



**GRUPO SANTA CASA**  
de Franca

OSS - Organização Social de Saúde

# AME

**Ambulatório Médico de Especialidades  
do Governo do Estado de São Paulo  
CAMPINAS**

# POLÍTICA INSTITUCIONAL GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Elaborado por: Yeda Tama Nakagawa Khatib

Aprovado por: Vilmar Medeiros

Data da Aprovação: 08/07/2024

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FRANCA  
AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS – AME CAMPINAS  
Campinas/SP - 2024

Documento: nº 1

Data Emissão: 07/07/2024

Revisão: Nº 0

Data Revisão:

Revisado anualmente

Av. Pref. Faria Lima, 580 – Parque Itália | CEP 13036-220 | Campinas, SP  
Fone: (19) 3773-8150

ZapSign c761863c-c041-424b-9bb5-3695440f6623. Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/2001 e Lei 14.063/2020.



GOVERNO DO ESTADO  
DE SÃO PAULO

## Sumário

Missão Grupo Santa Casa .....	3
1. Objetivo .....	4
2. Aplicação .....	4
3. Diretrizes .....	5
4. Responsabilidades .....	9
5. Referências Bibliográficas .....	10

CÓPIA CONTROLADA



# GRUPO SANTA CASA

de Franca

OSS - Organização Social de Saúde

## MISSÃO GRUPO SANTA CASA

Assistência e ensino voltado à saúde.

## VISÃO

Ser uma instituição sustentável, com equilíbrio econômico financeiro, reconhecida pela excelência na assistência em saúde e na geração do conhecimento, através da melhoria contínua de processos, tecnologia inovadora e comprometimento de seus colaboradores.

## VALORES

- 1 - **Empatia**: Se colocar no lugar da outra pessoa entendendo seus sentimentos e emoções.
- 2 - **Transparência**: Ter clareza nas ações e na prestação de contas.
- 3 - **Integridade**: Honestidade e imparcialidade nas atitudes.
- 4 - **Comprometimento**: Compromisso com o que faz
- 5 - **Acolhimento**: Hospitalidade, ter afeto e acolher o outro.

## 1. Objetivo

A Política de Gestão da Qualidade e segurança do paciente tem por objetivo assegurar o padrão e a excelência dos serviços prestados, visando a melhoria contínua dos processos, bem como o oferecimento de um serviço seguro aos pacientes, satisfazendo, assim, as necessidades e expectativas dos usuários do serviço de saúde.

Este documento contém diretrizes da Política de Gestão da Qualidade que se faz obrigatória conforme a ISO 9001, transmitida pela Alta Gestão Santa Casa de Franca em conjunto com a OSS (Organização Social de Saúde) administradora responsável pelos AMEs, com foco na liderança e no comprometimento de todos.

Sendo um pilar que permeia por todos os setores de cima para baixo, é um direcionamento do SGQ (Sistema de Gestão da Qualidade) que serve como base para a definição e monitoramento dos objetivos mensuráveis da organização, além de regulamentar as ações de segurança do paciente e promover melhorias contínuas com ferramentas de qualidade relacionados aos processos, mitigação dos riscos assistenciais e definição de estratégias de prevenção, com atuação focada nas boas práticas assistenciais.

## 2. Aplicação

A política norteará sobre as diretrizes devidas de aplicação dentro Ambulatório Médico de Especialidades, orientando quantos aos passos que deverão ser tomados, mostrando a direção para se chegar aos resultados esperados.

Baseando-se no propósito, missão, visão e valores dos quais todos devem focar para atingiros objetivos e metas estratégicas, atuando com ferramentas e metodologias da Qualidade.

A política se aplica a todos os colaboradores que visam buscar sempre a melhoria contínua dos processos e garantia da promoção de segurança do paciente através do Núcleo de segurança do paciente. É imprescindível o envolvimento dos pacientes e familiares nas ações

preventivas e promoção desta cultura que é responsabilidade de todos, listado abaixo as devidas aplicações.

- ✓ Garantia da Qualidade da Assistência e do Uso da Tecnologia em Saúde.
- ✓ Cuidado centrado no Paciente.
- ✓ Ética profissional.
- ✓ Satisfação dos Pacientes e Colaboradores.
- ✓ Processos de Gestão Inovador.
- ✓ Tomada de decisões baseadas em fatos.
- ✓ Melhoria Contínua + Ciclos.
- ✓ Cultura de Segurança (Paciente + Processos).
- ✓ Desenvolvimento da capacidade de aprender com os erros.
- ✓ Prestar serviço de excelência.
- ✓ Cumprir as legislações vigentes.
- ✓ Apoiar ações sustentáveis.
- ✓ Viabilizar crescimento institucional.
- ✓ Metas Internacionais de Segurança do Paciente.
- ✓ Gestão de Riscos Assistenciais e Riscos Institucionais.
- ✓ Gestão e padronização de Documentos institucionais.
- ✓ Gestão de Auditorias Clínicas, Internas e Externas.
- ✓ Aplicação de Ferramentas da Qualidade.
- ✓ Gestão de Indicadores.

### 3. Diretrizes

O SGQ trata-se do sistema de gestão para dirigir e controlar uma organização, no que diz respeito a Qualidade. O SGQ é, portanto, concebido para satisfazer as necessidades gerenciais internas da organização, bem como para abranger os objetivos da Qualidade voltadas as tomadas de decisão da Alta Gestão – OSS que administra os Ames.

Esta diretriz se aplica a todas as pessoas físicas ou jurídicas que são diretas ou indiretamente ligadas aos serviços prestados, e que também possuem algum relacionamento com os ames.

### 3.1 Objetivos

- ✓ Propor ações de melhoria contínua dos processos de trabalho e práticas assistenciais;
- ✓ Auxiliar na implantação de ações para mitigação ou eliminação dos riscos que impactam na assistência ao paciente;
- ✓ Mensurar e obter resultados que causam impacto na qualidade do produto, na prestação de serviço, na eficácia operacional e no desempenho financeiro;
- ✓ Proporcionar programas de capacitação voltados à política da Qualidade;
- ✓ Fortalecer a cultura organizacional da Qualidade e Segurança do paciente, que esteja centrada na busca da melhoria da eficácia dos processos e segurança na assistência prestada;
- ✓ Implantar o processo de acreditação Hospitalar e garantir a sua efetividade;
- ✓ Disseminar a teoria sobre a Gestão da Qualidade, bem como as ferramentas que a instituição adotou.

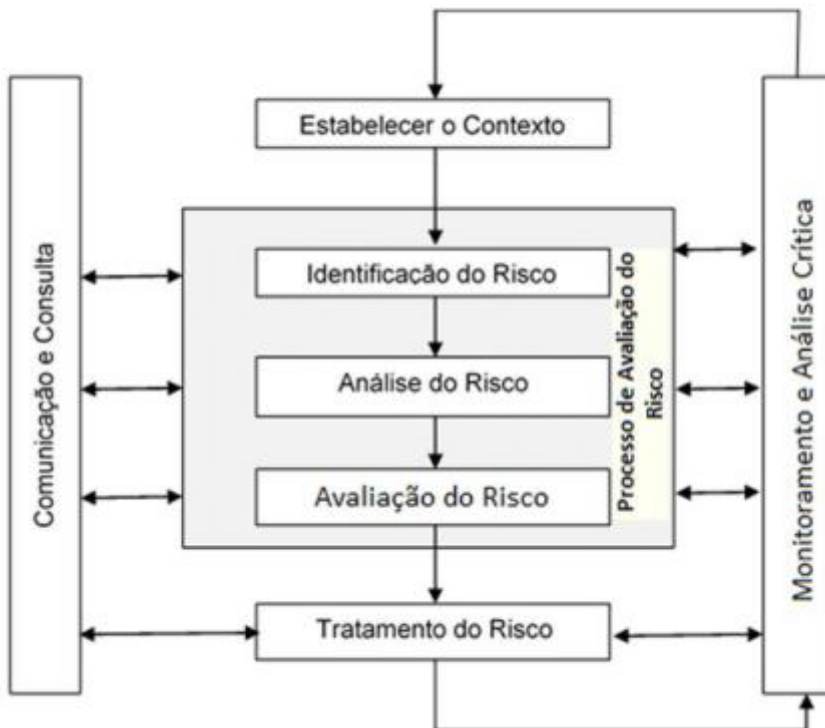
### 3.2 Ações

- ✓ Estabelecer ações de melhorias baseados no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar – Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares;
- ✓ Definir método de padronização, elaboração, validação, acompanhamento, disponibilização e controle dos documentos institucionais, garantindo assim a segurança dos mesmos – POP Gestão de Documentos.
- ✓ Auditorias internas e Clínicas da Qualidade com Planos de melhorias – POP Programa de Auditoria.

- ✓ Definir sistemática de Gestão de Indicadores, contemplando coleta, análise crítica para cumprimento de metas e implantação de ações de melhoria – POP Padronização de Indicadores;
- ✓ Estabelecer sistemática para criação, implantação e gerenciamento de documentos institucionais, protocolos clínicos e assistenciais;
- ✓ Evidenciar e Gerenciar ciclos de melhorias, aplicando as ferramentas da qualidade padronizadas – POP Ferramentas da Qualidade;
- ✓ Divulgar a todos os colaboradores a política de gestão da Qualidade e os objetivos da Qualidade pertinentes;
- ✓ Auxiliar no estabelecimento do processo de educação continuada para habilitação e melhoria permanente do corpo funcional.
- ✓ Acompanhar, gerenciar e apoiar o desempenho dos times / Comissões e Comitês de melhoria, auxiliando nas ações – POP Gestão dos times, comissões e comitês;
- ✓ Definir e disseminar metodologia de mapeamento de processos, gerenciamento de riscos e acordos entre áreas conforme ferramentas da qualidade que deverá ser atualizado anualmente compreendendo a identificação dos riscos, análise, avaliação, tratamento e monitorização dos riscos e incidentes, conforme fluxograma ISO 31000 – POP Mapeamento de Processos, gerenciamento de riscos e Acordo entre áreas;

CÓPIA COMPROVADA

Figura 1



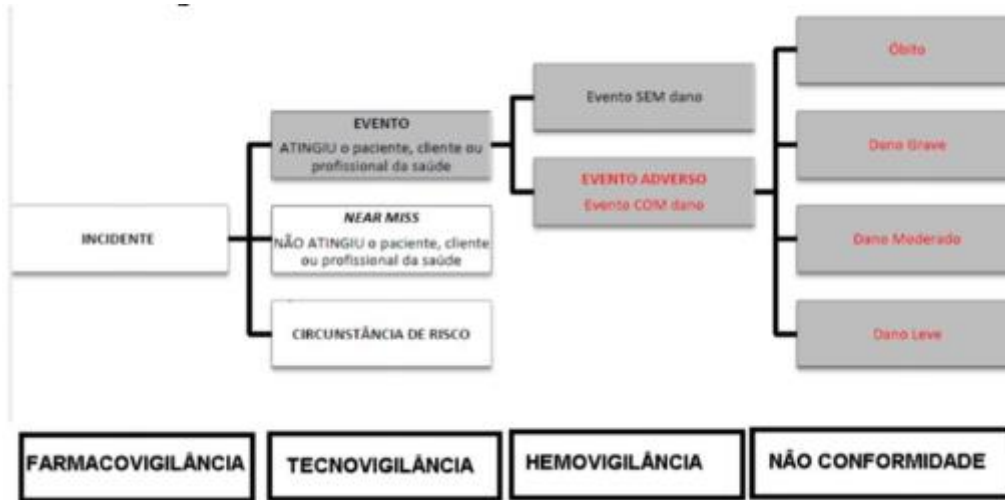
Fonte: Fluxograma ISO 31000

Estimular a notificação na Intranet seja através de falhas no processo ou dos incidentes identificados, near miss ou demais assuntos relacionados a segurança do paciente, assim como quebra de contratos (Não conformidades). Visando atuação da Qualidade com a melhoria de processos e segurança do paciente, o notificador pode classificar sua notificação de forma anônima ou se identificar, e caso seja identificado, poderá acompanhar o desenvolvimento de sua notificação para saber do desfecho com retorno do Núcleo de segurança do paciente na própria ferramenta (Intranet). Na dúvida, a orientação é notificar sempre – POP Cadastro de Notificações Intranet.

Analisar e avaliar as notificações identificando os eventos adversos e classificando as ocorrências, emitindo pareceres relacionados aos eventos notificados, conforme fluxograma abaixo definido na taxonomia da OMS e NO21 da ONA – Conforme POP Gerenciamento de Notificações Intranet.



Figura 2



Fonte: Taxonomia da OMS e NO21 da ONA

## 4. Responsabilidades

A responsabilidade é de todos os profissionais de saúde, estabelecendo plano de ações, análises de riscos, gerenciamento e classificação das notificações, cumprimento dos prazos estabelecidos.

Ter fundamentado todos os indicadores para análise mensal e clareza nas entregas para alcance dos objetivos estratégicos e contribuição do crescimento institucional.

É fundamental que todos estejam envolvidos e comprometidos a promover e multiplicar a importância da Política de Segurança do Paciente dentro da unidade, realizando o acompanhamento dos incidentes e eventos adversos elencados.

## 5. Referências bibliográficas

1. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Organização Paulo Souza e Walter Mendes – Rio de Janeiro. EAD/ENSP, 2014.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. O Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde- Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. 2015.
3. Ministério da Saúde – ANVISA- RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013. Disponível in: <https://antigo.anvisa.gov.br/legislacao#/visualizar/29068>.
4. <https://qualyteam.com/pb/blog/politica-da-qualidade/>
5. <https://qualidadeparasaude.com.br/como-desenvolver-uma-politica-de-gestao-da-qualidade-segundo-o-manual-ona/>

CÓPIA CONTROLADA

**A presente Política entra em vigor nesta data, em decorrência de sua aprovação na diretoria responsável da instituição.**

**Campinas, 08 de Julho de 2024.**

*Yeda Tama Nakagawa Khatib*

Yeda Tama Nakagawa Khatib  
Supervisora de Melhoria Contínua  
Ame Campinas

*Diego Barssi Zanota*

Diego Barssi Zanota  
Gerente Administrativo/Qualidade  
Ame Campinas

*Vilmar Martins Medeiros*


Vilmar Medeiros  
Administrador Hospitalar AME's  
OSS Santa Casa de Franca

# POLÍTICA INSTITUCIONAL – Gestão da Qualidade e e Segurança do Paciente.pdf

Documento número c761863c-c041-424b-9bb5-3695440f6623




## Assinaturas

 Yeda Tama Nakagawa Khatib  
Assinou

Pontos de autenticação:  
Assinatura na tela  
Código enviado por e-mail  
IP: 189.111.5.208 / Geolocalização: -22.832742, -47.261286  
Dispositivo: Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0; Win64; x64)  
AppleWebKit/537.36 (KHTML, like Gecko) Chrome/126.0.0.0  
Safari/537.36  
Data e hora: Julho 14, 2024, 23:34:07  
E-mail: supervisor.qualidade@amecampinas.org.br  
(autenticado com código único enviado exclusivamente a este e-mail)  
Telefone: + 5519971543700  
ZapSign Token: 0746a386-\*\*\*\*-\*\*\*\*-\*\*\*\*-eb3f1bda1cf1

*Yeda Tama Nakagawa Khatib*

Assinatura de Yeda Tama Nakagawa Khatib

 diego barssi zanota  
Assinou

Pontos de autenticação:  
Assinatura na tela  
Código enviado por e-mail  
IP: 189.112.5.114 / Geolocalização: -22.915363, -47.070364  
Dispositivo: Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0; Win64; x64)  
AppleWebKit/537.36 (KHTML, like Gecko) Chrome/126.0.0.0  
Safari/537.36  
Data e hora: Julho 15, 2024, 08:21:51  
E-mail: diego.zanota@amecampinas.org.br (autenticado com código único enviado exclusivamente a este e-mail)  
Telefone: + 5519992580715  
ZapSign Token: 720f0b60-\*\*\*\*-\*\*\*\*-\*\*\*\*-99c2f26d417f

*Diego Barssi Zanota*

Assinatura de diego barssi zanota



Vilmar Martins Medeiros

Assinou

Pontos de autenticação:

Assinatura na tela

Código enviado por e-mail

IP: 189.112.5.114

Dispositivo: Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0; Win64; x64)  
AppleWebKit/537.36 (KHTML, like Gecko) Chrome/126.0.0.0  
Safari/537.36

Data e hora: Julho 15, 2024, 10:06:02

E-mail: vilmar.medeiros@ossfranca.org.br (autenticado com  
código único enviado exclusivamente a este e-mail)

Telefone: + 5516981174117

ZapSign Token: a1ac03ce-\*\*\*\*-\*\*\*\*-\*\*\*\*-98f7de7d9c69

*Vilmar Martins Medeiros*

Assinatura de Vilmar Martins Medeiros



Hash do documento original (SHA256):

6909812d5cd4f79733867237a9cd4e78c6e2e06fdc25b3178bde619e0ad9673c

Verificador de Autenticidade:

<https://app.zapsign.com.br/verificar/autenticidade?doc=c761863c-c041-424b-9bb5-3695440f6623>

Integridade do documento certificada digitalmente pela ZapSign (ICP-Brasil):

<https://zapsign.com.br/validacao-documento/>



Este Log é exclusivo e parte integrante do documento de identificação c761863c-c041-424b-9bb5-3695440f6623, conforme os Termos de Uso da ZapSign em [zapsign.com.br](https://zapsign.com.br)

