



1. OBJETIVO

A Acredita Saúde estabelece esta Política, com o objetivo de implantar a gestão da qualidade e prover a gestão de risco para nossos colaboradores e usuários, por meio de um atendimento qualificado, individualizado e padronizado. Visando promover a melhoria contínua dos processos e serviços prestados.

2. DIRETRIZES

- ✓ Tratar o paciente/cliente e partes interessadas como centro de nossas atenções, buscando atender suas necessidades e expectativas;
- ✓ Proporcionar o cuidado centrado no paciente, com humanização e segurança;
- ✓ Promover a melhoria contínua da qualidade e inovação de processos e serviços, buscando a obtenção e manutenção de Certificações de Qualidade reconhecidas nacionalmente e internacionalmente;
- ✓ Respeitar o meio ambiente, a segurança e saúde do trabalho e a segurança do paciente;
- ✓ Manter a integridade e disponibilidade dos documentos, registros e informações referentes aos serviços prestados, aos clientes, órgãos de fiscalização;
- ✓ Gerenciar a estrutura, os processos e os resultados obtidos em cumprimento às normas e exigências legais, desde o momento da entrada do paciente até a sua liberação;
- ✓ Proporcionar eficiência aos processos técnicos, pelo uso de técnicas de procedimentos comprovadas cientificamente;
- ✓ Oferecer uso de tecnologias e infraestrutura apropriadas à condição do paciente;
- ✓ Gerenciar equipamentos, incluindo manutenção preventiva, corretiva e calibração de todos equipamentos;
- ✓ Desenvolver um ambiente de parceria com clientes, visando manter a eficácia dos serviços prestados e a satisfação dos pacientes/clientes.

3. COMISSÕES

3.1 Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente

- ✓ Estabelecer os objetivos, metas e indicadores de processos Técnicos e Administrativos, com monitoramento e análise crítica periódica;
- ✓ Medir, monitorar e analisar criticamente as ações de Gestão da Qualidade e seu desempenho;
- ✓ Garantir o cumprimento desta e das outras Políticas;
- ✓ Conduzir o processo de Auditorias Internas;
- ✓ Gerenciar a eficácia das ações corretivas e melhorias;
- ✓ Suprir a Direção de informações relevantes quanto aos indicadores do processo de Gestão da Qualidade;
- ✓ Melhorar continuamente a comunicação institucional e com os pacientes/clientes;
- ✓ Tratar as reclamações de clientes e pacientes;
- ✓ Zelar pelo cumprimento das regulamentações e leis aplicáveis;
- ✓ Identificar os recursos necessários para o cumprimento dos objetivos, metas e a viabilização das ações da Qualidade;



- ✓ Criar e monitorar ações relativas ao cumprimento dos indicadores relacionados às Metas Internacionais de Segurança do Paciente;
- ✓ Avaliar, definir e acompanhar ações tratativas dos eventos notificados;
- ✓ Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação da Educação Permanente.

3.1.1 Composição da Comissão da Qualidade e Segurança do Paciente

A comissão é formada pela Direção e lideranças da Acredita Saúde.

3.1.2 Periodicidade das reuniões

As reuniões ocorrem conforme a necessidade da comissão da qualidade, porém deve haver 1 (um) encontro mensal pelo menos. Os dados da pauta são definidos previamente e durante a reunião. As decisões são aprovadas em Ata de Reunião, mantidas pela Administração e informadas aos gestores das áreas.

4 AUDITORIA

São realizadas em intervalos planejados, com a proposta de avaliar, corrigir e/ou melhorar o Sistema de Gestão da Qualidade. O planejamento das auditorias tem como foco a importância dos processos e áreas, considerando também os resultados de outras auditorias. A Diretoria, juntamente com a comissão da qualidade, tem o cuidado de garantir que as auditorias sejam realizadas por profissionais treinados, qualificados e independentes daqueles que têm responsabilidade direta pelo processo que está sendo auditado. Os resultados das auditorias são documentados em relatórios para serem tratados.

4.1 Auditoria Interna

Será realizada pelos membros da qualidade que possuem qualificação e conhecimento da ONA. A realização será definida no [FOR 02 Cronograma de auditoria](#)

4.2 Auditoria externa

Será realizada por empresa certificadora, sendo em média 1 visita de certificação ou recertificação e 2 visitas de manutenção, a cada dois anos. A realização será definida no [FOR 02 Cronograma de auditoria](#)

5 FERRAMENTAS DA QUALIDADE

Quando se trata de gestão de qualidade, as ferramentas utilizadas pela empresa serão os modelos conhecidos como 5 porquês, como ferramenta de análise de notificação. O5W2H, como ferramenta de plano de ação, será utilizado para ajudar a planejar as ações, sendo a estrutura do nosso plano de ação, com as perguntas: O quê? Quando? Por que? Onde? Como? Quem? Quanto? Esses serão requisitos fundamentais para o processo de melhoria.

Outras ferramentas poderão ser associadas a fim de traçar um plano de ação e/ou identificar uma causa raiz de uma não conformidade.

6 CONTROLE DE DOCUMENTOS

Os documentos são considerados de grande importância para assegurar o planejamento, operação e controle eficaz de processos. Cada documento do sistema da qualidade foi devidamente



elaborado para refletir a atividade a ser executada e também assegurar o cumprimento dos requisitos normativos estabelecidos, incluindo os regulamentos exigidos pela Ona.

O conjunto de documentos é devidamente controlado de forma a garantir que estejam em uso apenas documentos atualizados e adequados aos fins a que se propõem, conforme especificados na [FOR 01 Lista Mestra de Documentos](#). Esse formulário é utilizado para evidenciar os controles exercidos, versões, atualizações e áreas de distribuição de todos os documentos aplicáveis às atividades desenvolvidas na empresa. Os mesmos estão salvos em uma nuvem de armazenamento (Google drive) e disponíveis para alteração pelos gestores de áreas e membros da Qualidade Os documentos externos utilizados serão as legislações aplicáveis da Anvisa e manual da ONA.

7 GESTÃO DE INDICADORES

O indicador é um valor quantitativo que irá possibilitar medir o que está sendo executado e gerenciar de forma adequada para o atingimento das metas estabelecidas pela Diretoria. O indicador ajudará na tomada de decisões, devendo ser útil para ajudar a entender se a empresa está caminhando no sentido de atingir seus objetivos. Serão eles:

- **Indicadores Estratégicos:** são os indicadores primários, que são acompanhados diretamente pela Diretoria e administração e seu principal propósito é demonstrar de forma rápida se os Objetivos Estratégicos estão sendo alcançados. Exemplo: Faturamento Bruto;
- **Indicadores Táticos:** são os indicadores secundários, que serão acompanhados pela administração. Apesar de não serem estratégicos, seus resultados devem estar intimamente ligados aos resultados dos Indicadores Estratégicos. Exemplo: Faturamento da empresa;
- **Indicadores Operacionais:** por fim, temos os indicadores que serão acompanhados pelos gestores das áreas. Estes indicadores têm a função de fornecer mais detalhes para entendimento dos resultados dos Indicadores Táticos e Estratégicos. Exemplo: Número de atendimentos realizados;

8 GESTÃO DE RISCOS

O gerenciamento de riscos é uma medida de prevenção a ocorrências que envolve todos os aspectos dos serviços de saúde na empresa. Será gerido pela comissão da qualidade com participação da diretoria e administração e irá refletir diretamente na qualidade de atendimento, evitando danos ao paciente, colaboradores, ambientais ou à própria instituição.

8.1 Identificação e mapeamento de riscos

Os riscos são identificados e mapeados em cada setor individualmente, bem como aplicação de medidas preventivas, corretivas e contingenciais, que minimizem os riscos, reduzam seus potenciais danos e evitem as ocorrências.

É desenhado por meio de um macrofluxograma, com ferramentas específicas, o macroprocesso da empresa e individualmente para cada setor com processos críticos.

8.2 Envolvimento total

Para melhor resolutividade dos riscos potenciais, é necessário um envolvimento de toda a equipe, do corpo clínico às áreas administrativas e gestores. O engajamento na implantação de medidas preventivas é atribuição de todos os colaboradores.



8.3 Documentos

As medidas de gerenciamento de segurança são documentadas, sendo fundamental para o aprimoramento constante da qualidade do atendimento.

8.4 Sistema Digital

A empresa utiliza o método eletrônico MedSafe para controle de saúde ocupacional dos colaboradores e clientes e para a elaboração dos programas de saúde e segurança do trabalho (PGR, PCMSO, LTCAT). No MedSafe ficam ainda armazenadas as informações sobre os atendimentos médicos e laboratoriais realizados.

8.5 Melhoria contínua

A implementação do gerenciamento de riscos não se esgota no mapeamento e adoção de medidas iniciais. Ele precisa fazer parte de um movimento de melhoria contínua de processos em todos os níveis de atuação da instituição de saúde. Isso exige uma mudança de cultura dentro do ambiente de trabalho no médio e longo prazo. Para isso, é preciso focar na correção das práticas na revisão sistemática dos processos e na melhoria da estrutura, e não analisar os erros com base no desempenho individual dos colaboradores. Só assim, a liderança da instituição conseguirá engajar as equipes para promover as mudanças necessárias

9 APROVAÇÃO E CONTROLE DE REVISÕES

| HISTÓRICO DAS REVISÕES | | |
|--|------------|--|
| Nº Versão | Data | Identificação do Documento |
| 00 | 01/09/2023 | Emissão Inicial |
| Elaborado: Joyce Kelly Furtado de Oliveira | | Análise Crítica e Aprovação: Carolina Weber Prieto Leite  |
| Revisado: | | |