



POLÍTICA DE QUALIDADE



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde



SUMÁRIO

1. Finalidade	3
2. Abrangência	3
3. Regulação	3
4. Definições Técnicas	4
5. Diretrizes da Qualidade	4
6. Objetivos da Qualidade	6
7. Eixos Norteadores e Dimensões Da Qualidade	7
8. Compromissos da Direção	12
9. Sanções e Penalidade	12
10. Disposições Finais	12

POLÍTICA	
Título: Política de Qualidade	Código: POL.005
	Revisão: 00

POLÍTICA DE QUALIDADE

APROVAÇÃO PERANTE O CONSELHO CURADOR

A presente Política de Qualidade foi aprovada pelo Conselho Curador da Fundação Estadual de Inovação em Saúde - iNOVA Capixaba, em 22/04/2025 – ata da 3ª Reunião do Conselho Curador de 2025 – em sessão Ordinária.

1. Finalidade

1.1. A Política de Qualidade é uma diretriz criada pelas organizações com o objetivo de assegurar um padrão de qualidade aos produtos e serviços oferecidos. É utilizada como parâmetro na melhoria contínua dos processos e para a tomada de decisões que impactam diretamente os clientes.

1.2. Com papel essencial na ISO 9001:2015, as decisões tomadas a partir da política devem originar resultados mensuráveis para a organização. Essa quantificação possibilita que a organização analise seu comprometimento com o sistema de gestão de qualidade.

1.3. A Fundação iNOVA Capixaba estabelece esta Política de Qualidade como um compromisso contínuo com a excelência na prestação de seus serviços. Nossa política é orientada pela missão de entregar serviços humanizados, qualificados e sustentáveis, acolhendo e cuidando de todos os nossos pacientes e colaboradores.

2. Abrangência

2.1. Política de Qualidade aplica-se à Fundação Estadual de Inovação em Saúde - iNOVA Capixaba – em toda sua estrutura organizacional: hospital próprio, filiais, unidades gestoras, administrativas e assistenciais, escritórios ou representações – aos gestores, empregados, colaboradores, servidores cedidos, prestadores de serviços e demais stakeholders.

3. Regulação

3.1. A presente política tem como principais referenciais normativas:

Lei Complementar Estadual nº 476/2008;

Lei Complementar Estadual nº 924/2019;

Decreto Estadual nº 4585-R/2020;

ABNT NBR ISO 9001 - ISO 9001:2015;

Manual Brasileiro de Acreditação – Organização Nacional de Acreditação (ONA)

4. Definições Técnicas

Ferramentas da qualidade: Técnicas utilizadas pelo gestor para analisar o cenário do serviço e, conseqüentemente, auxiliá-lo na melhor tomada de decisão.

Gestão: Atividades controladas para dirigir e controlar uma organização. A Gestão pode incluir o estabelecimento de políticas, objetivos e processos para atingir esses objetivos.

Gestão da qualidade: Gestão que diz respeito à qualidade. Gestão da qualidade pode incluir o estabelecimento da política da qualidade, objetivos da qualidade e processos para alcançar esses objetivos por meio do planejamento da qualidade, da garantia da qualidade, do controle da qualidade e da melhoria da qualidade.

Melhoria contínua: Atividade recorrente para aumentar o desempenho. O processo de estabelecer objetivos e identificar oportunidade para melhoria é um processo contínuo, por meio do uso de constatações da auditoria e conclusões da auditoria, análise de dados, gestão, análises críticas pela direção ou outros meios e geralmente conduz a ação corretiva ou ação preventiva.

NC: Não Conformidade.

NSP: Núcleo de Segurança do Paciente.

Processo: Conjunto de atividades inter-relacionadas ou interativas que utilizam entradas para entregar um resultado pretendido. O resultado pretendido do processo é chamado de saída, produto ou serviço, dependendo do contexto da referência.

Qualidade: grau de conformidade de um produto, serviço, processo ou sistema com requisitos, normas e expectativas previamente estabelecidas. Ela envolve a capacidade de atender as necessidades dos clientes de maneira consistente, eficaz e eficiente. No contexto de gestão, qualidade também pode ser vista como um processo contínuo de melhoria, onde se busca aumentar o valor agregado e minimizar falhas ou defeitos, garantindo satisfação e confiabilidade.

Sistema de gestão da qualidade: é um conjunto estruturado de políticas, processos, procedimentos e recursos implementados em uma organização para garantir que seus produtos ou serviços atendam aos requisitos de qualidade definidos, tanto internos quanto externos. O SGQ visa melhorar continuamente a eficácia e a eficiência da organização, com foco em atender as expectativas dos clientes, garantindo conformidade com normas e regulamentos, como a ISO 9001.

5. Diretrizes da Qualidade

5.1. A iNOVA Capixaba, alinhada com seu propósito de Acolher e Cuidar, estabelece sua Política da Qualidade com o compromisso de oferecer serviços de saúde que são humanizados, qualificados e sustentáveis, garantindo sempre a melhoria contínua dos processos e a satisfação de todas as partes interessadas.

5.2. Destacamos nossa identidade organizacional, que envolve aspectos como a missão (razão de ser da organização), visão (aspirações futuras), valores (princípios que orientam

decisões e comportamentos) e cultura organizacional (normas, atitudes e comportamentos compartilhados pelos membros).

5.2.1. Missão:

Entregar serviços de saúde pública humanizados, qualificados e sustentáveis.

5.2.2. Visão:

Ser referência no estado do Espírito Santo, na gestão de saúde pública e no desenvolvimento de ensino, pesquisa e inovação.

5.2.3. Valores:

- **Transparência:** Assegurar a clareza e a honestidade em todas as nossas ações e comunicações.
- **Ética e Integridade:** Agir com retidão, justiça e moralidade em todas as atividades.
- **Humanização:** Valorizar o ser humano em todas as suas dimensões, promovendo um atendimento acolhedor e respeitoso.
- **Respeito:** Tratar todas as pessoas com dignidade, consideração e igualdade.
- **Sustentabilidade:** Promover práticas que garantam o equilíbrio econômico, social e ambiental.
- **Cultura de Segurança:** Priorizar a segurança dos pacientes, colaboradores e da comunidade em todas as nossas ações.
- **Inovação:** Fomentar a pesquisa, o desenvolvimento e a implementação de soluções inovadoras para a saúde pública.
- **Resolutividade:** Buscar a eficácia na resolução de problemas.
- **Resiliência:** Capacidade de se adaptar e superar desafios.

5.2.4. Além da nossa identidade organizacional, apresentamos os compromissos da Fundação INOVA Capixaba:

- **Excelência no Atendimento:** Proporcionar serviços de saúde pública com altos padrões de qualidade e eficiência.
- **Melhoria Contínua:** Implementar e manter um sistema de gestão da qualidade que permita a constante avaliação e aprimoramento dos nossos processos.
- **Capacitação e Desenvolvimento:** Investir na formação e qualificação dos nossos profissionais, promovendo um ambiente de aprendizado contínuo.
- **Sustentabilidade:** Adotar práticas que garantam a sustentabilidade ambiental, econômica e social em todas as nossas operações.
- **Inovação e Pesquisa:** Estimular a inovação e o desenvolvimento de pesquisas que contribuam para a melhoria dos serviços de saúde.
- **Transparência e Comunicação:** Manter uma comunicação clara e transparente com todas as partes interessadas, promovendo a confiança e o engajamento.

5.3. Com esses compromissos, a Fundação iNOVA Capixaba reafirma seu papel fundamental na gestão da saúde pública no Espírito Santo, trabalhando incansavelmente para ser uma referência em acolhimento, cuidado e inovação no setor de saúde.

5.4. "Nosso compromisso é oferecer cuidados de saúde com excelência, garantindo atendimento de qualidade, segurança e humanização, sempre voltado à satisfação e bem-estar dos nossos pacientes."

6. Objetivos da Qualidade

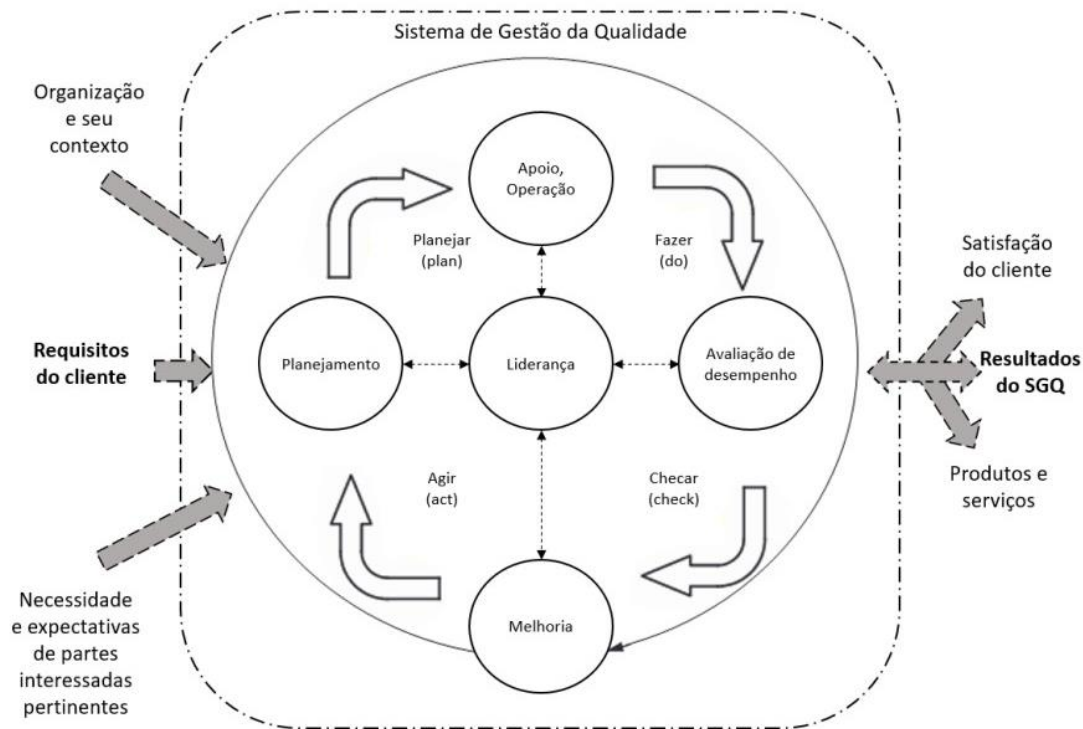
6.1. A Qualidade se apresenta por meio de práticas de gestão eficientes, garantindo que seus serviços ou projetos sejam realizados com alto padrão e eficácia, envolvendo objetivos claros e alinhados à identidade organizacional.

6.2. Os objetivos da qualidade da Fundação iNOVA Capixaba são:

- **Excelência no Atendimento:**
 - Proporcionar atendimento de saúde humanizado e eficiente, garantindo que cada paciente seja acolhido com dignidade e respeito.
 - Promover um ambiente acolhedor e seguro para todos os usuários.
- **Qualificação e Capacitação:**
 - Investir continuamente na capacitação e desenvolvimento de nossos colaboradores para assegurar um serviço de saúde de alta qualidade.
 - Incentivar a educação continuada, a pesquisa e a inovação na área da saúde.
- **Transparência e Ética:**
 - Adotar práticas transparentes e éticas em todas as nossas operações.
 - Manter uma comunicação clara e aberta com usuários, colaboradores, parceiros e clientes.
- **Sustentabilidade e Responsabilidade Social:**
 - Implementar práticas sustentáveis que contribuam para a preservação do meio ambiente e a eficiência dos recursos.
 - Promover ações de responsabilidade social que beneficiem a comunidade local.
- **Cultura de Segurança:**
 - Estabelecer um ambiente de trabalho seguro para nossos colaboradores e pacientes, com protocolos rigorosos de segurança.
 - Realizar auditorias regulares e monitoramentos contínuos para garantir a segurança e a qualidade dos serviços prestados.
- **Inovação e Melhoria Contínua:**
 - Fomentar a cultura da inovação em todos os níveis da organização.
 - Implementar um sistema de gestão da qualidade que permita a melhoria contínua dos processos e serviços.
- **Resolutividade e Resiliência:**
 - Garantir a capacidade de resolver eficazmente os desafios e as necessidades dos pacientes.

- Desenvolver a resiliência organizacional para enfrentar adversidades e mudanças com agilidade e eficiência.

6.3. Destacamos, para o cumprimento dos objetivos, modelo esquemático acerca dos elementos do Sistema de Gestão da Qualidade:



Fonte: ABNT NBR ISO 9001

7. Eixos Norteadores e Dimensões da Qualidade

7.1. O Sistema de Gestão da Qualidade da iNOVA foi desenvolvido e é sustentado com o apoio da alta liderança, com o objetivo de formalizar e aprimorar o controle na prestação de serviços, em um ambiente de melhoria contínua. Garantimos que os serviços oferecidos atendam a padrões de qualidade que minimizem os riscos de danos desnecessários associados à atenção à saúde.

7.2. Nossas dimensões são: Segurança, Efetividade, Satisfação do usuário, Sustentabilidade, Inovação e Melhoria Contínua.

7.3. Essas dimensões são alcançadas através da adoção de boas práticas, auditorias, gestão de protocolos clínicos baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, gestão de riscos, indicadores, documentos, gestão de processos, gestão de não conformidades e incidentes, gestão de comissões hospitalares. Também nos comprometemos a cumprir todos os requisitos regulamentares e estatutários pertinentes. Para a implementação dessas práticas, utilizamos ferramentas e um software de gestão da qualidade amplamente reconhecidos no mercado.

7.3.1. Auditoria Interna

7.3.1.1. As auditorias do Núcleo de Qualidade têm como função avaliar a adequação dos setores aos requisitos dos manuais, legislações e procedimentos preconizados na instituição. A metodologia de auditoria da qualidade será através de checklist direcionado, sendo enviado relatório ao gestor das áreas. Compete ao gestor o planejamento de melhorias do processo e a qualidade da gestão da eficácia das ações através do percentual de resolatividade das não conformidades identificadas. A auditoria será realizada conforme cronograma, previamente enviado aos setores.

7.3.1.2. As auditorias internas do sistema da qualidade envolvem as etapas abaixo:

a. Planejamento

As auditorias internas de primeira e segunda parte (setores próprios e terceiros, respectivamente), têm periodicidade anual ou conforme necessidade. A divulgação da auditoria deve ocorrer pelo menos uma semana antes de sua realização, por meio de e-mail, apresentando o plano de auditoria.

Os auditores são do Núcleo de Qualidade (local e corporativo) e estão capacitados às características do processo / setor, garantindo a imparcialidade necessária.

b. Execução

O auditor deve se direcionar ao setor conforme plano de auditoria, munido dos critérios que podem contemplar o manual da acreditação, legislações ou checklist. As não conformidades detectadas são informadas ao auditado durante o processo de coleta de dados e antes da elaboração do relatório de auditoria interna. Os setores auditados devem fornecer explicações, dados, registros e outras evidências de cumprimento dos requisitos conforme a normas de referência e legislação. O auditor e o auditado deverão estar em consenso com os achados antes do seu registro.

c. Registro e Tomada de ação

O auditor da qualidade deverá preencher o relatório, indicando evidências de conformidade, parcial conformidade ou não conformidade de auditoria. Ao final da auditoria, as não conformidades e parciais conformidades detectadas são registradas no software da qualidade, assegurando o tratamento adequado para os achados. O responsável pela área auditada deve assegurar que as ações para eliminar não conformidades detectadas e suas causas sejam executadas sem demora indevida. Sempre que necessário, a correção deve ser adotada como forma de solucionar a não conformidade, podendo ainda ser aplicada ação corretiva ou preventiva.

d. Acompanhamento / follow-up

A qualidade mantém reuniões periódicas (a ser definido por cada hospital – semanal ou quinzenal), para acompanhamento das ações definidas no projeto da auditoria interna (bem como externa). Nessas reuniões, os gestores apresentam evidências anexadas no projeto com a solução para os problemas apontados.

7.3.1.3. Regra Geral: Toda NC de auditoria requer uma ação corretiva, porém nem sempre é necessário/pertinente correção e ação preventiva.

7.3.2. Gestão dos Indicadores

7.3.2.1. Nossa Gestão de Indicadores tem o objetivo de melhorar continuamente a qualidade e a segurança na saúde, sendo necessário identificar indicadores relevantes que refletem a qualidade do atendimento e os resultados desejados. Após a seleção, os dados relacionados a esses indicadores são coletados de forma sistemática e consistente para garantir precisão e representatividade.

7.3.2.2. A análise dos dados envolve a identificação de padrões e tendências, a comparação com benchmarks e a investigação das causas raiz de problemas. Com base nessa análise, são desenvolvidas e implementadas ações para melhorar os processos, como alterações nos procedimentos, treinamento adicional ou ajustes na gestão de recursos.

7.3.2.3. Se o gestor considerar que existe oportunidade de aplicar ação preventiva, pode gerar uma análise de desempenho com registro de plano de ação preventivo. As metas dos indicadores são revisadas a cada 12 meses, buscando incentivar a melhoria contínua e giro de ciclos de melhoria. Para a análise de causas são parametrizadas as ferramentas da qualidade disponíveis no software: Diagrama de Ishikawa.

7.3.2.4. O monitoramento contínuo é essencial para avaliar a eficácia das mudanças implementadas e o ciclo de melhoria contínua com novos dados sendo analisados e ajustados conforme necessário. Além disso, o feedback das partes interessadas e a aprendizagem com os resultados são componentes importantes desse processo, criando um ciclo de melhoria contínua que é adaptativo e responsivo às necessidades emergentes. Essa abordagem visa não apenas identificar problemas, mas também implementar soluções eficazes e sustentáveis para aprimorar o atendimento e a segurança dos pacientes.

7.3.3. Gestão dos Documentos Institucionais

7.3.3.1. Os documentos da instituição norteiam os colaboradores para a execução das atividades fins e descrevem as normas e rotinas padronizadas na instituição. Portanto, cabe à instituição manter o sigilo de seus documentos e garantir o controle da veracidade e atualização das informações. O controle dos documentos institucionais está sob responsabilidade da Qualidade e deverão estar disponíveis para que as áreas consultem sempre que necessário. Para tanto, compete à Qualidade garantir o acesso, a visualização e a atualização dos documentos da instituição. Tais documentos compreendem:

Políticas;

Manuais;

Regulamentos;

Instruções de trabalho/ Procedimentos Operacionais Padrão;

Projetos;

Planos;

Protocolos Clínicos/assistenciais;

Mapa de Processo;

Cadeia Cliente Fornecedor;

Matriz de Risco;

Formulários;

Documentos externos.

7.3.4. Gestão de Risco

7.3.4.1. A gestão de riscos estabelece diretrizes claras para a aplicação dessa ferramenta em instituições de saúde, com o objetivo de identificar, avaliar e mitigar riscos nos processos, sistemas e equipamentos, sempre com foco na segurança do paciente e na qualidade dos serviços prestados.

7.3.4.2. Inicialmente, cada unidade deve identificar as funções críticas e os requisitos dos sistemas, processos ou equipamentos sob sua responsabilidade, garantindo a documentação e a compreensão adequadas para a identificação de possíveis falhas. Em seguida, os gestores das unidades devem listar e documentar todos os modos de falha potenciais, considerando aspectos técnicos, operacionais e humanos. Cada modo de falha é então avaliado em termos de seu impacto na segurança do paciente, na continuidade do cuidado e na qualidade dos serviços, sendo atribuída uma classificação de gravidade conforme critérios estabelecidos pela instituição.

7.3.4.3. A análise segue com a identificação das causas e mecanismos de falha, onde se avaliam fatores humanos, tecnológicos e ambientais, atribuindo uma classificação de probabilidade de ocorrência. Além disso, os controles existentes para detecção e prevenção de falhas, como protocolos e procedimentos operacionais, são revisados e avaliados quanto a sua eficácia, com uma classificação de capacidade de detecção.

7.3.4.4. As unidades devem então desenvolver e implementar ações corretivas eficazes para esses riscos, visando reduzir sua gravidade, a probabilidade de ocorrência e melhorar a detecção das falhas, garantindo a conformidade com os padrões de segurança e qualidade.

7.3.5. Gestão de Protocolos

7.3.5.1. Gerir os protocolos clínicos/assistenciais é papel crucial na administração da iNOVA, assegurando que o atendimento aos pacientes seja consistente, seguro e baseado nas melhores práticas disponíveis. As diretrizes são baseadas em evidências científicas para o tratamento de condições específicas. Esses protocolos visam uniformizar os procedimentos médicos, reduzindo riscos de incidentes nos cuidados e promovendo melhores resultados para os pacientes.

7.3.5.2. A implementação eficaz dos protocolos é essencial e envolve a integração desses procedimentos na rotina clínica diária. Desenvolver treinamento adequado e educação contínua para os profissionais das unidades da Fundação, garantindo que todos compreendam e possam seguir as diretrizes estabelecidas. A adesão aos protocolos deve ser monitorada e avaliada regularmente para verificar sua eficácia e identificar oportunidades de melhoria.

7.3.5.3. A atualização contínua dos protocolos é fundamental para refletir novas evidências científicas e avanços nas práticas médicas.

7.3.5.4. Manter a conformidade com regulamentações e padrões de saúde e garantir que toda a documentação esteja adequada para auditorias e revisões e que os protocolos estejam

alinhados com as normas estabelecidas, melhorando a comunicação entre os membros da equipe de saúde deve ser facilitada para garantir que todos estejam cientes das diretrizes e alinhados com os objetivos de tratamento. A gestão eficaz dos protocolos clínicos contribui para um atendimento mais coordenado e de maior qualidade, promovendo melhores resultados para os pacientes e uma prática clínica mais segura e eficiente.

7.3.6. Gestão de Não Conformidades e Incidentes

7.3.6.1. A gestão de não conformidades é um processo fundamental para garantir a qualidade e a melhoria contínua em uma organização. Os principais passos para implementação compreendem:

- a. **Identificação:** Registrar todas as não conformidades.
- b. **Classificação:** Classificar as não conformidades de acordo com sua gravidade e impacto.
- c. **Análise:** Investigar a causa raiz das não conformidades (Diagrama de Ishikawa).
- d. **Ação corretiva:** Desenvolver um plano de ação para corrigir a não conformidade e evitar que ela ocorra novamente. Isso pode envolver a modificação de processos, treinamentos ou mudanças na documentação.
- e. **Implementação:** Executar o plano de ação, garantindo que todos os envolvidos sejam informados e treinados, se necessário.
- f. **Verificação:** Avaliar a eficácia das ações corretivas implementadas. Isso pode ser feito através de auditorias ou monitoramento de indicadores de desempenho.
- g. **Documentação:** Manter registros detalhados de todas as não conformidades, ações corretivas e verificações realizadas. Isso é importante para a conformidade com normas e para futuras análises.
- h. **Melhoria contínua:** Usar as informações coletadas para promover melhorias nos processos e prevenir novas não conformidades.
- i. **Comunicação:** Estabelecer canais de comunicação para que todos os colaboradores possam reportar não conformidades e sugerir melhorias.
- j. **Treinamento:** Proporcionar treinamentos regulares para a equipe sobre a importância da gestão de não conformidades e como identificá-las.

7.3.7. Gestão de Comissões Hospitalares

7.3.7.1. A gestão de comissões hospitalares em nossa organização é um elemento essencial para assegurar a qualidade, segurança e a melhoria contínua dos cuidados prestados aos pacientes. As comissões são formadas por equipes multidisciplinares que trabalham de forma colaborativa, avaliando e discutindo processos, protocolos e práticas assistenciais, com o objetivo de identificar oportunidades de aprimoramento, resolver questões operacionais e garantir que as normas e procedimentos sejam seguidos de maneira eficaz.

7.3.7.2. Por meio de reuniões periódicas, análises de indicadores e participação ativa de todos os profissionais envolvidos, as comissões hospitalares desempenham um papel fundamental na prevenção de erros, na otimização do atendimento e na promoção de boas práticas clínicas e administrativas. Comprometemo-nos a garantir que as decisões tomadas por essas comissões estejam alinhadas com as melhores práticas, com foco na melhoria contínua da qualidade dos serviços e na segurança dos pacientes, sempre buscando a excelência em cada etapa do processo assistencial.

7.3.8. Gestão de Processos

7.3.8.1. A gestão de processos em nossa organização é alicerçada na melhoria contínua, com o objetivo de otimizar nossas operações e garantir a excelência no atendimento prestado. Buscamos constantemente aprimorar cada etapa de nossos processos por meio da análise detalhada e monitoramento eficaz, de modo a identificar oportunidades de melhoria e inovação. Nosso foco está em atender plenamente às necessidades e expectativas dos nossos pacientes, garantindo que cada processo contribua de forma significativa para a qualidade do serviço oferecido.

7.3.8.2. A implementação de boas práticas, a padronização de procedimentos e o aprimoramento da eficiência são pilares essenciais para assegurar a conformidade com os requisitos de qualidade e promover um ambiente de cuidado humanizado e seguro. A colaboração entre todas as áreas da organização, aliada ao uso de tecnologias e ferramentas adequadas, é fundamental para atingirmos nossos objetivos de qualidade e superarmos as expectativas dos nossos pacientes. Estamos comprometidos em oferecer um atendimento de excelência, alinhado com as melhores práticas e com a melhoria contínua dos nossos processos.

8. Compromissos da Direção

8.1. A Direção da Fundação iNOVA Capixaba compromete-se a liderar com base nos valores de transparência, ética, integridade, humanização, respeito, sustentabilidade, cultura de segurança, inovação, resolutividade e resiliência. Asseguramos que todos os colaboradores estão engajados e alinhados com esta Política da Qualidade, com o objetivo de sermos uma referência na gestão de saúde pública no estado do Espírito Santo e no desenvolvimento de ensino, pesquisa e inovação.

8.2. Acreditamos que, ao seguir esta Política da Qualidade, contribuiremos de maneira significativa para a saúde e o bem-estar da comunidade capixaba, com o compromisso constante de buscar a excelência e a inovação em todas as nossas ações.

9. Sanções e Penalidades

9.1. Sem prejuízo das sanções previstas na legislação vigente, a serem aplicadas pela autoridade competente, em caso de violação dos termos e procedimentos estabelecidos nesta política, deverão os administradores da Fundação tomar as medidas disciplinares cabíveis no âmbito interno da iNOVA Capixaba.

10. Disposições Finais

10.1. As disposições previstas nesta política não excluem a aplicação de outras regras legais ou estatutárias não especificadas no texto.

