

POLÍTICA DE GESTÃO DE QUALIDADE ICAASES

1. INTRODUÇÃO

A Política de Gestão da Qualidade da UPA Agudos, unidade de pronto atendimento de Porte 1 gerida pelo ICAASES, estabelece os fundamentos, diretrizes e compromissos necessários para garantir um atendimento seguro, humanizado e eficiente à população em situações de urgência e emergência de baixa e média complexidade.

Esta política está alinhada às melhores práticas voltadas para unidades pré-hospitalares brasileiras, considerando as particularidades assistenciais, estruturais e operacionais de uma UPA de pequeno porte. Buscamos fomentar uma cultura organizacional orientada por princípios de ética, inovação, efetividade e sustentabilidade, promovendo a melhoria contínua dos processos de triagem, atendimento médico, enfermagem, procedimentos de apoio diagnóstico e administrativo, sempre respeitando o perfil e a missão da UPA.

O documento fundamenta-se em padrões de governança clínica e operacional apropriados para uma unidade de pronto atendimento, integrando o trabalho multiprofissional e incentivando o engajamento de todos: usuários, familiares, colaboradores, fornecedores e gestores locais, dentro dos limites e responsabilidades característicos da estrutura de uma UPA Porte 1.

Por meio de estratégias sistemáticas de monitoramento, avaliação e aprimoramento dos processos, a UPA Agudos busca garantir o cumprimento das normas legais e sanitárias aplicáveis, bem como superar as expectativas em relação à qualidade e à segurança do cuidado, promovendo a satisfação dos usuários e a valorização dos profissionais de saúde.

Esta política aplica-se a todas as áreas e equipes da UPA Agudos, servindo como ferramenta estratégica para fortalecer o capital humano, aprimorar os indicadores de desempenho e promover a sustentabilidade institucional. Tudo isso pautado na gestão por evidências, transparência, responsabilidade ética e compromisso público com a qualidade do atendimento em saúde no ambiente de pronto atendimento.

2. COMPROMISSOS

2.1. SEGURANÇA DO PACIENTE E GESTÃO DE RISCOS

A UPA Agudos, gerida pelo ICAASES, assume o compromisso institucional inegociável com a segurança do paciente e com a gestão sistemática de riscos, reconhecendo esses elementos como fundamentais para a excelência no atendimento em pronto atendimento de Porte 1.

No contexto da UPA, onde a dinamicidade e a imprevisibilidade dos casos exigem respostas rápidas e eficientes, a segurança do paciente é assegurada por meio da adoção de práticas baseadas em evidências, protocolos assistenciais atualizados e a incorporação contínua de barreiras para prevenir e mitigar possíveis eventos adversos ou incidentes de segurança.

Promovemos uma cultura organizacional de segurança, incentivando que todos os profissionais — médicos, enfermeiros, técnicos e equipe de apoio — notifiquem espontaneamente quaisquer incidentes ou situações de risco. Essa notificação é utilizada para fins de análise crítica e aprendizado, buscando sempre corrigir falhas, aperfeiçoar fluxos e atualizar rotinas assistenciais e administrativas conforme a realidade da UPA.

O modelo de gestão adotado prioriza a capacitação contínua de todos os colaboradores, proporcionando treinamentos específicos para a antecipação, identificação e resposta rápida a situações de risco típicas do pronto atendimento, como agravamento clínico súbito, quedas, erros na administração de medicamentos e infecções relacionadas à assistência em saúde.

A direção compromete-se com a alocação de recursos necessários para o monitoramento de indicadores de segurança do paciente, realizando auditorias internas regulares nos processos críticos,

revisando protocolos e reforçando o cumprimento das normas sanitárias, regulatórias e contratuais pertinentes ao funcionamento da UPA Porte 1.

Esse compromisso com a segurança do paciente, presente em todos os níveis da equipe e gestão, visa aprimorar continuamente a qualidade do atendimento, reduzir danos, maximizar desfechos positivos e proporcionar uma experiência segura, acolhedora e resolutiva à comunidade atendida pela UPA Agudos.

2.2. MELHORIA CONTÍNUA DOS PROCESSOS E RESULTADOS

A UPA Agudos, sob gestão do ICAASES, orienta sua atuação pela busca constante da melhoria contínua de seus processos e resultados, mesmo dentro das características específicas de uma unidade de pronto atendimento de pequeno porte. A instituição valoriza uma cultura organizacional que incentiva a análise crítica, o aprendizado coletivo e a adaptação dos fluxos de trabalho, com o objetivo de aprimorar o cuidado prestado à população.

O desenvolvimento e manutenção de instrumentos simples e eficazes para análise de processos — como o mapeamento dos fluxos assistenciais e administrativos, reuniões multidisciplinares para identificação de pontos críticos e sugestões de melhoria — são práticas rotineiras na UPA. O aprimoramento inclui também a implementação de ações corretivas e preventivas baseadas na realidade local, respeitando os princípios de eficácia (resolver o necessário), eficiência (otimizar recursos) e efetividade (gerar impacto positivo real).

Para sustentar essas ações, há a institucionalização do monitoramento de indicadores assistenciais, operacionais e de satisfação dos usuários, mesmo com recursos reduzidos. A coleta, registro e análise periódica desses dados garantem rastreabilidade e subsidiam a tomada de decisões, contribuindo para embasar ajustes em protocolos, realocações de recursos ou adequações na rotina da equipe.

A avaliação dos resultados é integrada a todos os setores da UPA Agudos, fornecendo subsídios para avaliações periódicas de desempenho que impulsionam novas estratégias de melhoria. O ciclo sistemático de planejamento, execução, verificação e ação (PDCA) é usado na medida do possível para garantir o cumprimento dos requisitos regulatórios da vigilância sanitária, contratualizações e otimizando cada vez mais os processos internos.

Esse compromisso com a melhoria contínua se reflete na priorização de iniciativas inovadoras compatíveis com a estrutura da UPA, na racionalização de recursos, na valorização dos profissionais e no fortalecimento da resiliência organizacional. O objetivo final é tornar a UPA Agudos uma unidade cada vez mais eficiente, sustentável e alinhada aos padrões de qualidade e segurança exigidos no setor de saúde de pronto atendimento.

2.3. GOVERNANÇA E LIDERANÇA CLÍNICA E ADMINISTRATIVA

A UPA Agudos, sob gestão do ICAASES, estabelece a governança e a liderança clínica e administrativa como fundamentos essenciais para a implementação eficiente da sua política de qualidade, adaptada à realidade de uma UPA Porte 1. A condução das atividades é norteada por princípios de ética, transparência, responsabilidade e prestação de contas, garantindo integridade na tomada de decisões e pleno atendimento às normas regulatórias e padrões de saúde vigentes para unidades pré-hospitalares.

O modelo de liderança valorizado na UPA estimula a autonomia técnica, o trabalho colaborativo entre médicos, enfermeiros, equipe de apoio e administração, e o compartilhamento de responsabilidades diárias. A integração efetiva das áreas assistenciais, administrativas e de suporte é promovida continuamente, assegurando um fluxo de atendimento ágil e coordenado, de acordo com as necessidades e limitações de uma unidade de pequeno porte.

A governança clínica apoia-se em supervisão técnica efetiva, regulação adequada da assistência e monitoramento regular do desempenho da equipe. A aderência a protocolos clínicos, fluxos assistenciais

padronizados e recomendações baseadas em evidências é estimulada em todos os níveis, adaptando as melhores práticas à estrutura da UPA. A direção promove reuniões técnicas, cria comissões estratégicas e estimula iniciativas dos profissionais de saúde no diagnóstico de problemas do dia a dia e na proposição de soluções seguras, inovadoras e viáveis para a melhoria do cuidado.

No âmbito administrativo, a liderança é direcionada à gestão eficiente dos recursos limitados da UPA, à busca pelo equilíbrio financeiro, à realização de auditorias internas, ao cumprimento das exigências legais e à implementação da gestão de riscos, promovendo sustentabilidade e alinhamento à missão institucional. A responsabilidade social, a valorização dos profissionais, o compromisso com a transparência e a busca constante pela excelência na assistência são compromissos centrais dentro desse modelo de liderança.

Dessa forma, a UPA Agudos garante que todas as decisões e ações sejam pautadas na promoção da qualidade e segurança do atendimento aos usuários, fortalecimento e reconhecimento da equipe multiprofissional e construção de uma unidade de pronto atendimento cada vez mais comprometida com resultados e com o bem-estar da comunidade atendida.

2.4. FOCO EM RESULTADOS ASSISTENCIAIS, DE PROCESSOS E ORGANIZACIONAIS

A UPA Agudos, sob gestão do ICAASES, adota uma abordagem prática e orientada para resultados assistenciais, de processos e organizacionais, considerando a mensuração e análise dos desfechos como centrais para a efetividade da gestão da qualidade, especialmente no contexto de uma Unidade de Pronto Atendimento de Porte 1.

O compromisso institucional se reflete na definição de metas claras e objetivas, alinhadas à missão de prestar atendimento seguro e humanizado em situações de urgência e emergência, dentro das possibilidades operacionais da UPA. Para isso, são utilizados indicadores adaptados à realidade local, abrangendo o desempenho clínico (como tempo de espera e desfechos dos atendimentos), operacional (agilidade nos fluxos, utilização de recursos), econômico-financeiro e o nível de satisfação dos usuários e colaboradores.

A cultura organizacional valoriza práticas baseadas em evidências, comparações internas e externas compatíveis com o porte da unidade e mecanismos simples, porém eficazes, de monitoramento, auditoria e avaliação periódica dos resultados. Esse processo sistemático permite identificar rapidamente oportunidades de melhoria, adotar ações corretivas ou preventivas e repensar rotinas sempre com o foco na segurança do paciente, uso racional dos recursos, resolutividade das demandas e geração de valor em saúde.

Todos os processos assistenciais e administrativos da UPA são avaliados de modo transversal, priorizando a transparência dos resultados e a comunicação eficaz com os órgãos regulatórios, parceiros, pacientes e a sociedade. Esse compromisso contribui para o fortalecimento do ciclo de avaliação de desempenho, planejamento estratégico e inovação contínua, elementos essenciais para a construção de uma unidade eficiente, sustentável e legítima junto à comunidade.

Dessa forma, a UPA Agudos reafirma sua busca permanente pela excelência, aplicando metas e avaliações compatíveis com sua realidade e promovendo a qualidade dos serviços prestados, sempre orientada pela responsabilidade institucional e pelo compromisso público de saúde.

2.5. GESTÃO PARTICIPATIVA, MULTIDISCIPLINAR E BASEADA EM EVIDÊNCIAS

A UPA Agudos, sob direção do ICAASES, fortalece seu compromisso com uma gestão participativa, multidisciplinar e fundamentada em evidências, reconhecendo que, mesmo numa unidade de pronto atendimento de pequeno porte, a integração e colaboração de todos os profissionais são fundamentais para garantir um atendimento de qualidade e alcançar resultados positivos em saúde.

O modelo de gestão valoriza a escuta ativa, o diálogo transparente e inclui, sempre que possível, as equipes multiprofissionais — médicos, enfermeiros, técnicos, administrativos e apoio — nas reuniões, fóruns e comissões locais que participam das decisões sobre melhoria de processos, revisão de protocolos e avaliação de resultados. Esse engajamento coletivo busca corresponsabilizar todos, promovendo o envolvimento ativo na busca por soluções e na apropriação dos resultados institucionais.

A cultura organizacional na UPA Agudos incentiva a cooperação intersetorial, a comunicação aberta e o respeito à expertise de cada categoria, especialmente na identificação de desafios e propostas de melhoria na assistência e na gestão. Todas as ações institucionais são orientadas pelas melhores evidências científicas disponíveis, diretrizes técnicas atualizadas e práticas reconhecidas no cenário nacional.

A elaboração e atualização de protocolos clínicos, fluxos operacionais e projetos de aperfeiçoamento se apoia em revisões sistemáticas de dados próprios, no acesso a fontes científicas confiáveis e na experiência do time multiprofissional, sempre respeitando a capacidade e a estrutura da UPA Porte 1.

Este compromisso se traduz na promoção de um ambiente favorável ao aprendizado conjunto, à valorização permanente do conhecimento técnico-científico e à oferta de treinamentos regulares para que todos os colaboradores estejam capacitados a exercer seu trabalho com segurança e eficiência, centrados sempre nas necessidades do paciente.

A gestão participativa e a atuação multidisciplinar são princípios essenciais que norteiam toda a governança da UPA Agudos, assegurando que as decisões e processos contemplem múltiplas perspectivas e promovam o protagonismo dos profissionais em todos os níveis. Essa abordagem fomenta o desenvolvimento institucional, fortalece a articulação entre áreas, amplia a capacidade crítica dos colaboradores e favorece a adoção de novas práticas baseadas em experiências bem-sucedidas e diretrizes respaldadas por órgãos de referência.

Por fim, a UPA Agudos investe em programas de educação permanente, na revisão regular dos resultados alcançados e no estímulo à inovação e à adaptação de processos, para manter a unidade alinhada às boas práticas e às tendências evolutivas em saúde, promovendo, assim, um alto padrão assistencial e institucional mesmo dentro das suas limitações.

2.6. QUALIFICAÇÃO E CAPACITAÇÃO DAS EQUIPES

A UPA Agudos, sob gestão do ICAASES, assume o compromisso institucional de investir continuamente na qualificação e capacitação de suas equipes multiprofissionais, reconhecendo que esse investimento é fundamental para garantir padrões elevados de qualidade, segurança e eficiência nos processos assistenciais, administrativos e de apoio de uma unidade de pronto atendimento de pequeno porte.

A política de desenvolvimento de pessoas, na realidade da UPA, é pautada nos princípios da educação permanente, integração multiprofissional e valorização dos profissionais, promovendo a atualização técnica, científica e comportamental dos colaboradores conforme as melhores práticas do setor e as necessidades emergentes do atendimento de urgência e emergência.

São implementados programas sistemáticos de treinamento e capacitação, alinhados à identificação prévia das necessidades institucionais e individuais das equipes. Essas ações são aplicadas de modo prático, acessível ao contexto local, e abrangem desde a integração de novos profissionais até a formação contínua em temas-chave, como protocolos de atendimento, segurança do paciente, fluxos assistenciais e atualização em normas sanitárias e administrativas.

O processo educativo é contínuo e adaptável, promovendo avaliações periódicas de desempenho e de proficiência, tanto individual quanto coletiva, para garantir o aprimoramento constante dos colaboradores e o alinhamento com os objetivos institucionais da UPA Agudos.

Esse compromisso com a qualificação impulsiona a autonomia, o senso de responsabilidade e o engajamento dos profissionais, gerando um ambiente de trabalho seguro, ético, inovador e propício à troca de experiências e à aprendizagem interprofissional. Assim, reforça-se uma cultura de excelência, fundamentada na atualização permanente e na adaptação às melhores evidências, assegurando o cuidado eficiente, seguro e centrado no paciente, mesmo diante dos desafios e limitações de uma UPA de Porte 1.

2.7. CULTURA DE SEGURANÇA, ÉTICA, INOVAÇÃO E SUSTENTABILIDADE

A UPA Agudos, sob gestão do ICAASES, consolida seu compromisso com a construção e fortalecimento de uma cultura organizacional baseada nos princípios da segurança, ética, inovação e sustentabilidade, integrando estes valores em todas as áreas — assistenciais, administrativas e estratégicas — conforme as demandas e especificidades de uma Unidade de Pronto Atendimento de Porte 1.

A promoção da cultura de segurança é compreendida como um processo contínuo, apoiado pelo envolvimento ativo da liderança e de todos os colaboradores. Priorizam-se a identificação e prevenção de riscos, o estímulo ao reporte de incidentes de forma sem punição, a comunicação aberta e o aprendizado institucional a partir de situações adversas, fortalecendo a prevenção e o aprimoramento dos processos em todos os setores da UPA.

O compromisso ético se expressa na atuação íntegra, transparente e no respeito absoluto à dignidade humana, garantindo que todas as condutas estejam alinhadas à legislação vigente, regulamentos sanitários e aos códigos de ética profissional. Dessa forma, reforça-se o relacionamento de confiança com usuários, família, colaboradores, fornecedores e toda a comunidade local.

A inovação é estimulada por meio da busca constante por soluções simples, criativas e adaptadas à realidade da UPA Porte 1 — seja pela incorporação de práticas recomendadas pelo Ministério da Saúde, tecnologias acessíveis e seguras, ou metodologias de trabalho que qualifiquem o atendimento, ampliem a resolutividade e estejam em sintonia com as melhores tendências do setor.

A sustentabilidade é considerada princípio estratégico, norteando o uso racional de recursos naturais, humanos e financeiros, promovendo a redução de desperdícios, impactos ambientais e incentivando práticas sustentáveis que assegurem a continuidade dos serviços e o valor social gerado pela UPA à comunidade.

Dessa forma, a UPA Agudos consolida, em toda a sua rotina e decisões, o compromisso com um ambiente seguro, ético, inovador e sustentável, direcionando seus esforços para a excelência assistencial e a responsabilidade com a saúde coletiva, sempre pautada no interesse público e na relevância social.

2.8. SATISFAÇÃO DAS PARTES INTERESSADAS: PACIENTES, FAMILIARES, COLABORADORES E COMUNIDADE

A UPA Agudos, sob gestão do ICAASES, reafirma seu compromisso institucional com a satisfação dos pacientes, familiares, colaboradores e da comunidade, considerando este aspecto como elemento central na avaliação e na melhoria contínua de seus processos assistenciais, administrativos e de apoio.

A centralidade do paciente e de seus familiares é assegurada por meio de práticas humanizadas de acolhimento, comunicação clara, respeito à autonomia, privacidade e dignidade, além da busca constante pela resolutividade dos atendimentos dentro das possibilidades da unidade. São disponibilizados canais acessíveis para ouvir e tratar manifestações, sugestões e eventuais

reclamações, garantindo resposta transparente e postura acolhedora diante das demandas recebidas.

A instituição adota metodologias simples e efetivas para captar percepções e níveis de satisfação dos diferentes públicos, utilizando enquetes de satisfação, caixas de sugestões, entrevistas diretas e outros instrumentos adequados à realidade local. Esses resultados são analisados periodicamente e utilizados para identificar pontos de melhoria e orientar ações corretivas ou preventivas tanto na assistência quanto na gestão, sempre visando elevar a qualidade dos serviços prestados.

A valorização dos colaboradores é prioridade, promovendo um ambiente de trabalho seguro, inclusivo e acolhedor, estimulando a escuta ativa, o reconhecimento das boas práticas e a oferta de oportunidades de desenvolvimento profissional. A motivação e o bem-estar das equipes impactam diretamente na qualidade do atendimento à população.

A integração com a comunidade local fortalece a responsabilidade social e a transparência, construindo relações de confiança e corresponsabilidade em torno do cuidado à saúde. A UPA se empenha em dialogar com líderes comunitários, agentes públicos e organizações locais para alinhar demandas e expectativas ao serviço ofertado.

Dessa forma, a UPA Agudos consolida seu compromisso com a oferta de serviços de qualidade, centrados nas necessidades e expectativas das partes interessadas, preservando sua legitimidade, relevância e sustentabilidade no contexto da saúde pública local.

3. OBJETIVO

3.1. OBJETIVO GERAL

Assegurar a excelência nos resultados institucionais da UPA Agudos por meio do desenvolvimento e engajamento das equipes na melhoria contínua dos processos, promoção da segurança assistencial, satisfação dos usuários e sustentabilidade da unidade. Para isso, institucionaliza-se uma Política de Gestão da Qualidade alinhada às melhores práticas do setor saúde, adaptadas à realidade de uma UPA de pequeno porte.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ☛ Mapear os processos institucionais, acompanhar o cumprimento dos fluxos estabelecidos e propor ajustes e remodelagens quando necessário, considerando os recursos e limitações da UPA.
- ☛ Desenvolver, implantar e monitorar planos, políticas, diretrizes e práticas focadas na melhoria da assistência à urgência e emergência e na gestão eficiente da unidade.
- ☛ Realizar auditorias internas e revisões de rotina para identificar prioridades e sugerir ações de melhoria contínua.
- ☛ Propor e implementar novos métodos e rotinas, bem como revisar e atualizar os existentes, sempre visando maior eficiência, resolutividade e qualidade no atendimento e nos processos administrativos.
- ☛ Monitorar o desenvolvimento e a execução de projetos e indicadores compatíveis com o planejamento estratégico institucional da UPA.
- ☛ Gerir eficientemente a documentação interna, garantindo rastreabilidade, organização e conformidade com as normas regulatórias.

- ❖ Padronizar e acompanhar a aplicação de ferramentas de Gestão da Qualidade em todos os setores da UPA.
- ❖ Monitorar e promover o cumprimento da Política de Segurança do Paciente e do Gerenciamento de Riscos, assegurando um ambiente o mais seguro possível para pacientes e profissionais.
- ❖ Planejar e executar ações educativas contínuas e específicas, direcionadas à melhoria da qualidade e atualização das equipes.
- ❖ Controlar e monitorar não conformidades, propondo e implementando medidas preventivas e corretivas qualificadas.
- ❖ Fortalecer a cultura organizacional de qualidade, estimulando o engajamento de todos os colaboradores e níveis hierárquicos para a promoção de um ambiente de qualidade, segurança e responsabilidade institucional.
- ❖ Estimular a participação ativa dos profissionais e equipes multiprofissionais, incentivando sugestões, inovação e envolvimento contínuo nos processos de melhoria da UPA.
- ❖ Fomentar a comunicação interna e externa sobre os resultados de qualidade, garantindo que informações relevantes sobre indicadores e melhorias estejam acessíveis e contribuam para transparência e para a tomada de decisão.
- ❖ Aprimorar a experiência e satisfação dos pacientes e demais partes interessadas, estabelecendo mecanismos para ouvir, analisar e incorporar sugestões e percepções de usuários, familiares, colaboradores e comunidade nos processos de planejamento e avaliação institucional.
- ❖ Garantir o alinhamento da UPA com normativas regulatórias e, quando aplicável, padrões de acreditação em saúde, assegurando a conformidade com critérios nacionais de qualidade e segurança.
- ❖ Promover a busca por inovações e atualizações tecnológicas, visando aprimorar processos de atendimento, administração e suporte, sempre em sintonia com as possibilidades da unidade.

4. DEFINIÇÕES

- ❖ **Auditoria Interna:** Avaliação sistemática, independente e documentada dos processos, sistemas e procedimentos institucionais, realizada com o objetivo de verificar conformidade, identificar oportunidades de melhoria e propor ações corretivas/preventivas.
- ❖ **Cadeia de valor:** Consiste em representar o conjunto de macroprocessos, processos e atividades desempenhadas por uma organização desde as relações com os fornecedores, ciclos de produção e de venda até à fase da distribuição final.
- ❖ **Colaboradores:** empregados, estagiários, menores aprendizes, que atuam no ICAASES, inclui também todos os terceiros e médicos.
- ❖ **Gestão da Qualidade:** Conjunto estruturado de práticas, estratégias e ferramentas voltadas à coordenação de atividades que visam à melhoria contínua de processos, produtos e serviços, de modo a atender requisitos institucionais, regulatórios e das partes interessadas.
- ❖ **Indicadores de Desempenho:** Variáveis qualitativas ou quantitativas, sistematicamente monitoradas, que possibilitam mensurar e analisar o desempenho dos processos, resultados assistenciais, administrativos e organizacionais.

- ☞ **Melhoria Contínua:** Abordagem sistemática voltada à busca permanente do aprimoramento dos processos, produtos, serviços e resultados institucionais, fundamentada na identificação de oportunidades de melhorias e na implementação de ações corretivas e preventivas.
- ☞ **Não Conformidade:** Descumprimento ou inadequação em relação a requisitos normativos, internos ou externos, estabelecidos para processos, produtos ou serviços, demandando análise e tratamento específico.
- ☞ **Partes Interessadas:** Públicos direta ou indiretamente impactados pelas atividades institucionais, incluindo pacientes, familiares, colaboradores, fornecedores, comunidade, órgãos reguladores e parceiros institucionais.
- ☞ **Planejamento Estratégico:** Processo sistemático de definição de objetivos, metas, indicadores e iniciativas institucionais, alinhando recursos e esforços para o alcance dos resultados esperados e sustentabilidade organizacional.
- ☞ **Política da Qualidade:** Documento formal que estabelece os princípios, diretrizes e compromissos da instituição em relação à gestão da qualidade e à busca pela excelência organizacional.
- ☞ **Processo:** Sequência estruturada de atividades inter-relacionadas, voltadas à geração de valor para as partes interessadas e à consecução dos objetivos institucionais.
- ☞ **Protocolos Assistenciais:** Documentos institucionais que estabelecem condutas padronizadas baseadas em evidências científicas para nortear práticas clínicas e assegurar a segurança e a qualidade do cuidado ao paciente.
- ☞ **Riscos:** Possíveis eventos ou condições que podem impactar negativamente o alcance dos objetivos da instituição, demandando identificação, análise, avaliação, monitoração e tratamento apropriado.
- ☞ **Sistema de Gestão da Qualidade:** Estrutura organizacional composta por políticas, processos, procedimentos, recursos e responsabilidades, desenvolvida para assegurar a implementação, monitoramento e melhoria contínua da qualidade nos serviços e produtos oferecidos.

5. APLICAÇÃO E ABRANGÊNCIA

Esta Política de Gestão da Qualidade é de aplicação obrigatória e compreende todos os serviços de saúde sob a gestão do ICAASES, incluindo setores do Pronto Atendimento, clínicas, ambulatórios, centros de diagnóstico, serviços de apoio e demais áreas assistenciais, administrativas e operacionais da instituição.

Sua adoção é estendida a todos os profissionais envolvidos nos atendimentos, abrangendo: colaboradores próprios, estagiários, menores aprendizes, profissionais terceirizados, prestadores de serviço, equipes multiprofissionais e médicos, independentemente do vínculo empregatício, regime de contratação ou função exercida na instituição.

A presente política também se aplica a todos os processos internos, procedimentos, protocolos, fluxos operacionais, projetos institucionais e demais práticas que impactem direta ou indiretamente a qualidade, segurança e sustentabilidade dos serviços ofertados pela UPA Agudos.

O cumprimento integral das orientações aqui descritas é condição fundamental para consolidar uma cultura organizacional de qualidade, fortalecer a busca por resultados de excelência e garantir a

adequação às exigências legais, regulamentares e às boas práticas do setor saúde, resguardando a segurança, o bem-estar dos usuários e a sustentabilidade da unidade.

6. RESPONSABILIDADES

6.1. Diretoria:

- ✚ Analisar e aprovar as demandas apresentadas pelo setor da qualidade, deliberando sobre os temas e as modalidades de ações a serem implementadas.
- ✚ Definir, aprovar e revisar periodicamente a Política de Gestão da Qualidade e seus desdobramentos na UPA, assegurando alinhamento com o planejamento estratégico da unidade.
- ✚ Disponibilizar recursos humanos, financeiros, tecnológicos e estruturais compatíveis com a realidade da UPA, necessários para implantação, manutenção e melhoria contínua do Sistema de Gestão da Qualidade.
- ✚ Promover, incentivar e monitorar a cultura organizacional voltada para qualidade, segurança do paciente e melhoria contínua em todos os setores da UPA Agudos.
- ✚ Analisar e aprovar relatórios de desempenho, auditorias internas, resultados de indicadores e propostas de ações corretivas e preventivas ligadas à melhoria dos processos, sempre fundamentando as decisões em evidências e resultados alcançados.
- ✚ Garantir o cumprimento dos requisitos legais, normas sanitárias e padrões de acreditação aplicáveis à unidade, assumindo responsabilidade institucional perante os órgãos reguladores e eventuais certificadores.
- ✚ Estimular a participação e o envolvimento dos líderes, equipes multiprofissionais e demais partes interessadas nas iniciativas de qualidade e segurança, fortalecendo o engajamento coletivo.
- ✚ Representar a UPA em questões relacionadas à qualidade, segurança, sustentabilidade e inovação junto a órgãos reguladores, parceiros, autoridades locais e à comunidade.
- ✚ Avaliar e deliberar sobre investimentos em educação permanente, qualificação profissional e inovações tecnológicas voltadas à melhoria do cuidado ao paciente e dos processos internos.
- ✚ Fomentar e aprovar estratégias de comunicação interna e externa sobre avanços, desafios e resultados relativos à gestão da qualidade, assegurando transparência e alinhamento institucional.

6.2. RT de enfermagem

- ✚ Coordenar a implementação, manutenção e aprimoramento do Sistema de Gestão da Qualidade em todas as unidades e serviços sob gestão do ICAASES.
- ✚ Mapear, documentar e monitorar os processos institucionais, identificando oportunidades de melhoria e promovendo revisões e atualizações sempre que necessário.
- ✚ Desenvolver, propor e operacionalizar planos de ação, políticas, diretrizes, protocolos e procedimentos voltados à promoção da qualidade, segurança assistencial e eficácia institucional.
- ✚ Realizar auditorias internas periódicas, elaborando relatórios de não conformidades, propondo e acompanhando a execução de ações corretivas, preventivas e de melhoria.
- ✚ Monitorar, analisar e divulgar indicadores de desempenho, elaborando painéis gerenciais e relatórios para subsidiar a tomada de decisão da Diretoria e das lideranças setoriais.

- ❖ Conduzir e apoiar processos de educação continuada, treinamentos, capacitações e campanhas institucionais voltadas à disseminação da cultura de qualidade, segurança e boas práticas.
- ❖ Garantir a gestão documental, incluindo elaboração, revisão, disseminação e controle de documentos normativos e registros institucionais relacionados à qualidade.
- ❖ Promover a gestão de riscos, acompanhando a execução da Política de Segurança do Paciente e fomentando ações preventivas e mitigadoras de eventos adversos.
- ❖ Fomentar a participação das equipes multiprofissionais, estimulando a comunicação, o trabalho conjunto e o comprometimento com os objetivos da qualidade.
- ❖ Participar do planejamento estratégico institucional, assessorando na definição de metas, monitoramento de projetos e no alinhamento das ações de qualidade às diretrizes organizacionais.
- ❖ Garantir o acompanhamento e tratamento das não conformidades, conduzindo análises de causa raiz e propondo barreiras sistemáticas para prevenção de recorrências.
- ❖ Apoiar a instituição em processos de certificação e acreditação em saúde, preparando equipes e processos conforme os requisitos aplicáveis.
- ❖ Manter comunicação ativa com as partes interessadas internas e externas sobre avanços, desafios e resultados das iniciativas de qualidade.
- ❖ Assessorar a Diretoria em demandas relacionadas à qualidade, subsidiando decisões estratégicas com informações técnicas e normativas atualizadas.
- ❖ Assegurar o cumprimento das diretrizes, protocolos e procedimentos definidos pela Política de Gestão da Qualidade em todas as atividades de enfermagem sob sua coordenação.
- ❖ Supervisionar e orientar as equipes de enfermagem quanto à execução das rotinas assistenciais e administrativas, promovendo práticas seguras, eficientes e alinhadas com os padrões institucionais de qualidade.
- ❖ Colaborar ativamente no mapeamento e revisão dos processos setoriais, identificando oportunidades de melhoria, otimização de fluxos e redução de riscos relacionados ao cuidado.
- ❖ Estimular e monitorar o uso adequado das ferramentas da qualidade, tais como listas de verificação, indicadores de desempenho, planos de ação e registros de não conformidade.
- ❖ Acompanhar constantemente os resultados de indicadores assistenciais e gerenciais de seu setor, promovendo intervenções, treinamentos ou ajustes sempre que necessário para a obtenção de metas e padrões de excelência.
- ❖ Atuar como ponto focal entre as equipes do seu setor, a Gerência de Qualidade e as demais lideranças, facilitando a comunicação, o *report* de eventos adversos, sugestões de melhoria e a disseminação da cultura da qualidade e segurança.
- ❖ Apoiar e incentivar processos contínuos de educação permanente da equipe, identificando necessidades de capacitação e promovendo treinamentos focados nas melhores práticas assistenciais, inovação e segurança do paciente.
- ❖ Garantir a gestão adequada de documentos, registros, fluxos e comunicação institucional em seus respectivos setores, assegurando a rastreabilidade das informações e a conformidade com os padrões estabelecidos.
- ❖ Promover o engajamento da equipe multiprofissional na busca pela excelência do atendimento, criando um ambiente colaborativo, ético, respeitoso e comprometido com os resultados institucionais.

- ❖ Participar ativamente de auditorias internas e externas, acompanhando a implementação e a eficácia das ações corretivas e preventivas recomendadas para seu setor.

6.3. Diretor Técnico

- ❖ Assegurar a implementação e o cumprimento das diretrizes, protocolos clínicos e práticas definidos pela Política de Gestão da Qualidade, promovendo a excelência, a ética e a segurança na assistência médica dentro do seu setor.
- ❖ Coordenar, orientar e supervisionar a equipe médica, estimulando a adesão às melhores práticas assistenciais, à padronização dos processos e ao reporte de incidentes ou não conformidades.
- ❖ Participar ativamente do mapeamento, revisão e otimização de processos assistenciais relacionados à área médica, visando promover a eficiência, a resolubilidade clínica e a redução de riscos para os pacientes.
- ❖ Colaborar na análise e monitoramento dos indicadores de desempenho assistencial e clínico do setor, implementando ações corretivas, preventivas e de melhoria sempre que necessário.
- ❖ Facilitar a comunicação entre a equipe médica, as demais equipes multiprofissionais, a Gerência da Qualidade e a Diretoria, assegurando que questões relacionadas à qualidade, segurança e inovação sejam amplamente debatidas e incorporadas à prática clínica.
- ❖ Promover e apoiar atividades de educação permanente, capacitação técnica e atualização científica dos profissionais médicos do setor, alinhando as equipes às novas evidências, tecnologias e recomendações institucionais.
- ❖ Incentivar o registro claro, completo e ético de informações em prontuários e demais documentos clínicos, garantindo a rastreabilidade das condutas, a continuidade do cuidado e a conformidade com os requisitos regulatórios e institucionais.
- ❖ Apoiar e envolver-se nos processos de auditorias internas e externas, acompanhando a implementação e a eficácia das ações recomendadas para o setor médico sob sua coordenação.
- ❖ Estimular a participação dos médicos em projetos de inovação, pesquisas, desenvolvimento de protocolos e melhoria contínua, contribuindo ativamente para a cultura organizacional de qualidade e segurança.
- ❖ Representar o setor médico em comissões técnicas, reuniões de qualidade e eventos institucionais, sendo o elo entre as demandas específicas da área médica e os objetivos estratégicos da instituição.

6.4. Assistência Social

- ❖ Garantir a aplicação dos protocolos, diretrizes e normativas institucionais referentes ao serviço social, assegurando a qualidade e humanização no atendimento a pacientes, familiares e comunidade.
- ❖ Promover o alinhamento com as melhores práticas do setor, a ética profissional e a legislação vigente.
- ❖ Colaborar no mapeamento, análise e aprimoramento dos processos do serviço social, identificando oportunidades e propondo melhorias para maior eficiência, humanização e integralidade do cuidado nas demandas sociais da UPA.
- ❖ Participar ativamente da definição, acompanhamento e avaliação de indicadores relacionados ao serviço social, propondo e implementando ações corretivas e preventivas quando necessário.

- ☞ Fomentar o trabalho integrado entre o serviço social, equipes multiprofissionais, a Diretoria e demais setores da unidade, buscando soluções conjuntas para os desafios assistenciais e institucionais.
- ☞ Promover, organizar e apoiar processos de capacitação, atualização e educação permanente para a equipe de assistência social, estimulando a incorporação de inovações e boas práticas no serviço.
- ☞ Assegurar a gestão documental adequada e o registro completo dos atendimentos, procedimentos, pareceres e encaminhamentos, garantindo rastreabilidade, sigilo das informações e conformidade com as normas da instituição.
- ☞ Estimular a participação do serviço social em auditorias internas e externas, colaborando com o atendimento às recomendações e apoiando o acompanhamento das ações de melhoria implementadas.
- ☞ Atuar como agente multiplicador da cultura de qualidade, humanização e segurança institucional, sensibilizando as equipes sobre o papel estratégico do serviço social no cuidado ao paciente e no suporte às famílias.
- ☞ Representar o serviço social em comissões, reuniões, eventos e espaços institucionais relacionados à qualidade, segurança, assistência e governança, contribuindo com a perspectiva social no desenvolvimento das atividades institucionais.

6.5. Fisioterapia

- ☞ Assegurar a implementação e o cumprimento dos protocolos, diretrizes e padrões institucionais de qualidade e segurança no atendimento fisioterapêutico aos pacientes.
- ☞ Promover o mapeamento, análise e aprimoramento dos processos relacionados à fisioterapia, identificando oportunidades de melhoria, otimização de recursos e garantia de resultados assistenciais eficazes.
- ☞ Participar da definição, monitoramento e avaliação de indicadores de desempenho específicos da fisioterapia, adotando ações corretivas e preventivas, quando necessário, para o alcance das metas institucionais.
- ☞ Estimular o trabalho multiprofissional, colaborando de forma integrada com outras áreas da assistência, visando promover a integralidade, a segurança e a qualidade do cuidado ao paciente.
- ☞ Incentivar e promover a participação ativa da equipe em programas de educação permanente, treinamentos, capacitações e atualização científica, alinhando as práticas fisioterapêuticas aos avanços e inovações do setor.
- ☞ Assegurar a adequada gestão documental e o correto registro das intervenções fisioterapêuticas realizadas, garantindo rastreabilidade, qualidade das informações e conformidade com os requisitos institucionais e regulatórios.
- ☞ Facilitar a identificação, registro e análise de não conformidades e incidentes no âmbito da fisioterapia, propondo e acompanhando a implementação de ações de melhoria.
- ☞ Atuar de forma colaborativa em auditorias internas e externas, acompanhando o atendimento às recomendações e a efetividade das ações corretivas e preventivas do setor.
- ☞ Promover a humanização do atendimento, estimulando o acolhimento, o respeito e a comunicação eficaz com pacientes, familiares e equipe multiprofissional.
- ☞ Representar a equipe de fisioterapia em reuniões institucionais, grupos de trabalho, comissões e eventos relacionados à gestão da qualidade, segurança do paciente e assistência interdisciplinar.

6.6. Papel da Ouvidoria e do SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário)

6.6.1. Ouvidoria

- ☞ Atuar como canal institucional de comunicação entre usuários (pacientes, familiares e colaboradores) e a gestão do Pronto Atendimento, garantindo escuta qualificada, acolhimento, privacidade e respeito na análise de manifestações.
- ☞ Receber, registrar, analisar e encaminhar reclamações, sugestões, elogios, denúncias e demandas relacionadas aos serviços prestados, realizando o acompanhamento de cada caso até a sua resolução final.
- ☞ Identificar tendências, demandas recorrentes ou oportunidades de melhoria nos processos assistenciais, administrativos ou estruturais da instituição, subsidiando os gestores para a tomada de decisão baseada em dados reais.
- ☞ Colaborar com a promoção da transparência institucional e fortalecimento da cultura de humanização e respeito aos direitos dos usuários, promovendo respostas claras, tempestivas e orientadoras.
- ☞ Participar na elaboração, revisão e atualização de fluxos, políticas e protocolos relativos à escuta e tratamento das manifestações dos usuários, em alinhamento com normas internas e legislações vigentes.
- ☞ Monitorar e reportar indicadores de atendimento e satisfação dos usuários, elaborando relatórios periódicos e sugerindo ações corretivas, preventivas e de aprimoramento contínuo dos serviços.
- ☞ Representar a defesa dos direitos do usuário em comissões, fóruns e reuniões institucionais, promovendo o diálogo e a democratização das relações com a comunidade interna e externa.

6.6.2. Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU)

- ☞ Ser o ponto inicial e centralizado de recepção das manifestações dos usuários, prestando informações claras, orientações e esclarecimentos sobre os serviços do Pronto Atendimento.
- ☞ Garantir a escuta ativa e humanizada aos pacientes e familiares, acolhendo suas demandas e encaminhando-as adequadamente à Ouvidoria ou setores responsáveis, conforme o grau de complexidade e natureza da manifestação.
- ☞ Agilizar o atendimento das solicitações, orientações ou dúvidas dos usuários, zelando pela satisfação, acesso à informação e resolução tempestiva dos casos.
- ☞ Colaborar com ações de melhoria do ambiente institucional, identificando aspectos que impactem a experiência do usuário e propondo adequações junto à gestão.
- ☞ Promover o registro correto das demandas recebidas e fornecer subsídios para o monitoramento de indicadores, relatórios de satisfação e planejamento de ações estratégicas.
- ☞ Atuar em sintonia com a Ouvidoria, Comissões e demais setores internos, ampliando a resolutividade e fortalecendo a cultura de escuta ativa, transparência e qualidade do serviço.
- ☞ Participar de treinamentos e capacitações sobre comunicação, relacionamento interpessoal e direitos dos usuários para aprimorar continuamente o atendimento.

6.7. Faturamento

- ❖ Assegurar a conformidade e a eficiência dos processos de faturamento do Pronto Atendimento, garantindo a correta codificação, registro, conferência e envio dos serviços prestados aos pacientes, de acordo com as regras institucionais, contratuais e normativas vigentes
- ❖ Promover a capacitação contínua sobre atualização de tabelas, normas técnicas, manuais de faturamento e mudanças regulatórias, assegurando o desempenho técnico e ético dos colaboradores.
- ❖ Mapear, revisar e aprimorar os fluxos e procedimentos do setor de faturamento, identificando e eliminando gargalos operacionais, prevenindo glosas e retrabalho, e otimizando a integração com as áreas assistenciais, administrativas e de tecnologia da informação.
- ❖ Monitorar indicadores de desempenho e qualidade do faturamento, como índice de glosas, tempo médio de processamento, taxa de retrabalho e inadimplência, utilizando esses dados para propor e acompanhar ações corretivas, preventivas e de melhoria contínua.
- ❖ Garantir o controle rigoroso dos documentos referentes à produção assistencial e administrativa – prontuários, laudos, solicitações, guias, autorizações e demais registros –, promovendo rastreabilidade, integridade e segurança da informação, em conformidade com as legislações de proteção de dados e normas internas.
- ❖ Promover interface eficaz e comunicação assertiva com setores clínicos, auditoria interna e externa, regulação, T.I., compras e financeiro, facilitando a resolução de pendências, o esclarecimento de dúvidas e o alinhamento de informações necessárias ao correto faturamento dos serviços.
- ❖ Realizar treinamentos e orientações regulares sobre os requisitos de documentação, preenchimento de guias e práticas que previnam glosas, promovendo o envolvimento dos profissionais assistenciais na qualidade das informações registradas.
- ❖ Participar da análise crítica e auditoria dos processos de faturamento, visando identificar causas de glosas e atrasos, propor planos de ação para correção, e contribuir para a sustentabilidade financeira da instituição.
- ❖ Acompanhar e atualizar continuamente os sistemas informatizados de gestão do Pronto Atendimento, assegurando a parametrização correta de tabelas de procedimentos, valores, contratos e regras de faturamento.
- ❖ Representar o setor de faturamento em comissões institucionais, reuniões de resultado, projetos de qualidade e desenvolvimento institucional, colaborando ativamente para o alinhamento dos objetivos estratégicos do Pronto Atendimento e o fortalecimento da cultura de excelência, transparência e responsabilidade.
- ❖ Atuar de maneira ética e comprometida com a legislação vigente e com as normas internas, zelando pela veracidade, integridade e tempestividade das informações prestadas aos gestores, fontes pagadoras, órgãos reguladores e demais partes interessadas.
- ❖ Promover a integração das rotinas de faturamento com a gestão de indicadores institucionais, apoiando o controle orçamentário, a avaliação de desempenho organizacional e as estratégias de sustentabilidade financeira do UPA AGUDOS.

6.8. Recursos Humanos (RH)

- ❖ Planejar, coordenar e supervisionar todos os processos relacionados à gestão de pessoas, garantindo o atendimento às legislações vigentes, às normas internas, aos princípios de ética, equidade e respeito à diversidade no ambiente de trabalho.

- ❖ Realizar o recrutamento, seleção, integração e desligamento de colaboradores de modo transparente, técnico e humanizado, assegurando o alinhamento do perfil dos profissionais com as competências institucionais requeridas e a missão do ICAASES, refletido na UPA AGUDOS.
- ❖ Desenvolver e implementar programas de capacitação, educação permanente, avaliação de desempenho e desenvolvimento de liderança, promovendo o aprimoramento das competências técnicas e comportamentais, a valorização do capital humano e o incentivo ao protagonismo e crescimento profissional.
- ❖ Gerenciar procedimentos de folha de pagamento, benefícios, ponto eletrônico, férias, afastamentos, licenças, contratos e demais obrigações trabalhistas, garantindo a conformidade legal, o controle rigoroso de prazos e a satisfação dos colaboradores.
- ❖ Promover a saúde ocupacional e a qualidade de vida no trabalho, em articulação com o SESMT, CIPA e demais setores, desenvolvendo medidas preventivas, campanhas de saúde, controle de atestados e acompanhamento de absenteísmo, afastamentos e acidentes de trabalho.
- ❖ Elaborar, revisar e implementar políticas, normas, códigos de conduta e regulamentos internos relacionados à gestão de pessoas, disseminando uma cultura organizacional orientada pela ética, respeito às diferenças, integridade e colaboração.
- ❖ Mapear, monitorar e analisar indicadores de RH (turnover, absenteísmo, quadro funcional, desempenho, retenção, clima organizacional, entre outros), subsidiando a tomada de decisão estratégica e a melhoria contínua da gestão de pessoas.
- ❖ Atender, orientar e apoiar gestores, colaboradores e equipes em demandas relacionadas ao desenvolvimento profissional, aspectos legais, conflitos ou situações sensíveis, garantindo sigilo, respeito e busca de soluções assertivas.
- ❖ Atuar de forma integrada com as demais áreas administrativas e assistenciais, promovendo o alinhamento entre as estratégias de gestão de pessoas e os objetivos institucionais, bem como facilitando a comunicação e a articulação intersetorial.
- ❖ Participar ativamente de auditorias internas e externas, fornecendo informações, documentos e evidências sobre a gestão de pessoas, além de apoiar a implementação de recomendações decorrentes dessas avaliações para garantir conformidade e melhoria contínua.
- ❖ Representar o setor de RH em comissões, grupos de trabalho e eventos institucionais, contribuindo para o desenvolvimento e fortalecimento da cultura de qualidade, segurança do paciente, boas práticas organizacionais e sustentabilidade institucional.
- ❖ Zelar pela atualização dos dados cadastrais, registros funcionais, prontuários e documentos trabalhistas, assegurando rastreabilidade, sigilo e integridade das informações, em conformidade com a legislação de proteção de dados pessoais e normas institucionais.
- ❖ Promover ações de valorização, reconhecimento, integração e engajamento dos colaboradores, incentivando práticas inclusivas, feedback contínuo, celebração de conquistas e a construção de um ambiente de trabalho positivo, saudável e colaborativo.

6.9. Setor de Saúde do Trabalhador

- ❖ Promover, proteger e monitorar a saúde dos colaboradores da UPA AGUDOS, atuando de forma preventiva, assistencial e educativa na identificação, avaliação e controle dos riscos ocupacionais, em conformidade com a legislação vigente, normas internas e princípios de humanização.

- ❖ Planejar, coordenar e executar ações sistemáticas de promoção da saúde, prevenção de doenças e acidentes do trabalho, incluindo campanhas, palestras, programas de imunização, ações de ergonomia, controle de agentes ambientais e vigilância dos agravos relacionados ao ambiente laboral.
- ❖ Desenvolver e implementar o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), garantindo a realização de exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais, com a devida avaliação, orientação e acompanhamento dos colaboradores.
- ❖ Acompanhar, registrar e analisar casos de acidentes de trabalho, doenças ocupacionais, absenteísmo e afastamentos, propondo medidas corretivas, preventivas e de reabilitação, bem como relatórios periódicos para subsidiar a gestão institucional e a tomada de decisão.
- ❖ Atuar em integração com o SESMT, CIPA, RH e demais setores institucionais, colaborando na identificação dos fatores de risco, elaboração de políticas de saúde e segurança, revisão de ambientes e processos, investigação de incidentes e implantação de planos de ação para mitigação de riscos.
- ❖ Oferecer suporte técnico e psicológico aos colaboradores, promovendo acolhimento, escuta qualificada e encaminhamentos necessários, com ênfase no cuidado integral à saúde física e mental dos profissionais.
- ❖ Monitorar e analisar indicadores de saúde do trabalhador, como taxas de acidentes, incidentes, absenteísmo, afastamentos e exames ocupacionais, utilizando dados para análise crítica, planejamento de intervenções e avaliação da efetividade das medidas implantadas.
- ❖ Manter atualizados, organizados e sob sigilo os prontuários e documentos relacionados à saúde ocupacional, garantindo a rastreabilidade, integridade das informações, respeito à privacidade e conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e demais normativas aplicáveis.
- ❖ Promover ações integradas de educação permanente em saúde do trabalhador, capacitando líderes, colaboradores e equipes sobre práticas seguras, uso de equipamentos de proteção individual e coletiva, atualização de protocolos e cultura de prevenção.
- ❖ Atuar de forma articulada na elaboração e atualização do Mapa de Riscos e demais instrumentos de vigilância em saúde, subsidiando políticas e estratégias globais de segurança e prevenção institucional.
- ❖ Participar de auditorias, reuniões técnicas, comissões e fóruns institucionais e externos, representando o setor e colaborando ativamente para o desenvolvimento de práticas inovadoras, seguras e centradas no bem-estar do trabalhador.
- ❖ Fomentar a cultura organizacional de valorização da saúde e segurança do trabalho, engajando todos os níveis hierárquicos na prevenção de agravos, melhoria das condições laborais, promoção do bem-estar e fortalecimento do ambiente saudável e produtivo.

7. DIRETRIZES

- ❖ Assegurar assistência integral, humanizada e centrada no paciente, antecipando, reconhecendo e respeitando as preferências, necessidades e valores individuais dos usuários, promovendo o acolhimento, a dignidade e o protagonismo do paciente e de sua família ao longo de toda a jornada do cuidado.
- ❖ Adotar, implementar e aprimorar continuamente um Sistema de Gestão da Qualidade estruturado, fundamentado nas melhores práticas nacionais e internacionais, normas de acreditação, evidências científicas e diretrizes institucionais, promovendo o ciclo sistemático de planejamento, execução, monitoramento e avaliação crítica de processos.

- ❖ Cumprir rigorosamente toda a legislação aplicável, requisitos regulatórios e normativos vigentes, assegurando conformidade em todos os processos, produtos e serviços, com atualização contínua frente às mudanças regulatórias do setor saúde e demais exigências legais.
- ❖ Prestar assistência em tempo hábil e em conformidade com parâmetros de eficiência e segurança, reduzindo esperas, atrasos e interrupções no fluxo de atendimento, de modo a garantir a continuidade do cuidado e evitar prejuízos à saúde, bem-estar dos pacientes e ao desempenho das equipes multiprofissionais.
- ❖ Promover a melhoria contínua da qualidade do atendimento médico-Pronto Atendimento, mediante avaliação sistemática dos processos, identificação de oportunidades, implantação de ações corretivas e preventivas e monitoramento permanente dos resultados assistenciais e de satisfação das partes interessadas.
- ❖ Garantir a segurança do paciente, colaboradores e terceiros através da gestão ativa e integrada de riscos, estruturando processos robustos de identificação, análise, tratamento, comunicação e monitoramento de eventos adversos, com foco na prevenção de incidentes e no fortalecimento de uma cultura não punitiva e de aprendizado institucional.
- ❖ Buscar sistematicamente o aperfeiçoamento dos processos assistenciais, administrativos e de apoio, promovendo a inovação, eficiência, eficácia, efetividade e sustentabilidade, visando à satisfação plena dos clientes internos e externos e à superação das expectativas das partes interessadas.
- ❖ Desenvolver e fomentar uma gestão de pessoas baseada em valorização, capacitação, desenvolvimento profissional e liderança ética, estimulando a participação ativa, o protagonismo, o trabalho em equipe e o incentivo à mudança de atitudes e comportamentos alinhados aos princípios institucionais.
- ❖ Promover e consolidar a cultura de qualidade e segurança do paciente, fundamentada na comunicação transparente, no diálogo aberto, na ética, imparcialidade, transparência, responsabilidade e no compromisso institucional com a excelência e o respeito à vida.
- ❖ Garantir a confidencialidade, integridade, rastreabilidade e segurança das informações assistenciais e administrativas, em conformidade com a legislação vigente (como a LGPD), assegurando o uso ético e seguro de dados e registros dos pacientes, colaboradores e parceiros.
- ❖ Promover práticas de sustentabilidade ambiental e responsabilidade social, incentivando uso racional de recursos naturais, gerenciamento de resíduos de forma segura, destinação adequada de resíduos do Pronto Atendimento e participação ativa em ações que beneficiem a comunidade.
- ❖ Estruturar processos para coleta, análise, divulgação e utilização de indicadores de desempenho de forma sistemática, subsidiando a tomada de decisão baseada em evidências, planejamento estratégico e prestação de contas à sociedade e órgãos reguladores.
- ❖ Estimular a adoção de inovações e tecnologias que contribuam para aprimorar a qualidade da assistência, segurança do paciente, eficiência dos processos e a experiência dos usuários, promovendo a atualização constante do parque tecnológico.
- ❖ Estabelecer e treinar fluxos de contingência, planos de resposta e recuperação frente a situações de crise, tais como surtos infecciosos, desastres, acidentes em massa, incêndios ou falhas críticas, priorizando a continuidade do atendimento com segurança.

8. GESTÃO DE DOCUMENTOS

A Gestão de Documentos no UPA AGUDOS, sob a administração do ICAASES, é um componente estratégico para a segurança assistencial, conformidade regulatória e eficiência institucional. Consiste em um conjunto de práticas sistematizadas para a criação, classificação, tramitação, armazenamento, acesso, revisão, atualização, publicação, arquivamento e descarte de documentos e registros, abrangendo todas as áreas e níveis hierárquicos da organização.

8.1. Diretrizes Gerais da Gestão de Documentos

- ☒ **Abrangência:** Este processo contempla documentos institucionais, procedimentos operacionais, protocolos clínicos, normas técnicas, registros assistenciais e administrativos, conformando o acervo documental necessário à governança, rastreabilidade e continuidade dos processos.
- ☒ **Normatização:** Todos os fluxos de elaboração, revisão, aprovação, validação, publicação e controle de versões estão definidos na “Norma de Elaboração e Revisão de Documentos – Norma Zero”, integrada ao Sistema de Gestão da Qualidade.
- ☒ **Responsabilidades:** Os gestores de processos, setores e áreas são responsáveis pela manutenção, atualização e aderência dos documentos à legislação, normas técnicas, requisitos contratuais e melhores práticas de mercado.

8.2. Elaboração, Revisão e Aprovação

- ☒ **Padronização de Formatos:** Todos os documentos são produzidos em formato padronizado, contendo identificação do título, código, versão, data de emissão, responsáveis e vigência.
- ☒ **Ciclo de Vida do Documento:** As etapas de elaboração, revisão periódica, aprovação por instâncias competentes e validação de conteúdo são documentadas e auditáveis, assegurando rastreabilidade e controle de alterações.
- ☒ **Periodicidade de Revisão:** Os documentos são revisados periodicamente, de acordo com prazos instituídos e sempre que houver exigências regulatórias, mudanças processuais relevantes ou atualizações de boas práticas.

8.3. Distribuição, Acesso e Segurança

- ☒ **Disponibilização:** Os documentos vigentes estão acessíveis em ambiente seguro – rede institucional controlada e, quando necessário, em meio físico, com restrição de acesso de acordo com o perfil do usuário.
- ☒ **Controle de Acesso:** O acesso a documentos confidenciais e sensíveis é restrito conforme nível de autoridade, com mecanismos de registro de consulta e rastreamento, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e demais normativas aplicáveis.
- ☒ **Treinamento:** Novos documentos ou versões revisadas são comunicados formalmente às equipes e setores impactados, promovendo treinamento e validação de compreensão, especialmente para documentos críticos à assistência e segurança do paciente.

8.4. Arquivamento, Retenção e Descarte

- ❖ **Arquivamento Seguro:** Documentos, especialmente registros assistenciais e administrativos obrigatórios, são arquivados em ambiente protegido contra perda, danos ou acessos não autorizados, mantendo rastreabilidade e integridade.
- ❖ **Prazos de Retenção:** Todos os prazos de retenção atendem à legislação vigente, recomendações de órgãos reguladores e políticas institucionais.
- ❖ **Descarte Controlado:** O descarte é realizado de forma controlada, segura, sigilosa e sustentável, conforme fluxos documentados, assegurando a proteção de informações sensíveis.

8.5. Monitoramento e Melhoria Contínua

- ❖ **Auditoria e Conformidade:** O Sistema de Gestão de Documentos é periodicamente auditado, com monitoramento de não conformidades, oportunidades de melhoria e avaliação da efetividade dos controles implementados.
- ❖ **Atualização e Melhoria:** O processo de gestão documental é continuamente aprimorado para assegurar alinhamento com as melhores práticas, inovações tecnológicas e requisitos das acreditadoras de Unidades de Pronto Atendimento.

8.6. Gestão Eletrônica de Documentos (GED)

- ❖ **Implementação de Sistemas Informatizados:** Sempre que possível, adotar e manter sistemas de Gestão Eletrônica de Documentos (GED) para garantir agilidade, segurança, integridade, rastreabilidade e otimização dos processos documentais.
- ❖ **Assinatura Digital:** Utilizar recursos de assinatura digital para garantir autenticidade, validade jurídica e redução de documentos em papel, promovendo a sustentabilidade.
- ❖ **Backup e Recuperação:** Proceder rotinas de backup automático, com políticas de recuperação de desastres que assegurem a disponibilidade e preservação das informações institucionais essenciais.

8.7. Gestão da Informação e Interoperabilidade

- ❖ **Integração de Sistemas:** Buscar interoperabilidade entre sistemas assistenciais e administrativos, incluindo prontuário eletrônico do paciente, sistemas de gestão Pronto Atendimento e GED, evitando retrabalho, redundância e aumentando a confiabilidade das informações.
- ❖ **Qualidade dos Dados:** Manter políticas institucionais que assegurem qualidade, precisão, completude e tempestividade dos dados documentados, promovendo revisões periódicas para evitar inconsistências.

8.8. Educação Permanente e Cultura Organizacional

- ❖ **Capacitação Contínua:** Realizar treinamentos regulares para as equipes sobre a importância, normas e boas práticas da gestão documental, reforçando a cultura institucional de zelo, responsabilidade e sigilo quanto ao uso, acesso e arquivamento de documentos.
- ❖ **Comunicação de Mudanças:** Estruturar fluxos de comunicação eficazes para divulgação de alterações, novas versões ou exclusão de documentos, com ciência formal dos envolvidos e mecanismos de validação do entendimento.

8.9. Suporte à Auditoria

- ☛ **Documentação de Evidências para Acreditação:** Garantir disponibilidade imediata e organizada dos documentos e registros requeridos em auditorias internas, externas e processos de certificação e acreditação, facilitando demonstrar a conformidade com padrões estabelecidos.
- ☛ **Gestão de Documentos Legais e Contratuais:** Realizar acompanhamento específico dos documentos legais, contratuais e regulatórios, assegurando atenção especial à sua atualização, guarda e controle de prazos.

8.10. Planejamento de Contingências e Continuidade Operacional

- ☛ **Políticas de Continuidade:** Definir planos para garantir o acesso a documentos essenciais em situações de contingência (ex.: falhas de sistemas, eventos climáticos extremos), protegendo a continuidade dos cuidados e a governança institucional.

9. FERRAMENTAS DE QUALIDADE

O ICAASES assegura a utilização sistemática e a efetividade das principais ferramentas de gestão da qualidade, com o propósito de estruturar, quantificar, analisar e monitorar eventos, não conformidades, processos e resultados institucionais. Tais ferramentas fundamentam-se nas melhores práticas nacionais e internacionais, promovendo robustez e precisão na identificação de causas, definição de prioridades, acompanhamento de indicadores e validação de intervenções. Dessa forma, fortalecem a eficácia na tomada de decisões gerenciais, sustentam a rastreabilidade das ações e garantem evidências objetivas de ciclos de melhoria contínua, sendo aplicadas por meio de instrumentos como:

☛ PDCA (Plan, Do, Check, Act)

O Ciclo PDCA é uma metodologia de gestão utilizada para promover a melhoria contínua dos processos organizacionais. Estruturada em quatro etapas sequenciais e iterativas — Planejar (Plan), Executar (Do), Verificar (Check), Agir (Act) —, essa ferramenta proporciona um método sistemático para identificar problemas, implementar soluções, monitorar resultados e padronizar avanços conquistados.

No contexto Pronto Atendimento, o PDCA é frequentemente empregado para revisão de processos assistenciais, administrativos e operacionais, viabilizando a redução de falhas, o aumento da eficiência e o atingimento de indicadores de desempenho.

- a) **Planejar (Plan):** Definição do problema, análise da situação atual, estabelecimento de metas e elaboração do plano de ação com responsabilidades, prazos e recursos necessários.
- b) **Executar (Do):** Implementação das ações planejadas, conforme o cronograma estabelecido.
- c) **Verificar (Check):** Monitoramento dos resultados obtidos através de indicadores e comparação com os objetivos previamente definidos, aplicando auditorias e revisões detalhadas dos processos.
- d) **Agir (Act):** Análise crítica dos resultados, padronização das soluções eficazes, ajustes necessários e disseminação das boas práticas. Eventuais desvios identificados reiniciam o ciclo, assegurando a perenidade da melhoria.

Exemplo de aplicação do PDCA

Tema: Redução do tempo de espera para atendimento na triagem do Pronto-Socorro

Plan (Planejar):

- I. **Problema identificado:** O tempo de espera médio até a triagem está acima dos padrões recomendados.
- II. **Análise de causa:** Mapeamento do fluxo de chegada, análise de dados históricos e identificação de gargalos.
- III. **Meta:** Reduzir o tempo médio em 30% em quatro meses.
- IV. **Plano de ação:** Redefinir responsabilidades, ampliar o número de pontos de atendimento em horários de pico, realizar treinamento da equipe.

Do (Executar):

- I. Implementação do plano conforme definido.
- II. Treinamento realizado e novo fluxo implantado nas semanas de maior movimento.

Check (Verificar):

- I. Monitoramento dos indicadores semanais de tempo de espera.
- II. Comparação dos resultados obtidos com a meta estabelecida.

Act (Agir):

- I. Padronização do novo fluxo, caso a meta seja atingida.
- II. Ajustes no plano ou reinício do ciclo com novas estratégias, se necessário.
- III. Registro das ações eficazes e comunicação das lições aprendidas às equipes.

A aplicação do PDCA no ambiente Pronto Atendimento permite demonstrar evidências robustas dos ciclos de melhoria e sustentar a obtenção e manutenção de certificações e acreditações de qualidade.

🔑 PDSA (Plan, Do, Study, Act)

O Ciclo PDSA (Planejar, Executar, Estudar, Agir) é uma variação do PDCA, amplamente utilizada em contextos assistenciais e de saúde por favorecer ciclos curtos de experimentação, aprendizado e ajuste rápido de processos.

Nesta abordagem, o PDSA enfatiza a análise crítica (Study) dos dados coletados após a intervenção, permitindo adaptações ágeis e incrementalmente ajustadas à realidade prática.

- a) **Planejar (Plan):** Seleção do problema, estabelecimento de objetivos claros, definição do plano de intervenção, hipóteses e métodos de avaliação.
- b) **Executar (Do):** Aplicação da intervenção, coleta sistemática de dados e registro das observações práticas.
- c) **Estudar (Study):** Análise detalhada dos resultados, comparação com hipóteses iniciais, identificação de aprendizados, barreiras e oportunidades de aprimoramento.

- d) **Agir (Act):** Consolidação das lições aprendidas, ajustes na intervenção e preparação do próximo ciclo, promovendo a melhoria contínua de modo dinâmico e responsivo.

O uso do PDSA é especialmente indicado para testar modificações em fluxos assistenciais, protocolos clínicos ou processos multiprofissionais, promovendo segurança, eficácia e adaptação rápida às demandas do ambiente Pronto Atendimento, em sintonia com os princípios da qualidade e da acreditação.

Exemplo de aplicação do PDSA

Tema: Adesão à higienização das mãos na unidade de observação

Plan (Planejar):

- I. **Problema:** Baixa adesão da equipe à higienização das mãos antes do contato com o paciente.
- II. **Objetivo:** Testar a eficácia da instalação de dispensadores de álcool gel em pontos estratégicos do setor por duas semanas.
- III. **Definição dos métodos para coleta de dados:** Observação direta e registro do consumo de álcool gel.

Do (Executar):

- I. Instalação dos dispensadores.
- II. Comunicação à equipe e início da coleta de dados.

Study (Estudar):

- I. Avaliação dos dados coletados: aumento do número de higienizações e redução de notificações de falta de higiene.
- II. Coleta de feedback dos colaboradores sobre a facilidade de acesso e eventuais dificuldades.

Act (Agir):

- I. Se a intervenção for eficaz, expandir a instalação dos dispensadores para outras áreas do Pronto Atendimento.
- II. Se necessário, realizar ajustes, como melhor posicionamento dos equipamentos ou treinamento adicional para a equipe, reiniciando um novo ciclo PDSA.

Esses exemplos demonstram como PDCA e PDSA podem ser aplicados para promover melhorias reais e sustentáveis no ambiente do Pronto Atendimento, com participação das equipes e foco em resultados mensuráveis e duradouros.

📌 5W2H para ocorrências e processos de melhorias, oriundos de auditoria interna e externa.

A 5W2H é uma ferramenta de gestão utilizada para estruturar planos de ação de maneira clara, objetiva e eficiente. Seu nome deriva das iniciais em inglês das sete perguntas fundamentais que devem ser respondidas ao definir uma ação corretiva, preventiva ou de melhoria, principalmente em resposta a não conformidades apontadas por auditorias internas e externas:

- ✓ What? (O quê?) – O que será feito?
- ✓ Why? (Por quê?) – Por que será feito?
- ✓ Who? (Quem?) – Quem será o responsável?

- ✓ Where? (Onde?) – Onde será feito?
- ✓ When? (Quando?) – Quando será feito?
- ✓ How? (Como?) – Como será feito?
- ✓ How much? (Quanto custa?) – Quanto vai custar?

Aplicando o 5W2H, a instituição transforma recomendações de auditoria ou necessidades identificadas em ações concretas, delegando responsabilidades, prazos e recursos necessários para alcançar resultados e garantir rastreabilidade das melhorias implantadas.

Exemplo Prático:

Situação: Auditoria interna identifica falha na rastreabilidade da cadeia de custódia de amostras laboratoriais.

Elemento Plano de Ação 5W2H

- ✓ What? Implantar checklist de conferência e rastreabilidade para todas as etapas da coleta e transporte de amostras laboratoriais.
- ✓ Why? Garantir a integridade das amostras, evitar perdas e não conformidades, conforme exigências das normas assistenciais e das boas práticas.
- ✓ Who? Setor de Enfermagem e Supervisão do Laboratório Clínico.
- ✓ Where? Em todas as unidades de internação e ambulatórios do Pronto Atendimento.
- ✓ When? Até o final do próximo mês, com revisão semanal dos resultados.
- ✓ How? Desenvolver checklist em formulário eletrônico, treinar as equipes envolvidas e monitorar a adesão.
- ✓ How much? R\$ 1.200,00 (investimento em tablets e treinamento das equipes).

Com esta abordagem, as recomendações da auditoria são traduzidas em um plano de ação detalhado e viável, facilitando o acompanhamento dos responsáveis, o cumprimento de prazos e a avaliação de resultados, além de consolidar a cultura de melhoria contínua na organização Pronto Atendimento.

🔗 Diagrama de Causa e Efeito (Ishikawa): para análise de incidentes

O Diagrama de Causa e Efeito, também conhecido como Diagrama de Ishikawa ou Diagrama Espinha de Peixe, é uma ferramenta utilizada para identificar, organizar e visualizar as possíveis causas de um determinado problema ou incidente. Seu objetivo é estruturar a análise de forma clara, facilitando a identificação das causas raízes e subsidiando a elaboração de ações corretivas eficazes.

A ferramenta é especialmente útil para a análise de incidentes em ambientes do Pronto Atendimento permitindo que equipes multiprofissionais examinem todas as categorias potenciais de causas (comumente agrupadas em: métodos, mão de obra, materiais, máquinas, meio ambiente e medidas/gerenciamento).

Exemplo Prático:

Situação: Incidente de administração errada de medicação a um paciente.

Aplicação do Diagrama de Causa e Efeito:

Problema Central (Cabeça do Peixe): Administração incorreta de medicamento.

Ramificações principais (causas potenciais):

- ✓ **Método:** Falha na conferência dupla, ausência de protocolo padronizado.
- ✓ **Mão de Obra (Pessoas):** Equipe recém-contratada, falta de treinamento específico sobre protocolo de medicamentos.
- ✓ **Material:** Etiquetagem dos medicamentos ilegível, embalagens semelhantes.
- ✓ **Máquinas:** Sistema eletrônico de prescrição com lentidão ou falhas ocasionais na integração.
- ✓ **Meio Ambiente:** Ambiente de preparo de medicamentos com excesso de ruído e interrupções frequentes.
- ✓ **Medidas / Gerenciamento:** Supervisão insuficiente, cultura de reporte de incidentes ainda em consolidação.

Desdobramento:

Para cada ramificação, detalhar as subcausas com a participação de representantes de todos os setores envolvidos (enfermagem, farmácia, TI, qualidade).

Com o Diagrama preenchido, a equipe identifica a maior contribuição de falhas em treinamento das equipes e ausência de práticas padronizadas de conferência, priorizando ações para sanar estes fatores.

O uso do Diagrama de Causa e Efeito permite às equipes multidisciplinares analisarem incidentes de modo abrangente, identificando os fatores mais relevantes e focando em ações preventivas e corretivas com maior potencial de impacto na segurança do paciente.

🔍 **Fatores Contribuintes: para análise de incidentes.**

A análise de Fatores Contribuintes é uma ferramenta fundamental para investigação aprofundada de incidentes, permitindo identificar elementos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a ocorrência de um evento adverso. Ao invés de focar somente na ação imediata, essa abordagem amplia o olhar para aspectos sistêmicos, comportamentais, ambientais, de comunicação, organizacionais e tecnológicos.

A categorização dos fatores contribuintes geralmente segue frameworks amplamente reconhecidos, tais como o Protocolo de Londres, facilitando intervenções concretas e a prevenção de recorrência do incidente, além de alinhar a organização às exigências das principais creditações em segurança do paciente.

Exemplo Prático:

Situação: Queda de paciente em unidade de observação.

Aplicação da Análise de Fatores Contribuintes

Após o registro e notificação do incidente, a equipe de qualidade realiza a investigação para identificar fatores que contribuíram para a queda e classifica os achados:

- ✓ **Fatores Individuais:** Alteração do nível de consciência do paciente, mobilidade reduzida, uso de medicações sedativas.

- ✓ **Fatores do Ambiente:** Iluminação insuficiente no quarto durante o período noturno, obstáculos no trajeto do leito ao banheiro.
- ✓ **Fatores relacionados ao Trabalho em Equipe:** Comunicação ineficaz entre plantões sobre o risco aumentado de queda deste paciente específico.
- ✓ **Fatores Organizacionais:** Ausência de protocolo consolidado de prevenção de quedas, falhas no treinamento periódico das equipes.
- ✓ **Fatores relacionados ao Equipamento/Materiais:** Ausência de barras de apoio disponíveis ou não instaladas adequadamente no banheiro.
- ✓ **Fatores Relacionados ao Paciente e Família:** Não adesão do paciente às orientações de solicitar ajuda antes de se levantar.

Os principais fatores identificados são ambientais (iluminação e obstáculos), organizacionais (falta de protocolo) e de comunicação. O plano de ação prioriza a revisão do protocolo de prevenção de quedas, treinamento das equipes, reforço na comunicação entre turnos e melhorias na estrutura física do ambiente.

A análise de Fatores Contribuintes permite enxergar além do fator imediato, identificando causas multifatoriais dos incidentes e promovendo ações integradas para prevenção de novos eventos, garantindo maior segurança ao paciente e maturidade institucional nos processos de qualidade.

🔍 **Protocolo de Londres para análise dos eventos adversos e “never events”.**

O Protocolo de Londres é uma metodologia estruturada e reconhecida internacionalmente para análise de eventos adversos graves e “never events” (eventos que nunca deveriam acontecer, como cirurgia em paciente ou local errado, troca de identificação, administração de sangue incompatível, entre outros).

Este protocolo propõe uma abordagem sistêmica, **não punitiva** e multidisciplinar para a investigação de incidentes, buscando identificar causas-raiz e fatores contribuintes subjacentes, e construir recomendações robustas para evitar recorrências. A técnica envolve o mapeamento do incidente, reconstrução da linha do tempo, entrevistas com envolvidos, coleta de documentos e aplicação de uma matriz de análise dos fatores humanos, ambientais, organizacionais, assistenciais e de comunicação.

Exemplo Prático:

Situação:

Administração de medicação intravenosa em paciente errado, resultando em reação adversa grave (Never Event).

Aplicação do Protocolo de Londres

Montagem da Linha do Tempo

- 🔍 Reconstrução dos passos anteriores ao incidente: Triagem do paciente na recepção.
- 🔍 Preenchimento da ficha e confecção da pulseira de identificação.
- 🔍 Prescrição médica de medicação intravenosa.
- 🔍 Separação e preparo do medicamento na sala de medicação.

- ☞ Chamada e conferência do paciente pela equipe de enfermagem.
- ☞ Administração da medicação.

Coleta de Informações

- ☞ Entrevistas com: profissionais da recepção/acolhimento, enfermagem, equipe médica e técnico que administrou o medicamento.
- ☞ Revisão do prontuário, pulseiras e registros de medicação.
- ☞ Verificação do sistema eletrônico/papelada de controle (se houver).
- ☞ Conferência das listas de pacientes na sala de medicação e pulseiras de identificação.

Identificação dos Fatores Contribuintes e Causas-Raiz

Fatores Humanos:

- ☞ Cansaço da equipe após jornada expandida devido alta demanda.
- ☞ Profissional recém-contratado não familiarizado com a rotina da UPA.

Fatores Sistêmicos:

- ☞ Protocolo de identificação incompleto ou desatualizado (não exige checagem cruzada verbal no momento da administração).
- ☞ Ausência de rotina padronizada para conferências duplas na sala de medicação.

Fatores Organizacionais:

- ☞ Quadro reduzido de funcionários devido afastamentos, causando acúmulo de funções.
- ☞ Treinamentos de segurança esporádicos e sem reciclagem anual obrigatória.

Fatores Ambientais:

- ☞ Ambiente da sala de medicação com fluxo intenso de pessoas e ruído elevado, dificultando a concentração.
- ☞ Locais de preparo mal definidos, provocando cruzamento de tarefas.

Fatores de Comunicação:

- ☞ Comunicação ineficaz entre acolhimento, equipe de enfermagem e profissionais médicos.
- ☞ Pulseiras de identificação de difícil leitura ou informações inconsistentes.

Desenvolvimento do Relatório Final com Recomendações

- ☞ Revisão e reciclagem obrigatória do protocolo de identificação do paciente.

- ❖ Implementação de dupla checagem obrigatória (enfermeiro e técnico) antes de administrar medicação, com conferência ativa dos dados do paciente.
- ❖ Atualização das pulseiras (ou etiquetas) para melhor visibilidade e conferência das informações.
- ❖ Reorganização do ambiente da sala de medicação, separando o local de preparo e administração, minimizando o cruzamento de fluxos e ruído.
- ❖ Escalonamento de recursos humanos para garantir equipe adequada e evitar fadiga.
- ❖ Compartilhamento do evento e dos aprendizados em reuniões institucionais, reforçando a cultura de segurança e o reporte sem punição.
- ❖ Monitoramento dos indicadores de eventos adversos e avaliação periódica do cumprimento das novas medidas.

O Protocolo de Londres é uma ferramenta eficaz para análise aprofundada, imparcial e orientada ao aprendizado organizacional. Permite transformar eventos adversos críticos em oportunidades para o desenvolvimento de novas práticas, mitigação de riscos e evolução permanente da cultura de segurança, especialmente em ambientes de porta aberta como as UPAs.

❖ **Brainstorming: Utilizado para estimular a criatividade coletiva na identificação de possíveis causas de problemas, levantamento de ideias para soluções e engajamento das equipes nas melhorias.**

Brainstorming é uma ferramenta de gestão participativa amplamente utilizada para estimular a criatividade coletiva, ampliar a análise de problemas e engajar equipes na proposição de soluções inovadoras. O objetivo principal do brainstorming é gerar o maior número possível de ideias em um curto espaço de tempo, sem julgamentos ou críticas durante a etapa de geração, promovendo um ambiente aberto à contribuição de todos.

Em hospitais, o brainstorming é especialmente valioso para identificar possíveis causas de incidentes, mapear riscos, resolver desafios operacionais e fomentar a cultura organizacional da segurança e melhoria contínua. Após o levantamento livre de ideias, a equipe procede à análise, consolidação e priorização das sugestões viáveis para construção dos planos de ação.

Exemplo Prático: Brainstorming na UPA Agudos – Porte 1

Situação:

Aumento do tempo de permanência dos pacientes na sala de medicação devido a atrasos na administração de medicamentos prescritos durante o atendimento de urgência.

Aplicação do Brainstorming

Preparação e Convite

- ❖ Convocação de uma reunião de brainstorming com ampla participação: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, equipe de recepção, administrativo e farmácia (se disponível).
- ❖ Definição de um facilitador para conduzir o processo de forma aberta e sem julgamentos.

Definição do Objetivo

- 👉 Gerar ideias para identificar causas dos atrasos e propor soluções para garantir maior agilidade na administração de medicamentos durante o atendimento emergencial.

Regras Básicas do Brainstorming

- 👉 Todos podem contribuir livremente.
- 👉 Não há críticas, censura ou julgamento de ideias.
- 👉 Potencializar quantidade e criatividade de sugestões.

Geração de Ideias (visualização em quadro branco ou flipchart)

Sugestões levantadas pela equipe:

- Dificuldade para localizar rapidamente os pacientes em áreas de espera, sala de triagem ou consultórios.
- Comunicação ineficiente entre os profissionais ao repassar medicações prescritas em horários de maior movimento.
- Falta de sinalização clara ou fila de prioridade para administração de medicamentos urgentes.
- Ausência de rotina padronizada para conferência de prescrições recebidas enquanto a sala de medicação está lotada.
- Documentação manual que consome tempo, principalmente em horários de sobrecarga, causando acúmulo de tarefas.
- Faltam lembretes ou avisos visuais/sonoros sobre horários de administração de medicações críticas.
- Fluxo de trabalho interrompido por solicitações simultâneas, como chamados urgentes para assistência a outros pacientes.
- Medicamentos de emergência nem sempre disponíveis em “kit rápido” na sala de medicação, exigindo busca nos estoques.

Seleção e Priorização

Após esgotar as ideias, a equipe discute e prioriza as causas mais incidentes e as soluções mais viáveis para o cenário da UPA.

- 👉 Elaboração do plano de ação, incluindo testagem e implementação das seguintes propostas: Criação de um quadro de controle visual na sala de medicação para sinalização de prioridades e horários críticos.
- 👉 Otimização do fluxo de comunicação entre atendimento médico e enfermagem, utilizando sinalizadores simples ou mensagens rápidas.
- 👉 Padronização de rotina para conferência e organização das prescrições medicamentosas ao longo do plantão.
- 👉 Preparação prévia de kits de medicamentos para situações de urgência.
- 👉 Avaliação da possibilidade de alarmes ou lembretes via interfone ou celulares institucionais, nos horários de maior movimento.

O brainstorming, quando bem conduzido na UPA Agudos, promove a escuta de todos os envolvidos, valoriza ideias que consideram as limitações locais, engaja a equipe na busca de soluções reais para o atendimento de urgência e fortalece a cultura de melhoria contínua e de gestão participativa. Transformar sugestões em planos de ação tangíveis potencializa a resolutividade e aprimora a experiência do paciente e da equipe na unidade.

🔍 **Diagrama de Pareto (80/20):** Permite a identificação e priorização das causas ou problemas mais relevantes, concentrando esforços nas melhorias de maior impacto.

O Diagrama de Pareto, também conhecido como análise 80/20, é uma ferramenta estatística utilizada para identificar e priorizar as causas ou problemas mais relevantes em um determinado processo. Baseia-se no princípio de que, normalmente, 80% dos efeitos originam-se de 20% das causas.

No ambiente Pronto Atendimento, o Diagrama de Pareto é empregado para direcionar esforços de melhoria, permitindo que a gestão concentre recursos nas causas que mais impactam os resultados. A construção do gráfico envolve listar as causas ou ocorrências, quantificá-las e ordená-las do mais ao menos frequente, possibilitando visualmente identificar quais itens devem ser priorizados para gerar ganhos significativos.

Exemplo Prático:

Situação: Análise de não conformidades apontadas nas auditorias internas relacionadas ao processo de dispensação de medicamentos.

Aplicação do Diagrama de Pareto

Coleta de Dados:

Levantamento dos tipos de não conformidades registradas em auditorias do último semestre:

- ✓ Falha de registro em prontuário: 45 ocorrências
- ✓ Erro de identificação do paciente: 18 ocorrências
- ✓ Divergência entre prescrição e dispensação: 15 ocorrências
- ✓ Medicamento entregue fora do prazo: 7 ocorrências
- ✓ Embalagem inadequada: 5 ocorrências

Montagem da Tabela:

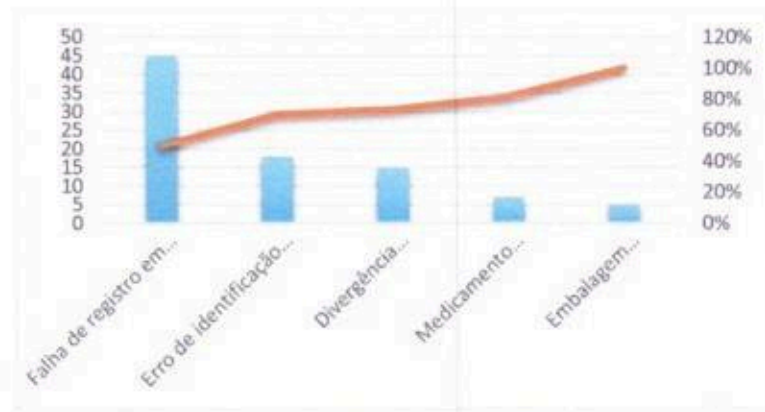
| Tipo de não conformidade | Nº de ocorrências | Percentual acumulado |
|------------------------------------|-------------------|----------------------|
| Falha de registro em prontuário | 45 | 50% |
| Erro de identificação do paciente | 18 | 70% |
| Divergência prescrição/dispensação | 15 | 73% |
| Medicamento entregue fora do prazo | 07 | 81% |
| Embalagem inadequada | 05 | 100% |

Construção do Gráfico de Pareto:

As categorias são ordenadas do maior para o menor número de ocorrências.

No eixo X constam as causas; no eixo Y, o número de repetições.

A linha acumulada mostra o percentual total de ocorrências representado por cada categoria.



Análise:

- ✓ As duas principais causas (falha de registro e erro de identificação) respondem por mais de 70% das não conformidades.
- ✓ Direciona-se o foco das ações corretivas e treinamentos para essas duas ocorrências prioritárias.

O Diagrama de Pareto permite à gestão do Pronto Atendimento adotar decisões baseadas em dados, concentrando esforços nas principais causas de problemas, potencializando resultados e otimizando recursos para melhorias de maior impacto real na segurança e qualidade dos processos.

☞ Fluxograma: Ferramenta visual que descreve passo a passo os processos, facilitando o entendimento, a análise de gargalos e a padronização de rotinas.

O Fluxograma é uma ferramenta visual de mapeamento utilizada para representar, por meio de símbolos e setas, a sequência lógica e operacional de um processo ou procedimento. Ele descreve, etapa por etapa, as atividades, decisões, responsáveis e interações envolvidos, promovendo entendimento claro, identificação de gargalos e padronização das rotinas institucionais.

No contexto Pronto Atendimento, o fluxograma é fundamental para desenhar processos assistenciais, administrativos ou de apoio, facilitando treinamentos, integração de equipes, análise de riscos e elaboração de planos de melhoria contínua.

Exemplo Prático

Situação: Padronização do processo de atendimento e classificação de risco no acolhimento de pacientes na UPA Agudos

Construção do Fluxograma

- ☞ Levantamento das Etapas do Processo
- ☞ Recepção do paciente na entrada da UPA
- ☞ Conferência da documentação pessoal e registro na ficha de atendimento

- 👉 Preenchimento dos dados no sistema ou prontuário manual
- 👉 Encaminhamento para triagem pela enfermagem
- 👉 Realização da classificação de risco segundo protocolo institucional (Manchester adaptado)
- 👉 Atribuição de cor/grupo de risco com entrega da senha/pulseira
- 👉 Orientação breve ao paciente e encaminhamento para sala de espera ou atendimento imediato, conforme prioridade
- 👉 Registro da classificação no sistema e sinalização para a equipe médica

Representação Visual (Resumida)



Análise do Fluxo:

Pontos críticos identificados:

- 👉 Ocorrência de atraso no registro de entrada em períodos de pico
- 👉 Falhas na coleta de dados essenciais (ex: alergias)
- 👉 Dúvidas recorrentes sobre o protocolo de classificação
- 👉 Demora na passagem de informações do acolhimento à equipe médica

Planejamento de ações:

- 👉 Treinamento periódico dos recepcionistas para agilidade e precisão no registro
- 👉 Implantação de checklist estruturado na triagem para padronizar coleta de informações
- 👉 Simulação de atendimento para a equipe de enfermagem revisar o protocolo de classificação e condutas diante das diferentes prioridades

- ☛ Revisão dos fluxos de comunicação interna para avisos de prioridade, por rádio, aplicativo ou pistas visuais

O fluxograma é uma ferramenta fundamental para garantir clareza sobre os papéis e responsabilidades em cada etapa do atendimento, facilita a identificação de falhas, retrabalhos ou gargalos e serve de base para treinamentos, auditorias, padronização e melhoria contínua dos serviços da UPA Agudos.

- ☛ **Mapa de Processos/Mapeamento de Fluxo de Valor (Value Stream Mapping): Auxilia na visualização e análise do fluxo de atividades, identificando desperdícios, retrabalho e pontos críticos de melhoria.**

O Mapa de Processos ou Mapeamento de Fluxo de Valor (VSM) é uma ferramenta de gestão visual que permite a representação detalhada de todas as etapas, atores, fluxos de informação e materiais envolvidos em um processo do início ao fim. O objetivo é evidenciar como o valor é agregado ao serviço, identificar desperdícios (superfluxos, esperas, transporte desnecessário, retrabalho etc.), gargalos e oportunidades para melhorar a eficiência e a qualidade.

Muito utilizado em Lean Healthcare, o VSM facilita discussões multidisciplinares, subsidiando a tomada de decisão para otimização de fluxos, redução de desperdícios e aumento do valor percebido pelo paciente, melhorando resultados assistenciais e administrativos.

Exemplo Prático – UPA Agudos (Porte 1)

Situação:

Redução do tempo total de permanência do paciente com dor torácica até definição de conduta (alta ou regulação para outro serviço).

Construção do Mapa de Processos / VSM

Desenho do Fluxo Atual (Estado Atual)

Etapas principais:

- ☛ Chegada do paciente à UPA com queixa de dor torácica
- ☛ Registro na recepção
- ☛ Triagem pela enfermagem
- ☛ Avaliação médica inicial
- ☛ Solicitação de exames (ECG, enzimas cardíacas, RX etc.)
- ☛ Coleta e realização dos exames
- ☛ Aguardar resultados
- ☛ Revisão e interpretação dos resultados pelo médico
- ☛ Discussão de conduta: alta, observação breve ou regulação para unidade de maior complexidade
- ☛ Orientação ao paciente/família e emissão dos documentos médicos

Coleta de dados:

- ☞ Tempo médio em cada etapa (ex. espera para exames laboratoriais/ECG, tempo do laudo, espera para avaliação médica após exames)
- ☞ N° de retrabalhos (ex. exames refeitos por erro de preenchimento, documentos extraviados)
- ☞ Pontos críticos de duplicidade de informação
- ☞ Atrasos no envio de exames para o laboratório ou para o médico

Análise dos Desperdícios Identificados

- ☞ Espera: Paciente aguarda mais de 1h por resultado do ECG/laboratório, gerando ansiedade e demora na conduta.
- ☞ Transporte: Deslocamento do paciente entre recepção, triagem, sala de exames e consultório sem lógica eficiente, causando retrabalho.
- ☞ Processamento desnecessário: Repetição do registro de dados em ficha manual e sistema eletrônico.
- ☞ Excesso de burocracia: Demora na liberação de documentos de transferência/regulação devido checagem múltipla por diferentes profissionais.

Redesenho do Fluxo Futuro (Estado Desejado)

- ☞ Integração do atendimento: Triagem com entrega imediata de pulseira/cor de prioridade e encaminhamento direto à sala específica de dor torácica.
- ☞ Agendamento "just-in-time" dos exames: ECG realizado imediatamente após triagem, com prioridade para exames laboratoriais nessas situações.
- ☞ Centralização dos registros: Registro único eletrônico preenchido pela recepção e complementado pela enfermagem e médicos, eliminando duplicidades.
- ☞ Entrega de resultados: Resultados de ECG e laboratório enviados automaticamente ao médico, agilizando a definição de conduta.
- ☞ Padronização da liberação de documentos: Checklist eletrônico para alta/regulação, simplificando a conferência de informações.

Implementação e Acompanhamento

Acompanhamento dos principais indicadores:

- ☞ Tempo total desde a entrada até a decisão médica
- ☞ Tempo de espera por exames
- ☞ Satisfação dos pacientes e equipe com o novo fluxo
- ☞ Redução de retrabalho/documentação duplicada

Ajuste contínuo dos processos a partir dos dados e feedback da equipe

O Mapa de Processos/VSM oferece uma visão clara “de ponta a ponta” do atendimento, facilita a identificação e a eliminação de desperdícios e gargalos, além de estruturar planos de melhoria contínua. Isso resulta em fluxos mais simples, atendimento mais ágil e seguro para pacientes agudos e uma experiência mais satisfatória para toda a equipe.

☛ **Matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência): Auxilia na priorização de problemas e ações, classificando-os de acordo com seu potencial de impacto.**

A Matriz GUT é uma ferramenta de apoio à tomada de decisão, utilizada para priorizar problemas, riscos ou ações em um processo de melhoria. O método consiste em avaliar cada item segundo três critérios:

- i. **Gravidade:** O impacto que o problema pode causar se não for resolvido (danos à saúde, segurança, custos, reputação etc.).
- ii. **Urgência:** O tempo disponível para agir antes que o problema se agrave (precisa ser resolvido imediatamente ou pode aguardar?).
- iii. **Tendência:** A probabilidade de o problema piorar com o passar do tempo caso nenhuma ação seja tomada.

Cada critério recebe uma pontuação de 1 (baixo) a 5 (muito alto) e, multiplicando-se os três valores, obtém-se um escore que permite ordenar os problemas pela prioridade de intervenção.

Aplicando a Matriz GUT em hospitais, a gestão pode direcionar esforços para as situações que representam maior risco iminente, otimizando os recursos e promovendo segurança e eficiência.

Exemplo Prático:

Situação: Levantamento dos principais problemas no processo de higienização das mãos identificados após uma auditoria interna.

Etapas da Aplicação:

a) **Elenco dos Problemas Identificados:**

- ✓ Falta de dispensadores de álcool em pontos estratégicos
- ✓ Baixa adesão da equipe ao protocolo
- ✓ Inexistência de monitoramento sistemático
- ✓ Treinamentos não realizados regularmente

Pontuação (1 a 5 para cada critério):

| PROBLEMA | GRAVIDADE (G) | URGÊNCIA (U) | TENDÊNCIA (T) | CÁLCULO G X U X T |
|------------------------------|---------------|--------------|---------------|-------------------|
| A) Falta de dispensadores | 4 | 5 | 4 | 80 |
| B) Baixa adesão ao protocolo | 5 | 4 | 5 | 100 |
| C) Falha no monitoramento | 4 | 3 | 4 | 48 |
| D) Treinamentos irregulares | 3 | 2 | 4 | 24 |

Classificação e Prioridade:

O problema com maior escore (“B – Baixa adesão ao protocolo”) é priorizado para intervenção imediata, seguido da falta de dispensadores.

Plano de Ação:

- ✓ Direcionamento de recursos para campanhas de adesão e treinamento prático.
- ✓ Instalação rápida de novos dispensadores nos pontos críticos.
- ✓ Implantação de monitoramento eletrônico das rotinas.

A Matriz GUT permite priorizar desafios de acordo com sua gravidade, urgência e potencial de piora, garantindo que o Pronto Atendimento atue primeiro onde o risco é maior para os pacientes, colaboradores e resultados institucionais.

🔑 **Matriz de Prioridade/Eisenhower: Ajuda a definir quais ações devem ser executadas primeiro, facilitando o planejamento e a gestão do tempo.**

A Matriz de Eisenhower, também conhecida como Matriz de Prioridade, é uma ferramenta visual e simples de gestão do tempo e priorização de tarefas. Consiste em um quadro dividido em quatro quadrantes, a partir da avaliação de dois critérios:

Importante: O que é relevante para a segurança do paciente, qualidade do atendimento, metas institucionais etc.

Urgente: O que precisa ser feito imediatamente, pois não pode esperar.

Cada ação ou tarefa é classificada em um dos quatro quadrantes:

- ✓ Importante e Urgente: Fazer agora.
- ✓ Importante e Não Urgente: Planejar para fazer.
- ✓ Não Importante e Urgente: Delegar.
- ✓ Não Importante e Não Urgente: Eliminar ou adiar.

No ambiente Pronto Atendimento, a matriz contribui para definição rápida das prioridades de atendimento, resposta a demandas assistenciais, auditorias, processos de melhoria e organização pessoal dos gestores e equipes.

Exemplo Prático:

Situação: Organização das ações da diretoria e do setor estratégico da UPA diante das demandas acumuladas após auditoria externa.

Levantamento das Demandas:

- 🔑 Atualizar protocolo de identificação do paciente (exigência da auditoria)
- 🔑 Realizar treinamento periódico obrigatório para equipe de enfermagem
- 🔑 Responder e-mails rotineiros de divulgação
- 🔑 Elaborar relatório anual de não conformidades
- 🔑 Revisar e aprovar escala de folgas para o próximo mês

Aplicação da Matriz de Eisenhower

| Quadrante | Tarefas |
|----------------------|--|
| Importante & Urgente | ✓ Atualizar protocolo de identificação do paciente |

| | |
|---|---|
| Importante & Não Urgente | ✓ Elaborar relatório anual de não conformidades ✓ Realizar treinamento obrigatório |
| Não Importante & Urgente | ✓ Revisar e aprovar escala de folgas |
| Não Importante & Não Urgente | ✓ Responder e-mails rotineiros de divulgação |

Ações sugeridas:

Quadrante 1: Executar imediatamente (ex.: atualizar protocolo).

Quadrante 2: Programar no cronograma das próximas semanas (elaborar relatório, planejar treinamento).

Quadrante 3: Delegar sempre que possível para a equipe administrativa.

Quadrante 4: Deixar para depois ou eliminar, se possível.

A Matriz de Prioridade/Eisenhower facilita a tomada de decisão no dia a dia do Pronto Atendimento, organizando tarefas de modo visual e eficiente, otimizando o uso do tempo e garantindo foco no que é estratégico e realmente faz diferença para a qualidade da assistência e resultados institucionais.

☛ **FMEA (Análise de Modos de Falha e Efeitos):** Técnica preventiva usada para identificar, avaliar e mitigar possíveis riscos, falhas potenciais e seus efeitos antes que ocorram.

A FMEA (Failure Mode and Effects Analysis), ou Análise de Modos de Falha e Efeitos, é uma metodologia preventiva e sistemática para identificar potenciais falhas em processos, produtos ou sistemas, avaliando suas causas e efeitos antes que ocorram. O objetivo central é antecipar riscos, classificá-los em ordem de prioridade e implementar medidas proativas que reduzam a probabilidade ou o impacto dessas falhas.

No contexto Pronto Atendimento, o FMEA é amplamente utilizado para analisar processos críticos (como administração de medicamentos, cirurgias, esterilização, transfusões, entre outros), aumentar a segurança do paciente, cumprir normativas e fortalecer a cultura de prevenção.

A metodologia envolve:

- Mapeamento detalhado do processo.
- Identificação de possíveis modos de falha para cada etapa.
- Avaliação de cada modo de falha segundo três critérios: Severidade (S): Gravidade do efeito no paciente/processo.
- Ocorrência (O): Probabilidade de a falha acontecer.
- Detecção (D): Facilidade de identificar/prevenir a falha antes do efeito.
- Cálculo do Número de Prioridade de Risco (RPN): $S \times O \times D$, para priorização das ações.

Exemplo Prático

Situação: Análise do processo de administração intravenosa de medicamentos

I. Mapeamento do Processo

Etapas principais:

- ✓ Recebimento da prescrição
- ✓ Preparação da medicação
- ✓ Identificação do paciente
- ✓ Administração do medicamento
- ✓ Registro em prontuário

II. Identificação dos Modos de Falha e Avaliação

| ETAPA | MODO DE FALHA | EFEITO POTENCIAL | SEVERIDADE (S) | OCORRÊNCIA (O) |
|---------------------------|--|--------------------------------|----------------|----------------|
| Recebimento da prescrição | Medicação prescrita incorretamente | Reação adversa grave | 5 | 2 |
| Preparo da medicação | Dose preparada incorretamente | Ineficácia/risco de toxicidade | 4 | 3 |
| Identificação do paciente | Paciente não corretamente identificado | Admin. em paciente errado | 5 | 2 |
| Administração | Velocidade de infusão inadequada | Efeito adverso/imprevisto | 3 | 2 |

Obs: Os valores de S, O, D variam de 1 (baixo) a 5 (alto).

III. Priorização e Ações de Mitigação

Identificação do paciente apresentou o maior RPN (50).

Ações propostas:

- ✓ Implementar dupla checagem da identificação (pulseira + prescrição).
- ✓ Treinamento das equipes sobre segurança na identificação.

Dose preparada incorretamente (RPN 48).

Ações:

- ✓ Padronização de seringas e etiquetas.
- ✓ Farmácia clínica revisando as prescrições antes da liberação.

O uso do FMEA permite prevenir riscos antes que aconteçam, tornando o ambiente Pronto Atendimento mais seguro. A abordagem envolve toda a equipe, fortalece a cultura de melhoria contínua e cumpre requisitos de acreditação e excelência em saúde.

📌 SWOT/FOFA (Análise de Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças): Suporte estratégico para análise de cenários internos e externos, subsidiando decisões sobre projetos, metas e melhorias.

A metodologia SWOT (do inglês: Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) ou FOFA (Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças) é uma ferramenta de análise estratégica usada para mapear cenários internos (pontos fortes e fracos) e externos (oportunidades e ameaças). Isso possibilita à organização tomar decisões assertivas, definir prioridades, orientar projetos, estabelecer metas e identificar riscos e chances de crescimento.

No Pronto Atendimento, a análise SWOT/FOFA é frequentemente utilizada para embasar planejamentos estratégicos, análises de viabilidade de projetos (ex: implantação de novos serviços,

expansão, obtenção de certificações e creditações), avaliação de desempenho de setores e para o desenvolvimento de planos de ação focados.

Exemplo Prático:

Situação:

Avaliação para implantação de uma Sala de Estabilização Neonatal em Pronto Atendimento Geral (UPA Agudos – Porte 1)

I. Levantamento dos Fatores

Forças (Strengths):

- ☛ Equipe de enfermagem e médicos treinados em reanimação neonatal básica.
- ☛ Boa articulação com o serviço de referência em obstetrícia/maternidade do município.
- ☛ Estrutura física com sala exclusiva disponível para adaptação de ambiente neonatal.

Fraquezas (Weaknesses):

- ☛ Recursos financeiros limitados para compra de incubadora e respirador neonatal.
- ☛ Ausência de protocolos próprios para estabilização e transferência rápida de recém-nascidos.
- ☛ Pouca experiência em registrar e monitorar indicadores críticos da linha de cuidado neonatal.

Oportunidades (Opportunities):

- ☛ Demanda regional por acolhimento rápido de casos graves até estabilização e transferência.
- ☛ Possibilidade de convênios municipais para custeio de equipamentos básicos.
- ☛ Participação em programas estaduais para qualificação da rede de urgências pediátricas.

Ameaças (Threats):

- ☛ Hospitais regionais bem equipados já centralizam internações neonatais, dificultando retaguarda.
- ☛ Mudanças em políticas de financiamento para pequenas UPAs.
- ☛ Dificuldade de abastecimento de insumos pediátricos específicos (ex: surfactante, sondas neonatais).

II. Análise & Estratégias

Aproveitar forças e oportunidades:

- ☛ Utilizar a proximidade com a maternidade local para capacitação contínua de profissionais e fluxo preferencial de comunicação.
- ☛ Buscar financiamento junto à prefeitura para compra dos equipamentos mínimos necessários.
- ☛ Divulgar a capacidade da UPA em estabilizar recém-nascidos críticos, fortalecendo a imagem institucional no município.

Reduzir fraquezas:

- ☞ Investir em treinamento específico de protocolos de estabilização neonatal e transferência precoce.
- ☞ Construir rotinas e instruções claras para preenchimento e análise de indicadores de estabilização.

Mitigar ameaças:

- ☞ Formalizar pactos com a regulação regional para garantir fluxo célere de transferência.
- ☞ Manter relação próxima com fornecedores e buscar fontes alternativas para suprimentos essenciais.
- ☞ Acompanhar editais e políticas públicas para se antecipar a alterações regulatórias ou de recursos.

A Análise SWOT/FOFA permite decisões estratégicas mais assertivas em unidades de saúde, adaptando a projeção de novos serviços à realidade da UPA Porte 1, concentrando esforços nos pontos fortes e atuando na mitigação dos riscos, sempre com foco na segurança e qualidade do atendimento neonatal emergencial.

☞ **Indicadores de Desempenho (KPIs): Definição, acompanhamento e análise sistemática de indicadores quantitativos e qualitativos para monitorar o desempenho institucional e de processos.**

Indicadores de Desempenho, ou KPIs (Key Performance Indicators), são métricas quantitativas e qualitativas que permitem acompanhar, medir e analisar de forma sistemática o desempenho de processos, serviços e resultados em uma instituição. No contexto Pronto Atendimento, os KPIs são vitais para monitorar a qualidade e segurança assistencial, produtividade, satisfação dos pacientes, custos, efetividade de protocolos e metas estratégicas.

A correta definição dos KPIs envolve a escolha de medidas relevantes, alinhadas aos objetivos institucionais, fácil coleta de dados e interpretação clara para subsidiar tomadas de decisão, intervenções corretivas e melhorias contínuas. O acompanhamento pode ser feito com painéis (dashboards), relatórios periódicos e apresentação visual (gráficos e tabelas), promovendo a transparência e o engajamento das equipes.

Exemplo Prático

Situação: Monitoramento do desempenho do setor de observação

I. Definição de KPIs relevantes

- ✓ **Tempo médio de permanência (TMP):** Quantos dias, em média, os pacientes permanecem internados.
- ✓ **Taxa de ocupação do Pronto Atendimento:** Percentual de leitos ocupados em relação à capacidade total.
- ✓ **Índice de reinternação em até 48 horas:** Número de pacientes readmitidos pelo mesmo motivo em menos de 48 horas após alta da UPA.
- ✓ **Índice de satisfação dos pacientes:** Percentual de avaliações positivas em pesquisas de satisfação.
- ✓ **Tempo médio para administração de medicação prescrita:** Média de tempo entre prescrição e administração do medicamento.

II. Acompanhamento Sistemático

- ✓ **Frequência:** Mensal.
- ✓ **Ferramenta:** Dashboard eletrônico e relatório apresentado em reunião de resultados.
- ✓ **Responsáveis:** Liderança de enfermagem, equipe médica e setor de qualidade.

III. Análise dos Resultados

Exemplo de dados de um mês –

| KPI | META | RESULTADO DO MÊS | SITUAÇÃO |
|-------------------------------------|--------------|------------------|----------------|
| TMP | < 24 horas | 3 dias | Acima do ideal |
| Taxa de ocupação Pronto Atendimento | 85-95% | 92% | Adequado |
| Reinternação em até 48 horas | < 7% | 8% | Alerta |
| Satisfação dos pacientes | > 90% | 87% | Alerta |
| Tempo para administrar medicação | < 40 minutos | 35 minutos | Ideal |

IV. 4. Tomada de Decisão

KPIs em alerta (TMP, reinternação, satisfação) motivam:

- ✓ Revisão de protocolos assistenciais e de alta.
- ✓ Reforço de treinamentos com equipes.
- ✓ Ações para acolhimento e comunicação com pacientes e familiares.

O uso de Indicadores de Desempenho permite gestão baseada em evidências, foco em resultados e melhoria contínua do cuidado e dos processos Pronto Atendimento KPIs bem definidos orientam escolhas eficientes, monitoram riscos e mostram avanços para toda a equipe.

☛ **Checklists:** Utilizados para garantir o cumprimento de etapas, procedimentos e requisitos críticos, minimizando esquecimentos e padronizando práticas seguras.

Um Checklist é uma ferramenta estruturada, em formato de lista de verificação, que contém etapas, itens ou requisitos críticos que devem ser cumpridos para garantir a padronização, a segurança e a qualidade dos processos. No ambiente Pronto Atendimento, os checklists orientam as equipes, reduzem a ocorrência de esquecimentos, minimizam variações indesejadas e facilitam o cumprimento de protocolos essenciais em procedimentos de alta complexidade ou rotineiros.

Checklists são fortemente recomendados por órgãos reguladores nacionais e internacionais como instrumento de segurança do paciente e melhoria contínua, sendo aplicados em diversas áreas: procedimentos de enfermagem, controle de infecção, administração de medicamentos, alta do Pronto Atendimento, entre outros.

Exemplo Prático:

Situação: Implantação do Checklist de Procedimentos Invasivos Seguros na UPA Agudos

I. Estrutura do Checklist

Inspirado nas recomendações da OMS, o checklist é dividido em três momentos fundamentais:

Antes do Procedimento ("Sign In")

- ✔ Confirmação da identidade do paciente, do procedimento e do local de realização (lado/dígito membro, quando aplicável)
- ✔ Verificação de alergias conhecidas
- ✔ Checagem de condições clínicas relevantes (jejum, exames prévios, consentimento para procedimento)

Antes do início do Procedimento ("Time Out")

- ✔ Apresentação da equipe (nome e função)
- ✔ Confirmação coletiva do procedimento e do local
- ✔ Verificação de disponibilidade de equipamentos, kits, anestesia local e materiais de emergência

Antes de finalizar o Procedimento ("Sign Out")

- ✔ Contagem dos materiais/instrumentos utilizados (compressas, gases, agulhas, kit de suturas)
- ✔ Identificação e registro correto de amostras (se houver coleta de material para exame)
- ✔ Checagem de possíveis complicações e plano de cuidados pós-procedimento
- ✔ Orientação ao paciente e familiares

II. Dinâmica de Utilização

- ✔ Um membro da equipe (muitas vezes a enfermagem) lê os itens do checklist em voz alta, com todos os profissionais envolvidos participando ativamente.
- ✔ Cada etapa só é completada com confirmação verbal de todos antes de avançar para a fase seguinte.

III. Resultados Esperados

- ✔ Redução de erros graves: ex. punção em membro errado, esquecimentos de materiais, falha na identificação do paciente/alergia, acidentes evitáveis.
- ✔ Padronização dos procedimentos: todos seguem protocolo seguro, reconhecido institucionalmente.
- ✔ Melhora na comunicação e trabalho em equipe: fortalece engajamento coletivo e gera cultura de segurança.
- ✔ Facilitação da auditoria e gestão de riscos: documentação adequada dos checklists para análise de indicadores e eventos adversos.

Mesmo sem centro cirúrgico, a UPA Agudos pode adaptar o checklist de cirurgia segura para qualquer procedimento invasivo ou de risco, tornando o ambiente mais seguro para pacientes e profissionais e alinhando-se a práticas essenciais de qualidade em saúde.

O Checklist é um instrumento simples, porém altamente eficaz, para garantir que nada essencial seja esquecido, promovendo a segurança do paciente, a qualidade dos processos do Pronto Atendimento e a conformidade com protocolos.

📌 **Benchmarking: Processo de comparação sistemática com instituições ou processos considerados referências, promovendo aprendizado e adoção de melhores práticas.**

Benchmarking é uma metodologia de gestão que consiste na comparação sistemática de processos, serviços, indicadores ou resultados de uma instituição com os de outras que são consideradas referências (ou “*best in class*”) no mesmo segmento. O objetivo é aprender com quem apresenta melhores práticas, identificar lacunas de desempenho e adaptar soluções de sucesso à realidade local, promovendo melhorias contínuas em qualidade, eficiência, inovação e resultados.

No Pronto Atendimento, o benchmarking pode ser aplicado em praticamente todas as áreas: clínicas, assistenciais, administrativas e de apoio. Essa comparação pode ser quantitativa (indicadores, resultados), qualitativa (protocolos, fluxos, métodos), interna (entre setores do mesmo Pronto Atendimento) ou externa (com outros hospitais ou redes reconhecidas).

Exemplo Prático

Situação: Reduzir a taxa de infecção relacionada a cateter venoso periférico em pacientes atendidos na UPA Agudos

I. Definição do Objeto de Benchmarking

- 📌 Indicador: Taxa de infecção local ou sistêmica associada a cateter venoso periférico (CVP)
- 📌 Meta: Atingir a taxa das melhores UPAs do país (ex: <0,5 caso por 1.000 cateter/dia)

II. Processo de Benchmarking

Coleta de dados internos:

- 📌 Levantamento do indicador na UPA Agudos nos últimos 12 meses
- 📌 Exemplo: 1,8 infecções/1.000 cateter/dia

Busca de referências externas:

- 📌 Identificação de UPAs ou serviços hospitalares certificados com desempenho de excelência (através de dados públicos da ANVISA, SBN, literatura científica)

Comparação dos resultados:

- 📌 UPA referência = 0,6/1.000 cateter/dia
- 📌 UPA Agudos = 1,8/1.000 cateter/dia

Análise dos processos:

- 📌 Estudo dos protocolos de inserção, manutenção e troca de curativos das UPAs referência
- 📌 Observação de práticas, treinamentos e uso de tecnologias de proteção adotadas

III. Adaptação e Implementação

- 📌 Revisão de protocolos institucionais de punção e manutenção do cateter venoso periférico, alinhando à melhor prática identificada no benchmarking
- 📌 Realização de treinamentos regulares e simulados para toda equipe de enfermagem
- 📌 Investimento (dentro das possibilidades da UPA) em materiais de barreira, como curativos estéreis transparentes, solução antisséptica de qualidade e campos de punção adequados

IV. Monitoramento dos Resultados

- 👉 Acompanhamento mensal do indicador de infecção associada a cateter venoso periférico.
- 👉 Discussão em reuniões de equipe dos avanços, dificuldades encontradas e melhorias percebidas.
- 👉 Compartilhamento interno dos resultados e das práticas implementadas, fortalecendo a cultura de aprendizado e aprimoramento coletivo.

Mesmo sem UTI, a UPA pode (e deve!) utilizar o benchmarking como ferramenta estratégica de aprimoramento da qualidade e segurança. Comparando indicadores com os melhores do setor, adaptando protocolos e investindo em capacitação contínua, a UPA Agudos eleva seu padrão assistencial e reduz riscos para pacientes.

O Benchmarking possibilita que o Pronto Atendimento vá além do simples cumprimento de normas, buscando excelência ao se inspirar nas melhores referências, adaptando estratégias de sucesso e promovendo a cultura de aprendizado e inovação contínua.

10. NOTIFICAÇÕES DE INCIDENTES

10.1. Objetivos

A operação do Sistema de Notificação constitui uma das principais ferramentas de governança clínica e garantia da segurança assistencial em ambientes Pronto Atendimento, cumprindo rigorosamente as exigências das normas de acreditação, tais como a Norma Orientadora NO 21 da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e demais órgãos reguladores nacionais e internacionais.

O sistema visa o registro sistematizado, rastreável e confidencial de desvios de processos, não conformidades (quebras de acordos em políticas, normas ou protocolos institucionais) e incidentes organizacionais (eventos adversos, quase-incidentes e danos ao paciente), promovendo a identificação precoce, análise, tratamento e monitoramento dos riscos corporativos e assistenciais.

O escopo abrange todas as unidades assistenciais, administrativas e de apoio do Pronto Atendimento, contemplando tanto notificações voluntárias quanto compulsórias, eletrônicas ou impressas.

10.2. Princípios

- 👉 **Acessibilidade:** O sistema deve estar disponível em todas as unidades, utilizando-se tanto plataformas informatizadas (intranet, aplicativos, ERPs) quanto impressos padronizados, assegurando a capilaridade do processo.
- 👉 **Sigilo e Cultura Não Punitiva:** A notificação é incentivada sob o princípio da cultura justa, visando o aprendizado organizacional e a prevenção de recorrências, e não a punição individual.
- 👉 **Rastreabilidade:** Cada notificação recebe um número de identificação rastreável, preservando a identidade do notificante quando requerido, conforme as diretrizes de proteção de dados e ética institucional.

10.3. Fluxo Sequencial

As etapas para a notificação e tratamento dos eventos são detalhadamente descritas em Procedimento Operacional Padrão (POP), geralmente contemplando:

- 👉 **Identificação e Registro:** O profissional ou colaborador identifica um desvio, não conformidade ou incidente e efetua o registro imediato via sistema informatizado ou formulário físico.

- ☞ **Classificação Inicial:** O evento é classificado conforme taxonomia validada pela NO 21 da ONA e OMS: Não conformidade: Quebra de acordos institucionais (protocolos, normas, procedimentos).
- ☞ **Incidente sem danos (quase-incidente):** Evento ocorrido, porém sem lesão (harm) ao paciente.
- ☞ **Incidente com dano:** Evento adverso que resultou em dano temporário, permanente ou morte.
- ☞ **Análise Preliminar:** O setor de Qualidade/Gestão de Riscos realiza triagem e priorização conforme gravidade, potencial de recorrência e impacto assistencial.
- ☞ **Investigação Estruturada:** Para eventos de alta gravidade, utiliza-se metodologia aprofundada (ex: Análise de Causa Raiz – RCA, FMEA), envolvendo equipe multidisciplinar.
- ☞ **Definição e Implementação de Ações Corretivas/Preventivas:** Elaboração de plano de ação imediato e sistêmico, definição de responsáveis, prazos e métricas de efetividade.
- ☞ **Follow-up e Reavaliação:** Monitoramento dos resultados, reavaliação dos processos impactados e atualização de protocolos e treinamentos.
- ☞ **Feedback à Unidade/Profissionais:** Comunicação ativa dos resultados e aprendizados, retroalimentando a cultura de melhoria contínua.
- ☞ **Governança e Indicadores:** Os dados alimentam painéis gerenciais, relatórios de tendências e KPIs institucionais, destinados à alta liderança, com vistas ao monitoramento e tomada de decisão estratégica.

10.4. Consonância com Exigências de Acreditação

A conformidade do Sistema de Notificação do Pronto Atendimento pressupõe:

- ☞ Classificação padronizada dos eventos segundo norma NO 21 ONA e OMS: incidente sem danos, incidente com dano, evento sentinela, quase-falha, não conformidade etc.
- ☞ Evidências documentais de notificações tratadas, ações corretivas implementadas e lições aprendidas, passíveis de auditoria externa.
- ☞ Análise crítica regular dos dados e comunicação transparente dos riscos e tendências aos times interdisciplinares.
- ☞ Integração com gerenciamento de riscos, comitês de qualidade e diretoria clínica para ações de alta complexidade e relevância institucional.
- ☞ Promoção da Cultura de Segurança do Paciente, conforme as metas internacionais de segurança (Joint Commission International, Qmentum, RDC 36/2013), reforçando a participação proativa de toda a equipe.

10.5. Detalhamento Operacional

O detalhamento sequencial de cada etapa do processo de notificação, investigação, resposta e aprendizado organizacional está formalmente documentado e acessível nos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) do Sistema de Notificação, incluindo fluxogramas, responsabilidades, SLAs, formulários-tipo e matriz de priorização baseada em risco.

O Sistema de Notificação Pronto Atendimento é peça-chave para excelência operacional, redução de riscos, compliance com padrões de acreditação e sustentabilidade institucional, servindo como elo essencial entre relato, resposta efetiva e aperfeiçoamento contínuo da assistência.

11. NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP):

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) constitui-se como uma instância organizacional estruturante, de constituição obrigatória em estabelecimentos de saúde, em consonância com a Resolução RDC 36/2013 da Anvisa, que regulamenta as diretrizes para a promoção sistemática da Segurança do Paciente em todos os níveis de atenção assistencial. Este núcleo, diretamente vinculado e legitimado pela alta gestão institucional, detém papel estratégico e técnico de elevada complexidade, sendo responsável por planejar, coordenar, executar e monitorar ações integradas de gestão de riscos, protocolos assistenciais, práticas seguras e conformidade normativa.

O NSP opera como eixo de governança clínica, respondendo pela implementação e avaliação continuada de políticas, procedimentos operacionais padrão (POPs), programas educativos e indicadores-chave de desempenho (KPIs) direcionados à minimização de eventos adversos, à mitigação sistematizada de danos, à investigação e tratamento de não conformidades e à consolidação de uma cultura organizacional proativa e de aprendizado contínuo.

Sua atuação constitui condição essencial tanto para a sustentação e aprimoramento dos sistemas internos de qualidade quanto para o atendimento pleno das exigências regulatórias e de excelência impostas por organismos certificadores e acreditadores nacionais (como ONA, IBES) e internacionais (Joint Commission International – JCI, Qmentum, ISO 9001:2015), sendo determinante para o reconhecimento da instituição como referência em segurança e qualidade assistencial.

11.1. Integração com o Sistema de Qualidade

O NSP está alocado estrategicamente sob a gestão do Sistema de Qualidade institucional, assegurando sinergia entre os programas de segurança do paciente, gerenciamento de riscos e o ciclo de melhoria contínua. Essa integração permite:

- ☛ Alinhamento das ações do NSP às diretrizes estratégicas do Pronto Atendimento;
- ☛ Compartilhamento de informações críticas oriundas das notificações de incidentes, eventos adversos, não conformidades e indicadores de desempenho;
- ☛ Desenvolvimento e revisão colaborativa de políticas, protocolos, procedimentos operacionais padrão (POPs) e planos de contingência;
- ☛ Conformidade com requisitos auditáveis e rastreabilidade das evidências para acreditações.

11.2. Governança e Dinâmica Operacional

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) coordena, em caráter sistemático, reuniões mensais com a Comissão de Segurança do Paciente (ou instância equivalente), fórum multidisciplinar composto por representantes estratégicos das áreas médica, enfermagem, farmácia, apoio diagnóstico, administração, gestão da qualidade e gerenciamento de riscos. Essas reuniões, de caráter deliberativo e analítico, destinam-se à apresentação, discussão crítica e avaliação integrada de dados epidemiológicos, indicadores de desempenho assistencial, notificações de incidentes, eventos adversos, não conformidades e demais ocorrências relevantes ao escopo da segurança do paciente.

- ☛ Análise crítica dos indicadores de segurança (taxas de incidentes, eventos adversos, eventos sentinela, quase-incidentes, não conformidades processuais);
- ☛ Discussão de casos notificados no mês, priorizando aqueles com maior gravidade, recorrência ou impacto potencial (conforme classificação baseada na Norma Orientadora NO 21 da ONA e recomendações da OMS);

- ☞ Propostas de ações corretivas e preventivas, planos de ação multidisciplinares e identificação de oportunidades de aprendizagem institucional;
- ☞ Registro formal de atas, encaminhamento dos planos de ação, monitoramento sistemático de resultados e fechamento de ciclos de melhoria.

11.3. Fluxograma do Processo

O fluxograma do processo operacional do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) representa de maneira gráfica, sequencial e padronizada todas as etapas envolvidas no gerenciamento de notificações de incidentes, não conformidades e desvios de processos identificados no âmbito institucional. Este documento normativo contempla, desde a recepção da notificação, seja por meio físico ou eletrônico, passando pela análise primária e validação dos dados recebidos, até a classificação do evento conforme tipologias institucionalizadas (RDC 36/2013, NO 21 ONA, OMS).

Na sequência, o fluxo orienta a realização da investigação aprofundada dos incidentes, utilizando metodologias internacionalmente reconhecidas como Análise de Causa Raiz (RCA), FMEA (Análise de Modos de Falha e Efeitos), entre outras técnicas adequadas ao grau de complexidade e gravidade do evento. São previstos ainda os momentos para a elaboração, proposição e implementação das ações corretivas e preventivas, definindo responsáveis, prazos e métricas para acompanhamento da efetividade das intervenções propostas.

O ciclo se encerra com a devolutiva estruturada aos setores envolvidos e à equipe notificante, incluindo feedbacks, aprendizado institucional e, quando necessário, revisões de protocolos e capacitações direcionadas. Todo o detalhamento deste processo está formalizado no documento do fluxograma de Notificação de Incidentes, parte integrante e indispensável da documentação do Sistema de Gestão da Qualidade institucional. Este material é objeto de verificação em auditorias internas e externas, compondo o rol de evidências exigidas em processos de certificação e acreditação Pronto Atendimento, garantindo rastreabilidade, transparência e aderência às melhores práticas de segurança do paciente.

11.3.1. Fluxo Operacional do Processo de Notificação – Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

a) Recebimento da Notificação

- ☞ As notificações podem ser feitas por qualquer colaborador, utilizando formulários eletrônicos (sistema informatizado) ou impressos padronizados.
- ☞ Os eventos a serem notificados incluem incidentes, quase-incidentes, não conformidades e desvios de processos relacionados à segurança do paciente.

b) Registro no Sistema

- ☞ A notificação recebida é registrada imediatamente no sistema de gestão da qualidade/riscos, gerando um número de protocolo ou identificação única.
- ☞ O registro contempla os dados essenciais: unidade/setor, data/hora, descrição do evento, envolvidos, tipo de ocorrência, grau de dano (se aplicável), entre outros.

c) Análise Primária e Validação dos Dados

- ☞ O NSP (ou responsável designado) revisa os dados recebidos para verificar completude, clareza e pertinência. Se os dados estiverem completos: o processo segue normalmente.

- ☞ Se houver informações insuficientes/incompletas: o notificante ou setor é contatado para complementação das informações. Retomando à etapa de registro com os dados corrigidos.

d) Classificação do Evento

O evento é classificado de acordo com as normativas e taxonomias vigentes (RDC 36/2013, NO 21/ONA, OMS), podendo ser:

- ☞ Incidente sem danos (quase-incidente)
- ☞ Incidente com dano (evento adverso)
- ☞ Evento sentinela
- ☞ Não conformidade
- ☞ Desvio de processo

e) Priorização do Evento

- ☞ O NSP avalia a gravidade, potencial de recorrência e impacto do evento (utilizando matriz de risco ou critérios de criticidade institucional).
- ☞ Os casos de maior gravidade, frequência ou impacto são priorizados para investigação estruturada.

f) Encaminhamento para Investigação

- ☞ Os eventos priorizados seguem para análise detalhada.
- ☞ É definida uma equipe multidisciplinar para investigação, conforme a natureza e complexidade da ocorrência.

g) Investigação Estruturada do Evento - Aplicação de metodologias reconhecidas, como:

- ☞ RCA (Análise de Causa Raiz)
- ☞ FMEA (Análise dos Modos de Falha e Efeitos)
- ☞ Outras técnicas adequadas ao caso

O objetivo é identificar causas fundamentais, falhas sistêmicas, pontos críticos do processo e fatores contribuintes.

h) Discussão Multidisciplinar dos Achados

- ☞ Os resultados da investigação são apresentados e discutidos em reuniões do NSP/comissão.
- ☞ Participação de representantes das áreas envolvidas e áreas de suporte (qualidade, riscos, gestão de pessoas, assistência, diagnóstico etc.).
- ☞ São validadas as oportunidades de melhoria e as ações necessárias.

i) Elaboração do Plano de Ação

- ☞ Com base nos achados, é elaborado um plano que inclui ações corretivas (imediatas) e preventivas (sistêmicas), designação de responsáveis, prazos e métricas para monitoramento.
- ☞ As ações são formalizadas em documentos internos, podendo envolver revisão de protocolos, treinamento de equipes, mudanças estruturais etc.

j) Implementação das Ações e Monitoramento

- ☞ O NSP acompanha e cobra a execução do plano de ação junto aos responsáveis.

- ☞ São realizadas verificações periódicas para atestar a efetividade, adequação e sustentabilidade das ações implementadas.

k) Avaliação da Efetividade

- ☞ Após a implantação das ações, o NSP realiza auditorias internas, monitoramento de indicadores e análise de recorrência para avaliar se o problema foi resolvido e se o risco foi mitigado.
- ☞ Avaliação pode incluir coleta de feedback das equipes e revisão de processos/protocolos.

l) Feedback ao Notificante e Setores Envolvidos

- ☞ O notificante (quem registrou o evento) e as áreas impactadas recebem devolutiva formal sobre as ações tomadas, aprendizados institucionalizados e eventuais atualizações em protocolos.

m) Alimentação de Indicadores e Atualização de Protocolos

- ☞ O evento e as ações decorrentes passam a integrar os indicadores de desempenho institucional, alimentando relatórios gerenciais e painéis de qualidade.
- ☞ Se necessário, os protocolos, procedimentos ou instruções de trabalho são revisados e atualizados com base nas lições aprendidas.

n) Encerramento e Arquivamento

- ☞ O ciclo é dado como encerrado após todas as etapas cumpridas e avaliação positiva da efetividade das ações.
- ☞ A notificação, documentação da investigação e planos de ação ficam arquivados em local seguro e acessível para consultas e auditorias futuras.

11.4. Consonância com Exigências de Acreditação

O funcionamento do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), conforme delineado, assegura aderência integral e consistente aos mais rigorosos requisitos ao incorporar de maneira sistêmica os preceitos de uma cultura organizacional não punitiva, pautada pelo aprendizado contínuo e estímulo ao reporte transparente de eventos críticos. Por meio da formalização criteriosa de todas as decisões, ações corretivas e resultados alcançados, o NSP viabiliza não apenas rastreabilidade e acurácia na gestão das não conformidades e incidentes, mas também reforça os princípios de transparência, confiabilidade e padronização nas práticas institucionais de segurança assistencial. O engajamento ativo da alta liderança e a efetiva representação multiprofissional garantem governança clínica robusta, propiciando a integração estratégica dos resultados e análises do NSP ao núcleo decisório e ao planejamento organizacional do Pronto Atendimento. Nesse contexto, o NSP consolida-se como estrutura fundamental para a sustentabilidade e aprimoramento do sistema de gestão da qualidade, conferindo excelência ao processo de notificação, investigação e tratamento de incidentes, fortalecimento da conformidade normativa, suporte aos processos de acreditação e, sobretudo, promoção de uma cultura institucional orientada à segurança do paciente e aos mais elevados padrões de desempenho assistencial.

12. GESTÃO DE INDICADORES

A Gestão de Indicadores constitui-se como elemento estruturante e indispensável para o sistema de governança clínica, operacional e estratégica das organizações de saúde, desempenhando papel central na avaliação, monitoramento e aprimoramento contínuo da qualidade assistencial e segurança do paciente. No contexto Pronto Atendimento, o manejo sistemático e acurado dos indicadores

é pré-requisito não apenas para a obtenção e manutenção de certificações e creditações nacionais e internacionais, mas também para a consolidação de uma cultura organizacional orientada pela tomada de decisão baseada em evidências.

O processo de gestão de indicadores inicia-se pela definição criteriosa dos indicadores-chave de desempenho (KPIs), os quais devem ser alinhados aos referenciais normativos, às metas assistenciais e operacionais da instituição e aos requisitos dos organismos acreditadores. Esses indicadores abrangem múltiplas dimensões, como qualidade e segurança assistencial, eficiência operacional, desempenho financeiro, satisfação de pacientes e colaboradores, bem como conformidade regulatória. Entre os principais exemplos no âmbito Pronto Atendimento, destacam-se: taxa de incidentes e eventos adversos, densidade de infecção relacionada à assistência, taxa de readmissão Pronto Atendimento, tempo médio de permanência, índice de ocupação de leitos, taxa de mortalidade, conformidade com protocolos assistenciais e índice de satisfação do usuário.

A coleta de dados deve ser realizada de forma sistemática, padronizada e contínua, utilizando-se metodologias validadas e ferramentas tecnológicas seguras (sistemas informatizados de prontuário eletrônico, bancos de dados epidemiológicos, entre outros). A integridade, fidedignidade e tempestividade dos dados são fatores determinantes para a acurácia dos resultados e credibilidade das análises subsequentes.

A análise crítica dos indicadores é conduzida periodicamente por equipes multiprofissionais e instâncias gestoras, como o Núcleo de Segurança do Paciente, Comitê de Qualidade, Direção Técnica, Clínica e Administrativa, entre outros. Este processo envolve interpretação quantitativa e qualitativa, benchmarking com padrões internos e de mercado, identificação proativa de desvios, tendências e potenciais oportunidades de melhoria. A análise é frequentemente subsidiada por recursos de *business intelligence*, painéis gerenciais e ferramentas de visualização (dashboards) que otimizam o acesso à informação e facilitam a comunicação entre as áreas.

Com base nos achados, são elaborados planos de ação corretivos e preventivos, sempre fundamentados pelo ciclo PDCA (Planejar-Fazer-Verificar-Agir) ou outras metodologias de gestão da qualidade, que objetivam o ajuste de processos, implementação de melhorias, capacitação de equipes e revisão de protocolos. O impacto das intervenções é monitorado através da evolução temporal dos próprios indicadores, garantindo a retroalimentação do sistema e fechamento dos ciclos de aprendizagem institucional.

A gestão eficiente dos indicadores de Pronto Atendimento pressupõe, ainda, a documentação formalizada de todo o processo, a rastreabilidade das informações, a divulgação transparente dos resultados para as partes interessadas e a sustentação das evidências requeridas em auditorias internas e externas de acreditação. Dessa forma, a instituição assegura não apenas conformidade normativa, mas, sobretudo, a promoção efetiva da qualidade, a segurança integral do paciente e a excelência na assistência à saúde.

13. GESTÃO DE PROTOCOLOS

A Gestão de Protocolos representa um eixo central para a padronização, segurança e qualidade dos processos assistenciais em instituições de saúde, configurando-se como instrumento obrigatório para a conformidade regulatória e a busca pela excelência operacional. Os protocolos assistenciais, clínicos e operacionais são documentos normativos que traduzem evidências científicas, diretrizes ministeriais e melhores práticas em procedimentos padronizados, propiciando homogeneidade, previsibilidade e rastreabilidade nas condutas adotadas ao longo da jornada do paciente.

O processo de gestão de protocolos inicia-se pela identificação e priorização das áreas críticas e fluxos assistenciais que requerem normatização, levando em consideração indicadores de desempenho, análise de riscos, demandas regulatórias e resultados de avaliações internas de processos. A elaboração dos protocolos é realizada por equipes multiprofissionais e interdisciplinares (incluindo médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, profissionais de apoio diagnóstico e administrativo), promovendo alinhamento com a literatura técnico-científica atualizada, recomendações de sociedades de especialidade, normas da ANVISA, Ministério da Saúde e organismos internacionais de saúde.

A validação e aprovação dos protocolos envolvem o crivo das comissões técnicas e da governança clínica institucional, garantindo aderência às políticas organizacionais, viabilidade operacional e contextualização à realidade da instituição. Uma vez aprovados, os protocolos são formalizados por meio de documentação oficial, versionamento controlado e registro de responsáveis pela elaboração, aprovação e revisão.

A implantação dos protocolos ocorre mediante estratégia estruturada de comunicação interna, capacitação técnica das equipes envolvidas, treinamento prático e teórico, além de ampla disponibilização dos documentos em meios físicos e eletrônicos de fácil acesso (intranet, aplicativos, manuais, murais institucionais). A adesão dos profissionais é monitorada sistematicamente, utilizando métodos como auditorias clínicas, rodadas de avaliação, análise dos resultados de indicadores correlatos e, quando aplicável, simulações in loco.

A revisão periódica dos protocolos é componente fundamental da gestão, sendo realizada em intervalos previamente estabelecidos ou sempre que houver atualização de evidências científicas, novas recomendações regulatórias, identificação de não conformidades, eventos adversos ou oportunidades de melhoria detectadas por meio das ferramentas de gestão da qualidade. Esse processo garante que os protocolos mantenham sua atualidade, pertinência e eficácia, minimizando variabilidades indesejadas e fortalecendo a cultura de segurança do paciente.

Toda a gestão documental dos protocolos é realizada sob rígidos critérios de rastreabilidade, controle de acesso, versionamento e asseguramento da integridade das informações, atendendo plenamente aos requisitos de auditoria de certificações e acreditações. Os resultados decorrentes da implementação e adesão aos protocolos são avaliados incessantemente, servindo de subsídio para a melhoria contínua dos processos assistenciais, mitigação de riscos e maximização dos resultados clínicos e de experiência do paciente.

Assim, a Gestão de Protocolos consolida-se como fundamento para a governança clínica robusta, padronização de cuidados, promoção da segurança, controle de riscos e sustentação da excelência institucional em organizações de saúde de alta complexidade.

14. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

O Planejamento Estratégico em organizações de saúde constitui-se como processo gerencial dinâmico, sistematizado e prospectivo, que orienta a definição de diretrizes, objetivos, metas e iniciativas alinhadas à missão, visão, valores institucionais e ao contexto macro ambiental setorial. Fundamentado em metodologias consagradas, como Balanced Scorecard (BSC), Análise SWOT, Gestão por Diretrizes (Hoshin Kanri), e nortes estabelecidos em marcos regulatórios e de acreditação (ONA, JCI, Qmentum, ISO 9001:2015), esse processo permite o posicionamento competitivo, a antecipação de cenários e a transformação organizacional sustentada por evidências.

A elaboração do planejamento estratégico Pronto Atendimento inicia-se pela análise situacional abrangente, que envolve diagnóstico institucional (interno e externo), mapeamento de

processos críticos e análise dos ambientes político, econômico, social, tecnológico, ambiental e legal. Essa etapa apoia-se no levantamento de indicadores de desempenho, resultados assistenciais, tendências epidemiológicas, demandas regulatórias e expectativas das partes interessadas (stakeholders internos e externos), como pacientes, familiares, corpo clínico, colaboradores, órgãos regulatórios e parceiros estratégicos.

Com base neste diagnóstico, são formuladas diretrizes estratégicas que nortearão a atuação institucional em curto, médio e longo prazo. Os objetivos estratégicos são desdobrados em metas quantitativas e qualitativas, compatíveis com os recursos disponíveis, e traduzidos em planos táticos e operacionais para todas as áreas assistenciais, administrativas e de apoio.

O desdobramento do planejamento estratégico ocorre por intermédio de programas, projetos e iniciativas específicas, integrando temas como melhoria contínua da qualidade, segurança do paciente, sustentabilidade financeira, responsabilidade socioambiental, inovação assistencial e tecnológica, fortalecimento da governança clínica e engajamento das equipes multidisciplinares.

A governança do planejamento é assegurada por mecanismos de acompanhamento sistemático, empregando painéis de gestão (dashboards), reuniões de monitoramento, ciclos PDCA e revisão periódica dos avanços, gargalos e riscos críticos. Os indicadores estratégicos de desempenho (KPIs) são monitorados de forma tempestiva, possibilitando a tomada de decisão ágil e fundamentada e o ajuste de rota quando necessário.

A construção e execução do planejamento estratégico Pronto Atendimento requerem liderança eficaz, participação ativa da alta direção, engajamento do corpo clínico e assistencial e comunicação transparente em todos os níveis. O planejamento deve ser flexível para responder rapidamente a mudanças regulatórias, emergências sanitárias e transformações do setor, garantindo resiliência organizacional.

Por fim, o planejamento estratégico integra-se ao Sistema de Gestão da Qualidade, ao Núcleo de Segurança do Paciente e às demais instâncias decisórias institucionais, promovendo sinergia entre as ações táticas e estratégicas, compliance com exigências de acreditação, perpetuidade da cultura de segurança, excelência assistencial e sustentabilidade de longo prazo. Essa abordagem robusta permite à organização não só responder a desafios imediatos, mas construir diferenciadores competitivos e consolidar-se como referência em qualidade e segurança na saúde.

Exemplo de Matriz

| PERSPECTIVA | OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADOR (KPI) | META | INICIATIVAS/PROJETOS | RESPONSÁVEL |
|-----------------------|---|--|------------|---|------------------------------|
| Cliente/Paciente | Elevar índice de satisfação do paciente | % de satisfação em pesquisas pós-alta | ≥ 90% | Programa de Humanização, Capacitação em Comunicação | Equipe assistencial e SAU |
| Qualidade e Segurança | Reduzir incidentes de segurança do paciente | Taxa de incidentes por 1.000 pacientes-dia | ≤ 2 | Implementação de protocolos de segurança, Simulações Clínicas | NSP |
| Processos Internos | Otimizar tempo médio de permanência | Tempo médio de permanência (dias) | ≤ 24 horas | Revisão de fluxos de alta, Integração multiprofissional | Direção Técnica/Assistencial |

| | | | | | |
|------------------------------------|--|---|-------|--|--------------------------|
| | Pronto Atendimento | | | | |
| Processos Internos | Elevar a adesão a protocolos clínicos | % de adesão aferida por auditorias | ≥ 95% | Auditorias clínicas sistemáticas, Treinamento contínuo | Coordenação Assistencial |
| Aprendizagem & Pessoas | Fortalecer cultura de segurança não punitiva | % profissionais engajados em treinamentos | 100% | Campanhas educativas, Rodas de Segurança, Pesquisa de Clima | RH / NSP |
| Sustentabilidade Financeira | Garantir equilíbrio econômico-financeiro | Margem operacional | ≥ 5% | Projeto de Redução de Desperdícios, Negociação com fornecedores | Financeiro / Suprimentos |
| Inovação/Tecnologia | Ampliar digitalização de processos assistenciais | % de prontuários eletrônicos | 100% | Expansão de sistemas HIS, Treinamento em TI, Segurança da Informação | TI / Qu |

Como interpretar e aplicar a matriz:

- Coluna “Perspectiva”: Define grandes áreas estratégicas (Cliente, Qualidade, Processos, Pessoas, Sustentabilidade, Inovação).
- Objetivo Estratégico: Expressa, de forma clara, o que a organização pretende alcançar.
- Indicador (KPI): Medida objetiva para acompanhamento dos resultados.
- Meta: Valor quantitativo ou qualitativo a ser atingido em período determinado.
- Iniciativas/Projetos: Ações práticas desenhadas para atingir o objetivo estratégico.
- Responsável: Área ou função responsável pela execução e acompanhamento.

Sugestões de utilização:

- Desdobrar os objetivos e iniciativas para cada unidade/setor.
- Revisar e atualizar a matriz periodicamente conforme a dinâmica institucional.
- Integrar a matriz aos rituais de monitoramento e reporte à alta liderança.
- Utilizar a matriz como evidência documental em processos de acreditação e auditorias.

15. CAPACITAÇÃO CORPORATIVA

A capacitação corporativa em organizações de Pronto Atendimento representa um dos vetores basilares para o desenvolvimento institucional sustentável, a garantia da excelência assistencial e o atendimento às exigências regulatórias. Trata-se de um processo sistemático, multidimensional e dinâmico que engloba metodologias, políticas e estratégias voltadas à atualização, aprimoramento e fortalecimento contínuo das competências técnicas e comportamentais dos colaboradores, observando a complexidade dos ambientes assistenciais de alta performance.

No contexto da saúde, destacam-se dois eixos estruturantes de formação: educação permanente e educação continuada, conceitos esses frequentemente utilizados de forma indistinta, mas que apresentam pressupostos epistemológicos, objetivos e métodos distintos – sendo, contudo, complementares e indispensáveis à consolidação de uma cultura organizacional de alto desempenho.

A Educação Permanente em Saúde (EPS), fundamentada nas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria GM/MS nº 198/2004 e atualizações) e nas recomendações da Organização Mundial da Saúde, caracteriza-se como estratégia educativa inserida no processo cotidiano de trabalho. Parte do princípio da problematização da prática real, propondo a superação de lacunas e desafios assistenciais identificados de forma estruturada. No âmbito do Pronto Atendimento, a EPS é conduzida em ciclos ininterruptos, baseada na aprendizagem significativa e colaborativa, em que equipes multiprofissionais refletem criticamente sobre os processos de trabalho, estimulando a análise de eventos, a ressignificação de rotinas, a inovação local e a modelagem de soluções contextualizadas. A EPS rompe com o paradigma da transmissão vertical do conhecimento e propõe a construção coletiva do saber, promovendo o empoderamento dos profissionais, a autonomia técnico-científica, o fortalecimento dos vínculos intersetoriais e o alinhamento permanente entre prática, política institucional e necessidades sociais.

Já a Educação Continuada refere-se ao conjunto sistematizado de ações educativas planejadas, voltadas à atualização cognitiva e técnica do corpo funcional, tendo como foco a transmissão de novos conhecimentos, habilidades e tecnologias alinhados ao avanço científico, normativo e às diretrizes institucionais. A educação continuada é composta por cursos, treinamentos, palestras, simpósios, atualização em protocolos, workshops, certificações e reciclagens regulares, organizados em cronogramas previamente estabelecidos. Embora também tecnicamente indispensável, essa modalidade tradicionalmente se orienta por demandas normativas e inovações de curto e médio prazo, assegurando a atualização científica, a conformidade com práticas padronizadas e a manutenção das competências essenciais para o exercício profissional seguro e ético.

A importância estratégica da capacitação corporativa reside na sinergia entre educação permanente e continuada. A educação continuada atua como guardiã do conhecimento atualizado, fundamental para evitar descompasso técnico, conformidade legal e incorporação rápida de inovações e avanços clínicos. Por sua vez, a educação permanente fomenta a reflexão-ação-reflexão constante, necessária à reconfiguração de processos, mitigação de riscos assistenciais, fortalecimento da cultura de segurança do paciente e internalização dos valores institucionais. Ao conjugar ambas as abordagens, a organização assegura resposta ágil a cenários complexos, sustentação de práticas baseadas em evidências, redução de variabilidades indesejáveis, conformidade com padrões de excelência e elevação do capital intelectual institucional.

Além disso, sistemas robustos de gestão da capacitação corporativa devem contemplar diagnóstico sistemático de necessidades de treinamento, utilização de plataformas digitais integradas (LMS), rastreabilidade do desenvolvimento individual e coletivo, avaliação de eficácia (Kirkpatrick ou outros modelos), e incorporação dos resultados nos indicadores de desempenho da qualidade e segurança. A capacitação corporativa, assim entendida, contribui diretamente para a sustentabilidade institucional, melhora dos desfechos clínicos, diminuição de eventos adversos e diferenciação competitiva no setor de saúde.

Exemplos Práticos de Programas Integrados de Capacitação Corporativa

I. Programa Integrado de Educação Continuada e Permanente “Segurança Assistencial Total”

Descrição:

Programa institucionalizado, que articula trilhas de educação continuada (cursos, treinamentos, certificações) e ciclos de educação permanente (grupos reflexivos, discussões de casos reais, auditorias pedagógicas).

Componentes:

- ☞ Treinamento anual obrigatório em protocolos essenciais (higienização das mãos, identificação segura do paciente, prevenção de quedas, parada cardiorrespiratória, uso racional de psicotrópicos etc.).
- ☞ Capacitações regulares sobre novas tecnologias e procedimentos clínicos (implantação de prontuário eletrônico, fluxo para notificação de eventos adversos, manejo de dispositivos invasivos etc.).
- ☞ Rodízio de rodas de diálogo multiprofissionais, com discussão de casos relatados pelo Núcleo de Segurança do Paciente, promovendo análise crítica dos fatores contribuintes e construção colaborativa de soluções.
- ☞ Simulações realísticas e treinamentos in-situ, envolvendo equipes multidisciplinares, focadas em eventos sentinela específicos do perfil organizacional.
- ☞ Espaços formativos autônomos, como “Espaço do Saber” (encontros curtos nos setores para atualização de temas relevantes, baseados na demanda assistencial do turno).
- ☞ Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) integrado ao sistema de RH, com trilhas adaptativas de aprendizagem, tutoria e fórum de dúvidas.

II. Jornada de Aprendizagem Corporativa

Descrição:

Programa longitudinal de desenvolvimento de competências por meio de módulos presenciais, híbridos e digitais, integrando temas técnicos, comportamentais e de gestão.

Componentes:

- ☞ Módulo inicial: Integração institucional (normas, cultura, missão e valores).
- ☞ Módulos temáticos trimestrais: Protocolos clínicos de alta complexidade, gestão de riscos, redução de infecções relacionadas à assistência, comunicação não violenta, estratégias de liderança para chefias de setor.
- ☞ Projeto de melhoria local: Cada participante desenvolve e apresenta um miniprojeto de melhoria para seu setor, com base nos aprendizados, fomentando a aplicação prática e a educação permanente.
- ☞ Mentoria corporativa: Profissionais seniores acompanham grupos menores, promovendo troca de experiências, identificação de necessidades emergentes e fortalecimento do compromisso institucional.

III. Metodologias para Avaliação da Eficácia e Impacto da Capacitação

Modelo Kirkpatrick (níveis clássicos)

- ☞ **Reação:** Avaliação imediata da satisfação dos participantes, percepção de relevância e aplicabilidade (ex: pesquisa pós-treinamento, NPS).
- ☞ **Aprendizagem:** Medida quantitativa ou qualitativa do conhecimento/competência adquiridos (ex: provas, simulações práticas, avaliação de desempenho comparativo pré e pós).

- ☛ **Comportamento:** Análise de mudanças efetivas nas atitudes/conduitas no ambiente de trabalho (ex: observação em campo, auditorias, entrevistas com gestores, checklist de práticas essenciais).
- ☛ **Resultados:** Medição do impacto nas métricas institucionais (redução de eventos adversos, aumento da adesão a protocolos, melhoria dos indicadores de satisfação do paciente e clima organizacional).

Outras abordagens relevantes

Estudo de Impacto Longitudinal:

- ☛ Coleta de indicadores assistenciais e organizacionais antes, durante e após os programas, analisando sustentabilidade das mudanças e ROI (*return on investment*) educacional.

Mapeamento de competências:

- ☛ Avaliação baseada em matriz de competências institucional, identificando gaps remanescentes e realinhando trilhas de capacitação.

Avaliação participativa:

- ☛ Grupos focais e rodas de conversa pós-capacitação para feedback sistêmico, garantindo voz ativa e corresponsabilidade dos profissionais.

Observação direta e shadowing:

- ☛ Profissionais de referência acompanham equipes em campo para mensuração real da transferência do conhecimento para a prática assistencial.

Programas integrados de capacitação, quando desenvolvidos de forma estratégica e avaliados por métodos como o de Kirkpatrick e instrumentos longitudinais, potencializam fortemente a qualidade assistencial, contribuem para a sustentabilidade do conhecimento e impactam positivamente os principais indicadores institucionais da saúde.

16. AUDITORIAS INTERNAS DA QUALIDADE

16.1. Roteiro de Auditoria

A auditoria interna da qualidade configura-se como ferramenta estruturante de avaliação sistêmica e independente dos processos, rotinas e controles instituídos nas organizações do Pronto Atendimento, alinhando-se aos pressupostos das normas internacionais de gestão (como ISO 9001:2015), aos referenciais de acreditação do Pronto Atendimento (ONA, JCI, Qmentum) e às exigências regulatórias aplicáveis ao setor saúde. Essa atividade é conduzida por equipe tecnicamente capacitada, preferencialmente certificados e não envolvidos diretamente nas operações do setor auditado, assegurando isenção, imparcialidade e credibilidade na apuração dos fatos.

A auditoria interna tem como escopo primordial a verificação do atendimento às disposições normativas, legais e institucionais previamente estabelecidas, abrangendo legislação vigente, resoluções e portarias ministeriais (ex: RDC 36/2013, portarias da ANVISA), manuais de boas práticas assistenciais e operacionais, processos documentados no sistema de gestão da qualidade, além dos requisitos específicos dos manuais de acreditação do Pronto Atendimento, como o Manual ONA. O processo de auditoria interna fundamenta-se em abordagem baseada em risco, priorizando áreas críticas, temas estratégicos e requisitos mandatórios de segurança do paciente, qualidade assistencial, biossegurança, rastreabilidade e governança clínica.

O desenrolar da auditoria ocorre em etapas sequenciais, detalhadamente descritas no procedimento operacional padrão (POP) específico da instituição. Tais etapas contemplam:

- ✦ **Planejamento da auditoria, incluindo definição de escopo, critérios, metodologias, cronograma e seleção dos setores e processos a serem auditados, baseada em análise prévia de riscos, ocorrências, indicadores e recomendações de ciclos anteriores;**
 - a) Definição dos objetivos, escopo, critérios normativos e referência (legislação vigente, Manual ONA, PGRSS, protocolos internos).
 - b) Mapeamento e seleção dos processos/setores prioritários (baseado em análise de riscos, ocorrências prévias, criticidade assistencial).
 - c) Elaboração do cronograma de auditoria e constituição da equipe auditora.
 - d) Comunicação formal aos gestores dos setores auditados.
 - e) Seleção/adaptação de checklists validados para cada área/setor.
 - f) Atualização dos referenciais normativos/documentais exigidos.
 - g) Definição dos métodos: entrevista, observação, análise documental, rastreabilidade de casos e prontuários.
- ✦ **Execução da auditoria, com realização de inspeção in loco, verificação documental, entrevistas estruturadas, aplicação de checklists validados (roadmaps auditáveis), e observação direta das práticas de trabalho;**
 - a) Reunião de abertura com o responsável/setor auditado.
 - b) Aplicação do checklist: inspeção física, análise documental, entrevistas e observação de rotinas.
 - c) Registro de evidências objetivas (documentos, fotos, relatos, prontuários, indicadores).
 - d) Identificação e classificação de conformidades, oportunidades de melhoria e não conformidades.
- ✦ **Registro sistemático de constatações, evidenciando conformidades, oportunidades de melhoria e eventuais não conformidades, classificadas segundo seu potencial impacto nos resultados institucionais, risco assistencial e exigências de compliance;**
 - a) Elaboração do relatório preliminar.
 - b) Reunião de encerramento no setor para apresentação inicial dos principais achados.
 - c) Sistematização das não conformidades, evidências e recomendações técnicas.
- ✦ **Elaboração de relatórios técnico-gerenciais, com compilação dos achados, evidências objetivas e recomendações de ações corretivas ou preventivas.**
 - a) Geração do relatório técnico-gerencial contendo: descrição das constatações, classificação, impacto potencial, referência normativa e recomendação de ação.
 - b) Envio formal do relatório aos gestores e responsáveis.
 - c) Apoio à elaboração dos planos de ações corretivas/preventivas: prazos, responsáveis e indicadores de acompanhamento.
 - d) Monitoramento sistemático do cumprimento das ações corretivas.
 - e) Reuniões periódicas de análise crítica junto à liderança e à Alta Direção.
 - f) Atualização do mapa de risco e dos indicadores de desempenho da qualidade.

Os resultados das auditorias internas são formalmente registrados em sistemas eletrônicos ou ferramentas de controle documental homologadas pela qualidade, assegurando total rastreabilidade e preservação das evidências. Tais relatórios são imediatamente compartilhados com os coordenadores e gerentes responsáveis pelos setores auditados, os quais têm a obrigação institucional de analisar criticamente as não conformidades identificadas, planejar e implementar ações corretivas, preventivas ou de melhorias sistêmicas, incluindo cronogramas, responsáveis e métricas de monitoramento.

Além disso, os resultados consolidados das auditorias internas da qualidade integram os painéis da análise crítica periódica da Alta Direção, em que são avaliados quanto ao progresso das ações, recorrência de ocorrências, tendências de riscos e maturidade do sistema de gestão Pronto Atendimento. Essa instância decisória desempenha papel fundamental na priorização de recursos, realinhamento de estratégias de gestão, revisão de metas institucionais e validação da eficácia do Sistema de Gestão da Qualidade.

A adoção rigorosa do ciclo de auditorias internas, com metodologia robusta, integração multiáreas e foco em aprendizado organizacional, promove a sustentação da cultura de melhoria contínua, a mitigação de riscos organizacionais, a conformidade com os mais elevados requisitos de excelência assistencial e fortalece, de forma inequívoca, as bases do processo de acreditação e certificação do Pronto Atendimento e a governança institucional.

16.2. Exemplos de checklists

Aqui vão alguns exemplos de checklists, com a lembrança de que para cada auditoria interna, utilizar-se-ão os checklists serão sempre adaptados às particularidades do serviço/setor auditado e às exigências normativas vigentes. Os checklists abaixo são meramente ilustrativos:

Unidade de Internação

| ITEM | EVIDÊNCIA | CONFORMIDADE (SIM/NÃO) | OBSERVAÇÕES |
|---|---|------------------------|-------------|
| Identificação segura do paciente | Pulseira, conferência ativa, checagem dupla | | |
| Registros de enfermagem preenchidos conforme POP | Prontuário, assinatura, horários reais | | |
| Higiene das mãos: dispensers, protocolos visíveis | Inspeção física, cartazes | | |
| Controle de validade de insumos e medicamentos | Conferência visual / planilhas | | |
| Rastreamento de eventos adversos/notificações | Verificação de registros no sistema de notificações NSP | | |
| Resíduos segregados conforme PGRSS | Checagem de contentores, identificação por cor | | |
| EPIs disponíveis e em uso correto | Inspeção visual, entrevistas com equipe | | |
| Sinalização de precauções especiais adequada | Etiquetas/demarcações, prontuários | | |

Centro Cirúrgico

| ITEM | EVIDÊNCIA | CONFORMIDADE (SIM/NÃO) | OBSERVAÇÕES |
|------|-----------|------------------------|-------------|
|------|-----------|------------------------|-------------|

| | | | |
|--|--|--|--|
| Time-out/cirurgia segura antes da incisão | Registro em checklist cirúrgico, presença de todos na sala | | |
| Parâmetros de esterilização monitorados | Etiquetas, relatórios de autoclave, documentação | | |
| Trânsito controlado conforme POP | Portas fechadas, presença de pessoas autorizadas | | |
| Controle de materiais cirúrgicos implantáveis | Rastreabilidade em sistema, etiquetas | | |
| Limpeza terminal após procedimento | Registro em planilhas, inspeção física, participação da equipe | | |
| Conferência de compressas e instrumentais | Registro em documentação cirúrgica, checagem cruzada | | |

Farmácia Pronto Atendimento

| ITEM | EVIDÊNCIA | CONFORMIDADE (SIM/NÃO) | OBSERVAÇÕES |
|---|--|------------------------|-------------|
| Controle de validade e armazenamento | Conferência física, inventário, planilha de controle | | |
| Conferência de temperaturas dos refrigeradores | Termômetro digital, registro de medição | | |
| Protocolos de dispensação e checagem dupla | Fluxo de dispensação, rastreabilidade em prontuário | | |
| Notificação de desvios/erro de medicação | Sistema NSP, checagem de ocorrências | | |
| Documentação de atendimento a legislações | Portaria 344/98, controlados, arquivamento | | |

Laboratório

| ITEM | EVIDÊNCIA | CONFORMIDADE (SIM/NÃO) | OBSERVAÇÕES |
|---|--|------------------------|-------------|
| Controle de qualidade de amostras | Registros de CQ interno e externo, planilhas | | |
| Procedimentos de biossegurança | Inspeção EPI, descarte de material biológico | | |
| Laudo liberado por profissional habilitado | Assinatura digital/identificação do biomédico/farmacêutico | | |
| Processo de rastreabilidade de exames | Sistema LIS, etiquetas em amostras | | |

Observações para implementação:

- 📌 Registrar todas as evidências objetivas (fotos, cópias de registros, entrevistas documentadas).

- ☛ Revisar e atualizar periodicamente os instrumentais conforme mudanças nos requisitos de acreditação ou legislação.

17. MAPEAMENTO DE PROCESSOS/INTERAÇÃO ENTRE PROCESSOS E GERENCIAMENTO DE RISCO

O mapeamento de processos em Pronto Atendimento constitui-se como instrumento fundamental para a compreensão, padronização e aprimoramento dos fluxos operacionais críticos, sendo pilar do sistema de gestão da qualidade e da governança clínica, conforme preconizado por normas internacionais (ISO 9001:2015; ISO 31000), diretrizes nacionais (RDC 36/2013, Manual ONA) e melhores práticas em saúde. Esse mapeamento compreende a identificação, sequenciamento detalhado e representação gráfica dos processos-chave e de suporte, além do desdobramento das interfaces entre eles e seus pontos de integração, visando assegurar eficiência, rastreabilidade e segurança em toda a cadeia assistencial e administrativa.

No contexto da jornada do paciente no Pronto Atendimento, o mapeamento detalhado abrange desde a admissão do paciente até a alta e continuidade do cuidado, incluindo processos interdependentes como acolhimento, anamnese, diagnóstico, administração de medicamentos, realização de exames, procedimentos invasivos, vigilância clínica, gestão de insumos, fluxos de comunicação, notificação de eventos, bem como o encaminhamento a setores de apoio. A utilização de ferramentas como fluxogramas, diagramas SIPOC, mapeamento de valor (VSM), matriz GUT e modelagem BPMN permite não apenas a visualização linear, mas também a análise das inter-relações lógicas e operacionais entre setores, equipes e sistemas, diferenciando processos de interface crítica (ex.: transição de cuidado entre unidades, transferências internas, alta Pronto Atendimento e integração com atenção primária).

A interação entre processos apresenta-se como elemento central na mitigação de falhas de comunicação, retrabalho, perda de informações e eventos adversos decorrentes de descontinuidades assistenciais. A abordagem sistêmica, preconizada pelo pensamento Lean, Six Sigma e pelas práticas modernas de governança em saúde, enfatiza que os riscos institucionais, especialmente em ambientes altamente complexos como o Pronto Atendimento, tendem a se materializar nas interfaces dos processos — por exemplo, na passagem de plantão, transcrição de prescrições, transferências de pacientes e articulação entre a assistência direta e serviços de apoio.

Nesse contexto, o gerenciamento de risco deve ser intrinsecamente integrado ao mapeamento de processos. Isso implica realizar, para cada macroprocesso e suas interfaces, a identificação prospectiva de potenciais perigos e vulnerabilidades (hazard analysis), mapeamento de pontos críticos de controle (CCPs) e avaliação sistemática dos riscos (probabilidade \times impacto), por meio de ferramentas reconhecidas, como FMEA (Failure Mode and Effects Analysis), Matriz de Risco, Análise de Causa Raiz e Ishikawa. Todo o ciclo — identificação, avaliação, priorização, tratamento e monitoramento dos riscos — deve estar documentado, retroalimentando periodicamente a revisão dos fluxos processuais e planos de contingência institucionais.

O alinhamento entre mapeamento de processos, análise de interfaces e gerenciamento de riscos institui um sistema robusto de melhoria contínua e compliance, ampliando o controle dos processos internos, permitindo correções estruturantes, qualificando a transição segura entre setores e identificando oportunidades de inovação operacional. Esse arcabouço técnico é indispensável tanto para a excelência no cuidado ao paciente quanto para a conformidade com marcos regulatórios, auditáveis por organismos de acreditação e órgãos fiscalizadores.

Por fim, a implementação eficaz desse modelo exige o engajamento de equipes multiprofissionais, capacitação contínua, uso de tecnologias de informação integradas (BPM, ERPs, EHRs),

auditorias internas constantes e plena rastreabilidade das ações corretivas oriundas do gerenciamento de risco operacional. Dessa forma, a instituição fortalece a segurança assistencial, reduz a incidência de eventos adversos e potencializa a governança clínica e organizacional.

18. MELHORIA CONTÍNUA

A melhoria contínua constitui-se como princípio estruturante da gestão da qualidade em organizações de saúde, sendo eixo fundamental das normas internacionais (ISO 9001:2015), nacionais (ONA, RDC 36/2013) e de todos os referenciais de acreditação exigidos para hospitais de alta performance. No ICAASES, o compromisso com a melhoria sistemática e incremental dos processos institucionais é operacionalizado por meio da manutenção efetiva da Política da Qualidade e do desdobramento dos objetivos estratégicos da qualidade em todos os níveis organizacionais.

Este compromisso traduz-se em uma abordagem organizacional baseada no ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act), integrando de forma ininterrupta o planejamento, execução, monitoramento, análise crítica e revisão dos processos, visando sua otimização permanente. A evolução da eficácia dos processos é aferida mediante o acompanhamento estruturado de indicadores-chave de desempenho (KPIs), resultados de auditorias internas e externas, análise estatística de não conformidades, eventos adversos e conformidade normativa, além do monitoramento de tendências e benchmarking setorial.

A operacionalização da melhoria contínua envolve a identificação e priorização de oportunidades de aprimoramento a partir de diversas fontes: resultados das auditorias de qualidade, relatos oriundos do mapeamento de processos e gestão de riscos, sugestões das equipes assistenciais e administrativas, análise sistemática de dados e indicadores de desempenho, registro de ocorrências e incidentes, avaliações de clima organizacional e compliance regulatório. Esses insumos subsidiam a construção de planos de ação robustos, fundamentados em metodologias estabelecidas (como análise de causa raiz, FMEA e matriz de criticidade), detalhando ações corretivas, preventivas e de inovação, além de definir prazos, recursos e responsáveis pelo monitoramento de sua execução.

Todos os desdobramentos resultantes da melhoria contínua devem ser formalmente evidenciados e rastreados nos registros institucionais, como planos de ação digitalizados, atas de reuniões setoriais, registros eletrônicos de acompanhamento de indicadores, relatórios de implementação de ações corretivas e preventivas, bem como em painéis de gestão visuais (dashboards) acessíveis às partes interessadas. Esta rastreabilidade é fundamental para fins de auditoria, atender exigências de organismos certificadores e consolidar a cultura de alta transparência e prestação de contas.

A análise crítica regular, realizada em reuniões gerenciais multidisciplinares e sessões da Alta Direção, garante alinhamento estratégico, realinhamento dos recursos e reavaliação da aderência das melhorias implementadas aos objetivos institucionais, potencializando o aprendizado organizacional e mitigando recorrências de não conformidades.

Por meio deste modelo sistêmico e integrado de melhoria contínua, o ICAASES assegura não apenas sua conformidade aos mais elevados requisitos de qualidade assistencial e segurança do paciente, mas também promove vantagens competitivas sustentáveis, fortalece sua governança clínica-administrativa e consolida uma cultura organizacional orientada pela excelência e inovação em saúde.

Exemplo Prático 1: Plano de Ação para Redução da Taxa de Eventos Adversos por Erro de Medicação

| ELEMENTO | DESCRIÇÃO DETALHADA |
|-------------------------|--|
| Não conformidade | Taxa de eventos adversos por erro de medicação acima do benchmark institucional nos últimos 6 meses. |
| Objetivo | Reduzir a taxa de eventos adversos de 1,2 para $\leq 0,7$ por 1.000 pacientes-dia em até 6 meses. |

| | |
|--------------------------------------|--|
| Análise de causa raiz | Mapeamento do processo de dispensação e administração; aplicação de Diagrama de Ishikawa e FMEA. |
| Ações corretivas | |
| A1 | Implementação de dupla checagem eletrônica na dispensação e administração de medicamentos. |
| A2 | Capacitação obrigatória e emergencial da equipe de enfermagem e farmácia (treinamentos presenciais). |
| A3 | Revisão e padronização da prescrição médica com apoio do TI (prontuário eletrônico integrado). |
| Responsáveis | Encarregado da Farmácia, Coordenação de Enfermagem, TI |
| Prazo de execução | 45 dias para implantação completa. |
| Indicadores de acompanhamento | - % de adesão à dupla checagem - Nº de treinamentos realizados - Taxa de eventos adversos mensal |
| Evidências | Protocolos revisados, lista de presença, relatórios do sistema, amostragem de prontuários. |
| Monitoramento | Reuniões de análise quinzenal, atualização dos indicadores em dashboard institucional. |
| Status | Em andamento / Concluído / Correção adicional requ |

Exemplo Prático 2: Plano de Ação para Melhoria dos Índices de Higienização das Mãos

| ELEMENTO | DESCRIÇÃO |
|---------------------------------|---|
| Oportunidade de Melhoria | Taxa de conformidade observada na Higienização das Mãos abaixo do recomendável (70% verificado; meta $\geq 85\%$). |
| Causa Identificada | Falta de abastecimento em horários críticos, baixa percepção de risco e déficit de treinamento recente. |
| Ações propostas | |
| A1 | Reforçar o abastecimento dos dispensers nos horários de pico, com checklists de plantão. |
| A2 | Realizar campanha interna de conscientização visual (cartazes, lembretes, screensavers). |
| A3 | Reaplicar treinamento e simulação realística para todos os profissionais assistenciais. |
| A4 | Implementar auditorias por amostragem e devolutivas mensais junto às equipes. |
| Responsáveis | Equipe de Hotelaria, CCIH, Coordenação de Enfermagem |
| Prazos | 30 dias para abastecimento e comunicação, 60 dias para atingir meta de conformidade |
| Indicadores | - % de dispensers abastecidos - Taxa de conformidade bimensal - Nº de treinamentos realizados |
| Evidência | Planilhas de verificação, listas de presença, relatórios de auditoria, fotos da campanha |
| Acompanhamento | Revisão durante reuniões mensais setoriais e análise crítica pela Comissão de Controle de Infecção |

Exemplo Prático 3: Plano de Ação para Redução do Tempo Médio de Permanência Pronto Atendimento (TMPH)

| ELEMENTO | DETALHAMENTO |
|----------|--------------|
|----------|--------------|

| | |
|------------------------------|--|
| Situação Identificada | Tempo médio de permanência 10% acima do parâmetro pactuado com fontes pagadoras. |
| Análise de Causa | Entraves na alta médica, atraso na liberação de exames e falhas na comunicação multiprofissional. |
| Ações Prioritárias | |
| A1 | Implantação de "Ronda de Alta" multiprofissional diária e previsão de alta no prontuário. |
| A2 | Revisão e otimização do fluxo de exames de imagem e laboratório (priorização dos casos). |
| A3 | Treinamento em comunicação efetiva para equipes envolvidas (SBAR, Briefing de plantão). |
| Responsáveis | Diretor Técnico e de Responsável Técnico de Enfermagem, Laboratório, Serviço de Imagem |
| Prazos | 90 dias para consolidação das rotinas e mensuração dos resultados |
| Indicadores | - TMPH global e por unidade - % de previsões de alta documentadas - Tempo de liberação de exames |
| Evidências | Atas das reuniões, prontuários auditados, listas de presença dos treinamentos, registros de exame |
| Monitoramento | Apresentação mensal dos resultados à alta direção e revisão dos indicadores trimestralmente |

19. DISPOSIÇÕES FINAIS

A presente Política terá sua eficácia iniciada a partir da data de sua aprovação formal pela Administração do ICAASES, ocasião em que, automaticamente, ficam revogadas todas as normas, procedimentos ou orientações internas que estejam em desacordo ou conflito com suas disposições. Eventuais exceções relacionadas ao tratamento de situações não contempladas expressamente neste instrumento serão submetidas à análise criteriosa e deliberação da Diretoria, que avaliará a pertinência e a aplicabilidade da flexibilização mediante justificativa técnica e alinhamento aos princípios institucionais, sempre observando os requisitos legais e normativos vigentes. A periodicidade de revisão desta Política está fixada em quatro anos, podendo tal prazo ser antecipado em decorrência de atualização da legislação ou regulamentação aplicável ao ICAASES, ou diante da ocorrência de alterações substanciais em suas atividades operacionais e estratégicas, assegurando, assim, sua aderência e contemporaneidade aos cenários regulatórios e institucionais. Quaisquer modificações em seu conteúdo somente produzirão efeito após nova aprovação da Diretoria, com implantação pautada em mecanismos de comunicação e atualização documental internos. Ressalta-se que este documento possui caráter restrito ao uso interno do ICAASES, sendo vedada sua divulgação externa, sob qualquer forma ou meio, exceto mediante autorização expressa e formal emitida pelo Diretor competente, conforme as práticas estabelecidas de governança da informação e proteção institucional.

A observância rigorosa desta Política implica em sua ampla divulgação interna, garantindo que todos os colaboradores impactados por suas diretrizes estejam devidamente cientificados acerca do seu teor, utilizando os canais oficiais de comunicação institucional e mantendo registro formal do aceite e da ciência do corpo funcional, conforme preconizam as melhores práticas de compliance e integridade organizacional. Todos os registros relativos à vigência, aprovação, revisões, exceções concedidas e possíveis adequações deverão ser mantidos em repositório seguro, com controle de versões, garantindo rastreabilidade, integridade e acesso restrito, em consonância com a legislação vigente de proteção de dados e com os requisitos normativos de sistemas de gestão da qualidade. Em caso de auditorias internas

ou externas, a comprovação da atualização documental e da observância dos fluxos de aprovação e divulgação é obrigatória, compondo parte essencial do arcabouço de evidências para órgãos certificadores, reguladores ou demais stakeholders estratégicos. Assim, assegura-se não apenas a conformidade institucional, mas também o fortalecimento da cultura organizacional de responsabilidade, sigilo, transparência e melhoria contínua.

8. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

| VERSÃO | DATA | DESCRIÇÃO DA AÇÃO / ALTERAÇÃO |
|--------|------------|-------------------------------|
| 0 | 30/10/2023 | Elaboração do Documento |

9. CAMPO DE ASSINATURAS

| NOME COMPLETO E FUNÇÃO | DATA | ASSINATURAS E CARIMBO |
|--|------|-----------------------|
| Elaboração: Sede Corporativa Davi E F Oliveira – Diretor Técnico ICAASES  | | |
| Revisão: | | |
| Validação: Não se aplica | | |
| Aprovação: Diretor Geral | | |