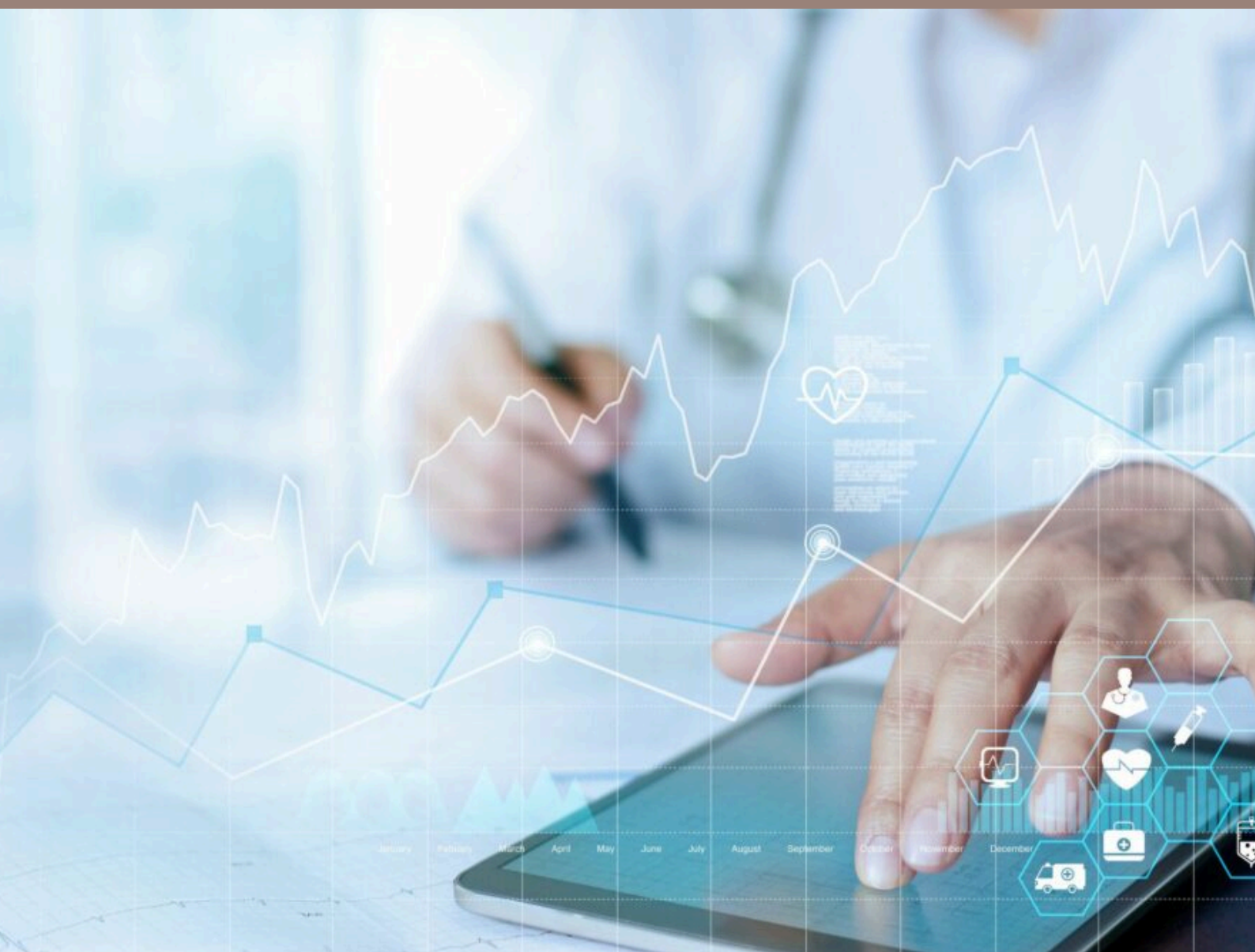


Política da Qualidade



POLÍTICA DA QUALIDADE

Código: POL.DIR.0002	Setor: Qualidade	Data da elaboração: 14/06/2021	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 2	Última revisão: 12/07/2024	Página: 1 de 10
--------------------------------	----------------------------	--	----------------------------	-------------------------	--------------------------------------	---------------------------

1. INTRODUÇÃO

A assistência a saúde é bastante complexa, está em constante evolução resultante dos avanços sociais, científicos e tecnológicos. Uma das maiores complexidades do sistema de saúde está relacionada com as variadas fontes de informação e diferentes interfaces entre profissional, equipe, paciente e tecnologia.

A busca pela qualidade auxilia a organização a obter maior segurança em seus processos, redução de custos, obtenção de bons resultados, consequentemente, na satisfação dos seus clientes. Para Donabedian, cuidado de boa qualidade é aquele que proporciona ao paciente o bem estar máximo e mais completo, após ter sido considerado o equilíbrio previsto entre ganhos (benefícios) e perdas (danos) que acompanham o processo de cuidado em toda a sua extensão.

Um Sistema de Gestão da Qualidade implantado serve para prover confiança para a alta direção e também para o paciente, sendo, portanto, uma decisão estratégica. A qualidade do cuidado em saúde incluem diversos atributos, descritos na literatura como dimensões da qualidade, como descritos no quadro 1 pela OMS:

Quadro 1. Dimensões da qualidade dos serviços de saúde

1. Segurança	Ausência de lesões devido à assistência à saúde que supostamente deve ser benéfica. Sistemas de saúde seguros diminuem o risco de dano aos pacientes.
2. Efetividade	Prestação de serviços baseados no conhecimento científico a todos os que podem beneficiar-se destes, e evitar prestar serviços àqueles que provavelmente não se beneficiarão (evitar a infra e supra utilização, respectivamente).
3. Atenção centrada no paciente	Envolve o respeitar o paciente, considerando suas preferências individuais, necessidades e valores, assegurando que a tomada de decisão clínica se guiará por tais valores.
4. Oportunidade / Acesso (interno e externo)	Redução das esperas e atrasos, às vezes prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam a assistência à saúde.
5. Eficiência	Prevenção do desperdício de equipamentos, suprimentos, ideias e energias.
6. Equidade	Prestação de serviços que não variam a qualidade segundo as características pessoais, tais como gênero, etnia, localização geográfica e status socioeconômico.

Adaptado de: IOM⁶ e OMS^{7,8}.

A adoção de um sistema de gestão da Qualidade é uma decisão estratégica para a organização, que pode ajudar a melhorar o seu desempenho global e a prover uma base sólida para iniciativas de desenvolvimento sustentável (NBR ISO 9001:2015). A presente Política da Qualidade descreve o sistema de gestão da Qualidade (SGQ) implantado no Hospital São Francisco na Providência de Deus (HSF), através do comprometimento da alta gestão da instituição com o objetivo de ofertar um serviço de excelência em atenção à saúde.

A Política de Qualidade foi estabelecida a partir da análise do planejamento estratégico e da ideologia da organização: missão, visão e valores seguindo características definidas:

MISSÃO: O HSF tem a pretensão de ser uma instituição nacional e internacionalmente reconhecida pelo tratamento humanizado e de alta qualidade.

VISÃO: Cuidar da saúde do ser humano na sua integralidade.

VALORES: Responsabilidade social, compromisso institucional, ética, espiritualidade e humanização.

A Política da Qualidade do HSF é um direcionador dos processos do sistema de gestão de qualidade, integrando atribuições, competências, procedimentos que assegurem o cumprimento dos requisitos estabelecidos pelo SGQ.

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Nycolas Kunzler Alcorta	Nycolas Kunzler Alcorta	Marcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Coordenador da Qualidade	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DA QUALIDADE

Código: POL.DIR.0002	Setor: Qualidade	Data da elaboração: 14/06/2021	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 2	Última revisão: 12/07/2024	Página: 2 de 10
--------------------------------	----------------------------	--	----------------------------	-------------------------	--------------------------------------	---------------------------

Este manual possui como base bibliográfica a NBR ISO 9001:2015, as diretrizes do Manual Brasileiro de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e as legislações vigentes.

2. JUSTIFICATIVA

Este presente documento constitui como suporte para implantação do sistema de gestão da Qualidade, integrando competências, atribuições, funções e procedimentos que assegurem o cumprimento dos requisitos.

3. OBJETIVOS

Instituir o sistema de gestão de Qualidade na prestação dos serviços de saúde, auxiliando os setores da instituição quanto às ações, conceitos e ferramenta dos processos de Qualidade em busca do alto nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos materiais, oferecer uma assistência com o mínimo de riscos ao paciente e satisfação dos usuários, tendo como referência as diretrizes nas legislações e da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Temos como objetivos específicos:

- Padronizar as condutas e, com isso, assegurar a segurança e Qualidade em todos os processos assistenciais e administrativos;
- Promover a integração entre as áreas e setores do HSF;
- Promover uma assistência de saúde centrada nos usuários dos serviços do HSF;
- Promover boas práticas assistenciais e administrativas, baseadas em evidências;
- Promover ações de melhoria contínua dos processos da instituição.

4. TERMOS E DEFINIÇÕES

HSF – Hospital São Francisco na Providência de Deus.

ONA – Organização Nacional de Acreditação.

NBR ISO 9001 – Norma Brasileira ISO 9001, versão brasileira da norma internacional, aprovada pela ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas).

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade.

POP – Procedimento Operacional Padrão

NSP – Núcleo de Segurança do Paciente

5. DESCRIÇÃO

A política de qualidade possui pilares de sustentação, é necessário implementar prioritariamente o planejamento estratégico e alguns principais processos de qualidade, como: gestão por processos, gestão de risco, gestão de resultados, gestão de documentos, auditorias internas.

5.1 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

O planejamento estratégico do HSF, esta relacionado com os objetivos de curto prazo da organização (12 meses) e os meios para alcançá-los. Elaborado com base na missão e visão da instituição.

As reuniões de planejamento estratégico acontecem geralmente no início do ano, são realizadas em ambiente externo, com a presença dos diretores e gestores setoriais.

Utilizando a ferramenta da matriz SWOT, para descrever as ameaças, forças, oportunidades e ameaças, e *Brainstorming* com foco na elaboração de ações, que alcancem os objetivos traçados para o período.

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Nycolas Kunzler Alcorta	Nycolas Kunzler Alcorta	Marcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Coordenador da Qualidade	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DA QUALIDADE

Código: POL.DIR.0002	Setor: Qualidade	Data da elaboração: 14/06/2021	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 2	Última revisão: 12/07/2024	Página: 3 de 10
--------------------------------	----------------------------	--	----------------------------	-------------------------	--------------------------------------	---------------------------

5.2 QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

O HSF organiza a qualidade da sua assistência com a padronização das condutas de atuação da equipe multiprofissional, a partir da elaboração e utilização de protocolos institucionais, projetos estratégicos e procedimentos operacionais padrão (POPs), baseando-se nas melhores práticas evidenciadas.

Os protocolos clínicos são definidos pelos gestores de serviços assistenciais, a partir da análise do perfil epidemiológico, considerando as patologias de maior prevalência, e são validados pelo setor de qualidade e aprovados pela direção técnica. Após aprovação e disponibilização dos protocolos, são realizados treinamentos para a equipe assistencial.

Os POPs são elaborados considerando as atividades críticas que precisam ser padronizadas para garantir a padronização das ações, estes documentos são elaborados pelos gestores setoriais e devem passar pelo processo de gestão de documentos através do sistema Tasy, para controle de validade e atualização.

5.3 DIRETRIZES DO SISTEMA DE GESTÃO DE QUALIDADE

O Hospital São Francisco na Providência de Deus adota como diretriz as normatizações, a NBR ISO 9001 (Norma Brasileira Regulamentadora ISO 9001) a metodologia de acreditação da ONA (Organização Nacional de Acreditação) e as legislações vigentes.

5.4 GESTÃO E MAPEAMENTO DE PROCESSOS

De acordo com a ISO 9000/2015, processo é um conjunto de atividades inter-relacionadas ou interativas que utilizam entradas para entregar um resultado pretendido. A gestão dos processos serve para compreender o funcionamento de um setor ou uma organização e a busca pela melhoria contínua. Consiste na identificação, mapeamento, análise e redesenho dos processos.

- 5.4.1 **Processos primários ou essenciais:** direcionam as entregas de valor aos clientes, constituem a cadeia de valor da organização.
- 5.4.2 **Processos de Apoio ou suporte:** apóiam os processos primários ou essenciais, gerenciando os recursos e as infraestruturas.
- 5.4.3 **Processos Administrativos e gerenciais:** utilizados para medir, controlar, monitorar os demais processos, metas estratégicas.

Para o mapeamento dos processos do HSF utilizamos a ferramenta chamada SIPOC, que apresenta a por meio de uma tabela, os fornecedores (suppliers), as entradas (inputs), o processo mapeado (process), as saídas (outputs) e os clientes (customers). No HSF, utilizamos uma apresentação modificada da ferramenta SIPOC, na qual, incluímos a coluna “controle” (control), na qual relacionados os indicadores estratégicos, que mensuram a efetividade do processo mapeado. A elaboração do mapeamento de um processo, vai depender de algumas questões importantes como:

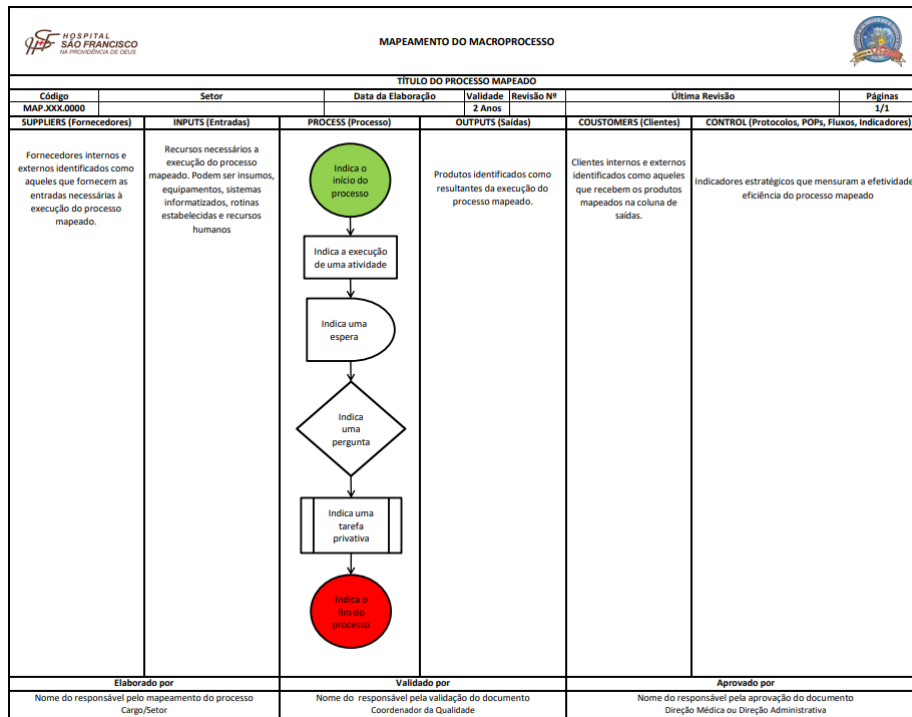
- Estabelecer o produto do processo;
- Identificar as principais atividades/etapas do processo, considerando começo, meio e fim;
- Identificar os fornecedores internos e externos;
- Identificar as entradas, ou seja, o que é necessário para a execução do processo mapeado;
- Identificar as saídas, ou seja, quais são os produtos entregues a partir da execução do processo mapeado;
- Identificar os clientes que irão receber o produto do processo;
- Identificar os indicadores estratégicos do processo, sejam eles assistenciais, de desempenho e/ou financeiros.

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Nycolas Kunzler Alcorta	Nycolas Kunzler Alcorta	Marcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Coordenador da Qualidade	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DA QUALIDADE

Código: POL.DIR.0002	Setor: Qualidade	Data da elaboração: 14/06/2021	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 2	Última revisão: 12/07/2024	Página: 4 de 10
--------------------------------	----------------------------	--	----------------------------	-------------------------	--------------------------------------	---------------------------

Documento de mapeamento de processos (SIPOC)



5.5 GESTÃO DE NÃO CONFORMIDADES

Não conformidade, em definição, é o não atendimento de determinado requisito. Podemos considerar os erros ou falhas no processo, como não conformidades a serem notificadas. Para isso, utilizamos a função parametrizada no sistema Tasy: “comunicação de não conformidades”. Esta função nos auxilia no controle de todas as falhas dos processos que são notificadas.

A partir da notificação recebida, é realizada a tratativa, que consiste na investigação da falha, levantamento da causa, elaboração de plano de ação com os respectivos responsáveis e prazo para conclusão.

Após a realização das ações, o coordenador notificante, avalia se as ações propostas e executadas foram eficazes para resolução da falha.

Detalhes de como realizar a notificação podem ser encontradas no Manual de Gestão de Não Conformidades.

OBSERVAÇÃO: quando identificado uma falha nos processos, o coordenador utiliza o perfil “NOTIFICANTE NC”, registra a notificação de não conformidade para o responsável pelo processo, o responsável irá receber uma CI sinalizando a pendência de notificação para responder.

O controle das não conformidades de processos, é realizado através do sistema eletrônico Tasy, na função “NÃO CONFORMIDADE”,

5.6 GERENCIAMENTO DE RISCO



Segundo o dicionário Michaelis (2024), a palavra “risco” significa a Possibilidade de perigo, que ameaça as pessoas ou o

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Nycolas Kunzler Alcorta	Nycolas Kunzler Alcorta	Marcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Coordenador da Qualidade	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DA QUALIDADE

Código: POL.DIR.0002	Setor: Qualidade	Data da elaboração: 14/06/2021	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 2	Última revisão: 12/07/2024	Página: 6 de 10
--------------------------------	----------------------------	--	----------------------------	-------------------------	--------------------------------------	---------------------------

De acordo com o definido pela Portaria GM/MS nº 529/2013, gestão de risco é a aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional. a gestão de riscos envolve um conjunto de processos coordenados e articulados para se gerenciar riscos, assim, tratar de gestão de riscos, em alguma medida, necessita abordar a gestão de processos. No HSF utiliza-se o modelo de matriz de risco, que identifica os riscos do respectivo setor/ processo, classificando-os como clínicos e não clínicos. A seguir, é estabelecida a prioridade de atenção ao risco, a partir da multiplicação entre a probabilidade e a gravidade. Por fim, são listadas as formas de mitigação do risco, que podem ser POPs, Protocolos, fluxos, comissões ou barreiras físicas.

 GERENCIAMENTO DE RISCOS 						
Código	Setor	Data da Elaboração	Validade	Revisão Nº	Última Revisão	Páginas
			2 anos	0		1/1
PROBABILIDADE		GRAVIDADE		PRIORIDADE - GERENCIAMENTO DO RISCO		
1 - REMOTO : provavelmente não acontecerá	1 - MENOR : incidente não atinge o paciente	1 a 4: Monitoramento do risco pela coordenação local				
2 - INCOMUM : possivelmente acontecerá em um prazo de 2 a 5 anos	2 - MODERADA : o incidente atinge o paciente, mas não causa danos	6 a 9: Monitoramento e controle pela coordenação local e pela gerência de risco				
3 - OCASIONAL : pode acontecer algumas vezes em um prazo de 1 a 2 anos	3 - MAIOR : o incidente resulta em danos temporários ou permanentes ao paciente	12 a 16: Monitoramento e controle pela coordenação local, gerência de risco e direção				
4 - FREQUENTE : provavelmente acontecerá imediatamente ou dentro de um curto período de tempo	4 - GRAVE : o incidente pode causar o óbito do paciente					
RISCO	CLASSIFICAÇÃO		ANÁLISE			MITIGAÇÃO
	Clinico	Não Clínico	Probabilidade	Gravidade	Prioridade	
					0	
					0	
					0	
					0	

O objetivo do gerenciamento de risco nos serviços de saúde é reduzir a chance da ocorrência de erros evitáveis, empregando esforços para alcançar um serviço mais seguro, antecipando os perigos que os usuários estão sujeitos, e tendo a oportunidade de evitar que resultem em danos.

5.7 NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

As ações do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do HSF estão descritas na POL.SGQ.0001 Política de Segurança do Paciente. O NSP Foi instituído em 2017 e unificado a gestão do setor da qualidade, tendo como objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, atendendo a legislação vigente RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.

A comissão é composta por membros estratégicos, que auxiliam na investigação e tratativa dos incidentes relacionados a assistência a saúde. Discutem e elaboram ações que visam a minimização dos eventos a um mínimo aceitável. Mais detalhes referente a comissão NSP, está descrito no regimento interno.

5.8 AUDITÓRIAS INTERNAS

A auditoria interna é um processo realizado para a organização conseguir examinar seus próprios sistemas, processos e atividades, se eles estão de acordo com as disposições planejadas. A auditoria é uma atividade independente, de avaliação e assessoramento aos gestores, visando atingir os objetivos da instituição através de uma abordagem sistemática e disciplinada para comprovar o nível de execução das metas, a efetividade dos processos de gerenciamento de riscos, controle e governança. As

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Nycolas Kunzler Alcorta	Nycolas Kunzler Alcorta	Marcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Coordenador da Qualidade	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DA QUALIDADE

Código: POL.DIR.0002	Setor: Qualidade	Data da elaboração: 14/06/2021	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 2	Última revisão: 12/07/2024	Página: 7 de 10
--------------------------------	----------------------------	--	----------------------------	-------------------------	--------------------------------------	---------------------------

auditorias internas do HSF serão realizadas através de processo rigoroso, com periodicidade planejada e documentadas.

5.8.1 Objetivos da Auditoria Interna

- Avaliar os processos dos setores referentes a normas ou procedimentos internos;
- Verificar a eficácia na adequação das ações corretivas implantados.

5.8.2 Método das auditorias

- **Periodicidade:** as auditorias internas serão realizadas semestralmente, nos diferentes setores da instituição.
- **Lista de verificação de auditoria:** Serão elaborados instrumentos de coleta de dados que contenham requisitos básicos e comuns a todos os setores e requisitos específicos, de acordo com o processo e atividades realizadas.
- **Devolutiva:** será elaborado um relatório das auditorias contendo as descrições das não conformidades visualizadas, e as sugestões como oportunidade de melhorias, e os prazos para adequação. O relatório será nominal para o responsável pelo setor avaliado.
- **Plano de ação:** os planos de ação devem ser elaborados pelo responsável do setor, encaminhado para o setor de qualidade, nos prazos definidos no relatório de auditoria de acordo com critérios da urgência.
- **Imediato:** até 10 dias para resolução da não conformidade.
- **Plano de Ação:** até 15 dias para elaboração e encaminhamento para o setor da qualidade

O setor da qualidade acompanhará a realização dos planos de ação, e a efetividade das melhorias propostas.

5.9 GESTÃO ELETRÔNICA DE DOCUMENTO

Em um Sistema de Gestão da Qualidade, os documentos devem ser mantidos sob controle, para isso é necessário que eles estejam organizados e devidamente identificados. O processo de controle de documentos é um dos requisitos que precisam ser documentados numa certificação de qualidade. A gestão dos documentos compreende as atividades de padronização, elaboração, validação, acompanhamento da aprovação, disponibilização, capacitação, atualização e controle de documentos obsoletos. Todos os documentos do HSF terão validade de 2 anos, devendo ser revisados obrigatoriamente ao final do prazo de validade ou quando houver necessidade.

- **Elaboração:** etapa que visa descrever uma atividade, uma diretriz, ou regulamentos da instituição e dos setores, para atender a demanda de orientação aos colaboradores.
- **Validação:** etapa responsável pela padronização dos modelos de documentos e codificação.
- **Aprovação:** etapa final, responsável pela disponibilização dos documentos no sistema para visualização de todos os envolvidos.

Os documentos do HSF são gerenciados através do sistema eletrônico Tasy, que controla o código de registro, data da elaboração, data de revisão, data de validade, cópias impressas.

5.9.1 Tipos de documentos HSF

- **Política (POL)** – Define as diretrizes organizacionais. Todas as ações desenvolvidas no HSF devem estar alinhadas a, no mínimo, uma política;
- **Programa (PRO)** - grupo de projetos relacionados gerenciados de modo coordenado para a obtenção de benefícios e

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Nycolas Kunzler Alcorta	Nycolas Kunzler Alcorta	Marcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Coordenador da Qualidade	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DA QUALIDADE

Código: POL.DIR.0002	Setor: Qualidade	Data da elaboração: 14/06/2021	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 2	Última revisão: 12/07/2024	Página: 8 de 10
--------------------------------	----------------------------	--	----------------------------	-------------------------	--------------------------------------	---------------------------

controle que não estariam disponíveis se fosse gerenciados individualmente. Objetivam atender legislações específicas, que exigem o estabelecimento de programas e cumprimento do que foi descrito. Exemplo: Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Serviços de Saúde.

- **Manual (MAN)** - documento que reúne de maneira sistematizada, normas, rotinas dentre outras informações e orientações necessárias para execução de ações.
- **Regimento Interno (RI)** - documento de caráter organizativo que define e regula as atividades em um departamento, serviço ou comissão (obrigatório para esta última).
- **Protocolo (PTO)** - descrição e direcionamento de uma situação específica da assistência com detalhes assistenciais. Deve contemplar, no mínimo, um indicador de processo e um indicador de resultado.
- **Mapeamento de Processo (MAP)** – Estabelece os fornecedores, as entradas, saídas e clientes do processo mapeado. Utiliza a ferramenta SIPOC. Acrescenta os indicadores estratégicos do processo.
- **Gerenciamento de Riscos (GER)** – Identifica os riscos clínicos e não clínicos e os classifica de acordo com sua probabilidade e gravidade. Relaciona os documentos que estabelecem a conduta padronizada para mitigar o risco mapeado. Utiliza uma Matriz de Riscos.
- **Procedimento Operacional Padrão (POP)** - define as instruções de uma tarefa a ser executada.
- **Fluxogramas (FLU)** - representação gráfica através de um conjunto de símbolos para representar a sequência de atividades de um processo. O retângulo representa uma operação, o losango indica o ponto onde a decisão deve ser tomada, (geralmente as respostas são SIM e NÃO), o círculo indica o início e o fim do processo, a seta indica o sentido e a sequência das etapas do processo.

5.9.2 Fluxo de gestão de documentos

Os documentos devem ser elaborados em modelos padronizados da instituição e inseridos no sistema Tasy, utilizando o perfil “Documento Elaborador”, na função “Gestão da Qualidade”.

O setor da qualidade avalia os critérios de *layout* para padronização dos documentos, converte em formato de PDF e realiza a “Validação”. A etapa final, (“Aprovação”), será realizada pela direção administrativa e direção médica. Após esse processo, o documento estará disponível na função consulta da qualidade.

Todos os documentos são controlados através de uma planilha “Mestra”, na qual, consta dados como código do documento, responsável pela elaboração, setor, data da elaboração, data da última revisão, número de revisões, registro das datas de validação e de aprovação. Documentos fora dos padrões e que não estejam disponíveis no sistema Tasy não serão considerados como documentos válidos.

5.9.3 Modelo de cabeçalho dos documentos

O cabeçalho padronizado do HSF, possui nove campos para preenchimento, o tipo de documento, o título do documento, o código, setor responsável pelo documento, data de elaboração, período de validade, número de revisões, data da última revisão e número de páginas.

5.9.4 Modelo de rodapé dos documentos

O rodapé padronizado do HSF, possui 6 campos, nome, cargo e setor do elaborador, do validador e do aprovador.

5.10 MONITORAMENTO DE INDICADORES

Medir o desempenho em programas e serviços de saúde é imprescindível para o planejamento, organização, coordenação e avaliação das atividades desenvolvidas, seno alvo dessa medição os resultados, os processos e a estrutura necessária ou utilizada.

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Nycolas Kunzler Alcorta	Nycolas Kunzler Alcorta	Marcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Coordenador da Qualidade	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DA QUALIDADE

Código: POL.DIR.0002	Setor: Qualidade	Data da elaboração: 14/06/2021	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 2	Última revisão: 12/07/2024	Página: 9 de 10
--------------------------------	----------------------------	--	----------------------------	-------------------------	--------------------------------------	---------------------------

Uma organização que mede sistematicamente seu desempenho pode realizar rapidamente intervenções à medida que ocorrem flutuações de processo. Diante da grande quantidade de medidas disponíveis, o processo de seleção de indicadores deve buscar o maior grau possível de adesão a algumas propriedades que caracterizam uma boa medida de desempenho. Essas propriedades são as que qualquer indicador deve apresentar e sempre devem ser consideradas como critérios de escolha, a saber:

- **Utilidade:** deve suportar decisões, sejam operacionais, táticas ou estratégicas. Os indicadores devem, portanto, basear-se nas necessidades dos decisores;
- **Validade:** capacidade de representar, com a maior proximidade possível, a realidade que se deseja medir e modificar. Um indicador deve ser significativo ao que está sendo medido e manter essa significância ao longo do tempo;
- **Confiabilidade:** indicadores devem ter origem em fontes confiáveis, que utilizem metodologias reconhecidas e transparentes de coleta, processamento e divulgação;
- **Disponibilidade:** os dados básicos para sua contagem devem ser de fácil obtenção;
- **Simplicidade:** indicadores devem ser de fácil obtenção, construção, manutenção, comunicação e entendimento pelo público em geral, interno ou externo;
- **Clareza:** geralmente um indicador é definido como uma divisão entre duas variáveis básicas. É formado, portanto, por um numerador e um denominador;
- **Sensibilidade:** capacidade que um indicador possui de refletir tempestivamente às mudanças decorrentes das intervenções realizadas;
- **Estabilidade:** capacidade de estabelecimento de séries históricas estáveis que permitam monitoramentos e comparações de variáveis de interesse, com mínima interferência causada por outras variáveis;
- **Mensurabilidade:** capacidade de alcance e mensuração quando necessário, na sua versão mais atual, com a maior precisão possível e sem ambiguidade;
- **Auditabilidade/ Rastreabilidade:** qualquer pessoa deve sentir-se apta a verificar a boa aplicação das regras de uso dos indicadores.

Todos os indicadores do HSF deverão estar descritos em uma ficha técnica, que demonstre de forma clara e objetiva para que serve o indicador e como ele deve ser coletado. As informações da ficha técnica estão descritas a seguir:

- **Nome do Indicador:** Identifica o indicador a ser mensurado;
- **Nível do Indicador:** Define se o indicador está no nível estratégico, operacional, tático;
- **Classificação:** Estabelece se o indicador é de estrutura, produto, processo ou resultado;
- **Fórmula:** Esclarece como é realizado o cálculo do indicador;
- **Representação:** Deixa claro se a unidade de medida do indicador é uma taxa, um coeficiente, um índice, um percentual ou número absoluto;
- **Fonte da Informação:** Local de onde as informações são extraídas;
- **Coleta de Dados:** Orienta como são realizadas as coletas dos dados para o cálculo do indicador. Podem ser planilhas de controle manuais ou relatórios informatizados;
- **Responsável:** Quem é o responsável pela coleta e análise dos dados;
- **Frequência:** número de vezes que o indicador é medido no ano;
- **Objetivo:** Qual o motivo que se medir o item;
- **Meta:** Valor a ser alcançado e prazo para o alcance do item mensurado. Pode ser definida por meio de referência bibliográfica, relatório de instituições ou órgãos fiscalizadores e também pela série histórica e pelo resultado consolidado em períodos anteriores. Sugere-se rever a meta, no mínimo a cada trimestre;
- **Benchmark:** Resultado médio obtido em pesquisas científicas, entidades de classe, relatórios de instituições ou órgãos fiscalizadores. Permite compreender se os resultados obtidos estão próximos às práticas baseadas em evidências.

A padronização da representação gráfica dos indicadores deverá estar concluída até dezembro/2024, quando todos os indicadores mensurados no HSF deverão ter migrado para a ferramenta *Power BI*. Compete ao responsável pelo indicador a realização da análise crítica e a elaboração de um plano de melhoria (modelo 5W2H) até o 10º dia de cada mês, INDEPENDENTE se o resultado obtido está dentro ou fora da meta estabelecida. Assim sendo, estará evidenciada a gestão dos indicadores em um ciclo de melhoria PDCA, composto pelas etapas de planejamento (*plan*); do (*do*); fazer; checagem/ compreensão dos resultados (*check*) e ação para melhoria (*act*).

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Nycolas Kunzler Alcorta	Nycolas Kunzler Alcorta	Marcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Coordenador da Qualidade	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo

POLÍTICA DA QUALIDADE

Código: POL.DIR.0002	Setor: Qualidade	Data da elaboração: 14/06/2021	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 2	Última revisão: 12/07/2024	Página: 10 de 10
--------------------------------	----------------------------	--	----------------------------	-------------------------	--------------------------------------	----------------------------

6. RESPONSÁVEIS

- **Direção Médica e Administrativa:** Estabelecer as políticas institucionais e conduzir o planejamento estratégico da instituição;
- **Serviço de Gestão da Qualidade:** Promover a padronização dos processos institucionais; Realizar a gestão de documentos; Auxiliar as áreas assistenciais e administrativas quanto ao adequado uso das ferramentas da Qualidade; Realizar auditorias internas com foco na melhoria contínua dos processos e na qualidade da assistência à saúde; Elaborar relatórios técnicos que sirvam como instrumento de apoio para que os gestores realizem melhorias nos seus processos e na sua estrutura; Promover ações educativas; Mapear processos e gerenciar os riscos; Certificar-se do cumprimento das rotinas institucionais estabelecidas; Manter-se atualizado em relação às boas práticas e às normas regulamentadoras;
- **Setores Assistenciais, Administrativos e de Apoio:** Certificar-se de que suas ações estão alinhadas a, pelo menos, uma política e ao planejamento estratégico institucional; Padronizar as rotinas setoriais, elaborando documentos que descrevam as atividades executadas, de acordo com as orientações do Serviço de Gestão da Qualidade; Certificar-se do cumprimento das rotinas institucionais; Fazer uso das ferramentas de gestão para a melhoria contínua nos processos setoriais; Compreender e analisar criticamente os resultados obtidos (indicadores), elaborando planos de melhoria contínua; Colaborar na execução das auditorias realizadas pelo Serviço de Gestão da Qualidade; Receber o relatório de auditoria interna e dar os devidos encaminhamentos.

7. ANEXOS

Não de Aplica

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Introdução à segurança do paciente e qualidade – Módulo 1. 1ed. Brasília: 2018. OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: < <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/6383/3/Unidade%20-%20Gerenciamento%20de%20Risco.pdf> >. Acesso em: 22 abr. 2024

Gueresi, R; Alcorta, N.K. Definição de indicadores e análise crítica. In: Vieira, C; Alcorta, N.K; Gueresi, R. Qualidade em serviços de diálise: teoria e prática. 1ed. Piracicaba: Balieiro, 2019. p.41-47.

IHI, Institute for Healthcare Improvement. Kit de ferramentas essenciais para melhoria da qualidade. IHI, 2018. Disponível em: < https://www.ihl.org/sites/default/files/IHI_Kit-de-Ferramentas-Essenciais-para-Melhoria-da-Qualidade_Portugu%C3%A9s.pdf >. Acesso em: 22 abr. 2024

ISO, International Organization for Standardization. ISSO 9001:2015 Sistema de gestão da qualidade – Requisitos, 2ed. Rio de Janeiro: ABNT Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2015. Disponível em: < http://associacaodeinspetores.com.br/arquivos/arquivo_informativo/c2c76186249e40f1f5da5c8b09582702.pdf >. Acesso em: 22 abr. 2024.

ISO, International Organization for Standardization. ISO 31000:2018 gestão de Riscos – Diretrizes, 2ed. Rio de Janeiro: ABNT Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2018. Disponível em: < https://dintecgcin.saude.gov.br/attachments/download/23/2018%20-%20Diretrizes%20-%20Gest%C3%A3o%20de%20Riscos_ABNT%20NBR%20ISO%2031000.pdf >. Acesso em: 08 abr.2024.

ONA, Organização Nacional de Acreditação. Manual para organizações prestadoras de serviços de saúde – OPSS versão 2022-2025. Organização Nacional de Acreditação, São Paulo: 2021.

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Nycolas Kunzler Alcorta	Nycolas Kunzler Alcorta	Marcio Oliveira Nunes
Cargo/Setor:	Coordenador da Qualidade	Coordenador da Qualidade	Diretor Administrativo