GRUPO
SANTA CASA
DE FRANCA

POLÍTICA CORPORATIVA

GESTÃO DE
QUALIDADE



GRUPO SANTA CASA DE FRANCA

MISSÃO

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

E — **Empatia**
Colocar-se no lugar da outra pessoa, compreendendo seus sentimentos e emoções.

T — **Transparência**
Agir com clareza e transparência nas ações e na prestação de contas.

I — **Integridade**
Agir com honestidade e imparcialidade.

C — **Comprometimento**
Demonstrar compromisso com aquilo que faz.

A — **Acolhimento**
Receber o outro com hospitalidade, afeto e atenção.

Documento: Getsão de Qualidade

Código: POL - 05

Data Revisão: outubro de 2026

Revisão: Nº 2

Vigência: 5 anos

Elaborado por:
Fernanda Nalesso

Revisado por:
Guilherme Ribeiro

Aprovado por:
Thiago Silva

Emissão:
maio de 2024

DECLARAÇÃO

O Grupo Santa Casa de Franca compromete-se a prestar uma assistência à saúde segura, efetiva, centrada no paciente, oportuna, eficiente e equitativa em todas as suas unidades hospitalares e ambulatoriais. Para isso, mantém um Sistema de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente único, que integra processos, pessoas e resultados, cumpre a legislação sanitária e os requisitos regulatórios vigentes, gerencia riscos de forma sistemática e busca a melhoria contínua com base em dados.

Entendemos que a qualidade se constrói à beira do leito, no consultório, na recepção e nos serviços de apoio: cada colaborador é responsável pela segurança de quem cuidamos. Por isso, esta Política reconhece o paciente e sua família como parceiros do cuidado e adota a cultura justa, na qual as falhas são analisadas para aprender e corrigir o sistema, e não para punir quem as relata.

OBJETIVO

Estabelecer as diretrizes, responsabilidades e mecanismos de monitoramento que orientam a gestão da qualidade e da segurança do paciente no Grupo Santa Casa de Franca, assegurando padrões assistenciais e administrativos homogêneos entre as unidades, respeitadas as particularidades de cada perfil de atendimento.

ABRANGÊNCIA

Esta Política aplica-se a todas as unidades, serviços e pessoas que atuam em nome do Grupo Santa Casa de Franca:

Unidades hospitalares: Santa Casa de Misericórdia de Franca (Hospital Geral), Hospital do Câncer e Hospital do Coração, incluindo unidades de internação, terapia intensiva, centro cirúrgico e obstétrico, pronto-socorro, hemodinâmica, oncologia/quimioterapia e radioterapia, quando aplicáveis;

Unidades ambulatoriais: Ambulatórios Médicos de Especialidades (AMEs) geridos pela OSS Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca, CMD+ Clínica Multidisciplinar e demais ambulatórios, consultórios e serviços de cirurgia/procedimentos ambulatoriais do grupo;

Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) e áreas de apoio: laboratório, imagem, farmácia, CME, nutrição, higienização, engenharia clínica, hotelaria, tecnologia da informação, faturamento e demais áreas administrativas;

Pessoas: colaboradores, corpo clínico, residentes, estagiários, voluntários, prestadores de serviço terceirizados e fornecedores críticos.

REFERÊNCIAS NORMATIVAS

Esta revisão foi alinhada às seguintes normas e referenciais vigentes, sem prejuízo de outras legislações específicas de cada serviço:

Legislação sanitária e de segurança do paciente

- Lei nº 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde;
- Portaria GM/MS nº 529/2013 – institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);
- Portarias GM/MS nº 1.377/2013 e nº 2.095/2013 – Protocolos Básicos de Segurança do Paciente;
- RDC Anvisa nº 36/2013 – ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e obrigatoriedade do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP);
- RDC Anvisa nº 63/2011 – Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde;
- RDC Anvisa nº 50/2002 – infraestrutura física de estabelecimentos assistenciais de saúde;
- RDC Anvisa nº 15/2012 – boas práticas para o processamento de produtos para saúde;
- RDC Anvisa nº 222/2018 – gerenciamento de resíduos de serviços de saúde;
- Portaria GM/MS nº 2.616/1998 – Programa de Controle de Infecção Hospitalar;
- NR-32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde.

Direitos do paciente, informação e ética profissional

- Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD);
- Lei nº 13.787/2018 – digitalização e guarda do prontuário do paciente;
- Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS);
- Resolução Cofen nº 736/2024 – implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto onde ocorre o cuidado de enfermagem; Resolução Cofen nº 564/2017 – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;
- Resolução CFM nº 1.638/2002 – prontuário médico; Resolução CFM nº 2.217/2018 – Código de Ética Médica.

Referenciais de qualidade e acreditação

- Manual Brasileiro de Acreditação – Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS), ONA, versão 2026/2029, e Normas Orientadoras vigentes do Sistema Brasileiro de Acreditação;
- ISO 7101:2023 – Sistemas de gestão para a qualidade em organizações de saúde (referencial de boas práticas);
- Organização Mundial da Saúde – Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021–

2030 e Metas Internacionais de Segurança do Paciente;

- Contratos de gestão e metas pactuadas com o gestor público, para as unidades geridas pela OSS.

DEFINIÇÕES

TERMO	DEFINIÇÃO
Qualidade em saúde	Grau em que os serviços aumentam a probabilidade de resultados desejados, de forma segura, efetiva, centrada no paciente, oportuna, eficiente e equitativa.
Segurança do paciente	Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (RDC nº 36/2013).
Incidente / Evento adverso	Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Evento adverso: incidente que resulta em dano à saúde.
Gestão de riscos	Aplicação sistemática de políticas, procedimentos e práticas para identificar, analisar, avaliar, comunicar e controlar riscos à segurança do paciente, do trabalhador e da organização.
Cultura justa	Ambiente que estimula o relato de falhas e quase-falhas, distingue erro humano, comportamento de risco e conduta imprudente, e foca a correção do sistema.
Protocolo gerenciado	Protocolo clínico com indicadores de processo e resultado monitorados de forma sistemática (ex.: sepse, dor torácica, AVC, trauma, materno).

PRINCÍPIOS

- Cuidado centrado no paciente e na família: atendimento humanizado, ético, resolutivo e acolhedor, com participação ativa do paciente nas decisões e nas barreiras de segurança;
- Segurança do paciente como valor inegociável: prática baseada em evidências, barreiras de segurança e prevenção sistemática de incidentes;
- Cultura justa e aprendizagem: notificar é um ato de cuidado; as análises são sistêmicas e não punitivas;
- Valorização das pessoas: desenvolvimento contínuo das equipes multiprofissionais, segurança do trabalhador e cuidado com quem cuida;
- Gestão por processos e resultados: decisões sustentadas por dados, indicadores e análise crítica;
- Conformidade e ética: cumprimento das exigências legais, sanitárias, regulatórias e contratu-

ais, e proteção dos dados pessoais dos pacientes;

- · Continuidade do cuidado em rede: integração entre hospitais, ambulatórios e serviços de apoio, com comunicação segura nas transições;
- · Sustentabilidade: uso responsável de recursos, eficiência operacional e responsabilidade socioambiental (ESG).

DIRETRIZES

- Implantar e sustentar os protocolos de segurança do paciente em todas as unidades, conforme as Metas Internacionais de Segurança do Paciente;
- Manter Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) atuante e Plano de Segurança do Paciente (PSP) atualizado para cada estabelecimento, conforme a RDC nº 36/2013;
- Padronizar, documentar e otimizar os processos assistenciais e de apoio, com gestão documental única no sistema institucional;
- Gerir riscos assistenciais, ocupacionais, sanitários e de infraestrutura, com matriz de risco por setor e reavaliação periódica;
- Garantir a aplicação do Processo de Enfermagem em todos os ambientes de cuidado, conforme a Resolução Cofen nº 736/2024;
- Monitorar e analisar criticamente indicadores, utilizando os resultados para a tomada de decisão;
- Desenvolver e capacitar as equipes em qualidade, segurança e protocolos institucionais;
- Formalizar acordos de serviço (SLA) entre áreas assistenciais e de apoio, com indicadores e metas;
- Qualificar fornecedores e prestadores terceirizados críticos, com contratos e avaliação de desempenho (RDC nº 63/2011);
- Manter a acreditação ONA já conquistada e expandir o modelo de acreditação às demais unidades, conforme o planejamento estratégico.

OBJETIVOS DA QUALIDADE

Os objetivos abaixo se desdobram anualmente em metas e indicadores, aprovados pela alta direção e acompanhados nas reuniões de análise crítica:

OBJETIVO	COMO SERÁ EVIDENCIADO
Reduzir danos evitáveis ao paciente	Taxas de eventos adversos, quedas com dano, lesão por pressão, erros de medicação e infecções relacionadas à assistência; adesão aos protocolos de segurança.
Fortalecer a cultura de segurança	Número e qualidade das notificações, prazo de análise dos eventos, pesquisa de cultura de segurança periódica.
Assegurar efetividade clínica	Indicadores dos protocolos gerenciados (sepse, dor torácica, AVC, trauma, materno) e conformidade na auditoria clínica de prontuários.
Garantir conformidade e padronização	Documentos vigentes e revisados no prazo, conformidade nas auditorias internas, adequação às normas sanitárias.
Desenvolver as pessoas	Horas de treinamento por colaborador (meta institucional de horas/homem) e eficácia dos treinamentos (pré e pós-teste).
Manter e ampliar a acreditação	Planos de ação dos relatórios das avaliações externas concluídos no prazo; resultado das visitas de manutenção.

PILARES DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

PILAR	ESCOPO
Gestão por processos	Mapeamento (SIPOC, fluxogramas), interação entre processos, POPs, protocolos e acordos de serviço entre áreas.
Gestão de resultados	Painel de indicadores por unidade, metas, análise crítica e planos de ação.
Gestão de riscos e segurança do paciente	Matriz de risco por setor (NPR), notificação e análise de incidentes, barreiras de segurança, NSP e PSP.
Gestão de documentos	Elaboração, revisão, aprovação, divulgação e controle de versões no sistema institucional de qualidade.
Auditorias	Auditoria interna de processos, auditoria clínica de prontuários, auditorias de protocolos e avaliações externas.

AÇÕES

Mapeamento e padronização de processos

- Elaborar e revisar POPs, protocolos clínicos e administrativos, manuais e regimentos, com controle de versões e prazo de revisão definido;
- Utilizar ferramentas como fluxograma, SIPOC, 5W2H, PDCA/PDSA, Ishikawa, 5 Porquês, FMEA/HFMEA e análise de causa raiz.

Indicadores de desempenho

- Definir fichas técnicas de indicadores (fórmula, fonte, meta, periodicidade, responsável) assistenciais, operacionais e de segurança;
- Comparar resultados entre unidades e com referenciais externos (benchmarking), sempre que disponível.

Gestão de riscos e segurança do paciente

- Manter a matriz de risco por setor, com reavaliação após incidentes e avaliação da eficácia das ações;
- Receber, classificar e analisar as notificações de incidentes; investigar eventos graves e sentinela com análise de causa raiz e devolutiva às equipes;
- Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos nos prazos legais (RDC nº 36/2013);
- Envolver o paciente e o acompanhante nas barreiras de segurança (ex.: conferência da identificação, orientações sobre medicamentos e prevenção de quedas).

Auditorias e melhoria contínua

- Executar o cronograma anual de auditorias internas de processos e de auditoria clínica de prontuários, com relatório e plano de ação;
- Conduzir ciclos de melhoria (PDCA/PDSA) e acompanhar os planos de ação corretiva e preventiva até a verificação de eficácia.

Capacitação e desenvolvimento das equipes

- Realizar integração institucional com conteúdo de qualidade e segurança do paciente para todos os novos colaboradores e terceiros;
- Promover educação permanente em protocolos institucionais, Processo de Enfermagem e acreditação, com avaliação de eficácia (pré e pós-teste) na plataforma de educação corporativa.

Acreditação e avaliações externas

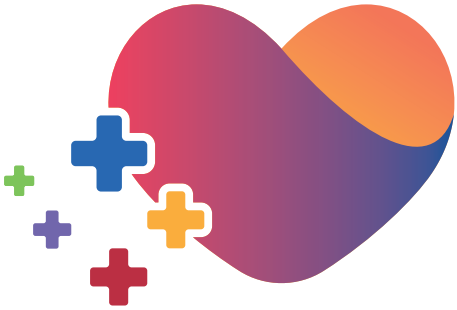
- Organizar a estrutura documental, cumprir os requisitos do Manual ONA vigente e participar ativamente das avaliações externas;
- Desdobrar os desafios e recomendações dos relatórios de avaliação em planos de ação com responsáveis e prazos.

Comunicação e cultura da qualidade

- Realizar reuniões de análise crítica, campanhas de engajamento (ex.: semana da qualidade, abril pela segurança do paciente) e devolutivas das notificações;
- Divulgar resultados de indicadores nos setores, de forma visual e acessível às equipes.

DIVULGAÇÃO E REVISÃO

Esta Política deve ser divulgada na integração institucional, nos canais internos de comunicação, no sistema de gestão documental e nos setores de todas as unidades. A revisão ocorre a cada dois anos ou antes, sempre que houver alteração de legislação, de referencial de acreditação, de estrutura organizacional ou resultado de análise crítica que a justifique.



GRUPO
SANTA CASA
DE **FRANCA**

GRUPOSANTACASADEFRANCA.COM.BR