e atualizações periódicas para o time. • Manter sempre o feedback de todas as necessidades das Unidades.
			2	Assistência desfalcada	Risco Financeiro	Dificuldades de gestão do absenteísmo dos colaboradores da Unidade.	Grande número de atestados de 1 a 3 dias ou afastamentos por licença saúde.	Número elevado de hora extra, sendo já sinalizado pelo RH da unidade que o pagamento dessas horas deveria ser reduzido.	3	4	12	RISCO ALTO	• Recomendamos instalação do serviço de medicina do trabalho, mais próxima com a finalidade de reduzir o afastamento dos profissionais; • Ação efetiva por parte da gestão para análise e controle dos atestados médicos.
		SAME	1	Desorganização do SAME	Risco Operacional	Documentação armazenada em container, misturada com materiais inservíveis, sem critério de organização.	Falta de estrutura e local apropriado para armazenamento.	Perda e extravio de documentação que permite acompanhamento de evolução médica, visto que todo histórico dos pacientes estão na construção de tais documentos.	4	3	12	RISCO ALTO	Realizar o planejamento e execução de organização dos prontuários e destinação dos equipamentos inservíveis, visando segurança de informações e mantendo sigilo dos pacientes.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL DE CUIDADOS INTENSIVOS - HCI (RAUDIN Nº 10.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Luís Henrique Malfitano De Jesus - Diretora Administrativo / Marcus Grangeiro - Diretor Clínico
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Flávia Lindoso Costa Machado / Janette Santos Alves / Joselane de Oliveira Ribeiro / Mário Augusto Collins Bico / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	15/08/2022 — **Período Final da Análise:** 26/09/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL DE CUIDADOS INTENSIVOS - HCI	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	FATURAMENTO	1	Produtividade abaixo do pactuado no PDT	Risco Operacional	Os serviços pediátricos em UTI, clínica, cirurgias e OPME, exames de eletrocefalograma, endoscopia, colonoscopia encontram-se zerados, maerviços de ortopedia (cirurgias, OPME e consultas) foram suspensos, bem como outras especialidade não atingiram as metas pactuadas no PDT.	Possível ausência de profissionais e/ou realização de exames, demanda reprimida.	Indicadores de metas inadequados para o perfil da unidade pode ocasionar desinvestimentos dos recursos públicos para a área da saúde.	5	3	15	RISCO ALTO	Avaliação, atualização do perfil da unidade de saúde no PDT e verificação de estratégias a fim aumentar a produtividade dos serviços executados.
		RECURSOS HUMANOS	1	Inconsistência de informações PDT x Folha do RH	Risco Trabalhista	A unidade possui quantitativo de cargos contratados, pelo IADVH, para exercer as funções de assistente social, auxiliar de hotelaria, farmacêutico e técnico em radiologia, superiores ao estipulado no PDT.	Ausência no controle do PDT e realinhamento das funções.	Impacto financeiro aproximado de 231,22%.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Diretoria de RH da Emserh verifique a readequação do PDT, para análise da situação do quadro de pessoal, perante aos serviços ofertados, para posterior providência quanto ao cumprimento do Plano de Trabalho (PDT).
			2	Funcionários cometendo Desídia	Risco Trabalhista	Observou-se funcionários exercendo outras atividades que não faziam parte das atribuições no ambiente de trabalho.	Ausência de fiscalização da liderança de hotelaria.	Comprometimento na execução das atividades da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Recomenda-se medidas disciplinares aos funcionários e treinamento pela coordenação administrativa, junto ao Encarregado de Hotelaria, para fins de esclarecimentos quanto as atribuições e responsabilidades.
			3	Excesso de atestados médicos	Risco Trabalhista	Verificou-se nos meses de maio a julho/2022 uma média de 36,74% de colaboradores que apresentam atestados médicos totalizando quantidade aproximada de 1.683 dias.	Falta de controle de atestados e ausência de substituição para a execução das tarefas,	A apresentação de uma grande quantidade de atestados por parte de um ou mais colaboradores, prejudica a empresa como um todo, tendo em vista que o andamento dos processos fica comprometido.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Análise da Coordenação de RH junto com diretor clínico e a psicóloga da unidade para verificação de perto dos atestados médicos entregues pelos colaboradores, visando a elaboração de estratégias para lidar com este desafio.
			4	Desvio de função	Risco Trabalhista	Psicóloga encontrava-se exercendo a função de assistente de RH, dando suporte ao setor há aproximadamente 1 mês.	Indisponibilidade de vaga no perfil da unidade para mudança de cargo.	Trazer danos à saúde do colaborador, baixa produtividade, desmotivação e consequentemente trazendo prejuízos a empresa, além de possíveis processos trabalhistas, que nesse caso deve-se realizar a contratação de mais um funcionário.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Ajuste dos colaboradores na função contratada ou realocação dos mesmos com a readequação do contrato de trabalho, haja vista que o exercício de tarefas e responsabilidades são distintas do combinado em contrato, caracterizando como desvio de função
		ADMINISTRATIVO	1	Furtos/roubos na unidade de saúde	Risco de Reputação	Informado sobre furtos das peças da mangueira dos hidrantes no hospital e não houve a reposição, além de furto de 1 (um) computador completo no setor de hemodinâmica, bem como demais furtos na unidade.	Ausência de câmeras na unidade, bem como atuação da vigilância reduzida.	Comprometimento da segurança no local, bem como o extravio de equipamentos, materiais, documentações e ou bens pessoais, que podem interferir nas atividades e procedimentos da unidade, além de acarretar custos e prejuízos.	4	3	12	RISCO ALTO	Abertura de processo licitatório para instalação de câmeras nos pontos estratégicos da unidade de saúde e ronda da vigilância em toda a área hospitalar.

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL DE CUIDADOS INTENSIVOS - HCI (RAUDIN Nº 10.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Luís Henrique Malfitano De Jesus - Diretora Administrativo / Marcus Grangeiro - Diretor Clínico
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Flávia Lindoso Costa Machado / Janette Santos Alves / Joselane de Oliveira Ribeiro / Mário Augusto Collins Bico / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	15/08/2022 — **Período Final da Análise:** 26/09/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL DE CUIDADOS INTENSIVOS - HCI	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	2	Roupas (Fardamentos e Capotes) sem uso	Risco Operacional	Detectadas caixas com roupas novas (fardamentos e capotes) sem uso.	Informado pelo diretor administrativo ser doação da IADVIH para utilização durante a pandemia. Estas estão armazenadas no 6º andar, sem inventário e controle pelo serviço de hotelaria hospitalar.	Dualidade de informações nos relatos da encarregada do setor de rouparia, com insuficiência de vestuários para a execução das atividades cotidianas da unidade de saúde.	4	3	12	RISCO ALTO	Recomenda-se que a Diretoria Administrativa dê finalidade a utilização aos itens encontrados, uma vez que as roupas são utilizadas pelos hospitais com a finalidade de atender os diversos serviços e procedimentos assistenciais, sendo dividido em peças do enxoval do paciente, cirúrgico e para as equipes.
			3	Mobiliários inoperantes para uso	Risco Financeiro	Observou-se acúmulo de equipamentos e mobiliários danificados armazenados no 6º e 7º andar do HCI, grande quantitativo de bens pode contribuir em outras unidades de saúde gerenciadas por esta Administração Pública.	Falta de manutenção, medida preventiva e adequação periódica e sensibilização dos colaboradores para conservação.	Escassez e falta de alocação dos equipamentos e mobiliários para outras unidades, além da necessidade de manutenção constante e aumento de custos.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Realizar inventário dos mobiliários e oficiar a Diretoria Administrativa da EMSERH. para a operacionalização da oficina do Hospital Aquiles Lisboa, direcionando o fluxo, visto que o mesmo oferece mão de obra e logística para o deslocamento dos mobiliários, para realizar orçamento dos materiais e posterior reforma destes, fazendo-se a necessária medida preventiva e adequação periódica.
			4	Descontrole na Coleta de resíduos	Risco Financeiro	A contabilidade do peso das bombonas de lixo infectante, é feita pelo cálculo da média da soma do peso de 5 bombonas aleatórias, multiplicadas pela quantidade total coletada e que o processo de coleta das bombonas. Não havendo padronização e/ou cronograma com datas e horários fixos para a coleta, ficando de forma aleatória.	Ausência de controle e organização e fiscalização.	Imprecisão dos valores de pesagem, trazendo prejuízos e oneração de custos do contrato.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Revisão, pelos fiscais, da metodologia de controle e notificação para a empresa, para a regularização do procedimento utilizando balanças apropriadas para uma maior precisão na aferição do peso das bombonas de lixo infectante, no intuito de gerar maior segurança da parceria comercial.
			5	Segregação inadequada de lixo infectante e lixo comum	Risco Financeiro	Identificou-se várias bombonas de lixo infectante cheias de lixo comum (principalmente quentinhas vazias e restos de comida), influenciando diretamente no peso e no volume de lixo infectante coletado pela empresa do contrato nº 282/2022 – DC/EMSERH.	Ausência de vistoria, treinamentos e advertências.	Os resíduos perfurantes, contaminados com patógenos ou infecciosos, quando seu descarte é feito de forma incorreta em lixos comuns, trazem um grande risco aos auxiliares de serviços gerais e, também, aos catadores de lixo, bem como onera os custos do contrato.	4	3	12	RISCO ALTO	Fiscalização, advertência aos envolvidos, bem como promover a capacitação e o treinamento inicial de forma continuada para os colaboradores engajados no gerenciamento de resíduos objeto deste regulamento.
			6	Acúmulo de materiais para reciclagem	Risco de Reputação	Observou-se acúmulo de papelão e recipientes de fluido de hemodiálise usados, acondicionados em sacos de lixo infectante, em salas do abrigo de resíduos destinado a alocação de lixo, assim como de entulhos e lixo de obra.	Ausência de limpeza e destinação correta de materiais.	Proliferação de ratos e insetos, seres que carregam microrganismos transmissores de doenças – algo que acontece, sobretudo por estarem em contato constante com o lixo.	4	3	12	RISCO ALTO	Abertura de processo administrativo para contratação de empresa para coleta e destinação de lixo reciclável, uma vez que pode-se evitar a poluição reduzindo as emissões de gases de efeito estufa.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL DE CUIDADOS INTENSIVOS - HCI (RAUDIN Nº 10.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Luís Henrique Malfitano De Jesus - Diretora Administrativo / Marcus Grangeiro - Diretor Clínico
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Flávia Lindoso Costa Machado / Janette Santos Alves / Joselane de Oliveira Ribeiro / Mário Augusto Collins Bico / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	15/08/2022 — **Período Final da Análise:** 26/09/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL DE CUIDADOS INTENSIVOS - HCI	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	7	Alarme de incêndio inoperante	Risco Operacional	Houve um incêndio na cozinha da unidade hospitalar e não foi possível combater, tendo em vista que os alarmes estavam sem funcionar e o incêndio foi controlado pelos chuveiros automáticos sprinklers e apagado o fogo com a utilização de extintores de incêndio.	Alarmes sem funcionamento adequado.	Danos físicos, bem como os materiais causam impacto não apenas na saúde de seus ocupantes, mas também do edifício e do meio ambiente como um todo.	4	3	12	RISCO ALTO	Oficiar a Gerência de Engenharia e Manutenção para implantação de sistema completo englobando detecção, alarme e combate a incêndio.
			8	Alto índice de utilização do serviço de impressão	Risco Financeiro	Alto volume de consumo de insumos (papel e toner).	Devido à necessidade de impressão dos prontuários, documentos gerados pelo sistema Klinicos, principalmente pela impressão de cópias de receituários/prescrição e de outros documentos relativos ao objeto do fornecimento de material gráfico, visto que apesar da solicitação de fornecimento deste material ser feita mensalmente, as entregas são realizadas em quantidade a menor que o solicitado.	Utilização de volume muito auto de impressão sem critério de controle, aumentando os custos das despesas para a administração pública.	3	1	3	RISCO BAIXO	Levantamento dos materiais em estoque, redistribuição dos excedentes para as demais unidades de saúde administradas pela EMSERH, para fins de dar utilidade ao material adquirido, com a verificação de regularização do material gráfico e traçando critérios para o controle de impressão de documentos.
			9	SAME implantado em local inapropriado	Risco Operacional	Documentos encontram-se organizados pelo chão, expostos a poeira e humidade, tais documentos possuem dados dos pacientes, exames, radiografias, evolução clínica, boletins estatísticos e qualquer outra informação que se refere ao movimento hospitalar.	Falta de estrutura e local apropriado para armazenamento dos prontuários médicos.	Perda de documentação que permite acompanhamento de evolução médica.	2	2	4	RISCO BAIXO	Realizar o planejamento e execução de organização dos prontuários visando segurança de informações e mantendo sigilo dos pacientes.
			10	Inexecução do contrato nº 336/2021-GCC/EMSERH	Risco Operacional	A empresa Lençóis Maranhenses Lavanderia Industrial e hospitalar LTDA, que possui contrato nº 336/2021, vem fornecendo quantitativos e tamanhos inferiores aos pactuados no referido contrato, o enxoval fornecido além de insuficiente é apresentado em más condições, como peças desbotadas, em tamanhos sem padrão de tamanhos e cores.	Descumprimento de cláusula contratual e ausência de fiscalização.	Desabastecimento de material de enxoval, atrasando as práticas cirúrgicas, bem como na admissão de novos pacientes e oneração de custos com a contratada.	4	3	12	RISCO ALTO	Regular fiscalização do contrato com o prestador de serviços com orientações de manuseio para a segregação de roupa em função da unidade e providências, do fiscal de contrato, quanto a abertura de processo de penalidade, haja vista os comunicados feitos a Lençóis Maranhenses sem sanar as pendências recorrentes praticadas por ela.

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL DE CUIDADOS INTENSIVOS - HCI (RAUDIN Nº 10.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Luís Henrique Malfitano De Jesus - Diretora Administrativo / Marcus Grangeiro - Diretor Clínico
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Flávia Lindoso Costa Machado / Janette Santos Alves / Joselane de Oliveira Ribeiro / Mário Augusto Collins Bico / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	15/08/2022 — **Período Final da Análise:** 26/09/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL DE CUIDADOS INTENSIVOS - HCI	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	**Ausência de controle de consumo da alimentação**	**Risco Financeiro**	O almoço e jantar para pacientes, acompanhantes, bem como funcionários é realizado na sede da empresa, localizada no bairro da Cohama, e entregue nos quantitativos solicitados pelo setor de nutrição do hospital, quantitativo este, baseado na relação pacientes e funcionários do dia anterior.	Supervisora administrativa informou ser inviável passar nos setores da unidade no início de cada plantão, tendo em vista por isso, também, é solicitado alimentação extra no quantitativo de 10 unidades de cada refeição para o atendimento de possíveis admissões.	Desperdício de alimento e oneração de custos do contrato.	4	3	12	RISCO ALTO	Ações da Coordenação Administrativa junto a supervisão administrativa para a realização de estratégias e dinâmicas previstas pelos itens 9.11 alínea e), 9.12, 9.13 e 30.9 do contrato nº231/2021-GCC/EMSERH, visando o controle da alimentação a ser repassada para a empresa contratada, bem como o acionamento do fiscal de contrato, para providências quanto à regularização das evidências supracitadas.
			2	**Comissões não implantadas na unidade**	**Risco Operacional**	A unidade de saúde possui as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), de Análise de Prontuários, de Revisão de Óbitos (CRO), de Gerenciamento de Resíduos, Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Núcleo de educação Continuada e de segurança do paciente, sem portarias assinadas e comissão de ética médica e de enfermagem sem implantação.	Ausência de alinhamento pela coordenação da unidade para implantação das referidas comissões.	Falha no controle de melhoria contínua dos processos internos, intervindo na garantia de maior segurança e qualidade no atendimento prestado ao paciente nos serviços de saúde nas diversas áreas.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Implantação na unidade de todas as comissões pactuadas, readequação do PDT e registro de todas as reuniões, como forma de garantir maior segurança aos usuários dos serviços da unidade em prol da oferta de um serviço de saúde de qualidade, humanizado e inclusão de grupos médicos para o cumprimento dos preceitos éticos e legais.
			3	**Irregularidade da farmácia geral da unidade**	**Risco Legal**	Unidade possui a certidão de regularidade do CRF-MA com validade em 31/03/2022.	Possível falta de acompanhamento e solicitação da documentação ou renovação.	Falta de segurança jurídica, que pode evitar uma série de problemas.	4	3	12	RISCO ALTO	Direção Geral e/ou Administrativa da unidade deverá solicitar a concessão imediata do documento e acompanhar trâmite de renovação, se houver, haja vista que é fundamental para a comprovação de regularidade do estabelecimento de saúde.
			4	**Inadimplência de conferência do carrinho de parada**	**Risco Operacional**	Foi identificado medicações vencidas e/ou próximo ao vencimento, divergência no número do lacre do carro de emergência com o do constado no checklist de conferência do carro, checklist sem conferencia por tempo superior a 5 meses.	Coordenadora da farmácia informam que existe um problema de RH com a farmácia, que impede a conferencia 01 vez ao mês do carro de emergência por parte do farmacêutico.	Faltas em situação de urgência, bem como a administração de medicamentos vencidos ou errados podem levar a tratamentos ineficazes, reações adversas, lesões temporárias, permanentes e até o óbito do paciente.	4	4	16	RISCO ALTO	• Reforçar treinamento e divulgação do POP para melhoria dos processos do cuidado; • Aperfeiçoar as medidas de controle e avaliação do checklist e conferencia do carro evitando a administração de medicações vencidas; • Organizar a gestão dos processos assistenciais e gerenciamento da interdisciplinaridade.
			5	**Impedimento na adequação de dados padrões da Qualidade/HCI**	**Risco Operacional**	Reunião com com a Gerente da Qualidade interna HCI, que apresentou dados acerca dos indicadores, relatou sobre a proposta de implantação do quadro de Gestão a Vista como forma de melhoria para divulgação e engajamento dos colaboradores aos processos existentes no hospital.	Dificuldade em implantar devido a questões orçamentarias que falou com a SES e EMSERH e não conseguiu resolução. Cita dificuldade na construção de alguns instrumentais, uma vez que tem aguardar definição SES/EMSERH para oficialização dos mesmos.	Comprometimento na execução correta e padronizada das atividades da unidade.	4	3	12	RISCO ALTO	• Reforçar a implantação dos processos existentes na unidade em conformidade com a EMSERH; • Otimizar o alinhamento dos setores de qualidade EMSERH X HCI; • Implantar o acompanhamento dos protocolos gerenciados, vista a importância no tempo resposta para melhoria assistencial.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL DE CUIDADOS INTENSIVOS - HCI (RAUDIN Nº 10.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Luís Henrique Malfitano De Jesus - Diretora Administrativo / Marcus Grangeiro - Diretor Clínico
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Flávia Lindoso Costa Machado / Janette Santos Alves / Joselane de Oliveira Ribeiro / Mário Augusto Collins Bico / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	15/08/2022 — **Período Final da Análise:** 26/09/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL DE CUIDADOS INTENSIVOS - HCI	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	6	**Ausência de formalização de fluxo OPME**	**Risco Operacional**	Falta de controle para mensuração do quantitativo de materiais de OPME em estoque, bem como quebra de fluxo interno da unidade quanto aos OPME.	Ausência de fluxo OPME adequado para a unidade.	Comprometimento no andamendo do fluxo de operação, ocasionando falha de controle e consequentemente falta de estoque.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Recomendamos que o fluxo de OPME (anexo) seja enviado ao Diretor Clinico para aprovação, com o objetivo de contemplação da boa gestão de OPME, organização do setor responsável quanto a cobranças e controles dos materiais utilizados, evitando assim desperdícios.
			7	**Impacto na CCIH ocasionado pela ausência de infectologista**	**Risco Operacional**	Ralato de ausência de infectologista na unidade, que impacta nas ações para a validação ou implantação dos protocolos da CCIH (Antibioticoterapia, parecer, discussão de casos e perfil microbiológico).	Ausência de Comissão oficializada e profissional no cargo.	A ausência de infectologista impacta nas ações para a validação ou implantação dos protocolos da CCIH (Antibioticoterapia, parecer, Discussão de casos e perfil microbiológico), tendo em vista o que aduz a Portaria N. 2626, de Maio de 1998, onde trata sobre a adequada execução do Programa de Controle de Infecção Hospitalar.	4	3	12	RISCO ALTO	Instituir os protocolos com a participação do infectologista; Reforçar a importância da busca ativa para investigação de infecções cirúrgicas; Otimizar os protocolos de precauções especificas e controle de antibióticos recomendados pelo ministério da saúde.
			8	**Busca Ativa em prontuários de pacientes cirúrgicos**	**Risco Operacional**	Inconformidades no preenchimento da ficha de cirurgia segura, (ausência de descrição dos antibióticos e tempo da administração dos antibióticos profiláticos).	Falta de padronização e desenvolvimento das atividades de preenchimento da ficha de cirurgia segura.	Ausência de preenchimento correto da ficha de cirurgia segura compromete o processo tendo em vista que toda manifestação clínica que se apresentar após 72h deverá permanecer em precaução.	4	3	12	RISCO ALTO	Otimizar treinamento do preenchimento da ficha de cirurgia segura corretamente, com orientação para cobrança das fichas de acompanhamento da CCIH, dos pacientes transferidos de outras unidades.
			9	**Uso incorreto de recipientes e dispenser**	**Risco Operacional**	Almotolia e dispenser que venham a desenvolver infecção, na forma que os mesmos estão visíveis no ambiente hospitalar.	Ausência de identificação, data de validade da solução, data de troca do dia da lavagem, e, além de sujas e sem tampa, bem como outros materiais tais como equipo pendurados sem tampa de proteção, lixeiras sem tampa e com pedal quebrado.	Desenvolvimento de infecções hospitalares.	4	3	12	RISCO ALTO	• Reforçar protocolos de identificação das almotolias (data de envaze, data da próxima troca e tampa); • Intensificar treinamentos e visita de inspeção da CCIH junto aos setores assistenciais; • que seja realizado a identificação do álcool gel, data troca, seja feito a reposição, treinamento para orientação do uso, orientação para reposição do sabão líquido e papel para enxugar as mãos corretamente e orientação do uso dos mesmos; • Realizar treinamento forma correta utilização das lixeiras e segregação do lixo; • Realizar visita técnica nos setores.
			10	**Indicadores de infecção com índice elevado**	**Risco Operacional**	Dificuldade na admissão de pacientes, assim como: placas insuficientes para os pacientes admitidos, ausência de precaução (contato, aéreo e aerossóis), bem como da ficha de transferência da CCIH com informações incompletas.	Necessidade de isolar o paciente e a unidade não dispõe de local apropriado.	Transmissão de micro-organismos dos pacientes infectados para outros pacientes, visitantes ou mesmo para os profissionais de saúde.	4	3	12	RISCO ALTO	Reforçar os protocolos da CCIH do HCI e das demais unidades de saúde para pacientes transferidos, uma vez que tal procedimento vem a reduzir o risco de aquisição de infecções hospitalares por parte dos usuários de unidades de saúde, especialmente de pacientes internados, a fim de melhorar a qualidade da assistência.

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL DE CUIDADOS INTENSIVOS - HCI (RAUDIN Nº 10.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Luís Henrique Malfitano De Jesus - Diretora Administrativo / Marcus Grangeiro - Diretor Clínico
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Flávia Lindoso Costa Machado / Janette Santos Alves / Joselane de Oliveira Ribeiro / Mário Augusto Collins Bico / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	15/08/2022 — **Período Final da Análise:** 26/09/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL DE CUIDADOS INTENSIVOS - HCI	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	11	**Acomodação incorreta de Equipamentos**	**Risco Operacional**	Verificou-se equipamentos de monitorização/multiparametros na escada de paciente ao lado do leito.	Falta de suporte adequado para colocar os monitores.	Causar acidentes aos usuários, profissionais de saúde, além de risco de dano ao patrimônio.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Estruturação do ambiente físico para acomodação de equipamentos para melhoria da assistência prestada, evitando risco de acidentes e dano ao patrimônio.
			12	**Farmácia satélite centro cirúrgico**	**Risco Operacional**	Falta de impresso para liberação de medicações, as medicações que necessitam de refrigeração estão em geladeira, porém sem controle de temperatura e umidade, encontrado medicação multidose (insulina regular e humana) aberta sem data de controle de abertura, medicações vencidas, creme para tratamento de lesões de pele na porta da geladeira.	Ausência de controle e fiscalização adequada do farmacêutico responsável.	Comprometimento na eficácia da ação na administração de medicamentos.	4	3	12	RISCO ALTO	• Reforçar medidas de controle para liberação de medicamentos de uso restrito; • Avaliar controles de temperatura e umidade da geladeira; • Instituir identificação de medicações multidoses.
			13	**Adesão ao protocolo de Cirurgia Segura**	**Risco Operacional**	Soluções para degermação da área peri operatória sem data de abertura, administração de antibiótico profilático em intervalos inadequados, falta de checagem/confirmação de sitio cirúrgico, dentre outras inconformidades	Não seguimento dos protocolos de segurança de pacientes.	Ocorrência de incidentes, eventos adversos e a mortalidade cirúrgica.	4	3	12	RISCO ALTO	• Reforçar a gestão dos protocolos de segurança do paciente, com vistas para melhoria do preenchimento dos instrumentais existentes; • Melhorar a segurança na entrega de peças cirúrgicas e acondicionamento das mesmas; • Instituir identificação de soluções multidoses evitando desperdícios e garantindo segurança na utilização; • Organizar material em local adequado garantindo segurança e integridade do material esterilizado.
			14	**Garantia de processos de esterilização**	**Risco Operacional**	Estantes com capacidade superior a carga recomendada ocasionando danos a integridade dos invólucros dos instrumentais cirúrgicos, campos cirúrgicos são embalados com invólucros em manta e papel grau cirúrgico.	Estrutura da CME inadequada, bem como execução do processo de esterilização.	Perca da esterilização do material e aumento dos custos de produção.	4	3	12	RISCO ALTO	• Melhorar acondicionamento e avaliação periódica dos materiais esterilizados para garantia de integridade dos invólucros; • Embalar campos com tecido a fim de reduzir os custos com produção;
			15	**Regulação dos pacientes Cirúrgicos**	**Risco Operacional**	Enfermeiro nos informou que não possui planilha pronta de controle e só consegue informações de contagem através do livro de relatório. Não possui os dados estratificados dos pacientes cirúrgicos, que faz apenas a regulação.	Falta de controle eficaz e estratificação de dados dos pacientes cirúrgicos, ausência de utilização de ferramentas para tal suporte como o business intelligence (BI) operacionalizado pelo Klinicos.	Falta de indicadores com precisão de informações, procedências, categoria de procedimentos e etc.	3	3	9	RISCO MÉDIO	• Realizar estratificação de dados dos pacientes cirúrgicos com vista a melhoria dos indicadores, procedências, categoria de procedimentos e etc; • Reforçar o uso da ferramenta business intelligence (BI) operacionalizado pelo Klinicos como ferramenta de melhoria no controle e estratificação dos pacientes.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL DE CUIDADOS INTENSIVOS - HCI (RAUDIN Nº 10.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Luís Henrique Malfitano De Jesus - Diretora Administrativo / Marcus Grangeiro - Diretor Clínico
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Flávia Lindoso Costa Machado / Janette Santos Alves / Joselane de Oliveira Ribeiro / Mário Augusto Collins Bico / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	15/08/2022 — **Período Final da Análise:** 26/09/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL DE CUIDADOS INTENSIVOS - HCI	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	16	**Ausência do controle de medicamentos pela farmácia**	**Risco Operacional**	Falta de folha de solicitação ou controle de antibióticos, ausência de identificação/sinalização das Medicações de Alta Vigilância, medicação multidose aberta sem data de monitoramento de abertura, medicamentos vencidos e sistema de informatização sem funcionamento adequado.	Ausência de execução de procedimentos padrão do controle de medicamentos por parte do farmacêutico responsável.	Falta de medicação e ou excesso parado em estoque com perda devido validade.	4	3	12	RISCO ALTO	• Implantar impresso para solicitação de antibióticos com objetivo de garantir a utilização e controle racional; • Reforçar a importância da identificação/sinalização das Medicações de Alta Vigilância (MAV), garantindo a segurança na administração de medicamentos; • Reavaliar processo de utilização de farmacêuticos para transcrição de prescrição medica; • Aperfeiçoar as ferramentas de informatização existentes (Klinicos e Gmed), melhorando o controle de estoque e dispensação de medicamentos; • Reforçar a presença do serviço de Qualidade EMSERH, para revisão/implantação dos processos de gestão farmacêutica.

MAPEAMENTO DE RISCO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

Mapeamento de Risco:	**AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DE BARREIRINHAS (RAUDIN Nº 11.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Adler Gomes Leitão - Diretor Administrativo / Leonardo Telles Alves De Aguiar - Diretor Clínico
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Solange Oliveira Pires / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2023 — **Período Final da Análise:** 20/10/2023

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DE BARREIRINHAS	DIRETORIA CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	Descarte de Hemocomponentes	Risco de Integridade	O coordenador informou que quando vencidas essas bolsas são descartadas apresentando o livro de descarte das mesmas, evidenciamos que a cada mês pelo menos 10 bolsas de hemocomponentes são descartadas.	Ausência de controle das bolsas.	Estoque de bolsas de sangue em estado crítico, falta de destinação de bolsas para localidades com demanda.	5	2	10	RISCO ALTO	Planejamento e treinamentos com a equipe. Reforçar a comunicação da agencia transfusional com o hemocentro responsável para evitar o desperdicio dos hemocomponentes.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DE COROATÁ (RAUDIN Nº 11.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Samya Lima Oliveira - Diretora Administrativa / Benedito Carlos Bezerra Cardoso - Diretor Clínico
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Solange Oliveira Pires / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 20/10/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DE COROATÁ	DIRETORIA CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	Ausência de agitador de plaquetas	Risco Operacional	Unidade administra concentrado de plaquetas, porém não possui agitador de plaquetas.	Falta de solicitação junto a Hemomar.	Perda de material e comprometimento da qualidade do hemocomponente.	2	3	6	RISCO MÉDIO	Atender as normas e padrões de qualidade aplicados aos serviços executados na Unidade; Estruturação da agencia transfusional com vista a melhoria da qualidade assistencial.
			2	Falhas de execução da assistência médica	Risco Operacional	Médicos não seguem os protocolos de atendimento padronizados (POP) pelo referido setor.	Falta de comunicação eficaz com a equipe médica.	Comprometimento na execução das atividades da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Gestão da Hemomar deverá notificar a Diretoria Clinica da unidade e implantar treinamentos de melhoria junto a equipe médica para fins de evitar possíveis erros de protocolos.

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DE CHAPADINHA (RAUDIN Nº 11.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Solange Oliveira Pires / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2023 — **Período Final da Análise:** 20/10/2023

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DE CHAPADINHA	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	1	Ausência de funcionários na Unidade	Risco Operacional	Em visita a unidade a mesma encontrava se fechada sem funcionários no local.	A responsável informou que não havia ninguém no recinto devido feriado na cidade de Chapadinha.	Comprometimento na execução das atividades da unidade.	2	3	6	RISCO MÉDIO	Notificação a coordenação do serviço. Recomenda-se a presença dos funcionários no horário de funcionamento da Unidade com vistas a atender a determinação da carga horária de cada colaborador, de modo que a Unidade não fique descoberta e sem atendimento.
			2	Mobiliários inoperantes para uso	Risco Operacional	Observou-se acúmulo de equipamentos, mobiliários danificados, cadeiras em más condições de uso separados em sala na Agência.	Falta de manutenção, medida preventiva e adequação periódica e sensibilização dos colaboradores para conservação.	Escassez e falta de alocação dos equipamentos e mobiliários para outras unidades, além da necessidade de manutenção constante e aumento de custos.	2	2	4	RISCO BAIXO	Verificar junto ao Hospital Aquiles Lisboa quanto ao conserto das poltronas com posterior devolução, bem como realizar um levantamento dos demais equipamentos e formalizar junto a oficina para adoção de medidas necessárias
	DIRETORIA CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	Controle de temperatura das geladeiras impreciso	Risco Operacional	Verificou-se que os registros de temperatura do banco de sangue e plasma estavam sem anotação.	Não realização das anotações regularmente, as quais devem ocorrer a cada 4h.	Com a falta de controle da temperatura padrão as características básicas da hemácias podem ser perdidas e o material pode se deteriorar.	5	2	10	RISCO ALTO	Realização do controle de temperatura, haja vista que um sangue mal conservado, pode deteriorar-se pela presença de bactérias indesejáveis, coagulação ou outros tipos de contaminação.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**CASA DE APOIO AO HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ (RAUDIN Nº 11.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Cleene Guimaraes Dos Santos - Diretora Administrativa / Marcus Vinicius Mendes De Sousa - Diretor Clínico
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Solange Oliveira Pires / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2023 — **Período Final da Análise:** 20/10/2023

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
CASA DE APOIO AO HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	1	Insegurança na Casa de Apoio	Risco de Reputação	O agente de portaria de plantão da Casa de Apoio é remanejado constantemente para dar suporte ao Hospital Macrorregional de Coroatá, ficando a copeira sozinha para desempenhar as atividades.	Ausência de agente de portaria fixo, perda da capacidade de trabalho do profissional e insegurança aos usuários, uma vez que o abrigo acolhe mulheres.	A falta da presença de um porteiro, vigilante, câmeras de vigilância, entre outros mecanismos de segurança, aumenta-se os riscos de roubos e furtos.	5	2	10	RISCO ALTO	Maior suporte e atenção da gestão do Hospital Macrorregional de Coroatá para as demandas da Casa de Apoio, visto a importância do papel social que a instituição desempenha diante do paciente e seu familiar.

MAPEAMENTO DE RISCO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

Mapeamento de Risco: HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ (RAUDIN 11.2022)

Gestor Responsável pelo Processo: Cleene Guimaraes Dos Santos (Diretora Administrativa) e Marcus Vinicius Mendes De Sousa (Diretor Clínico)

Responsável (eis) pela Análise: Isabela dos Santos Trovão, Solange Oliveira Pires, Walter Oliveira Gama Junior, Kilma Keila Teixeira Dias, Vânia Paula Moura Martins.

Período Inicial da Análise: 12/09/2022 **Período Final da Análise:** 20/10/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS – IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				TRATAMENTO DO RISCO
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	FATURAMENTO	1	Produtividade abaixo do pactuado no PDT	Risco Financeiro	As metas de: Obstetrícia Clínica (39,24%.), Cardiologia (69,21%.); administração de medicamentos na atenção especializada (0,81%); observação até 24 horas em atenção especializada (17,20%); pezinho, bem como linguinha (45,83%); programadas para internações - síndromes respiratória/covid-19; tratamento cirúrgico de pterígio (65%); e, obstetrícia clínica - parto normal (32,95%) ficaram abaixo do pactuado. As metas de UCI encontram se zeradas devido à ausência de implantação do serviço na unidade e o teste da orelhinha, não está sendo feito devido à falta de profissionais e estrutura.	Ausência de profissionais, estrutura apropriada e de estratégias para o cumprimento de metas.	Indicadores de metas inadequados para o perfil da unidade pode ocasionar desinvestimentos dos recursos públicos para a área da saúde.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Avaliação, atualização do perfil da unidade de saúde no PDT e verificação de estratégias a fim de aumentar a produtividade dos serviços executados no Macro de Coroatá, haja vista que a unidade não pode ficar desassistida para o cumprimento das metas.
			2	Perda De Dados Para Faturamento	Risco Financeiro	Pendências médicas nos prontuários não são contabilizados pelo faturamento, e os prontuários são encaminhados direto para o SAME, uma vez que para o tempo, a devida regularização é de três meses.	Perda de dados a serem faturados e a falta de estatística.	Perda da produção causou prejuízos para o erário por falta de informações.	3	4	12	RISCO ALTO	Realizar reuriões mensais dos gestores das unidades para orientação das informações com acompanhamento, ações da educação continuada e núcleo de segurança ao paciente para melhoria das informações, verificando as dificuldades do setor de internação quanto ao controle dos prontuários para faturamento
			3	Falta de vistoria e acompanhamento do farmacêutico.	Risco Financeiro	Unidade possui partos cesáreos e psicólogos em atendimento a equipe multiprofissional do hospital, no entanto o PDT é ausente quanto a informações da meta para estes serviços, sendo realizados 242 partos e 107 atendimentos psicológicos.	Ausência de planejamento evolutivo.		3	2	6	RISCO MÉDIO	Inclusão dos serviços no PDT, haja vista que interfere diretamente na condução do planejamento dos procedimentos administrativos e a utilização de indicadores como instrumentos de controle, bem como de implementação são de suma importância para a eficiência na gestão pública.
		RECURSOS HUMANOS	1	Inconsistência De Informações PDT X Folha Do Rh.	Risco Financeiro	Verificou-se na folha que a unidade possui quantitativo de cargos contratados, pelo IADVH, para exercer as funções de assistente e auxiliar administrativo, superiores ao estipulado no PDT.	Impacto financeiro aproximado de 106,67%.	Descumprimento ao plano de trabalho da Unidade.	4	1	4	RISCO BAIXO	Reavaliação das faltas de colaboradores, pelo IADVH, e ajuste no sistema de registro de ponto, tendo em vista que fazer o fechamento correto da folha de ponto é fundamental para que a jornada de trabalho esteja de acordo com o que foi cumprido pelo colaborador.
			2	Desatualização Do Organograma Da Unidade	Risco Trabalhista	Formação de cargos e inexistência do organograma atualizado, onde a Diretora Administrativa informou que está no aguardo da Emserh enviar, uma vez que a mesma não obteve resposta da Diretoria de Rh da Emserh.	Ausência de Dinamismo, para desenvolver as competências necessarias para o desempenho operacional da unidade.	acarreta em confusão sobre a posição do colaborador na estrutura da empresa, bem como há ausência de clareza das atribuições e responsabilidades nesta estrutura.	2	3	6	RISCO MÉDIO	Atualização e descrição do organograma da unidade objetivando melhoria nos fluxos de atendimento organizacional.
		ADMINISTRATIVO	1	Mobiliaria Inoperente Para o Uso	Risco Operacional	Acúmulo de equipamentos, mobiliários danificados, poltronas em más condições de uso, incubadoras, logarinas com defeito.	Uso a longo prazo e ausência de manutenção periódica nos móveis.	Vulnerabilidade nos usuários e profissionais, bem como alto índice de absenteísmo por lesões e dores	3	3	9	RISCO MÉDIO	Verificar junto ao Hospital Aquiles Lisboa quanto ao conserto das poltronas com posterior devolução, e oficiar a Gerência de Engenharia Clínica da EMSERH para a manutenção das incubadoras, bem como realizar um levantamento dos demais equipamentos e formalizar junto a oficina
			3	Ausência Da Equipe De Limpeza Nas Acomodações Da Unidade.	Risco Operacional	Pouca atuação da equipe de limpeza da empresa Clast Comércio nas dependências da unidade,	Falta de fiscalização pelos encarregados/lideranças.	Proliferação de doenças pela ausência de limpeza e desinfecção do ambiente hospitalar.	3	4	12	RISCO ALTO	Notificar a empresa quanto ao acompanhamento do encarregado do serviço; Intensificar a atuação da equipe de limpeza, bem como a distribuição por setores da unidade, visando garantir a limpeza e desinfecção da mesma, rompendo a cadeia epidemiológica das infecções hospitalares.
			4	Acondicionamento E Manuselo Das Bombonas	Risco Financeiro	Bombonas encontravam-se sem suas devidas tampas e acondicionadas de forma irregular.	Ausência de controle e organização e fiscalização.	A utilização de dados referente ao peso das bombonas coletados de forma genérica e aleatória pode acarretar em imprecisão dos valores de pesagem, prejuízos para a empresa contratada em caso de excesso de peso e/ou para a EMSERH	2	3	6	RISCO MÉDIO	Notificar a empresa responsável pelo contrato nº 46/2019, Raiz Soluções Em Resíduos Ltda, quanto as irregularidades bem como intensificar a fiscalização de manuselo e acondicionamento do lixo hospitalar nas bombonas,
			5	Vulnerabilidade De Doenças Infeciosas	Risco de Reputação	Verificou-se a permanência de muitos gatos nos corredores próximos ao ambiente de produção alimentar e nos locais de abrigo de resíduos,	Falta de providências para o abrigo dos animais.	Exposição de funcionários e pacientes a antígenos do parasito, uma vez que a transmissão se dá por um vetor, conhecido como mosquito palha.	3	4	12	RISCO ALTO	Recomenda-se providências imediatas quanto ao abrigo para o animal, tendo em vista risco eminente de transmissão de zoonoses, raiva e leishmanioses, estendendo-se para outras doenças de transmissão vetorial para a população humana, além do risco radioativo para os animais.
		LOGÍSTICA	1	Valor De Combustível Consumido Acima Do Pactuado	Risco Financeiro	Aumento do consumo de combustível, nos meses de maio a agosto/2022, da ambulância gerando saldo negativo no PDT, uma vez que o mesmo estipula valor mensal de R$ 7.000,00 para o consumo da referida despesa.	Ausência de controle do combustível	Descontrole e maior danos financeiro a Unidade.	4	3	12	RISCO ALTO	Atualização do valor no PDT, haja vista que um dos papéis importantes da equipe da ambulância é estabilizar e tratar os pacientes rapidamente para evitar qualquer acidente antes que o paciente chegue ao hospital. Eles fornecem cuidados imediatos e eficazes para salvar vidas em um ambiente de trabalho clínico e seguro com mobilidade máxima.
		LAVANDERIA	1	Baixa Quantidade No Fornecimento De Enxoval	Risco Operacional	Irregularidade nos horários de coleta e fornecimento do enxoval, não havendo um cronograma para a prestação do serviço.	Planejamento e execução dos serviços assistenciais oferecidos para a unidade de saúde,	Desabastecimento de material de enxoval, atrasando as práticas cirúrgicas e admissão de novos pacientes.	2	3	6	RISCO MÉDIO	Notificar empresa e Regular fiscalização do contrato com o prestador de serviço quanto a quantidade do fornecimento de enxoval firmado em contrato.
	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	NUTRIÇÃO	1	Limpeza E Conservação Da Cozinha Inapropriado	Risco Operacional	Nas instalações da cozinha, o chão mantém-se constantemente molhado, o local de estocagem de alimentos com falta de limpeza e manutenção, freezers em desuso, enferrujados e com defeito na área, além da falta de manutenção no ar condicionado da sala de armazenamento dos alimentos	Ausência de limpeza, manutenção e organização do ambiente.	Baixo rendimento térmico, a refrigeração inadequada do equipamento, o aumento do consumo de energia, desperdício de e contaminação dos alimentos.	2	3	6	RISCO MÉDIO	Intensificar a atuação da equipe de limpeza nas dependências da cozinha, local de preparo e estocagem dos alimentos, bem como no local onde os funcionários fazem suas refeições, visto o grau de sujeira observado no local,
			2	Ausência De Controle De Validade Nos Ovos	Risco Legal	Ovos para preparo e consumo dos alimentos estavam sem informações e advertências quanto a validade, de acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA	Ausência da validade do produto.	Podem levar a problemas como infecção intestinal, sendo este risco associado à presença de Salmonella spp no alimento.	2	3	6	RISCO MÉDIO	Notificação a empresa Prime Consultoria e regular fiscalização do contrato com o prestador de serviço, quanto a informação da validade dos ovos.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ (RAUDIN 11.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Cleene Guimaraes Dos Santos (Diretora Administrativa) e Marcus Vinicius Mendes De Sousa (Diretor Clínico)
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão, Solange Oliveira Pires, Walter Oliveira Gama Junior, Kilma Keila Teixeira Dias, Vânia Paula Moura Martins.
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 20/10/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS — IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				TRATAMENTO DO RISCO
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	Comissões Não Implantada Na Unidade	Risco Operacional	No plano operativo constam as comissões de Ética Médica, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão de Análise de Prontuários, Comissão de Revisão de Óbitos (CRO), no entanto as mesmas não foram desenvolvidas, conforme consta Termo de Notificação do Conselho Regional de Medicina do Estado do Maranhão	Ausência de formalização das comissões	Desorganização e enfraquecimento das demandas e indicadores dos diversos setores que compõem a unidade	2	3	6	RISCO MÉDIO	Implantação na unidade de todas as comissões pactuadas e readequação do PDT, como forma de garantir maior segurança aos usuários dos serviços da unidade em prol da oferta de um serviço de saúde de qualidade, humanizado e inclusão de grupos médicos para o cumprimento dos preceitos éticos e legais.
			2	Ausência De Envio De Indicadores Para Qualidade	Risco Operacional	Indicadores de qualidade naõ são discutidos e enviados para gestão da qualidade da EMSERH, pela falta de presença do setor na unidade.	Falta de comunicação e orientação da Gestão da Qualidade com a unidade.	Interferência nos processos, fluxos diários e resultados da equipe de trabalho.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Elaboração/Implantação dos indicadores de gestão e qualidade na unidade de com capacitação da equipe, visando melhoria no controle e avaliação da assistência prestada.
			3	Validade Dos Pop'S	Risco Operacional	Ausência de atualização ou validade dos POP's com falta de orientação da EMSERH.	Falha na atuação da Gestão da Qualidade na unidade.	Insegurança nas atividades realizadas e descontrole dos padrões na unidade.	3	2	6	RISCO MÉDIO	Realizar implantação e Atualização dos POP's para melhor formalização e padronização das atividades executadas
			4	Uso Incorreto Da Geladeira Da Uti	Risco Operacional	Geladeira destinada ao acondicionamento dos termolábeis encontra-se com uma caixa de leite condensado aberto.	Medicações vencidas na geladeira e leite condensados aberto.	Infrigindo a resolução 304 da Anvisa que estabelece as técnicas de distribuição, armazenagem e transporte de medicamentos.	2	4	8	RISCO MÉDIO	Notificar os colaboradores que utilizarem indevidamente o equipamento. Identificação na geladeira com a exclusividade para o armazenamento de medicamentos termolábeis e alinhamento com treinamento aos profissionais acerca de que apenas os medicamentos especificos devem ser guardados na geladeira.
			5	Irregularidade Nos Serviços De Laboratório	Risco Financeiro	O Laboratório Clínico não apresenta POP para atendimento e demora na coleta e liberação dos resultados das culturas, por este precisar enviar as amostras para um terceirizado para realizar as analises (Laboratório Álvaro)	Atraso na entrega de resultados demora na liberação do pacientes.	Danos financeiros a unidade.	2	4	8	RISCO MÉDIO	Regularizar na contratação do serviço; Exigir POPs e Agilidade na liberação dos exames com objetivo de agilizar a liberação do paciente. Ajustar rotina e controle para o descarte de material pela instituição produtora do lixo.
			6	Produtos Vencidos Na Farmacia Satelite Do Centro Cirurgico	Risco Financeiro	Medicações e produtos de uso hospitalar vencidos, multidose (Insulina regular e humana) abertas sem data de controle de abertura, bem como quantitativo satisfatório de matérias e medicamentos médicos em armirio para guarda de medicações anestésicas controladas.	Ausência de controle rigido, e verificação periódica.	Falta de medicação e ou excesso parado em estoque com perda devido validade, erros de administração	5	2	10	RISCO ALTO	Reforçar medidas de controle para conferencia de medicações e matérias evitando vencer na unidade assistencial e instituir identificação de medicações multidoses.
			7	Inadimplência de conferência do carrinho de parada	Risco Operacional	Realizado visita em todos os setores do hospital onde solicitamos a abertura do carro de emergência, foi identificado medicações vencidas e/ou próximo ao vencimento, divergência no número do lacre do carro de emergência com o número constado no checklist de conferência do carro.	Falta de vistoria e acompanhamento do farmacêutico.	Faltas em situação de urgência, bem como a administração de medicamentos vencidos ou errados podem levar a tratamentos ineficazes, reações adversas, lesões temporárias, permanentes e até o óbito do paciente.	3	4	12	RISCO ALTO	Reforçar treinamento e divulgação do POP para melhoria dos processos do cuidado; aperfeiçoar as medidas de controle e avaliação do checklist e conferência do carro evitando a administração de medicações vencidas e organizar a gestão dos processos assistenciais e gerenciamento da interdisciplinaridade.
			8	Ausência no controle de ATB	Risco Operacional	Em visita a farmácia na presença do farmacêutico da unidade, o mesmo relatou que não realiza o controle dos antibióticos.	Desconhecimento da ferramenta de controle dos antibióticos e ausência da folha de controle dos antibióticos.	Uso abusivo do antimicrobianos, automedicação.	3	4	12	RISCO ALTO	Instituir junto a Farmácia, CCIH e unidade cirúrgica protocolo de controle de antibiótico profilático garantindo segurança na terapêutica medicamentosa, implantar impresso para solicitação de antibióticos com objetivo de garantir a utilização e controle racional.
			9	Quebra da barreira de segurança no processo de esterilização	Risco Operacional	Observou-se o cruzamento do técnico da área suja para a área limpa. Foi informado que após a lavagem dos instrumentais o técnico (saindo da área suja) realiza o processo de esterilização (área limpa).	Organização de escala e separação dos setores.	Risco de transferência dos microrganismos para os instrumentos limpos e desinfetados.	3	4	12	RISCO ALTO	Organização das escalas de trabalho para melhor dimensionamento dos profissionais contemplando o mesmo número de profissionais em todos os turnos e evitando quebra nos processos.

MAPEAMENTO DE RISCO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

Mapeamento de Risco:	**Upa de Coroatá (RAUDIN Nº 11.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Samya Lima Oliveira - Diretora Administrativa / Benedito Carlos Bezerra Cardoso - Diretor Clínico
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Solange Oliveira Pires / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2023 — **Período Final da Análise:** 20/10/2023

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS – IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				TRATAMENTO DO RISCO
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
Upa de Coroatá	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	FATURAMENTO	1	Produtividade abaixo do pactuado no PDT	Risco Operacional	As metas ambulatoriais atendimento médico em unidade de pronto atendimento, atendimento ortopédico com imobilização provisória, acolhimento com classificação de risco e serviço de apoio diagnóstico e terapia (SADT) em Diagnóstico em Laboratório Clínico ficaram abaixo da estipulada no PDT.	Possível ausência de profissionais e/ou realização de exames.	Indicadores de metas inadequados para o perfil da unidade pode ocasionar desinvestimentos dos recursos públicos para a área da saúde.	4	3	12	RISCO ALTO	Avaliação, atualização do perfil da unidade de saúde no PDT e verificação de estratégias a fim aumentar a produtividade dos serviços executados na Upa de Coroatá, haja vista que a unidade não pode ficar desassistida para o cumprimento das metas.
		RECURSOS HUMANOS	1	Inconsistência de informações PDT x Folha do RH	Risco Financeiro	Cargos contratados pelo IADVH, para exercer as funções de assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, motorista, técnico em imobilização, técnico em informática e técnico em segurança do trabalho, superiores ao estipulado no PDT.	Ausência no controle do PDT.	Impacto financeiro e orçamentário.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Diretoria de RH da Emserh verifique a readequação do PDT, para análise da situação do quadro de pessoal, perante aos serviços ofertados, para posterior providência quanto ao cumprimento do Plano de Trabalho (PDT).
			2	Falhas no sistema de registro de ponto IADVH	Risco Financeiro	12 colaboradores que ficaram com falta havendo desconto no salário do mês de maio/2022, um colaborador faltou por 30 dias, mas recebeu o salário de forma integral.	Falha técnica no sistema de ponto.	Erros que interferem diretamente no lançamento da folha de pagamento, implicando em remunerações indevidas.	4	4	16	RISCO ALTO	Reavaliação das faltas dos colaboradores supracitados, pelo IADVH, e ajuste no sistema de registro de ponto.
			3	Desvio de função de colaborador	Risco Trabalhista	Colaborador de auxiliar de hotelaria encontrava-se, também, exercendo a função de copeira.	Possível falta de readequação do Plano de Trabalho, em vista do quadro de funcionários para demanda da unidade.	Trazer danos à saúde do colaborador, baixa produtividade, desmotivação e consequentemente trazendo prejuízos a empresa, além de possíveis processos trabalhistas.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Ajuste dos colaboradores na função contratada ou realocação dos mesmos com a readequação do contrato de trabalho.
		ADMINISTRATIVO	1	Inexecução do contrato nº 720/2021-GCC/EMSERH	Risco Financeiro	Constatou-se irregularidade nos horários de coleta e fornecimento do enxoval.	Não é feito a pesagem pela empresa com colaborador da unidade, a base dos dados é feito de acordo com o peso, em momento oportuno.	Impacto financeiro e orçamentário.	5	4	20	RISCO ALTO	Impossibilidade de planejamento e a plena execução dos serviços assistenciais oferecidos pela unidade, desabastecimento de material de enxoval, atrasando as práticas cirúrgicas, bem como na admissão de novos pacientes.
			2	Controle e fiscalização da coleta de lixo infectante impreciso	Risco Financeiro	Verificou-se sacos do lixo infectante fora das bombonas e as mesmas estavam sem tampas.	Não há fiscalização do recolhimento das bombonas, para a verificação de peso.	Imprecisão dos valores de pesagem, trazendo prejuízos e oneração de custos do contrato.	4	4	16	RISCO ALTO	Revisão, pelos fiscais, da metodologia de controle, para a regularização do procedimento utilizando balanças apropriadas para uma maior precisão na aferição do peso das bombonas.
			3	Risco de desabamento da fossa	Risco Financeiro	Observou-se que as fossas estão cedendo, causando grande risco de desabamento, tragédias e insegurança aos usuários da unidade.	Falta de manutenção.	Grande risco de desabamento, tragédias e insegurança aos usuários da unidade, limitação de execução dos serviços assistenciais.	4	4	16	RISCO ALTO	Comunicação junto a Diretoria de Engenharia da Emserh para providências quanto a regularização da infraestrutura no saneamento básico da unidade.
			4	Mobiliários inoperantes para uso	Risco Operacional	Acúmulo de mobiliários danificados.	Falta de manutenção, medida preventiva e adequação periódica e sensibilização dos colaboradores para conservação.	Escassez e falta de alocação dos equipamentos e mobiliários para outras unidades, além da necessidade de manutenção constante e aumento de custos.	4	4	16	RISCO ALTO	Realizar levantamento dos mobiliários e oficiar a Unidade quanto a operacionalização da oficina do Hospital Aquiles Lisboa.
			5	Ausência de controle de consumo da alimentação	Risco Financeiro	A quantidade do almoço para os funcionários é repassada para o Macro de Coroatá, de acordo com a escala de trabalho, não sendo verificado se os mesmos estão presentes.	Falta de controle por parte da direção.	Impacto financeiro e orçamentário.	4	4	16	RISCO ALTO	Levantamento do quantitativo de funcionários que irão almoçar na unidade e aquisição de transporte adequado para a alimentação hospitalar, visando o controle da alimentação a ser repassada para a empresa contratada.
			6	SAME implantado em local inapropriado	Risco Operacional	Local inapropriado para armazenamento dos prontuários médicos.	Contaneir e sala de consultório médico com falta de estrutura.	Perda de documentação que permite acompanhamento de evolução médica.	4	3	12	RISCO ALTO	Realizar o planejamento e execução de organização dos prontuários visando segurança de informações e mantendo sigilo dos pacientes.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	Upa de Coroatá (RAUDIN Nº 11.2022)
Gestor Responsável pelo Processo:	Samya Lima Oliveira - Diretora Administrativa / Benedito Carlos Bezerra Cardoso - Diretor Clínico
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Solange Oliveira Pires / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2023 — **Período Final da Análise:** 20/10/2023

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS – IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				TRATAMENTO DO RISCO
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
Upa de Coroatá	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	7	Ausência de controle de materiais	Risco Financeiro	Verificou-se no contaneir materiais gráficos, colchões e travesseiro, sem controle de quantidade.	Falta de organização, estrutura e conferência de materiais.	Compra de matéria-prima de forma excessiva, já que os pedidos aos fornecedores são feitos de acordo com a demanda.	4	3	12	RISCO ALTO	Realizar o inventário de todos os materiais a fim de quantificar, controlar entrada e saída dos mesmos.
			8	Ausência de Lideranças e inoperância de outros	Risco Operacional	Ausência da liderança de enfermagem quanto algumas rotinas assistenciais.	Faltas de profissionais e ausência de contratações.	Diminuição da qualidade assistencial e dificuldades no desempenho das atividades devido à pouca presença da Diretoria clínica.	4	3	12	RISCO ALTO	Implantar rondas de alta gestão para desenvolvimento e engajamento das equipes, reforçar reuniões de lideranças para discussão de indicadores assistenciais.
	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	Comissões não implantadas na unidade	Risco Operacional	As comissão de Ética Médica, Farmácia e Terapêutica não foram implantadas na unidade.	Ausência de alinhamento pela coordenação da unidade para implantação das referidas comissões.	Falha no controle de melhoria contínua dos processos internos, intervindo na garantia de maior segurança e qualidade no atendimento prestado ao paciente nos serviços de saúde nas diversas áreas.	4	3	12	RISCO ALTO	Implantação na unidade de todas as comissões pactuadas no PDT, como forma de garantir maior segurança aos usuários dos serviços da unidade em prol da oferta de um serviço de saúde de qualidade, humanizado e inclusão de grupos médicos, farmacêuticos e terapêuticos.
			2	Demora na regulação de pacientes	Risco de Reputação	Dificuldade encontrada em direcionar alguns pacientes para acompanhamento em outras unidades.	Dificuldade para direcionamento ou disponibilidade de vagas em hospital de referência.	Lotação da unidade, demora no atendimento e até o óbito do paciente.	3	4	12	RISCO ALTO	Organização da unidade quanto ao alinhamento do fluxo de atendimento ao serviço de ortopedia junto a unidade referência.
			3	Demora na liberação de exames	Risco de Reputação	A Labvida Laboratório Clínico inserido na unidade de pronto atendimento não consegue atender a demanda na unidade.	O laboratório apresenta demora na coleta e liberação dos resultados das culturas, por este precisar enviar as amostras para um terceirizado para realizar as análises.	Atraso na entrega e demora na liberação do paciente.	4	5	20	RISCO MUITO ALTO	Agilidade na liberação dos exames com objetivo de agilizar a liberação do paciente.
			4	Dificuldade de Avaliação pelo Ortopedista	Risco Operacional	Relato que toda vez que necessário avaliação do ortopedista do Hospital Macrorregional de Coroatá, não conseguem que o paciente sejam transferidos.	A comunicação é muito difícil para avaliação pelo ortopedista.	Desassistência aos pacientes.	5	5	25	RISCO MUITO ALTO	Definir fluxo de atendimento ortopédico pelo hospital de referência evitando inconsistência na assistência prestada ao paciente
			5	Quebra da barreira de segurança no processo de esterilização	Risco Operacional	Cruzamento do técnico da área suja para a área limpa.	Escala de trabalho mal direcionada.	Perca da esterilização do material e aumento dos custos de produção.	4	4	16	RISCO ALTO	Organização das escalas de trabalho para melhor dimensionamento dos profissionais comtemplando o mesmo número de profissionais em todos os turnos e evitando quebra nos processos.
			6	Carro de emergência com medicações vencidas e sobra de medicações na unidade	Risco de Integridade	Identificação de medicações e materiais vencidos e/ou próximo ao vencimento.	Falta de vistoria e acompanhamento do farmacêutico.	Faltas em situação de urgência, bem como a administração de medicamentos vencidos ou errados podem levar a tratamentos ineficazes, reações adversas, lesões temporárias, permanentes e até o óbito do paciente.	5	5	25	RISCO MUITO ALTO	Utilizar POP sobre devolução de medicamentos evitando sobras nas unidades de internação e implantação imediata da rotina de conferência do carro de emergência evitando a utilização de possíveis medicações vencidas.
			7	Ausência de Identificação das Medicações de Alta Vigilância (MAV)	Risco de Integridade	Medicações não são sinalizadas na distribuição para as unidades de internação quebrando o protocolo de prevenção de MAV.	Dificuldade em conseguir material para identificação das medicações, além de dificuldade de contato ou resposta da equipe da gestão de qualidade inclusive em conseguir alguma atualização dos protocolos.	Falta de medicação e ou excesso parado em estoque com perda devido validade, erros de administração	5	4	20	RISCO ALTO	Implementação do protocolo de Medicações de Alta Vigilância, realizar identificação de medicações multidoses, realizar acompanhamento quanto aos treinamentos e orientações dos protocolos e fornecer insumos para identificação dos produtos.

MAPEAMENTO DE RISCO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL REGIONAL DE MORROS (RAUDIN Nº 11.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Adler Gomes Leitão - Diretor Administrativo / Leonardo Telles Alves De Aguiar - Diretora Clínico
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Solange Oliveira Pires / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 20/10/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL REGIONAL DE MORROS	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	FATURAMENTO	1	**Produtividade abaixo do pactuado no PDT**	**Risco Operacional**	Clínica cirúrgica geral e obstétrica, atendimentos em enfermagem ficaram abaixo do estipulado no PDT.	Devido ausência de anestesista na unidade,bem de outros profissionais e/ou realização de exames.	Indicadores de metas inadequados para o perfil da unidade pode ocasionar desinvestimentos dos recursos públicos para a área da saúde.	5	3	15	RISCO ALTO	Avaliação, atualização do perfil da unidade de saúde no PDT e verificação de estratégias a fim aumentar a produtividade dos serviços executados.
		RECURSOS HUMANOS	1	**Inconsistência de Informações PDT x Folha do RH**	**Risco Trabalhista**	Verificou-se na folha que a unidade possui quantitativo de cargos contratados, pelo IADVH, para exercer as funções de auxiliar de hotelaria, técnico em enfermagem e radiologia, superiores ao estipulado no PDT.	Ausência no controle do PDT e realinhamento das funções.	Impacto financeiro e orçamentário.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Diretoria de RH da Emserh verifique a readequação do PDT, para análise da situação do quadro de pessoal, perante aos serviços ofertados, para posterior providência quanto ao cumprimento do Plano de Trabalho (PDT).
		ADMINISTRATIVO	1	**Ausência de controle de entrega de refeição para funcionários**	**Risco Financeiro**	Todos os funcionários almoçam na unidade e há inexistência de controle de entrega de refeições.	Houve autorização pela Diretoria Geral da unidade a entrega de refeição para os diaristas e toda equipe de funcionários da unidade, no entanto encontra-se ausente formalização de documento.	Onera os serviços prestados pela empresa Nutri Mais Vida.	4	3	12	RISCO ALTO	Notificar a direção da unidade quanto o seguimento das condições estabelecidas em contrato firmado com a empresa Nutri Mais Vida Ltda nº 49/2020 relacionados à distribuição de alimentos.
			2	**Ausências de computadores**	**Risco Operacional**	Verificou-se que a unidade de saúde não possui quantidade suficiente de computadores para atender a demanda com eficiência.	Falta de solicitação de novos equipamentos.	Dificuldade no fechamento de atendimento dos pacientes, atualização de prontuários, desenvolvimento das atividades de rotina da unidade e lançamentos das produtividades.	3	1	3	RISCO BAIXO	Diretoria Administrativa deverá encaminhar ofício a Gerência de TI/EMSERH solicitando equipamentos para a unidade, tendo em vista que as informações médicas, dados eletrônicos de pacientes podem melhorar a qualidade e as decisões inerentes ao cuidado de saúde, além de facilitar o acesso aos serviços disponíveis de forma eficaz.
			3	**Aumento de custos no contrato nº 45/2019**	**Risco Financeiro**	Lixo comum é recolhido pela empresa Maxtec Serviços Gerais e Manutenção Industrial LTDA juntamente com o lixo infectante, tal prática se deu início com a posse da nova direção da unidade no mês de junho de 2022.	Devido quebra de acordo, prefeitura se nega a recolher o lixo comum.	Impacto financeiro e orçamentário.	4	3	12	RISCO ALTO	Oficiar a Prefeitura de Morros solicitando o recolhimento do lixo de dentro do abrigo e alinhamento para a plena execução do serviço atendendo os termos da lei complementar nº234/1990, bem como contato com o ministério público buscando formalização da demanda com tratativas e resolutividade da parte da prefeitura
			4	**Liderança ausente na unidade**	**Risco Operacional**	Ausência da coordenação de enfermagem, farmácia e diretoria na unidade.	Funcionários com faltas.	Ausência da liderança reflete na diminuição da qualidade dos serviços.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Advertência para as lideranças, uma vez que segundo (Neville 2017), "É função de o líder atuar com foco no provimento de condições, promovendo meios que levem os profissionais e equipes a atuarem de forma segura.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL REGIONAL DE MORROS (RAUDIN Nº 11.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Adler Gomes Leitão - Diretor Administrativo / Leonardo Telles Alves De Aguiar - Diretora Clínico
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Solange Oliveira Pires / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 20/10/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS — IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				TRATAMENTO DO RISCO
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL REGIONAL DE MORROS	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	5	**Presença de insetos na unidade**	**Risco de Reputação**	Verificou-se durante a visita nas alas de internação da unidade a presença de barata, além da grande quantidade de moscas pelo refeitório e cozinha da unidade.	Possível ausência de limpeza e dedetização adequada.	Proliferação de insetos, seres que carregam microrganismos transmissores de doenças.	4	3	12	RISCO ALTO	Intensificar os serviços de dedetização pela empresa Det Max Serviços Ambientais e Controle de Pragas Eireli, que possui contrato nº 229/2019, visando a eliminação de insetos presentes no ambiente e também a atuação de forma preventiva, evitando que novos focos de infestação possam surgir.
	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	**Comissões não implantadas na unidade**	**Risco Operacional**	Constam no plano operativo as comissões de ética médica, ética de enfermagem, revisão de óbitos (CRO), gerenciamento de resíduos, núcleo de segurança do paciente (NSP), no entanto as mesmas não foram implantadas na unidade.	Ausência de alinhamento pela coordenação da unidade para implantação das referidas comissões.	Falha no controle de melhoria contínua dos processos internos, intervindo na garantia de maior segurança e qualidade no atendimento prestado ao paciente nos serviços de saúde nas diversas áreas.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Implantação na unidade de todas as comissões definidas no PDT, como forma de garantir maior segurança aos usuários dos serviços da unidade em prol da oferta de um serviço de saúde de qualidade, humanizado e inclusão de grupos médicos para o cumprimento dos preceitos éticos e legais.
			2	**Ausência de identificação das Medicações de Alta Vigilância (MAV)**	**Risco Operacional**	Observamos que as medicações de alta vigilância (MAV) são identificadas nos bins da farmácia, porém as medicações não são sinalizadas na distribuição para as unidades de internação.	Dificuldade em conseguir material para identificação das medicações, que encontra dificuldade em conseguir contato ou resposta da equipe da gestão de qualidade inclusive em conseguir alguma atualização dos protocolos.	Quebra de protocolo de prevenção de MAV.	4	4	16	RISCO ALTO	• Implementação do protocolo (em sua totalidade) de Medicações de Alta Vigilância para evitar possíveis erros de administração; • Realizar identificação de medicações multidoses garantindo a segurança de paciente na administração de medicamentos; • Realizar acompanhamento quanto aos treinamentos e orientações dos protocolos e fornecer insumos para identificação dos produtos.
			3	**Antibióticos profiláticos sem controle**	**Risco Operacional**	Dificuldade encontrada para realizar alguns processos na unidade.	O protocolo de cirurgia segura e o controle de antibióticos profiláticos, possui a folha de controle de cirurgia segura, , porém não realiza o controle dos antibióticos profiláticos.	Impossibilidade de mensurar o quantitativo de doses administradas para os procedimentos cirúrgicos.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Instituir junto a farmácia, CCIH e unidade cirúrgica protocolo de controle de antibiótico profilático garantindo segurança na terapêutica medicamentosa
			4	**Validade dos POP's**	**Risco Operacional**	Em visita as unidades observamos a ausência ou validade dos POP's.	Falta de orientação da Qualidade EMSERH.	Comprometimento na execução correta e padronizada das atividades da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Realizar implantação e Atualização dos POP's para melhor formalização e padronização das atividades executadas.
			5	**Medicação vencida no Centro Cirúrgico**	**Risco Operacional**	Foi observado um quantitativo satisfatório de medicamentos e matérias médicos, encontramos medicações vencidas.	Não conferência regular por parte das equipes de enfermagem ou farmácia.	Faltas em situação de urgência, bem como a administração de medicamentos vencidos ou errados podem levar a tratamentos ineficazes, reações adversas, lesões temporárias, permanentes e até o óbito do paciente.	4	4	16	RISCO ALTO	Reforçar medidas de controle para conferência de medicações e matérias evitando vencer na unidade assistencial.

MAPEAMENTO DE RISCO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL REGIONAL DE MORROS (RAUDIN Nº 11.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Adler Gomes Leitão - Diretor Administrativo / Leonardo Telles Alves De Aguiar - Diretora Clinico
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Solange Oliveira Pires / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 20/10/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL REGIONAL DE MORROS	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	6	Unidades assistenciais não possuem liderança em enfermagem	Risco Operacional	As unidades de internação, centro cirúrgico/CME, emergência, não possuem liderança (supervisão).	O hospital possui apenas um Coordenador de enfermagem para todas as unidades.	Ausência da liderança reflete na diminuição da qualidade dos serviços.	3	3	9	RISCO MÉDIO	• Implantar rondas de alta gestão para desenvolvimento e engajamento das equipes como forma de disseminar a cultura da gestão na instituição; • Instituir lideranças nas unidades assistenciais como melhoria de indicadores assistenciais.
			7	Aumento do custo com dupla embalagem de materiais esterilizados	Risco Financeiro	Evidenciamos todos os materiais processados com duplo involucro.	Funcionária da CME informou que foi uma orientação da antiga CCIH.	Impacto financeiro e orçamentário.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Organizar estrutura da CME que permita a garantia de integridade dos processos de esterilização dos produtos para a saúde.
			8	Descarte irregular de perfuro cortante	Risco Operacional	Observamos a presença de uma lâmina de bisturi no lixo infectante.	Orientação e treinamento quanto ao descarte corrreto de materiais.	Possibilidade acidente ocupacional.	4	3	12	RISCO ALTO	Reforçar as medidas de controle de segurança ocupacional, evitando risco de acidente com material biológico.
			9	Ausência Indicadores de gestão e qualidade na EMERGÊNCIA	Risco Operacional	A unidade de emergência possui indicadores de qualidade, mas nunca enviou o relatório para a gestão de qualidade.	Falta de orientação e comunicação com o setor da Qualidade EMSERH.	Impossibilidade de mensurar a real taxa de eventos ou ocupação da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Elaboração/Implantação dos indicadores de gestão e qualidade na unidade de com capacitação da equipe, visando melhoria no controle e avaliação da assistência prestada.
			10	Ausência de CCIH na unidade	Risco Operacional	Não há CCIH na unidade uma vez que a antiga enfermeira solicitou desligamento devido a problemas com o valor do salário.	Não houve contratação de um novo profissional para ocupação do cargo.	A falta desse tipo de especialista que tem condições de avaliações precisas para prevenção e controle, pode ocasionar surtos de infecção em diversas áreas do ambiente hospitalar, bem como a falta de racionalização de antimicrobianos pelo uso indiscriminado desse tipo de medicamentos e consequentemente graves riscos de morbidade e mortalidade, além custo do tratamento e média de permanência dos pacientes na unidade.	4	4	16	RISCO ALTO	Organizar instituição quanto ao alinhamento PDT para contratação do profissional de CCIH.
			11	Quebra da barreira de segurança no processo de esterilização	Risco Operacional	Cruzamento do técnico da área suja para a área limpa a enfermeira da CME informou que após a lavagem dos instrumentais esse técnico (saindo da área suja) realiza o processo de esterilização (área limpa).	Ausência de mais profissionais no setor, ou desorganização da escala de trabalho.	Risco de transferência dos microrganismos para os instrumentos limpos e desinfetados.	4	4	16	RISCO ALTO	Organização das escalas de trabalho para melhor dimensionamento dos profissionais contemplando o mesmo número de profissionais em todos os turnos e evitando quebra nos processos.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL DE CHAPADINHA (RAUDIN Nº 11.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Flavia Roberta Fernandes - Diretora Geral / Rodrigo Moreira Diniz - Diretor Administrativo / Silvio Jose de Andrade Paz Filho - Diretor Clínico
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Solange Oliveira Pires / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 20/10/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL DE CHAPADINHA	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	FATURAMENTO	1	Produtividade abaixo do pactuado no PDT	Risco Operacional	Internações hospitalares em clínica médica e ortopédica, metas diárias da UTI, consultas de profissional nível superior, consultas médicas especializadas em mastologia, nefrologia, infectologista e ginecologia, diagnóstico em laboratório, procedimentos ambulatoriais e metas de coleta de material ficaram abaixo do pactuado no PDT.	Clínica médica possui tempo de internação prolongado e pacientes com IRC aguardando cadeira para diálise, além de 10 leitos bloqueados por falta de cama, falta de material para cirurgias bem como possível ausência de profissionais e/ou realização de exames.	Indicadores de metas inadequados para o perfil da unidade pode ocasionar desinvestimentos dos recursos públicos para a área da saúde.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Avaliação, atualização do perfil da unidade de saúde no PDT e verificação novas estratégias, haja vista que a unidade não pode ficar desassistida para o cumprimento das metas.
		RECURSOS HUMANOS	1	Ausência de profissionais de referência na unidade	Risco Operacional	A ausência de alguns profissionais de referência na unidade como, enfermeiro da CCIH, Coordenador de Farmácia.	Estes profissionais estão ausentes devido a problemas como férias, atestados.	Comprometimento na execução das atividades da unidade.	4	3	12	RISCO ALTO	Presença de profissionais de referência em toda a unidade afim de promover uma cultura organizacional efetiva com foco nas metas institucionais.
			2	Desvio de função de colaboradores	Risco Trabalhista	O Agente de Portaria, exerce função de Auxiliar de Rouparia.	Indisponibilidade de vaga no perfil da unidade para mudança de cargo.	Trazer danos à saúde do colaborador, baixa produtividade, desmotivação e consequentemente trazendo prejuízos a empresa, além de possíveis processos trabalhistas, que nesse caso deve-se realizar a contratação de mais um funcionário.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Ajuste dos colaboradores na função contratada ou realocação dos mesmos com a readequação do contrato de trabalho, haja vista que o exercício de tarefas e responsabilidades são distintas do combinado em contrato, caracterizando como desvio de função
			3	Ausência de recebimento do adicional de insalubridade	Risco Trabalhista	Relatado pela coordenadora de RH (Amanda Michelle Marques Souza), que o pagamento de insalubridade está sendo creditado apenas pelos funcionários do IADVH e que a mesma na época do covid-19 ou em situações de pico de doenças transmissíveis não recebe atestados devido à ausência de recebimento do adicional.	Insastifação por não recebimento de insalubridade.	Comprometimento na execução das atividades da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Diretoria de RH da EMSERH, notificar a colaboradora, orientar quanto ao cargo e ajuste dos colaboradores na função contratada ou realocação dos mesmos com a readequação do contrato de trabalho, haja vista que o exercício de tarefas e responsabilidades são distintas do combinado em contrato, caracterizando como desvio de função.
		ADMINISTRATIVO	1	Validade dos POP's	Risco Operacional	Em visita as unidades observamos a ausência ou validade dos POP's.	Falta de orientação da Qualidade EMSERH.	Comprometimento na execução correta e padronizada das atividades da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Realizar implantação e Atualização dos POP's para melhor formalização e padronização das atividades executadas.
			2	Acompanhamento dos contratos	Risco Operacional	Diretoria da unidade possui dificuldade em ter acesso aos contratos dos prestadores de serviço, pois consequentemente não sabe objetivamente o que cobrar como metas dos serviços prestados, bem como o desconhecimento das cláusulas contratuais.	Sempre que solicitado às informações sobre os contratos, não obtêm respostas quanto aos pedidos.	Comprometimento na execução dos serviços prestados pelas contratadas.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Oficiar a Diretoria de Planejamento com solicitação das cópias dos contratos que a abrangem a unidade juntamente com os fiscais administrativos do contrato.
			3	Mobiliários novos sem utilização	Risco Financeiro	Observaram-se grande quantidade de mobiliários em sem uso no setor de acomodação das roupas sujas, dentre cadeiras, poltronas, macas, camas, berços, ar condicionados e outros.	Acúmulo de mobiliários.	Mobiliários sujeitos a desgaste.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Oficiar o Hospital Aquiles Lisboa, visto que o mesmo oferece mão de obra e logística para o deslocamento dos mobiliários, para realizar orçamento dos materiais e posterior reforma destes, fazendo-se a necessária medida preventiva e adequação periódica, além de um levantamento dos materiais novos e a necessidade dos mesmos.

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL DE CHAPADINHA (RAUDIN Nº 11.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Flavia Roberta Fernandes - Diretora Geral / Rodrigo Moreira Diniz - Diretor Administrativo / Silvio Jose de Andrade Paz Filho - Diretor Clínico
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Solange Oliveira Pires / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 20/10/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL DE CHAPADINHA	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	4	SAME em local inapropriado	Risco Operacional	Verificou-se que a unidade não dispõe de um setor destinado ao SAME, e todo arquivo da mesma encontra-se juntamente com o faturamento.	Falta de uma estrutura adequada para armazenamento dos prontuários médicos.	Perda de documentação que permite acompanhamento de evolução médica.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Avaliar um local para destinação e implantação do setor de SAME.
			5	Ausência de sinal de rede	Risco de Reputação	Devido localização do Hospital Regional de Chapadinha ter uma distância considerável do centro da cidade, a comunicação via telefonia é extremamente precária.	Ausência de repetidores de sinal.	Causa vários transtornos a unidade, visto a inviabilidade de comunicação dos pacientes e acompanhantes com os familiares, bem como dos colaboradores.	2	2	4	RISCO BAIXO	Regularização quanto a necessidade da unidade com a Gerência de TI/EMSERH, para a instalação de repetidores de sinal.
			6	Hardwares (nobreaks) inoperantes para uso	Risco Financeiro	Verificou-se no setor de T.I da unidade um grande número de nobreaks em desuso.	Solicitação de substituição dos equipamentos, visto que a unidade é frequentemente acometida por quedas de energia.	Impacto financeiro e orçamentário.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Diretoria Administrativa da unidade deve encaminhar ofício a Gerência de TI/EMSERH solicitando a troca dos equipamentos para a unidade, tendo em vista a segurança de máquinas e dados da unidade.
			7	Destinação incorreta de enxoval	Risco Financeiro	Verificou-se na Central de Material Esterilizado - CME e setor de Hemodiálise, a presença de campos cirúrgicos pelo chão, destinados para a contenção de água de ar condicionado e maquinário.	Devido à falta de pano de chão houve à utilização de enxoval.	Impacto financeiro e orçamentário, bem como descumprimento das normas de higiene do enxoval.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Notificar os setores do uso indevido do enxoval, Intensificar fiscalização do contrato da unidade, quanto à destinação da utilização do enxoval e apresentação de POP's com os treinamentos.
			8	Acompanhamento dos contratos	Risco Operacional	Dificuldade em ter acesso aos contratos dos prestadores de serviço, pois não sabem objetivamente o que cobrar como metas dos serviços prestados.	Sempre que solicitado às informações sobre os contratos, não obtêm respostas quanto aos pedidos.	Comprometimento na execução dos serviços prestados pelas contratadas.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Melhorar alinhamento entre unidade EMSERH (sede) e Unidades assistenciais para maior acompanhamento e controle dos contratos com os prestadores de serviço.
			9	Indicadores assistenciais sem respostas	Risco Operacional	Dificuldades em realizar a coleta dos dados e as subnotificações de eventos, falta de feedback dos relatórios enviados para a qualidade.	Falta de orientação da Qualidade EMSERH.	Ausência de indicadores.	3	3	9	RISCO MÉDIO	• Reforçar vigilância no acompanhamento e preenchimento das planilhas de indicadores; • Instituir acompanhamento com feedback da qualidade.
			10	Descarte de Lixo pelo Laboratório	Risco Operacional	O descarte dos materiais (sangue, secreção) após a análise, o mesmo é realizado no lixo infectante e recolhido pelo pessoal da limpeza, e posteriormente vai ser recolhido junto com o lixo hospitalar na mesma bombona do lixo infectante da unidade.	Falta de treinamento e orientação quanto ao descarte do lixo do laboratório pela terceirizada.	Oneração de custos do contrato pela empresa que recolhe as bombonas de lixo infectante.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Ajustar rotina e controle para o descarte de material pela instituição produtora do lixo.
			11	Divergência entre o peso das bombonas e quantidade de bombonas coletadas.	Risco Financeiro	No momento do recolhimento das bombonas de lixo infectante pela empresa responsável Maxtec Serviços Gerais e Man. Ind. Eireli, contrato nº 45/2019, é contabilizado pela quantidade de bombonas e posteriormente a empresa faz a pesagem.	Ausência de controle e organização e fiscalização.	Imprecisão dos valores de pesagem, trazendo prejuízos e oneração de custos do contrato.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Notificação ao fiscal de contrato e orientação quanto ao acompanhar da pesagem da coleta, impedindo a contabilização de bombonas abaixo do peso.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL DE CHAPADINHA (RAUDIN Nº 11.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Flavia Roberta Fernandes - Diretora Geral / Rodrigo Moreira Diniz - Diretor Administrativo / Silvio Jose de Andrade Paz Filho - Diretor Clínico
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Solange Oliveira Pires / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 20/10/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL DE CHAPADINHA	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	12	Solicitação de enxoval acima da demanda	Risco Financeiro	Evidenciou-se um grande acúmulo de rouparia limpa no local de acomodação de roupas sujas.	Enxoval limpo para devolução, questionado a equipe de rouparia, foi relado que o enxoval seria utilizado para o mutirão realizado pela unidade, observou-se também rouparia limpa destinada para a Central de Material e Esterilização – CME, dentre capotes, campos, mantas, roupas privativas acomodados de forma irregular.	Contaminações e infecções hospitalares por manuseio inapropriado, segregações e manipulação da roupa de forma inadequada, comprometendo a qualidade higiênico-sanitária do enxoval hospitalar.	4	3	12	RISCO ALTO	Adequação de controle quanto à quantidade de enxoval solicitado com a empresa contratada LAVEBRAS GESTAO DE TEXTEIS S A (Contrato nº 192/2019) e aditivos.
	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	Exames laboratoriais não atendem a necessidade (Culturas)	Risco Financeiro	O posto de atendimento do LABVIDA inserida na unidade de pronto atendimento não consegue atender a demanda na unidade.	O laboratório apresenta demora na coleta e liberação dos resultados das culturas, por este precisar enviar as amostras para um terceirizado para realizar as analise (Laboratório Álvaro).	Demora na entrega de resultados e insastifação de usuários.	4	4	16	RISCO ALTO	Agilidade na liberação dos exames com objetivo de agilizar a liberação do paciente
			2	Materiais estéreis violados	Risco Operacional	Verificamos vários invólucros abertos ou com danos na embalagem.	A unidade que possui 2 autoclaves que apresentam frequentemente problemas de funcionamento, que quando não consegue resolução imediata dos equipamentos, precisa enviar o material para ser esterilizado no hospital de Coroatá, que o material é levado pelo carro de apoio e após a esterilização retorna para a unidade.	Risco de transferência dos microrganismos para os instrumentos limpos e desinfetados.	5	4	20	RISCO ALTO	Organizar estrutura da CME que permita a garantia de integridade dos processos de esterilização dos produtos para a saúde.
			3	Quebra da barreira de segurança no processo de esterilização	Risco Operacional	Cruzamento do técnico da área suja para a área limpa a mesma informou que após a lavagem dos instrumentais esse técnico (saindo da área suja) realiza o processo de esterilização (área limpa).	Falta de organização nas escalas de trabalho.	Risco de transferência dos microrganismos para os instrumentos limpos e desinfetados.	5	4	20	RISCO ALTO	Organização das escalas de trabalho para melhor dimensionamento dos profissionais contemplando o mesmo número de profissionais em todos os turnos e evitando quebra nos processos.
			4	Ausência de Identificação das Medicações de Alta Vigilância (MAV)	Risco Operacional	Observamos que as medicações de alta vigilância (MAV) são identificadas nos bins da farmácia, porém as medicações não são sinalizadas na distribuição para as unidades de internação.	Dificuldade em conseguir material para identificação das medicações, que encontra dificuldade em conseguir contato ou resposta da equipe da gestão de qualidade inclusive em conseguir alguma atualização dos protocolos.	Quebra de protocolo de prevenção de MAV.	4	4	16	RISCO ALTO	• Implementação do protocolo (em sua totalidade) de Medicações de Alta Vigilância para evitar possíveis erros de administração; Realizar identificação de medicações multidoses garantindo a segurança paciente na administração de medicamentos; • Realizar acompanhamento quanto aos treinamentos e orientações dos protocolos e fornecer insumos para identificação dos produtos.
			5	Farmácia satélite centro cirúrgico	Risco Operacional	Foi observado um quantitativo satisfatório de matérias e medicamentos médicos em armário para guarda de medicações anestésicas controladas pela Portaria SVS/MS nº 344/98 não evidenciamos o impresso para liberação destas medicações, além de medicações vencidas.	Medicações armazenadas de forma inadequada, bem como organização e ausência de controle.	Faltas em situação de urgência, bem como a administração de medicamentos vencidos ou errados podem levar a tratamentos ineficazes, reações adversas, lesões temporárias, permanentes e até o óbito do paciente.	4	5	20	RISCO MUITO ALTO	• Reforçar medidas de controle para liberação de medicamentos de uso restrito; • Avaliar controles de temperatura e umidade da geladeira; • Instituir identificação de medicações multidoses.

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL DE CHAPADINHA (RAUDIN Nº 11.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Flavia Roberta Fernandes - Diretora Geral / Rodrigo Moreira Diniz - Diretor Administrativo / Silvio Jose de Andrade Paz Filho - Diretor Clínico
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Solange Oliveira Pires / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 20/10/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL DE CHAPADINHA	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	6	Adesão ao protocolo de Cirurgia Segura	Risco Operacional	Soluções para degermação da área Peri operatória sem data de abertura, desta forma não garantindo efetividade na segurança da antissepsia; impresso de cirurgia segura presente no prontuário do paciente.	Não seguimento dos protocolos de segurança de pacientes.	Medicamentos errados podem levar a tratamentos ineficazes, reações adversas.	4	4	16	RISCO ALTO	• Reforçar a gestão dos protocolos de segurança do paciente, com vistas para melhoria do preenchimento dos instrumentais existentes; • Instituir identificação de soluções multidoses evitando desperdícios e garantindo segurança na utilização; • Organizar material em local adequado garantindo segurança e integridade do material esterilizado.
			7	Leitos operacionais X Leitos Funcionais	Risco Operacional	Verificamos o bloqueio de 10 leitos de internação.	Leitos estão bloqueados por conta da ausência de camas.	Não realização de atendimento, desassistindo os pacientes e não atingimento das metas.	4	3	12	RISCO ALTO	Organização estrutural da unidade para atendimento de sua capacidade operacional.
			8	Ausência do serviço de enfermagem noturno no C.C	Risco Operacional	A escala da enfermagem reduzida no período noturno.	Falta de organização nas escalas de trabalho.	Baixa produtividade cirúrgica da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Otimizar o atendimento aos pacientes cirúrgicos com foco no aumento da produtividade.
			9	Médicos assumindo plantão em vários setores simultaneamente	Risco Financeiro	Informações de que o médico estava em atraso nos atendimentos ambulatoriais devido ao atendimento ao centro cirúrgico.	Nos dias de ambulatório o ortopedista fica dividido entre o ambulatório e o atendimento aos pacientes eletivos.	Falta de qualidade no atendiamento aos pacientes, impacto financeiro.	4	3	12	RISCO ALTO	Controle efetivo do horário de atendimento médico.
			10	Ausência de carro de parada nas enfermarias	Risco Operacional	Verificamos que as unidades de internação não possuem carro de emergência para atendimento das urgências.	Possui somente um desfibrilador para as duas alas e uma caixa de material de intubação, porem a caixa estava aberta e sem o material necessário para atendimento das urgências.	Faltas em situação de urgência.	4	3	12	RISCO ALTO	Estruturação do carro de parada para atendimento das urgências na ala de internação, visando segurança no atendimento as urgências.
			11	Ausência de conferência do carro de parada pelo farmacêutico	Risco Operacional	Verificamos algumas medicações vencidas e a ausência do checklist de conferência.	Falta de vistoria e acompanhamento do farmacêutico.	Faltas em situação de urgência, bem como a administração de medicamentos vencidos ou errados podem levar a tratamentos ineficazes, reações adversas, lesões temporárias, permanentes e até o óbito do paciente.	4	5	20	RISCO MUITO ALTO	Implantação imediata da rotina de conferência do carro de emergência evitando a utilização de possíveis medicações vencidas.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL DE PAULINO NEVES (RAUDIN Nº 11.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Fernanda Michelle F Cruz - Diretora Geral / Gabriely Liv Reis Dos Santos - Diretora Administrativa / Ricardo Damasceno Soares - Diretor Clínico
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Solange Oliveira Pires / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 20/10/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS — IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				TRATAMENTO DO RISCO
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL DE PAULINO NEVES	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	FATURAMENTO	1	**Produtividade abaixo do pactuado no PDT**	**Risco Financeiro**	Internações hospitalares em obstetrícia clínica e cirúrgicas, cirúrgicas em obstetrícia e procedimentos clínicos de obstetrícia clínica, às consultas médicas especializadas em ginecologia/obstetrícia, atendimentos de urgência com observação até 24 horas não atingiram a meta mínima pactuada.	A unidade não dispõe de equipe médica obstétrica e somente um médico plantonista, ausência de especialidade na unidade.	Indicadores de metas inadequados para o perfil da unidade pode ocasionar desinvestimentos dos recursos públicos para a área da saúde.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Avaliação, atualização do perfil da unidade de saúde no PDT e verificação novas estratégias, haja vista que a unidade não pode ficar desassistida para o cumprimento das metas.
		RECURSOS HUMANOS	2	**Inconsistência de informações PDT x Folha do RH**	**Risco Financeiro**	A unidade possui quantitativo de cargos contratados, **pelo IADVH**, para exercer as funções de enfermeiro e nutricionista, superiores ao estipulado no PDT, causando um impacto financeiro aproximado de **114,00%.**	Ausência no controle do PDT.	Impacto financeiro e orçamentário.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Diretoria de RH da Emserh verifique a readequação do PDT, para análise da situação do quadro de pessoal, perante aos serviços ofertados, para posterior providência quanto ao cumprimento do Plano de Trabalho (PDT).
		ADMINISTRATIVO	1	**Segregação inadequada de lixo infectante e lixo comum**	**Risco Financeiro**	Observou-se na área externa da unidade nas lixeiras contêiner, sacos de lixo infectante e lixo comum descartados de forma irregular, sem critério de separação, além da presença de lixo infectante no saco de lixo de comum, contrariando a RDC referenciada na fonte.	Ausência de vistoria, treinamentos e advertências.	Oneração de custos do contrato pela empresa que recolhe as bombonas de lixo infectante.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Fiscalização, e cumprimento do código de conduta e integridade (capítulo 9/ art. 27 - infrações e penalidades aos colaboradores), bem como promover a capacitação e treinamento inicial, de forma continuada para o pessoal envolvido no gerenciamento de resíduos, objeto deste regulamento.
			2	**Vulnerabilidade de transmissão de doenças infecciosas transmitidas por animais**	**Risco de Reputação**	Verificou-se a permanência de uma gatos com características de doenças infecciosas causadas por protozoários, na área externa da unidade hospitalar.	Falta de providências para o abrigo dos animais.	Exposição de funcionários e pacientes a antígenos do parasito, uma vez que a transmissão se dá por um vetor, conhecido como mosquito palha.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Recomenda-se providências imediatas quanto ao abrigo para o animal, tendo em vista risco eminente de transmissão de zoonoses, raiva e leishmanioses, estendendo-se para outras doenças de transmissão vetorial para a população humana, além do risco radioativo para os animais.
			3	**Estrutura do SAME inapropriado**	**Risco Operacional**	Verificou-se a falta de espaço físico para armazenamento e busca de prontuários médicos.	Sala com estrutura pequena.	Perda de documentação que permite acompanhamento de evolução médica.	2	2	4	RISCO BAIXO	Locação de container com a aquisição de prateleiras, estantes e caixas para manter materiais armazenados.
			4	**Mobiliários inoperantes para uso**	**Risco Financeiro**	Observaram-se mobiliários mal conservados ou impróprios, com uma grande quantidade de inservíveis na área externa da unidade.	Falta de manutenção, medida preventiva e adequação periódica e sensibilização dos colaboradores para conservação.	Escassez e falta de alocação dos equipamentos e mobiliários para outras unidades, além da necessidade de manutenção constante e aumento de custos.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Oficiar ao Hospital Aquiles Lisboa, visto que o mesmo oferece mão de obra e logística para o deslocamento dos mobiliários, para realizar orçamento dos materiais e posterior reforma destes, fazendo-se a necessária medida preventiva e adequação periódica.
			5	**Ausências de computadores**	**Risco Operacional**	Verificou-se que a unidade de saúde não possui quantidade suficiente de computadores para atender a demanda com eficiência.	Falta de solicitação de novos equipamentos.	Dificuldade no fechamento de atendimento dos pacientes, atualização de prontuários, desenvolvimento das atividades de rotina da unidade e lançamentos das produtividades.	2	2	4	RISCO BAIXO	Diretoria Administrativa deverá encaminhar ofício a Gerência de TI/EMSERH solicitando equipamentos para a unidade, tendo em vista que as informações médicas, dados eletrônicos de pacientes podem melhorar a qualidade e as decisões inerentes ao cuidado de saúde.

MAPEAMENTO DE RISCO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL DE PAULINO NEVES (RAUDIN Nº 11.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Fernanda Michelle F Cruz - Diretora Geral / Gabriely Liv Reis Dos Santos - Diretora Administrativa / Ricardo Damasceno Soares - Diretor Clínico
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Solange Oliveira Pires / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 20/10/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL DE PAULINO NEVES	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	6	**Manuseio incorreto da rouparia**	**Risco Financeiro**	Verificou-se que a mesma colaboradora do setor de rouparia faz o manuseio do enxoval tanto no setor de roupa limpa quanto da suja, sem qualquer tipo de proteção.	Mão de obra reduzida.	Contaminações e infecções hospitalares por manuseio inapropriado, segregações e manipulação da roupa de forma inadequada, comprometendo a qualidade higiênico-sanitária do enxoval hospitalar.	4	4	16	RISCO ALTO	Alocar outro funcionário da equipe da hotelaria para o manuseio do enxoval, separando um responsável para a roupa suja e outro para roupa limpa, dessa forma evitando o processo de contaminação.
			7	**Ausência de treinamento das equipes**	**Risco Operacional**	Equipe encontra-se sem atualização de treinamentos em diversas áreas da unidade, principalmente na área da enfermagem e serviço social.	Ausência da gerencia responsável na aplicação de treinamentos.	Falta de treinamento e capacitação prejudica o desenvolvimento e aperfeiçoamento da equipe além de dificultar o trabalho para suprir as carências da unidade de forma mais precisa.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Oficiar a EMSERH quanto à necessidade de inserir treinamento dos funcionários no dia a dia da unidade hospitalar, a produtividade como um todo pode dar um salto e, com novos conhecimentos teóricos, bem como práticos as execuções de tarefas tendem a apresentar menos erros.
			8	**Ausência dos processos de implantação da Gestão da Qualidade**	**Risco Operacional**	Dificuldades encontradas na organização e formação das comissões obrigatórias, ausência de implantação dos processos da gestão da Qualidade.	Falta de suporte da Qualidade EMSERH.	Comprometimento na execução correta e padronizada das atividades da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Realizar implantação dos processos assistenciais como foco nas praticas de segurança do paciente.
			9	**Ausência de POP's na Unidade**	**Risco Operacional**	Observamos a ausência de POP's, a diretoria informou que estão aguardando esses documentos serem enviados para unidade, para posteriormente treinar a equipe.	Falta de orientação da Qualidade EMSERH.	Comprometimento na execução correta e padronizada das atividades da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	• Realizar implantação dos **POP's** para melhor formalização e padronização das atividades executadas.
			10	**Ausência de profissionais de referência para liderança na unidade**	**Risco Operacional**	Ausência de alguns profissionais de referência na unidade como, enfermeiro da CCIH, Coordenador de Farmácia, supervisão administrativa.	Estes profissionais estão ausentes devido a problemas como férias, atestados ou a unidade não possuir este profissional no plano de trabalho.	Ausência da liderança reflete na diminuição da qualidade dos serviços.	3	3	9	RISCO MÉDIO	• Presença de profissionais de referência em toda a unidade afim de promover uma cultura organizacional efetiva com foco nas metas institucionais.
			11	**Descarte de Lixo pelo Laboratório**	**Risco Financeiro**	O descarte dos materiais (sangue, secreção) após a análise, o mesmo é realizado no lixo infectante e recolhido pelo pessoal da limpeza, e posteriormente vai ser recolhido junto com o lixo hospitalar na mesma bombona do lixo infectante da unidade.	Falta de treinamento e orientação quanto ao descarte do lixo do laborátorio pela terceirizada.	Oneração de custos do contrato pela empresa que recolhe as bombonas de lixo infectante.	3	3	9	RISCO MÉDIO	• Ajustar rotina e controle para o descarte de material pela instituição produtora do lixo.
			12	**Divergência entre o peso das bombonas e quantidade de bombonas coletadas**	**Risco Financeiro**	No momento do recolhimento das bombonas de lixo infectante pela empresa responsável Maxtec Serviços Gerais e Man. Ind. Eireli, contrato nº 45/2019, é contabilizado pela quantidade de bombonas e posteriormente a empresa faz a pesagem.	Ausência de controle e organização e fiscalização.	Imprecisão dos valores de pesagem, trazendo prejuízos e oneração de custos do contrato.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Notificação a empresa contratada quanto a ausência da pesagem no ato do recolhimento das bombonas e orientar o acompanhamento da pesagem na coleta, nos termos do referido contrato, impedindo a contabilização de bombonas abaixo do peso.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL DE PAULINO NEVES (RAUDIN Nº 11.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Fernanda Michelle F Cruz - Diretora Geral / Gabriely Liv Reis Dos Santos - Diretora Administrativa / Ricardo Damasceno Soares - Diretor Clínico
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Solange Oliveira Pires / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 20/10/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL DE PAULINO NEVES	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	Inadimplência de conferência do carrinho de parada	Risco Operacional	Foi identificado medicações vencidas e/ou próximo ao vencimento, divergência no número do lacre do carro de emergência com o número constado no checklist de conferência do carro.	Falta de vistoria e acompanhamento do farmacêutico,	Faltas em situação de urgência, bem como a administração de medicamentos vencidos ou errados podem levar a tratamentos ineficazes, reações adversas, lesões temporárias, permanentes e até o óbito do paciente.	4	4	16	RISCO ALTO	• Reforçar treinamento e divulgação do POP para melhoria dos processos do cuidado; • Aperfeiçoar as medidas de controle e avaliação do checklist e conferencia do carro evitando a administração de medicações vencidas; • Organizar a gestão dos processos assistenciais e gerenciamento da interdisciplinaridade.
			2	Inexistência de liderança em enfermagem	Risco Operacional	As unidades de internação, centro cirúrgico/CME, emergência, não possuem liderança (supervisão).	Somente supervisora de enfermagem.	Dificuldades em realizar controles ou repassar algumas condutas.	3	3	9	RISCO MÉDIO	• Implantar rondas de alta gestão para desenvolvimento e engajamento das equipes como forma de disseminar a cultura da gestão na instituição; • Reforçar reuniões de lideranças para discussão de indicadores assistenciais.
			3	Quebra da barreira de segurança no processo de esterilização	Risco Operacional	Cruzamento do técnico da área suja para a área limpa a mesma informou que após a lavagem dos instrumentais esse técnico (saindo da área suja) realiza o processo de esterilização (área limpa).	Falta de organização nas escalas de trabalho.	Risco de transferência dos microrganismos para os instrumentos limpos e desinfetados.	4	4	16	RISCO ALTO	• Organização das escalas de trabalho para melhor dimensionamento dos profissionais contemplando o mesmo número de profissionais em todos os turnos e evitando quebra nos processos.
			4	Ausência de identificação das Medicações de Alta Vigilância (MAV)	Risco Operacional	Observamos que as medicações de alta vigilância (MAV) são identificadas nos bins da farmácia, porém as medicações não são sinalizadas na distribuição para as unidades de internação.	Falta de material para identificação das medicações.	Quebra de protocolo de prevenção de MAV.	4	4	16	RISCO ALTO	• Implementação do protocolo de Medicações de Alta Vigilância para evitar possíveis erros de administração; • Realizar identificação de medicações multidoses garantindo a segurança de paciente na administração de medicamentos; • Realizar acompanhamento quanto aos treinamentos e orientações dos protocolos e fornecer insumos para identificação dos produtos.
			5	Partos realizados sem a presença do Pediatra	Risco Operacional	Os partos realizados na unidade são realizados pelas enfermeiras obstetras ou pelo cirurgião do plantão.	Falta de profissional para atendimento da demanda.	Falta de intervenção de médico responsável em situações emergenciais, nascimento com complicações, bem como mortalidade infantil.	4	4	16	RISCO ALTO	• Realizar adequação do serviço conforme legislação vigente, a fim de garantir a segurança materno-infantil.
			6	Comissões não implantadas na unidade	Risco Operacional	Constam no plano operativo as comissões de gerenciamento de resíduos sólidos, ética médica, ética de enfermagem, análise de prontuários, núcleo de segurança do paciente (NSP), no entanto as mesmas não foram desenvolvidas na unidade.	Ausência de planejamento.	Ausência de maior engajamento de toda a equipe multidisciplinar maior segurança aos usuários dos serviços da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Implantação na unidade de todas as comissões pactuadas e readequação do PDT, como forma de garantir maior segurança aos usuários dos serviços da unidade em prol da oferta de um serviço de saúde de qualidade.

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL REGIONAL DE BARREIRINHAS (RAUDIN Nº 11.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Adler Gomes Leitão - Diretor Administrativo / Leonardo Telles Alves De Aguiar - Diretora Clínico
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Solange Oliveira Pires / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 20/10/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS — IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				TRATAMENTO DO RISCO
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL REGIONAL DE BARREIRINHAS	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	FATURAMENTO	1	Cumprimento de Metas Produtividade abaixo do pactuado no PDT	Risco Operacional	Neurocirurgia, procedimentos clínicos em obstetrícia clínica, consultas médicas especializadas em cirurgia geral e cardiologia, procedimentos ambulatoriais e atendimento de urgência e emergência referente a pequenas cirurgias e atendimento de urgência em atenção especializada ficaram abaixo do estipulado no PDT.	Possível ausência de profissionais e/ou realização de exames, bem como pouca demanda.	Indicadores de metas inadequados para o perfil da unidade pode ocasionar desinvestimentos dos recursos públicos para a área da saúde.	5	3	15	RISCO ALTO	Avaliação, atualização do perfil da unidade de saúde no PDT e verificação de estratégias a fim aumentar a produtividade dos serviços executados.
		RECURSOS HUMANOS	1	Inconsistência de informações PDT x Folha do RH	Risco Trabalhista	Verificou-se na Relação de funcionários que a unidade possui quantitativo de cargos contratados, pelo IADVH, para exercer as funções de assistente social, auxiliar de farmácia, auxiliar de hotelaria, enfermeiro, nutricionista, recepcionista e técnico em enfermagem, superiores ao estipulado no PDT.	Ausência no controle do PDT e realinhamento das funções.	Impacto financeiro e orçamentário.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Diretoria de RH da Emserh verifique a readequação do PDT, para análise da situação do quadro de pessoal, perante aos serviços ofertados, para posterior providência quanto ao cumprimento do Plano de Trabalho (PDT).
		ADMINISTRATIVO	1	Organização e estrutura do SAME inadequadas	Risco Trabalhista	Verificou-se a falta de estrutura e local apropriado para armazenamento dos prontuários médicos.	Uma vez que os mesmos encontram-se em partes separadas na unidade, qual sejam, sala do SAME com uma estrutura pequena para armazenamento dos prontuários, além do dreno do ar condicionado estar posicionado na parte interna do setor, containers que apresentam uma estrutura inadequada para arquivamento.	Perda de documentação que permite acompanhamento de evolução médica.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Ajustar a estrutura do setor do SAME, verificar juntamente com a empresa responsável pelos containers a manutenção ou troca, bem como realizar o planejamento e execução de organização dos prontuários visando segurança de informações e mantendo sigilo dos pacientes.
			2	Ausências de computadores	Risco Operacional	Verificou-se que a unidade de saúde não possui quantidade suficiente de computadores para atender a demanda com eficiência.	Falta de solicitação de novos equipamentos.	Dificuldade no fechamento de atendimento dos pacientes, atualização de prontuários, desenvolvimento das atividades de rotina da unidade e lançamentos das produtividades.	2	2	4	RISCO BAIXO	Diretoria Administrativa deverá encaminhar ofício a Gerência de TI/EMSERH solicitando equipamentos para a unidade, tendo em vista que as informações médicas, dados eletrônicos de pacientes podem melhorar a qualidade e as decisões inerentes ao cuidado de saúde, além de facilitar o acesso aos serviços disponíveis de forma eficaz.
			3	Mobiliários inoperantes para uso	Risco Operacional	Observou-se acúmulo de equipamentos e mobiliários danificados na área externa da unidade, onde ficam expostos a condições temporais, dentre cadeiras, longarinas, armários, bebedouros.	Falta de manutenção, medida preventiva e adequação periódica e sensibilização dos colaboradores para conservação.	Escassez e falta de alocação dos equipamentos e mobiliários para outras unidades, além da necessidade de manutenção constante e aumento de custos.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Oficiar a Unidade a operacionalização da oficina do Hospital Aquiles Lisboa, direcionando o fluxo, visto que o mesmo oferece mão de obra e logística para o deslocamento dos mobiliários, para realizar orçamento dos materiais e posterior reforma destes, fazendo-se a necessária medida preventiva e adequação periódica.
			4	Ausência de fiscalização	Risco Financeiro	Verificou-se que o caminhão de recolhimento da fossa possui capacidade de 13.000L sendo realizado a coleta em média 6 vezes por dia.	Ausência de fiscalização da unidade.	Impacto financeiro e orçamentário.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Reavaliação dos serviços prestados com o acompanhamento da supervisão administrativa.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL REGIONAL DE BARREIRINHAS (RAUDIN Nº 11.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Adler Gomes Leitão - Diretor Administrativo / Leonardo Telles Alves De Aguiar - Diretora Clinico
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Solange Oliveira Pires / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 20/10/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL REGIONAL DE BARREIRINHAS	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	5	Ausência de brigada de incêndio	Risco Operacional	Ausência de alarme de incêndio, sirene.	A liberação do plano de brigada de incêncio, depende do alvará dos bombeiros, sendo já repassado para a Gerência de Engenharia e Manutenção da Emserh.	Danos físicos, bem como os materiais causam impacto não apenas na saúde de seus ocupantes, mas também do edifício e do meio ambiente como um todo.	5	4	20	RISCO ALTO	Regularização da brigada de incêndio com o intuito de preservar a vida e os bens da unidade. É ela que age diante de situações como as de princípio de incêndio e na prestação de socorro quando ocorrem desmaios ou outras situações que envolvam a necessidade de atendimento em primeiros socorros.
			6	Ausência de acesso aos contratos com prestadores de serviços	Risco Operacional	Relataram a dificuldade em ter acesso aos contratos dos prestadores de serviço, pois não sabem objetivamente o que cobrar como metas dos serviços prestados.	Sempre que solicitado às informações sobre os contratos, não obtêm respostas quanto aos pedidos.	Comprometimento na execução dos serviços prestados pelas contratadas.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Melhorar alinhamento entre unidade EMSERH (sede) e Unidades assistenciais para maior acompanhamento e controle dos contratos com os prestadores de serviço.
			7	Ausência de alinhamento SES X EMSERH	Risco Operacional	Dificuldade no alinhamento das informações entre a SES e a EMSERH.	Informações parecem ser desencontradas ou não há conversa entre as instituições.	Divergência no alinhamento de decisões SESXEMSERH.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Desenhar fluxo unidirecional das informações definidas pela SES e a EMSERH.
			8	Inexecução do contrato nº 315/2018-GCC/EMSERH	Risco Financeiro	Pesagem não realizada juntamente com colaborador da unidade, a base dos dados é feito de acordo com o peso, em momento oportuno.	Descumprimento de cláusula contratual e ausência de fiscalização.	Oneração de custos com a contratada.	4	3	12	RISCO ALTO	Regular fiscalização do contrato com o prestador de serviços com orientações de manuseio para a segregação de roupa em função da unidade e notificação do fiscal de contrato com relação as inconformidades na prestação do serviço oferecido pela referida empresa.
			9	Elevado número de moscas na cozinha	Risco Operacional	Verificou-se durante a visita na cozinha da empresa Nutri Mais Vida Ltda, contrato nº 449/2020, grande quantidade de moscas. ausência de refrigeração nos ambientes e telas de proteção.	Ausência de refrigeração nos ambientes e telas de proteção, bem como possível ausência de limpeza e dedetização adequada.	Proliferação de insetos, seres que carregam microrganismos transmissores de doenças.	4	3	12	RISCO ALTO	Notificação a empresa. Intensificar os serviços de dedetização com a elaboração de cronograma, em curto espaço de tempo para a execução dos serviços, visando a eliminação de insetos presentes no ambiente e também a atuação de forma preventiva, evitando que novos focos de infestação possam surgir.
			10	Acondicionamento e manuseio das bombonas impreciso	Risco Financeiro	Observou-se que a contabilização das bombonas é feita por unidade de bombona e não pelo peso. Sacos de lixo infectante misturado com os comuns e fora da lixeira.	Ausência de controle e organização e fiscalização.	Imprecisão dos valores de pesagem, trazendo prejuízos e oneração de custos do contrato.	4	3	12	RISCO ALTO	Notificar a empresa responsável pelo contrato nº 45/2019, MAXTEC SERVIÇOS GERAIS E MANUTENCAO INDUSTRIAL LTDA, quanto as irregularidades bem como intensificar a fiscalização de manuseio e acondicionamento do lixo hospitalar nas bombonas, no que se refere a quantidade descartada e segurança.
	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	Negligencia médica pediátrica	Risco Legal	Histórico de problemas com o serviço de pediatria existente na unidade.	Negligencia no atendimento.	Casos de morte infantil.	5	5	25	RISCO MUITO ALTO	Reavaliação dos serviços prestados pela equipe, organização da unidade relativo aos protocolos de segurança.
			2	Partos realizados sem a presença de Obstetra e Pediatra	Risco Operacional	Os partos realizados na unidade são realizados pelas enfermeiras obstetras ou pelo cirurgião do plantão.	Falta de profissional para atendimento da demanda.	Falta de intervenção de médico responsável em situações emergenciais, nascimento com complicações, bem como mortalidade infantil.	4	3	12	RISCO ALTO	Realizar adequação do serviço conforme legislação vigente, a fim de garantir a segurança materno-infantil.

MAPEAMENTO DE RISCO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL REGIONAL DE BARREIRINHAS (RAUDIN Nº 11.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Adler Gomes Leitão - Diretor Administrativo / Leonardo Telles Alves De Aguiar - Diretora Clinico
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Solange Oliveira Pires / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 20/10/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL REGIONAL DE BARREIRINHAS	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	3	Leitos bloqueados por precariedade dos colchões	Risco Operacional	Dificuldade em receber os pacientes devido a precariedade dos colchões nas unidades de internação, rasgados, úmidos, com odor desagradável.	Falta de conservação.	Negativa na admissão de pacientes, contaminações e possíveis infecções cruzadas.	4	3	12	RISCO ALTO	Instituir periodicidade de troca dos colchões para avaliação periódica do estado de conservação evitando contaminação e possível infecção cruzada.
			4	Ausência no controle de ATB profiláticos	Risco Operacional	Dificuldade encontrada para realizar alguns processos na unidade.	O protocolo de cirurgia segura e o controle de antibióticos profiláticos, possui a folha de controle de cirurgia segura, , porém não realiza o controle dos antibióticos profiláticos.	Impossibilidade de mensurar o quantitativo de doses administradas para os procedimentos cirúrgicos.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Instituir junto a farmácia, CCIH e unidade cirúrgica protocolo de controle de antibiótico profilático garantindo segurança na terapêutica medicamentosa.
			5	Validade dos POP's	Risco Operacional	Em visita as unidades observamos a ausência ou validade dos POP's.	Falta de orientação da Qualidade EMSERH.	Comprometimento na execução correta e padronizada das atividades da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Realizar implantação e Atualização dos POP's para melhor formalização e padronização das atividades executadas.
			6	Controle de Abertura de Multidose e Protocolo MAV	Risco Operacional	Observamos que as medicações de alta vigilância (MAV) são identificadas nos bins da farmácia, porém as medicações não são sinalizadas na distribuição para as unidades de internação.	Dificuldade em conseguir material para identificação das medicações, que encontra dificuldade em conseguir contato ou resposta da equipe da gestão de qualidade inclusive em conseguir alguma atualização dos protocolos.	Quebra de protocolo de prevenção de MAV.	4	4	16	RISCO ALTO	• Implementação do protocolo (em sua totalidade) de Medicações de Alta Vigilância para evitar possíveis erros de administração; • Realizar identificação de medicações multidoses garantindo a segurança de paciente na administração de medicamentos; • Realizar acompanhamento quanto aos treinamentos e orientações dos protocolos e fornecer insumos para identificação dos produtos.
			7	Excesso de leitos extras na Unidade de Internação	Risco Operacional	Possui mais leitos que a capacidade instalada.	Todas as enfermarias possuem leitos extra devido ao alto fluxo de pacientes, por esse motivo foi necessário a instalação destes extras.	Superlotação, baixa qualidade assistencial e limitação de espaço em casos de situações de emergência.	4	3	12	RISCO ALTO	Organização da unidade para atendimento do quantitativo de leitos com vista a segurança no atendimento.
			8	Ausência de Infectologista e baixa produtividade da CCIH	Risco Operacional	Ausência do infectologista, ausência no controle dos antibióticos, indicadores improdutivos, dificuldades no controle dos resultados de culturas e acompanhamento dos pacientes cirúrgicos.	Sem contratação de profissional para ocupação do cargo.	A falta desse tipo de especialista que tem condições de avaliações precisas para prevenção e controle, pode ocasionar surtos de infecção em diversas áreas do ambiente hospitalar, bem como a falta de racionalização de antimicrobianos pelo uso indiscriminado desse tipo de medicamentos e consequentemente graves riscos de morbidade e mortalidade, além custo do tratamento e média de permanência dos pacientes na unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Atualização das rotinas da CCIH, com fortalecimento da comissão com a presença o medico Infectologista.
			9	Descarte de Lixo pelo Laboratório	Risco Financeiro	O descarte dos materiais (sangue, secreção) após a análise, o mesmo é realizado no lixo infectante e recolhido pelo pessoal da limpeza, e posteriormente vai ser recolhido junto com o lixo hospitalar na mesma bombona do lixo infectante da unidade.	Falta de treinamento e orientação quanto ao descarte do lixo do laborátorio pela terceirizada.	Oneração de custos do contrato pela empresa que recolhe as bombonas de lixo infectante.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Ajustar rotina e controle para o descarte de material pela instituição produtora do lixo.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL REGIONAL DE BARREIRINHAS (RAUDIN Nº 11.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Adler Gomes Leitão - Diretor Administrativo / Leonardo Telles Alves De Aguiar - Diretora Clinico
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Solange Oliveira Pires / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 20/10/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL REGIONAL DE BARREIRINHAS	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	10	Quebra da barreira de segurança no processo de esterilização	Risco Operacional	Cruzamento do técnico da área suja para a área limpa a enfermeira da CME informou que após a lavagem dos instrumentais esse técnico (saindo da área suja) realiza o processo de esterilização (área limpa).	Ausência de mais profissionais no setor, ou desorganização da escala de trabalho.	Risco de transferência dos microrganismos para os instrumentos limpos e desinfetados.	4	4	16	RISCO ALTO	Organização das escalas de trabalho para melhor dimensionamento dos profissionais contemplando o mesmo número de profissionais em todos os turnos e evitando quebra nos processos.
			11	Ausência Indicadores de gestão e qualidade na emergência	Risco Operacional	A unidade de emergência possui indicadores de qualidade, mas nunca enviou o relatório para a gestão de qualidade.	Falta de orientação e comunicação com o setor da Qualidade EMSERH.	Impossibilidade de mensurar a real taxa de eventos ou ocupação da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Elaboração/Implantação dos indicadores de gestão e qualidade na unidade de com capacitação da equipe, visando melhoria no controle e avaliação da assistência prestada.
			12	Ausência de identificação da validade nos ovos	Risco de Reputação	Observou-se que os ovos para preparo e consumo dos alimentos estavam sem informações e advertências quanto a validade, de acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.	Ausência da validade do produto.	Podem levar a problemas como infecção intestinal, sendo este risco associado à presença de Salmonella spp no alimento.	2	3	6	RISCO MÉDIO	Notificação a empresa Prime Consultoria e regular fiscalização do contrato com o prestador de serviço, quanto a informação da validade dos ovos, uma vez que a qualidade nutricional e o peso dos ovos vão reduzindo com o tempo e caso não estejam próprios para consumo, podem levar a problemas como infecção intestinal.
			13	Ausência de controle de consumo da alimentação	Risco Financeiro	Apenas os porteiros e ASG almoçam no refeitório, para as demais funções são encaminhadas quentinhas, onde os mesmos fazem suas refeições nos setores, isto começou como prática no início da pandemia, no entanto após a redução de casos não houve mudança, bem como como não há controle e a produção é feita com base no dia anterior.	Ausência de controle.	Impacto financeiro e orçamentário.	4	3	12	RISCO ALTO	Levantamento, no início do plantão, do quantitativo de funcionários que irão almoçar na unidade e estratégias visando o horário de almoço por setor para a alimentação hospitalar, visando o controle da alimentação a ser repassada para a empresa contratada.

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DE CARUTAPERA (RAUDIN Nº 12.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	
Responsável (eis) pela Análise:	Flávia Lindoso Costa Machado / Mário Augusto Collins Bico / Kilma Keila Teixeira / Vania Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 16/11/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DE CARUTAPERA	DIRETORIA ADMINISTRATIVO	ADMINISTRATIVO	1	Agência Transfusional sem funcionamento	Risco Operacional	Durante a visita foi informado pela diretora administrativa Renata Cristina Da Costa Aragão que a agência Transfusional, encontra-se fechada.	Devido a falta de equipamentos, porém em visita na agência verificou-se que a mesma está servindo de depósito para as documentações e materiais inservíveis do hospital.	Não realização de atendimento, desassistindo os pacientes e não atingimento das metas.	4	3	12	RISCO ALTO	Recomenda-se que seja informado ao HEMOMAR sobre a agência não está em funcionamento.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DE CURURUPU (RAUDIN Nº 12.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	
Responsável (eis) pela Análise:	Flávia Lindoso Costa Machado / Mário Augusto Collins Bico / Kilma Keila Teixeira / Vania Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 16/11/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DE CURURUPU	DIRETORIA ADMINISTRATIVO	ADMINISTRATIVO	1	Agência Transfusional sem funcionamento	Risco Operacional	Em 21.09 às 16h40 nos deslocamos à Agência Transfusional de Cururupu, porém encontramos a Unidade fechada, sem funcionário para nos receber.	A Unidade possui 03 (três) ar condicionados, onde no ato da nossa visita externa identificamos que os mesmos estavam ligados. Permanecemos por cerca de 20 minutos aguardando a chega de algum funcionário, mas sem êxito. No 22.09 nos deslocamos novamente à Agência às 8h da manhã, a mesma estava fechada. Permanecemos na porta da Agência até às 8h20, mas não obtivemos êxito na visita técnica.	Não realização de atendimento, desassistindo os pacientes e não atingimento das metas.	4	3	12	RISCO ALTO	Recomenda-se que seja informado ao HEMOMAR sobre a agência não está em funcionamento.

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DE VIANA (RAUDIN Nº 12.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Lucia Regina Pimenta Silva - Agente Administrativo
Responsável (eis) pela Análise:	Flávia Lindoso Costa Machado / Mário Augusto Collins Bico / Kilma Keila Teixeira / Vania Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 16/11/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DE VIANA	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	Descontrole de registro de temperatura	Risco Operacional	Identificou-se que o formulário de registro de temperatura da câmera que acondiciona os concentrados de hemácia não é feito diariamente.	Treinamento e funcionários.	Com a falta de controle da temperatura padrão as características básicas da hemácias podem ser perdidas e o material pode se deteriorar.	5	2	10	RISCO ALTO	Recomenda-se atualização do formulário de Registro de Procedimento Operacional (RPO) seguir Portaria nº 158 de 04 de fevereiro de 2016.
	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	RECURSOS HUMANOS	1	Ausência de funcionários na Unidade	Risco Trabalhista	Iniciamos a visita na Unidade às 14h, onde encontramos apenas o agente de portaria sr. Iranilson Santos Cutrim. Os demais funcionários compareceram na Unidade após contato telefônico.	Falta de fiscalização e liderança ativa.	Comprometimento na execução das atividades da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Recomenda-se a presença dos funcionários no horário de funcionamento da Unidade com vistas a atender a determinação da carga horária de cada colaborador, de modo que a Unidade não fique descoberta e sem atendimento, para que haja agilidade nos processos de solicitação das bolsas.
			2	Divergência de assinatura do ponto com o horário de funcionamento da Unidade	Risco Trabalhista	O horário de funcionamento da Unidade é das 8h às 12h e das 14h às 17, porém identificamos, conforme consta nas folhas de frequências, que os funcionários assinam em horários incompatíveis com o funcionamento da Unidade.	Falta de fiscalização e liderança ativa.	Comprometimento na execução das atividades da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Recomenda-se que a frequência seja assinada diariamente por todos os funcionários, sob a supervisão e acompanhamento da direção/coordenação da Unidade, respeitando rigorosamente o preenchimento, conforme horário de entrada e saída.
			3	Colaboradores sem identificação	Risco de Integridade	Identificado que os colaboradores presentes na Unidade, que possuem vínculo com a EMSERH, PREFEITURA DE VIANA E SES-MA transitam sem crachá e fardamento.	Falta de solicitação pelo RH responsável dos recursos de identificação dos colaboradores.	Descontrole no acesso e identificação de colaboradores na Unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	O RH a que compete o funcionário/servidor deverá solicitar o fornecimento de crachás e fardas para os colaboradores como forma de acessibilidade aos setores através da identificação dos funcionários.
		ADMINISTRATIVO	1	Ausência de informatização e suprimentos tecnológicos na Unidade	Risco Operacional	Identificamos que a unidade não possui computadores, impressoras, internet, sistema de gestão, nem ferramentas tecnológicas.	Falta de solicitação de novos equipamentos.	Dificuldade no fechamento de atendimento dos pacientes, atualização de prontuários, desenvolvimento das atividades de rotina da unidade e lançamentos das produtividades.	2	3	6	RISCO MÉDIO	É de extrema importância a informatização da Unidade, uma vez que agiliza os processos e articula os sistemas em todos os setores, gerando uma fonte de dados completa, confiável e segura, que permite uma análise instantânea de informações e facilita a tomada de decisão pelos gestores.
			2	Cisterna e área externa da Unidade sujas	Risco de Reputação	Não há limpeza na cisterna há vários anos.	Falta de manutenção e limpeza.	Limpeza, higienização e consevação da unidade comprometidos.	5	2	10	RISCO ALTO	Recomenda-se providências quanto contratação de empresa responsável para execução do serviço.
			3	POP – Procedimento Operacional Padrão desatualizado	Risco Operacional	Os POPs – Procedimentos Operacionais Padrão da Agência apresentados encontram-se desatualizados.	Ausência de orientação da EMSERH.	Comprometimento na execução correta e padronizada das atividades da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Notificação a Hemomar e que sejam tomadas providências junto para regularização dos POPs, como forma de facilitar a equipe quanto às orientações acerca dos procedimentos técnicos.
			4	Descumprimento de documentação sanitária	Risco Legal	Unidade não possui alvará sanitário para garantir às condições de higiene básica a saúde dos usuários e o regular funcionamento.	Possível falta de acompanhamento e solicitação da documentação ou renovação.	Produção de efeitos nocivos ou prejudiciais à saúde humana, deixando de garantir a segurança ao usuário do estabelecimento, bem como possíveis punições previstas na lei.	5	2	10	RISCO ALTO	Providenciar junto a HEMOMAR a concessão imediata do documento e acompanhar trâmite de renovação atestado pela Vigilância Sanitária, conforme Resolução nº 7/2010 do Ministério da Saúde.
			5	Não fornecimento de água mineral	Risco Trabalhista	Verificou-se que a unidade não recebe água mineral para o consumo dos colaboradores e demais necessidades.	Falta de abastecimento ou ausência de contrato.	A norma 24 da CLT explica as exigências higiênicas para o bom funcionamento do ambiente de trabalho e para o bem-estar e na ausência do fornecimento de água potável, a empresa fica passível de multas, bem como da suspensão de atividades.	4	1	4	RISCO BAIXO	Responsável pela Agência Transfusional de Viana deve recorrer a Hemomar para uma possível contratação de empresa para o referido fornecimento.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DE ZÉ DOCA (RAUDIN Nº 12/2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Francisca Nascimento - Bioquímica
Responsável (eis) pela Análise:	Flávia Lindoso Costa Machado / Mário Augusto Collins Bico / Kilma Keila Teixeira / Vania Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 16/11/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DE ZÉ DOCA	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	Caixa térmica para transporte de Hemácias com avarias	Risco Operacional	A caixa térmica da Agência utilizada para transporte das bolsas de sangue está com avarias, o que impede o acondicionamento correto das bolsas.	Não envio de caixas térmicas novas.	Características básicas das hemácias podem ser perdidas e o material pode se deteriorar.	5	2	10	RISCO ALTO	Recomenda-se que a caixa térmica da Agência seja substituída por outra em melhores condições para o uso, para assim manter a qualidade no transporte nas bolsas de sangue.
			2	Falta de preenchidos dos formulários de registro de temperatura da câmera	Risco de Integridade	Os formulários de registro de temperatura da câmera que acondiciona os concentrados de hemácia não são feitos diariamente.	Treinamento e funcionários.	Com a falta de controle da temperatura padrão as características básicas da hemácias podem ser perdidas e o material pode se deteriorar.	5	2	10	RISCO ALTO	Recomenda-se atualização do formulário de Registro de Temperatura sendo a mesma checada diariamente de 04h em 04 horas conforme preconiza a Portaria nº 158, de 04 de fevereiro de 2016.
	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	RECURSOS HUMANOS	1	Ausência de funcionários na Unidade	Risco Trabalhista	A visita na Unidade às 09:30, apenas o auxiliar de serviços gerais no local.	Falta de fiscalização e liderança ativa.	Comprometimento na execução das atividades da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Recomenda-se a presença dos funcionários no horário de funcionamento da Unidade com vistas a atender a determinação da carga horária de cada colaborador, de modo que a Unidade não fique descoberta e sem atendimento, para que haja agilidade nos processos de solicitação das bolsas.
		ADMINISTRATIVO	1	Ausência de atuação da equipe de limpeza	Risco Financeiro	Observou-se pouca atuação da equipe de limpeza da empresa Martins e Reis nas dependências da Agência Transfusional de Zé Doca.	Falta de atuação adequada da equipe de limpeza.	Disseminação de microrganismos responsáveis pelas infecções relacionadas à assistência à saúde.	5	2	10	RISCO ALTO	Notificar a empresa Martins e Reis Ltda, contrato n.º 64/2018, quanto a atuação da equipe de limpeza nas dependências da Agência Transfusional.
	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	3	Ausência de sistema hidráulico para o laboratório	Risco Operacional	Falta de abastecimento de água na encanação interna do prédio da agência, na pia do laboratório.	Falta de manutenção.	Comprometimento na execução das atividades da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Notificar empresa Global Serviços E Comercio LTDA contrato n.º 400/2019 de manutenção predial e regularizar a situação.

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**AGÊNCIA TRANSFUSIONAL GOVERNADOR NUNES FREIRE (RAUDIN Nº 12.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Helen Patrícia Silva Almeida - Bioquímica
Responsável (eis) pela Análise:	Flávia Lindoso Costa Machado / Mário Augusto Collins Bico / Kilma Keila Teixeira / Vania Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 16/11/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL GOVERNADOR NUNES FREIRE	DIRETORIA ADMINISTRATIVO	ADMINISTRATIVO	1	Falta de manutenção predial	Risco Operacional	A agência transfusional sem a porta no banheiro, impossibilitando o uso pelos funcionários da agência.	Falta de manutenção adequada.	Grande risco de desabamento, tragédias e insegurança aos usuários da unidade, limitação de execução dos serviços assistenciais.	5	2	10	RISCO ALTO	Notificação da Empresa de manutenção predial e que realize os reparos necessários mediante solicitação oficial da Coordenação da Unidade.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HEMONÚCLEO DE PINHEIRO (RAUDIN Nº 12.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Hysabela Maria Bastos Padre - Coordenadora
Responsável (eis) pela Análise:	Flávia Lindoso Costa Machado / Mário Augusto Collins Bico / Kilma Keila Teixeira / Vania Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 16/11/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS – IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				TRATAMENTO DO RISCO
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HEMONÚCLEO DE PINHEIRO	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	Carrinho de parada fora dos padrões	Risco Operacional	Verificou-se que o carrinho de parada que fica na sala de coleta encontra-se fora dos padrões para o uso. O mesmo contém medicações vencidas (junho/2022; julho 2022), bem como materiais e insumos que também estão fora do prazo de validade, e ausência de algumas medicações importanted para composição do carrinho.	Não sendo realizado diariamente a conferência pela equipe de enfermagem do Hemonúcleo.	Faltas em situação de urgência, bem como a administração de medicamentos vencidos ou errados podem levar a tratamentos ineficazes, reações adversas, lesões temporárias, permanentes e até o óbito do paciente.	5	2	10	RISCO ALTO	Reforçar treinamento e divulgação do POP para melhoria dos processos do cuidado; aperfeiçoar as medidas de controle e avaliação do checklist e conferencia do carro evitando a administração de medicações vencidas.
			2	Ausência de Médico	Risco Operacional	Unidade sem médico.	A Coordenadora da Unidade nos relatou o Dr. Bruno esteve na unidade, porém sentiu-se mal e o mesmo foi diagnosticado com covid19.	Não realização de atendimento, desassistindo os pacientes e não atingimento das metas.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Recomenda-se que a coordenação da unidade entre em contato com a Hemomar e a empresa na qual o médico é prestado do serviço, para que a mesma fique ciente da ausência do médico e possa colocar outro para substituir, tendo em vista que a doação de sangue só pode ser feita com um médico na unidade.
	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	1	Falta mobília para sala dos funcionários	Risco Operacional	Dificuldades dos setores, uma das principais foi a falta de mobília para execução do seu trabalho.	Falta de envio da mobília necessária.	Comprometimento no bem estar do funcionário e andamento das atividades.	2	2	4	RISCO BAIXO	Recomenda-se que a Direção da Unidade faça um levantamento das mobílias e oficialize à HEMOMAR solicitando as mesmas, justificando o uso pelos funcionários da Unidade.
			2	Aparelhos de informática dando choque	Risco Trabalhista	A direção da Unidade nos relatou que alguns equipamentos de informática estão dando choque.	Ausência de manutenção predial elétrica.	O que gera risco aos funcionários da Unidade e consequentemente acidente de trabalho.	5	2	10	RISCO ALTO	Recomenda-se que a direção da Unidade entre em contato com HEMOMAR para viabilizar equipe técnica de manutenção predial elétrica.
			3	Colaboradores sem identificação	Risco Trabalhista	A maioria dos colaboradores, da empresa IADVH e EMSERH, que transitam pela unidade não possuem crachá e fardamento.	Falta de solicitação pela gerência responsável dos recursos de identificação dos colaboradores.	Descontrole no acesso e identificação de colaboradores na Unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	O RH da unidade deverá solicitar o fornecimento de crachá e fardas para os colaboradores da unidade como forma de acessibilidade aos setores através da identificação dos funcionários.
			4	Controle e fiscalização da coleta de lixo infectante impreciso	Risco Financeiro	Verificou-se sacos do lixo infectante fora das bombonas.	Ausência de controle e organização e fiscalização.	Imprecisão dos valores de pesagem, trazendo prejuízos e oneração de custos do contrato.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Revisão, pelos fiscais, da metodologia de controle, para a regularização do procedimento utilizando balanças apropriadas para uma maior precisão na aferição do peso das bombonas de lixo infectante, no intuito de gerar maior segurança da parceria comercial.
			5	Manuseio incorreto de lixo infectante	Risco Operacional	Verificou-se bolsas de sangue bem como cânulas e escalpes descartados no descartex destinado exclusivamente para o deposito de resíduos perfurocortantes.	Ausência de controle e organização e fiscalização.	Imprecisão dos valores de pesagem, trazendo prejuízos e oneração de custos do contrato.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Que a coordenação administrativa aplique advertência no colaborador (a) responsável, bem como solicite junto a Gerência de Qualidade da EMSERH, a aplicação de treinamento de reciclagem quanto ao manuseio de segregação de lixo infectante em estabelecimentos de saúde.

MAPEAMENTO DE RISCO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

Mapeamento de Risco:	**HEMONÚCLEO DE SANTA INÊS (RAUDIN Nº 12.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Lilá Sonielly F. Nussrala Iles - Coordenadora
Responsável (eis) pela Análise:	Flávia Lindoso Costa Machado / Mário Augusto Collins Bico / Kilma Keila Teixeira / Vania Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 16/11/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HEMONÚCLEO DE SANTA INÊS	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	RECURSOS HUMANOS	1	Inconsistência de informações PDT x Folha do RH	Risco Trabalhista	Verificou-se na folha que a unidade possui quantitativo de cargos contratados, pelo IADVH, para exercer as funções de assistente social e enfermeiro, superiores ao estipulado no PDT, causando um impacto financeiro.	Ausência no controle do PDT.	Impacto financeiro e orçamentário.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Diretoria de RH da Emserh verifique a adequação do PDT, realize a realocação dos funcionários para custos referente do impacto da Emserh, analisando a disponibilidade de recursos que abrangem a despesa.
			2	Funcionários sem EPI	Risco Trabalhista	Os colaboradores da Emserh que exerce a função serviços gerais na unidade, estão exercendo a mesma sem o equipamento de proteção individual- EPI.	Ausência de EPI dos funcionários.	Riscos e desenvolvimento de doenças pelos colaboradores.	5	2	10	RISCO ALTO	A coordenação oficialize a direção da Hemomar a ausência de EPI dos funcionários, para que seja tomadas as devidas providências.
		ADMINISTRATIVO	1	Ausência de manutenção predial	Risco Operacional	Identificamos que os dois banheiros estão com os vasos sanitários entupidos, onde a Coordenação não soube precisamente informar desde quando.	Falta de manutenção adequada.	Grande risco de desabamento, tragédias e insegurança aos usuários da unidade, limitação de execução dos serviços assistenciais.	5	2	10	RISCO ALTO	Notificação da Empresa de manutenção predial e que realize os reparos necessários mediante solicitação oficial da Coordenação da Unidade.
			2	Descumprimento de contrato de alimentação aos colaboradores	Risco Financeiro	Os funcionários da Unidade que trabalham em regime de plantão SD/SN não receberam alimentação da Empresa fornecedora BR ALL Eventos e Comércio de Equipamentos de Informática.	Descumprindo a cláusula 2.4.1 do Contrato nº 201/2021-GCC/EMSERH.	Impacto financeiro e orçamentário.	5	2	10	RISCO ALTO	Recomenda-se que a Coordenação da Unidade entre em contato com o fiscal administrativo do Contrato a fim de aplicar sanções contratuais em casos de inexecução parcial ou total em relação ao objeto do Contrato.
			3	Mobiliários danificados e inoperantes para uso	Risco Operacional	Observaram-se mobiliários mal conservados ou impróprios, no container alocado na área externa da unidade.	Falta de manutenção, medida preventiva e adequação periódica e sensibilização dos colaboradores para conservação.	Escassez e falta de alocação dos equipamentos e mobiliários para outras unidades, além da necessidade de manutenção constante e aumento de custos.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Verificar junto ao Hospital Aquiles Lisboa quanto ao conserto das poltronas com posterior devolução, bem como realizar um levantamento dos demais equipamentos e formalizar junto a oficina para adoção de medidas necessárias
			4	Ausência de controle de lixo infectante	Risco Financeiro	O momento do recolhimento das bombonas de lixo infectante pela empresa responsável Maxtec Serviços Gerais e Man. Ind. Eireli é contabilizado pela quantidade de bombonas e posteriormente a empresa faz a pesagem fora da unidade.	Ausência de controle e organização e fiscalização.	Imprecisão dos valores de pesagem, trazendo prejuízos e oneração de custos do contrato.	3	3	9	RISCO MÉDIO	O fiscal do contrato deve ser notificado e orientado a acompanhar a pesagem da coleta, nos termos do referido contrato, impedindo a contabilização de bombonas abaixo do peso.
			5	Ausências de computadores	Risco Operacional	A unidade de saúde não possui quantidade suficiente de computadores para atender a demanda com eficiência.	Falta de solicitação de novos equipamentos.	Dificuldade no fechamento de atendimento dos pacientes, atualização de prontuários, desenvolvimento das atividades de rotina da unidade e lançamentos das produtividades.	4	1	4	RISCO BAIXO	Diretoria Administrativa deverá encaminhar ofício a Gerência de TI/EMSERH solicitando equipamentos para a unidade, tendo em vista que as informações médicas, dados eletrônicos de pacientes podem melhorar a qualidade e as decisões inerentes ao cuidado de saúde.
			6	Lixo Comum coletado apenas na calçada	Risco de Reputação	A empresa de coleta de lixo a serviço da prefeitura de Santa Inês se recusa a coletar o lixo comum dentro do abrigo da unidade, ficando a cargo da unidade colocar todo o lixo na calçada.	Para que o serviço de coleta pública seja efetuado, ficando o lixo exposto em via pública até que a coleta seja realizada.	Ocasionando mal cheiro e reclamação dos usuários e doadores do hemonúcleo.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Reiteração do Ofício nº173/2022-HSI/EMSERH/SES solicitando o recolhimento do lixo de dentro do abrigo, assim como contato com a prefeitura municipal no sentido de firmar alinhamento para a plena execução do serviço atendendo os termos da lei complementar nº234/1990.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HEMONÚCLEO DE SANTA INÊS (RAUDIN Nº 12.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Lilá Sonielly F. Nussrala Iles - Coordenadora
Responsável (eis) pela Análise:	Flávia Lindoso Costa Machado / Mário Augusto Collins Bico / Kilma Keila Teixeira / Vania Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 16/11/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HEMONÚCLEO DE SANTA INÊS	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	7	Ausência de controle de utilização do veículo/consumo de combustível	Risco Financeiro	Não aplicação do diário de bordo como meio de controle da utilização do veículo institucional.	Falta dos procedimentos corretos de controle de consumo de combustível.	Consumo indevido e impacto financeiro e orçamentário.	5	2	10	RISCO ALTO	Coordenadora Administrativa deverá entrar em contato com o setor de transportes da EMSERH, para orientações quanto a aplicação desta ferramenta, bem como a importância desta prática.
			8	Descumprimento de documentação sanitária	Risco Legal	Unidade não possui alvará sanitário para garantir às condições de higiene básica a saúde dos usuários e o regular funcionamento.	Devido o não atendimento das recomendações exigidas pelo órgão.	Produção de efeitos nocivos ou prejudiciais à saúde humana, deixando de garantir a segurança ao usuário do estabelecimento, bem como possíveis punições previstas na lei.	5	2	10	RISCO ALTO	Providenciar junto a HEMOMAR a concessão imediata do documento e acompanhar trâmite de renovação atestado pela Vigilância Sanitária, conforme Resolução nº 7/2010 do Ministério da Saúde.
			9	Inexecução do contrato nº 201/2021 - GCC/EMSERH	Risco Financeiro	Colaboradora da unidade recebe valor depositado em conta bancária, da Empresa BR ALL EVENTOS E COMERCIO DE EQUIPAMENTOS DE INFORMATICA LTDA, para a aquisição de lanches para os pacientes, sem a avaliação de nutricionista, bem como de cardápios pré estabelecidos, e os funcionários não recebem alimentação.	Falta de controle por parte da direção.	Impacto financeiro e orçamentário.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Levantamento do quantitativo de funcionários que irão almoçar na unidade e aquisição de transporte adequado para a alimentação hospitalar, visando o controle da alimentação a ser repassada para a empresa contratada.
	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	Composição do carro de PCR fora do padrão	Risco Operacional	Observou-se irregularidades no carrinho, que não possui desfibrilador e nem monitor. Quanto ao checklist, o mesmo está com mês de checagem de julho/2022; algumas medicações estavam vencidas, , bem como ausências de algumas medicações que compõe o carrinho.	Falta de vistoria e acompanhamento do farmacêutico.	Faltas em situação de urgência, bem como a administração de medicamentos vencidos ou errados podem levar a tratamentos ineficazes, reações adversas, lesões temporárias, permanentes e até o óbito do paciente.	5	2	10	RISCO ALTO	Reforçar treinamento e divulgação do POP para melhoria dos processos do cuidado; aperfeiçoar as medidas de controle e avaliação do checklist e conferencia do carro evitando a administração de medicações vencidas.
			2	Falta de atendimento nas sextas-feiras	Risco Operacional	O horário de funcionamento da Unidade é de segunda à sexta, das 7h às 18h, porém a equipe médica, responsável pelos atendimentos de triagem dos pacientes de segunda a quinta.	Falta de planejamento e atualização do PDT de acordo com as necessidades da unidade.	A produtividade é prejudicada por falta de médico na triagem dos pacientes para a doação.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Recomenda-se uma reorganização nos horários da equipe médica de forma que a Unidade não fique desassistida nas sextas-feiras, dia de grande demanda e fluxo.

MAPEAMENTO DE RISCO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

Mapeamento de Risco:	**AGÊNCIA TRANSFUSIONAL GOVERNADOR NUNES FREIRE (RAUDIN Nº 12.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Helen Patrícia Silva Almeida - Bioquímica
Responsável (eis) pela Análise:	Flávia Lindoso Costa Machado / Mário Augusto Collins Bico / Kilma Keila Teixeira / Vania Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 16/11/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL GOVERNADOR NUNES FREIRE	DIRETORIA ADMINISTRATIVO	ADMINISTRATIVO	1	Falta de manutenção predial	Risco Operacional	A agência transfusional sem a porta no banheiro, impossibilitando o uso pelos funcionários da agência.	Falta de manutenção adequada.	Grande risco de desabamento, tragédias e insegurança aos usuários da unidade, limitação de execução dos serviços assistenciais.	4	3	10	RISCO ALTO	Notificação da Empresa de manutenção predial e que realize os reparos necessários mediante solicitação oficial da Coordenação da Unidade.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL REGIONAL DE CARUTAPERA (RAUDIN Nº 12.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Renata Cristina Da Costa Aragão - Diretora Administrativa / Antônio Levi Monteiro De Paiva - Diretor Clínico
Responsável (eis) pela Análise:	Flávia Lindoso Costa Machado / Mário Augusto Collins Bico / Kilma Keila Teixeira / Vania Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 16/11/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL REGIONAL DE CARUTAPERA	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	FATURAMENTO	1	**Produtividade abaixo do pactuado no PDT**	**Risco Financeiro**	As metas de consultas de profissionais de nível superior, procedimentos de assistente social, psicólogo, consultas médicas especializadas, clínica geral, ultrassonografia, pequenas cirurgias, atendimento de urgência com observação até 24 horas e terapia renal substituitiva - TRS não atingiram a média estipulada no PDT.	Possível ausência de profissionais e/ou realização de exames.	Indicadores de metas inadequados para o perfil da unidade pode ocasionar desinvestimentos dos recursos públicos para a área da saúde.	5	4	20	RISCO ALTO	Avaliação, atualização do perfil da unidade de saúde no PDT e verificação de estratégias a fim aumentar a produtividade dos serviços executados no Hospital Regional de Santa Luzia do Paruá, equipe multiprofissional do hospital.
		RECURSOS HUMANOS	1	**Inconsistência de informações PDT x Folha do RH**	**Risco Financeiro**	A unidade possui quantitativo de cargos contratados, pelo IADVH, para exercer a função, em aberto conforme o plano operativo. Foi observado que a unidade possui os cargos, inferior ao pactuados no PDT, para o psicólogo e técnico de radiologia, está maior que o pactuado no PDT.	Ausência no controle do PDT.	Impacto financeiro e orçamentário.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Diretoria de RH da Emserh verifique a readequação do PDT, para análise da situação do quadro de pessoal, perante aos serviços ofertados, para posterior providência quanto ao cumprimento do Plano de Trabalho (PDT).
			2	**Desvio de função**	**Risco Trabalhista**	Auxiliar de hotelaria encontrava-se, exercendo a função de maqueiro, os maqueiros encontram-se, exercendo a função de assistente administrativo, e por sua vez a cozinheira encontrava-se, exercendo a função de auxiliar de hotelaria.	Ausência no controle do PDT e realinhamento das funções.	Impossibilitando a contratação e gerando desfalque de funcionário na unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Ajuste do colaborador na função contratada ou realocação dos mesmos com a readequação do contrato de trabalho, haja vista que o exercício de tarefas e responsabilidades divergem do previsto no contrato, caracterizando como desvio de função.
			3	**Colaboradores sem Identificação**	**Risco Trabalhista**	Colaboradores da unidade de saúde sem crachá.	Ausência de conscientização sobre a importância do uso de crachás por parte dos colaboradores como forma de acessibilidade às dependências da unidade.	Descontrole no acesso e identificação de colaboradores na Unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Aplicar campanhas para conscientização da importância da utilização de identificação nas dependências da unidade.
			4	**RH insuficiente no CME - CENTRAL DE MATERIAL DE ESTERILIZAÇÃO**	**Risco Operacional**	A Central de Material de Esterilização da Unidade não dispõe do Enfermeiro para gerenciar a equipe.	Em processo de contratação. Portanto, não foi possível a visualização do setor no que se refere à gestão e gerenciamento das atividades realizadas.	Comprometimento na execução das atividades no setor da CME.	3	4	12	RISCO ALTO	Recomenda-se o redimensionamento de RH do setor da CME, bem como a presença de um responsável técnico, com vistas a aplicar atribuições pertinentes à sua função, conforme o que lhe compete segundo o art. 34 da RDC 15/2022.
		ADMINISTRATIVO	1	**Vulnerabilidade de transmissão de doenças infecciosas transmitidas por animais**	**Risco Financeiro**	Verificou-se a permanência de muitos cachorros nas dependências externas e internas do hospital acessando pela sala de manutenção ao lado da sala de hotelaria, próximos ao ambiente de armazenamento de roupa limpa, e na recepção da unidade.	Falta de providências para o abrigo dos animais.	Exposição de funcionários e pacientes a antígenos do parasito, uma vez que a transmissão se dá por um vetor, conhecido como mosquito palha.	3	4	12	RISCO ALTO	Recomenda-se providências imediatas quanto ao abrigo para o animal, tendo em vista risco eminente de transmissão de zoonoses, raiva e leishmanioses, estendendo-se para outras doenças de transmissão vetorial para a população humana, além do risco radioativo para os animais.
			2	**Falta de espaço o funcionamento do SAME**	**Risco Operacional**	Falta de espaço físico para armazenamento e busca de prontuários médicos que possui dados dos pacientes, exames, radiografias, evolução clínica, boletins estatísticos e qualquer outra informação que se refere ao movimento hospitalar.	Espaço limitado, sem estrutura.	Perda de documentação que permite acompanhamento de evolução médica.	4	1	4	RISCO BAIXO	Realizar o planejamento e execução de organização dos prontuários visando segurança de informações e mantendo sigilo dos pacientes.

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL REGIONAL DE CARUTAPERA (RAUDIN Nº 12.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Renata Cristina Da Costa Aragão - Diretora Administrativa / Antônio Levi Monteiro De Paiva - Diretor Clínico
Responsável (eis) pela Análise:	Flávia Lindoso Costa Machado / Mário Augusto Collins Bico / Kilma Keila Teixeira / Vania Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 16/11/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL REGIONAL DE CARUTAPERA	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	3	Mobiliários inoperantes para uso	Risco Operacional	Acúmulo de equipamentos, mobiliários danificados, em más condições de uso, como colchonetes, loganrinas, macas com defeito e ar condicionados.	Falta de manutenção.	visto que isto vem causando vulnerabilidade nos usuários e profissionais, bem como alto índice de absenteísmo por lesões e dores.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Verificar junto ao Hospital Aquiles Lisboa quanto ao conserto das poltronas com posterior devolução, bem como realizar um levantamento dos demais equipamentos e formalizar junto a oficina para adoção de medidas necessárias.
			4	Roupa suja e balança de pesagem alocados em local inadequado	Risco Operacional	Constatou-se que os rampers de roupa suja são armazenados no mesmo ambiente em que os auxiliares de serviços gerais "higienizam" seus materiais de limpeza para a aplicação no hospital, e a balança utilizada para a pesagem da rupa suja, fica "guardada" na sala destinada ao armazenamento de e manuseio de roupa limpa.	Procedimentos de manuseio de enxoval não executados corretamente.	Contaminações e infecções hospitalares por manuseio inapropriado, segregações e manipulação da roupa de forma inadequada, comprometendo a qualidade higiênico-sanitária do enxoval hospitalar.	5	2	10	RISCO ALTO	A diretoria administrativa tome providências quanto ao isolamento do recinto destinado a alocação de roupa suja, e que solicite junto ao setor de qualidade da EMSERH, treinamento no que se refere a orientações de manuseio para a segregação de roupa em função da unidade.
			5	Ausência de controle de lixo infectante	Risco Financeiro	O momento do recolhimento das bombonas de lixo infectante pela empresa responsável Maxtec Serviços Gerais e Man. Ind. Eireli é contabilizado pela quantidade de bombonas e posteriormente a empresa faz a pesagem fora da unidade.	Ausência de controle e organização e fiscalização.	Imprecisão dos valores de pesagem, trazendo prejuízos e oneração de custos do contrato.	3	3	9	RISCO MÉDIO	O fiscal do contrato deve ser notificado e orientado a acompanhar a pesagem da coleta, nos termos do referido contrato, impedindo a contabilização de bombonas abaixo do peso
			6	Material gráfico e equipamento hospitalar em local inapropriado	Risco Financeiro	Grande concentração de material gráfico e equipamento hospitalar (macas e colchões) a serem utilizados dentro da unidade de saúde armazenado no mesmo abrigo destinado a alocação das bombonas cheias de lixo infectante.	Falta de organização e local apropriado para disposição dos materiais gráficos e equipamentos.	Perda de material e equipamentos.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Que a diretoria administrativa da unidade, encaminhe ofício para a Diretoria de Engenharia e Manutenção, para uma possível adaptação do área no sentido de buscar alguma alternativa estrutural para a criação de uma barreira de separação dos itens limpos para com o abrigo de lixo infectante.
			7	Ausência de insumos e equipamentos na Cozinha	Risco Financeiro	Identificamos baixo estoque de produtos alimentícios para abastecimento da Unidade no dia 19.09. O estoque de leite para a Unidade estava precário, precisando ser substituído a dieta para os pacientes diabéticos por chá e a quantidade de leite para fazer o mingau para ceia dos pacientes estava insuficiente.	No dia 20.09 a Empresa Prime Consultoria treinamento e serviço EIRELI Contrato nº 300/2020, realizou o abastecimento da Unidade, porém não o suficiente para suprir a demanda.	Falta de alimentação adequada para os pacientes.	3	4	12	RISCO ALTO	Recomenda-se notificação para empresa Prime Consultoria treinamento e serviço EIRELI do Contrato nº 300/2020 a fim de cumprir as cláusulas contratuais na sua integralidade.
			8	Baixa quantidade do fornecimento de Enxoval	Risco Financeiro	Irregularidade nos horários de coleta e fornecimento do enxoval, não havendo um cronograma para a prestação do serviço, bem como o fornecimento de lençóis ocorre de forma insuficiente para que atenda a demanda de toda unidade.	Falta de planejamento e execução dos serviços assistenciais oferecidos para a unidade de saúde.	Desabastecimento de material de enxoval, atrasando as práticas cirúrgicas e admissão de novos pacientes.	2	3	6	RISCO MÉDIO	Notificação a empresa contratada Lençóis Maranhenses Lavanderia industrial (Contrato nº 481/2020) quanto a quantidade do fornecimento de enxoval firmado em contrato, com , sobre a necessidade de regularização dos enxovais no que tange a quantidade, bem como orientações de manuseio para a segregação de roupa em função da unidade.
			9	Atraso no pagamento de pagamento de colaboradora da segurança armada	Risco Operacional	Durante a visita foi relatado pela diretora que o serviço de vigilância armada terceirizada pela empresa Norcia Vigilância Patrimonial EIRELLI, pelo contrato N.º 136/2022, está há dois meses atrasado.	Descumprimento de cláusulas contratuais.	Insatisfação do colaborador e falta de segurança.	2	3	6	RISCO MÉDIO	Recomendamos que a direção da unidade oficie a Emserh e ao fiscal do contrato, acerca do atraso no pagamento do funcionário, para que a empresa regularize esta pendência.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL REGIONAL DE CARUTAPERA (RAUDIN Nº 12.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Renata Cristina Da Costa Aragão - Diretora Administrativa / Antônio Levi Monteiro De Paiva - Diretor Clínico
Responsável (eis) pela Análise:	Flávia Lindoso Costa Machado / Mário Augusto Collins Bico / Kilma Keila Teixeira / Vania Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 16/11/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL REGIONAL DE CARUTAPERA	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	**Serviço de Hemodiálise não atende integralmente as normas da Vigilância Sanitária**	**Risco Legal**	Serviço de Hemodiálise da Unidade, haja vista que o mesmo encontra-se em desacordo com a RDC N° 50/02 e RDC n° 11/14. Frisa-se ainda que o projeto arquitetônico do serviço na Unidade não foi aprovado pela vigilância sanitária.	A vigilância pontuou-se exigências sanitarias mínimas para pleno funcionamento do serviço.	Produção de efeitos nocivos ou prejudiciais à saúde humana, deixando de garantir a segurança ao usuário do estabelecimento, bem como possíveis punições previstas na lei.	3	4	12	RISCO ALTO	Encaminhar aos setores competentes da EMSERH a cópia do relatório de inspeção para providências necessárias e cabíveis.
			2	**Comissões não implantadas na unidade**	**Risco Operacional**	Comissão de Ética Médica, Comissão de Ética de Enfermagem, Comissão de Revisão de Óbitos (CRO), Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), não foram implantadas na unidade.	Ausência de alinhamento pela coordenação da unidade para implantação das referidas comissões.	Falha no controle de melhoria contínua dos processos internos, intervindo na garantia de maior segurança e qualidade no atendimento prestado ao paciente nos serviços de saúde nas diversas áreas.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Implantação na unidade de todas as comissões definidas no PDT, como forma de garantir maior segurança aos usuários dos serviços da unidade em prol da oferta de um serviço de saúde de qualidade, humanizado e inclusão de grupos médicos para o cumprimento dos preceitos éticos e legais.
			3	**Ausência de controle de saída de materiais da CME**	**Risco Operacional**	Na sala de saída de material esterilizado não há registro de acompanhamento do material para área de externa.	Estrutura da CME não adequada.	Risco de transferência dos microrganismos para os instrumentos limpos e desinfetados.	4	4	16	RISCO ALTO	Recomenda-se aplicação do controle de registro de material com via , bem como conferência pelo técnico de enfermagem juntamente com o enfermeiro do material e registrar na via do terceiro, arquivada no CME, a devolução (saída) do mesmo.
			4	**Divergência de lacre no carrinho de PCR - Parada Cardiorrespiratória e ausência de desfibrilador**	**Risco Operacional**	Constatou-se que o carrinho de parada da internação clínica médica estava com o lacre divergente do último checklist preenchido.	Falta de vistoria e acompanhamento do farmacêutico.	A divergência de informações entre o lacre e o checklist preenchido gera conflito de informações e como consequência as informações não são fidedignas.	3	4	12	RISCO ALTO	Recomenda-se que a Direção da Unidade solicite oficialmente o desfibrilador que está em falta para compor o carrinho na ala supramencionada. A equipe de enfermagem deverá se atentar para conferência correta do número do lacre com o impresso.
			5	**Ausência de médico plantonista na Obstetrícia**	**Risco Operacional**	Conforme a escala da Unidade o Drº Levi deveria executar o plantão de 24h na Obstetrícia no dia 18.09, porém o mesmo faltou.	Falta do profissional médico.	Não realização de atendimento, comprometimento do processo, desassistindo os pacientes e não atingimento das metas.	3	4	12	RISCO ALTO	Reavaliar serviços médicos da Unidade para o funcionamento conforme prevê o Plano de Trabalho; em caso de ausência do médico plantonista, proceder com a notificação para possíveis tomadas de providências.
			6	**Irregularidade no serviço de RAIO-X**	**Risco Legal**	A vigilância sanitária realizou inspeção no serviço de radiologia.	Ausência de controle de aparelho e o levantamento radiométrico da sala de exames e dosímetro para o monitoramento dos profissionais ocupacionalmente expostos do raio-x.	Produção de efeitos nocivos ou prejudiciais à saúde humana, deixando de garantir a segurança ao usuário do estabelecimento, bem como possíveis punições previstas na lei.	3	4	12	RISCO ALTO	Recomenda-se que a Direção da Unidade solicite oficialmente para o setor competente da EMSERH a fim de cumprir as exigências da vigilância pautadas na RDC Nº 611/2022.
			7	**Ausência de um Infectologista para a CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar**	**Risco Operacional**	Equipe de composição da CCIH relata que a Unidade não dispõe de médico infectologista.	Não inclusão no PDT da unidade.	A falta desse tipo de especialista que tem condições de avaliações precisas para prevenção e controle, pode ocasionar surtos de infecção em diversas áreas do ambiente hospitalar, bem como a falta de racionalização de antimicrobianos pelo uso indiscriminado desse tipo de medicamentos e consequentemente graves riscos de morbidade e	3	4	12	RISCO ALTO	Rever Plano de Trabalho da Unidade para possível inclusão do médico infectologista para tratar das ações que serão promovidas pela Comissão conforme preconiza PORTARIA Nº 2616, DE 12 DE MAIO DE 1998.
			8	**Ausência de execução dos serviços de Clínica Médica Ambulatório e Mamografia já inclusos no PDT**	**Risco Operacional**	O serviço de clínica médica ambulatório já está incluso no PDT da Unidade, porém o mesmo não é executado.	Ausência de planejamento e execução da especialidade na unidade.	Prejudicando assim o faturamento e o alcance de metas da mesma.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Recomenda-se a execução dos serviços na Unidade, uma vez que a não realização dos mesmos interfere no impacto financeiro, bem como nas metas da Unidade, haja vista que esses serviços, uma vez pactuados, são de extrema importância para a população.

MAPEAMENTO DE RISCO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

Mapeamento de Risco:	HOSPITAL REGIONAL DE CARUTAPERA (RAUDIN Nº 12.2022)
Gestor Responsável pelo Processo:	Renata Cristina Da Costa Aragão - Diretora Administrativa / Antônio Levi Monteiro De Paiva - Diretor Clínico
Responsável (eis) pela Análise:	Flávia Lindoso Costa Machado / Mário Augusto Collins Bico / Kilma Keila Teixeira / Vania Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — Período Final da Análise: 16/11/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL REGIONAL DE CARUTAPERA	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	9	Ausência de médico plantonista na Clínica Médica	Risco Operacional	Conforme a escala da Unidade a Dra. Simone executar o plantão de 24h na Clínica Médica no 21.09, porém a mesmo faltou.	Falta do profissional médico.	Não realização de atendimento e sobrecarga do médico 24h, comprometimento do processo, desassistindo os pacientes e não atingimento das metas.	3	4	12	RISCO ALTO	Reavaliar serviços médicos da Unidade para o funcionamento conforme prevê o Plano de Trabalho; em caso de ausência do médico plantonista, proceder com a notificação para possíveis tomadas de providências.
			10	Ausência da tomada no Centro Cirúrgico	Risco Operacional	Sala de centro cirúrgico há uma fiação exposta, tanto na mesa cirúrgica como no carrinho de bisturi elétrico.	Sala projetada com ausência de tomadas.	Referida fiação exposta leva risco aos pacientes e profissionais circulantes da sala de cirurgia, tais como risco de choque e queda, bem como danificação dos equipamentos.	3	4	12	RISCO ALTO	Recomenda-se a Direção da Unidade oficializar o pedido de adaptação das tomadas a Diretoria de Engenharia e Manutenção predial da EMSERH

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ (RAUDIN Nº 12.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Larissa Millena Barbosa De Holanda - Diretora Administrativa / Cyro Daniel Carvalhal e Giliane Mendes Gil Barbosa - Diretores Clínicos / Harofrann Alves De Melo Junior - Diretor Técnico
Responsável (eis) pela Análise:	Flávia Lindoso Costa Machado / Mário Augusto Collins Bico / Kilma Keila Teixeira / Vania Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 16/11/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS — IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				TRATAMENTO DO RISCO
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	FATURAMENTO	1	**Produtividade abaixo do pactuado no PDT**	**Risco Financeiro**	Clínica Cirúrgica, Clínica médica e Pediatria, Cirúrgica Obstétrica, UTI, consultas de profissionais nível superior Assistente Social e psicologia, Diagnóstico em Cardiologia (Eletrocardiografia), serviços de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT, procedimentos ambulatoriais de Administração de medicamentos, atendimento de urgência e emergência não atingiram as metas estipuladas no PDT.	Possível ausência de profissionais e/ou realização de exames.	Indicadores de metas inadequados para o perfil da unidade pode ocasionar desinvestimentos dos recursos públicos para a área da saúde.	5	4	20	RISCO ALTO	Avaliação, atualização do perfil da unidade de saúde no PDT e verificação de estratégias a fim aumentar a produtividade dos serviços executados no Hospital Regional de Santa Luzia do Paruá, equipe multiprofissional do hospital.
		RECURSOS HUMANOS	1	**Inconsistência de informações PDT x Folha do RH**	**Risco Trabalhista**	A unidade possui quantitativo de cargos contratados, pelo IADVH, para exercer as funções de agente de portaria, assistente administrativo, assistente social, auxiliar de farmácia, auxiliar de serviços gerais, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, motorista, maqueiro, recepcionista, técnico de enfermagem, porém estes cargos não estão pactuados no PDT, causando assim um impacto financeiro .	Possível falta de readequação do Plano de Trabalho, em vista do quadro de funcionários para demanda da unidade.	Impacto financeiro e orçamentário.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Diretoria de RH da Emserh verifique a readequação do PDT, para análise da situação do quadro de pessoal, perante aos serviços ofertados, para posterior providência quanto ao cumprimento do Plano de Trabalho (PDT).
			2	**Colaboradores sem Identificação**	**Risco Trabalhista**	Colaboradores da unidade de saúde sem crachá.	Possível falta de conscientização sobre a obrigatoriedade da utilização dos recursos de identificação dos colaboradores.	Dificuldade de reconhecimento dos colaboradores da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Aplicar campanhas para conscientização da importância da utilização de identificação nas dependências da unidade.
		ADMINISTRATIVO	1	**Ausência de pesquisa de satisfação**	**Risco de Reputação**	Diretora administrativa informou que a unidade não possui mecanismos para a realização de pesquisa de satisfação.	Falta de alinhamento para criação de recursos de realização da pesquisa.	Impossibilidade de mensurar satisfação, reclamações, opiniões quanto ao andamento dos serviços prestados.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Realizar pela assistente social pesquisas de satisfação aos usuários e profissionais que estão na unidade, para obtenção de melhorias de qualidade.
			2	**Ausências de computadores**	**Risco Operacional**	Verificou-se que a unidade de saúde não possui quantidade suficiente de computadores para atender a demanda com eficiência.	Falta de solicitação de novos equipamentos.	Dificuldade no fechamento de atendimento dos pacientes, atualização de prontuários, desenvolvimento das atividades de rotina da unidade e lançamentos das produtividades.	4	3	4	RISCO BAIXO	Diretoria Administrativa deverá encaminhar ofício a Gerência de TI/EMSERH solicitando equipamentos para a unidade, tendo em vista que as informações médicas, dados eletrônicos de pacientes podem melhorar a qualidade e as decisões inerentes ao cuidado de saúde.
			3	**Mobiliários inoperantes para uso**	**Risco Operacional**	Observou-se acúmulo de equipamentos, mobiliários danificados, longarinas em más condições de uso, nas dependências da unidade de saúde.	Falta de manutenção, medida preventiva e adequação periódica e sensibilização dos colaboradores para conservação.	Escassez e falta de alocação dos equipamentos e mobiliários para outras unidades, além da necessidade de manutenção constante e aumento de custos.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Verificar junto ao Hospital Aquiles Lisboa quanto ao conserto das poltronas com posterior devolução, bem como realizar um levantamento dos demais equipamentos e formalizar junto a oficina para adoção de medidas necessárias
			4	**Segregação inadequados do lixo infectante e lixo comum**	**Risco Operacional**	Ocorre mistura dos sacos de lixo comum e infectante no transporte da coleta na unidade até a alocação nas bombonas e abrigo de lixo comum, ao chegar no abrigo destinado a alocação das bombonas os sacos de lixo comum são separados e depositados no mesmo ambiente que seria exclusivo para o acondicionamento das bombonas cheias de resíduo infectante.	Ausência de controle, organização e fiscalização, bem como falta de treinamento adequado para a equipe de limpeza.	Os resíduos perfurantes, contaminados com patógenos ou infecciosos, quando seu descarte é feito de forma incorreta em lixos comuns, trazem um grande risco aos auxiliares de serviços gerais e, também, aos catadores de lixo	3	4	10	RISCO ALTO	Fiscalização, e cumprimento do código de conduta e integridade (capítulo 9/ art. 27 – infrações e penalidades aos colaboradores), bem como promover a capacitação e treinamento inicial, de forma continuada para o pessoal envolvido no gerenciamento de resíduos.

MAPEAMENTO DE RISCO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ (RAUDIN Nº 12.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Larissa Millena Barbosa De Holanda - Diretora Administrativa / Cyro Daniel Carvalhal e Giliane Mendes Gil Barbosa - Diretores Clínicos / Harofrann Alves De Melo Junior - Diretor Técnico
Responsável (eis) pela Análise:	Flávia Lindoso Costa Machado / Mário Augusto Collins Bico / Kilma Keila Teixeira / Vania Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 16/11/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	5	**Controle de utilização do veículo/consumo de combustível Impreciso**	**Risco Financeiro**	Dados informados nos diários de bordo apresentados imprecisos, impossibilitando o cálculo e parametrização para o controle de utilização e consumo de combustível, de todos os veículos alocados na unidade de saúde.	Falta dos procedimentos corretos de controle de consumo de combustível.	Consumo indevido e impacto financeiro e orçamentário.	4	3	10	RISCO ALTO	Coordenadora Administrativa deverá entrar em contato com o setor de transportes da EMSERH, para orientações quanto a aplicação correta do diário de bordo, bem como a importância desta prática.
			6	**Divergência entre o peso das bombonas e quantidade de bombonas coletadas**	**Risco Financeiro**	No momento do recolhimento das bombonas de lixo infectante pela empresa responsável Maxtec Serviços Gerais e Man. Ind. Eireli, contrato n° 45/2019, é contabilizado pela quantidade de bombonas e posteriormente a empresa faz a pesagem.	Ausência de controle e organização e fiscalização.	Imprecisão dos valores de pesagem, trazendo prejuízos e oneração de custos do contrato.	4	3	9	RISCO MÉDIO	Notificação a empresa contratada quanto a ausência da pesagem no ato do recolhimento das bombonas e orientar o acompanhamento da pesagem na coleta, nos termos do referido contrato, impedindo a contabilização de bombonas abaixo do peso.
			7	**Caixas de desratização (porta iscas) faltantes e danificados**	**Risco de Reputação**	Diversas porta iscas danificados e faltando no perímetro da unidade de saúde.	Tal situação se deu devido a depredação de pacientes e acompanhantes.	Favorecimento do aparecimento de ratos que são vetores de doenças, prejuízos e oneração de custos do contrato.	4	3	10	RISCO ALTO	Diretoria Administrativa deverá encaminhar ofício a Gerência Administrativa/EMSERH solicitando ao fiscal administrativo, que notifique com a empresa Det Max Serviços Ambientais e Controle De Pragas Eireli do contrato n°229/2019, para que aja a substituição das mesmas.
			8	**Baixa quantidade do fornecimento de Enxoval**	**Risco Financeiro**	Constatou-se irregularidade nos horários de coleta e fornecimento do enxoval, não respeitando o cronograma para a prestação do serviço, bem como o fornecimento de lençóis ocorre de forma insuficiente para que atenda a demanda de toda unidade.	Falta de palnejamento, fiscalização e descumprimento de contrato.	Ocasionado desabastecimento de material de enxoval, atrasando as práticas cirúrgicas, bem como admissão de novos pacientes.	4	3	10	RISCO ALTO	Notificar a empresa quanto a quantidade de fornecimento insuficiente de enxoval, com a empresa Lençóis Maranhenses Lavanderia Industrial (Contrato n° 481/2020).
	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	**Comissões não implantadas na unidade**	**Risco Operacional**	Dentre as comissões e núcleos definidos para a unidade, verificou-se a não implantação das comissões de ética médica e ética de enfermagem e ausência de um infectologista para a CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.	Ausência de planejamento.	Ausência de maior engajamento de toda a equipe multidisciplinar maior segurança aos usuários dos serviços da unidade.	3	2	6	RISCO MÉDIO	Proceder com as tratativas para a devida implantação das referidas comissões, bem como contratação do médico infectologista para compor a CCIH, para atendimento às demandas.
			2	**Estrutura física da CME – Central de Material de Esterilização Inadequada**	**Risco Operacional**	Não há separação completa da área recebimento de artigos sujos e desinfecção da área de esterilização e preparo de material.	Observou-se ainda que a sala para entrega de material limpo e esterilizado fica junto com o repouso dos funcionários da CME, sem divisão.	Risco de transferência dos microrganismos para os instrumentos limpos e desinfetados.	4	4	10	RISCO ALTO	Recomenda-se providências imediatas quanto a mudança no layout da CME, sendo de extrema importância o cumprimento das normas preconizadas na RDC N° 50 de 21 de Fevereiro de 2002.
			3	**Ausência de informações no checklist dos carrinhos de PCR**	**Risco Operacional**	Em análise aos checklist do carrinho da obstetrícia encontramos ausência de informações referente ao preenchimento do mesmo, identificamos ainda que os carrinhos de parada da clínica médica e clínica cirúrgica não possuem desfibrilador.	Falta de vistoria e acompanhamento do farmacêutico.	Faltas em situação de urgência, bem como a administração de medicamentos vencidos ou errados podem levar a tratamentos ineficazes, reações adversas, lesões temporárias, permanentes e até o óbito do paciente.	3	4	10	RISCO ALTO	Recomenda-se que a Direção da Unidade solicite oficialmente os desfibriladores que estão em falta para compor os carrinhos nas alas supramencionadas. A coordenação da farmácia juntamente com a Enfermagem deverá promover ações que estimulem aos profissionais mudanças e transformações levando em consideração o serviço.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ (RAUDIN Nº 12.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Larissa Millena Barbosa De Holanda - Diretora Administrativa / Cyro Daniel Carvalhal e Giliane Mendes Gil Barbosa - Diretores Clínicos / Harofrann Alves De Melo Junior - Diretor Técnico
Responsável (eis) pela Análise:	Flávia Lindoso Costa Machado / Mário Augusto Collins Bico / Kilma Keila Teixeira / Vania Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 16/11/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS — IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				TRATAMENTO DO RISCO
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	4	**Serviço de ultrassonografia da unidade divergente do PDT**	**Risco Operacional**	O serviço de Ultrassonografia da Unidade, conforme PDT, tem seu funcionamento em regime de plantão/24h, porém nã esta sendo realizado conforme previsto.	Referente os ultrassons ambulatoriais geralmente estão sendo realizadas 1 vez por semana, onde fica a critério do médico ultrassonografia escolher a data, horário e quantidade que serão executadas.	Não realização de atendimento, comprometimento do processo, desassistindo os pacientes e não atingimento das metas.	3	4	10	RISCO ALTO	Recomendamos providências que visem o retorno do funcionamento do serviço de ultrassonografia conforme o PDT – Plano de Trabalho da Unidade de Santa Luzia do Paruá.
			5	**Deficiências dos serviços médicos nos exames de ultrassonografia**	**Risco Operacional**	Em visita na Unidade no dia 16/09/2022, presenciamos a alta demanda de pacientes para realização dos exames de ultrassonografia.	Exames não são feitos por onde de chegada, e sim por escolha médica. Neste dia o médico realizou um total de 75 exames.	Esta conduta gera, além de demora, muita reclamação por parte dos usuários.	3	4	10	RISCO ALTO	Recomenda-se a intervenção da Direção Clinica do Hospital, bem como da EMSERH em regularizar o serviço de ultrassonografia da Unidade, haja vista que o mesmo vem sendo executado em desconformidade com PDT.
			6	**Unidade de Terapia Intensiva sem médico Rotineiro**	**Risco Operacional**	A Unidade de Terapia Intensiva da Unidade dispõe de 01 médico plantonista 24h.	Informações que houve um acordo realizado entre a Gestão Hospitalar da EMSERH e a equipe médica que, devido a escassez de profissionais médicos intensivistas, o médico rotineiro e coordenador iria esporadicamente na Unidade.	Não realização de atendimento, comprometimento do processo, desassistindo os pacientes e não atingimento das metas.	3	4	10	RISCO ALTO	Rever equipe da Unidade de terapia Intensiva aplicando o disposto no capítulo I do art. 14 da Resolução nº 7 de 24 de fevereiro de 2010, onde informa que a UTI deve contar com a presença de 01 Médico diarista/rotineiro para cada 10 (dez) leitos ou fração.

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**POLICLÍNICA DE CUJUPE (RAUDIN Nº 12.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Ligia Raquel Vieira Paixão - Diretora Administrativa / Cristiano De Sousa Marques - Diretor Clínico
Responsável (eis) pela Análise:	Flávia Lindoso Costa Machado / Mário Augusto Collins Bico / Kilma Keila Teixeira / Vania Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 16/11/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
POLICLÍNICA DE CUJUPE	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	FATURAMENTO	1	**Produtividade abaixo do pactuado no PDT**	**Risco Operacional**	As metas da unidade estão zeradas nos meses de maio e junho. Dando início as atividades em 11 de julho de 2022, devido a lei 9504/1997, não foi possível a divulgação do retorno das atividades.	A policlínica de Cujupe, teve suas atividades interrompidas nas instalações do local supracitados a partir de 13 de maio de 2022 (paralização).	Não realização de atendimento, desassistindo os pacientes e não atingimento das metas.	4	3	9	RISCO MÉDIO	Avaliação, atualização do perfil da unidade de saúde no PDT e verificação de estratégias a fim aumentar a produtividade dos serviços executados na unidade de saúde.
		RECURSOS HUMANOS	1	**Inconsistência de informações PDT x Folha do RH**	**Risco Trabalhista**	A unidade possui quantitativo de cargos faturista, supervisor administrativo, técnico de informática e técnico de segurança de trabalho contratados, pela Emserh, para exercer as funções, em aberto conforme o plano operativo, bem como possui os cargos, inferior ao pactuados no PDT, para o enfermeiro, farmacêuticos, recepcionista e técnico de enfermagem.	Ausência no controle do PDT.	Comprometimento na execução das atividades da unidade.	4	3	9	RISCO MÉDIO	Diretoria de RH da Emserh verifique a readequação do PDT, para análise da situação do quadro de pessoal, perante aos serviços ofertados, para posterior providência quanto ao cumprimento do Plano de Trabalho (PDT).
			2	**Colaboradores sem identificação**	**Risco Trabalhista**	Os colaboradores, da EMSERH, que transitam pela unidade não possuem crachá e fardamento.	Falta de solicitação pelo RH responsável dos recursos de identificação dos colaboradores.	Descontrole no acesso e identificação de colaboradores na Unidade.	4	3	9	RISCO MÉDIO	A direção da unidade deverá solicitar o fornecimento de crachá e fardas para os colaboradores da unidade como forma de acessibilidade aos setores através da identificação dos funcionários.
			3	**Ausência do Farmacêutico na Unidade**	**Risco Trabalhista**	No ato da nossa visita, realizada no dia 23.09.22, no período matutino, o farmacêutico de plantão não estava na Unidade.	Descumprimento da carga horária, farmacêutico de plantão não compareceu porque perdeu a viagem no ferry.	Comprometimento na execução das atividades da unidade.	4	3	9	RISCO MÉDIO	Recomendamos que a diretoria da unidade reúna com os colaboradores para que que os mesmos cumprem com a carga horaria de trabalho conforme consta em contrato.
		ADMINISTRATIVO	1	**Acondicionamento de lixo infectante fora de bombonas**	**Risco Financeiro**	Observou-se que o lixo infectante produzido pela unidade é depositado em um abrigo especifico, no entanto o mesmo fica amontoado pelo chão fora de recipientes apropriados para o descarte de lixo infectante.	Ausência de controle, organização e fiscalização, bem como falta de treinamento adequado para a equipe de limpeza.	Contaminações e infecções hospitalares por manuseio inapropriado, segregações e manipulação de lixo infectante de forma inadequada.	4	3	10	RISCO ALTO	Notificar a empresa responsável pelo serviço, quanto as irregularidades bem como intensificar a fiscalização de manuseio e acondicionamento do lixo hospitalar em bombonas para que sua coleta, transporte e destinação não ofereça risco de contaminação.
			2	**Ausências de computadores e impressora**	**Risco Operacional**	Verificou-se que a unidade de saúde não possui quantidade suficiente de computadores e impressoras para atender a demanda com eficiência.	Falta de solicitação de novos equipamentos.	Dificultando o fechamento de atendimento dos pacientes, atualização de prontuários e desenvolvimento das atividades de rotina e lançamentos das produtividades.	4	3	4	RISCO BAIXO	Diretoria Administrativa deverá encaminhar oficio a Gerência de TI/EMSERH solicitando equipamentos para a unidade.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**POLICLÍNICA DE CUJUPE (RAUDIN Nº 12.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Ligia Raquel Vieira Paixão - Diretora Administrativa / Cristiano De Sousa Marques - Diretor Clínico
Responsável (eis) pela Análise:	Flávia Lindoso Costa Machado / Mário Augusto Collins Bico / Kilma Keila Teixeira / Vania Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	12/09/2022 — **Período Final da Análise:** 16/11/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
POLICLÍNICA DE CUJUPE	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	Comissões não implantadas na unidade	Risco Operacional	Verificou-se que a unidades não possui as comissões pactuadas no PDT.	Ausência de alinhamento pela coordenação da unidade para implantação das referidas comissões.	Falha no controle de melhoria contínua dos processos internos, intervindo na garantia de maior segurança e qualidade no atendimento prestado ao paciente nos serviços de saúde nas diversas áreas.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Implantação na unidade de todas as comissões pactuadas no PDT, como forma de garantir maior segurança aos usuários dos serviços da unidade.
			2	Divergência de lacre no carrinho de PCR – Parada Cardiorrespiratória	Risco Operacional	Constatou-se que o carrinho de parada da Unidade estava com o lacre divergente do último checklist preenchido.	Falta de vistoria e acompanhamento do farmacêutico.	A divergência de informações entre o lacre e o checklist preenchido gera conflito de informações e como consequência as informações não são fidedignas.	3	4	10	RISCO ALTO	Recomenda-se que a Coordenação de Enfermagem da Unidade, juntamente com a Farmácia atentem para o preenchimento correto do checklist, bem como realizem diariamente nº do lacre correto, com validade das medicações e insumos que compõe o carrinho de parada.
			3	Máquina de hemólise do laboratório paralisada	Risco Operacional	Conforme relato das técnicas de laboratório, a máquina de hemólise do laboratório LABVIDA está parada na Unidade ficando suspensos os exames de coagulação e hematologia.	Equipamento com defeito, falta de manutenção.	Não realização de atendimento, comprometimento do processo, desassistindo os pacientes e não atingimento das metas.	4	3	10	RISCO ALTO	A Direção da Unidade deverá oficializar a paralização a problemática no aparelho do laboratório para a Gestão Hospitalar da EMSERH no sentido regularizar imediatamente os serviços.

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL REGIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE PRESIDENTE DUTRA (RAUDIN Nº 13.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Laecyo Fabricyo Coelho de Sousa - Diretor Geral / Elissandro Pinheiro Mota - Diretor Administrativo / Camila Moreira Hortegal Sereno - Diretora Clínica
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Flávia Lindoso Costa Machado / Mário Augusto Collins Bico / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	03/10/2022 — **Período Final da Análise:** 24/10/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL REGIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE PRESIDENTE DUTRA	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	FATURAMENTO	1	Cumprimento de Metas	Risco Operacional	Pediatria, Clínico Geral, Ortopedia, Neurocirurgia, Bucomaxilofacial e Cardiologia, diagnóstico por ressonância magnética, atendimento de urgência com observação até 24 horas e internações - síndromes respiratória / covid 19 ficaram abaixo do estipulado no PDT.	Possível ausência de profissionais e/ou realização de exames.	Indicadores de metas inadequados para o perfil da unidade pode ocasionar desinvestimentos dos recursos públicos para a área da saúde.	5	3	15	RISCO ALTO	Avaliação, atualização do perfil da unidade de saúde no PDT e verificação de estratégias a fim aumentar a produtividade dos serviços executados.
			2	Perdas em faturamento	Risco Financeiro	Ausência de contratos de serviços médicos para atividades de alta complexidade.	Ausência de regularização das contratações dos serviços prestados na Unidade.	A unidade não consegue lançar os leitos e custeio desses no faturamento do Hospital, bem como não tem atualização do CNES.	4	3	12	RISCO ALTO	Regularizar as contratações dos serviços prestados na Unidade; notificar empresa de fornecimento de OPMEs com prazos a serem cumpridos para emissão das notas fiscais e encaminhamento para faturamento; atualização de protocolos de acordo com controle e avaliação da EMSERH.
		RECURSOS HUMANOS	1	Falha no registro de ponto	Risco Trabalhista	Há ponto digital sem funcionalidade.	Ausência de profissional do IADVH e falta de manutenção sistema de ponto.	Comprometimento na execução das atividades da unidade, inconsistências nas informações de frequência de funcionários.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Fazer cumprir cláusula de contrato da empresa terceirizada, onde a mesma deve ter um profissional de RH exclusivo para realizar todo controle de folha da empresa IADVH. Substituir as colaboradoras que estão afastadas por gestação; criação, implantação de POP's e fluxos de acompanhamento do RH, bem como registro de ponto.
			2	Excesso de atestados médicos	Risco Trabalhista	Verificou-se nos meses de março a agosto/2022 uma média de 496,77% de colaboradores pelo IADVH e 166,79% pela EMSERH que apresentam atestados médicos totalizando quantidade aproximada de 1.480 dias.	Falta de controle de atestados e ausência de substituição para a execução das tarefas,	A apresentação de uma grande quantidade de atestados por parte de um ou mais colaboradores, prejudica a empresa como um todo, tendo em vista que o andamento dos processos fica comprometido.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Análise da Supervisão de RH junto com diretor clínico e a psicóloga da unidade para verificação de perto dos atestados médicos entregues pelos colaboradores, visando à elaboração de estratégias para lidar com este desafio.
			3	Ajustes na frota e abastecimento dos veículos	Risco Trabalhista	Verificou-se quantidade de motoristas superiores para a demanda, uma vez que a unidade conta com 2 ambulâncias e 1 carro de apoio, onde houve a identificação de motoristas vinculados a empresa Lefe (ambulância locada pela SES), bem como ao IADVH.	Excesso de contratação de motoristas.	Impacto financeiro e orçamentário.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Reavaliar o quadro de pessoal contratado, de acordo com as reais necessidades para o funcionamento da unidade.
			4	Ineficiência das políticas humanizadas de RH	Risco Operacional	Ausência de cronograma de treinamentos do RH, afastamento do colaborador responsável pelo NEP.	Falta de profissionais substitutos, falta de planejamento para treinamentos.	Falta de acompanhamento das atividades executadas pelas equipes, bem como colaboradores encontram-se em descaracterização visual dificultando identificação e perfil de atuação.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Substituição do colaborador afastado de suas atividades, preparo de projeto e cronograma de atuação nos treinamentos, assim como a utilização de fardamento por todos os profissionais da Unidade e crachá de identificação.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL REGIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE PRESIDENTE DUTRA (RAUDIN Nº 13.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Laecyo Fabricyo Coelho de Sousa - Diretor Geral / Elissandro Pinheiro Mota - Diretor Administrativo / Camila Moreira Hortegal Sereno - Diretora Clinica
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Flávia Lindoso Costa Machado / Mário Augusto Collins Bico / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	03/10/2022 — **Período Final da Análise:** 24/10/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL REGIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE PRESIDENTE DUTRA	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ENGENHARIA	1	Ausência de banheiro na área da Emergência	Risco Operacional	O setor apresenta somente 1 banheiro na sala de gesso, que está sendo desativada para ser repouso da equipe da nova UTI que está em fase de finalização e montagem.	Falta de projeção de estruturação adequada.	Os pacientes da emergência precisam utilizar o banheiro longe do setor.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Cumprir com as normas da RDC nº 50, que apresenta toda estruturação para melhor atender a necessidade do setor.
		ADMINISTRATIVO	1	Descumprimento de cláusula contratual SES /EMSERH	Risco Operacional	Os serviços terceirizados em grande maioria executados na unidade são empresas que operam com contratos indenizatórios.	Falta de legalização.	Sem comprometimento, enfatizando a desorganização e atuação dos serviços prestados (médicos, imagem, manutenções e fornecimento de insumos).	3	3	9	RISCO MÉDIO	Legalização de todos os serviços executados via processos indenizatórios.
			2	Descontrole de fornecimento de alimentação na Unidade	Risco Financeiro	O acompanhamento das refeições fornecidas está sendo realizada com listas identificadas por setores e cada colaborador assina seu nome, porém não há uma planilha certificada pela supervisão, previamente apresentada com os nomes dos colaboradores que realmente estão no plantão SD ou SN em cada setor.	Falta de procedimento padrão de controle de refeições.	Impacto financeiro e orçamentário.	3	3	9	RISCO MÉDIO	POP de acompanhamento de todo processo de fornecimento de alimentação com informação das normas para os colaboradores diaristas e terceirizados que não recebem refeição da Unidade, sendo respeitado horário de descanso e refeição.
			3	Desorganização dos dados de regulação, controle e avaliação	Risco Operacional	Envio da Produção do SIA, conforme cronograma estabelecido pela SES apresentando incompatibilidades.	Falta de registros, principalmente dados cirúrgicos e registro de internação; prontuários concluídos não sendo analisados pela auditoria; não cumprimento dos critérios exigidos nas portarias para habilitação dos serviços; ausência de sistemas de informação na Unidade.	Comprometimento na execução das atividades da unidade, bem como ausência de informações.	4	3	12	RISCO ALTO	Implantação dos sistemas de informação; POPs para preenchimento de dados necessários para envio de produtividade; POPs para entrega de notas fiscais para cobrança no faturamento; Readequação do RH do setor.
			4	Desalinhamento na Manutenção predial e de ar condicionado	Risco Financeiro	Encontramos muitos equipamentos de ar condicionado expostos ao ar livre com a informação de inservíveis, porém não há relatório de comprovação.	Ausência de manutenção.	Inexecução de contrato.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Maior emprenho da equipe de engenharia no acompanhamento dos processos e encaminhamento mensal de relatório das manutenções para diretoria da unidade.
			5	Limpeza de caixas de armazenamento de água irregulares	Risco Financeiro	Não há limpeza das caixas d'água e cisternas com cronograma estabelecido, sendo executada aleatoriamente.	Falta de fiscalização e registros de controle, pela empresa R A de Oliveira Barros, que possui contrato nº 11/2020.	Inexecução de contrato.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Notificação a empresa R A de Oliveira Barros para providências quanto a elaboração de cronograma de limpeza e fiscalização da unidade na execução dos serviços.
			6	Ausência de brigada de incêndio	Risco Operacional	Não comprovado serviço de inspeção, manutenção, recarga de extintores, sinalização de segurança contra incêndio e pânico.	Não divulgado projeto de combate a incêndio, cronograma de manutenção e treinamentos da rede.	Danos físicos, bem como os materiais causam impacto não apenas na saúde de seus ocupantes, mas também do edifício e do meio ambiente como um todo.	5	4	20	RISCO ALTO	Realizar atividades de prevenção com protocolos de treinamento para todos os colaboradores da Unidade.

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL REGIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE PRESIDENTE DUTRA (RAUDIN Nº 13.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Laecyo Fabricyo Coelho de Sousa - Diretor Geral / Elissandro Pinheiro Mota - Diretor Administrativo / Camila Moreira Hortegal Sereno - Diretora Clinica
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Flávia Lindoso Costa Machado / Mário Augusto Collins Bico / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	03/10/2022 — **Período Final da Análise:** 24/10/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL REGIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE PRESIDENTE DUTRA	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	7	Abastecimento incompleto dos Gases medicinais	Risco Operacional	Usina a unidade dispõe de 18 cilindros de diversos calibres, fornecido pelo contrato SES x White Martins.	Porém o profissional que abastece afirma que a unidade possui 3 cilindros que já estão alienados, mas não identificamos nenhum ofício, relatório afirmando o fato. E esses ficam esquecidos na sala de manutenção.	Impacto financeiro e orçamentário, possíveis acidentes com o mesmo.	2	2	4	RISCO BAIXO	Solicitar documento de alienação para técnico da White Martins, encaminhar para Engenharia Clínica da EMSERH e solicitar substituição dos mesmos. Enfatizando que a Auditoria até o presente momento nunca analisou processos de pagamento de envase de cilindros de Oxigênio. Ciência que este procedimento é executado em contrato direto SES/White Martins.
			8	Mobiliários inoperantes para uso	Risco Operacional	Observou-se acúmulo de equipamentos e mobiliários danificados na área externa da unidade, onde ficam expostos a condições temporais, dentre cadeiras, longarinas, macas e outros.	Falta de manutenção, medida preventiva e adequação periódica e sensibilização dos colaboradores para conservação.	Escassez e falta de alocação dos equipamentos e mobiliários para outras unidades, além da necessidade de manutenção constante e aumento de custos.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Realizar levantamento dos mobiliários e oficiar a Unidade para a operacionalização da oficina do Hospital Aquiles Lisboa, direcionando o fluxo, visto que o mesmo oferece mão de obra e logística para o deslocamento dos mobiliários, para realizar orçamento dos materiais e posterior reforma destes, fazendo-se a necessária medida preventiva e adequação periódica.
			9	Produtividade diminuída devido à ausência de enxoval	Risco Operacional	Em visita ao Centro Cirúrgico, conversamos com o enfermeiro Wercules Gomes, que informa a produtividade cirúrgica do hospital poderia ser superior.	Devido à ausência ou diminuição do enxoval disponibilizado, por várias vezes tem que suspender as cirurgias agendadas.	Não realização de atendimento, desassistindo os pacientes e não atingimento das metas.	4	3	12	RISCO ALTO	Reforçar junto a empresa prestadora de serviço a reposição do enxoval para aumento da produtividade cirúrgica.
			10	Acompanhamento dos contratos	Risco Operacional	Dificuldade em ter acesso aos contratos dos prestadores de serviço, pois não sabem objetivamente o que cobrar como metas dos serviços prestados.	Sempre que solicitado às informações sobre os contratos, não obtêm respostas quanto aos pedidos.	Comprometimento na execução dos serviços prestados pelas contratadas.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Melhorar alinhamento entre unidade EMSERH (sede) e Unidades assistenciais para maior acompanhamento e controle dos contratos com os prestadores de serviço.
			11	Falta de material de consumo	Risco Financeiro	Desabastecimento de material de expediente e materiais descartáveis, material de consumo; e água mineral.	Devido a quarteirização do produto pela empresa contratada.	Falta de material, bem como comprometimento das atividades.	2	2	4	RISCO BAIXO	Rever o cronograma de reposição dos insumos citados e legalização do contrato de abastecimento de água mineral.
			12	Desabastecimento de Gêneros Alimentícios	Risco Financeiro	Identificado a quarteirização de insumos para abastecimento dos insumos de hortifruti e sendo necessário que a direção assuma a compra desses produtos para evitar prejuízo nutricional dos pacientes, acompanhantes e profissionais.	Descumprindo de cláusula contratual.	Impacto financeiro e orçamentário.	4	3	12	RISCO ALTO	Rever custeio e avaliar licitação de empresa para prestação completa de fornecimento dos alimentos.
			13	Irregularidade na fiscalização de coleta de resíduos	Risco Financeiro	Abrigo de lixo sem controle de acesso, deixando as bombonas expostas ao livre acesso na unidade, sem o acompanhamento da supervisão administrativa, não havendo balança para pesagem.	Ausência de cadeados nos portões, bem como ausência de fiscalização no ato de recolhimento.	Oneração de custos do contrato pela empresa que recolhe as bombonas de lixo infectante.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Trancar os portões de acesso a área de resíduos, acompanhamento direto com a coleta de resíduo infectante pela empresa contratada.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL REGIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE PRESIDENTE DUTRA (RAUDIN Nº 13.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Laecyo Fabricyo Coelho de Sousa - Diretor Geral / Elissandro Pinheiro Mota - Diretor Administrativo / Camila Moreira Hortegal Sereno - Diretora Clinica
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Flávia Lindoso Costa Machado / Mário Augusto Collins Bico / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	03/10/2022 — **Período Final da Análise:** 24/10/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL REGIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE PRESIDENTE DUTRA	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	14	Desfalque do serviço de locação de enxoval	Risco Financeiro	Identificamos que nas áreas de internação os pacientes estão utilizando seu próprio enxoval.	Empresa encaminha um quantitativo menor, que não contempla a necessidade dos setores de internação clínica, cirúrgica e ortopédica.	Os procedimentos cirúrgicos são cancelados por falta de campos cirúrgicos, bem como pode onerar os custos com a contratada.	4	3	12	RISCO ALTO	Notificar a empresa e fazer um acompanhamento direto em todos os setores. E acompanhamento direto leito a leito pela equipe de enfermagem no momento da substituição pós banho. Esse sendo implantado com POP.
			15	Desconhecimento de contrato de Dedetização ambiental	Risco Financeiro	A equipe de supervisão administrativa não tem conhecimento de cronograma de execução das atividades preventivas no controle de pragas.	Não foram apresentados nenhuma ordem de serviços bem como cronograma de visitas para aplicabilidade nas áreas internas e externas. Somente informados que uma vez por mês a empresa efetua aplicação de produtos.	Proliferação de insetos, seres que carregam microrganismos transmissores de doenças.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Notificação da empresa e validar eficiência dos produtos utilizados, bem como cumprimento do contrato.
	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	Comissões não implantadas na unidade	Risco Operacional	As comissões de Comissão de Ética Médica, Comissão de Ética de Enfermagem, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão de Análise de Prontuários, Comissão de Revisão de Óbitos (CRO), Comissão de Gerenciamento de Resíduos, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e Núcleo de Educação Continuada, encontram-se ausentes de formalização de portarias.	Ausência de alinhamento pela coordenação da unidade para implantação das referidas comissões.	Falha no controle de melhoria contínua dos processos internos, intervindo na garantia de maior segurança e qualidade no atendimento prestado ao paciente nos serviços de saúde nas diversas áreas.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Implantação na unidade de todas as comissões pactuadas, readequação do PDT e registro de todas as reuniões, como forma de garantir maior segurança aos usuários dos serviços da unidade em prol da oferta de um serviço de saúde de qualidade, humanizado e inclusão de grupos médicos para o cumprimento dos preceitos éticos e legais.
			2	Falhas nos processos de abastecimento de material médico-hospitalar / medicamentos	Risco Operacional	Quantitativo de insumos mat/med insuficiente para o volume de consumo semanal da unidade.	O cronograma de abastecimento pela CAF é realizado quinzenalmente, gerando custeio a maior para carro de apoio ir a São Luís para retirada de pedidos extras.	Não realização de atendimento, desassistindo os pacientes.	4	3	12	RISCO ALTO	Reavaliar o período de entrega da CAF e do consumo de insumos para atender a unidade.
			3	Desfalque no fornecimento de nutrição enteral, parenteral e suplementos	Risco Financeiro	O quantitativo de nutrição enteral em estoque no almoxarifado é insuficiente para completar os tratamentos prescritos pelos médicos.	Ausência de controle de quantitativo necessário para a demanda da unidade.	Alguns casos é necessário a redução do volume infundido, aumentando a solicitação de pedido emergencial junto a CAF, bem como não realização de atendimento, desassistindo os pacientes.	4	3	12	RISCO ALTO	Rever a quantidade de entrega da CAF para abastecimento adequado de acordo com a necessidade da Unidade.
			4	Irregularidade do Serviço de EDA e Colonoscopia	Risco Financeiro	O serviço é executado por processo indenizatório com locação de equipamentos e prestação da execução do exame pela empresa C. Branco serviços médicos Ltda., Dr. Miguel.	Sendo executados quantitativo de exames menor que as metas pactuadas para a Unidade.	Não realização de atendimento, desassistindo os pacientes e não atingimento das metas.	4	3	12	RISCO ALTO	Regularização de contratação da locação e serviço para executar atividades e com isso faturarmos todos os serviços nas metas pactuadas e conseguimos recursos para manter o serviço.
			5	Irregularidade no serviço de Ultrassonografia	Risco Operacional	A empresa que presta serviço para execução deste exame não mantém o profissional na unidade, deixando o serviço descoberto.	E relato de diretores que foi um acordo EMSERH com empresa prestadora de serviço de imagem para que não executassem o serviço em CH de 24h presencial e sim sobreaviso.	Pacientes permanecem horas para realizar exames que são executados em média 2 minutos, serviço realizado com baixa qualidade.	4	3	12	RISCO ALTO	Adequar imediatamente o serviço as necessidades da Unidade mediante o PDT.

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL REGIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE PRESIDENTE DUTRA (RAUDIN Nº 13.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Laecyo Fabricyo Coelho de Sousa - Diretor Geral / Elissandro Pinheiro Mota - Diretor Administrativo / Camila Moreira Hortegal Sereno - Diretora Clínica
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Flávia Lindoso Costa Machado / Mário Augusto Collins Bico / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	03/10/2022 — **Período Final da Análise:** 24/10/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL REGIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE PRESIDENTE DUTRA	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	6	Descontinuidade dos acompanhamentos de indicadores	Risco Operacional	Dificuldades em realizar a coleta dos dados e as subnotificações de eventos, falta de feedback dos relatórios enviados para a qualidade.	Falta de orientação da Qualidade EMSERH.	Ausência de indicadores.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Substituir os profissionais afastados, notificar a empresa do Laboratório, e realizar o acompanhamento de todos os indicadores padronizados.
			7	Desatualização dos Indicadores de Assistência	Risco Operacional	Fluxogramas de Atendimentos e processos assistenciais não estão sendo atualizados.	As normas, rotinas e POPs dos setores estão vencidos e/ou inexistentes de arquivos referentes as melhorias ou alterações dos indicadores.	Ausência de indicadores.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Acompanhamento direto da equipe de governança e qualidade da EMSERH.
			8	Unidades assistenciais não possuem liderança em enfermagem	Risco Operacional	As unidades Centro Cirúrgico, CME e núcleos, não possuem liderança (supervisão) contratadas, haja vista que foi solicitado a EMSERH, porém não houve apresentação de documentação comprobatória.	Ausência de contratação de profissional.	Dificuldades em realizar controles ou repassar algumas condutas.	4	3	12	RISCO ALTO	• Implantar rondas de alta gestão para desenvolvimento e engajamento das equipes como forma de disseminar a cultura da gestão na instituição; • Reforçar reuniões de lideranças para discussão de indicadores assistenciais; • Presença de profissionais de referência em toda a unidade afim de promover uma cultura organizacional efetiva com foco nas metas institucionais.
			9	Leitos Bloqueados	Risco Operacional	Supervisora da UTI I e II, Enfa. Nayara Costa, informou que possui 01 leito bloqueado na UTI.	Problemas no monitor multiparametros com ausência de acessórios (cabo de oxímetro, manguito de pressão), sempre solicita reposição a empresa Vimartech Manutenções Ltda, mas não consegue retorno para a manutenção.	Negativa na admissão de pacientes.	4	3	12	RISCO ALTO	Oficiar a Gerência de Engenharia Clínica da EMSERH para gerar ordem de serviço com a Vimartech Manutenções Ltda e reforçar junto com esta prestadora de serviço a reposição de acessórios dos equipamentos de monitorização.
			10	Exames laboratoriais não atendem a necessidade (Culturas)	Risco Operacional	Laboratório e Clínica Saúde Mais Ltda inserida na unidade não consegue atender a demanda na unidade.	Apresenta demora na coleta e liberação dos resultados das culturas, por este precisar enviar as amostras para um terceirizado para realizar as analise (Laboratório Álvaro).	Atraso na entrega e demora na liberação do paciente.	4	3	12	RISCO ALTO	Notificação a empresa e Agilidade na liberação dos exames com objetivo de agilizar a liberação do paciente.
			11	Produtos vencidos na Farmácia satélite centro cirúrgico	Risco Operacional	Realizado visita nas instalações da farmácia satélite montada no centro cirúrgico para atendimento dos pacientes, encontramos medicações vencidas e produtos de uso hospitalar.	Medicações armazenadas de forma inadequada, bem como organização e ausência de controle.	Faltas em situação de urgência, bem como a administração de medicamentos vencidos ou errados podem levar a tratamentos ineficazes, reações adversas, lesões temporárias, permanentes e até o óbito do paciente.	4	3	12	RISCO ALTO	Reforçar medidas de controle para conferencia de medicações e matérias evitando vencer na unidade assistencial
			12	Desabastecimento de OPMEs de ortopedia	Risco Financeiro	Detectado que o abastecimento de insumos utilizados para completar as caixas de 3.5 e 4.5 dos OPMEs esta deficiente.	Ausência de notificação e fiscalização da empresa fornecedora.	Os pacientes aumentam o tempo de permanência no pré-operatório e no tempo de internação.	4	3	12	RISCO ALTO	Notificar empresa e avaliar a qualidade dos materiais oferecidos.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL REGIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE PRESIDENTE DUTRA (RAUDIN Nº 13.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Laecyo Fabricyo Coelho de Sousa - Diretor Geral / Elissandro Pinheiro Mota - Diretor Administrativo / Camila Moreira Hortegal Sereno - Diretora Clinica
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Flávia Lindoso Costa Machado / Mário Augusto Collins Bico / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	03/10/2022 — **Período Final da Análise:** 24/10/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL REGIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE PRESIDENTE DUTRA	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	13	Ausência de controle de manutenção a Ultrassom	Risco Operacional	Em visita ao setor de imaginologia não identificamos controle e/ou cronograma de manutenção preventiva do equipamento de USG.	Falta de manutenção de equipamentos.	Não realização de atendimento, desassistindo os pacientes e não atingimento das metas.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Regularizar locações juntamente com manutenção dos equipamentos. Ou manter manutenção com cronograma conhecido pela diretoria administrativa da Unidade.
			14	Dificuldades de manutenção dos fluxos	Risco Operacional	Existem ferramentas de gestão para melhoria contínua dos processos e fluxos para melhor atendimento aos pacientes, porém não executadas de forma adequada.	Observou-se que a equipe médica responsável pelas salas amarela e vermelha da Emergência não respeitam o tempo resposta para reavaliação dos pacientes.	Compromete e retarda todo andamento do processo.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Notificar a empresa que se responsabiliza pelo serviço executado dessa equipe, orientar e acompanhar todo o tramite de atendimento e cumprimento de protocolos.
			15	Quebra de barreira da CME	Risco Operacional	Sobre as atividades exercidas e os processos de esterilização da unidade identificamos o cruzamento de profissionais de enfermagem da área suja com a área limpa.	Estrutura da CME inadequada.	Risco de transferência dos microrganismos para os instrumentos limpos e desinfetados.	4	3	12	RISCO ALTO	• Readequação obedecendo RDC nº 50 – arquitetura hospitalar. • Organização dos processos assistenciais.
			16	Ausência de Identificação das Medicações de Alta Vigilância (MAV)	Risco Operacional	Observamos que as medicações de alta vigilância (MAV) são identificadas nos bins da farmácia, porém as medicações não são sinalizadas na distribuição para as unidades de internação.	Dificuldade em conseguir material para identificação das medicações, que encontra dificuldade em conseguir contato ou resposta da equipe da gestão de qualidade inclusive em conseguir alguma atualização dos protocolos.	Quebra de protocolo de prevenção de MAV.	4	3	12	RISCO ALTO	• Implementação do protocolo de Medicações de Alta Vigilância para evitar possíveis erros de administração; • Realizar acompanhamento quanto aos treinamentos e orientações dos protocolos e fornecer insumos para identificação dos produtos.
			17	Validade dos POP's	Risco Operacional	Em visita a farmácia observamos a ausência ou validade dos POP's.	Falta de orientação da Qualidade EMSERH.	Comprometimento na execução correta e padronizada das atividades da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Realizar implantação e Atualização dos POP's para melhor formalização e padronização das atividades executadas.
			18	Indicadores assistenciais sem respostas	Risco Operacional	Os indicadores assistenciais são enviados por email para a qualidade EMSERH, a unidade não consegue receber feedback dos relatórios enviados.	Falta de orientação da Qualidade EMSERH.	Ausência de indicadores.	3	3	9	RISCO MÉDIO	• Reforçar vigilância no acompanhamento e preenchimento das planilhas de indicadores; • Instituir acompanhamento com feedback da qualidade.
			19	Inexecução contratual no laboratório	Risco Financeiro	Verificou-se a falta de reagentes e enzimas cardíacas, nos dias 03 a 05/10/2022, para apuração dos resultados; atraso dos materiais pela empresa SERVELAB e os pacientes são orientados a ir para uma clínica particular realizar os exames.	Descumprimento de cláusulas contratuais.	Não realização de atendimento, desassistindo os pacientes e não atingimento das metas.	4	3	12	RISCO ALTO	Notificação ao Laboratório e Clínica Saúde Mais Ltda (Servlab), que possui contrato nº 236/2021, tendo em vista descumprimento de cláusulas.

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL REGIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE PRESIDENTE DUTRA (RAUDIN Nº 13.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Laecyo Fabricyo Coelho de Sousa - Diretor Geral / Elissandro Pinheiro Mota - Diretor Administrativo / Camila Moreira Hortegal Sereno - Diretora Clinica
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Flávia Lindoso Costa Machado / Mário Augusto Collins Bico / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	03/10/2022 — **Período Final da Análise:** 24/10/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL REGIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE PRESIDENTE DUTRA	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	20	Ausência do controle de temperatura das geladeiras do laboratório	Risco Operacional	Geladeiras não possuem anotação dos registros dos horários das leituras de temperatura e uma delas o medidor não funciona, bem como verificou-se materiais coletados na porta da geladeira.	Treinamento e funcionários.	Com a falta de controle da temperatura padrão as características básicas da hemácias podem ser perdidas e o material pode se deteriorar.	4	3	12	RISCO ALTO	Notificação a empresa, cobrança da elaboração de procedimentos operacionais padrões para o devido controle de temperatura, haja vista gerar eficiência para não sofrer oscilação e irregularidades, permanecendo dentro da faixa especificada.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**AGÊNCIA TRASNFUSIONAL DE PRESIDENTE DUTRA (RAUDIN Nº 13.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Laecyo Fabricyo Coelho de Sousa (diretor geral); Elissandro Pinheiro Mota (diretora administrativa) e Camila Moreira Hortegal Sereno (diretora clínica
Responsável (eis) pela Análise:	Isabela dos Santos Trovão / Flávia Lindoso Costa Machado / Mário Augusto Collins Bico / Walter Oliveira Gama Junior / Kilma Keila Teixeira Dias / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	03/10/2022 — **Período Final da Análise:** 24/10/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
AGÊNCIA TRASNFUSIONAL DE PRESIDENTE DUTRA	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	**Ausência de Controle de entrada e saída**	**Risco Operacional**	A unidade não possui controle dos hemocomponentes distribuídos, pois não foram orientados a utilizar nenhum instrumental.	Falta de treinamento e orientação de procedimentos.	Comprometimento na execução correta e padronizada das atividades da unidade.	3	3	9	**RISCO MÉDIO**	Acompanhamento direto pela equipe da HEMOMAR e adequação de sistemas de gestão padronizados.
	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	RECURSOS HUMANOS	1	**Ausência de Responsável Técnico e Supervisor da gestão**	**Risco Operacional**	Evidenciado a ausência de um responsável técnico, bem como a função de supervisor do serviço.	Ausência de solicitação de cargos de liderança.	Ausência da liderança reflete na diminuição da qualidade dos serviços.	4	3	12	**RISCO ALTO**	Reavaliar a unidade com uso da RESOLUÇÃO - RDC Nº 34, DE 11 DE JUNHO DE 2014.
		ADMINISTRATIVO	1	**Desatualização dos POPs**	**Risco Operacional**	Evidenciamos que a anuidade possui POP's vencidos, que estão aguardando alguma atualização da HEMOMAR para atualização dos documentos.	Falta de comunicação efetiva com a HEMOMAR.	Comprometimento na execução correta e padronizada das atividades da unidade.	3	3	9	**RISCO MÉDIO**	Notificação da HEMOMAR. Reavaliar a unidade com uso da RESOLUÇÃO - RDC Nº 34, DE 11 DE JUNHO DE 2014. E acompanhamento direto da equipe de qualidade da Hemomar e EMSERH. Treinamentos para todos os colaboradores.
			2	**Ausência de internet no setor**	**Risco Operacional**	A unidade não possui instalações adequadas para utilização de sistemas de comunicação, internet e telefone.	Falta de solicitação de novos equipamentos.	Dificuldade no fechamento de atendimento dos pacientes, atualização de prontuários, desenvolvimento das atividades de rotina da unidade e lançamentos das produtividades.	2	3	6	**RISCO MÉDIO**	Readequação das instalações, bem como substituição de Computador e instalação de rede internet pela empresa.
			3	**Equipamentos inoperantes e ausência de materiais**	**Risco Operacional**	Equipamentos (centrífuga e agitador de plaquetas) foram encaminhados para realizar manutenção corretiva, porém não retornam à unidade. A biomédica relata, ainda, a ausência de reagentes para análise das amostras coletadas gerando falha na segurança ao processo.	Ausência na devolução de equipamentos e solicitação de materiais.	Perda de material e comprometimento da qualidade do hemocomponente.	2	3	6	**RISCO MÉDIO**	Oficiar o Hemomar quanto ao retorno dos equipamentos enviados para manutenção e adequação de sistemas de gestão padronizados, bem como modernização dos serviços.
			4	**Ausência de manutenção dos ar condicionados**	**Risco Financeiro**	A temperatura do ambiente de execução dos exames e armazenamento dos hemoderivados estava inadequado, chegando temperatura ambiente de 24°C.	Falta de manutenção.	Inexecução de contrato, características básicas das hemácias podem ser perdidas e o material pode se deteriorar.	3	3	9	**RISCO MÉDIO**	Notificação a empresa e acompanhamento direto pela equipe fiscal de contrato.
			5	**Ausência do carro de apoio**	**Risco Operacional**	A dificuldade de translado dos hemoderivados devido a ausência do carro de apoio e a agência ficar na dependência do carro da unidade hospitalar para os serviços serem executados.	Ausência de organização em termos administrativos bem solicitação para que haja melhor desempenho da unidade.	Dificuldade de cuidados imediatos e eficazes para salvar vidas em um ambiente de trabalho clínico e seguro com mobilidade máxima.	3	3	9	**RISCO MÉDIO**	Readequação do serviço de translado dos hemoderivados.

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE AÇAILÂNDIA (RAUDIN Nº 14.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Anderson Vaz Torres da Silva - Supervisor Administrativo / Francisco Bruno Coelho Ferreira da Silva - Supervisor de Enfermagem / André da Silva Gomes - Farmacêutico
Responsável (eis) pela Análise:	Jorge Luis Moura Nascimento Filho / Joselane de Oliveira Ribeiro / Solange Oliveira Pires / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	21/11/2022 — **Período Final da Análise:** 14/12/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE AÇAILÂNDIA	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	**Irregularidades quanto à interrupção das atividades da Unidade de Cuidados Intensivos do COVID de Açailândia – UCI**	**Risco Operacional**	No intuito de verificar a regularidade da execução do PDT da unidade, a equipe de auditoria em visita ao Hospital Municipal de Açailândia, se deparou com a UCI adulta e de clínica médica totalmente desativada.	Segundo informações as UTIs encontravam-se desativadas desde 27 de agosto 2022, para reforma estrutural e alteração no perfil da unidade.	Ausência de providência quanto a desativação da UTI, ocasionando gastos financeiros.	5	4	20	RISCO ALTO	Recomenda-se que sejam apuradas as possíveis falhas no encerramento das atividades da UCI de Açailândia.
		FÁRMACIA	1	**Armazenamento inadequado, ausência de controle de estoque e vencimentos dos medicamentos/insumos**	**Risco Financeiro**	Não havia controle atualizado e após paralização dos serviços, foi realizado armazenamento dos medicamentos e insumos no local onde funcionava a UTI, histórico de consumo não fora apresentado para verificação da entrada e saída desses medicamentos/insumos usados no período em que a unidade se encontrava em execução.	Falta de organização, inventário e históricos devido desativação da UTI.	Confirmada a irregularidade, foram identificados vários itens vencidos e com prazo de validade a vencer.	5	5	25	RISCO MUITO ALTO	Por conta dessa conjuntura e a situação em que se encontrava a UCI, está auditoria imediatamente, solicitou autorização ao Gabinete e Diretoria Administrativa da EMSERH, para remanejamento desses medicamentos e insumos, a serem destinados a Policlínica de Açailândia, para guarda e recolhimento posterior pela Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF.
	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	RECURSOS HUMANOS	1	**Irregularidades no recebimento de verbas salariais sem trabalhar**	**Risco Trabalhista**	Constatou-se que todos os colaboradores da EMSERH e IADVH, foram orientados a ficar em casa a partir do dia 27/08/2022 até a definição da nova estrutura da unidade.	Segundo relatos diretor clínico Dr. Johnathas de Oliveira Silva do Hospital Municipal de Açailândia foi quem determinou tal medida, sem nenhuma documentação formal.	Todos os colaboradores continuaram a receber seus salários em dia no período de setembro a outubro do presente ano, sem estarem cumprindo as suas atividades.	5	5	25	RISCO MUITO ALTO	Recomenda-se que a Diretoria de Recursos Humanos da EMSERH, adote medidas cabíveis e solicite instauração de sindicância, para apuração de responsabilidade.
			2	**Defraudação para assinatura da folha de ponto**	**Risco Trabalhista**	Verificou-se que os funcionários da EMSERH e IADVH têm sua frequência controlada por folha de ponto manual, mesmo sem estarem cumprindo as suas atividades.	O RH da UCI composta pela auxiliar administrativo Ana Júlia dos Santos e Felismino, chamava os colaboradores para assinar as folhas de ponto do período de setembro e outubro/2022.	Todos os colaboradores continuaram a receber seus salários em dia no período de setembro a outubro do presente ano, sem estarem cumprindo as suas atividades (impacto financeiro e orçamentário).	5	5	25	RISCO MUITO ALTO	Recomenda-se que a Diretoria de Recursos Humanos da EMSERH, verifique possíveis atos relatados nesse relatório no preenchimento da folha de ponto.
			3	**Inconsistência do relatório técnico de produtividade em relação à data de desativação da Unidade de Cuidados Intensivos do COVID de Açailândia – UCI**	**Risco de Integridade**	Observamos que os relatórios técnicos de produtividade dos meses de setembro e outubro, constam com as produtividades de UTI e Clínica Médica com um total de 452 atendimentos e diagnóstico em laboratório clínico com 4.422 serviços executados.	Porém virtude da desativação desde 27 de agosto 2022, foi relatado que a produção do relatório estavam sendo utilizados dos atendimentos aos pacientes internados com COVID do Hospital Municipal de Açailândia.	Impacto financeiro e orçamentário.	5	5	25	RISCO MUITO ALTO	Recomenda-se que sejam apuradas sindicância das possíveis falhas das informações de produção da UCI, no período que a mesma estava inativa
		ADMINISTRATIVO	1	**Desperdícios e ausência no controle de materiais gráficos**	**Risco Financeiro**	Foi detectada a existência de materiais gráficos de uso da UCI em situação de desorganização e sem controle.	Quando da paralização dos serviços não tiveram mais acompanhamento e nem atualização da entrega dos materiais.	Impacto financeiro e orçamentário.	4	2	8	RISCO MÉDIO	Materiais gráficos foram destinados a Policlínica de Açailândia para guarda e recolhimento posterior pela Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF.
			2	**Ausência do termo de doação dos equipamentos/bens móveis da UCI**	**Risco Legal**	Verificou-se vários equipamentos/bens móveis empilhados sem nenhum controle e registro.	A direção do Hospital Municipal de Açailândia, relataram que todos esses itens foram doados pela Secretária de Estado da Saúde e a Vale (oriundos do Hospital de Campanha de Açailândia). Dessa forma, a direção não detém de tal documentação que constitui regular o processo de doação, visto que carece do Termo de Doação.	Falta de comprovação de que de fato os itens doados foram entregues e recebidos pelo Hospital Municipal.	3	4	12	RISCO ALTO	Recomenda-se informar o setor responsável na Secretaria de Estado da Saúde, para averiguar junto à direção do Hospital Municipal de Açailândia, do inventário de doação desses bens móveis.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE AÇAILÂNDIA (RAUDIN Nº 14.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Anderson Vaz Torres da Silva - Supervisor Administrativo / Francisco Bruno Coelho Ferreira da Silva - Supervisor de Enfermagem / André da Silva Gomes - Farmacêutico
Responsável (eis) pela Análise:	Jorge Luis Moura Nascimento Filho / Joselane de Oliveira Ribeiro / Solange Oliveira Pires / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	21/11/2022 — **Período Final da Análise:** 14/12/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE AÇAILÂNDIA	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	3	Utilização indevida do Contrato nº 382/2022 de fornecimento de Alimentação da UCI de Açailândia	Risco Financeiro	Em relação ao contrato nº 382/2022, identificou-se o processo nº 225821/2022 que trata de fornecimento de alimentação para a UCI de Açailândia, porém no período do fornecimento a UTI encontrava-se desativada.	Constatou-se que nos dias 12 e 13 de setembro, o referido processo trata de recursos utilizados, para os colaboradores que estavam trabalhando no mutirão de cirurgia oftalmológica realizada na Policlínica de Açailândia	O presente contrato deveria estar suspenso da sua prestação de serviço, devido a UCI está desativada desde do 27 de agosto de 2022 (impacto financeiro e orçamentário).	5	3	15	RISCO ALTO	Recomenda-se que sejam apuradas responsabilidades quanto ao fiscal, a utilização indevida do contrato nº382/2022, para mutirão de cirurgia oftalmológicas.

MAPEAMENTO DE RISCO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

Mapeamento de Risco:	**HOSPITAL MACRORREGIONAL DRA. RUTH NOLETO (RAUDIN Nº 15.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	**Adenilson Pontes - Diretor Administrativo**
Responsável (eis) pela Análise:	**Mário Augusto Collins Bico / Walter Oliveira Gama Junior / Isabela dos Santos Trovão / Vania Paula Moura Martins**
Período Inicial da Análise:	**28/11/2022** — **Período Final da Análise:** **22/12/2022**

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
HOSPITAL MACRORREGIONAL DRA. RUTH NOLETO	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	1	**Definição de papéis SES X EMSERH**	**Risco Operacional**	Relato que há mais ou menos 3 meses vem recebendo a visita de um colaborador, se identificando como auditor da SES (Francisco Chagas) para alinhamento da gestão da unidade.	Falta de comunicação.	Dificuldades das coordenações em realizar o ajustes definidos pelo Auditor da SES, bem com divergência no alinhamento de decisões SESXEMSERH	4	2	8	**RISCO MÉDIO**	Para fazer cumprir o contrato de gestão EMSERH x SES, sugerimos que os colaboradores, assessores e toda equipe da rede assistencial em saúde quando em ação nas unidades gerenciadas pela EMSERH façam suas avaliações e apontamentos formalmente para as diretorias executivas da EMSERH. Para que as ações de execuções tenham direcionamento para completo domínio de GESTÃO das unidades pactuadas em contrato.
			2	**Liderança X Engajamento**	**Risco Operacional**	Em todos os dias verificou-se ausência da alta gestão na instituição, as conversas foram realizadas na maioria das vezes com os profissionais de base.	Ausência de fiscalização e comprometimento de colaboradores.	Ausência da liderança reflete na diminuição da qualidade dos serviços.	4	2	8	**RISCO MÉDIO**	Reforçar a presença das lideranças, realizar reuniões periódicas com toda a equipe, estabelecer rotina de visitas de alta gestão em todos os setores, definir as ações para mobilização, engajamento e trabalho em equipe elaborar e publicar informações e atualizações periódicas para o time.

MAPEAMENTO DE RISCO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

Mapeamento de Risco:	**AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DE AÇAILÂNDIA(RAUDIN Nº 16.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	André da Silva Gomes - Coordenador
Responsável (eis) pela Análise:	Jorge Luis Moura Nascimento Filho / Joselane de Oliveira Ribeiro / Solange Oliveira Pires / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	21/11/2022 — **Período Final da Análise:** 23/12/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DE AÇAILÂNDIA	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	1	**Ar condicionado sem funcionamento**	**Risco Financeiro**	Foi relatado que o aparelho de ar condicionado instalado na sala 1 (um) do administrativo encontra-se sem funcionamento desde do mês de agosto de 2022.	Ausência de manutenção.	Inexecução de contrato.	2	2	4	RISCO BAIXO	Planejamento e treinamentos com a equipe, reforçar a comunicação da agência transfusional com o hemocentro responsável para evitar o desperdício dos hemocomponentes.
			2	**Ausência de mobília**	**Risco Operacional**	Verificou-se que a unidade não possui mobília bem como armários, mesas e cadeiras suficientes para a demanda de funcionários.	Falta de envio da mobília necessária.	Comprometimento no bem estar do funcionário e andamento das atividades.	2	2	4	RISCO BAIXO	Que seja realizado devolução da mesa fornecida com avaria e oficializado junto a SES a solicitação dos móveis necessários para compor a sala do administrativo, bem como verificar junto ao Hospital Aquiles Lisboa quanto ao conserto das poltronas com posterior devolução.
			3	**Ausência de película em janela**	**Risco Financeiro**	Janelas da unidade estão sem película.	Ausência de manutenção.	Durante o dia a claridade e o sol incomodam e dificultando o desempenho de suas atividades, por sua vez na parte da noite a visibilidade causa certa insegurança.	2	2	4	RISCO BAIXO	Oficiar a diretoria de Engenharia e Manutenção para que seja realizado de instalação das películas.
			4	**Ausência de placas de sinalização**	**Risco de Reputação**	Verificou-se que a unidade não possui placas de sinalização padrão, para identificação dos setores, bem como sinalização da fachada da agência.	Ausência da equipe da Qualidade para padronização da unidade.	Dificulta aos pacientes aos pacientes, acompanhantes e visitantes a visibilidade e identificação do local da instalação física e hospitalar.	2	2	4	RISCO BAIXO	Verificar junto ao setor de qualidade da EMSERH, orientação e solicitação de placas de sinalização padronizadas.
			5	**Instalação de mobiliário não permitido na sala de processos hemoterápicos**	**Risco Legal**	Identificou-se na sala de processamento hemoterápico a presença de uma cama destinada para repouso de funcionários, visto que o local não é apropriado para acomodações e repousos.	Falta de estrutura adequada da unidade.	Comprometimento das bolsas de hemácias e plasmas, bem como descumprindo das normas da vigilância sanitária, ocasionando recebimento de notificação.	5	2	10	RISCO ALTO	Verificar junto à gerência de engenharia da EMSERH, possível reestruturação ou anexo da estrutura predial, bem como a retirada da cama ou remanejamento para outro compartimento.
			6	**Descumprimento de documentação sanitária**	**Risco Legal**	O Coordenador da Agência André da Silva Gomes relatou que unidade se encontra sem alvará da vigilância sanitária.	Devido o não atendimento das recomendações exigidas pelo órgão.	Produção de efeitos nocivos ou prejudiciais à saúde humana, deixando de garantir a segurança ao usuário do estabelecimento, bem como possíveis punições previstas na lei.	5	2	10	RISCO ALTO	Providenciar junto a HEMOMAR a concessão imediata do documento e acompanhar trâmite de renovação atestado pela Vigilância Sanitária, conforme Resolução nº 7/2010 do Ministério da Saúde.
			7	**Não fornecimento de água mineral**	**Risco Trabalhista**	Verificou-se que os próprios colaboradores da unidade que compram a água mineral, com cota a ser dividida mensalmente.	Falta de abastecimento ou ausência de contrato.	A norma 24 da CLT explica as exigências higiênicas para o bom funcionamento do ambiente de trabalho e para o bem-estar e na ausência do fornecimento de água potável, a empresa fica passível de multas, bem como da suspensão de atividades.	1	4	4	RISCO BAIXO	Responsável pela Agência Transfusional de Açailândia deve recorrer a Hemomar para uma possível contratação de empresa para o referido fornecimento.
			8	**Ausência de informatização e suprimentos tecnológicos na Unidade**	**Risco Operacional**	Identificamos que a Unidade não possui computadores, impressoras, internet, sistema de gestão, nem ferramentas tecnológicas, para uso das suas atividades.	Falta de solicitação de novos equipamentos.	Dificuldade no fechamento de atendimento dos pacientes, atualização de prontuários, desenvolvimento das atividades de rotina da unidade e lançamentos das produtividades.	2	3	6	RISCO MÉDIO	Diretoria Administrativa deverá encaminhar ofício a Gerência de TI/EMSERH solicitando equipamentos para a unidade.

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DE AÇAILÂNDIA(RAUDIN Nº 16.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	André da Silva Gomes - Coordenador
Responsável (eis) pela Análise:	Jorge Luis Moura Nascimento Filho / Joselane de Oliveira Ribeiro / Solange Oliveira Pires / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	21/11/2022 — **Período Final da Análise:** 23/12/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DE AÇAILÂNDIA	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	RECURSOS HUMANOS	1	Funcionários fora do local de trabalho	Risco Trabalhista	Iniciando a visita às 8h, deparamos com a unidade fechada e os colaboradores ausentes.	Funcionários são do município o que dificulta uma fiscalização atuante.	Comprometimento na execução das atividades da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Recomenda-se a presença dos funcionários no horário de funcionamento da unidade com vistas a atender a determinação da carga horária de cada colaborador, de modo que a unidade não fique descoberta e sem atendimento, para que haja agilidade nos processos de solicitação das bolsas.
			2	Colaboradores sem identificação	Risco Trabalhista	Identificamos que os colaboradores da unidade são concursados pelo HOSPITAL MUNICIPAL DE AÇAILÂNDIA, além de transitarem sem crachá e fardamento.	Falta de solicitação pelo RH responsável dos recursos de identificação dos colaboradores.	Descontrole no acesso e identificação de colaboradores na Unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	O RH a que compete o funcionário/servidor deverá solicitar o fornecimento de crachás e fardas para os colaboradores como forma de acessibilidade aos setores através da identificação dos funcionários.
	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	Caixa térmica para transporte de Hemácias com avarias e defeitos	Risco Operacional	A caixa térmica da Agência utilizada para transporte das bolsas de sangue está com avarias, bem como seu termômetro sem funcionamento.	Não envio de caixas térmicas novas.	Características básicas das hemácias podem ser perdidas e o material pode se deteriorar.	5	2	10	RISCO ALTO	Recomenda-se que a caixa térmica da Agência seja substituída por outra em melhores condições para o uso, para assim manter a qualidade no transporte nas bolsas de sangue.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DE PORTO FRANCO (RAUDIN Nº 16.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Nakia de Oliveira Silva Figueiredo Rocha - Coordenador(a)
Responsável (eis) pela Análise:	Jorge Luis Moura Nascimento Filho / Joselane de Oliveira Ribeiro / Solange Oliveira Pires / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	21/11/2022 — **Período Final da Análise:** 23/12/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DE PORTO FRANCO	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	1	Serviço de desinsetização e desratização em atraso	Risco de Reputação	Relatório de visita da empresa responsável pela desinsetização e desratização à última inspeção foi realizada no mês de março de 2022, com quase dez meses em atraso.	Inexecução de contrato e falta de fiscalização.	Ambiente vulnerável a pragas urbanas.	4	2	8	RISCO MÉDIO	Notificar empresa e regular fiscalização do contrato com o prestador de serviço quanto ao cumprimento das cláusulas apontadas em contrato.
			2	Descumprimento de documentação sanitária	Risco Legal	Unidade não possui alvará sanitário para garantir às condições de higiene básica a saúde dos usuários e o regular funcionamento.	Possível falta de acompanhemento no prazo de solicitação de renovação.	Falta de garantia nas condições de higiene básica a saúde dos usuários e o regular funcionamento, bem como a unidade fica sujeita a notificações, multas ou suspensão de suas atividades.	4	2	8	RISCO MÉDIO	Providenciar junto a HEMOMAR a concessão imediata do documento e acompanhar trâmite de renovação atestado pela Vigilância Sanitária, conforme Resolução nº 7/2010 do Ministério da Saúde.
			3	Não fornecimento de água mineral	Risco Trabalhista	Verificou-se que a unidade não recebe água mineral para o consumo dos colaboradores e demais necessidades.	Falta de abastecimento ou ausência de contrato.	A norma 24 da CLT explica as exigências higiênicas para o bom funcionamento do ambiente de trabalho e para o bem-estar e na ausência do fornecimento de água potável, a empresa fica passível de multas, bem como da suspensão de atividades.	4	1	4	RISCO BAIXO	Responsável pela Agência Transfusional de Porto Franco deve recorrer a Hemomar para uma possível contratação de empresa para o referido fornecimento
			4	Ausência de manutenção predial	Risco Operacional	Banheiro com vaso sanitário inutilizado devido entupimento, estrutura de acondicionamento de ar condicionado irregular e falta de película nas janelas.	Ausência de manutenção predial.	Grande risco de desabamento, tragédias e insegurança aos usuários da unidade, limitação de execução dos serviços assistenciais.	4	2	8	RISCO MÉDIO	Notificação da empresa de manutenção predial e que realize os reparos necessários mediante solicitação oficial da Coordenação da Unidade.
			5	Ausência de POP's na Unidade	Risco Operacional	Relato que nunca foi fornecido o POP e dada a devida orientação pela equipe da EMSERH, onde o POP utilizado foi desenvolvido pelos próprios colaboradores.	Ausência de orientação da EMSERH.	Comprometimento na execução correta e padronizada das atividades da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Realizar implantação dos POP's para melhor formalização e padronização das atividades executadas.
	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	Ausência de termômetros nas caixas térmicas	Risco Operacional	Observou-se que as caixas térmicas da referida Agência Transfusional utilizada para transporte das bolsas de sangue e conservação não apresentavam termômetro para acondicionamento correto das bolsas.	Não envio de caixas térmicas novas.	Características básicas das hemácias podem ser perdidas e o material pode se deteriorar.	5	2	10	RISCO ALTO	Instalação de termômetros nas caixas térmicas da Agência, visando manter a qualidade e integridade no transporte nas bolsas de sangue.
			2	Centrifuga laboratorial com defeito	Risco Operacional	A centrifuga da Agência Transfucional encontra-se com defeito e quando necessário é realizado no laboratório do Hospital Municipal de Porto Franco.	Ausência de manutenção.	Não realização de atendimento, comprometimento do processo, desassistindo os pacientes e não atingimento das metas.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Atender as normas e padrões de qualidade aplicados aos serviços executados na Unidade, estruturação da agência transfusional com vista à melhoria da qualidade assistencial.

MAPEAMENTO DE RISCO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

Mapeamento de Risco:	**POLICLÍNICA AÇAILÂNDIA (RAUDIN Nº 16.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	José Lima Neto - Diretor Administrativo
Responsável (eis) pela Análise:	Jorge Luis Moura Nascimento Filho / Joselane de Oliveira Ribeiro / Solange Oliveira Pires / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	21/11/2022 — **Período Final da Análise:** 23/12/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
POLICLÍNICA AÇAILÂNDIA	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	**Comissões não implantadas na unidade**	**Risco Operacional**	No plano operativo constam as comissões de análise de prontuários, comissões de gerenciamento de resíduo, no entanto as mesmas não foram desenvolvidas.	Ausência de alinhamento pela coordenação da unidade para implantação das referidas comissões.	Falha no controle de melhoria contínua dos processos internos, intervindo na garantia de maior segurança e qualidade no atendimento prestado ao paciente nos serviços de saúde nas diversas áreas.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Implantação na unidade de todas as comissões pactuadas e readequação do PDT, como forma de garantir maior segurança aos usuários dos serviços da unidade em prol da oferta de um serviço de saúde de qualidade, humanizado para o cumprimento dos preceitos éticos e legais.
			2	**Infecção de pacientes em decorrência de mutirão de cirurgia oftalmológica**	**Risco de Integridade**	Relataram sobre pacientes que apresentaram infecção oftalmológica pós-cirurgias de catarata e pterígio ofertada através de mutirão realizado nos dias 23 e 25/08/2022 e 12 e 13/09/2022 em Açailândia.	Possível processo inadequado de esterilização instrumental a ser utilizado no paciente.	Infecções oftalmológicas.	3	5	15	*RISCO MUITO ALTO*	Recomendamos que a Diretoria Clínica da EMSERH tome providências urgentes quanto aos pacientes lesionados e que notifique a empresa sobre as devidas responsabilidades plausíveis ao ocorrido.
			3	**Técnica de radiologia com atraso de dosímetro**	**Risco Operacional**	O controle dos dosímetros, fomos informados que há o atraso do dispositivo.	O mesmo já foi solicitado pelo encarregado de faturamento, não havendo resposta positiva.	Ausência de proteção dos profissionais da área contra altos níveis de radiação que podem ser nocivos à saúde.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Que seja contatada a empresa que realiza a monitorização da radiação para que haja a entrega do dispositivo o quanto antes evitando descumprimento das normas de regulamentações da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Ministério do Trabalho.
			4	**Ausência de laudo em exames de Raios-X**	**Risco Operacional**	Ausência de laudo nos exames de Raios-X, uma vez que estes exames.	Falta do aparelho incluso em PDT.	Sem os laudos dificultam a análise médica, bem como o cumprimento das metas de produtividade.	4	1	4	RISCO BAIXO	Solicitação da inclusão no PDT do serviço de laudo dos exames de Raios-X, junto à gerência de gestão hospitalar.
			5	**Inadimplência de conferência do carrinho de parada**	**Risco Operacional**	Realizado visita na sala de endoscopia observamos que o checklist não constava junto ao carrinho de parada, ao ser questionada a cerca do checklist.	Falta de vistoria e acompanhamento do farmacêutico.	Faltas em situação de urgência, bem como a administração de medicamentos vencidos ou errados podem levar a tratamentos ineficazes, reações adversas, lesões temporárias, permanentes e até o óbito do paciente.	3	5	15	*RISCO MUITO ALTO*	Aperfeiçoar as medidas de controle e avaliação do checklist e conferência do carro evitando a administração de medicações vencidas, organizar a gestão dos processos, juntamente com treinamentos e atualizações de POPS.
		FARMÁCIA	1	**Ausência de POP na Farmácia**	**Risco Operacional**	Aguardo de documentos a serem enviados para unidade para posterior execução e treino da equipe.	Ausência de orientação da EMSERH.	Comprometimento na execução correta e padronizada das atividades da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Realizar implantação e Atualização dos POP's para melhor formalização e padronização das atividades executadas
			2	**Excesso de estoque na farmácia**	**Risco Financeiro**	Observou-se uma grande quantidade de estoque a ser devolvida a Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF, pois grande parte do material encontra-se na unidade desde sua inauguração.	Envio de materiais sem utilização na unidade.	Excesso parado em estoque com perda devido validade.	5	4	20	RISCO ALTO	A realização e programação do gerenciamento de estoque evitando o excesso de medicamentos e consequentemente perdas da validade dos mesmos, logo se recomenda a programação de inventários periódicos.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**POLICLÍNICA AÇAILÂNDIA (RAUDIN Nº 16.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	José Lima Neto - Diretor Administrativo
Responsável (eis) pela Análise:	Jorge Luis Moura Nascimento Filho / Joselane de Oliveira Ribeiro / Solange Oliveira Pires / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	21/11/2022 — **Período Final da Análise:** 23/12/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS – IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				TRATAMENTO DO RISCO
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
POLICLÍNICA AÇAILÂNDIA	DIREÇÃO ADMINISTRATIVA	FATURAMENTO	1	Produtividade abaixo do pactuado no PDT	Risco Operacional	Atendimentos em cardiologia, obstetrícia, otorrinolaringologista, proctologia, mastologia, nefrologia, consultas ambulatoriais psicólogo, nutricionista, diagnóstico por radiologia - raios x, ultrassonografia obstétrica, laboratório clínico e coleta de material por meio de punção/biopsia dentre outro procedimentos ficaram abaixo do estipulado no PDT.	Possível ausência de profissionais e/ou realização de exames.	Indicadores de metas inadequados para o perfil da unidade pode ocasionar desinvestimentos dos recursos públicos para a área da saúde.	5	4	20	RISCO ALTO	Avaliação, atualização do perfil da unidade de saúde no PDT e verificação novas estratégias, haja vista que a unidade não pode ficar desassistida para o cumprimento das metas.
		RECURSOS HUMANOS	1	Déficit de funcionários	Risco Operacional	Setor de farmácia, bem como outros setores da unidade encontram-se com quadro de pessoal em desfalque.	Possível falta de readequação do Plano de Trabalho, em vista do quadro de funcionários para demanda da unidade.	Comprometimento na execução das atividades da unidade.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Avaliação, atualização, e repactuação do perfil da unidade de saúde no PDT de acordo com as necessidades para cumprimentos das atividades rotineiras, bem como desenvolvimento eficaz das atividades da unidade.
		ADMINISTRATIVO	1	Pesquisa de satisfação	Risco Operacional	A unidade não possui mecanismos para a realização de pesquisa de satisfação, uma vez que isto agrega na melhora da prestação dos serviços e humanização do atendimento médico.	Falta de alinhamento para criação de recursos de realização da pesquisa.	Impossibilidade de mensurar satisfação, reclamações, opiniões quanto ao andamento dos serviços prestados.	4	1	4	RISCO BAIXO	Aplicação de meios de pesquisa de satisfação aos usuários e profissionais que estão na unidade, para obtenção de melhorias de qualidade.
			2	Descumprimento de documentação sanitária	Risco Legal	Unidade não possui alvará sanitário para garantir às condições de higiene básica a saúde dos usuários e o regular funcionamento.	Possível falta de acompanhamento e solicitação da documentação ou renovação.	Produção de efeitos nocivos ou prejudiciais à saúde humana, deixando de garantir a segurança ao usuário do estabelecimento, bem como possíveis punições previstas na lei.	4	3	12	RISCO ALTO	Direção Geral e/ou Administrativa da unidade deverá solicitar a concessão imediata do documento e acompanhar trâmite de atualização, haja vista que o funcionamento deverá ser atestado pela Vigilância Sanitária.
			3	Ausência de placas de sinalização	Risco Operacional	Observou-se que a unidade não possui placas de sinalização padrão em algumas salas com a identificação por setores.	Ausência da equipe da Qualidade para padronização da unidade.	Dificulta aos pacientes aos pacientes, acompanhantes e visitantes a visibilidade e identificação do local da instalação física e hospitalar.	4	1	4	RISCO BAIXO	Verificar e reforçar junto ao setor de qualidade da EMSERH, orientação e solicitação de placas de sinalização padronizadas.
			4	Ausência de informatização	Risco Operacional	Identificamos que a unidade não possui sistema de gestão adequado, visto que a grande maioria dos controles são executados via excel.	Ausência da implantação de um sistema de gestão.	Dificuldade no fechamento de atendimento dos pacientes, atualização de prontuários, desenvolvimento das atividades de rotina da unidade e lançamentos das produtividades.	4	1	4	RISCO BAIXO	É de extrema importância a informatização da unidade, uma vez que agiliza os processos e articula os sistemas em todos os setores, gerando uma fonte de dados completa, confiável e segura, que permite uma análise instantânea de informações e facilita a tomada de decisão pelos gestores.
			5	Ineficiência dos pedidos de material impresso	Risco Financeiro	Verificou se deficiência no material impresso da unidade para realização da atividade rotineira.	Controle das necessidades reais da unidade.	Utilização em grende quantidade de impressões, gerando maiores gastos.	4	1	4	RISCO BAIXO	Recomendamos que sejam avaliadas as reais necessidades e padronizações específicas junto ao administrativo e equipe de qualidade para que seja providenciado e solicitado junto a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF).

MAPEAMENTO DE RISCO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

Mapeamento de Risco:	**POLICLÍNICA AÇAILÂNDIA (RAUDIN Nº 16.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	José Lima Neto - Diretor Administrativo
Responsável (eis) pela Análise:	Jorge Luis Moura Nascimento Filho / Joselane de Oliveira Ribeiro / Solange Oliveira Pires / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	21/11/2022 — **Período Final da Análise:** 23/12/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
POLICLÍNICA AÇAILÂNDIA	DIREÇÃO ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	6	Estrutura do SAME inapropriada	Risco Operacional	Falta de espaço físico para armazenamento e busca de prontuários médicos.	Falta de estrutura adequada.	Perda de documentação que permite acompanhamento de evolução médica, visto que todo histórico dos pacientes estão na construção de tais documentos.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Realizar o planejamento e execução de organização dos prontuários visando segurança de informações e mantendo sigilo dos pacientes.
			7	Ausência de veículo e motorista	Risco Operacional	Relataram que a unidade necessita de carro de apoio, bem como no quadro de pessoal da unidade não prevê motorista e quando querem resolver alguns problemas solicitam o carro da regional.	Ausência de organização em termos administrativos bem solicitação para que haja melhor desempenho da unidade.	Dificuldade de cuidados imediatos e eficazes para salvar vidas em um ambiente de trabalho clínico e seguro com mobilidade máxima.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Diretoria da unidade deverá comunicar oficialmente a EMSERH acerca da questão supracitada, verificando a locação de veículo e/ou adequação do quadro de funcionários.
			8	Desgaste do adesivo perfurado da porta principal da unidade	Risco de Reputação	A direção da unidade relatou que o adesivo perfurado da porta principal da unidade está em estado de desgaste, rasgado e descolando.	Falta de manuteção e troca.	Visualização e imagem da entrada da unidade comprometida.	1	3	3	RISCO BAIXO	Diretoria da unidade deverá comunicar oficialmente a EMSERH acerca da questão supracitada.
			9	Inexecução do contrato nº 452/2021-GCC/EMSERH	Risco Operacional	Funcionários estavam há três meses sem recebimento de salário, ausência e não reposição de uniformes e crachás para a equipe de limpeza e observou-se também péssimo estado do piso da recepção.	Descumprimento de cláusulas contratuais.	Limpeza, higienização e consevação da unidade comprometidos.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Notificar empresa e regular fiscalização do contrato com o prestador de serviço quanto ao cumprimento das cláusulas apontadas em contrato, com a empresa contratada TRINDADE PISTOLATO TERCEIRIZAÇÃO, CONSTRUÇÕES, LOCAÇÕES, COLETA URBANA, TRANSPORTE E SERVIÇOS TÉCNICOS LTDA - GRUPO LIMPACK.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**POLICLÍNICA DE MATÕES DO NORTE (RAUDIN Nº 16.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Jefferson Luís Pinheiro Sousa - Diretor Administrativo
Responsável (eis) pela Análise:	Jorge Luis Moura Nascimento Filho / Joselane de Oliveira Ribeiro / Solange Oliveira Pires / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	21/11/2022 — **Período Final da Análise:** 23/12/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
POLICLÍNICA DE MATÕES DO NORTE	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	FATURAMENTO	1	**Produtividade abaixo do pactuado no PDT**	**Risco Financeiro**	As metas de consultas de profissionais nível superior de Nutricionista, consultas médicas cardiologia, mastologia, ginecologia, gastroenterologia e vascular, bem como serviço de apoio diagnóstico e terapia (SADT) em Diagnóstico em Radiologia e Colposcopia ficaram a abaixo do pactuado no PDT.	Possível ausência de profissionais e/ou realização de exames.	Indicadores de metas inadequados para o perfil da unidade pode ocasionar desinvestimentos dos recursos públicos para a área da saúde.	5	4	20	RISCO ALTO	Avaliação, atualização do perfil da unidade de saúde no PDT e verificação de estratégias a fim aumentar a produtividade dos serviços executados na Unidade, haja vista que a unidade não pode ficar desassistida para o cumprimento das metas.
		RECURSOS HUMANOS	1	**Inconsistência de informações PDT x Folha do RH**	**Risco Financeiro**	Identificou-se que não consta disponibilidade para o cargo de Diretora Técnica no PDT, bem como alguns cargos se encontram superior ao estipulado no PDT.	Falta de planejamento e atualização do PDT de acordo com as necessidades da unidade.	Impacto financeiro e orçamentário.	3	2	6	RISCO MÉDIO	Diretoria de RH da Emserh verifique a adequação do PDT, realize a realocação dos funcionários para custos referente do impacto da Emserh, analisando a disponibilidade de recursos que abrangem a despesa.
			2	**Inconsistências de pagamento de verbas salariais da EMSERH e IADVH sem justificativa**	**Risco Financeiro**	Foram identificados colaboradores que não estão exercendo suas atividades de acordo com sua jornada de trabalho.	Ausência de uma liderança ativa e fiscalização.	Impacto financeiro e orçamentário.	3	4	12	RISCO ALTO	Diretoria de RH da Emserh verifique o suposto ponto dos colaboradores que estão sendo batidos manualmente e recomendamos sindicância para apuração dos fatos.
			3	**Ocupação de cargo por colaborador falecido**	**Risco Financeiro**	O colaborador José Benedito Barboza de Oliveira técnico de enfermagem falecido em 2021, ainda se encontra na folha, mas sem recebimento de verbas salariais.	Não localização da família para requerimento das verbas trabalhistas junto a justiça.	Impacto financeiro e orçamentário.	4	1	4	RISCO BAIXO	Planilhas de controle com relação de funcionários vinculados a EMSERH e IADVH fornecidas pelo Setor de RH da unidade e Visita in loco.
		ADMINISTRATIVO	1	**Ausência de realização do processo de gerenciamento da informação**	**Risco Operacional**	Ausência e ciência dos contratos administrativos das empresas que fornecem e/ou prestam serviços para a unidade de saúde, bem como não possuem acesso ao Plano de Trabalho.	Falta de comunicação e alinhamento unidadeXEMSERH.	Comprometimento na execução das atividades da unidade, bem como ciência das informações pertinentes ao PDT da unidade.	5	4	20	RISCO ALTO	Recomenda-se que a Diretoria de Governança envie para as unidades os contratos de todas as empresas prestadoras de serviços para que tenham o conhecimento do que está sendo pactuado em contrato.
			2	**Material impresso desorganizados**	**Risco Operacional**	Grandes volumes de materiais impressos em estado de desorganização.	Ausência de espaço físico, bem como estantes para que seja acondicionado da forma correta e organizada.	Perda de materiais impressos.	4	1	4	RISCO BAIXO	Aplicabilidade das normativas que envolvem as boas Práticas de Gerenciamento e organização que seja feito ainda o controle criterioso das entradas e saídas dos estoques físicos de maneira que os impactos financeiros na administração pública sejam reduzidos evitando perdas de Materiais impressos e a solicitação via ofício de estantes para organização dos materiais

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**POLICLÍNICA DE MATÕES DO NORTE (RAUDIN Nº 16.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Jefferson Luís Pinheiro Sousa - Diretor Administrativo
Responsável (eis) pela Análise:	Jorge Luis Moura Nascimento Filho / Joselane de Oliveira Ribeiro / Solange Oliveira Pires / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	21/11/2022 — **Período Final da Análise:** 23/12/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
POLICLÍNICA DE MATÕES DO NORTE	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	3	**Balas de oxigênios em locais inapropriados**	**Risco Operacional**	Em visita a unidade evidenciou-se cilindros de oxigênio em lugares inapropriados sem funcionalidade dentro da unidade, observamos que não é realizado o devido zelo pela integridade física dos cilindros.	Ausência de solicitação junto a contratada para recolhimento.	Impacto financeiro e orçamentário, possíveis acidentes com o mesmo.	4	1	4	RISCO BAIXO	Diretoria administrativa deve realizar inventário dos cilindros bem como comunicar a SES a respeito do recolhimento dos cilindros uma vez que os mesmos não estão em uso.
			4	**Mobiliários inoperantes para uso**	**Risco Financeiro**	Em visita a unidade evidenciamos um quantitativo de cadeiras e longarinas com braços danificados, mobiliários mal conservados ou impróprios.	Falta de manutenção, medida preventiva e adequação periódica e sensibilização dos colaboradores para conservação.	Escassez e falta de alocação dos equipamentos e mobiliários para outras unidades, além da necessidade de manutenção constante e aumento de custos.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Oficiar a Unidade a operacionalização da oficina do Hospital a necessária medida preventiva e adequação periódica.
			5	**Balança de consultório inoperante**	**Risco Operacional**	A balança que fica em consultório da triagem estar sem funcionalidade a cerca de 3 meses.	Falta de manutenção e solicitação de novo equipamento.	Demora no atendimento, os pacientes precisam se deslocar para outra ala da clínica para realizar o complemento da triagem.	4	1	4	RISCO BAIXO	Intensificar planejamento organizacional, quanto ao acompanhamento das solicitações para que haja maior fluidez nas atividades da unidade, bem como maior desempenho do serviço aos usuários.
			6	**Limpeza e higiene da unidade de baixa qualidade**	**Risco de Reputação**	Acerca da limpeza foi evidenciado em visita que a unidade dispõe de grande sujidade em seu interior, após abertura de salas e consultórios observamos que não é realizado periodicamente a limpeza de forma adequada.	Falta de atuação adequada da equipe de limpeza.	Disseminação de microrganismos responsáveis pelas infecções relacionadas à assistência à saúde.	4	3	12	RISCO ALTO	Intensificar quanto ao acompanhamento do encarregado do serviço; quanto à atuação da equipe de limpeza, bem como a distribuição por setores da unidade, visando garantir a limpeza e desinfecção da mesma, rompendo a cadeia epidemiológica das infecções hospitalares.
			7	**Risco de desabamento da fossa**	**Risco de Reputação**	Observou-se que as fossas estão cedendo, causando grande risco de desabamento, tragédias e insegurança aos usuários da unidade.	Falta de manutenção.	Grande risco de desabamento, tragédias e insegurança aos usuários da unidade, limitação de execução dos serviços assistenciais.	4	3	12	RISCO ALTO	Comunicação junto a Diretoria de Engenharia da Emserh para providências quanto à regularização da infraestrutura no saneamento básico da unidade, tendo em vista perigo imitante.
			8	**Atrasos de repasses de pagamento de salário pela empresa LABVIDA**	**Risco Operacional**	A empresa LABVIDA responsável pelos serviços de laboratório da unidade está mais de 3 meses sem fazer os depósitos dos salários dos funcionários.	Descumprimento de cláusulas contratuais.	Com tudo isso, o salário, verba alimentar essencial, se não for pago de forma habitual, dentro do prazo legal, impede o desenvolvimento das atividades do laboratório	3	2	6	RISCO MÉDIO	Recomendamos que a Diretoria Clínica da EMSERH, verifique tais situações a fim de não causar prejuízo as atividades da unidade de saúde.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**POLICLÍNICA DE MATÕES DO NORTE (RAUDIN Nº 16.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Jefferson Luís Pinheiro Sousa - Diretor Administrativo
Responsável (eis) pela Análise:	Jorge Luis Moura Nascimento Filho / Joselane de Oliveira Ribeiro / Solange Oliveira Pires / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	21/11/2022 — **Período Final da Análise:** 23/12/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
POLICLÍNICA DE MATÕES DO NORTE	DIREÇÃO CLÍNICA	FARMÁCIA	1	**Medicações vencidas na farmácia**	**Risco Financeiro**	Em visita ao setor de farmácia da unidade identificamos várias medições fora da validade e acúmulo de materiais a serem devolvidos ao setor da CAF.	Falta de vistoria e acompanhamento do farmacêutico.	Falta de medicação e ou excesso parado em estoque com perda devido validade.	4	3	12	RISCO ALTO	Recomenda-se a programação de inventários periódicos (diários, semanais, trimestrais e anuais) que incluam todas as variáveis do processo de abastecimento (devoluções, avarias, sazonalidade, etc.) de maneira que seja possível a avaliação do valor contábil a título de encerramento do exercício fiscal.
		COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	**Comissões não implantadas na unidade**	**Risco Operacional**	No plano operativo constam as comissões de Ética Médica, Ética de Enfermagem, Revisão de Óbito (CRO), Comissões de Gerenciamento de Resíduos, Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Comissão de Análise de Prontuários, e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), no entanto as mesmas não foram desenvolvidas.	Ausência de alinhamento pela coordenação da unidade para implantação das referidas comissões.	Falha no controle de melhoria contínua dos processos internos, intervindo na garantia de maior segurança e qualidade no atendimento prestado ao paciente nos serviços de saúde nas diversas áreas.	2	3	6	RISCO MÉDIO	Implantação na unidade de todas as comissões pactuadas e readequação do PDT, como forma de garantir maior segurança aos usuários dos serviços da unidade em prol da oferta de um serviço de saúde de qualidade, humanizado para o cumprimento dos preceitos éticos e legais
			2	**Central de esterilização irregular**	**Risco Operacional**	Seladora que se encontra sem funcionamento, no entanto a selagem do material é feito de forma manual com uma fita crepe. A unidade possui 1 (um) autoclave de pequeno porte, no mesmo setor foram evidenciados situações que estão fora do padrão de higiene, bem como, baldes aparando água em baixo de bia, roupas sujas, papelões espalhados pelo chão, material embaixo da pia em estado crítico devido a vazamento da pia.	Não cumprimento dos processo básicos de higiene na CME.	Risco de transferência dos microrganismos para os instrumentos limpos e desinfetados.	4	3	12	RISCO ALTO	A organização e limpeza do setor de acordo com normas de critérios e controles do processo de esterilização.
			3	**Recorrência de defeito na Processadora de Raios-X**	**Risco Operacional**	Foi relatado pela técnica de raios-X, que constantemente a processadora de raios-X vem apresentando instabilidade no seu funcionamento.	Falta de troca de peça.	Não realização de atendimento, desassistindo os pacientes e não atingimento das metas.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Que o setor de Engenharia Clínica tome as providências junto à empresa sobre as manutenções e troca de peça da processadora de raios-X.
			4	**Instalações inadequadas do posto de coleta do laboratório**	**Risco Operacional**	Em visita as instalações físicas do posto de coleta verificaram-se as condições de climatização inadequada.	Ar condicionado sem funcionamento.	Limitação de execução dos serviços assistenciais.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Recomendamos a importância de se ter uma estrutura física razoável, um ambiente organizado, iluminado e ventilado e equipamentos em boas condições, para se atender as normas de higiene, considerando a responsabilidade as normas regulamentadoras.

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE PORTO FRANCO (RAUDIN Nº 16.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Carlos André Morais da Silva - Coordenador Administrativo
Responsável (eis) pela Análise:	Jorge Luis Moura Nascimento Filho / Joselane de Oliveira Ribeiro / Solange Oliveira Pires / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	21/11/2022 — **Período Final da Análise:** 23/12/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS				TRATAMENTO DO RISCO
									IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE PORTO FRANCO	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	FATURAMENTO	1	**Produtividade abaixo do pactuado no PDT**	**Risco Financeiro**	A meta de internação hospitalar de UTI ficou com um percentual de 64,84% ficando abaixo do estipulado no PDT. devido decréscimo no número de internações.	Devido decréscimo no número de internações.	Indicadores de metas inadequados para o perfil da unidade pode ocasionar desinvestimentos dos recursos públicos para a área da saúde.	5	4	20	RISCO ALTO	Avaliação, atualização do perfil da unidade de saúde no PDT e verificação de estratégias a fim aumentar a produtividade dos serviços executados na Unidade, haja vista que a unidade não pode ficar desassistida para o cumprimento das metas.
			2	**Execução de especialidades sem previsão no PDT**	**Risco Financeiro**	Novos serviços médicos, para serem executados na unidade. Os serviços médicos são na aérea de Gastroenterologia, que de acordo com a O.S. Nº 6952/2022 a partir de 10.10.2022, o serviço poderá ser iniciado pela empresa S dos S Jorge. A especialidade em Cirurgia Oncológica e Mastologia, que de acordo com a O.S. Nº 2212/2022 a partir de 07.11.2022.	Sem inclusão no PDT da unidade.	Impacto financeiro e orçamentário.	4	3	12	RISCO ALTO	Recomendamos que antes da execução de qualquer serviço a Diretoria Clínica da EMSERH, providencie a inclusão no PDT da unidade com seus respectivos recursos.
		RECURSOS HUMANOS	1	**Déficit de funcionários**	**Risco Operacional**	Necessidade de mais dois farmacêuticos, bem como de mais auxiliares, assistentes sociais e nutricionistas.	Falta de planejamento e atualização do PDT de acordo com as necessidades da unidade.	Tais desfalques acabam ocasionando muitas horas extras, assim como comprometimento na execução das atividades da unidade.	2	3	6	RISCO MÉDIO	Avaliação, atualização, e repactuação do perfil da unidade de saúde no PDT de acordo com as necessidades para cumprimentos das atividades rotineiras, bem como desenvolvimento eficaz das atividades da unidade
		ADMINISTRATIVO	1	**Descumprimento de documentação sanitária**	**Risco Legal**	Unidade não possui alvará sanitário para garantir às condições de higiene básica a saúde dos usuários e o regular funcionamento, bem como consta ausente também o CNES.	Possível falta de acompanhamento e solicitação da documentação ou renovação.	Produção de efeitos nocivos ou prejudiciais à saúde humana, deixando de garantir a segurança ao usuário do estabelecimento, bem como possíveis punições previstas na lei.	3	4	12	RISCO ALTO	Direção Geral e/ou Administrativa da unidade deverá solicitar a concessão imediata do documento e acompanhar trâmite de atualização, haja vista que o funcionamento deverá ser atestado pela Vigilância Sanitária.
			2	**Excesso de material impresso**	**Risco Financeiro**	Após visita em unidade observamos grande volume de materiais impressos sem uso.	Fomos informados que tal situação se ocasionou após a mudança do perfil da Unidade que antes era UTI COVID 19, mudou para ambulatório de cirurgia especializada, após essa mudança os materiais se acumularam em uma sala com espaço limitado.	Impacto financeiro e orçamentário.	4	1	4	RISCO BAIXO	Oficiar o fiscal do contrato quanto ao recolhimento do material, de forma que o mesmo seja recolhido antes do extravio ou perda da validade, evitando assim o acúmulo de material desnecessário na unidade.
			3	**Ausência de Computadores na Unidade**	**Risco Operacional**	Verificou-se que a unidade de saúde não possui computadores e impressoras para atender a demanda com eficiência.	Falta de solicitação de novos equipamentos.	Dificultando o fechamento de atendimento dos pacientes, atualização de prontuários e desenvolvimento das atividades de rotina e lançamentos das produtividades.	4	1	4	RISCO BAIXO	Reiterar junto ao setor competente a solicitação, tendo em vista que as informações administrativas, médicas dados eletrônicos de pacientes podem melhorar a qualidade e as decisões inerentes ao cuidado de saúde, além de facilitar o acesso aos serviços disponíveis de forma eficaz e precisa.
			4	**Ausência de realização do processo de gerenciamento da informação**	**Risco Operacional**	Ausência de ciência e acesso ao Plano de Trabalho da unidade onde constam os valores dos serviços e o quantitativo de colaboradores do RH.	Falta de comunicação e alinhamento unidadeXEMSERH.	Comprometimento na execução das atividades da unidade, bem como ciência das informações pertinentes ao PDT da unidade.	5	4	20	RISCO ALTO	Recomenda-se que a Gerência responsável envie para as unidades os Planos de Trabalho, haja vista que as informações ratificadas exercem caráter estratégico para um desenvolvimento organizacional.

MAPEAMENTO DE RISCO

Mapeamento de Risco:	**UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE PORTO FRANCO (RAUDIN Nº 16.2022)**
Gestor Responsável pelo Processo:	Carlos André Morais da Silva - Coordenador Administrativo
Responsável (eis) pela Análise:	Jorge Luis Moura Nascimento Filho / Joselane de Oliveira Ribeiro / Solange Oliveira Pires / Vânia Paula Moura Martins
Período Inicial da Análise:	21/11/2022 — **Período Final da Análise:** 23/12/2022

MATRIZ DE RISCO

MACROPROCESSOS	PROCESSOS		Nº	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO					AVALIAÇÃO DOS RISCOS — IDENTIFICAÇÃO DOS CONTROLES EXISTENTES				TRATAMENTO DO RISCO
				TEMAS	CATEGORIA	EVENTOS	CAUSAS	EFEITOS/ CONSEQUÊNCIAS	PROBABILIDADE	IMPACTO	RISCO INERENTE	NÍVEL DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE PORTO FRANCO	DIRETORIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVO	5	**Irregularidade no fornecimento de enxoval**	**Risco Financeiro**	A empresa Minerva Construção Eireli, responsável pelo fornecimento de enxoval, no ato do recolhimento das roupas sujas não faz uso da balança para a pesagem.	Descumprimento de cláusula contratual e ausência de fiscalização.	Oneração de custos com a contratada.	4	3	12	RISCO ALTO	A não utilização de balanças pode acarretar em imprecisão dos valores de pesagem, podendo causar prejuízos tanto para a empresa contratada, quanto para a EMSERH, o fiscal do contrato deve ser informado quanto à irregularidade e orientar quanto ao acompanhamento e coleta, nos termos do referido contrato.
			6	**Inexecução do contrato nº 449/2021-GCC/EMSERH**	**Risco Financeiro**	Os funcionários estavam há três meses sem recebimento de salário, ausência e não reposição de uniformes e crachás para a equipe de limpeza, bem como falta constante no fornecimento de alguns materiais.	Descumprimento de cláusulas contratuais.	Limpeza, higienização e consevação da unidade comprometidos.	3	3	9	RISCO MÉDIO	Notificar empresa e regular fiscalização do contrato com o prestador de serviço quanto ao cumprimento das cláusulas apontadas em contrato, com a empresa contratada TRINDADE PISTOLATO TERCEIRIZAÇÃO, CONSTRUÇÕES, LOCAÇÕES, COLETA URBANA, TRANSPORTE E SERVIÇOS TÉCNICOS LTDA – GRUPO LIMPACK.
	DIREÇÃO CLÍNICA	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	1	**Falta de equipamentos na UTI**	**Risco Operacional**	A UTI conta com um quantitativo pequeno de bombas de infusão, bem como respiradores.	Aparelhos com defeito ou em manutenção.	Devido à falta de respiradores e monitor existiam casos de pacientes que eram transferidos para o município de Imperatriz, visto a UTI não disponibilizar de equipamentos suficiente para atendimento da demanda.	4	3	12	RISCO ALTO	Oficializar junto ao setor responsável na sede da Emserh acerca da necessidade e disponibilização de mais equipamentos para a UTI (respiradores e bombas de infusão).
			2	**Destinação incorreta de insumos e medicamentos**	**Risco Financeiro**	De acordo com a farmacêutica a EMSERH ofertaria os serviços médicos e a secretaria municipal de saúde ficaria com o fornecimento de insumos e medicamentos. Entretanto, algumas cirurgias começaram a serem executadas na unidade e com isso a farmacêutica vem sofrendo pressão para o fornecimento dos insumos e medicamentos a pedido do Secretário Municipal de Saúde.	Falta de alinhamento e planejamento das atividades.	Falta de materiais e desvio de ensumos.	4	3	12	RISCO ALTO	Recomendamos que a Diretoria Clínica da EMSERH, apure os devidos fatos e que reveja como será o fornecimento desses insumos e medicamentos junto a CAF se existem recursos destinados para esses serviços.
			3	**Desfalque de médicos**	**Risco de Reputação**	Problemas com a empresa médica Saúde Vida, com ausência de profissionais médicos nos plantões.	Falta de fiscalização e comprometimento dos profissionais.	A unidade fica sem cirurgião, geralmente as faltas ocorrem nos finais de semana, gerando desorganização nas escalas.	4	3	12	RISCO ALTO	Notificar a empresa médica quanto as faltas constantes de profissionais médicos cirurgiões.
			4	**Comissões não implantadas na unidade.**	**Risco Operacional**	No plano operativo constam as comissões de Ética Médica, Ética de Enfermagem, Revisão de Óbito (CRO), Comissões de Gerenciamento de Resíduos, Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Comissão de Análise de Prontuários, e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), no entanto as mesmas não foram desenvolvidas.	Ausência de planejamento.	Ausência de maior engajamento de toda a equipe multidisciplinar maior segurança aos usuários dos serviços da unidade.	3	2	6	RISCO MÉDIO	Implantação na unidade de todas as comissões pactuadas e readequação do PDT, como forma de garantir maior segurança aos usuários dos serviços da unidade em prol da oferta de um serviço de saúde de qualidade, humanizado para o cumprimento dos preceitos éticos e legais.

ANEXO II

RECOMENDAÇÕES 2021- RESPOSTAS

(SEDE E UNIDADES DE SAÚDE)

RECOMENDAÇÕES - MAPA DE RISCO

UNIDADES DE SAÚDE 2021

Nº RAUDIN	PROCESSO	TEMAS	RECOMENDAÇÃO	PROVIDÊNCIAS DO GESTOR	SITUAÇÃO
RAUDIN Nº 01/2021	HOSPITAL TARQUÍNIO LOPES FILHO	Bloqueio de dias no agendamento médico ambulatorial	• Acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução das agendas firmadas com empresas que prestam serviços ambulatoriais a Unidade. • Controle e gestão da diretoria da unidade sobre os serviços pactuados com as empresas e exigência do cumprimento. Realizar notificações ao setor de Gestão Hospitalar da EMSERH de todas as ocorrências semanalmente. • Manter auditoria hospitalar regularmente para acompanhamento dos serviços prestados in loco	A Unidade de Saúde deixou de ser administrada pela EMSERH 31/01/2022	cancelado

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

RECOMENDAÇÕES - MAPA DE RISCO

UNIDADES DE SAÚDE 2021

Nº RAUDIN	PROCESSO	TEMAS	RECOMENDAÇÃO	PROVIDÊNCIAS DO GESTOR	SITUAÇÃO
RAUDIN Nº 02/2021	HOSPITAL GENESIO REGO	Prontuários eletrônicos	• Que a Direção Administrativa da faça implantação de ferramentas de controle mensal de exames requisitados com os faturados pela CEDRO (Coleta os dados diariamente); • Que a Diretoria Clínica da unidade, comunique aos médicos sobre a necessidade de solicitação do TSA com os exames de cultura para melhor prescrição médica do paciente (antibicoterapia), a fim de garantir controle e acompanhamento dos referidos serviços; • Que a Diretoria Administrativa da unidade, interceda junto à empresa Eco Sistemas responsável pelo Sistema Klinicos, a consolidação de dados por paciente no sistema para melhor visualização de custos de exames por paciente; • Que Diretoria Clínica da unidade e Setor de Faturamento, providenciem a inclusão das requisições de exames laboratoriais casada com os resultados dos mesmos nos prontuários utilize padronização nos procedimentos de solicitação de exames via sistema com inclusão física da requisição nos prontuários dos pacientes.	Sem resposta	Não Concluído
		Sistema Hospitalar		Sem resposta	Não Concluído

RECOMENDAÇÕES - MAPA DE RISCO

UNIDADES DE SAÚDE 2021

Nº RAUDIN	PROCESSO	TEMAS	RECOMENDAÇÃO	PROVIDÊNCIAS DO GESTOR	SITUAÇÃO
RAUDIN Nº 03/2021	HOSPITAL REGIONAL DE CAXIAS – DR. EVERALDO FERREIRA ARAGÃO	Exames de Imagem	• Que as Diretorias da unidade de saúde, através do setor de faturamento se certifique que os relatórios de produtividade apresentados nos respectivos processos de pagamento sejam fieis a produção registrada pelos responsáveis pelos procedimentos, para fins de controle e fiscalização.• Que a Gerência de Engenharia Clinica proceda com a identificação do equipamento de mamografia, no parque tecnológico encaminhado pela Secretária Estadual de Saúde SES para a unidade de saúde; Que a Diretoria Clinica da unidade busque mecanismo de fiscalização junto aos prestadores de serviços na unidade a fim de garantir controle e acompanhamento dos referidos serviços.	Sem Resposta	Não Concluído

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

RECOMENDAÇÕES - MAPA DE RISCO

UNIDADES DE SAÚDE 2021

Nº RAUDIN	PROCESSO	TEMAS	RECOMENDAÇÃO	PROVIDÊNCIAS DO GESTOR	SITUAÇÃO
RAUDIN Nº 04/2021	HOSPITAL REGIONAL DE CAXIAS – DR. EVERALDO FERREIRA ARAGÃO	Prestação de Serviços Médicos	• Que a Diretoria Clinica da unidade busque mecanismo de fiscalização junto aos prestadores de serviços médicos na unidade a fim de garantir controle e acompanhamento dos referidos serviços e acompanhe serviços multiprofissionais; • Que a Diretoria Administrativa da Unidade, utilize controles internos em cada setor, fluxos e procedimentos capazes de garantir confiabilidade das informações, segurança dos pacientes e da equipe assistencial e administrativa de toda unidade.	Sem Resposta	Não Concluido
		Especialidades Médicas em conformidade com UNACON		Sem Resposta	Não Concluido
		Quadro de Colaboradores em diversos setores		Será solicitado as escalas das unidades para analise de possiveis inconsistências.	Concluido Parcialmente

RECOMENDAÇÕES - MAPA DE RISCO

UNIDADES DE SAÚDE 2021

Nº RAUDIN	PROCESSO	TEMAS	RECOMENDAÇÃO	PROVIDÊNCIAS DO GESTOR	SITUAÇÃO
RAUDIN Nº 05/2021	HOSPITAL DE TIMBIRAS	Exames Laboratoriais	*Acompanhar e fiscalizar as demandas da Unidade, principalmente os serviços laboratoriais prestados na Unidade; *Atentar-se para que o valor mensal da despesa com os serviços laboratoriais não ultrapasse o previsto no Plano Operativo da Unidade; *Garantir a celeridade dos processos licitatórios para os serviços e/ou aquisições previstas no Plano Operativo da Unidade; *Acompanhar e monitorar o cumprimento das determinações previstas no Procedimento Operacional Padrão nº QUA/ADM/FAT/POP/002; *Garantir fidelidade dos dados mencionados nos prontuários e resultados de exames; *Providências quanto a juntada da cópia das requisições e exames ao prontuário dos pacientes;	Sem resposta da Diretoria Clínica	Não Concluído
		Sistema Clínico (Laboratório)		Sem resposta da Diretoria Clínica	Não Concluído
		Equipamentos Médicos		A Diretoria de Engenharia e a Gerência de Eng. Clínica, informa que tomou medidas cabíveis em relação a conservação dos equipamentos médicos, deslocando para o almoxarifado da unidade esses equipamentos sem uso e comunicamos a supervisão do hospital quanto a essa problemática.	Concluído
		Setor de Enfermaria (Infiltração)		A Gerência de Engenharia e Manutenção através memo. nº 256/2022, informa que o probelma da infiltração foi resolvido.	Concluído
		Farmácia (Medicamentos vencidos)	*Recomenda-se que a Gerência da CAF oriente para que os hospitais façam o controle dos medicamentos/materiais médicos em estoque, bem como que seja comunicado formalmente a esta EMSERH, a fim de viabilizar possíveis permutas entre as Unidades antes do vencimento, bem como adequar os pedidos à demanda de forma mais assertiva.	Existe um POP específico desse tema, validado pela Qualidade que estabelece todos os critérios e responsabilidades que são coordenador de farmácia. Além disso o GMED oferece o recurso para filtro do que está a vencer e vencidos, para bloqueio e ajuda no desprezo na própria unidade, visto que todas as unidades possuem contrato de coleta de resíduos biológicos.	Concluído

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

RECOMENDAÇÕES - MAPA DE RISCO

UNIDADES DE SAÚDE 2021

Nº RAUDIN	PROCESSO	TEMAS	RECOMENDAÇÃO	PROVIDÊNCIAS DO GESTOR	SITUAÇÃO
RAUDIN Nº 06/2021	HOSPITAL DE CHAPADINHA	Exames Laboratoriais	• Acompanhar e fiscalizar as demandas da Unidade, principalmente os serviços laboratoriais prestados na Unidade e Atentar-se para que o valor mensal da despesa com os serviços laboratoriais não ultrapasse o previsto no Plano Operativo da Unidade; • Providências quanto a implantação de sistema de gestão hospitalar com maior brevidade possivel.	Sem resposta da Diretoria Clinica	Não Concluido
		Sistema Clinico		Sem resposta da Diretoria Clinica	Não Concluido

RECOMENDAÇÕES - MAPA DE RISCO

UNIDADES DE SAÚDE 2021

Nº RAUDIN	PROCESSO	TEMAS	RECOMENDAÇÃO	PROVIDÊNCIAS DO GESTOR	SITUAÇÃO
RAUDIN Nº 07/2021	HOSPITAL DE CHAPADINHA	Ausência de médicos nos plantões	Recomenda-se que a Gerência de Gestão Hospitalar, com base nos apontamentos desta Auditoria Interna, tome providências imediatas quanto a regularização dos serviços médicos prestados na Unidade, de forma a garantir atendimento de qualidade aos usuários da Hospital Geral de Alto Alegre do Maranhão. Recomenda-se também que as Gerências de Qualidade e Controle e avaliação intercedam no que tange a instrução dos prontuários, promovendo treinamento dos colaboradores envolvidos no processo.	Sem resposta da Diretoria Clínica	Não Concluído
		Inconsistência no livro de ocorrência		Sem resposta da Diretoria Clínica	Não Concluído

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

RECOMENDAÇÕES - MAPA DE RISCO

UNIDADES DE SAÚDE 2021

Nº RAUDIN	PROCESSO	TEMAS	RECOMENDAÇÃO	PROVIDÊNCIAS DO GESTOR	SITUAÇÃO
RAUDIN Nº 08/2021	HOSPITAL DE PEDREIRAS	Exames Tomografias	Recomenda-se que seja feito a verificação dos pacientes que realizaram os exames de imagem diagnostica (tomografia computadorizada) e que a Diretoria Clinica intensifique este acompanhamento, de forma a garantir a transparência e fidelidade das informações.	Sem resposta da Diretoria Clinica	Não Concluido

RECOMENDAÇÕES - MAPA DE RISCO

UNIDADES DE SAÚDE 2021

Nº RAUDIN	PROCESSO	TEMAS	RECOMENDAÇÃO	PROVIDÊNCIAS DO GESTOR	SITUAÇÃO
RAUDIN Nº 09/2021	UPA SÃO JOÃO DOS PATOS	Comissão Obrigatória	Implantação das comissões obrigatórias conforme as diretrizes da unidade a fim de garantir o controle e subsidiar as ações de Gestão da Unidade; Acompanhamento diário e em todos os horários da frequência dos profissionais em atuação na unidade; Registrando setores e substituições quando necessário; Manter comunicação com a regional e secretarias de saúde dos municípios que compõe sua área de atuação, informando as reais atividades de saúde que são realizadas na unidade e sua capacidade, com intuito de melhorar a demanda e cumprimento de metas; Controle dos plantões médicos e devida cobrança de honorários; Atualização dos registros no CNES para controle e gestão dos custeios dos serviços de saúde; Acompanhamento e exigência do registro do CRM-MA de todos os profissionais médicos para atuarem na Unidade;	Sem resposta da Diretoria Clínica	Não Concluído
		Prestação de Serviços Médicos		Sem resposta da Diretoria Clínica	Não Concluído
		Consultas Médicas		Sem resposta da Diretoria Clínica	Não Concluído
		Doação de medicamento	Proibição de liberação de qualquer insumo ou medicamento sem autorização oficial do diretor clínico ou diretor administrativo e com validação pela CAF/EMSERH;	Criação de um FLUXO para validade essa informação as unidades e a própria EMSERH.	Concluído
		Substituição de Equipamento	Verificar no parque tecnológico da SES e EMSERH a disponibilidade de equipamento de imagem diagnóstica RX que atenda necessidade da Região/Unidade;	A Diretoria de Engenharia e Gerencia de Eng. Clínica, informa que o equipamento mencionado trata-se de um raio x MOVEL de 100mA, tem a sua principal função de fazer procedimento de imagem em paciente acamados(Beira de leito). O equipamento instalado trata-se de um Raio x FIXO de 800mA com a capacidade suficiente em atender a demanda de uma UPA. Em anexo OS da instalação.	Concluído
		Sistema Clínico	Atualização e treinamento das equipes no sistema Klinicos; E ampliação dos computadores da unidade para que haja completo atendimento e prontuários organizados;	Sem resposta da Diretoria Clínica	Não Concluído
		Desorganização dos prontuários clínicos	Disponibilizar de área adequada para armazenamento dos prontuários (SAME);	Sem resposta da Diretoria Clínica	Não Concluído
		Descumprimento Contratual	Cobrança do contrato de limpeza e higienização quanto aos insumos ofertados aos profissionais para execução adequada de suas atividades; Manter a harmonia e controle de todos os serviços ofertados ao usuário SUS.	Informamos que a empresa já foi notificada, porém ainda não solucionou o problema. Será novamente notificada e abriremos processo de aplicação de penalidade.	Concluído Parcialmente

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

RECOMENDAÇÕES - MAPA DE RISCO

UNIDADES DE SAÚDE 2021

Nº RAUDIN	PROCESSO	TEMAS	RECOMENDAÇÃO	PROVIDÊNCIAS DO GESTOR	SITUAÇÃO
RAUDIN Nº 10/2021	HOSPITAL DE PEDREIRAS	Comissão Obrigatória	• Acompanhar a execução dos contratos firmados com prestadores de serviços e/ou fornecedores de materiais, sob acompanhamento e orientação dos seus fiscais; • Celeridade quanto à abertura de processos licitatórios para os serviços e/ou aquisições previstas no Plano Operativo da Unidade; • Revisar e adequar às metas do Plano Operativo/Contrato nº 197/2020/SES; • Verificar junto a EMSERH quanto à possibilidade de treinamentos e capacitações na Unidade; • Definir o profissional responsável pelo acompanhamento de todas as entradas dos profissionais EMSERH e IADVIH para refeições; • Correções imediatas das irregularidades apontadas neste Relatório.	Sem resposta da Diretoria Clínica	Não Concluído
		Esterilização de materiais médicos		A Diretoria e a Gerencia de Engenharia Clinica, informa que foi solucionado o problema, portanto as autoclaves estão funcionando normalmente	Concluído
		Controle de Refeição		Sem resposta da Diretoria Clínica	Não Concluído
		Vigilância Sanitária		Sem resposta da Diretoria Clínica	Não Concluído
		Enxoval para os funcionários		Diretoria Administrativa: Houve diminuição de roupas privativas devido a diminuição do COVID-19. Não houve notificação nesse período e nem informação do fiscal técnico quanto a necessidade do aumento de enxoval.	Concluído Parcialmente
		Bomba de vácuo		O SESMT pediu para encaminhar essa demanda a Diretoria de Engenharia	Concluído Parcialmente

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

RECOMENDAÇÕES - MAPA DE RISCO

UNIDADES DE SAÚDE 2021

Nº RAUDIN	PROCESSO	TEMAS	RECOMENDAÇÃO	PROVIDÊNCIAS DO GESTOR	SITUAÇÃO
RAUDIN Nº 11/2021	HOSPITAL DE CHAPADINHA	Serviços Médicos	*Que a Diretoria Clínica da unidade busque mecanismo de fiscalização junto aos prestadores de serviços médicos na unidade a fim de garantir controle e acompanhamento dos referidos serviços. *Que a Diretoria Geral, utilize controles internos em cada setor, fluxos e procedimentos capazes de garantir confiabilidade das informações, segurança dos pacientes e da equipe assistencial e administrativa de toda unidade.	Sem resposta da Diretoria Clínica	Não Concluído

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

RECOMENDAÇÕES - MAPA DE RISCO

UNIDADES DE SAÚDE 2021

Nº RAUDIN	PROCESSO	TEMAS	RECOMENDAÇÃO	PROVIDÊNCIAS DO GESTOR	SITUAÇÃO
RAUDIN Nº 12/2021	HOSPITAL DE PEDREIRAS	Pesagem de Roupas	Que a Diretoria Administrativa intensifique este acompanhamento, de forma a garantir a transparência e fidelidade das informações.	A situação foi resolvida pela empresa não gerando notificação. A Unidade contactou a fiscal do contrato e solicitou a correção por parte da empresa. Importante ressaltar que em nossos contratos consta que havendo divergência entre as pesagens prevalecerá a da Unidade para fins de faturamento	Concluído

RECOMENDAÇÕES - MAPA DE RISCO

UNIDADES DE SAÚDE 2021

Nº RAUDIN	PROCESSO	TEMAS	RECOMENDAÇÃO	PROVIDÊNCIAS DO GESTOR	SITUAÇÃO
RAUDIN Nº 13/2021	HOSPITAL REGIONAL ADÉLIA MATOS	Desligamento de Colaborador	Adequar às funções dos colaboradores no quadro de pessoal para que estejam em consonância com o Plano Operativo da Unidade	Foi elaborado um procedimento operacional descrevendo o fluxo de solicitação de desligamento.	Concluído
		Fluxo Circulação	Recomenda-se intensificar trabalho de triagem e admissão real pelo serviço social e controle na portaria, identificando os visitantes com crachás, mediantes a apresentação de documentos.	Encaminhar essa ação para Diretoria Administrativa	Concluído Parcialmente
		Comissão Obrigatória	Recomenda-se a regularização de RH e CONTRATAÇÕES MÉDICAS para implantação imediata das Comissões previstas no Plano Operativo, essenciais a plena execução das atividades na Unidade de Saúde e que a escala médica se mantenha atualizada e alterações sejam devidamente registradas	Sem resposta da Diretoria Clínica	Não Concluído
		Escala Médica		Sem resposta da Diretoria Clínica	Não Concluído
		Descumprimento Contratual (Serviço de lavanderia)	Acompanhar a execução dos contratos firmados com prestadores de serviços e/ou fornecedores de materiais, sob acompanhamento e orientação dos seus fiscais, bem como se estão atendendo todas as obrigações.	A empresa não foi notificada a época pois não houve informação do fiscal técnico de que haviam peças fora do padrão. Faremos um alinhamento para melhor comunicação entre fiscais técnicos e administrativos e definição de fichas para documentação dos acompanhamentos de execução dos contratos.	Concluído Parcialmente
		Descumprimento Contratual (serviço de limpeza)		A EMSERH não gerencia o contrato de mão de obra terceirizada de limpeza para esta Unidade desde janeiro de 2021.	Concluído Parcialmente
		Descumprimento Contratual (água mineral)		A empresa foi notificada quanto a subcontratação e a partir do mês de agosto deverá encaminhar dentro do processo de pagamento todos os recibos de entrega assinados pelo fiscal responsável pelo recebimento.	Concluído
		Descumprimento Contratual (lixo infectante)		Informamos que precisamos de mais informações a respeito do ocorrido, pois não temos nenhum registro de ocorrência relatado pela unidade (fiscais técnicos). Informamos ainda que o acompanhamento da execução dos serviços é feito por meio dos relatórios de acompanhamento nos processos de pagamento, bem como, nos cronogramas de desembolso/execução. É importante ressaltar que, temos os fiscais técnicos para verificar a correta execução do contrato em loco.	Concluído Parcialmente
		Fornecimento de Refeições		Sem resposta da Diretoria Clínica	Não Concluído
		Cobrança Indevida na Nota Fiscal	Revisar e adequar das metas do Plano Operativo	Sem resposta da Diretoria Clínica	Não Concluído
		Abastecimento de gasolina nos carros da Unidade	Recomenda-se acompanhamento direto pela supervisão administrativa e encarregado de transporte, bem como realização de diário de bordo detalhado que deverá ser encaminhado mensalmente para EMSERH.	Essa divergência já havia sido notificada pelo próprio setor de logística da gerência administrativa, não há falha contratual, há falha no acompanhamento dos motoristas. Após contratação do novo coordenador de logística será elaborado plano de ação para resolução desse problema.	Concluído Parcialmente
		Serviço de limpeza de fossa	Recomenda-se avaliação da engenharia, sob orientação do fiscal do contrato, para possível aumento na quantidade de coletas, bem como notificar essas unidades e mantenha o portão da lixeira trancado.	Foi detectado um tubo de água fria rompido e o mesmo era o que estava ocasionando encharcamento do terreno, onde a água (lama) escorria pela rua, para solucionar o problema foi construído um tanque séptico conforme NBR 7229 para sanar os probelmas.	Concluído
		Notificação por descarte indevido de lixo		A dispensação de material perfuro-cortante no lixo comum recolhido, não compete nem à empresa prestadora de serviço de limpeza, nem à empresa prestadora de serviço de coleta de resíduos, visto que após a utilização a equipe médica que realizou a dispensação deste material em local indevido.	Concluído Parcialmente
		Controle de Materais	Recomenda-se que seja atualizado inventário e planilha de balanço com dados dos centros de custo de cada setor	O almoxarifado e inventário das Unidades compete aos diretores administrativos das mesmas.	Concluído Parcialmente

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

RECOMENDAÇÕES - MAPA DE RISCO

UNIDADES DE SAÚDE 2021

Nº RAUDIN	PROCESSO	TEMAS	RECOMENDAÇÃO	PROVIDÊNCIAS DO GESTOR	SITUAÇÃO
RAUDIN Nº 14/2021	HOSPITAL DE BARREIRINHAS	Fardamento para colaborador	Realizar avaliação de desempenho, principalmente com os profissionais que exercem liderança: coordenação administrativa, supervisores administrativos, encarregados de hotelaria; encarregado de manutenção; governança, supervisores em geral; Avaliar a Adequar as funções dos colaboradores no quadro de pessoal, para que estejam em consonância com o Plano Operativo da Unidade	Realizando levantamento dos funcionários IADVH que estão faltando fardamento e disponibilizar.	Concluído Parcialmente
		Quantitativo de Colaborador		Temos disponível no PDT da unidade 45 profissionais e temos contratado 44. Com relação ao controle de ponto temos um cronograma de implantação ao longo do ano.	Concluído
		Fluxo Circulação		Encaminhar essa ação para Diretoria Administrativa	Concluído Parcialmente
		Descumprimento Contratual (Serviço de lavanderia)	Recomenda-se que seja feito notificação para a empresa com relação à irregularidade fiscal, bem como verifique a possibilidade de aplicação de multa, rescisão contratual e contratação de nova empresa para a unidade;	Foi feita notificação de entrega de enxoval insuficiente no dia 11/09/2021, porém a situação foi sanada e não tivemos mais nenhum relato por parte do fiscal técnico sobre qualquer não conformidade na prestação deste serviço.	Concluído
		Descumprimento Contratual (Fornecimento de Refeições)		Sem Resposta da Diretoria Clínica	Não Concluído
		Abastecimento de gasolina nos carros da Unidade	Acompanhar a execução dos contratos firmados com prestadores de serviços e/ou fornecedores de materiais, sob acompanhamento e orientação dos seus fiscais;	Essa divergência já havia sido notificada pelo próprio setor de logística da gerência administrativa, não há falha contratual, há falha no acompanhamento dos motoristas. Após contratação do novo coordenador de logística será elaborado plano de ação para resolução desse problema.	Concluído Parcialmente
		Serviço de limpeza de fossa	Recomenda-se avaliação da engenharia, sob orientação do fiscal do contrato, para possível aumento na quantidade de coletas. Acompanhar a execução dos contratos firmados com prestadores de serviços e/ou fornecedores de materiais, sob acompanhamento e orientação dos seus fiscais.	A quantidade de coletas que vem sendo executadas atende a demanda do hospital, e não há relatos recentes de extravasamento de esgoto. Será solictado à empresa JR Almeida que apresente a licença de operação da ETE onde são lançados os dejetos.	Concluído
		Escala Médica	Recomenda-se que a escala médica se mantenha atualizada e alterações sejam devidamente registradas, a fim de garantir a transparência dos serviços prestados, além de fazer com que os médicos cumpram suas CH. E a CCIH faça intervenção nas atividades executadas na unidade;	Sem Resposta da Diretoria Clínica	Não Concluído

RECOMENDAÇÕES - MAPA DE RISCO

UNIDADES DE SAÚDE 2021

Nº RAUDIN	PROCESSO	TEMAS	RECOMENDAÇÃO	PROVIDÊNCIAS DO GESTOR	SITUAÇÃO
RAUDIN Nº 15/2021	HOSPITAL REGIONAL DE CARUTAPERA E HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUA	Escala Médica	Recomenda-se que as escalas de atendimentos médicos sejam validadas previamente pela Direção da unidade de maneira que as mesmas possam ser cumpridas na integra, evitando assim, duplicidades na prestação de serviços pelo mesmo profissional.	Sem Resposta da Diretoria Clinica	Não Concluido
		Ausência de Especialidade Médica	Recomenda-se abertura de processo licitatório e ou contratação emergencial para o serviço de anestesiologia na unidade, tendo em vista que o profissional qualificado cuida da vida e da segurança do paciente durante a cirurgia.	Sem Resposta da Diretoria Clinica	Não Concluido
		Ausência de Coordenação	Recomenda-se contratação emergencial das lideranças, bem como treinamento de gestão para todos os colaboradores que exerçam a função de comando	Temos no PDT da unidade 1 cargo de coordenador de enfermagem e o mesmo esta preenchido.	Concluido
		Escala Médica	Recomenda-se que o Diretor Clinico da unidade escale imediatamente outro e que a Gerência de Gestão Hospitalar/EMSERH faça uma reanálise das escalas médicas	Sem Resposta da Diretoria Clinica	Não Concluido
		Cadastramento no CNES e/ou Relação de Honorários Médicos	Recomenda-se a regularidade dos profissionais junto ao CNES e que a Diretoria Clinica/EMSERH acompanhe a execução regular dos médicos na unidade de saúde.	Sem Resposta da Diretoria Clinica	Não Concluido
		Escala Médica	Recomenda-se retificação das escalas médica em consonância com o praticado na unidade hospitalar	Sem Resposta da Diretoria Clinica	Não Concluido
		Autoclave	Recomenda-se que a Diretoria da unidade realize treinamento com os profissionais para a utilização do equipamento, que alinhe junto ao profissional médico escala somente após o concerto da autoclave	Sem Resposta da Diretoria de Engenharia (Gerência de Engenharia clínica)	Não Concluido
		Equipamentos de TI	Recomenda-se que seja verificado junto a Gerência de TI/EMSERH quanto a aquisição urgente de estabilizadores, nobreaks, protetores eletrônicos e os dispositivos de proteção elétrica	Existem visitas constantes dos técnicos da TI para as unidades citadas, bem como realizamos a troca de suprimentos de informática nas referidas unidades. Contudo, estabilizadores e nobreaks são considerados materiais permanentes ou investimentos para as unidades, ou seja, competência da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES. Não existe linhas de custeio para suprimento de informática para as unidades.	Concluido Parcialmente
		Plantões consecutivos	Recomenda-se que o profissional busque moradia fora do ambiente hospitalar, para que também outros profissionais possam usufruir da sala de repouso	Sem Resposta da Diretoria Clinica	Não Concluido
		Ausência de Cadastro do CRM	Recomenda-se necessidade de regularidade dos médicos junto ao Conselho Regional de Medicina do Maranhão (CRM-MA)	Sem Resposta da Diretoria Clinica	Não Concluido
		Ausência de Cadastramento no CNES	Recomenda-se a regularidade dos profissionais junto ao CNES e que a Diretoria Clinica/EMSERH acompanhe a execução regular dos médicos na unidade de saúde.	Sem Resposta da Diretoria Clinica	Não Concluido

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

RECOMENDAÇÕES - MAPA DE RISCO

UNIDADES DE SAÚDE 2021

Nº RAUDIN	PROCESSO	TEMAS	RECOMENDAÇÃO	PROVIDÊNCIAS DO GESTOR	SITUAÇÃO
RAUDIN Nº 16/2021	HOSPITAL REGIONAL DE CARUTAPERA E HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUA	**Descumprimento Contratual (serviço de Dedetização)**	Recomenda-se notificação para a empresa DET MAX SERVIÇOS AMBIENTAIS E CONTROLE DE PRAGAS LTDA, que possui contrato de nº 229/2019-DC/EMSERH, bem como apuração de sindicância para o fiscal de contrato	Informamos que não houve relato de nenhuma unidade que tenha ficado por um periodo de 3 meses sem a realização de serviços de dedetização, porém aproveitando o levantamento no relatório notificamos todas as empresas e diretores das Unidades para elaboração do cronograma de dedetização até de julho a dezembro de 2022 para que possamos acompanhar antecipadamente as datas agendadas para as realizações.	Concluido
		Descumprimento Contratual (lixo infectante)	Recomenda-se imediata retirada do lixo, onde foram armazenados em local improprio, bem como notificação para a contratada e apuração de sindicância ao fiscal.	Informamos que os lixos infectantes são colocados nos abrigos de resíduos existentes em todas as unidades. Reiteramos ainda que, a responsabilidade de empresa que faz o serviço de coleta é apenas retirar o mesmo (que deve estar acondicionado nas bombonas fechadas dentro do abrigo de resíduos). A unidade é a responsável por direcionar onde o lixo deve ser armazenado. Não cabendo, portanto, notificação à contratada, uma vez que a mesma só faz a retirada do lixo infectante	Concluido Parcialmente
		Descumprimento Contratual (água mineral)	Recomenda-se que seja feito notificação para a empresa com relação à irregularidade fiscal, bem como verifique a possibilidade de aplicação de multa, rescisão contratual e contratação de nova empresa para a unidade	O problema desta unidade foi sanado após assinatura do contrato 318/2021. Informamos que ainda assim, em algumas unidades ocorre o desabastecimento por conta das NFs anteriores que não foram pagas, visando solucionar parte destes problemas alinhamos com a Engenharia para que façamos uma reunião com os representantes de filtros purificadores para analisar quais Unidades podem ser substituidos os filtros de galão de água por filtros purificadores.	Concluido Parcialmente
		Descumprimento Contratual (Serviço de lavanderia)	Recomenda-se notificação para a empresa LENÇÓIS MARANHENSE LAVANDERIA INDUSTRIAL LTDA, pois a disponibilização de enxoval hospitalar em quantidade e qualidade adequadas é um processo extremamente importante para o bom funcionamento das Unidades de Saúde	Foram feitas diversas notificações para esta empresa, conforme segue em anexo. E foi aberto novo processo licitatório com Termo de Referência atualizado e com objetivo de melhor contratação para estas unidades.	Concluido Parcialmente
		Descumprimento Contratual (Fornecimento de Refeições)	Recomenda-se notificação para a empresa PRIME CONSULTORIA, TREINAMENTOS E SERVIÇOS LTDA, bem como apresentar um Plano de Ação (PA) para a não conformidade encontrada, conforme previsto no item 12.2.1. e nas alíneas "a)" e "b)" do item 17.1 do contrato.	Sem Resposta da Diretoria Clinica	Não Concluido
		Presença de Animais na Unidade	Recomenda-se providências imediatas quanto ao abrigo para os animais, tendo em vista risco eminente de transmissão de zoonoses, raiva e leishmanioses, estendendo-se para outras doenças de transmissão vetorial para a população humana, além do risco radioativo para os animais.	O controle de entrada de animais nas Unidades é de responsabilidade da Diretoria administrativa da própria unidade hospitalar.	Concluido Parcialmente
		Ausência de colaboradores em alguns departamentos da Undiade	Recomenda-se que seja verificado junto a Diretoria de Recursos Humanos da EMSERH, a título de análise de custos, a possibilidade de novas contratações de colaboradores para suprir as demandas	Temos no PDT da unidade 7 vagas de condutores e os 7 estão preenchidos	Concluido
		Ausência de Sala de Arquivo	Recomenda-se que a Direção da unidade designe uma equipe de colaboradores para organizar os documentos e/ou materiais e Realizando arquivamento adequado com identificação de todos os prontuários. Além da limpeza e organização administrativa que é inexistente.	A ausência de Sala de arquivo não cabe à esta diretoria, se tratando de um problema estrutural. Quanto a organização dos arquivos, é possível que seja feito um treinamento com a Unidade, porém a permanência da organização desses arquivos é de responsabilidade dos administradores das Unidades.	Concluido Parcialmente
		Imobiliário inadequado	Recomenda-se que as cadeiras observadas nas áreas administrativas da unidade sejam relocadas aos locais onde existam fluxos de pacientes e acompanhantes, bem como a restauração ou conserto das mesmas.	Será feito um levantamento desses mobiliários para que seja encaminhado para o setor de engenharia para reforma dos mesmos.	Concluido Parcialmente
		Sem local adequado para guarda de alimentos	Recomenda-se que seja verificado junto a Direção da unidade local para guardar os materiais e com a Gerência de Engenharia de Manutenção readequação da sala de higienização	Sem Resposta da Diretoria Clinica	Não Concluido

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

RECOMENDAÇÕES - MAPA DE RISCO

SEDE 2021

Nº RAUDIN	PROCESSO	TEMAS	RECOMENDAÇÃO	PROVIDÊNCIAS DO GESTOR	SITUAÇÃO
RAUDIN Nº 017/2021	GERÊNCIA DE COMPRAS E CONTRATOS	Termo de referência	Recomenda-se que o setor solicitante/demandante inicie a abertura dos processos licitatórios com a devida cautela e precisão sobre aquele objeto a ser contratado, devendo ser realizado capacitação técnica da equipe envolvida, principalmente no que tange a atualização das especificações dos bens e serviços a serem contratados, fiscalização da vigência e controle do saldo.	Quanto à recomendação, informamos que entre os dias 20 e 22.06.2022, nesta cidade, colaboradores de diversos setores da EMSERH participaram do curso "Projeto Básico e Termo de Referência à luz da nova Lei n.º 14.133/2021 – abordagem prática de análise e elaboração". Entende-se que essa capacitação irá contribuir para a melhora na abertura das novas demandas. Também nesse sentido, estamos em fase de estudos para a realização de um workshop destinado ao esclarecimento dos principais aspectos que envolvem a elaboração do memorando inicial de solicitação para aquisição de produtos e contratação de serviços no âmbito da EMSERH.	Concluído
		Controle de Gestão dos Contratos	Criação de um de partamento/setor/gerência que realize a gestão dos contratos, que tenha como finalidade gerir todos os contratos celebrados voltados para a manutenção formal, controle de prazos e gerenciamento geral da própria relação contratual. A gestão da execução do contrato está relacionado a fiscalização técnica, administrativa, setorial, bem como, os atos preparatórios à instrução processual e ao encaminhamento da documentação pertinente ao setor de contratos para formalização dos procedimentos que envolvam prorrogação, alteração, reequilíbrio, eventual aplicação de sanções, rescisão contratual, dentre outros.	A criação e estruturação de um setor destinado à gestão dos contratos está em fase de estudos, inclusive quanto às alterações necessárias no organograma da EMSERH. A esse respeito também destacamos a atualização das informações dos contratos junto ao GPC, sistema desenvolvido no âmbito da EMSERH e que já se encontra em uso por parte dos setores envolvidos na fiscalização dos contratos.	Concluído Parcialmente
		Capacitação e atualização periódica	Que seja realizado capacitação e treinamento periódicos, devendo contemplar apresentação e explicação da legislação vigente, a conscientização da importância do encargo por ele assumido, bem como o fornecimento de modelos e orientações referente a relatórios e registros que ele deve elaborar para demonstrar a execução ou inexecução dos contratos.	Para dirimir esse risco, reiteramos a participação de colaboradores no evento citado no item 1 ("Projeto Básico e Termo de Referência à luz da nova Lei n.º 14.133/2021 – abordagem prática de análise e elaboração"), bem como a realização dos estudos para realização de um workshop cujo público-alvo serão os fiscais de contratos e setores demandantes.	Concluído
		Atualização do Manual de Fiscal do Contrato	Atualização do referido documento, tendo em vista a última atualização ter ocorrido no ano anterior a pandemia de COVID-19, e tendo em vista contratação de novos colaboradores nesta EMSERH.	a atualização do Manual de Fiscais de Contrato já está em fase de estudos, para que seja atualizada em conformidade com os parâmetros estabelecidos pela legislação mais atual que versa sobre esse tema. A sua divulgação, após a devida apresentação e aprovação, também será realizada através de workshop.	Concluído Parcialmente
		Fluxos de acordos extrajudiciais e Rescisão Unilateral	Elaboração de fluxograma para estes casos específicos quais sejam, acordos extrajudiciais, rescisão unilateral nos casos em que não se trate de descumprimento do contrato, exemplo: rescisão unilateral de acordo de cooperação técnica, termos aditivos de colaboração.	o referido fluxo já foi analisado pela comissão encarregada de revisar todos os fluxos vigentes na EMSERH, e deverá ser disponibilizado para consulta da empresa tão logo seja definitivamente aprovado.	Concluído Parcialmente
	NÚCLEO DE COMUNICAÇÃO E MARKETING	Déficit de equipamentos	Recomenda-se a aquisição dos equipamentos necessários para otimização dos serviços executados e inerentes pelo setor.	– Quanto a aquisição do computador necessário para o setor – Enviamos a solicitação para a Gerência de Tecnologia e informática por meio do MEMORANDO Nº 09/2022 – GCM/EMSERH a qual nos respondeu que está aguardando a resolução do contrato para fornecimento do mesmo e recentemente outra solicitação foi encaminhada, a pedido da Gerência de Planejamento e Governança, em caráter emergencial por meio do Memorando Nº 79/2022 – GCM/EMSERH, ambos com cópia em anexo, estamos aguardando a chegada do equipamento; 2 – Quanto a aquisição da máquina fotográfica profissional informamos que foi feita a tentativa de aquisição do bem por meio do PROCESSO Nº 12540/2021 o qual tivemos problema com o fornecimento, inclusive tendo a necessidade de notificar a empresa pelo descumprimento do fornecimento o que resultou no arquivamento da solicitação, no momento a esta gerência está aguardando um momento mais propício para seguir com a solicitação de aquisição do bem; 3 – Quanto a aquisição do celular – informamos que o aparelho foi adquirido com êxito por meio do CONTRATO Nº 148/2022.	Concluído
	COMISSÃO SETORIAL DE LICITAÇÃO - CSL	Minuta do Edital	Recomenda-se que o setor solicitante/demandante inicie a abertura dos processos licitatórios com a devida cautela e precisão sobre aquele objeto a ser contratado, devendo ser realizado capacitação técnica da equipe envolvida, principalmente no que tange a atualização das especificações dos bens e serviços a serem contratados, fiscalização da vigência e controle do saldo.	Revisão das minutas oadrões para o ano 2022/2023 com a finalidade de sanar as constantes informidades	Concluído Parcialmente
		Padronização de Relatórios e Despachos	Recomenda-se que ocorra a padronização de todos os despachos e relatórios de acordo com o que ocorreu na última sessão pública, de forma sintetizada, informando itens desertos, fracassados, empresas vencedoras de cada item/lote, recursos interpostos pelas empresas, empresas com cotas reservadas. Tal medida visa evitar idas e vindas do processo para adequação de informações e consequentemente a morosidade na conclusão do procedimento licitatório.	Revisão das minutas de editais dos relatórios analíticos para uniformização dos trabalhos	Concluído Parcialmente
		Ausência de equipamentos de trabalho	Que seja verificada a possibilidade de aquisição equipamentos de informática para este setor.	Foi realizado atualização dos equipamentos notebooks, porém existe a necssidade de aumento do parque tecnologico (impressoras, scanners e computadores) ação já solicitada para o setor de TI	Concluído Parcialmente
		Ausência de Setor de Digitalização	Que seja verificada a possibilidade de criação de um setor de digitalização ou um colaborador que exerça esta atividade no setor.	Foi solicitado para o setor de TI (planejamento) a aquisição e/ou locação de mais 3 aparelhos de scanners a ser licitado.	Concluído Parcialmente

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

RECOMENDAÇÕES - MAPA DE RISCO

SEDE 2021

Nº RAUDIN	PROCESSO	TEMAS	RECOMENDAÇÃO	PROVIDÊNCIAS DO GESTOR	SITUAÇÃO
RAUDIN Nº 18/2021	GERÊNCIA ADMINISTRATIVA	**RH insuficiente para organização administrativa**	Os redimensionamentos inerentes a toda e qualquer nova contratação deve passar por uma análise prévia mediante aos custos operacionais estipulados para cada área da empresa em consonância com o setor de Recursos Humanos.	A diretoria administrativa juntamente ao setor de Planejamento e ao setor de Recursos Humano alterou o organograma do setor de modo a atender em quantitativo de colaboradores e organização de equipes para que os contratos sejam melhor acompanhados nas unidades e para reduzir o tempo de liberação dos processos de pagamento no setor.	Concluído
		Fluxograma	Elaboração de um fluxograma a título de acompanhamento e identificação de falhas e possíveis riscos que possam comprometer os atos interno do setor, este fluxograma deve permitir também uma revisão periódica dos serviços executados otimizando a elaboração das tarefas e das atividades realizadas.	Informamos que ainda não foi possível elaborar o fluxograma do setor, pois com a alteração do organograma houve a necessidade da nova descrição dos cargos, ação que está em andamento juntamente com o Planejamento e tão logo seja aprovada as novas descrições poderemos elaborar os fluxogramas de acordo com as mudanças que houveram no setor.	Concluído Parcialmente
		Check lists	Estipular uma rotina de trabalho onde os colaboradores do setor possam ser instruídos com relação às normativas definidas pela administração pública e pela empresa de maneira que as atividades do setor possam ser otimizadas evitando retrabalhos e desperdícios de dinheiro ou tempo.	Informamos que os novos analistas, bem como os supervisores que já faziam parte da equipe, foram novamente instruídos com os check lists disponíveis na pasta da Auditoria da Intranet: Orientação para Boas Práticas de instrução dos Processos, Portaria nº 90/2019 e POP 001 – Pagamentos. Também já informamos sobre o relatório de pendências dos processos que retornaram da auditoria, e foi feito um alinhamento para que haja maior atenção nos pontos que ocorreram com maior frequência para reduzir o retorno dos processos, com meta futura de zerar o retorno de processos da auditoria para o setor, salvo por questões pontuais específicas de uma contratação.	Concluído
		Quantidade e Divisão dos processos	Designação dos fiscais deve ser minuciosa e se basear na relação de adequação entre a complexidade dos contratos, o volume de atividades e o tempo hábil para que o servidor desempenhe suas funções de modo satisfatório.	Iniciamos a utilização de uma planilha de controle dos processos que chegam no setor e sua distribuição para ter mais agilmente os dados dos quantitativos que cada supervisor está no momento, bem como, os novos analistas terão o conhecimento para auxiliar em todos os processos de pagamento, desta forma se houver acúmulo de processos em uma das supervisões podemos relocar temporariamente ou definitivamente um analista de uma supervisão para outra. E ainda haverá a distribuição dos processos no Trello, para que os coordenadores possam acompanhar melhor os prazos e tempo dos processos no setor.	Concluído
		Demandas das unidades de saúde administradas pela EMSERH	Elaboração de um planejamento estratégico com o objetivo de criar um alinhamento entre o despacho das mercadorias, a frota de veículos disponibilizada e as demandas das unidades, bem como uma comunicação ativa direta com as unidades com relação às suas respectivas demandas de serviços e insumos de acordo com o seu perfil assistencial	Informamos que ainda não foi possível a elaboração do planejamento estratégico para alinhar a logística e tão logo haja a contratação do novo coordenador de logística juntaremos a equipe de logística e a equipe responsável pelo almoxarifado para elaboração desse planejamento.	Concluído Parcialmente
		Ausência de plano de ação	Elaboração de um plano de ação que englobe todas as dinâmicas operacionais administrativas do setor desde a formalização do contrato até a execução propriamente dita dos serviços descritos no objeto.	Iniciamos uma frequência nas reuniões da gerência com supervisores e analistas para alinhamento de procedimentos e definições de ações a curto prazo. A diretoria após reunião com planejamento está realizando o detalhamento das funções, fluxograma dos macroprocessos e plano de ação da gerência dos próximos 12 meses.	Concluído
	PROTOCOLO	**RH insuficiente para a execução das atividades.**	Alinhamento das tratativas com relação ao redimensionamento do quadro de colaboradores do protocolo com a Gerência administrativa a título de uma análise da disponibilidade financeira que possa suprir os custos operacionais de novas contratações em consonância com o Recursos Humanos.	Foram contratados dois novos assistentes administrativos para compor a equipe do protocolo.	Concluído
		Ausência de fluxograma	Readequação do fluxograma apresentado na visita in loco com a inclusão das etapas de distribuição de processos por cada colaborador do setor a título de rastreabilidade dos serviços executados de maneira que a elaboração das tarefas e das atividades realizadas possam ser otimizadas e mais objetivas.	Foi elaborada uma planilha de distribuição para equalizar melhor a quantidade de processos conforme grau de complexidade (colaborador, médico, indenizatório, contratos e interno), e também permitirá acompanhar a produtividade de cada colaborador e produtividade diária do setor	Concluído
		Check lists	Readequação do fluxograma apresentado na visita in loco com a inclusão das etapas de distribuição de processos por cada colaborador do setor a título de rastreabilidade dos serviços executados de maneira que a elaboração das tarefas e das atividades realizadas possam ser otimizadas e mais objetivas.	O setor fez um fluxograma resumido do passo a passo do processo de produção do protocolo que será posteriormente detalhado em cada ação para melhor treinamento dos próximos colaboradores	Concluído
		Plano de ação e identificação de risco	Elaboração de um plano de ação como estratégia que permita a organização das ações inerentes do setor, nomeando os responsáveis por cada ação e ainda determinando os prazos estabelecendo assim uma sequência cronológica de ações necessárias para alcançar o (s) objetivo (s).	Foi identificado o maior fator de risco para o setor de protocolo que é o não funcionamento dos sistemas GPC e e-processos. Ainda não elaboramos um plano de ação, faremos uma reunião com setor responsável pelo GPC para verificar maior agilidade na resolução dos problemas do sistema e levantamento de atividades que possam ser desenvolvidas no setor quando o e-processos não estiver funcionando visto que a EMSERH não tem controle sobre este funcionamento.	Concluído Parcialmente
	CAF	**Organização dos produtos médico-hospitalares**	Programação de inventários periódicos (diários, semanais, trimestrais e anuais) que incluam todas as variáveis do processo de abastecimento (devoluções, avarias, sazonalidade, etc.) de maneira que seja possível a avaliação do valor contábil e demais mensurações financeiras.	A Política atual da CAF consiste em inventários trimestais e um balanço anual para fins de prestação de conta. Além disso temos um analista de armazenamento, responsável por inspeções mensais e acompanhamento de estoque, pedidos e devoluções. Inclusive, logística reversa.	Concluído
		Serviços contratualizados.	Formalização de serviços dentro do âmbito da gestão pública na modalidade de pregão e acompanhamento fiscal dos contratos já em vigência de maneira que os serviços que são objetos dessas contrações sejam adquiridos obedecendo sempre os critérios inerentes à transparência e à rastreabilidade das aquisições públicas.	Atualmente temos 517 itens contratualizados de material médico hospitalar e 259 de medicamentos. Reforçando o empenho da equipe na formalizaçao dos serviços dentro do âmbito da gestão pública na modalidade de pregão.	Concluído Parcialmente
		Subcontratação do objeto.	Tratativas, via fiscal do contrato, a título de regularização da subcontratação, junto à contratante (EMSERH) conforme consta na CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA que trata DA SUBCONTRATAÇÃO, TRANSFERÊNCIA E CESSÃO do contrato nº 37/2018.	O contrato vigente atualmente é o 57/2023, que permanece com a mesma clausula. E a Empresa já formalizou subcontratação.	Concluído

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

RECOMENDAÇÕES - MAPA DE RISCO

SEDE 2021

Nº RAUDIN	PROCESSO	TEMAS	RECOMENDAÇÃO	PROVIDÊNCIAS DO GESTOR	SITUAÇÃO
RAUDIN Nº 18/2021	CAF	**Ausência de local adequado para a segregação de materiais médico-hospitalares e medicamentos vencidos**	Aplicabilidade das normativas que envolvem as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde, conforme preconizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 222, de 28 de março de 2018 bem como controle criterioso das entradas e saídas dos estoques físicos de maneira que os impactos financeiros na administração pública, ocasionados pela perda de medicamentos devido ao prazo de validade ou avarias, sejam minimizados.	A estrututa atual interna do CD já tem um espaço de segregação, com suporte de pallets e bombonas, para os itens vencidos, isolados por fita zebrada e com placa de identificação no local. Possuimos também contrato de empresa especializada em recolhimento de lixo biológico para descarte adequado.	Concluído
		Morosidade nos fluxos processuais.	Realinhamentos juntos às empresas (criação de um check list interno de processos de pagamentos, por exemplo) de maneira que os fluxos internos dos processos de pagamentos possam ser otimizados sem que haja a real necessidade de que a juntada dos documentos que devem compor os processos de pagamento dentro do contexto da administração pública fique sob a responsabilidade da CAF.	Adotamos medidas educativas junto as empresas para esse fornecimento de documentos. Porém ressalva-se que na CAF, muitas empresas utilizam transportadorass e tem sua sede fora do estado, o que compromete esse envio de documentos físicos.	Concluído
	GERÊNCIA DE TI	**RH insuficiente para a realização das atividades.**	Os redimensionamentos inerentes a toda e qualquer nova contratação deve passar por uma análise prévia mediante aos custos operacionais estipulados para o setor em consonância com as devolutivas do setor de Recursos Humanos.	Houve a separação da Equipe de TI, e a criação de uma nova Gerência de Desenvolvimento. A Gerência de TI ainda tem o número abaixo para realização das tarefas, pois contamos com 1 (um) assistente de TI, 3 (três) técnicos e 3 (três) analistas para realizar atendimentos (emergenciais e não emergenciais) de solução de problemas, fiscalização de contratos, manutenção de equipamentos internos e externos (com aproximadamente 80 unidades). Em junho/2022 houve a contratação de 02 (dois) colaboradores para os cargos de Assistente de TI (para acompanhar as rotinas diárias) e Analista de TI (para acompanhar a segurança do servidor da EMSERH), já na contagem acima. Porém, ainda estamos com números insuficientes de técnicos de TI para realização das atividades SEDE e Unidades de Saúde, tendo em vista que aumentou o quantitativo de unidades. Diante disso, precisamos de novas contratações, à priori, de 02 (dois) técnicos e 01 (um) analista, pefazendo um total de 03 (três) novos colaboradores para melhor divisão de tarefas.	Concluído Parcialmente
		Computadores do setor	Reavaliação técnica pela gerência do setor da real necessidade do uso de dispositivo pessoal para a realização de tratativas tecnológicas da empresa frente ao que é preconizado pelas bases da segurança da informação e proteção de dados.	A Gerência de TI abriu o Processo nº 41.036/2022 para AQUISIÇÃO de 100 (cem) novos computadores completo para uso destinado a SEDE/EMSERH, bem como o processo licitatório nº 135.762/2022 para LOCAÇÃO de 150 (cento e cinquenta) computadores completos para uso da SEDE e o processo emergencial nº 135.528/2022 para LOCAÇÃO de 50 (cinquenta) computadores, para suprir a demanda de novos colaboradores para o mês de julho/2022, perfazendo o número de 250 (duzentos e cinquenta) licitatórios e mais 50 (cinquenta) emergenciais, todos em trâmites.	Concluído
		Fluxograma e check list	Elaboração de fluxograma e check lists a título de acompanhamento e identificação de falhas e possíveis riscos que possam comprometer os atos interno do setor, este fluxograma deve permitir também uma revisão periódica dos serviços executados otimizando a elaboração das tarefas e das atividades realizadas.	A Gerência de TI iniciou em julho/2022 novo fluxograma contemplando os novos colaboradores e deverá ser apresentado no término do mês de julho/2022. O check-list será desenvolvindo ainda no mês de julho/2022, para acompanhar os técnicos nas unidades, visando estabelecer rotinas de atendimento e será apresentado a equipe da AUDIN no final do mês de julho/2022.	Concluído Parcialmente
		Participação nos eventos promovidos pela auditoria.	Incentivar a participação dos colaboradores do setor em eventos de aperfeiçoamento promovidos pela empresa em conciliação com suas respectivas demandas de trabalho, uma vez que é importante garantir que todos os setores que interagem entre si por meio dos fluxos de trabalho diários se relacionem de maneira eficaz e produtiva, resultando em um trabalho que atinja todo o potencial das equipes.	Até o presente ano, houve a participação de eventos realizados pela AUDIN sobre " workshop de concessão de diárias" realizados nos dias 01 a 02 de junho/2022, com os colaboradores Lidiane Pinheiro "Assistente Administrativo/Ti" e Sidiney Leite "Analista de TI".	Concluído
		Serviços contratualizados	Elaboração de estratégias (planilhas, tabelas, etc.) que possam permitir a rastreabilidade de todas a informações inerentes aos contratos abertos pelo setor de maneira que os mesmos possam ser acompanhados durante suas respectivas execuções e vigências.	A Gerência de TI fez o levantamento do todos os contratos com seus fiscais, observando os princípios da administração pública e solucionados todos os processos que encontra-se em pagamentos por indenização.	Concluído
		Sobrecarrega de trabalho e ausência de reuniões periódicas com a equipe	Criação de estratégias focadas nas demandas processuais que minimizem as sobrecargas e que os redimensionamentos de colaboradores inerentes a toda e qualquer nova contratação passe por realinhamentos e análises que estejam em consonância com o setor de recursos humanos e com os custos operacionais estipulados para cada área da empresa. Elaboração de um cronograma de reuniões pela gerência do setor	Com as novas contratações de 01 (um) analista de TI, (01) técnico e 01 (um) assistente de TI, totalizando 10 (dez) colaboradores no setor. A Gerência de TI está em fase de organizações para melhor distribuição de fisalizações contratuais, dando melhor qualidade de trabalho para seus colaboradores. Com as demandas urgente e viagem constantes dos colaboradores, por conta de sobrecarga de trabalho, a Gerência de Ti não realizou reuniões no primeiro sementre 2022, houve apenas direcionamentos das demandas por equipes.	Concluído Parcialmente
		Ausência de plano de ação no setor	Elaboração de um plano de ação que englobe todas as dinâmicas de logística e programação da TI desde as atividades internas até a formalização do contrato e execução propriamente dita dos serviços descritos no objeto.	A Gerência de TI iniciou em julho/2022, a elaboração do Plano de Ação para o Setor, que terá sua conclusão e apresetação ao Diretor de Planejamento para o final do mês de julho/2022.	Concluído Parcialmente

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

RECOMENDAÇÕES - MAPA DE RISCO

SEDE 2021

Nº RAUDIN	PROCESSO	TEMAS	RECOMENDAÇÃO	PROVIDÊNCIAS DO GESTOR	SITUAÇÃO
RAUDIN Nº 19/2021	GERÊNCIA DE GESTÃO HOSPITALAR	Deficit de pessoal	Recomenda-se que seja realizado levantamento pelo RH e avaliada a possibilidade de contratação de pessoal para suprir a demanda do setor.	Informamos que fora realizado levantamento da demanda mensal existente no setor por unidade de saúde, além disso, por meio de organograma dos cargosocupados por esta gerência, fora identificada a possibilidade de contratação de pessoal. Dessa forma, estão sendo realizadas análise de candidatos e sendo tomadas providências no sentindo de aumentar o quantitativo de colaboradores, bem como, reorganizar funções.	Concluído
		Escalas Médicas	Recomenda-se que seja realizado treinamento periodicamente com os responsáveis dos grupos médicos acerca do correto preenchimento das informações.	Os Diretores das unidades hospitalares e prestadores de serviços médicos estão sendo constamente orientados quanto ao preenchimento de escalas e demais documentações necessárias para instruir o processo.	Concluído
		Sistema Integrado	Recomenda-se implantação de um sistema integrado para controle dos gastos por Unidade, de acordo com o Plano Operativo, otimizando o tempo da equipe, minimizando erros e evitando pagamentos acima do valor previsto no referido plano.	A Gerência de Prestação de Contas juntamente com a Gerência de Desenvolvimento de Sistemas está aplicando um projeto piloto para implantar um sistema integrado de controle de gastros por despesas	Concluído Parcialmente
	GERÊNCIA DE QUALIDADE	Déficit de equipamentos	Aquisição dos equipamentos necessários para otimização dos serviços executados e inerentes pelo setor.	Sem Resposta	Não Concluído
		Sistema Integrado	Recomenda-se que a Gerência de TI faça um levantamento das demandas de cada setor para verificar a possibilidade de implantação de um sistema integrado.	Sem Resposta	Não Concluído
		Implantação dos POPs	Recomenda-se que sejam adotadas medidas de responsabilização juntos aos diretores das Unidades de Saúde, a fim de garantir o cumprimento e continuidade das normas e procedimentos administrativos.	Sem Resposta	Não Concluído
	GABINETE	Espaço Físico	Recomenda-se que seja realizado levantamento pela Gerência de Engenharia e Manutenção, para as devidas adequações.	Sem Resposta	Não Concluído
		Sistema Integrado	Recomenda-se que a Gerência de TI faça um levantamento das demandas de cada setor para verificar a possibilidade de implantação de um sistema integrado.	Sem Resposta	Não Concluído

RECOMENDAÇÕES - MAPA DE RISCO

SEDE 2021

Nº RAUDIN	PROCESSO	TEMAS	RECOMENDAÇÃO	PROVIDÊNCIAS DO GESTOR	SITUAÇÃO
RAUDIN Nº 20/2021	GERÊNCIA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E GERÊNCIA DE RESIDÊNCIA MÉDICA	Cartão Corportativo	Urgência na abertura de processo licitatório ou por dispensa de valor, para aquelas unidades de saúde que não são administradas pela EMSERH, mas que estão inclusas no PDT da Gerência de Residência em Saúde.	Após novo contrato com a SES (nº 490/2021) onde a EMSERH deixou de fornecer os suprimentos para os programas de residência. Após o novo contrato, tal responsabilidade ficou para os institutos que administram as unidades;	Concluído
		Compra em cartões corporativos distintos para o mesmo produto visando suprir a demanda.	Recomendamos que seja feito um maior controle de despesas mensais e que haja um planejamento para as compras, bem como abertura de processo licitatório ou por dispensa de valor para suprir as despesas necessarias	Após visita da auditoria e orientação sobre a situação. Houve a comunicação formal para cada programa sobre o valor a ser utilizado pelos mesmos sendo cumprido tal determinação pelos mesmos.	Concluído
		Organização de eventos.	Solicitação imediata para inclusão da despesa no plano operativo.	O evento anual dos residentes é pago através do valor pré-estabelecido no plano operativo. Porém, mensalmente os programas de residências em saúde realizam ações e eventos visando à promoção e prevenção de saúde para tanto se utiliza o valor do cartão corporativo para compra do coffe break. Foi solicitado que o valor discriminado no plano operativo fosse incorporado ao cartão corporativo e, no momento, o setor aguarda a inclusão de tal situação.	Concluído Parcialmente
		Quantitativo de funcionários inferior para a demanda.	Verificação da possibilidade de novas contratações de colaboradores para suprir as demandas do setor	Em dezembro de 2022 foi realizada uma reestruturação setorial visando à organização dos processos de trabalho. Em junho do presente ano solicitou-se uma nova restruturação visando garantir a execução das atividades pré-estabelecidas no estatuto da empresa.	Concluído Parcialmente
		Dificuldades do setor com relação à participação dos Workshops	Recomenda-se que os colaboradores participem dos eventos promovidos e que fiquem cientes que eles ocorrem atraves de maior divulgação e grupos de mensagens virtuais.	Foi solicitada aos setores a inclusão da equipe nos treinamentos institucionais. Desde a elaboração da matriz de risco até a presente data o setor foi comunicado de apenas um treinamento.	Concluído
	GERÊNCIA DE PROCESSOS FINANCEIROS	Controle de Processos de Pagamentos	Realizar reunião com as gerencias para verificar formas de sanar as pendencias.	A Gerência de Processos Financeiros realiza a cada 15 dias a revisão das pendências com o intuito de reduzir o número de processos parados no setor;	Concluído
		Regularidade fiscal	Recomenda-se que seja feito notificação para as empresas contratadas para apresentação de todas as documentações exigidas na portaria	A situação já foi repassada aos fiscais de contrato, no entanto, foi alegado dificuldade devido a entrega da nota fiscal ser realizada por uma transportadora no ato da entrega do material, e não pela própria empresa fornecedora ou representante;	Concluído
		Fornecedores e Serviços Médicos: Regularidade Fiscal e Autenticidade de documentos	Reforçar aos analistas a importancia sobre a atualização do backup das documentações fiscais na pasta compartlhada.	Todas as certidões são atualizadas no ato da análise processual, no entanto devido a morosidade no fluxo processual, ao chegar no setor de Auditoria algumas certidões já se encontram vencidas;	Concluído Parcialmente
		Processos da CAF	A Gerência deverá acompanhar periodicamente, in loco, a demanda da triagem na CAF.	A Gerência de Processos Financeiros realiza acompanhamento periódico in loco das atividades realizadas pelo colaborador lotado na sede da CAF, além de manter uma boa comunicação com a gerência da CAF para auxiliar no acompanhamento das atividades;	Concluído
		Processos do IADVH	Verificar junto ao setor de Prestação de Contas o ajuste no fluxo e/ou planejamento para o cumprimento dos prazos estabelecidos.	A Emserh dispõe de uma comissão de fluxo que poderá auxiliar nas demandas de ajustes de fluxo;	Concluído
		Novo sistema vigente (GPC x CPRO)	Recomenda-se que a T.I. ajuste o sistema com migração CPRO x GPC, através de um backup.	Os devidos ajustes já foram realizados junto a equipe de Desenvolvimento, dessa forma, o sistema já se encontra atualizado com os representantes das empresas.	Concluído
	GERÊNCIA DE RELAÇÕES TRABALHISTAS E GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO	Benefícios e Pagamentos: Folha de Pagamento, Encargos Trabalhistas, Adicionais de Insalubridade e Periculosidade, Adicional Noturno, Horas Extras e Gratificações	Notificação para a empresa, tendo em vista que o objeto do contrato nº 26/2019-DC/EMSERH trata de manutenção e suporte no Sistema ERP, Financeiro, Contábil e de Estoque da EMSERH	Com relação aos erros de cálculo a situação já foi sanada pela empresa alter data. Com relação aos múltiplos acesso é um restrição do sistema, porém iremos fazer mais uma intervenção juntamente com a empresa no sentido de verificar a possibilidade de acessos múltiplos.	Concluído Parcialmente
		Ausência de valores das horas extras no PDT	Recomenda-se a comunicação oficial junto a Presidência da EMSERH, Conselho de Administração e SES para atualização imediata nos planos operativo	O direcionamento principal é não existir hora extras nas unidades. Por se tratar de medida excepcional não existe previsão para custo mensal.	Concluído
		comprovantes de pagamento da Rescisão	Que seja anexado aos autos o comprovante de recebimento do valor pago, tendo em vista que os documentos comprovatórios de comunicação da extinção contratual aos órgãos competentes	Solicitamos que a AUDIN direcione essa demanda ao setor financeiro, tendo em vista que são eles que efetuam o pagamento e posteriormente arquivam o processo.	Não Concluído
		Insalubridade no Shopping da criança	Verificação imediata de cargos que possuem direito ao percentual de insalubridade	Será elaborado um padrão de insalubridade por cargo e unidade de trabalho.	Concluído Parcialmente
		Prazo de celetistas	Recomenda-se controle dos prazos dos celetistas.	Os controles dos prazos dos contratos estão levantados e sendo acompanhados.	Concluído
		Divergencia de nomenclaturas de cargos	Comunicação oficial para a Direção da unidade com inclusão de advertência	Com relação a especialização não existe nenhuma obrigação legal que impeça um enfermeiro generalista de trabalhar na UTI. Com relação a insalubridade Será elaborado um padrão por cargo e local.	Concluído Parcialmente
		Funções no Hospital de Câncer	Recomenda-se o ajuste salarial e pagamento retroativo pelo acumulo de função	Unidade Encerrada	Concluído
		Acidente de trabalho	Notificação para a empresa Alterdata para providências imediatas quanto a instalação do sistema nos computadores do SESMT e a Saúde Ocupacional.	Os acidentes já estão sendo cadastrados no alter data.	Concluído
		Checklists	Implantação de checklist no setor.	A elaboração dos check lists está em andamento.	Concluído Parcialmente
		Documentação na Intranet	recomenda-se a necessidade do uso da ferramenta intranet na Diretoria de RH	Será realizado treinamento sobre documentações disponibilizadas na intranet para as equipes da diretoria do RH.	Concluído Parcialmente
		Contratos de crachás para os colaboradores	Recomenda-se notificação para a contratada, bem como aplicação de penalidade, tendo em vista a inadimplência contratual, senão vejamos o que aduz os itens 2.1 e 6.4 do contrato supracitado	Implantação da gerencia de gestão de contratos - Executada. Iniciado licitação de empresa para confecção de crachás.	Concluído Parcialmente

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

RECOMENDAÇÕES - MAPA DE RISCO

SEDE 2021

Nº RAUDIN	PROCESSO	TEMAS	RECOMENDAÇÃO	PROVIDÊNCIAS DO GESTOR	SITUAÇÃO
RAUDIN Nº 20/2021	GERÊNCIA DE PARCERIA	**Divergência de cargos para contratações especificas**	Recomenda-se que a unidade contrate o colaborador para a função especifica para o cargo e que, em caso de alteração de denominação, a diretoria da unidade verifique junto ao RH da EMSERH/IADVH sobre a interferência no percentual de insalubridade e/ou mudança no salário.	Com relação a especialização não existe nenhuma obrigação legal que impeça um enfermeiro generalista de trabalhar no UTI. Com relação a insalubridade Será elaborado um padrão por cargo e local.	Concluído Parcialmente
		Planilhas disponibilizadas para a auditoria	Readequação de plano operativo de cada unidade conforme as necessidades reais que as elas possuem atualmente.	A previsão do PDT é um quantitativo mínimo para operação inicial da unidade, e que com o decorrer do tempo, com as necessidades que vão surgindo, os planos são reajustados. Atualmente todos os planos diretores de trabalho estão em processo de readequação.	Concluído Parcialmente
		Divergencia de nomenclaturas de cargos	Que a unidade contrate o colaborador para a função especifica para o cargo e que, em caso de alteração de denominação, a diretoria da unidade verifique junto ao RH da EMSERH/IADVH sobre a interferência no percentual de insalubridade e/ou mudança no salário.	Com relação a especialização não existe nenhuma obrigação legal que impeça um enfermeiro generalista de trabalhar no UTI. Com relação a insalubridade Será elaborado um padrão por cargo e local. Atualmente estamos aguardando o retorno da SES.	Concluído Parcialmente
		Funções de funcionarios contratados	Atualização de planos operativos, juntamente ao RH – EMSERH, para que os novos cargos sejam incluidos e os antigos sejam removidos.	Planos operativos em processo de atualização.	Concluído Parcialmente
		WORKSHOPS e recomendações feitas pela AUDIN	Incentivar os colaboradores a participarem dos Workshops, tendo em vista que é de suma importância para melhorias organizacionais e processuais.	Será realizado treinamento sobre workshops realizados pela AUDIN para as equipes da diretoria.	Concluído Parcialmente
		Quantitativo de funcionarios do IADVH	Que seja verificado junto a Gerência de Recursos Humanos, a titulo de análise de custos, a possibilidade de novas contratações de colaboradores para suprir as demandas do setor,	Implantação da gerencia de gestão de contratos - Executada. Não há mais acumulo de funções pois houve readequação dentro da estrutura.	Concluído
		Equipamentos no setor	Que seja verificado junto a Gerência de T.I. acerca da aquisição de impressora para o setor.	Impressora já disponivel no setor.	Concluído
		Fiscalização de processos no setor	Realização de controle dos repasses públicos para o IADVH.	A figura do fiscal de contrato não se aplica devido a natureza do vinculo IADVH e EMSERH, que trata-se de um termo de colaboração onde existe a figura do gestor que já faz o controle dos repasses e prestação de contas. Existe também o acompanhamento pela comissão de avaliação e monitoramento.	Concluído

RECOMENDAÇÕES - MAPA DE RISCO

SEDE 2021

Nº RAUDIN	PROCESSO	TEMAS	RECOMENDAÇÃO	PROVIDÊNCIAS DO GESTOR	SITUAÇÃO
RAUDIN Nº 21/2021	GERÊNCIA FINANCEIRA	**Pessoal insuficiente para realização de todas as atividades necessárias do setor.**	Recomenda-se para o setor a contratação de mais 03 (três) colaboradores para realizar um maior controle das atividades e executar o operacional do setor. Além de padronizar os sistemas de controles internos dentro do setor. Tendo em vista que os processos ficam espalhados em 3 locais divergentes, com acesso de pessoas de fora do setor financeiro, impossibilitando uma maior segurança dos mesmos.	Já foi autorizado pela Diretoria Financeira a contratção de 01 (um) assistente administrativo. No momento não há espaço físico. Aguardando NOVO layout apresentado pelo setor de engenharia.	Concluído
		Metas estabelecidas, Controle e fluxograma dos Processos	Foi identificado que o risco no curto prazo é o acumulo de demandas e processos de forma indevida no setor e fora do mesmo, e no longo prazo identificamos que, em teoria, o setor não irá conseguir manter-se na situação que se encontra por muito tempo sem que comecem a acontecer erros pontuais nos processos de pagamento e controle de informações. Caso não ocorram mudanças estruturais do espaço, do quadro de pessoal e unificação do sistema, o setor ficará ainda mais exposto ao risco de erros e vícios que poderiam ser previstos e evitados, gerando danos ao erário. Recomendamos que seja realizado um alinhamento entre o setor financeiro e o gabinete a fim de estabelecerem um melhor direcionamento nos processos que necessitam de pagamento e prioridade. Uma vez que os critérios de pagamento não são definidos de forma padrão, mas sim por outras necessidades não descritas aqui. Fora informado que os processos que são pagos com urgência e que buscam respeitar o prazo são os processos referente aos recursos humanos, pois estes já possuem prazos fixados em lei, e ainda os processos judiciais ou referentes a tributação.	Com a nova gestão da empresa já está sendo desenvolvido ferramentas para melhor aplicação e controle quanto as metas e fluxograma de processos.	Concluído Parcialmente
		Estrutura interna (espaço, mesas e armários) indevida para execução das atividades no setor.	Sugere-se com urgência a unificação dos processos em um único espaço físico, com o intuito de garantir o controle e o sigilo dos dados processuais bem como das informações bancárias contidas neles. Recomenda-se ainda que com uma sala de arquivo maior, com uma estrutura adequada e um quantitativo maior de funcionários, como já descrito anteriormente, seria possível que se ocorresse uma maior fluidez nos processos que estão armazenados em outro setor. Uma vez que em grande parte dos processos já foram pagos, mas que precisam ser anexados documentos como comprovantes de pagamento e por fim serem finalizados.	Aguardando novo layout do setor	Concluído Parcialmente
		Cartão Coorporativo	Recomenda-se o treinamento e a delegação para instrunção dos processos de cartão coorporativo e de prestação de contras.	Já existe uma delegação para instrução dos processos de cartão corporativo e de prestação de contas	Concluído
		Sistema de informação unificado	Recomenda-se a imediata substituição do sistema em uso que não consegue atender as demandas e as necessidades, bem como seja posto em ação a utilização de um sistema central e unificado para uso padrão deste setor com outros setores que necessitem da informação correta e acessível para conhecimento e providências quanto a devida gestão dos gastos desta empresa para manutenção dos serviços prestados nas unidades.	A diretoria de planejamento já está ciente da situação que abrange toda a Empresa, medidas estão sendo tomadas para aquisição de um Sistema de Gestão Integrado.	Concluído Parcialmente
	GERÊNCIA DE CONTABILIDADE	**Quadro de pessoal**	É necessário a devida contratação de colaboradores treinados para desempenhar as atividades inerentes aos serviços desempenhados no setor, devendo passar por uma análise prévia mediante aos custos estipulados pela empresa, com o intuito de contribuir sobremaneira com as atividades operacionais, de análises das demonstrações contábeis, análise e levantamento de dados para a composição da prestação de contas, para assim obter dados fidedignos e necessário ao planejamento e contribuir na tomada de decisão da alta gerência da SEDE/EMSERH, bem como todo o fluxo das atividades e dos trâmites processuais que norteiam os objetivos do setor. Diante disso, ter o profissional certo e em quantidade suficiente no ambiente de trabalho, além de melhorar a produtividade, mantêm o nível de qualidade do setor e suas atividades desempenhadas.	Foi contratado e treinado 2 (dois) colaboradores para a gerência que contribuiu para a melhoria das atividades executada no setor. Com o aumento das demanda, ainda carece a contratação de mais colaboradores.	Concluído
		Organograma e fluxograma e tramitação dos processos	É necessário a contratação de novos colaboradores ou remanejar colaboradores qualificados de outros setores que possuem mais disposição para realizar o remanejamento, visto que a sobrecarga que o setor apresenta compromete toda a organização dos fluxos das atividades e das competências de cada colaborador, pois conforme relato da gerência e do executivo do setor é rotina a realização de atividades operacionais por conta dos prazos, comprometendo a realização de ações mais complexas e necessárias, com objetico de garantir o devido organograma das competências de cada cargo e o fluxo interno adequado para realização de todas atividades para garantir mais celeridade e transparência de todos os processos e dar mais legitimidade a todos atos e fatos de forma tempestiva.	Apesar da contratação dos 2 (dois) novos colaboradores, ainda necessita mais aquisição de profissionais qualificado, considerando a saída de colaboradores já qualificado para outros setores da empresa.	Concluído Parcialmente
		Sistema de informação padrão para realizar o registro e a devida contabilização;	Recomenda-se que o Setor realize levantamento das necessidades, demandas e informações necessárias, observando os prazos previstos e realize posterior adequação com o aumento do quadro de colaboradores com perfil para realizar serviços operacionais, com a finalidade de não causar sobrecarga de outros cargos que realizam serviços e análises mais complexas que demandam maior atenção e tempo, garantindo assim a devida qualidade dos serviços dentro da carga de horário dos colaboradores	O sistema ERP ainda é o Alterdata. Está em fase de Licitação a aquisição de um sistema que atenda as necessidades desta empresa pública. Continuamos executando muitas atividades manuais o que dificulta o cumprimento dos prazos exigidos. Com a implantação do GPC, otimizamos algumas atividades o que permitiu um trâmite mais célere dos processos.	Concluído Parcialmente
		Controle e Execução da receita e Execução da despesa	É necessário a realização contínua de treinamento de todos envolvidos nas atividades do setor, com finalidade de garantir mais segurança e controle das atividades desempenhadas no setor.	Ainda existe dependência significativa de outras gerências na coleta de informações necessárias para a execução das Despesas e Receitas na Contabilidade. A falta de um sistema integrada gera esta dependência.	Concluído Parcialmente
		Demonstrativos contábeis da empresa	É indispensável ocorrer o realinhamento dos gerentes e os outros setores envolvidos no processo de envio das informações, visto que o setor desempenha e elabora as demonstrações com dificuldades por conta da demora do envio das informações dos atos e fatos ocorridos que devem ser apurados dentro de um certo período, visto que o setor precisa cumprir com os prazos legais e o não cumprimento deste acarretará danos ao erário.	Ainda não foi realizado o alinhamento com as áreas envolvidas. Estamos realizando alguns pontos para que possamos diminuir esta dependência.	Concluído Parcialmente
		Prestação de contas: para os órgãos controladores STC e TCE	O setor consegue desempenhar as atividades exigidas pelos órgão de controle, sendo entregue e aprovada a prestação de contas dos exercícios e de cada gestão, porém ocorre sobrecarga de trabalho aos colaboradores, sendo realizada serviços além da carga horárias já estabelecida do horário normal da SEDE.	Ainda não foi realizado o alinhamento com as áreas envolvidas. Estamos realizando alguns pontos para que possamos diminuir esta dependência.	Concluído Parcialmente

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

RECOMENDAÇÕES - MAPA DE RISCO

SEDE 2021

Nº RAUDIN	PROCESSO	TEMAS	RECOMENDAÇÃO	PROVIDÊNCIAS DO GESTOR	SITUAÇÃO
RAUDIN Nº 21/2021	GERÊNCIA DE PRESTAÇÃO DE CONTAS	**Readequação dos Planos Operativos das Unidades de Saúde**	Recomenda-se que seja aprimorado o quanto antes o sistema GPC ou ainda que sejam utilizados outros sistemas de controle de informações. Que ocorra um sincronismo de informação e utilização de sistema já usados por outros setores da diretoria financeira, como o ALTERDATA ou ainda o CPRO. Logo, a comunicação e garantia de uma informação correta será bem maior, tendo em vista o sincronismo dos mesmos.	a readequação dos Planos de Trabalho/Planos Operativos das unidades de saúde gerenciadas pela EMSERH, ainda está sendo feita por planilhas em Excel, toda via, os módulos da Prestação de Contas no Sistema GPC está sendo finalizada, para possibilitar que os custos sejam alterados via sistema, no momento dos aditivos com os contratantes.	Concluído
		Prestação de contas das Unidades de Saúde	É necessário que haja uma definição das reais competências que cabe ao setor, como uma maior definição e limitação de até onde vai a demanda do mesmo. Uma vez que ele ainda não dispõe de autonomia para fornecimento de informações extremamente necessárias para tomadas de decisões da empresa.	A Gerência de Prestação de Contas é composta por: 01 Gerente de Prestação de Contas, 02 Consultores Administrativos, 01 Analista Administrativo. O Controle e Avaliação foi integrado a Gerência na mesma época de sua criação, sendo composto por: 01 Especialista de Controle e Avaliação e 02 Analistas Administrativos, ligados diretamente a Diretoria Financeira.	Concluído
		Os critérios de comunicação e das informações	Recomendamos que sejam aplicadas metas no sentido de sentido de estabelecer um envio padrão mensal da informação dos demais setores para com o setor prestação de contas, afim de realizar um alinhamento de informações mais segura. Sugere-se que possa ter uma maior integração com as demais gerencias da diretoria financeira para que haja um alinhamento e uma conformidade nas informações financeiras, pois todos falam linguagens diferentes.	O fluxo de demandas do setor para com os demais setores da EMSERH é compreendido da seguinte forma, no que tange sobre os contratos de gestão: Novas Contratações: ao ser oficializado acerca de gestão de novas unidades de saúde, todos os setores são informados via e-mail corporativo, com o envio do Plano de Trabalho como anexo, enviado pela contratante, e reiterado presencialmente a cada gerente. Que fazem a analise das despesas de sua responsabilidade e a devolutiva se dá também por e-mail, com prazo de envio das informações até 3 dias de recebimento do e-mail. Todas e quaisquer alterações, devem ser justificadas com as devidas comprovações. Reuniões são feitas em paralelo. Aditivos: ao ser oficializada acerca dos aditivos dos contratos de gestão, tanto prazo como valor, readequação do perfil da unidade (alteração de exocução dos serviços oferecidos), todos os setores são informados via e-mail corporativo, com o envio do Plano de Trabalho como anexo, enviado pela contratante, e reiterado presencialmente a cada gerente. Que fazem a analise das despesas de sua responsabilidade e a devolutiva se dá também por e-mail. Todas e quaisquer alterações, devem ser justificadas com as devidas comprovações. Reiteramos que todos os e-mail recebidos das áreas, após analise desta gerência, são apensados ao processo de nova contratação e/ou aditivo.	Concluído
		A estrutura física do setor	Recomenda-se ainda o local adequado para contemplar espaço de circulação entre os colaboradores, mais armários para segurança dos processos e dos colaboradores. E ainda que o setor seja alocado para mais próximo dos demais setores da diretoria financeira a qual ele faz parte.	atualmente o setor está em uma sala única, sem dividir espaço com outra gerência, o que tem melhorado de forma satisfatória a qualidade do serviço do setor.	Concluído
		Sistemas de controles das atitividades operacionais	É necessário que haja uma definição das reais competências que cabe ao setor, como uma maior definição e limitação de até onde vai a demanda do mesmo. Uma vez que ele ainda não dispõe de autonomia para fornecimento de informações extremamente necessárias para tomadas de decisões da empresa.	o modulo para prestação de contas no sistema GPC está em aprimoramento. Estão sendo feitos ajustes internos para possibilitar que os planos operativos das unidades sejam readequados via sistema	Concluído Parcialmente
		Controle sobre valores remanejados.	Recomenda-se que, quando possível, ocorram, periodicamente, realinhamentos e fiscalização dos valores que foram utilizados nos planos com o intuito de realizar um verdadeiro compliance financeiro com a utilização desses valores. Tendo em vista que o processo de realinhamento ocorre inclusive em processos indenizatórios. É importante que ocorra uma centralização dessas informações nos valores realmente utilizados nos planos. De modo que sejam confrontados com informações repassadas pelo que foi contabilizado e pago pelo financeiro e que cada gerencia informe sobre o que fora utilizado no plano e os valores remanejados dos mesmos.	Acerca do tema, cumpre salientar que estes ocorrem nos contratos de gestão junto a Secretaria Estadual de Saúde/SES, que possibilitou a EMSERH o remanejamento entre linhas de despesas já previstas nos planos de trabalho, assegurado através da Nota Técnica nº 01/2020/SAAS/SES/MA. Por considerar que o acompanhamento das despesas previstas nos planos operativos é de responsabilidade de cada gerência demandante, e por considerar ainda que os processos de pagamentos não passam por esta Gerência de Prestação de Contas, não conseguiremos acompanhar com efetividade os remanejamentos realizados, cabendo à área ter um controle sobre as despesas ora fiscalizadas por elas. Insta mencionar que todos os contratos de gestão que sofrem aditivos, são enviadas as áreas, para readequações de despesas que por ventura careçam de reajustes de valor.	Concluído

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

RECOMENDAÇÕES - MAPA DE RISCO

SEDE 2021

Nº RAUDIN	PROCESSO	TEMAS	RECOMENDAÇÃO	PROVIDÊNCIAS DO GESTOR	SITUAÇÃO
RAUDIN Nº 22/2021	GERÊNCIA DE ENGENHARIA DE MANUTENÇÃO	**Pessoa Insuficiente para realização de todas as atividades necessárias do setor**	Recomendação: Recomenda-se que, tendo em vista os erros recorrentes na instrução processual em processos de pagamento dessa empresa pública, oriundos deste setor, que haja reavaliação do quantitativo de colaboradores, propiciando uma maior eficiência e qualidade nos serviços prestados interna e externamente.	Está sendo contratado novos colaboradores com intuito de possibilitar uma eficiente forma de trabalho e uma melhoria nos processos internos da engenharia.	Concluído
		Morosidade no atendimento das demandas nas unidades hospitalares.	Recomenda-se que, os fiscais dos contratos vigentes se atentem mais incisivamente no acompanhamento da prestação dos serviços executados pelas empresas contratadas, tendo em vista a otimização na execução dos mesmos, observando sempre o que foi pactuado e o que consta na legislação vigente, tendo como orientação o Manual do Fiscal de Contrato / EMSERH e que as notificações sejam aplicadas as empresas quando necessário.	Está sendo contratado novos colaboradores com intuito de possibilitar uma eficiente forma de trabalho e uma melhoria nos processos internos da engenharia.	Concluído
		Não aplicação de instrumentos de controle de produtividade e desencontro nas infomações.	Recomenda-se que seja elaborado e adotado um plano de metas no setor de acordo com a especificidade dos serviços, visando a maior produtividade, organização, diligência e eficiência do setor bem como que sejam ampliadas o número de visitas as unidades para que haja um efetivo acompanhamento dos serviços em andamento pelos responsáveis técnicos dessa Empresa Pública, buscando assim a excelência em qualidade na execução dos serviços e prevenção contra possíveis prejuízos financeiros.	Já existe um cronograma de visitas mensais nas unidades, onde os fiscais vistoriam se os serviços solicitados através das ordens de serviços foram executados de forma correta e satisfatório e acompanham diariamente via WhatsApp junto ao encarregado de manutenção a evolução de cada atividade solicitada.	Concluído
	GERÊNCIA DE ENGENHARIA CLINICA	**Pessoal insuficiente para realização de todas as atividades necessárias do setor.**	Recomenda-se que, haja reavaliação do quantitativo de colaboradores visando uma melhor distribuição das tarefas, propiciando uma maior eficiência e qualidade nos serviços prestados interna e externamente.	A Diretoria de Engenharia e a Gerência de Eng. Clinica, estão trabalhando na forma de contratação de novos colaboradores e reestruturando as demandas internas do setor aos colaboradores ativos, como forma de diminuir o impacto e melhorando o fluxo das demandas internas e externas de responsabilidade do setor;	Concluído
		Conhecimento insuficiente dos atos administrativos e atribuições do fiscal do contrato.	Recomenda-se que, tendo em vista os erros recorrentes na instrução processual em processos de pagamento dessa empresa pública oriundos deste setor, que sejam promovidas formações aos colaboradores do setor a respeito dos tramites basilares administrativos como também das atribuições de competência dos fiscais dos contratos, além do aprofundamento pessoal da legislação e regulamentos pertinentes.	A Diretoria e Gerencia de Engenharia Clinica, estão se empenhando para realização de treinamento, workshops junto ao setor de AUDITORIA/EMSERH, e cursos de capacitação sobre instruções e fluxo processuais administrativos, perante ao EGMA; para melhor qualificação dos colaboradores ativos no setor;	Concluído
		Ineficiência da comunicação entre SES/MA e o referido setor.	Recomenda-se a, criação de programa ou sistema informatizado que possibilite maior controle na locação dos equipamentos hospitalares e sua disponibilidade de forma atualizada e fidedigna.	O setor de Engenharia Clinica, já trabalhou como forma de informatizar realizando o levantamento dos equipamentos de responsabilidade do setor nas Unidades de Saúde gerenciadas pela EMSERH, e também procurando viabilizar melhor a comunicação diante a SES/MA em relação as reponsabilidades de comunicação entre ambas as instituições.	Concluído
	OUVIDORIA	**Estrutura interna (espaço, mesas e armários) indevida para execução das atividades no setor.**	Recomenda-se que, haja reavaliação do quantitativo de colaboradores visando uma melhor distribuição das tarefas, proporcionando uma maior eficiência e qualidade nos serviços prestados interna e externamente.	Foi encaminhado ao gabinete através de memorando solicitação de materiais e móveis, para poder dar andamentos aos trabalhos da ouvidoria	Concluído Parcialmente

ANEXO III
BENEFÍCIOS FINANCEIROS
2022

EMSERH

ANEXO IV - PROCESSOS DE PAGAMENTOS PAGOS EM 2022

Levantamento de Processos com Desconto e Glosas no Exercício de 2022

Processo	Fornecedor	Centro de Custo	Nota Fiscal	Valor Bruto	ISS	IRRF	INSS	CRSRF	Valor Liquido	Descont / Glosa	Valor Final	Data Pagamento
225003/2021	S R B SERVICOS MEDICOS LTDA	PC - POLICLINICA COHATRAC	835	35.000,00	1.750,00	525,00	-	1.627,50	30.397,50	700,00	29.697,50	03/01/2022
245757/2021	R M S ASSESSORIAS MEDICAS HOSPITALARES LTDA (SERVIÃ‡OS MÃ‰DICOS)	HRLP - HOSPITAL REGIONAL DE LAGO DA PEDRA	37	223.750,00	6.712,50	3.356,25	-	10.404,38	197.576,87	5.700,00	191.876,87	27/01/2022
252274/2021	PAIVA E OLIVEIRA LTDA	HSLP - HOSPITAL DE SANTA LUZIA DO PARUA	6847	84.098,10	-	1.261,47	3.083,60	3.910,56	70.235,93	5.606,54	64.629,39	27/01/2022
252054/2021	CLINICA GINECOLOGICA LEONARDO DA VINCE LTDA	HSLP - HOSPITAL DE SANTA LUZIA DO PARUA	16	85.500,00	-	-	-	-	74.100,00	11.400,00	62.700,00	27/01/2022
		SubTotal		**428.348,10**	**8.462,50**	**5.142,72**	**3.083,60**	**15.942,44**	**372.310,30**	**23.406,54**	**348.903,76**	
97177/2021	LACMAR - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS DO MARANHAO LTDA	HCI - HOSPITAL DE CUIDADOS INTENSIVOS	10917	724.854,36	-	10.872,82	-	33.705,72	600.399,55	79.876,27	520.523,28	02/02/2022
250212/2021	INSTITUTO TRANSFORMAR- MÃ©dico	UTICD - UTI DO HOSPITAL MUNICIPAL DE CODO	1023	104.975,00	5.248,75	-	-	-	98.466,55	1.259,70	97.206,85	04/02/2022
251812/2021	RADIMED RADIODIAGNOSTICO E CLINICAS MEDICAS LTDA	HCH - HOSPITAL DE CHAPADINHA	514	89.057,98	4.452,90	1.335,87	-	4.141,20	78.842,88	285,13	78.557,75	08/02/2022
299/2022	GESTMEDH - GESTAO EM SERVIÃ‡OS MEDICOS-HOSPITALARES EIRELI	HAA - HOSPITAL REGIONAL DE ALTO ALEGRE	45	85.500,00	-	-	-	-	79.800,00	5.700,00	74.100,00	11/02/2022
252268/2021	PAIVA E OLIVEIRA LTDA	HRC - HOSPITAL REGIONAL DE CARUTAPERA	6846	170.554,80	-	2.558,32	8.442,46	7.930,79	140.252,91	11.370,32	128.882,59	17/02/2022
		SubTotal		**1.174.942,14**	**9.701,65**	**14.767,01**	**8.442,46**	**45.777,71**	**997.761,89**	**98.491,42**	**899.270,47**	
239482/2021	M M AZEVEDO SERVIÃ‡OS MEDICOS LTDA	HMI - HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL - IMPERATRIZ	7	106.000,00	-	1.590,00	-	4.929,00	88.831,00	10.650,00	78.181,00	07/03/2022
8133/2022	INSTITUTO MARANHENSE DE ANESTESIOLOGIA LTDA-ME	HAL - HOSPITAL DR AQUILES LISBOA	764	88.350,00	4.417,50	1.325,25	2.194,50	4.108,28	73.454,47	2.850,00	70.604,47	07/03/2022
11285/2022	J R GESTAO EM SAUDE LTDA	HOSPITAL REGIONAL ALARICO NUNES PACHECO - TIMON/ CUSTEIO REGULAR	507	226.475,00	-	3.397,13	1.018,88	10.531,09	131.267,66	80.260,24	51.007,42	07/03/2022
253105/2021	LAVEBRAS GESTAO DE TEXTEIS S A	HPRD - HOSPITAL PRESIDENTE DUTRA	105927	100.188,87	-	-	-	-	97.540,47	2.648,40	94.892,07	09/03/2022
10755/2022	PLANTAOMED S/S	HG - HOSPITAL GERAL DE GRAJAU	2	104.500,00	-	1.567,50	5.016,00	4.859,25	88.782,25	4.275,00	84.507,25	09/03/2022
2187/2022	LAVEBRAS GESTAO DE TEXTEIS S A	HCH - HOSPITAL DE CHAPADINHA	106019	97.882,56	-	-	-	-	95.435,49	2.447,07	92.988,42	09/03/2022
5475/2022	LAVEBRAS GESTAO DE TEXTEIS S A	UTIA - UTI DO HOSPITAL MUNICIPAL DE AÃ‡AILÃ‚NDIA	106026	6.352,80	-	-	-	-	6.193,98	158,82	6.035,16	09/03/2022
17888/2022	SED - SERVICO DE ELETRODIAGNOSTICO LTDA	HTLF - HOSPITAL TARQUINIO LOPES FILHO	2924	4.350,00	93,96	-	-	-	2.806,04	1.450,00	1.356,04	09/03/2022
19795/2022	BIOCENTRO LTDA - MEDICO	PCO - POLICLINICA CIDADE OPERÃRIA	4795	26.951,20	-	404,27	-	1.253,23	25.288,10	5,60	25.282,50	09/03/2022
23846/2022	INSTITUTO TRANSFORMAR- MÃ©dico	UIB - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ITAQUI BACANGA	1104	72.463,63	3.623,18	-	-	-	68.840,25	0,20	68.840,05	18/03/2022
38220/2022	BIOCENTRO LTDA - MEDICO	PCO - POLICLINICA CIDADE OPERÃRIA	5349	33.072,32	-	496,08	-	1.537,86	31.032,46	5,92	31.026,54	18/03/2022
36904/2022	J R GESTAO EM SAUDE LTDA	UT - UNIDADE DE ATENDIMENTO TIMON	524	333.005,11	-	4.995,08	719,48	15.484,73	231.545,58	80.260,24	151.285,34	24/03/2022
227669/2021	C E E GESTAO AMBIENTAL LTDA	PAC - POLICLINICA DE AÃ‡AILANDIA	68	930,00	46,50	-	-	-	787,50	96,00	691,50	25/03/2022
256239/2021	A J A ABITBOL E CIA LTDA	HEMOMAR - SÃJO LUÃS	4482	29.695,55	1.063,10	-	-	-	28.403,14	229,31	28.173,83	25/03/2022
24509/2022	CIRURMAR SERVICOS MEDICOS LTDA - MÃ‰DICO	HAMF -HOSPITAL REGIONAL DE ADÃ‰LIA MATOS FONSECA - ITAPECURU MIRIM	46	88.350,00	-	1.325,25	4.389,00	4.108,28	75.677,47	2.850,00	72.827,47	25/03/2022
29134/2022	UME UNIÃJO DOS MEDICOS ESPECIALISTAS LTDA	HPR - HOSPITAL GERAL DE PERITORO	55	92.800,00	4.640,00	1.392,00	-	4.315,20	81.652,80	800,00	80.852,80	25/03/2022
25257/2022	LAVEBRAS GESTAO DE TEXTEIS S A	HCH - HOSPITAL DE CHAPADINHA	106081	102.789,99	-	-	-	-	100.220,24	2.569,75	97.650,49	25/03/2022
40509/2022	GESTMEDH - GESTAO EM SERVIÃ‡OS MEDICOS-HOSPITALARES EIRELI	HAA - HOSPITAL REGIONAL DE ALTO ALEGRE	61	102.300,00	-	-	-	-	94.050,00	8.250,00	85.800,00	25/03/2022
155583/2021	LACMAR - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS DO MARANHAO LTDA	HCI - HOSPITAL DE CUIDADOS INTENSIVOS	11359	961.400,80	-	14.421,01	-	44.705,14	800.596,04	101.678,61	698.917,43	28/03/2022
218324/2021	PRIME CONSULTORIA, TREINAMENTOS E SERVIÃ‡OS EIRELI	HRC - HOSPITAL REGIONAL DE CARUTAPERA	1023	85.805,44	-	-	-	-	85.771,44	34,00	85.737,44	28/03/2022
23012/2022	INSTITUTO MARANHENSE DE ANESTESIOLOGIA LTDA-ME	HAL - HOSPITAL DR AQUILES LISBOA	781	42.750,00	2.137,50	641,25	1.254,00	1.987,88	28.179,37	8.550,00	19.629,37	28/03/2022
27965/2022	PLANTAOMED S/S	HG - HOSPITAL GERAL DE GRAJAU	7	116.850,00	-	1.752,75	6.426,75	5.433,53	98.961,97	4.275,00	94.686,97	29/03/2022
		SubTotal		**2.823.263,27**	**16.021,74**	**33.307,57**	**21.018,61**	**103.253,47**	**2.335.317,72**	**314.344,16**	**2.020.973,56**	
19085/2022	LAVEBRAS GESTAO DE TEXTEIS S A	UTIA - UTI DO HOSPITAL MUNICIPAL DE AÃ‡AILÃ‚NDIA	106064	23.648,80	-	-	-	-	23.057,58	591,22	22.466,36	01/04/2022
202220/2021	GLOBAL SERVIÃ‡OS E COMERCIO LTDA	HRN - HOSPITAL MACRORREGIONAL DE IMPERATRIZ DR.Â ª RUTH NOLETO	69	92.937,50	4.646,88	929,38	10.223,13	4.321,60	72.816,49	0,02	72.816,47	26/04/2022
56391/2022	CAVICHIOLI PRESTACAO DE SERVICOS MEDICOS S/S	HTLF - HOSPITAL TARQUINIO LOPES FILHO	130	8.133,24	-	122,00	-	378,20	6.699,72	933,32	5.766,40	26/04/2022
55186/2022	GESTMEDH - GESTAO EM SERVIÃ‡OS MEDICOS-HOSPITALARES EIRELI	HAA - HOSPITAL REGIONAL DE ALTO ALEGRE	71	92.400,00	-	-	-	-	87.450,00	4.950,00	82.500,00	27/04/2022
58576/2022	RADIMED RADIODIAGNOSTICO E CLINICAS MEDICAS LTDA	HCH - HOSPITAL DE CHAPADINHA	526	62.238,13	3.111,91	933,57	-	2.894,07	37.673,25	17.625,33	20.047,92	28/04/2022
		SubTotal		**279.357,67**	**7.758,79**	**1.984,95**	**10.223,13**	**7.593,87**	**227.697,04**	**24.099,89**	**203.597,15**	
104641/2021	BRITO E SOARES LTDA	HCI - HOSPITAL DE CUIDADOS INTENSIVOS	23469	60.686,38	3.034,32	-	-	-	45.691,43	11.960,63	33.730,80	05/05/2022
6669/2022	P M F SANTOS	HVL - HOSPITAL VILA LUIZAO	312	1.295,44	-	-	142,50	-	672,92	480,02	192,90	20/05/2022
88951/2022	S R B SERVICOS MEDICOS LTDA	HB -HOSPITAL REGIONAL DE BARREIRINHAS	928	88.350,00	4.417,50	1.325,25	-	4.108,28	78.307,70	191,27	78.116,43	26/05/2022
		SubTotal		**150.331,82**	**7.451,82**	**1.325,25**	**142,50**	**4.108,28**	**124.672,05**	**12.631,92**	**112.040,13**	
104172/2022	MAC SAUDE LTDA	UV - UNIDADE DE ATENDIMENTO VINHAIS	1429	262.500,00	-	3.937,50	-	12.206,25	232.335,10	14.021,15	218.313,95	09/06/2022
23136/2022	WIKI TELECOMUNICACAOES EIRELI	EMSERH	13034	1.290,00	-	-	-	-	1.108,48	181,52	926,96	13/06/2022
98776/2022	CAMPO - CLINICA ARAGUAINENSE DE ANESTESIOLOGIA E MEDICINA PERIOPERATORIA LTDA	HOSPITAL REGIONAL BARRA DO CORDA	30	103.850,00	-	-	-	-	100.500,00	3.350,00	97.150,00	24/06/2022
101149/2022	NLX MEDICINA LTDA	HG - HOSPITAL GERAL DE GRAJAU	45	80.430,12	-	1.206,45	1.426,99	3.740,00	71.462,16	2.594,52	68.867,64	24/06/2022
101046/2022	S R B SERVICOS MEDICOS LTDA	HB -HOSPITAL REGIONAL DE BARREIRINHAS	944	85.500,00	4.275,00	1.282,50	-	3.975,75	75.781,65	185,10	75.596,55	28/06/2022
88376/2022	LAVEBRAS GESTAO DE TEXTEIS S A	HCH - HOSPITAL DE CHAPADINHA	106184	102.974,81	-	-	-	-	100.400,43	2.574,38	97.826,05	30/06/2022
88382/2022	LAVEBRAS GESTAO DE TEXTEIS S A	HAL - HOSPITAL DR AQUILES LISBOA	106192	86.756,24	-	-	-	-	74.342,37	12.413,87	61.928,50	30/06/2022
88392/2022	LAVEBRAS GESTAO DE TEXTEIS S A	SISTEMA PRISIONAL - SEAP	106179	5.473,36	-	-	-	-	5.336,52	136,84	5.199,68	30/06/2022
88390/2022	LAVEBRAS GESTAO DE TEXTEIS S A	HRN - HOSPITAL MACRORREGIONAL DE IMPERATRIZ DR.Â ª RUTH NOLETO	106191	162.110,80	-	-	-	-	158.058,03	4.052,77	154.005,26	30/06/2022
103834/2022	GESTMEDH - GESTAO EM SERVIÃ‡OS MEDICOS-HOSPITALARES EIRELI	HAA - HOSPITAL REGIONAL DE ALTO ALEGRE	99	99.000,00	-	-	-	-	85.800,00	13.200,00	72.600,00	30/06/2022
103833/2022	GESTMEDH - GESTAO EM SERVIÃ‡OS MEDICOS-HOSPITALARES EIRELI	HAA - HOSPITAL REGIONAL DE ALTO ALEGRE	103	85.500,00	-	-	-	-	74.100,00	11.400,00	62.700,00	30/06/2022
		SubTotal		**1.075.385,33**	**4.275,00**	**6.426,45**	**1.426,99**	**19.922,00**	**979.224,74**	**64.110,15**	**915.114,59**	
68260/2022	VITAL FORTE HOSPITALAR LTDA	ALMOXARIFADO CAF/EMSERH	374	73.080,00	-	-	-	-	50.176,00	22.904,00	27.272,00	05/07/2022
78126/2022	DIAGNOSTIMAGEM LTDA	PBC - POLICLINICA BARRA DO CORDA	4400	40.000,00	2.000,00	600,00	2.640,00	1.860,00	24.900,00	8.000,00	16.900,00	06/07/2022
60422/2022	BRITO E SOARES LTDA	HMC - HOSPITAL MACROREGIONAL DE COROATÃ	25874	4.532,00	226,60	-	-	-	4.263,60	41,80	4.221,80	27/07/2022
82154/2022	BRITO E SOARES LTDA	HMC - HOSPITAL MACROREGIONAL DE COROATÃ	26119	4.799,80	239,99	-	-	-	4.515,54	44,27	4.471,27	27/07/2022
92210/2022	BRITO E SOARES LTDA	HCI - HOSPITAL DE CUIDADOS INTENSIVOS	26091	38.641,07	1.932,05	-	-	-	36.696,48	12,54	36.683,94	27/07/2022
96152/2022	CENTRO TERAPEUTICO LABORATORIAL LTDA	HOSPITAL REGIONAL BARRA DO CORDA	651	1.956,52	-	-	-	-	1.956,25	0,27	1.955,98	27/07/2022
113550/2022	ALX CONSULTORIA EMPRESARIAL LTDA	HCI - HOSPITAL DE CUIDADOS INTENSIVOS	624	37.440,36	943,50	-	-	-	36.496,85	0,01	36.496,84	27/07/2022
		SubTotal		**200.449,75**	**5.342,14**	**600,00**	**2.640,00**	**1.860,00**	**159.004,72**	**31.002,89**	**128.001,83**	
109397/2022	LAVEBRAS GESTAO DE TEXTEIS S A	HCH - HOSPITAL DE CHAPADINHA	106222	99.176,80	-	-	-	-	96.697,38	2.479,42	94.217,96	01/08/2022
109406/2022	LAVEBRAS GESTAO DE TEXTEIS S A	HAL - HOSPITAL DR AQUILES LISBOA	106221	83.432,75	-	-	-	-	78.491,96	4.940,79	73.551,17	01/08/2022
109358/2022	LAVEBRAS GESTAO DE TEXTEIS S A	HPV - HOSPITAL PRESIDENTE VARGAS	106217	46.361,09	-	-	-	-	42.169,47	4.191,62	37.977,85	01/08/2022
109342/2022	LAVEBRAS GESTAO DE TEXTEIS S A	CSGR - CENTRO DE SAUDE GENESIO REGO	106230	79.758,58	-	-	-	-	76.566,58	3.192,00	73.374,58	01/08/2022
109402/2022	LAVEBRAS GESTAO DE TEXTEIS S A	SISTEMA PRISIONAL - SEAP	106216	4.437,60	-	-	-	-	4.326,66	110,94	4.215,72	01/08/2022
109346/2022	LAVEBRAS GESTAO DE TEXTEIS S A	HRN - HOSPITAL MACRORREGIONAL DE IMPERATRIZ DR.Â ª RUTH NOLETO	106223	175.682,40	-	-	-	-	171.290,34	4.392,06	166.898,28	01/08/2022
109368/2022	LAVEBRAS GESTAO DE TEXTEIS S A	UTIA - UTI DO HOSPITAL MUNICIPAL DE AÃ‡AILÃ‚NDIA	106196	23.018,40	-	-	-	-	22.442,94	575,46	21.867,48	01/08/2022
132460/2022	MAC SAUDE LTDA	PVLZ - POLICLINICA - VILA LUIZAO	1451	8.460,00	-	126,90	-	393,39	3.439,71	4.500,00	- 1.060,29	03/08/2022
128753/2022	LAVARE GESTAO DE TEXTIL S.A	HPR - HOSPITAL GERAL DE PERITORO	70	35.104,79	1.755,24	-	-	-	33.349,09	0,46	33.348,63	15/08/2022
128753/2022	LAVARE GESTAO DE TEXTIL S.A	UT - UNIDADE DE ATENDIMENTO TIMON	68	18.751,43	937,57	-	-	-	17.813,61	0,25	17.813,36	15/08/2022
128753/2022	LAVARE GESTAO DE TEXTIL S.A	HOSPITAL MACRORREGIONAL DE CAXIAS - DR. EVERALDO FERREIRA ARAGÃJO/ CUSTEIO REGULAR	65	85.651,54	4.282,58	-	-	-	81.368,59	0,37	81.368,22	15/08/2022
128753/2022	LAVARE GESTAO DE TEXTIL S.A	HOSPITAL REGIONAL ALARICO NUNES PACHECO - TIMON/ CUSTEIO REGULAR	66	94.027,51	4.701,38	-	-	-	89.324,81	1,32	89.323,49	15/08/2022
128753/2022	LAVARE GESTAO DE TEXTIL S.A	HAA - HOSPITAL REGIONAL DE ALTO ALEGRE	73	35.978,47	1.798,92	-	-	-	34.179,24	0,31	34.178,93	15/08/2022
128753/2022	LAVARE GESTAO DE TEXTIL S.A	HT - HOSPITAL REGIONAL DE TIMBIRAS	74	26.525,35	1.326,27	-	-	-	25.198,96	0,12	25.198,84	15/08/2022
128753/2022	LAVARE GESTAO DE TEXTIL S.A	UCR - UNIDADE DE ATENDIMENTO COROATÃ	72	14.941,59	747,08	-	-	-	14.194,19	0,32	14.193,87	15/08/2022
128753/2022	LAVARE GESTAO DE TEXTIL S.A	HMC - HOSPITAL MACROREGIONAL DE COROATÃ	71	83.192,14	4.159,61	-	-	-	79.032,13	0,40	79.031,73	15/08/2022
128753/2022	LAVARE GESTAO DE TEXTIL S.A	SVOT - TIMON	69	201,34	10,07	-	-	-	191,21	0,06	191,15	15/08/2022
128753/2022	LAVARE GESTAO DE TEXTIL S.A	UCD - UNIDADE DE ATENDIMENTO CODÃ"	75	11.688,10	584,41	-	-	-	11.103,68	0,01	11.103,67	15/08/2022
118572/2022	CENTRO DE OLHOS DE MARANHENSE EIRELI	EMSERH - HOSPITAL GERAL DE CAXIAS	5837	115.554,35	5.777,72	1.733,32	-	5.373,27	99.446,12	3.223,92	96.222,20	17/08/2022
150046/2022	S R B SERVICOS MEDICOS LTDA	HB -HOSPITAL REGIONAL DE BARREIRINHAS	989	85.357,45	4.267,87	1.280,36	-	3.969,11	75.797,56	42,55	75.755,01	24/08/2022
148949/2022	CLINICA IDIAGNOSTICA LTDA - ME	PCO - POLICLINICA CIDADE OPERÃRIA	1533	19.000,00	950,00	-	-	-	17.550,00	500,00	17.050,00	25/08/2022

ANEXO IV - PROCESSOS DE PAGAMENTOS PAGOS EM 2022

Levantamento de Processos com Desconto e Glosas no Exercício de 2022

Processo	Fornecedor	Centro de Custo	Nota Fiscal	Valor Bruto	ISS	IRRF	INSS	CRSRF	Valor Liquido	Descont / Glosa	Valor Final	Data Pagamento
128773/2022	LAVARE GESTAO DE TEXTIL S A	HOSPITAL REGIONAL BARRA DO CORDA	76	46.366,99	2.318,35	-	-	-	44.047,90	0,74	44.047,16	26/08/2022
119774/2022	LAVEBRAS GESTAO DE TEXTEIS S A	CSGR - CENTRO DE SAUDE GENESIO REGO	105080	5.936,00	-	-	-	-	5.787,60	148,40	5.639,20	31/08/2022
136564/2022	LAVEBRAS GESTAO DE TEXTEIS S A	HCH - HOSPITAL DE CHAPADINHA	106256	98.766,03	-	-	-	-	96.296,88	2.469,15	93.827,73	31/08/2022
136024/2022	LAVEBRAS GESTAO DE TEXTEIS S A	HRN - HOSPITAL MACRORREGIONAL DE IMPERATRIZ DR.Â‡ RUTH NOLETO	106257	162.514,00	-	-	-	-	158.451,15	4.062,85	154.388,30	31/08/2022
136016/2022	LAVEBRAS GESTAO DE TEXTEIS S A	HPV - HOSPITAL PRESIDENTE VARGAS	106245	45.728,35	-	-	-	-	41.933,05	3.795,30	38.137,75	31/08/2022
		SubTotal		**1.505.613,05**	**33.617,07**	**3.140,58**	**-**	**9.735,77**	**1.420.490,81**	**38.628,82**	**1.381.861,99**	
144312/2022	VIA BARCELONA TRANSPORTES LTDA	ALMOXARIFADO CAF/EMSERH	560	186.250,00	-	-	-	-	186.250,00	4.618,80	181.631,20	05/09/2022
130970/2022	LIMPASIM SERVICOS EMPRESARIAL EIRELI	POLICLINICA DE IMPERATRIZ	80	23.871,23	1.193,56	238,71	2.625,84	1.110,01	14.021,09	4.682,02	9.339,07	05/09/2022
142247/2022	BRITO E SOARES LTDA (FILIAL TERESINA)	HOSPITAL REGIONAL ALARICO NUNES PACHECO - TIMON/ CUSTEIO REGULAR	1814	3.680,82	-	-	-	-	3.591,97	88,85	3.503,12	06/09/2022
154966/2022	BIOCENTRO LTDA - MEDICO	HPRD - HOSPITAL PRESIDENTE DUTRA	6876	104.980,00	-	1.574,70	-	4.881,57	98.203,73	320,00	97.883,73	06/09/2022
155130/2022	BRITO E SOARES LTDA (FILIAL TERESINA)	HOSPITAL REGIONAL ALARICO NUNES PACHECO - TIMON/ CUSTEIO REGULAR	987	2.869,65	-	43,04	-	-	2.708,61	118,00	2.590,61	06/09/2022
114687/2022	LABORATORIO E CLINICA SAUDE MAIS LTDA	HG - HOSPITAL GERAL DE GRAJAU	390	6.408,45	-	96,13	-	297,98	6.014,25	0,09	6.014,16	12/09/2022
145063/2022	PRIME CONSULTORIA, TREINAMENTOS E SERVIÃ‡OS EIRELI	HT - HOSPITAL REGIONAL DE TIMBIRAS	1483	132.538,58	-	-	-	-	127.919,78	4.618,80	123.300,98	14/09/2022
164442/2022	PRIME CONSULTORIA, TREINAMENTOS E SERVIÃ‡OS EIRELI	HCI - HOSPITAL DE CUIDADOS INTENSIVOS	1478	443.979,91	-	-	-	-	441.750,91	2.229,00	439.521,91	14/09/2022
125381/2022	BRITO E SOARES LTDA (FILIAL TERESINA)	EMSERH - HOSPITAL GERAL DE CAXIAS	1724	3.379,84	-	50,70	-	-	2.912,18	416,96	2.495,22	15/09/2022
140504/2022	BRITO E SOARES LTDA	HCI - HOSPITAL DE CUIDADOS INTENSIVOS	26582	53.084,52	2.654,23	-	-	-	48.880,47	1.549,82	47.330,65	15/09/2022
155084/2022	BRITO E SOARES LTDA (FILIAL TERESINA)	UT - UNIDADE DE ATENDIMENTO TIMON	1571	12.723,39	-	190,85	-	591,63	11.634,21	306,70	11.327,51	15/09/2022
155096/2022	BRITO E SOARES LTDA (FILIAL TERESINA)	HOSPITAL REGIONAL ALARICO NUNES PACHECO - TIMON/ CUSTEIO REGULAR	1723	7.333,98	-	110,01	-	341,03	5.440,94	1.442,00	3.998,94	15/09/2022
163876/2022	BRITO E SOARES LTDA	HOSPITAL MACRORREGINONAL DE CAXIAS - DR. EVERALDO FERREIRA ARAGÃƒO/ CUSTEIO REGULAR	26122	759,61	37,98	-	-	-	644,89	76,74	568,15	15/09/2022
176202/2022	INSTITUTO TRANSFORMAR- MÃ©dico	HPN - HOSPITAL DE PAULINO NEVES	17	14.000,00	420,00	-	-	-	12.310,01	1.269,99	11.040,02	21/09/2022
111514/2022	TECNOSET INFORMATICA PRODUTOS E SERVICOS LTDA	HSLP - HOSPITAL DE SANTA LUZIA DO PARUA	122249	1.716,33	-	-	-	-	1.686,63	29,70	1.656,93	26/09/2022
154055/2022	LAVARE GESTAO DE TEXTIL S A	USJP - UNIDADE DE ATENDIMENTO SÃƒO JOÃƒO DOS PATOS	80	5.954,80	297,74	-	-	-	5.656,92	0,14	5.656,78	26/09/2022
185329/2022	MAC SAUDE LTDA	PVLZ - POLICLINICA - VILA LUIZAO	1500	4.860,00	-	72,90	-	225,99	2.761,11	1.800,00	961,11	26/09/2022
183241/2022	E G DE OLIVEIRA L MACHADO	HMI - HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL - IMPERATRIZ	161	82.650,00	-	-	-	-	76.950,00	5.700,00	71.250,00	26/09/2022
183241/2022	E G DE OLIVEIRA L MACHADO	HMI - HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL - IMPERATRIZ	162	39.900,00	-	-	-	-	38.475,00	1.425,00	37.050,00	26/09/2022
193914/2022	INSTITUTO TRANSFORMAR- MÃ©dico	UPV - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PARQUE VITÃ"RIA	61060	155.000,00	-	-	-	-	139.500,00	15.500,00	124.000,00	26/09/2022
193914/2022	INSTITUTO TRANSFORMAR- MÃ©dico	UPV - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PARQUE VITÃ"RIA	61061	77.500,00	-	-	-	-	69.750,00	7.750,00	62.000,00	26/09/2022
179246/2022	MAC SAUDE LTDA	PVLZ - POLICLINICA - VILA LUIZAO	1536	7.740,00	-	116,10	-	359,91	3.123,99	4.140,00	- 1.016,01	26/09/2022
163853/2022	BRITO E SOARES LTDA	HCI - HOSPITAL DE CUIDADOS INTENSIVOS	26833	59.191,31	2.959,57	-	-	-	53.634,65	2.597,09	51.037,56	28/09/2022
163853/2022	BRITO E SOARES LTDA	CSGR - CENTRO DE SAUDE GENESIO REGO	26860	12.141,26	607,06	-	-	-	10.978,87	555,33	10.423,54	28/09/2022
163853/2022	BRITO E SOARES LTDA	HPV - HOSPITAL PRESIDENTE VARGAS	26970	5.912,54	295,63	-	-	-	5.254,92	361,99	4.892,93	28/09/2022
108810/2022	MANANCIAL SEGURANCA PRIVADA EIRELI	CAF-SEDE - EMSERH	3383	29.987,16	1.499,36	299,87	3.298,59	1.394,40	22.495,38	999,56	21.495,82	29/09/2022
108810/2022	MANANCIAL SEGURANCA PRIVADA EIRELI	HAL - HOSPITAL DR AQUILES LISBOA	3384	29.987,16	1.499,36	299,87	3.298,59	1.394,40	22.495,38	999,56	21.495,82	29/09/2022
173186/2022	GESTMEDH - GESTAO EM SERVIÃ‡OS MEDICOS-HOSPITALARES EIRELI	HG - HOSPITAL GERAL DE GRAJAU	157	128.787,02	-	-	-	-	128.756,02	31,00	128.725,02	29/09/2022
		SubTotal		**1.637.187,56**	**11.464,49**	**3.092,88**	**9.223,02**	**10.596,92**	**1.543.801,91**	**63.627,14**	**1.480.174,77**	
180916/2022	GOT- GRUPO DE SERVICO MEDICO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA	HPD - HOSPITAL DE PEDREIRAS	1024	82.150,00	4.107,50	1.232,25	-	3.819,98	59.298,61	13.691,66	45.606,95	10/10/2022
212348/2022	GESTMEDH - GESTAO EM SERVIÃ‡OS MEDICOS-HOSPITALARES EIRELI	HPR - HOSPITAL GERAL DE PERITORO	162	83.600,00	-	-	-	-	72.200,00	11.400,00	60.800,00	13/10/2022
167131/2022	LAVEBRAS GESTAO DE TEXTEIS S A	SISTEMA PRISIONAL - SEAP	106278	6.709,72	-	-	-	-	6.541,97	167,75	6.374,22	18/10/2022
99069/2022	PISTOLATO MIRA COLETA URBANA E LOCACAO LTDA	UTIPF - UTI DO HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE PORTO FRANCO	202220	70.907,71	1.715,97	-	7.799,85	-	49.333,93	12.057,96	37.275,97	18/10/2022
191272/2022	PRIME CONSULTORIA, TREINAMENTOS E SERVIÃ‡OS EIRELI	HRC - HOSPITAL REGIONAL DE CARUTAPERA	1594	80.984,81	-	-	-	-	80.255,92	728,89	79.527,03	18/10/2022
204921/2022	GESTMEDH - GESTAO EM SERVIÃ‡OS MEDICOS-HOSPITALARES EIRELI	HG - HOSPITAL GERAL DE GRAJAU	174	128.787,02	-	-	-	-	128.756,02	31,00	128.725,02	24/10/2022
202980/2022	INSTITUTO TRANSFORMAR- MÃ©dico	UPV - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PARQUE VITÃ"RIA	62432	77.500,00	-	-	-	-	69.750,00	7.750,00	62.000,00	24/10/2022
127145/2022	CHAMATEX EQUIPAMENTOS DE SEGURANCA	HAL - HOSPITAL DR AQUILES LISBOA	355	2.193,00	-	-	241,23	101,97	1.309,80	540,00	769,80	25/10/2022
127145/2022	CHAMATEX EQUIPAMENTOS DE SEGURANCA	PAM - POLICLINICA PAM DIAMANTE	362	612,00	-	-	67,32	28,46	446,22	70,00	376,22	25/10/2022
163309/2022	R W MEDICINA LABORATORIAL LTDA ME	PBC - POLICLINICA BARRA DO CORDA	10	89.084,96	1.781,70	-	-	-	75.919,95	11.383,31	64.536,64	25/10/2022
185793/2022	BRITO E SOARES LTDA	HOSPITAL DA ILHA	27099	20.455,09	-	-	-	-	18.658,87	1.796,22	16.862,65	26/10/2022
185772/2022	BRITO E SOARES LTDA	HPV - HOSPITAL PRESIDENTE VARGAS	27219	5.028,14	251,41	-	-	-	4.520,90	255,83	4.265,07	26/10/2022
170764/2022	LENCOIS MARANHENSES LAVANDERIA INDUSTRIAL E HOSPITALAR LTDA	HRLP - HOSPITAL REGIONAL DE LAGO DA PEDRA	191	17.034,40	623,46	-	-	-	16.410,93	0,01	16.410,92	28/10/2022
163104/2022	MANANCIAL SEGURANCA PRIVADA EIRELI	CAF-SEDE - EMSERH	3520	29.987,16	1.499,36	299,87	3.298,59	1.394,40	23.494,94	23.494,94	-	28/10/2022
199299/2022	INSTITUTO ACOLHER VIDAS - IAV	HAA - HOSPITAL REGIONAL DE ALTO ALEGRE	107	85.250,00	-	-	-	-	74.250,00	11.000,00	63.250,00	29/10/2022
		SubTotal		**780.284,01**	**9.979,40**	**1.532,12**	**11.406,99**	**5.344,81**	**681.148,06**	**94.367,57**	**586.780,49**	
206766/2022	RADIMED RADIODIAGNOSTICO E CLINICAS MEDICAS LTDA	HB -HOSPITAL REGIONAL DE BARREIRINHAS	547	68.924,63	3.446,23	1.033,87	-	3.205,00	53.618,03	7.621,50	45.996,53	07/11/2022
217479/2022	ANEST SERVICOS MEDICOS LTDA	HPR - HOSPITAL GERAL DE PERITORO	78	135.600,00	-	2.034,00	14.916,00	6.305,40	111.144,60	1.200,00	109.944,60	10/11/2022
227907/2022	NLX MEDICINA LTDA	HOSPITAL DA ILHA	119	145.752,99	-	2.186,29	1.125,11	6.777,51	127.992,87	7.671,21	120.321,66	11/11/2022
232144/2022	INSTITUTO GASTRO DIGESTIVO E OBESIDADE DO MARANHAO LTDA - EPP	HOSPITAL DA ILHA	158	160.809,87	8.040,49	2.412,15	2.840,48	7.477,66	139.974,48	64,61	139.909,87	11/11/2022
232142/2022	INSTITUTO GASTRO DIGESTIVO E OBESIDADE DO MARANHAO LTDA - EPP	HOSPITAL DA ILHA	159	198.471,22	9.923,56	2.977,07	3.626,17	9.228,91	172.535,64	179,87	172.355,77	11/11/2022
54281/2022	BRITO E SOARES LTDA	HTLF - HOSPITAL TARQUINIO LOPES FILHO	25642	8.448,02	422,40	-	-	-	7.473,61	552,01	6.921,60	30/11/2022
54281/2022	BRITO E SOARES LTDA	HMC - HOSPITAL MACROREGIONAL DE COROATÃ¤	25649	5.479,60	273,98	-	-	-	5.165,36	40,26	5.125,10	30/11/2022
183796/2022	BRITO E SOARES LTDA	HOSPITAL MACRORREGINONAL DE CAXIAS - DR. EVERALDO FERREIRA ARAGÃƒO/ CUSTEIO REGULAR	24711	1.337,93	66,90	-	-	-	796,03	475,00	321,03	30/11/2022
206179/2022	BRITO E SOARES LTDA	HEMOMAR - CENTRO HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO MARANHÃƒO	27087	10.179,34	-	-	-	-	10.175,59	3,75	10.171,84	30/11/2022
		SubTotal		**735.003,60**	**22.173,56**	**10.643,38**	**22.507,76**	**32.994,48**	**628.876,21**	**17.808,21**	**611.068,00**	
152444/2022	LABORATORIO E CLINICA SAUDE MAIS LTDA	HOSPITAL DA ILHA	42	64.823,04	3.241,15	972,35	-	3.014,27	57.543,24	52,03	57.491,21	02/12/2022
218737/2022	PRIME CONSULTORIA, TREINAMENTOS E SERVIÃ‡OS EIRELI	UCR - UNIDADE DE ATENDIMENTO COROATÃ¤	1641	101.657,93	-	-	-	-	101.196,05	461,88	100.734,17	02/12/2022
227902/2022	NLX MEDICINA LTDA	HOSPITAL DA ILHA	127	158.538,34	-	2.378,08	1.406,39	7.372,03	126.925,28	20.456,56	106.468,72	06/12/2022
231085/2022	GESTMEDH - GESTAO EM SERVIÃ‡OS MEDICOS-HOSPITALARES EIRELI	HAA - HOSPITAL REGIONAL DE ALTO ALEGRE	187	99.000,00	-	-	-	-	92.400,00	6.600,00	85.800,00	07/12/2022
249168/2022	INSTITUTO GASTRO DIGESTIVO E OBESIDADE DO MARANHAO LTDA - EPP	HOSPITAL DA ILHA	164	137.263,09	6.863,15	2.058,95	1.549,16	6.382,73	119.236,84	1.172,26	118.064,58	14/12/2022
165998/2022	VIA BARCELONA TRANSPORTES LTDA	ALMOXARIFADO CAF/EMSERH	579	186.250,00	-	-	-	-	186.224,50	25,50	186.199,00	15/12/2022
160436/2022	LIMPASIM SERVICOS EMPRESARIAL EIRELI	POLICLINICA DE IMPERATRIZ	86	23.871,23	1.193,56	238,71	2.625,84	1.110,01	14.976,59	3.726,52	11.250,07	16/12/2022
231089/2022	A1001 MED ASSISTENCIA E SERVICOS MEDICOS LTDA	HAA - HOSPITAL REGIONAL DE ALTO ALEGRE	523	84.000,00	-	1.260,00	-	3.906,00	73.234,00	5.600,00	67.634,00	19/12/2022
251307/2022	INSTITUTO TRANSFORMAR- MÃ©dico	UA - UNIDADE DE PRONTO PRONTO ATENDIMENTO ARAÃ‡AGY	65066	10.000,00	-	-	-	-	8.571,42	1.428,58	7.142,84	19/12/2022
174982/2022	NACIONAL IMPLANTES DISTRIB IMP EXPE ARMAZENADORA DE PROD HOSPITALARES LTDA	HCI - HOSPITAL DE CUIDADOS INTENSIVOS	445	1.260,00	-	-	-	-	-	1.260,00	- 1.260,00	21/12/2022
234937/2022	CARL ZEISS DO BRASIL LTDA	LACEN	186715	56.387,20	-	-	-	-	56.387,18	0,02	56.387,16	23/12/2022
222610/2022	INSTITUTO MEDICO DELPHOS	CR - CENTRAL DE REGULACAO	75	25.000,00	-	-	2.750,00	-	21.000,00	1.250,00	19.750,00	26/12/2022
225529/2022	SPE FCE SERVICOS MEDICOS LTDA	HMC - HOSPITAL MACROREGIONAL DE COROATÃ¤	2933	48.000,00	960,00	-	-	-	31.040,00	16.000,00	15.040,00	26/12/2022
227262/2022	RADIMED RADIODIAGNOSTICO E CLINICAS MEDICAS LTDA	HB -HOSPITAL REGIONAL DE BARREIRINHAS	548	130.583,86	6.529,19	1.958,76	-	6.072,16	90.678,79	25.344,96	65.333,83	26/12/2022
241256/2022	NLX MEDICINA LTDA	HMC - HOSPITAL MACROREGIONAL DE COROATÃ¤	152	173.719,04	-	2.605,79	-	8.077,93	162.493,66	541,66	161.952,00	28/12/2022
187313/2022	VITAL FORTE HOSPITALAR LTDA	ALMOXARIFADO CAF/EMSERH	493	99.741,54	-	-	-	-	98.781,94	959,60	97.822,34	29/12/2022
238887/2022	NLX MEDICINA LTDA	HPR - HOSPITAL GERAL DE PERITORO	150	184.135,66	-	2.762,03	-	8.562,31	172.237,20	574,12	171.663,08	29/12/2022
		SubTotal		**1.584.230,93**	**18.787,05**	**14.234,67**	**8.331,39**	**44.497,44**	**1.412.926,69**	**85.453,69**	**1.327.473,00**	
		Total Geral		**12.374.397,23**	**155.035,21**	**96.197,58**	**98.446,45**	**301.627,19**	**10.883.232,14**	**867.972,40**	**10.015.259,74**	