

1. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes institucionais formais e documentadas que demonstrem o compromisso da instituição com a qualidade assistencial, a segurança do paciente, a gestão de riscos e a melhoria contínua dos processos, assegurando práticas assistenciais e organizacionais seguras, eficazes, sustentáveis e alinhadas aos objetivos estratégicos da instituição.

Esta política integra de forma sistêmica a Gestão da Qualidade, a Gestão de Riscos e a Segurança do Paciente, promovendo atuação preventiva, baseada em evidências e orientada para resultados, abrangendo os processos assistenciais, administrativos, de apoio, ambientais e de relacionamento com a comunidade e demais partes interessadas.

A Gestão da Qualidade institucional está fundamentada na entrega de valor aos parceiros internos e externos, fortalecendo a cultura de segurança, excelência operacional, governança clínica e sustentabilidade organizacional.

Missão

Prestar assistência de qualidade e atendimento humanizado, assegurando a satisfação do cliente e valorizar os profissionais através de uma gestão comprometida e transparente.

Visão

Ser referência regional no atendimento de média e alta complexidade e proporcionar melhorias mediante a sustentabilidade financeira.

Valores

- Eficiência;
- Ética e transparência;
- Humanização;
- Valorização e
- Governança clínica.

2. APLICAÇÃO

Esta política aplica-se a todos os colaboradores, corpo clínico, terceiros, prestadores de serviços, parceiros e lideranças institucionais.

Compete à

- Direção clínica: garantir a implementação desta política e disponibilizar os recursos necessários para sua execução;
- Responsável técnico: assegurar qualidade e segurança das práticas clínica e assistenciais;
- Gestão da qualidade: coordenar, monitorar e avaliar o sistema de Gestão da Qualidade, Segurança do Paciente e Gestão de Riscos;
- Profissionais e parceiros: cumprir protocolos, políticas, normas e diretrizes institucionais estabelecidas.

3. DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. DIRETRIZES

4.1 Diretrizes gerais da gestão da qualidade e riscos

A instituição estabelece como direcionamentos institucionais:

Compromisso permanente com a qualidade e a segurança, assegurando cuidados eficazes, seguros, oportunos, eficiente, equitativos e centrados na pessoa.

Integração entre Gestão da Qualidade, Gestão de Riscos e Núcleo de Segurança do Paciente, garantindo:

- Atuação coordenada e complementar;
- Compartilhamento sistemático de informações;
- Fortalecimento das ações preventivas, corretivas e de melhoria contínua.

Gestão sistêmica dos riscos e da qualidade, reconhecendo que estes abrangem:

- Processos assistenciais;
- Processos administrativos e de apoio;
- Gestão ambiental;
- Relacionamento com pacientes, acompanhantes, comunidade, fornecedores, parceiros e demais partes interessadas.

Tomada de decisão baseadas em dados, evidências e análises críticas, utilizando indicadores, auditoriais, notificações, análises de riscos e avaliações de desempenho como instrumentos formais de gestão.

4.2 Gestão de processos, riscos e melhoria contínua

A Gestão da Qualidade e Riscos deverá contemplar, no mínimo:

- Mapeamento, padronização, monitoramento e melhoria dos processos institucionais;
- Identificação, análise, avaliação, tratamento e monitoramento dos riscos assistenciais e organizacionais;
- Implementação e manutenção de Plano de Gestão de Riscos alinhado à estratégia institucional;
- Utilização sistemática de ferramentas da qualidade (ex.: SIPOC, HFMEA, PDSA, auditorias internas, análises crítica de indicadores);
- Gestão estruturada de documentos institucionais;
- Gestão e revisão periódica de protocolos assistenciais e administrativos;
- Realização de auditorias internas planejadas, documentadas e acompanhadas;
- Promoção de ações corretivas, preventivas e de melhoria contínua baseadas em análises críticas e evidências.

4.3 Gestão de indicadores de desempenho

A instituição deverá definir, monitorar, analisar e revisar indicadores de desempenho que:

- Avaliem a qualidade dos serviços prestados, riscos, resultados e tendências institucionais.
- Estejam alinhados às dimensões da qualidade em saúde:
 - ✓ Eficácia;
 - ✓ Segurança;
 - ✓ Pontualidade;
 - ✓ Cuidado centrado na pessoa;
 - ✓ Eficiência;
 - ✓ Equidade.
- Sejam compatíveis com a natureza, porte e complexidade dos serviços oferecidos, permitindo:
 - ✓ Monitoramento histórico de desempenho;
 - ✓ Comparação entre setores internos;
 - ✓ Benchmarking com instituições semelhantes.

A autoavaliação institucional deverá evidenciar como os indicadores são definidos, monitorados, analisados, revisados e utilizados na tomada de decisão, fortalecendo a governança institucional e a cultura de melhoria contínua.

4.4 Gestão de riscos assistenciais e organizacionais

A Gestão de Riscos é estabelecida como processo inter e transdisciplinar, fundamentado na integração equipes multiprofissionais, com o objetivo de identificar, analisar, tratar e monitorar e comunicar riscos que possam comprometer a segurança, a qualidade assistencial e os resultados institucionais.

A Gestão de Riscos tem como finalidade:

- Prevenir incidentes e eventos adversos;
- Reduzir a probabilidade e o impacto de falhas;
- Proteger pacientes, acompanhantes, visitantes, profissionais, meio ambiente, comunidade usuária e imagem institucional.

A instituição norteia a Gestão de Riscos por meio de:

- Política de Segurança do Paciente;
- Atuação integrada do Núcleo de Segurança do Paciente e da Gestão da Qualidade e de Riscos;
- Programa de auditoria interna;
- Reunião periódicas para análise crítica dos riscos, incidentes e resultados.

Para a identificação, análise e priorização dos riscos, a instituição adota metodologias e ferramentas da qualidade, incluindo:

- Matriz de Riscos, com base na ferramenta HFMEA (Healthcare Failure Mode and Effects Analysis - Análise do Modo de Falha e seus Efeitos na Saúde), revisada conforme criticidade dos riscos e diretrizes institucionais;
- Sistema estruturado de notificação de incidentes, quase erros e eventos adversos, garantindo análise, tratativa, monitoramento e aprendizado organizacional.
- Mapeamento dos processos institucionais por meio da ferramenta SIPOC, permitindo identificar fornecedores, entradas, processos, saídas, clientes e resultados esperados.

A instituição estabelece barreiras de segurança proporcionais à criticidade, frequência e detectabilidade dos riscos, utilizando ferramentas dinâmicas de gestão e acordos formais entre

processos, como SLAs (Service Level Agreement - Acordo de Nível de Serviço) internos, com o objetivo de fortalecer a integração, padronizar entregas e mitigar riscos assistenciais e organizacionais.

Na instituição, os SLAs internos são acordos formais entre setores/processos que definem:

- responsabilidades;
- prazos;
- padrões de qualidade;
- critérios de entrega;
- fluxos de comunicação;
- indicadores de desempenho.

Eles servem para reduzir falhas entre áreas e garantir maior previsibilidade e segurança nos processos.

4.5 Disseminação das políticas institucionais e protocolos de segurança

O cumprimento dessa política é responsabilidade individual e coletiva, sendo essencial para a efetividade do Sistema de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente.

A instituição estabelece e dissemina políticas institucionais, protocolos assistenciais e programas de segurança voltados à promoção da qualidade e à mitigação de riscos.

Políticas institucionais:

- Política de Segurança do Paciente;
- Política de Identificação do Paciente;
- Política da Comunicação Efetiva;
- Política de Gestão de Fornecedores de Serviços e Produtos;
- Política de Gestão de Informações;
- Política de Gestão de Pessoas;
- Política de Gestão Financeira;
- Política de Gestão Ambiental
- Política de Governança Corporativa e Clínica;
- Política para Atendimento de Pacientes com Dignidade, Respeitando suas Crenças, Diferenças, Limitações e Escolhas.
- Políticas para Cuidados Paliativos e Terminalidade.

Protocolos de Segurança

- Programa de Cirurgia Segura;
- Programa de Parto Seguro e Humanizado;
- Protocolo de DHEG;
- Protocolo de Prevenção e Tratativa de Infecção Hospitalar;
- Protocolo de Demarcação de Lateralidade;
- Protocolo de Prevenção de Broncoaspiração;
- Protocolo de Hipotermia;
- Plano de Segurança do Paciente;
- Protocolo de Hipoglicemia;

SANTA CASA DE SANTO ANTÔNIO DO AMPARO
Título: Política da gestão da qualidade e de riscos

- Protocolo de Cadeia Medicamentosa;
- Protocolo de Prevenção de Deterioração do Paciente;
- Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão;
- Protocolo de Prevenção de Queda;
- Protocolo de Higienização das Mãos;
- Protocolo de Uso Seguro de Equipamentos;
- Protocolo de Administração Segura de Dietas;
- Protocolo de Abreviação de Jejum;
- Protocolo de Classificação de Riscos;
- Protocolos de Atendimento às Vítimas de Violência;
- Protocolo de Prevenção de Suicídio;
- Protocolos de Urgência/Emergência - AVC, SEPSE, Dor Torácica, TEV, Trauma grave entre outros);
- Protocolos laboratoriais de coleta, rastreabilidade, análise e liberação de laudos;
- Protocolo prevenção de riscos relacionados a choque elétrico, afogamento, asfixia, mordida, estímulos sensoriais (cheiros, umidade, sons), brinquedos inadequados;
- Protocolo Renal.

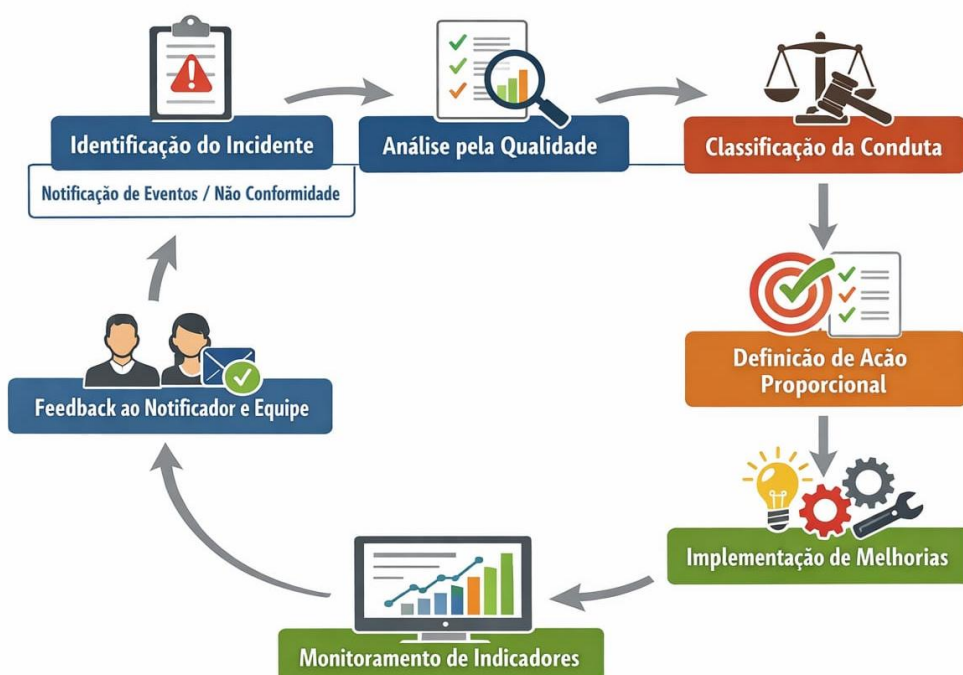
A instituição deverá implementar ações corretivas e preventivas sistêmicas, promovendo aprendizado organizacional e fortalecimento da cultura justa.

Também deverão ser monitorados indicadores relacionados à cultura justa, tais como:

- Número de notificações por setor;
- Percentual de feedbacks realizados ao notificador;
- Tempo médio entre ocorrência e análise do evento,
- Taxa de reincidência de incidentes;
- Número de profissionais elegíveis como segunda vítima.

4.6 Fluxo macro de cultura justa

Identificação do incidente → Notificação de Eventos/Não conformidade → Análise pela Qualidade → Classificação da conduta → Definição de ação proporcional → Implementação de melhorias → Feedback ao notificador e equipe → Monitoramento de indicadores.



5. MONITORAMENTO

A política deve ser continuamente avaliada por meio de indicadores de cultura justa e feedbacks, promovendo aprendizado institucional.

6. REFERÊNCIAS

RDC nº 36/2013 – ANVISA (Segurança do Paciente).
Portaria nº 529/2013 – MS (Programa Nacional de Segurança do Paciente).
Diretrizes da OMS para Cultura de Segurança.
ISQua Principles for Just Culture.

7. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

VERSÃO	ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00 27/02/2025	-	Criação do documento

8. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO

ELABORAÇÃO: 15/07/2024	APROVAÇÃO: 15/07/2024
 Nataly Lourdes Fonseca Campideli Andrade	 Núcleo da Qualidade