

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 1 de 79

Manual da Qualidade do HU-Univasf para o biênio 2018-2019

Petrolina-PE

2018

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 2 de 79

Comprometimento do Conselho Executivo

O Conselho Executivo do Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco, compromete-se com o Sistema de Gestão da Qualidade, bem como com o provimento e a disponibilização de recursos adequados para implementação, manutenção e melhorias requeridas.

Conselho Executivo

Ronald Juenyr Mendes - Superintendente

Luiz Otávio Nogueira da Silva ó Gerente de Atenção à Saúde

Ricardo Santana de Lima ó Gerente de Ensino e Pesquisa

Roberto Rivellino Almeida de Miranda ó Gerente Administrativo

Unidade de Planejamento

Thiago Magalhães Amaral

Sofia Bonfim Alves Palhares

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 3 de 79

Sumário

1. INTRODUÇÃO	5
2. ESCOPO	6
3. OBJETIVOS	7
3.1 Objetivo Geral.....	7
3.2 São objetivos específicos:	7
4. REFERÊNCIAS NORMATIVAS	7
5. CAMPO DE APLICAÇÃO	8
5.1 Apresentação do Hospital Universitário do Vale do São Francisco.....	8
5.2 Policlínica.....	9
5.3 Planejamento Estratégico ó Missão, Visão, Valores e Negócio	10
5.3.1 Missão	10
5.3.2 Visão.....	10
5.3.3 Os valores do Hospital Universitário são pautados	10
5.3.4 Negócio.....	10
6. RESPONSABILIDADES	10
6.1 Organograma do HU-Univasf.....	12
7. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	15
7.1 Abordagem por processo.....	16
7.2 Documentação do Sistema de Gestão da Qualidade	17
7.3 Procedimentos documentados (controle de documentos e de registros)	18
8. POLÍTICA DA QUALIDADE	19
8.1 Desenvolvimento da Política de Qualidade.....	19
8.2 Objetivo da qualidade	20
8.3 Comunicar a Política da Qualidade	20
8.4 Papéis, responsabilidades e autoridades organizacionais.....	21
9. PLANEJAMENTO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	21
9.1 Plano de Ação (5W2H)	22
9.2 Diagrama de Causa e Efeito	22
9.3 Diagrama de Pareto	23
9.4 Filosofia <i>Lean Healthcare</i>	23
9.5 Ações para abordar riscos e oportunidades.....	25
9.6 Plano Diretor Estratégico (PDE).....	25
9.7 Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH).....	26
9.7 Unidade de Comunicação Social.....	28

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 4 de 79

10. APOIO	28
10.1 Recursos	28
10.1.1 Generalidades	28
10.1.2 Pessoas	29
11. INFRAESTRUTURA	29
12. COMPETÊNCIA, TREINAMENTO E CONSCIENTIZAÇÃO	30
12.1 Treinamento e Desenvolvimento	30
12.2 Treinamento de Integração	31
12.3 Competência	31
12.4 Conscientização	31
13. OPERAÇÃO	36
13.1 Planejamento e controle operacionais	36
14. REALIZAÇÃO DO SERVIÇO	36
14.1 Requisito para serviços	36
14.2 Planejamento da realização do serviço	36
14.3 Processos Relacionados aos Usuários	37
14.4 Comunicação com o usuário	37
14.5 Processos de Aquisição	38
14.6 Controle de produção e de provisão do serviço	38
15. AVALIAÇÃO E DESEMPENHO	39
15.1 Monitoramento, medição, análise e avaliação	39
15.1.1 Generalidades	39
15.1.2 Análise e avaliação	40
15.2 Auditoria interna	40
15.3 Monitoramento e medição dos processos	41
15.4 Análise de dados	41
16. REVISÃO E MELHORIA CONTÍNUA	41

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 5 de 79

1. INTRODUÇÃO

O presente Manual da Qualidade descreve o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) que será implementado no Hospital Universitário da Universidade Federal Vale do São Francisco (HU-Univasf). A sua concretização é compromisso de toda organização e consta em uma das ações do Plano Diretor Estratégico (PDE) do biênio 2017-2018, com o objetivo de ofertar um serviço de excelência em atenção à saúde, ensino, pesquisa, inovação e extensão. O HU-Univasf tem a pretensão de ser reconhecido no Nordeste pela qualidade e sustentabilidade dos serviços prestados, sempre tendo como base a melhoria contínua, que oriente o hospital ao alcance de sua visão e missão institucional.

O Manual da Qualidade constitui o suporte documental do Sistema do Processo de Qualidade do HU-Univasf que integra competências, atribuições, funções e procedimentos que asseguram o cumprimento dos requisitos estabelecidos para o SGQ. Este manual poderá ser revisto em resultados de auditorias internas/externas, revisão do sistema, alteração da legislação aplicável, planificação estratégica e decisões do Conselho Executivo e Governança ou sempre que necessário. Este manual tem como base a Política de Qualidade do HU-Univasf e a NBR ISO 9001:2015, além das diretrizes da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Os requisitos de adequação da ONA estão no Anexo I deste documento.

Um Sistema de Gestão da Qualidade implantado serve para prover confiança para a Alta Direção e também para o paciente, sendo, portanto, uma decisão estratégica do HU-Univasf.

A NBR ISO 9001:2015 define Sistema de Gestão da Qualidade como o sistema de gestão para dirigir e controlar uma organização, no que diz respeito à qualidade. O SGQ é, portanto, concebido para satisfazer as necessidades gerenciais internas da organização, bem como para abranger os objetivos da qualidade. Sendo estas necessidades gerenciais e objetivos voltados para atender às expectativas e requisitos especificados pelo paciente e outras partes interessadas, a implantação de um SGQ possibilitará ao HU-Univasf um melhor conhecimento e gerenciamento dos seus processos internos e externos, além de inovar dentro da Rede Ebserh.

O Conselho Executivo do HU-Univasf decidiu, em fevereiro de 2018, pela implementação do SGQ e declarou o seu compromisso com este manual, dentro dos

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 6 de 79

parâmetros de identidade e missão da instituição como uma ferramenta de gestão e facilitadora da estratégia de gestão da qualidade.

2. ESCOPO

Este manual descreve o SGQ estabelecido pelo HU-Univasf, bem como as diretrizes para a execução dos serviços prestados, com foco no paciente, na saúde pública, melhoria contínua e na produção de conhecimento científico. São processos estabelecidos no HU-Univasf:

- Planejar a Comunicação;
- Gerenciar dados cadastrais;
- Implantar Modelo de Atenção à Saúde;
- Monitorar Modelo de Atenção à Saúde;
- Auditar Processos Assistenciais;
- Faturar AIH;
- Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas;
- Gerenciar Indicadores;
- Gestão da Segurança no Trabalho;
- Administrar chamados de Manutenção;
- Gerenciar dados de TI;
- Adquirir Produtos e Serviços;
- Gerir Bens Patrimoniais;
- Gerenciar Finanças;
- Gerenciar Contabilidade;
- Gerir Logística;
- Gerenciar Sustentabilidade¹;
- Controlar Gestão de Processos;
- Responder juridicamente processos;

¹ Ainda em desenvolvimento institucional, a Sustentabilidade está presente na visão do HU-Univasf. O hospital busca ser reconhecido pela sustentabilidade e qualidade dos serviços prestados no Nordeste.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 7 de 79

- Mensurar satisfação dos usuários;
- Regular Fluxo Assistencial;
- Realizar exames laboratoriais;
- Controlar Infecção Hospitalar;
- Gerir ensino, pesquisa e extensão;
- Etc.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Instituir o SGQ do HU-Univasf de acordo com a política e objetivos da qualidade, tendo como referência a Norma ABNT NBR ISO 9001 e as diretrizes da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Os objetivos da qualidade devem ser mensuráveis e consistentes com a política de qualidade.

3.2 São objetivos específicos:

- I. Aprovar internamente um setor ou unidade responsável pela implementação do SGQ;
- II. Aprovar internamente este manual;
- III. Dar publicidade à Política de Qualidade;
- IV. Aprovar o calendário de atividades do SGQ para 2018/2019.
- V. Assegurar a qualidade em todos os processos;
- VI. Garantir as expectativas e satisfação dos usuários.

4. REFERÊNCIAS NORMATIVAS

- NBR ISO 9001:2015 ó Sistema de Gestão da Qualidade ó Requisitos;
- NBR ISO 9001:2015 ó Sistema de Gestão da Qualidade ó Vocabulário.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 8 de 79

5. CAMPO DE APLICAÇÃO

Este manual é aplicável ao SGQ do HU-Univasf, incluindo todas as suas dependências, como por exemplo, a Policlínica situada dentro do campus da Univasf.

5.1 Apresentação do Hospital Universitário do Vale do São Francisco

O Hospital Universitário de Petrolina foi inaugurado em 04 de setembro de 2008, como Hospital de Urgências e Traumas e foi administrado, até 31 de julho de 2013, pela Prefeitura Municipal de Petrolina, quando, por meio do Decreto Municipal n°.41, de 23 de abril de 2013, foi doado à Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf), passando a ser denominado Hospital de Ensino do Vale do São Francisco Doutor Washington Antônio de Barros/ HU-Univasf. Após assinatura de contrato, o HU-Univasf passou a ser administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e integra o Sistema Único de Saúde (SUS) através da prestação de serviços 100% gratuitos à população do Vale do São Francisco.

É a unidade de referência para a Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Médio do Vale do São Francisco - Pernambuco-Bahia (Rede PEBA), formada por seis microrregionais de saúde, cuja população é de, aproximadamente, 2.068.000 habitantes.

Possui vocação para atenção às urgências e emergências que incluem politraumatismo, neurologia e neurocirurgia (alta complexidade), traumato-ortopedia (alta complexidade), cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia bucomaxilofacial e clínica médica, com atendimento multidisciplinar das equipes de saúde.

Enquanto hospital universitário, o HU-Univasf dispõe de cenários de práticas imprescindíveis para diversos cursos de saúde (medicina, enfermagem, farmácia, psicologia, serviço social, nutrição, fisioterapia, técnico em enfermagem e técnico em radiologia) da Univasf e de outras instituições de ensino públicas e privadas, no nível técnico, de graduação e pós-graduação. Em relação à pós-graduação, são ofertados os programas de residências médicas em anestesiologia, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia vascular e cirurgia endovascular, clínica médica, medicina de família e comunidade e neurocirurgia, além do programa de residência profissional na área da saúde ó enfermagem em urgência e dos programas de residência multiprofissional em

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 9 de 79

intensivismo e saúde mental. Desta forma, o HU-Univasf é um hospital crucial para o atendimento assistencial, mas também contribui, significativamente, para a formação dos profissionais de saúde do Vale do São Francisco.

O Quadro 1 apresenta os principais municípios integrantes da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Médio do Vale do São Francisco (Rede PEBA).

Quadro 1 ó Principais municípios da Rede PEBA.

Microrregião	Municípios	Microrregião	Municípios
Juazeiro	Campo Alegre de Lourdes	Ouricuri	Araripina
	Casa Nova		Bodocó
	Curaçá		Exu
	Juazeiro		Granito
	Pilão Arcado		Ipubi
	Remanso		Moreilândia
	Santo Sé		Ouricuri
	Sobradinho		Santa Cruz
	Uauá		Santa Filomena
Paulo Afonso	Canudos	Petrolina	Trindade
	Abaré		Afrânio
	Chorrochó		Cabrobó
	Glória		Dormentes
	Jeremoabo		Lagoa Grande
	Macururé		Orocó
	Pedro Alexandre		Petrolina
	Santa Brígida		Santa Maria da Boa Vista
Senhor do Bonfim	Paulo Afonso	Salgueiro	Mirandiba
	Rodelas		Panamirim
	Antônio Gonçalves		Salgueiro
	Campo formoso		Serrita
	Filadélfia		Terra Nova
	Itiúba		Verdejante
	Jaguarari		Belém do São Francisco
	Pindobaçu		Cedro
	Ponto Novo		
Andorinha			
Senhor do Bonfim			

Fonte: PDE do HU-Univasf 2017-2018

5.2 Policlínica

A Policlínica do HU-Univasf foi inaugurada em 17 de março de 2017 e funciona como Hospital-Dia, ou seja, é uma unidade direcionada aos atendimentos secundários à saúde, ligados aos exames diagnósticos e aos atendimentos ambulatoriais, por meio de regulação de usuários egressos do HU e de encaminhamentos das Secretarias de Saúde.

Manual da Qualidade	Padrão nº: MAN SGQ 001
	Estabelecido em: 20/03/18
	Revisão nº 0

Além disso, recebe os estudantes de graduação e pós-graduação da Univasf e das demais instituições conveniadas. Atende as seguintes especialidades: Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Bucomaxilofacial, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Clínica Médica, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hematologia, Infectologia, Nefrologia, Neurologia, Neurocirurgia, Otorrinolaringologia, Reumatologia, Traumatologia e Ortopedia, Angiologia, Pediatria, Ginecologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Radiologia e Urologia.

5.3 Planejamento Estratégico ó Missão, Visão, Valores e Negócio

O HU-Univasf possui como missão, visão e valores as seguintes características definidas e atualizadas em 2016:

5.3.1 Missão

Prestar serviços de excelência em atenção à saúde, ensino, pesquisa, inovação e extensão no Vale do São Francisco.

5.3.2 Visão

Ser um hospital reconhecido pela sustentabilidade e qualidade dos serviços prestados no Nordeste.

5.3.3 Os valores do Hospital Universitário são pautados

1. Responsabilidade e respeito com as pessoas do Vale do São Francisco
2. Compromisso institucional com a Ebserh e Univasf
3. Trabalho com ética e transparência
4. Trabalho com foco em resultados
5. Satisfação dos cidadãos
6. Busca pela Qualidade Total
7. Valorização do conhecimento e das competências.

5.3.4 Negócio

Assistência à saúde no âmbito do SUS, com ênfase na prestação de serviços de urgência e emergência, formação de recursos humanos e produção de conhecimento na área da saúde.

6. RESPONSABILIDADES

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 11 de 79

A implementação e manutenção do SGQ envolve todos os membros da organização com responsabilidades diferenciadas para dinamização e melhoria dos processos. A seguir, serão descritas a responsabilidade de cada uma das partes:

I. Conselho Executivo

A Superintendência e as Gerências Administrativa, de Ensino e Pesquisa e de Assistência à Saúde representam o conselho executivo do HU-Univasf. O conselho executivo deve:

- Assegurar que os processos necessários para o SGQ sejam estabelecidos, implementados e mantidos;
- Aprovar o Manual da Qualidade;
- Sensibilizar toda a organização para a necessidade da melhoria contínua;
- Aprovar o cronograma das atividades

O Conselho Executivo deverá analisar, criticamente, os processos do SGQ, pelo menos, duas vezes ao ano, para assegurar sua contínua adequação, suficiência e eficácia e emitirá relatórios e atas das reuniões como forma de registro das análises.

A pauta mínima da análise crítica pela direção deverá incluir:

- Resultados de auditoria;
- Retorno da informação do usuário;
- Desempenho do processo e conformidade dos processos;
- Situação das ações preventivas e corretivas;
- Seguimento das ações resultantes de anteriores revisões pela gestão;
- Alterações que possam afetar o SGQ;
- Recomendações para melhoria.

As saídas da análise crítica feita pelo conselho executivo devem incluir quaisquer decisões e ações relacionadas à:

- Melhoria da eficácia do SGQ e de seus processos;
- Melhoria do produto em relação aos requisitos do paciente;
- Necessidade de recursos.

II. Representante da Unidade de Planejamento

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 12 de 79

O Representante da Unidade de Planejamento deve:

- Assegurar que os objetivos e a política de qualidade sejam seguidos por toda organização;
- Elaborar o Manual da Qualidade e orientar os colaboradores, facilitando a comunicação interna e externa sobre os assuntos tratados pelo manual juntamente com a Unidade de Comunicação.
- Buscar certificação do HU-Univasf com base nos requisitos da ONA;
- Orientar a elaboração dos Mapas de Processos dos setores/unidades do HU-Univasf.
- Relatar à alta direção o desempenho do SGQ e qualquer necessidade de melhoria.
- Ser responsável pela Gestão da Qualidade no HU-Univasf.

III. Governança

A Governança do HU-Univasf deve:

- Cumprir todos os requisitos e diretrizes do manual;
- Responsabilizar-se pelas suas obrigações individuais no âmbito do SGQ;
- Contribuir para boa implementação do SGQ.

IV. Demais funcionários do HU-Univasf

- Cumprir as diretrizes do manual e implementar as ações planejadas para o biênio.

V. Todos os profissionais do HU-Univasf são responsáveis por

- Integrar na sua prática profissional os requisitos do SGQ desenvolvendo uma cultura de melhoria contínua;
- Responsabilizar-se pelas suas obrigações individuais no âmbito do SGQ;

6.1 Organograma do HU-Univasf

Os níveis hierárquicos estão representados graficamente nos organogramas descritos nas Figuras 1,2,3 e 4.

Manual da Qualidade	Padrão nº: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão nº 0	Página 13 de 79

Figura1- Organograma ligado à Governança.

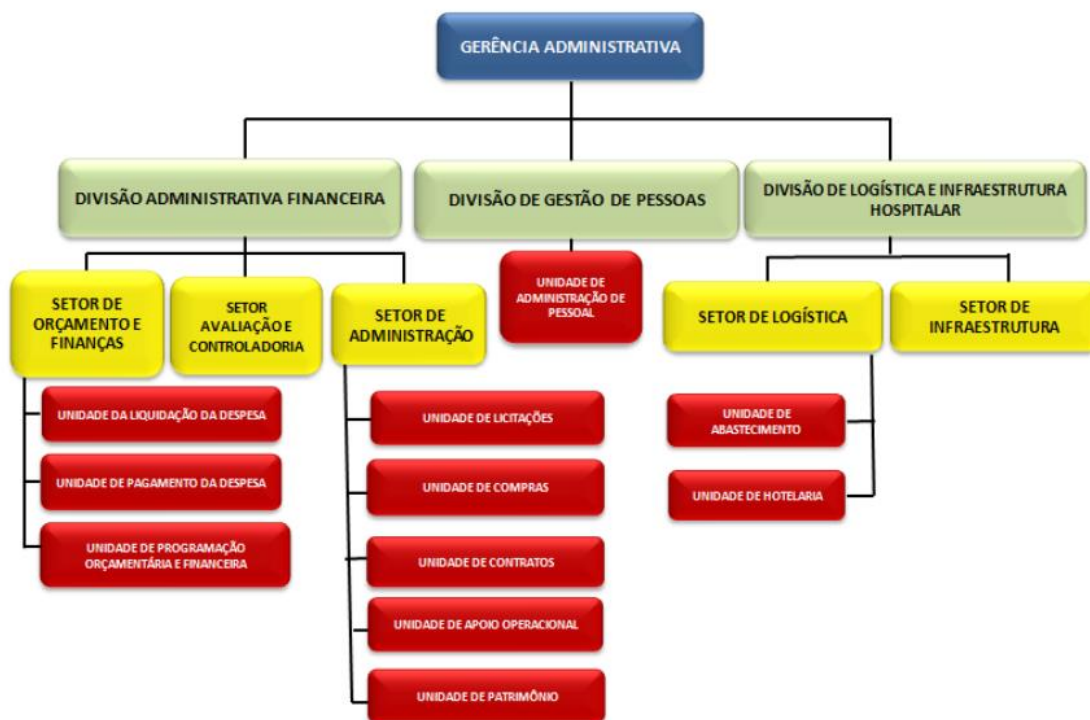
HU/UNIVASF: ESTRUTURA GOVERNANÇA



Fonte: <http://www.ebserh.gov.br>

Figura 2 - Organograma ligado à Gerência Administrativa.

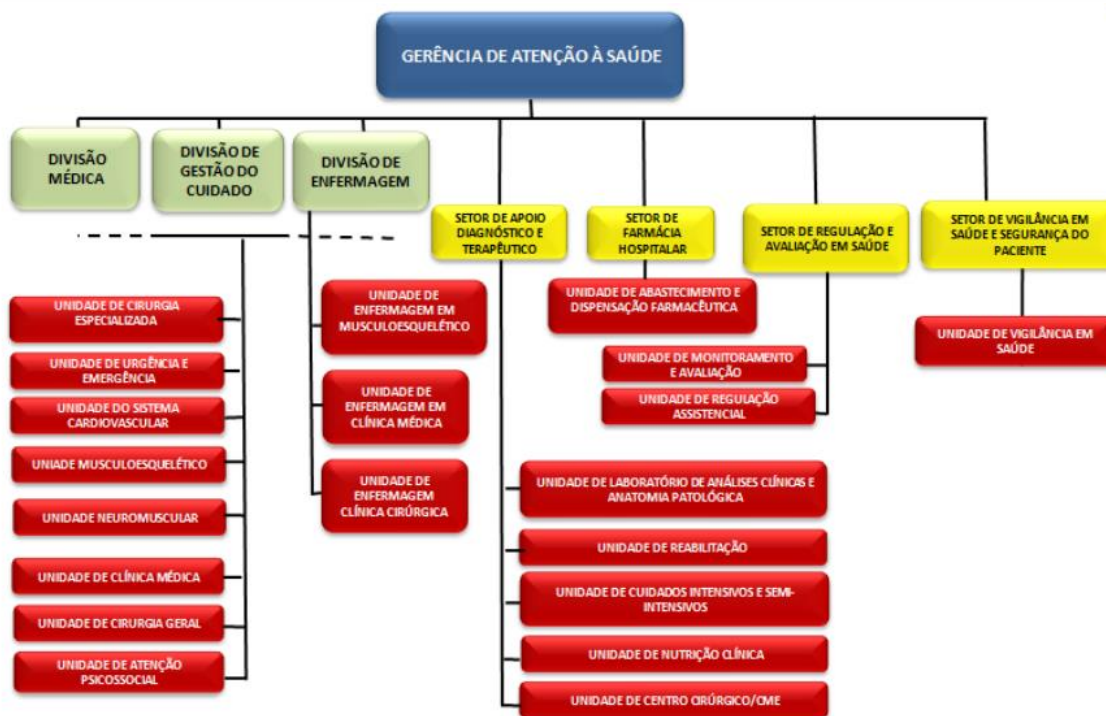
Manual da Qualidade	Padrão nº: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão nº 0	Página 14 de 79



Fonte: <http://www.ebserh.gov.br>

Figura 3- Organograma ligado à Gerência de Atenção à Saúde.

Manual da Qualidade	Padrão nº: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão nº 0	Página 15 de 79



Fonte: <http://www.ebserh.gov.br>

Figura 4 - Organograma ligado à Gerência de Ensino e Pesquisa.



Fonte: <http://www.ebserh.gov.br>

7. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 16 de 79

A princípio, a norma ISO 9001 será referência para adequação do HU-Univasf ao Modelo de Gestão de Processos e ao SGQ. O presente manual apresenta a organização e seus principais processos, tendo como base a melhoria contínua.

7.1 Abordagem por processo

O HU-Univasf gerencia diversas atividades interligadas, identificando-as, atribuindo responsáveis por cada processo e a maneira de executá-lo, elabora indicadores de desempenho e administra recursos, em busca da satisfação dos seus usuários e fornecimento de serviços de qualidade à região. O hospital, ainda, monitora e analisa seus processos periodicamente e tem como base o princípio da melhoria contínua.

Os macroprocessos do HU-Univasf estão apresentados no Quadro 2.

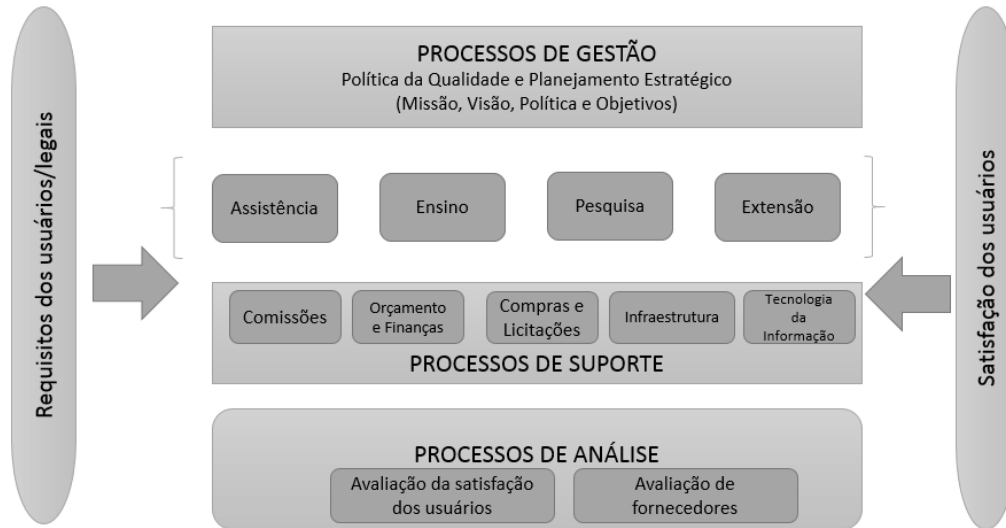
Quadro 2: Macroprocessos do HU-Univasf.

Finalísticos	Assistência à Saúde; Ensino; Pesquisa; Extensão.
Suporte	Orçamento e Finanças; Compras e Licitações; Infraestrutura; Tecnologia da Informação.
Gestão	Pessoas; Estratégias e Planos.

A análise de processos permite aos gestores a alocação de recursos de forma eficiente e eficaz, e avalia se os resultados estão em consonância com os objetivos estratégicos formulados pela Instituição. Por meio do mapeamento de processos, os gestores passam a ter maior visibilidade dos processos da instituição, de forma a verificar as deficiências e buscar melhorias. A Figura 5 ilustra o modelo de processos do HU-Univasf.

Manual da Qualidade	Padrão nº: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão nº 0	Página 17 de 79

Figura 5: Modelo de Processos do HU-Univasf.



Fonte: Adaptado de Manual da Qualidade da USLM, 2010.

O responsável de processo assume as seguintes responsabilidades:

- Garantir que o processo respeite os requisitos do SGQ;
- Garantir que os profissionais que atuem no âmbito deste processo tenham conhecimento e cumpram os procedimentos e exigências;
- Garantir que os documentos sejam conhecidos e utilizados por todos profissionais;
- Representar a organização em auditorias internas ou externas em processos que tenham responsabilidade.

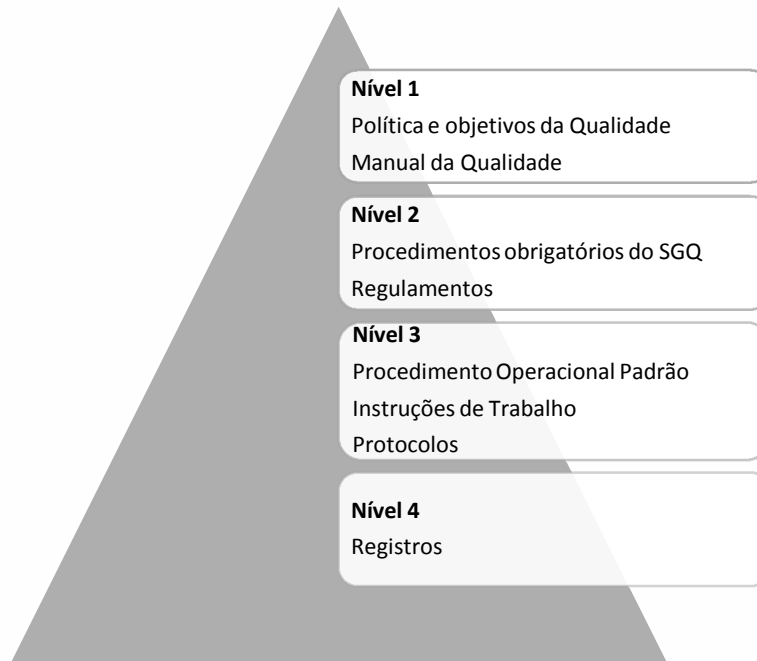
7.2 Documentação do Sistema de Gestão da Qualidade

Os documentos do SGQ do HU-Univasf são dispostos em uma hierarquia que assegura a conformidade de seus serviços com os requisitos especificados na norma de referência. Ainda, essa documentação fornece informações necessárias à tomada de decisão dos profissionais responsáveis por cada setor/unidade/serviço.

A Figura 6 representa a hierarquia dos documentos do SGQ.

Figura 6: Hierarquia de documentos do SGQ.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 18 de 79



Fonte: Adaptado do Manual de Qualidade da USLM, 2010.

Manual da Qualidade: documento que define as responsabilidades pela gestão da qualidade, a organização, a política e objetivos e apresenta os requisitos do SGQ.

Procedimentos Obrigatórios: descrevem requisitos do SGQ.

Regulamentos: documento de caráter organizativo que define/regula a atividade num departamento/serviço.

Protocolos/Instruções de trabalho: descrevem funções, regulamentos, ações e operações elementares do SGQ.

Registros: evidenciam o cumprimento das regras do SGQ, bem como informações a serem utilizadas para o desenvolvimento do sistema.

7.3 Procedimentos documentados (controle de documentos e de registros)

De acordo com a norma, procedimento documentado significa procedimento estabelecido, implementado e mantido. Os documentos do SGQ devem ser controlados para serem aprovados quanto à sua adequação, antes da emissão; analisados e atualizados, disponíveis nos locais de uso, legíveis e identificáveis, entre outros. Os registros, de maneira similar, devem ter controle necessário para sua identificação, armazenamento, proteção, recuperação, retenção e disposição.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 19 de 79

Para adequação às cláusulas normativas, a documentação do SGQ do HU-Univasf será mantida de modo a preservar a integridade física, inviolabilidade de conteúdo, rastreabilidade e acesso às informações, sendo, prontamente, identificáveis. Muitos desses documentos são disponibilizados em meio físico e/ou eletrônico.

O HU-Univasf possui como procedimento documentado:

- a) Controle do acesso aos protocolos e POPs disponíveis apenas em rede de intranet do hospital e acessíveis a todos os terminais de computadores;
- b) Controle dos documentos das Comissões Obrigatórias;
- c) Prontuários de pacientes;
- d) Procedimentos documentados do SGQ conforme requeridos pela NBR ISO 9001:2015.

Os princípios orientadores do HU-Univasf estão definidos nos seguintes documentos:

- a) Regimento Interno;
- b) Plano Diretor Estratégico;
- c) Contrato de Gestão (Ebserh e Univasf);
- d) Contratualização com o Gestor Local (Petrolina).

8. POLÍTICA DA QUALIDADE

A política de qualidade é **ôPrestar serviços de qualidade em atenção à saúde, ensino, pesquisa e extensão, garantir satisfação dos usuários e profissionais, tendo como base o princípio da melhoria contínua.**

O HU-Univasf entende que qualidade é um processo dinâmico, ininterrupto e de exaustiva atividade permanente de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos que devem ser, periodicamente, revisados, atualizados e difundidos com a participação de todos.

8.1 Desenvolvimento da Política de Qualidade

A Política e os Objetivos da Qualidade foram estabelecidos a partir da análise de cenário do Planejamento Estratégico e da ideologia da organização (Missão, Visão,

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 20 de 79

Valores). A partir da Política de Qualidade, os Objetivos da Qualidade, também chamados Estratégicos, são estabelecidos, e aos mesmos são vinculados indicadores para mensuração, análise crítica quanto ao atendimento ou não da meta e, por fim, são definidas ações de melhoria para alcance dos objetivos.

8.2 Objetivo da qualidade

Os objetivos da qualidade devem ser tangíveis e estar de acordo com a política da qualidade da organização.

O HU-Univasf objetiva:

1. Implantar, implementar e manter o SGQ de acordo com os regulamentos e normas nacionais e internacionais.
2. Assegurar a qualidade em todos os processos: administrativos, de suporte, operacionais;
3. Atingir a satisfação e expectativas dos pacientes;
4. Utilizar os recursos disponíveis de maneira eficiente;
5. Desenvolver ações de melhoria e processos de melhoria contínua e revê-los sistematicamente.

8.3 Comunicar a Política da Qualidade

A Política e os Objetivos da Qualidade estão documentados no **Planejamento Estratégico do HU-Univasf 2017-2018** e neste **Manual da Qualidade**.

A divulgação da Política e dos Objetivos da Qualidade é realizada entre os diversos meios de comunicação do HU-Univasf e através de ações planejadas por toda governança do hospital. Essas ações incluem:

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 21 de 79

- Divulgação em quadros;
- Divulgação na Intranet do HU-Univasf;
- Divulgação no site institucional do HU-Univasf;

8.4 Papéis, responsabilidades e autoridades organizacionais

A estrutura organizacional apresentada neste Manual, bem como, as descrições de cargos e os procedimentos documentados estabelecem as inter-relações, responsabilidades e autoridades do pessoal que administra, desempenha e verifica as atividades que afetam a qualidade dos serviços prestados pelo HU-Univasf.

9. PLANEJAMENTO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

O planejamento do SGQ será coerente com a norma de referência, a política de qualidade, as necessidades e expectativas dos usuários. Com o propósito de alcançar os objetivos/metast institucionais, os diferentes setores do HU-Univasf, junto com a Unidade de Planejamento devem elaborar suas ações estratégicas utilizando a ferramenta PDCA. Outra técnica utilizada na elaboração dessas estratégias e dos indicadores de desempenho é o *Balanced Scorecard*. O planejamento do SGQ será similar ao feito pela Unidade de Planejamento do HU-Univasf, levando em consideração os princípios norteadores de Qualidade como a ISO 9001 e as normas da ONA.

No início de cada ano, a Unidade de Planejamento elabora ações estratégicas juntamente com os diferentes setores do hospital. Nessa etapa, indicadores de desempenho e metas factíveis também são formulados para o acompanhamento dos processos. A maioria dos indicadores do HU-Univasf são de acompanhamento mensal e quando os indicadores apontam falhas ou desvio em algum processo, ações de melhoria e correção são tomadas imediatamente, sempre com a filosofia de se alcançar níveis mais elevados de qualidade.

As ações estratégicas são monitoradas e atualizadas periodicamente, sendo que elas recebem o *status* de planejada, em andamento ou concluída. Posteriormente, relatórios que retratam a evolução das ações e dos indicadores são publicados para as chefias dos setores e disponibilizados no site do HU-Univasf. No final do ano, esse monitoramento e publicação

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 22 de 79

dos relatórios que constam a evolução das ações e de indicadores é realizado novamente. No ano seguinte, repete-se o ciclo de planejamento.

No que tange o planejamento do SGQ do HU-Univasf, vários protocolos, POPs, fluxogramas e cartilhas foram confeccionados e estão disponíveis na intranet do HU-Univasf, onde todos os funcionários têm acesso. Essa documentação futuramente será publicada no site institucional. As principais ferramentas da qualidade usadas atualmente são: 5W2H, o Diagrama de Causa e Efeito, o Diagrama de Pareto e as Filosofias do *Lean Healthcare* (5S).

9.1 Plano de Ação (5W2H)

O Plano de Ação (5W2H) consiste na resposta a sete perguntas de modo que todos os aspectos, básicos e essenciais, de um planejamento sejam analisados. É uma ferramenta de orientação das ações para que elas sejam executadas e implementadas. A denominação deve-se ao uso de sete palavras do inglês:

- **What** (O quê?): O que deve ser feito? O que se pretende se extrair do problema/processo?
- **Where** (Onde?): Onde ocorre? Onde é preciso atuar para solucionar o problema?
- **Who** (Quem?): Quem são as pessoas que executarão o plano de ação?
- **Why** (Por quê? Para quê?): Por que atuar nesse problema? ó Justificativa das ações.
- **When** (Quando?): Quando começar e terminar? Definir prazos.
- **How** (Como?): Como o plano será executado?
- **How Much** (Quanto?): Quanto será o custo envolvido?

Após aplicação desse questionário, há definição de um plano de ação de fácil compreensão e visualização que define as ações tomadas, de que maneira serão realizadas e quais responsáveis pela sua execução.

9.2 Diagrama de Causa e Efeito

O Diagrama de Causa e Efeito ou Diagrama de Ishikawa é uma técnica que permite a identificação e análise das potenciais causas de variação do processo e como essas causas interagem entre si. Com a aplicação do diagrama de causa e efeito, é possível determinar as causas de um problema para solucioná-las da melhor maneira. As etapas para a construção do diagrama são:

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 23 de 79

1. Definir o problema a ser analisado e o que se deseja obter;
2. Estudar e conhecer o processo envolvido através de observação, documentação, troca de ideias com pessoas envolvidas;
3. Realizar *brainstorming* com as pessoas envolvidas no processo;
4. Coletar as informações e organizá-las em causas principais, secundárias, terciárias;
5. Montar o diagrama e conferir com todos a representação da situação atual;
6. Marcar aquilo que é mais importante para obter o objetivo que se pretende alcançar.

9.3 Diagrama de Pareto

A Análise de Pareto é uma técnica estatística utilizada na tomada de decisão que permite selecionar e priorizar um número pequeno de itens capazes de produzir grande efeito na melhoria dos processos. O Diagrama de Pareto, também conhecido como regra 80/20, tem o princípio de que 80% dos resultados corresponde a apenas 20% dos fatores, ou seja, a maioria dos problemas (80%) são produzidos por apenas algumas causas essenciais (20%).

A análise consiste num gráfico de barras que ordena as frequências das ocorrências da maior para a menor e permite a localização de problemas vitais e a eliminação de perdas. O diagrama de Pareto torna, visivelmente, clara a relação ação/benefício, ou seja, prioriza a ação que trará melhor resultado.

9.4 Filosofia *Lean Healthcare*

O conceito do *Lean* (pensamento enxuto) está associado ao Sistema de Produção da Toyota e começou a ser aplicado no setor da indústria automobilística, sendo depois adotado em diversos setores, a exemplo da saúde. O *Lean* pode ser entendido como um sistema de gestão que projeta o aumento da produtividade através da redução de desperdícios.

Com a aplicação do *Lean Healthcare*, há a possibilidade de redução dos custos com a saúde, diminuição de erros médicos e melhoria da qualidade, segurança e eficiência na prestação de serviços de saúde, criando o máximo de valor para o paciente, reduzindo e eliminando desperdícios. Estes desperdícios passam por: Excessos de produção; Tempos de espera; Transportes; Movimentos; Inventários; Excesso de processamentos e Produtos defeituosos.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 24 de 79

Algumas das ferramentas do *Lean Healthcare* - 5S e Gerenciamento Visual - já foram aplicadas nos setores de Bloco Cirúrgico, Farmácia Hospitalar e Laboratório de Análises Clínicas e Patológicas do HU-Univasf.

O programa 5S é uma metodologia criada e idealizada no Japão, nos anos 60, que apresenta os seguintes objetivos: melhorar o ambiente de trabalho; reduzir o desperdício; evitar acidentes; aperfeiçoar os processos; incentivar a criatividade, entre outros. O 5S se fundamenta nos conceitos: *Seiri*, *Seiton*, *Seiso*, *Seiketsu* e *Shitsuke*. Seu nome provém de palavras que, em japonês, iniciam com S.

Quadro 3 ó Descrição dos 5Ss

Termo em japonês	Tradução	Descrição
<i>Seiri</i>	Organizar	Descartar itens supérfluos, manter itens de acordo com sua frequência de utilização
<i>Seiton</i>	Armazenar	Organizar para reduzir e identificar o desperdício
<i>Seiso</i>	Limpar	Manter o local de trabalho permanentemente limpo
<i>Seiketsu</i>	Padronizar	Desenvolver um local de trabalho consistentemente organizado
<i>Shitsuke</i>	Sustentar	Um sistema para manter em andamento os primeiros 4S

Fonte: Adaptado de Graban (2013).

O gerenciamento visual possibilita, através de recursos gráficos e visuais, a apresentação de informações de maneira simples e prática com o propósito de tornar o fluxo de processos mais ágil e menos propenso a erros. O HU-Univasf gerencia visualmente suas informações por meio de Painel de Gestão à Vista e do Protocolo de Manchester. O Hall e o setor de Bloco Cirúrgico apresentam Painel de Gestão à Vista onde constam os dados dos principais indicadores monitorados pela Unidade de Planejamento como a Taxa de Ocupação Hospitalar, a Taxa de Infecção Geral do Hospital, entre outros.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 25 de 79

O Protocolo de Manchester é outra ferramenta de gestão visual seguida pelo hospital. O Protocolo de Manchester classifica o risco do paciente pelo grau de emergência na triagem e tem como objetivo mostrar visualmente o estado de gravidade do paciente através da classificação de cinco cores onde o paciente pode aguardar de 0 a 4 horas pelo seu atendimento.

9.5 Ações para abordar riscos e oportunidades

Com base no Planejamento Estratégico e na Política de Qualidade, os objetivos foram estabelecidos e formalizados aos setores/processos, de forma que os mesmos possibilitem a geração e mensuração de indicadores e, a partir da gestão destes, os riscos positivos sejam maximizados e os riscos negativos sejam minimizados.

9.6 Plano Diretor Estratégico (PDE)

O Planejamento Estratégico relaciona-se com os objetivos de longo prazo da organização e de como alcançá-los. Em outras palavras, consiste em elaborar, com base na missão e valores da empresa, um Plano de Ação e de Metas com o objetivo de garantir a qualidade, aumentar a competitividade e seu grau de resolutividade, oferecendo uma visão de futuro.

Ao ser elaborado, o PDE do HU-Univasf passou por diversas etapas e teve como resultado 23 ações estratégicas e 129 atividades a serem executadas no biênio de 2017-2018. Basicamente, as etapas de construção do PDE de qualquer organização são: Análise do contexto a qual está inserida; Definição de missão, visão e valores; Construção da Matriz FOFA (análise dos pontos fortes e fracos, oportunidades e ameaças); Identificação dos macroproblemas; e Execução de Plano de Ação para solucioná-los.

A Identidade Organizacional de uma empresa é formada pela definição da sua missão, visão e valores. A missão da organização refere-se aos seus objetivos institucionais, aos motivos pelos quais foi criada e representa a sua razão de ser. A missão deve responder ao *ôporquê* da organização existir de forma clara, sintética e compreensiva.

A visão é o objetivo da organização. É aquilo que se espera ser em um determinado espaço de tempo. A visão descreve o que a organização quer realizar objetivamente nos próximos anos de sua existência.

Manual da Qualidade	Padrão nº: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão nº 0	Página 26 de 79

Já os valores são princípios que servem de guia para os comportamentos, atitudes e decisões dos colaboradores em geral, no exercício das suas responsabilidades. Representam os princípios éticos que norteiam todas as suas ações.

A matriz FOFA é análise das forças e fraquezas (ambiente interno), oportunidades e ameaças (ambiente externo). Por oportunidade, entende-se a força ou variável incontrolável pela organização que pode favorecer as suas estratégias. Ao ser identificada, a oportunidade deve ser aproveitada da melhor forma em benefício da organização. As ameaças são os elementos negativos, ou seja, continuam sendo uma força incontrolável pela organização, e criam obstáculos à sua estratégia; no entanto, poderão ser evitadas quando conhecidas a tempo de serem administradas.

Em relação ao ambiente interno, as forças (ou pontos fortes) são características ou recursos disponíveis da organização que facilitam a obtenção de resultados. Em tese, é uma variável controlável, pois a organização pode agir sobre o problema ou situação. As fraquezas (ou pontos fracos) são as características ou as limitações da organização que dificultam a obtenção de resultados. Também é uma variável controlável, porque a organização pode agir sobre o problema ou situação, na tentativa de resolvê-lo.

Após o conhecimento dos macroproblemas e seus nós críticos, é necessário um Plano de Ação (5W2H) para solucioná-los. A partir dessa etapa, as ações estratégicas são elaboradas e acompanhadas sistematicamente. O HU-Univasf monitora diversos indicadores de desempenho que apontam se o processo está de acordo com o planejado e que servem de apoio na tomada de decisão dos administradores.

9.7 Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH)

De acordo com a Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, as instituições hospitalares criarão Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) com o objetivo de garantir a qualidade da gestão das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e dos leitos de retaguarda. No HU-Univasf, o NAQH está em funcionamento desde 2015 e é composto por:

I - coordenador da Urgência/Emergência;

Manual da Qualidade	Padrão nº: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão nº 0	Página 27 de 79

II - coordenador da UTI;

III - coordenadores das Unidades de internação;

IV - coordenador da central de internação do hospital; e

V - representante do gestor local.

Os Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar têm as seguintes competências:

I - garantir o uso dinâmico dos leitos hospitalares, promovendo a interface com as Centrais de Regulação de urgência e internação;

II - promover a permanente articulação entre a unidade de urgência e as unidades de internação;

III - monitorar o tempo de espera para atendimento na emergência e para internação;

IV - propor mecanismos de avaliação por meio de indicadores clínicos e administrativos;

V - propor e acompanhar a adoção de protocolos clínicos;

VI - acompanhar o processo de cuidado do paciente, visando ao atendimento no local mais adequado às suas necessidades;

VII - articular o conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como as equipes multiprofissionais, garantindo a integralidade do cuidado intra-hospitalar;

VIII - manter a vigilância da taxa média de ocupação e da média de permanência;

IX - garantir uso racional, universal e equitativo dos recursos institucionais, por meio do controle sobre os processos de trabalho;

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 28 de 79

X - atuar junto às equipes na responsabilização pela continuidade do cuidado, por meio da articulação e encaminhamento aos demais serviços da rede;

XI - monitorar o agendamento cirúrgico, com vistas à otimização da utilização das salas;

XII - agilizar a realização de exames necessários;

XIII - definir critérios de internação e alta; e

XIV - responder às demandas do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e Comitê Gestor Estadual da Rede de Atenção às Urgências.

9.7 Unidade de Comunicação Social

O HU-Univasf determina juntamente com as partes interessadas as comunicações internas e externas relevantes para o SGQ e a sua **Política de Comunicação Interna e Externa** está sendo elaborada pela Unidade de Comunicação do HU-Univasf.

O HU-Univasf tem como meios de comunicação: correio eletrônico, memorando, ofícios, atas de reunião, site institucional (<http://www.ebserh.gov.br/web/hu-univasf>) onde são encontradas diversas informações sobre o hospital como principais notícias, histórico, portal de transparência, etc. O *hall* do HU ainda conta com quadro de avisos e *banners*. A Unidade de Comunicação Social tem como responsabilidade ajudar na divulgação deste manual internamente.

10. APOIO

10.1 Recursos

10.1.1 Generalidades

A governança do HU-Univasf está comprometida em proporcionar os recursos necessários para atingir os objetivos de satisfação dos usuários e atendimento dos seus

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 29 de 79

requisitos, através da implantação do SGQ. Os recursos devem ser destinados à elaboração e impressão de material, consultorias e, principalmente, a certificação de qualidade do hospital.

10.1.2 Pessoas

O provimento de pessoas no HU-Univasf é feito através de concurso público. Em 2017, foi realizado um plano de reestruturação em relação ao dimensionamento de pessoal.

O Programa Crescer com Competência, seguido por todos hospitais vinculados à EBSEH, visa desenvolver seus profissionais para que desempenhem suas atividades com qualidade, tendo como referência as metas organizacionais, para obter resultados que atendam às expectativas dos usuários dos serviços de saúde. É através desse programa que o empregado terá a pontuação da sua avaliação anual de desempenho, requisito básico para a participação nos processos de movimentação e de progressão da empresa.

11. INFRAESTRUTURA

O HU-Univasf determina, provê e mantém a infraestrutura necessária para conformidade dos requisitos. A infraestrutura é mantida pela Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar (DLIH), juntamente com o Setor de Logística e Infraestrutura Física. A solicitação de manutenção de equipamentos e outros serviços referentes à infraestrutura é feita através do Sistema de Gerenciamento de Demandas (SGD).

O HU-Univasf conta com dois prédios, sendo que o prédio principal é o hospital, localizado na Avenida José de Sá Maniçoba, s/n°. ó Centro ó Petrolina/PE, CEP 56304-205 e o outro a Policlínica na Rua André Vidal de Negreiros, s/n°. - Maria Auxiliadora, Petrolina - PE, CEP 56330-460.

No que tange à estrutura física, o HU-Univasf conta com 129 leitos, sendo 111 destinados ao internamento de pacientes clínicos/cirúrgicos e 18 leitos na Unidade de Terapia Intensiva/UTI. Do total de leitos, 37 são da especialidade traumato-ortopedia.

Quanto aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, o hospital dispõe do serviço de radiologia, tomografia computadorizada, arcos em c (intensificador de imagens),

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 30 de 79

ultrassonografia, vídeo-cirurgias, patologia clínica, eletrocardiografia, ecocardiografia, endoscopias digestivas, angiorradiologia e anatomia patológica, entre outros.

O hospital possui o serviço de urgência dispondo de sala de acolhimento, com classificação de risco, de acordo com Protocolo de Manchester, sendo a sala de emergência, equipada para o atendimento médico imediato em casos de urgência; a sala de cuidados intermediários, preparada para o atendimento de pacientes em estado crítico com permanência e resolução em até 72 horas; a sala de observação da urgência e emergência, responsável, preferencialmente, para atendimento de pacientes de urgência relativa e encaminhamento para especialidades; e sala de medicação, onde são atendidos os pacientes em nível ambulatorial, com áreas de procedimentos médicos e de enfermagem, como eletrocardiograma ó ECG, passagem de sonda, medicação e nebulização. O pronto socorro do hospital dispõe, ainda, de sala de gesso, sala de higienização e uma pequena sala de procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade.

O bloco cirúrgico conta com seis salas montadas para cirurgias de média e alta complexidade, além de sala de recuperação pós-anestésica, com seis leitos.

12. COMPETÊNCIA, TREINAMENTO E CONSCIENTIZAÇÃO

12.1 Treinamento e Desenvolvimento

As pessoas que executam atividades que afetam a conformidade com os requisitos dos serviços realizados pelo HU-Univasf são competentes com base em educação, treinamento, habilidade e experiência e devem estar conscientes quanto à pertinência e importância de suas atividades e de como elas devem contribuir para atingir os objetivos da qualidade. O HU-Univasf investe anualmente em treinamentos internos e externos na capacitação de seus colaboradores e formação profissional para uma determinada atividade cooperativa.

A gestão da competência e a eficácia das ações de treinamento interna e externa são realizadas pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) e pela Divisão de Gestão de Pessoas (DivGP). Uma das competências da DivGP é o aperfeiçoamento e desenvolvimento de recursos humanos.

O NEP é um núcleo permanente, intersetorial e multidisciplinar relacionado às ações de educação permanente em saúde e desenvolve atividades de educação que abrangem cursos, palestras e seminários de capacitação aos empregados. O núcleo atua no levantamento

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 31 de 79

das necessidades e demandas de ofertas de formação e qualificação profissional e na promoção de ações de educação permanente em serviço, para o desenvolvimento e aprimoramento do público interno.

12.2 Treinamento de Integração

O programa de Treinamento de Integração visa estreitar os laços com o novo colaborador de modo mais ágil, facilitando, assim, o processo de adaptação. Esse treinamento também disponibiliza um espaço para compartilhamento de conhecimento e integração. O programa objetiva:

- Integrar o novo colaborador à cultura organizacional do HU-Univasf, transmitindo-lhe a missão, visão e os valores do hospital;
- Informar as normas e procedimentos organizacionais;
- Facilitar a adaptação e o relacionamento interpessoal do colaborador com os diversos setores.

12.3 Competência

Desde o primeiro dia de gestão Ebserh no HU-Univasf, há o efetivo desenho de metas e ações estratégicas para a melhoria dos processos internos e dos serviços ofertados para a população do Vale do São Francisco. O HU-Univasf vem atuando em duas frentes: na elaboração de metas e ações estratégicas, na Unidade de Planejamento, e no desenvolvimento do Programa Gestão do Desempenho por Competências (GDC), na Divisão de Pessoas.

O GDC pode ser compreendido como um processo que envolve o colaborador e sua chefia imediata, voltado para o acompanhamento do desenvolvimento de suas competências e de suas entregas, visando, assim, tanto otimizar o desempenho do indivíduo, a partir da aplicação de suas capacidades e potenciais, quanto alcançar os resultados organizacionais e atender às necessidades dos usuários dos serviços de saúde.

12.4 Conscientização

Para que o SGQ seja mantido e eficaz, é necessário que todos os colaboradores do HU-Univasf estejam conscientes sobre sua contribuição para a eficácia do sistema e os benefícios

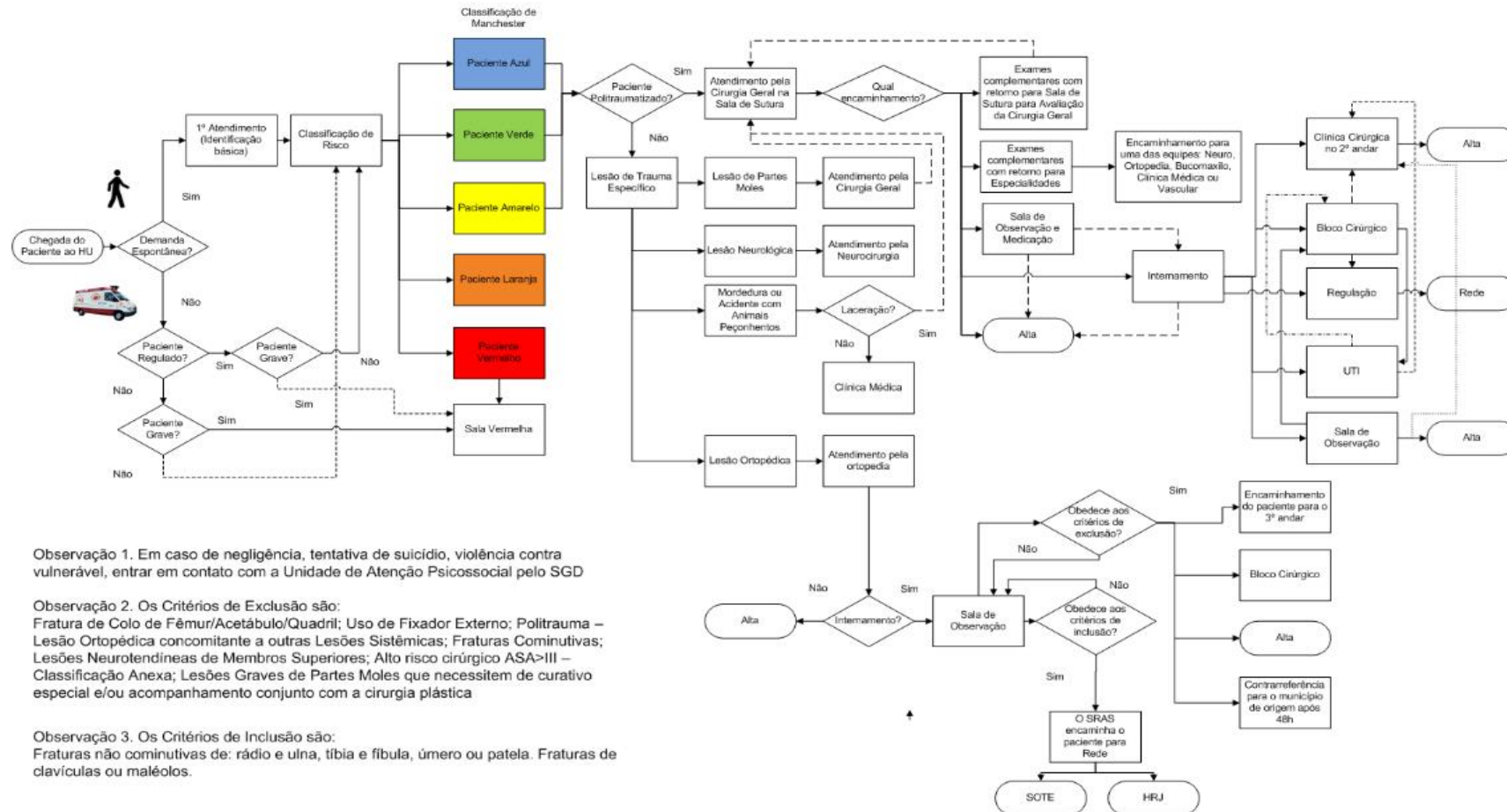
Manual da Qualidade	Padrão nº: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão nº 0	Página 32 de 79

do seu desempenho. Durante o treinamento de integração citado no item 12.2, após a aprovação deste manual, todos os colaboradores deverão ser informados sobre a Estratégia do hospital, Política da Qualidade, Objetivos da Qualidade, Requisitos do usuário, e demais ferramentas da qualidade, como a necessidade de melhorias e as implicações de não conformidades com os requisitos do SGQ.

Sempre que o Planejamento Estratégico do HU-Univasf for revisado, deverá ser realizado um treinamento de conscientização para todos os gestores e, em seguida, os para suas equipes.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001
	Estabelecido em: 20/03/18
	Revisão n° 0

FLUXOGRAMA DA LINHA DE CUIDADO DO TRAUMA PARA OS PACIENTES CLASSIFICADOS COMO AZUL, VERDE E AMARELO



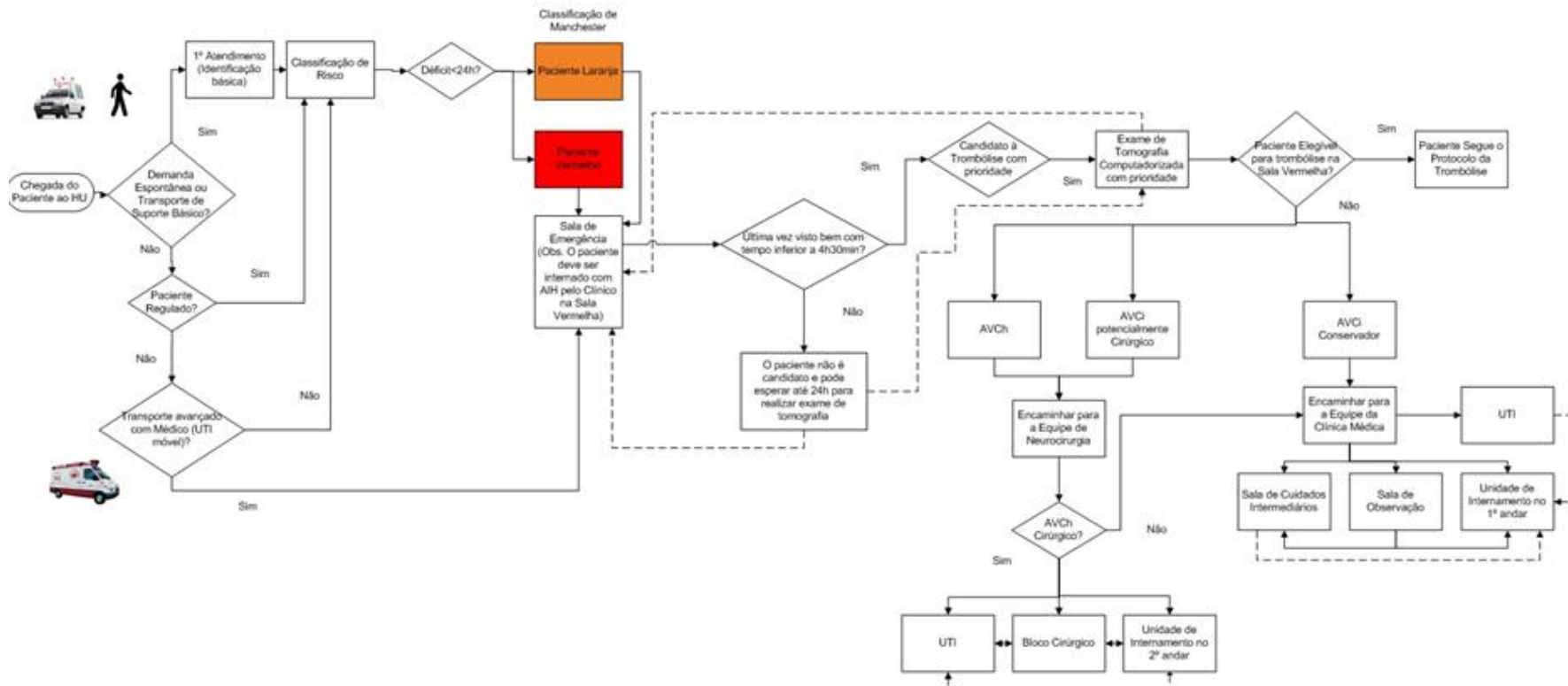
Observação 1. Em caso de negligência, tentativa de suicídio, violência contra vulnerável, entrar em contato com a Unidade de Atenção Psicossocial pelo SGD

Observação 2. Os Critérios de Exclusão são:
Fratura de Colo de Fêmur/Acetábulo/Quadri; Uso de Fixador Externo; Politrauma – Lesão Ortopédica concomitante a outras Lesões Sistêmicas; Fraturas Cominutivas; Lesões Neurotendíneas de Membros Superiores; Alto risco cirúrgico ASA>III – Classificação Anexa; Lesões Graves de Partes Moles que necessitem de curativo especial e/ou acompanhamento conjunto com a cirurgia plástica

Observação 3. Os Critérios de Inclusão são:
Fraturas não cominutivas de: rádio e ulna, tíbia e fíbula, úmero ou patela. Fraturas de clavículas ou maléolos.

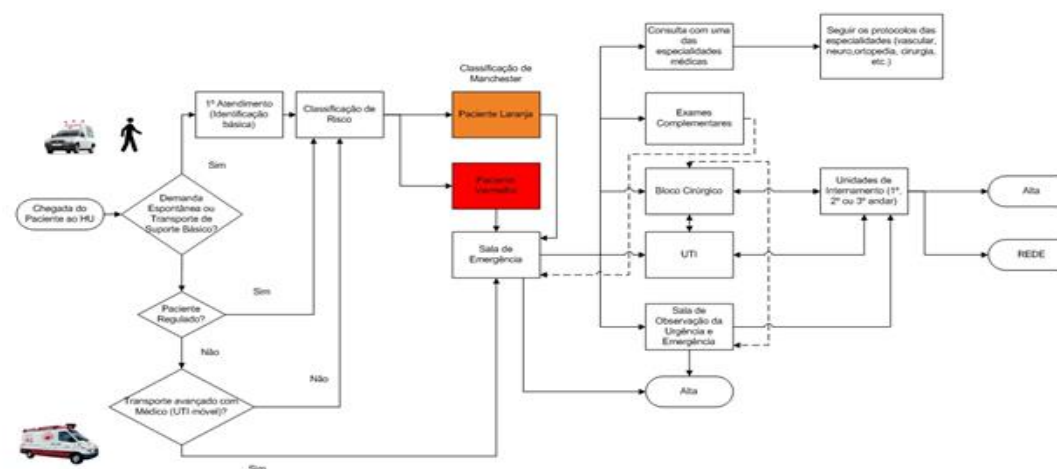
Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001
	Estabelecido em: 20/03/18
	Revisão n° 0

FLUXOGRAMA DA LINHA DE CUIDADO AVC PARA OS PACIENTES CLASSIFICADOS COMO LARANJA OU VERMELHO



Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 35 de 79

FLUXOGRAMA DA LINHA DO CUIDADO DO TRAUMA PARA OS PACIENTES CLASSIFICADOS COMO LARANJA OU VERMELHO



Observação 1. Em situações de suspeita ou confirmação de violência ou negligência contra vulnerável (criança, adolescente, mulher, pessoa com deficiência e idoso), tentativa de suicídio e comunicação de más notícias/óbito, entrar em contato com a Unidade de Atenção Psicossocial pelo SGD ou presencialmente no Serviço Social da Emergência, no horário de funcionamento (diariamente, das 07 às 19 horas). Todos os casos devem ser notificados na ficha do SINAN e/ou acionar o NEPI.

Observação 2. Perfis Cirúrgicos da Ortopedia do HU-Univasf:
Fratura de Colo de Fêmur/Acetábulo/Quadri; Uso de Fixador Externo; Politrauma – Lesão Ortopédica concomitante a outras Lesões Sistêmicas; Fraturas Cominutivas; Lesões Neurotendíneas de Membros Superiores; Alto risco cirúrgico ASA>III – Classificação Anexa; Lesões Graves de Partes Moles que necessitem de curativo especial e/ou acompanhamento conjunto com a cirurgia plástica

Observação 3. Perfis Cirúrgicos da Ortopedia do HU-Univasf para Contrarreferência:
Fraturas não cominutivas de: rádio e ulna, tibia e fibula, úmero ou patela. Fraturas de clavículas ou maléolos.

Observação 3. O paciente que ficar por mais de 12h na Sala de Emergência deve ser internado

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 36 de 79

13. OPERAÇÃO

13.1 Planejamento e controle operacionais

O HU-Univasf identificou e planejou todos os seus processos, assegurando que estes são executados sob condições controladas para satisfazer as partes interessadas, incluindo:

- Mapeamento de processos e definição dos critérios de aceitação dos serviços por meio dos requisitos dos usuários;
- Procedimentos Sistêmicos e Procedimentos Operacionais Padrão devidamente documentados;
- Critérios claros de execução dos serviços operacionais assistenciais e administrativos;
- Monitoramento e controle de parâmetros adequados de processos e de serviço;
- Registros necessários para evidenciar que os processos e os serviços atendem aos requisitos especificados.

A adequação das saídas dos processos é avaliada de diversas formas, sendo por meio de monitoramento de indicadores, gerenciamento de produtos não conformes, controles internos dos processos e auditorias internas do sistema de gestão da qualidade.

14. REALIZAÇÃO DO SERVIÇO

14.1 Requisito para serviços

14.2 Planejamento da realização do serviço

A organização planeja e desenvolve os processos necessários para a realização do serviço. Os procedimentos levam em conta, quando apropriado:

- a) Os objetivos da qualidade e requisitos dos serviços;
- b) Necessidade de estabelecer processos e documentos e prover recursos específicos para os serviços;
- c) A verificação, validação, monitoramento, medição, inspeção para os serviços;
- d) Os registros necessários para fornecer evidência de que os processos de realização e os serviços atendem aos requisitos.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 37 de 79

14.3 Processos Relacionados aos Usuários

A ouvidoria, espaço de participação social, permite a cooperação ativa dos cidadãos/usuários no controle da qualidade dos serviços. Por meio deste canal, os cidadãos encontram respostas sobre questões que estão impactando na qualidade do atendimento que estão recebendo.

A ouvidoria do HU-Univasf realiza pesquisa de satisfação com os usuários e faz um levantamento mensal das reclamações, solicitações, sugestões, elogios e denúncias recebidas.

Como uma das medições de desempenho do SGQ, o HU-Univasf realiza, por meio do canal de ouvidoria, pesquisas anuais de satisfação dos usuários que têm por objetivo avaliar a opinião destes sobre os serviços oferecidos pela Instituição. A pesquisa tem como resultados: índice de satisfação ao conforto nas recepções; índice de satisfação em relação à higienização; índice de satisfação relacionado às instalações da área de atendimento médico; índice de satisfação relacionado ao atendimento da recepção, etc. Ainda, a ouvidoria recebe elogios, sugestões, denúncias, reclamações, solicitações e dúvidas. Essas informações são subsídio para análise e tomada de decisão por toda a gestão e são divulgadas no site e email institucional.

- **Índice de Satisfação quanto à Infraestrutura:** busca compreender a satisfação dos usuários no primeiro contato com as instalações da Unidade Hospitalar.
- **Índice de Satisfação quanto ao atendimento:** investiga a satisfação dos pacientes em relação ao seu atendimento desde a recepção a equipe assistencial.
- **Índice de Satisfação quanto a avaliação geral:** busca compreender a satisfação geral dos usuários (atendimento, higiene, instalações, etc).
- **Índice de Satisfação quanto a indicação:** avalia se os usuários do hospital o indicariam para outras pessoas.

14.4 Comunicação com o usuário

O HU-Univasf tem canais de comunicação com seus usuários sendo eles:

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 38 de 79

a) Informações gerais sobre o HU-Univasf:

Site institucional: www.ebserh.gov.br/web/hu-univasf

Telefones: Recepção policlínica (87) 2101-6585; (87) 2101-6514

b) Canal de ouvidoria

Telefone: (87) 2101-6519

O hospital também está presente nas mídias sociais:

c) **Facebook:** www.facebook.com/huunivasf

d) **Instagram:** @huunivasf

e) **Flickr:** www.flickr.com/huunivasf

14.5 Processos de Aquisição

Por ser gerido por uma empresa pública federal, o HU-Univasf adquire seus materiais e equipamentos e avalia fornecedores através da Lei n° 8666 ó Lei de Licitações e Contratos Administrativos. As informações de caráter público relativas a esse processo estão disponíveis no site institucional, <http://www.ebserh.gov.br/web/hu-univasf>, na área ãAcesso à Informaçãoö.

14.6 Controle de produção e de provisão do serviço

Todos os serviços realizados pelo HU-Univasf, em todas as modalidades, em conformidade com o padrão definido pelas ferramentas do SGQ. A partir do mapeamento de processo, todas as principais atividades críticas foram descritas em procedimentos e estes consideraram os requisitos regulamentares, as expectativas das partes envolvidas, a necessidade de infraestrutura e pessoas designadas e competentes.

Todo o processo é monitorado por meio do desempenho dos indicadores, gestão das não conformidades entre processos e auditorias internas.

Manual da Qualidade	Padrão nº: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão nº 0	Página 39 de 79

15. AVALIAÇÃO E DESEMPENHO

15.1 Monitoramento, medição, análise e avaliação

15.1.1 Generalidades

O HU-Univasf implementou ferramentas necessárias para monitoramento, medição, análise e melhoria para demonstrar a conformidade do serviço, assegurar a conformidade do SGQ e métodos incluindo técnicas estatísticas para avaliar dados diversos.

Foi identificada a necessidade da aplicação de técnicas estatísticas requeridas para estabelecimento, controle e verificação da capacidade do processo e das características do serviço. A utilização de técnicas estatísticas também possibilita o monitoramento, medição, análise e melhoria dos processos, demonstrando a conformidade do serviço e do Sistema de Gestão, assim como monitoramento dos indicadores de desempenho da organização.

Todos os serviços executados são monitorados de forma a garantir sua qualidade dentro dos requisitos pré-definidos. O hospital estabelece critérios específicos nos procedimentos descritos para a inspeção dos materiais e serviços considerados críticos. São mantidos registros das respectivas inspeções.

São aplicados métodos para monitorar e medir os processos do Sistema de Gestão da Qualidade. Quando os resultados planejados não são alcançados, são tomadas providências de ajustes, correções e, quando apropriadas, ações corretivas. As melhorias estão relacionadas também a:

- Política da qualidade;
- Objetivos da Qualidade;
- Análise crítica pela Diretoria;
- Reunião periódica com os colaboradores;
- Análise crítica dos indicadores;
- Reuniões periódicas e de integração institucional;
- Indicadores setoriais.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 40 de 79

15.1.2 Análise e avaliação

O HU-Univasf coleta, monitora, acompanha e analisa dados gerados pelos processos a fim de demonstrar a conformidade aos requisitos do SGQ através de:

- Medição do índice da satisfação dos usuários;
- Acompanhamento sistemático das ações e planos estratégicos;
- Análise das não conformidades, ações corretivas e preventivas;
- Auditoria interna.

Diversos dados coletados são analisados criticamente pelo Conselho Executivo e gestores setoriais.

15.1.3 Análise crítica pela direção

As informações obtidas sobre o desempenho do Sistema de Gestão da Qualidade devem ser analisadas pela Diretoria e Gestores em reuniões com periodicidade mínima semestral, para contínua pertinência, adequação e eficácia. Estas análises devem incluir também as avaliações sobre as oportunidades de melhorias, necessidades de mudanças, incluindo a Política da Qualidade e seus objetivos.

15.2 Auditoria interna

O HU-Univasf deve realizar auditoria interna, em períodos planejados, para verificar se o sistema está conformidade com as disposições planejadas, mantidas e implementadas eficazmente. A Auditoria é uma atividade independente, de avaliação e assessoramento aos gestores, no acompanhamento da execução dos programas de governo, visando comprovar o nível de execução das metas, o alcance dos objetivos e a adequação do gerenciamento.

Ainda, o auditor tem algumas das seguintes competências:

- Emitir parecer sobre as contas anuais do hospital;
- Manifestar-se quanto à validade e utilização dos indicadores de desempenho utilizados pelo hospital;
- Comprovar a legalidade da gestão operacional, orçamentária, financeira, patrimonial e contábil do hospital;
- Avaliar os resultados, quanto à eficácia, eficiência e economicidade, da gestão operacional, orçamentária, financeira e patrimonial do hospital;

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 41 de 79

- Elaborar relato gerencial sobre a gestão de áreas essenciais do hospital, por meio da avaliação crítica dos resultados alcançados e do seu desempenho.

15.3 Monitoramento e medição dos processos

Com o propósito de alcançar os resultados planejados, o HU-Univasf monitora e realiza medição dos processos do SGQ por meio dos indicadores, metas e planos estabelecidos, das análises de reclamações e sugestões dos usuários. Quando os resultados planejados não são alcançados, ações corretivas são executadas.

Anualmente, todas as lideranças setoriais apresentam os resultados obtidos de suas ações estratégicas e indicadores (oriundos do planejamento setorial) para análise crítica do Conselho Executivo e demais governança do hospital, durante evento realizado pela Unidade de Planejamento.

15.4 Análise de dados

Dados gerados de resultados do monitoramento e medição são analisados para demonstrar a eficácia do SGQ e melhorar continuamente.

16. REVISÃO E MELHORIA CONTÍNUA

A revisão do SGQ tem como objetivo a constante observação sobre o desempenho e resultados. Essa revisão inclui a avaliação de oportunidades de melhoria a partir da análise da política e dos objetivos, resultados de auditoria, análise de dados, ações corretivas e preventivas. As providências das melhorias contínuas estão evidenciadas nos Planos de Ação, nas atas de reuniões, dentre outros, mantidos pelos setores. A revisão do sistema é feita periodicamente.

Na revisão do SGQ são analisados:

- Resultados de auditorias;
- Retorno da informação dos usuários;
- Desempenho do processo e conformidade do produto;
- Estado das ações preventivas e corretivas;
- Recomendações para melhoria;
- Seguimento das ações resultantes de anteriores revisões pela gestão.

A saída da revisão inclui ações e decisões relativas à:

- Melhoria da eficácia do SGQ e de seus processos;

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 42 de 79

- Melhoria do serviço com requisitos dos usuários;
- Necessidade de recursos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 43 de 79

1. ABNT NBR ISO 9001. Sistemas de Gestão da Qualidade ó Requisitos. ABNT, 2008.
2. ARAUJO, J. J.; PALHARES, S. B. A.; AMARAL, T. M.; CRUZ, L.S., OLIVEIRA, L. C.S.O. Aplicação do Lean Healthcare em um Hospital Público em Petrolina ó PE: Melhoria de Eficiência a partir da Eliminação de Desperdícios. Associação Brasileira de Engenharia de Produção, 2017.
3. AZEVEDO, J.S.F. Análise de Pareto Passo a Passo. Disponível em: <https://www.trf5.jus.br/downloads/Artigo_22_Analise_de_Pareto_Passo_a_Passo.pdf>. Acesso em 23/01/18.
4. BANAS, F. Ferramentas da Qualidade Diagrama de Pareto. Disponível em: <<http://agente.epse.com.br/banasqualidade/qualidade48481315484848.PDF>>. Acesso em 23/01/18.
5. BAZONI, A. A. F.; ZENI, A.; FRANÇA, R.T.; TORRICELLI, T. A.; DAOLIO, R. G. D. Implantação do Diagrama de Ishikawa em uma empresa do segmento de tintas e materiais de construção para solucionar problemas de estocagem e recebimento. Unisepe, 2015.
6. BRUN, T. C. Oportunidade da Aplicação de Ferramentas de Gestão na Avaliação de Políticas Públicas: O Caso da Política Nacional de Resíduos Sólidos para a Construção Civil. UFJF, 2013.
7. GRABAN, M. Hospitais Lean: melhorando a qualidade, a segurança dos pacientes e o envolvimento dos funcionários. Porto Alegre: Bookman, 2013.
8. LAPA, R. Programa de Qualidade 5S. Qualitymark Editora, São Paulo, 1998.
9. LUZES, C.S. A. Implementação da Filosofia do Lean na Gestão dos Serviços de Saúde: O Caso Português. Porto, 2013.
10. Manual de Sistema de Gestão da Qualidade da ULSM. Unidade Local de Saúde de Matosinhos, 2010.
11. Manual da Qualidade do HC/UFTM. Uberaba-MG, 2015.
12. Manual da Qualidade do Instituto de Tecnologia em Fármacos ó Farmanguinhos. Farmanguinhos, 2016.
13. Manual da Qualidade Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. Irmãs Hospitaleiras, 2013.
14. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Brasília-DF, 2012.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 44 de 79

15. Manual da Qualidade da Unimed Norte Capixaba, 2016.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n° 2.395 de 11 de outubro de 2011. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html>. Acesso em: 24/01/18.
17. MOURA, A.; AGOSTINHO, C.; PINHEIRO, D.; TEIXEIRA, E. Análise de pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças (Análise SWOT). Escola Secundária Dr José Afonso, 2011.
18. PEREIRA, M.F. Administração Estratégica. Programa Nacional de Formação em Administração Pública, 2011.
19. SCHNEIDER, V. Implantação da Ferramenta de Qualidade 5S em Empresas de Embalagem de Papelão. Lajeado, 2015.
20. UNIFAP. Planejamento Estratégico. Disponível em: < <http://www2.unifap.br/glauberpereira/files/2015/03/Planejamento-Estrat%C3%A9gico.pdf>>. Acesso em 23/01/18.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 45 de 79

ANEXO 1

Requisitos de Adequação da ONA ó Padrão 1

LIDERANÇAS E ADMINISTRAÇÃO

A presente seção tem por finalidade apresentar as subseções relacionadas ao sistema de governo da Organização, aos aspectos de liderança, diretrizes administrativas, planejamento institucional e relacionamento com o usuário.

Subseções atuais: Direção, Administração e Garantia da Qualidade.

DIREÇÃO

Administração de profissionais que desenvolvem as políticas da Instituição e coordenam a sua execução.

Direção - Nível 1

PADRÃO

A Instituição é conduzida por Diretoria que assegura a continuidade das ações administrativas e assistenciais.

Itens de Orientação

- Responsáveis habilitados da área médica e administrativa (habilitação específica em administração de serviços de saúde ou experiência profissional específica, baseada em evidências, tais como: tempo de serviço, experiência prévia, formação prática supervisionada, residência médica, etc.).
- Permanência de um dos membros da Diretoria, por, no mínimo, seis horas na Instituição em dias úteis, na coordenação das atividades institucionais.

ADMINISTRAÇÃO

Área ou unidade que responde pelo gerenciamento dos recursos financeiros, materiais e humanos da Instituição.

Administração - Nível 1

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 46 de 79

PADRÃO

A Instituição dispõe de responsável habilitado ou capacitado para a administração e gerência dos processos de armazenamento, de pessoal e financeiro. As áreas e infraestrutura disponíveis são compatíveis com a missão e com os serviços oferecidos.

Itens de Orientação

- Profissional habilitado ou com capacitação compatível.
- Serviço de pessoal com todos os registros dos funcionários e suas habilitações específicas.
- Processos de aquisição, distribuição e controle dos insumos e recursos materiais duráveis, bem como registros, manejo e gerenciamento de bens.
- Processos de administração dos recursos financeiros, cobrança e controle orçamentário geral.
- Instalações físicas e processos compatíveis com a capacidade instalada e os serviços oferecidos.

GARANTIA DA QUALIDADE

Corresponde às atividades destinadas a avaliar e garantir a qualidade dos serviços oferecidos internamente e externamente.

Garantia da Qualidade - Nível 1

PADRÃO

A Organização desenvolve atividades destinadas a avaliar a qualidade do atendimento, contando com grupo multiprofissional, destinado à promoção e incorporação da qualidade nos processos institucionais.

Itens de Orientação

Profissional capacitado em métodos de gestão, para desempenhar as atividades de promoção e incorporação da qualidade nos processos organizacionais.

Comissão, grupo ou secretaria executiva do programa de qualidade, com atuação no ambiente institucional.

Manual da Qualidade	Padrão nº: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão nº 0	Página 47 de 79

SERVIÇOS PROFISSIONAIS E ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Esta seção é dedicada à apresentação das subseções relacionadas à organização de serviços profissionais que prestam assistência direta ao usuário e perpassam todos os serviços de atenção aos usuários: de apoio ao diagnóstico, de apoio técnico, de apoio administrativo, e de ensino e pesquisa, configurando assim, o modelo e a filosofia assistencial e institucional.

Subseções atuais: corpo clínico e enfermagem

CORPO CLÍNICO

Equipe médica responsável pela internação do paciente e pela assistência contínua nas 24 horas, até a sua alta.

Corpo Clínico - Nível 1

PADRÃO

O Corpo Clínico conta com uma direção médica que supervisiona as ações assistenciais prestadas pela equipe médica, que atua em tempo parcial ou integral em acompanhamento contínuo dos pacientes internados, nas 24 horas.

Itens de Orientação

- Corpo Clínico e organizado.
- Responsável Técnico pela assistência médica, que supervisiona as decisões sobre diagnóstico e tratamento, e assume a responsabilidade final pela conduta adotada.
- Médico assistente designado para cada grupo de pacientes.
- Relação dos médicos contratados e credenciados.
- Escala de médicos de plantão ativo ou à distância.
- Pacientes com conhecimento do nome do médico que lhes assiste e informados sobre o seu diagnóstico e procedimentos a realizar ou realizados.
- Continuidade do atendimento ao paciente (visita, prescrições e evoluções médicas).

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 48 de 79

- Registros no prontuário do paciente de todos os atendimentos realizados.
- Prontuários completos, legíveis e assinados com a respectiva identificação.

ENFERMAGEM

O serviço de Enfermagem compreende: previsão, organização e administração de recursos para prestação de cuidados aos pacientes, de modo sistematizado, respeitando os preceitos éticos e legais da profissão.

Enfermagem - Nível 1

PADRÃO

O serviço possui Responsável Técnico habilitado; os procedimentos e controles dos pacientes internados são registrados no prontuário; a distribuição da equipe consta de escala de acordo com a habilitação requerida, ajustada às necessidades do serviço.

Itens de Orientação

- Responsável Técnico habilitado.
- Supervisão contínua e sistematizada por profissional habilitado, nas diferentes áreas.
- A chefia do serviço coordena a seleção e dimensionamento da equipe de Enfermagem.
- Número de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem adequado às necessidades de serviço.
- A escala assegura a cobertura da assistência prestada e a disponibilidade de pessoal nas 24 horas em atividades descontinuadas.
- Registro em prontuário dos procedimentos relativos à prescrição médica, à enfermagem e a controles pertinentes.
- Registros de Enfermagem no prontuário do usuário completos, legíveis e assinados.

SERVIÇO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001
	Estabelecido em: 20/03/18
	Revisão n° 0

A Seção denominada de Serviços de Atenção ao Usuário, tem por finalidade agrupar todas as unidades e serviços tipicamente assistenciais, com características de contato direto com o usuário, processo ou serviço médico assistencial desenvolvido, equipe multiprofissional e interdisciplinar envolvida, conjunto de insumos e espaço(s) institucional específico(s) a seus respectivos processos.

Subseções atuais: Internação; Referência e Contrarreferência; Atendimento Ambulatorial; Emergência; Centro Cirúrgico; Anestesiologia; Obstetrícia; Neonatologia; Tratamento Intensivo; Hemoterapia; Reabilitação; Medicina Nuclear; e Radioterapia.

INTERNAÇÃO

Prestação de atendimento a pacientes que necessitam de assistência direta programada ou não, por período superior a 24 horas.

Internação - Nível 1

PADRÃO

A Instituição conta com instalações adequadas para a atenção e cuidados aos usuários/pacientes, dispendo de Responsável Técnico habilitado para a condução do serviço. As áreas apresentam condições de conforto e segurança que contribuem para a boa assistência prestada por profissionais habilitados.

Itens de Orientação

- Habilitação do Responsável Técnico.
- O responsável Técnico coordena equipe de profissionais com habilitação adequada ou com capacitação específica.
- Os pacientes dispõem de um profissional médico responsável pela assistência, desde a internação até a alta.
- Os pacientes dispõem de algum sistema de comunicação próximo ao leito para chamar a equipe de Enfermagem.
- Precauções padronizadas e rotina para isolamento do usuário.
- Pontos de oxigênio, ar comprimido e vácuo próximo ao leito.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 50 de 79

- Materiais e equipamentos básicos para o atendimento em situações de emergência e em local de fácil acesso.
- As portas dos banheiros permitem a passagem de cadeiras de banho ou de rodas.
- As portas dos banheiros se abrem para o interior do quarto ou são escamoteáveis.
- Os banheiros possuem barras de apoio para os pacientes e meios para a comunicação com a Enfermagem.
- Quartos e enfermarias com iluminação e ventilação natural adequada.
- Armários, similares ou sistema de guarda de pertences para uso do usuário.
- Respeito à privacidade do paciente.
- Condições de lavagem simples e antissepsia das mãos nos quartos, enfermarias e/ou corredores.
- Programa de manutenção preventiva dos equipamentos.
- Sistema de referência (interno ou externo) para o encaminhamento dos casos de alto risco e/ou que superem a capacidade resolutive do serviço.

REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Processo de articulação com outras Instituições de Saúde para o encaminhamento, transferência e recepção (contrarreferência) de usuário.

Referência e Contrarreferência - Nível 1

PADRÃO

A Instituição dispõe de uma lista de serviços para os quais pode transferir os casos que superam a capacidade resolutive da unidade, dispondo dos meios de transporte adequados, conforme o risco clínico dos usuários.

Itens de Orientação

- Equipe habilitada para acompanhar o usuário/paciente, quando necessário.
- Meios de transporte (próprio ou contratado) para a realização de transferências.
- Meios de transporte equipados adequadamente para a realização de transferências.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 51 de 79

- Relação de serviços e/ou centros de referência em especialidades, para os quais devem ser transferidos os casos em que a Instituição não tenha capacidade resolutive.
- Sistema de comunicação que assegure as transferências e agilidade dos mecanismos utilizados nos contatos entre os médicos e serviços.
- Informações sobre os usuários na ficha de atendimento médico que oriente a continuidade do tratamento, tais como: resumo clínico, diagnóstico, resultado dos exames realizados, condutas executadas e o motivo da transferência.
- Programa de manutenção preventiva para meio de transporte e equipamentos.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Prestação de atendimento eletivo e de assistência a usuários externos, programado e continuado.

Atendimento Ambulatorial - Nível 1

PADRÃO

A Instituição oferece assistência ambulatorial; conta com área física própria para a atividade; tem processo de agendamento definido e recursos humanos e materiais adequados para o modelo de assistência proposto.

Itens de Orientação

- Habilitação da equipe de assistência ambulatorial.
- Médico no local durante o horário de funcionamento para atendimento de consultas novas e subseqüentes.
- Sistema de agendamento por especialidade constando: frequência, duração e distribuição das consultas.
- Material, instrumental e equipes para a execução dos procedimentos, de acordo com o perfil de demanda e o modelo assistencial.
- Consultórios e horários disponíveis, adequados ao perfil de demanda.
- Área de cirurgia ambulatorial de circulação restrita.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 52 de 79

- Consultórios com condições de lavagem simples e antissepsia das mãos, ventilação e iluminação adequadas.
- Precauções padronizadas e rotina para isolamento do usuário.
- Condições técnicas para atendimento às emergências (materiais e medicamentos).
- Condições de internação hospitalar em situações de emergência.
- Estrutura para atendimento a grupos especiais (casos de agressão física, moral, psicológica, etc.).
- Orientações ao usuário sobre os procedimentos a que será submetido.
- Programa de manutenção preventiva dos equipamentos.

EMERGÊNCIA

Prestação de atendimento imediato a usuários externos em situação de sofrimento, sem risco de perda da vida (urgência) ou com risco de perda da vida (emergência), durante 24 horas.

Emergência - Nível 1

PADRÃO

O serviço conta com equipe multiprofissional habilitada de plantão ativo, para o atendimento das emergências, funcionando em um local de uso exclusivo, dispendo de elementos de área física para as diferentes atividades de apoio diagnóstico e terapêutico, incluindo radiologia, laboratório, hemoterapia e outras especialidades, conforme o modelo assistencial e o perfil de demanda do serviço.

Itens de Orientação

- Equipe multiprofissional habilitada.
- Equipe treinada para atendimento em urgência/emergência.
- Escala de plantão de médicos e equipe de enfermagem destinados ao atendimento de emergência e sua distribuição nas 24 horas.
- Escala dos profissionais das especialidades, com cobertura para todos os dias da semana.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 53 de 79

- Pacientes com acesso garantido ao centro cirúrgico, nas primeiras 24 horas.
- Registro das ações assistenciais dos pacientes em observação.
- Equipamentos, medicamentos e materiais compatíveis com a estrutura do serviço de emergência.
- Local exclusivo, com acesso independente, espaços diferenciados para consultas, procedimentos e área de observação individualizada, com fonte de oxigênio, ar comprimido e vácuo.
- Locais de atendimento com condições de lavagem simples e antissepsia das mãos, ventilação e iluminação adequadas.
- Precauções padronizadas e rotina para isolamento do usuário.
- Acompanhantes ou responsáveis são informados sobre a situação e estado geral do usuário assistido.
- Local para descanso noturno dos plantonistas.
- Sistema de comunicação e articulação com a autoridade judiciária para casos específicos.
- Programa de manutenção preventiva dos equipamentos.

CENTRO CIRÚRGICO

Unidade destinada ao desenvolvimento de atividades cirúrgicas, bem como a recuperação pós-anestésica e recuperação pós-operatória imediata.

Centro Cirúrgico - Nível 1

PADRÃO

O serviço dispõe de área adequada com circulação restrita, destinada ao atendimento cirúrgico eletivo e de emergência; dispõe de equipamentos e instalações adequados; conta com equipe multiprofissional completa e habilitada.

Itens de Orientação

- Equipe multiprofissional habilitada.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 54 de 79

- Programa diário de cirurgias e definição dos critérios para atendimento de emergência cirúrgica homologados pelo Médico Responsável.
- Enfermeiro responsável elabora o programa de cirurgias, prevê recursos, acompanha e registra os procedimentos.
- Escala de profissionais adequada à programação cirúrgica e recuperação pós-anestésica, e que contemple as emergências.
- Medicamentos e correlatos, equipamentos e instalações adequados aos procedimentos cirúrgicos.
- Estrutura adequada para a recuperação pós-anestésica.
- Normas de limpeza e desinfecção do Centro Cirúrgico.
- Procedimentos de antisepsia do paciente no Centro Cirúrgico.
- Acionamento das torneiras sem o uso das mãos.
- Local específico para a guarda de equipamentos.
- Vestiários, paramentação e uso de EPIs apropriados para o serviço.
- Programa de manutenção preventiva dos equipamentos.
- Sistema de documentação e registros correspondentes aos procedimentos do Centro Cirúrgico.
- Cumprimento das normas da Comissão de Controle de Infecção.

ANESTESIOLOGIA

Serviço que atua junto ao centro cirúrgico, unidades de obstetrícia, serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento especializado.

Anestesiologia - Nível 1

PADRÃO

O serviço possui profissionais habilitados para executar procedimentos anestésicos com segurança; a infraestrutura do Centro Cirúrgico garante os equipamentos básicos necessários para o desenvolvimento desta tarefa; o profissional anestesista registra todas as fases do ato anestésico.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 55 de 79

Itens de Orientação

- Profissionais habilitados.
- Consulta pré-anestésica registrada.
- Ficha anestésica preenchida.
- Escala de anestesistas para atender a programação cirúrgica.
- Relação de anestesistas, organizados por plantões ativos ou a distância, para cada dia da semana e mecanismos de contato e localização.
- Equipamentos e instalações adequados aos procedimentos do serviço.
- Área destinada à recuperação pós-anestésica do paciente, com infraestrutura adequada e equipe multiprofissional.
- Programa de manutenção preventiva dos equipamentos.
- Cumprimento das normas de controle de infecção.

OBSTETRÍCIA

Serviço destinado ao controle do trabalho de parto, parto, primeiros cuidados com os recém-nascidos, e puerpério.

Obstetrícia - Nível 1

O serviço dispõe de equipe multiprofissional habilitada para o atendimento ao parto; dispõe de locais diferenciados e equipados para os procedimentos relacionados à gestante, puérpera e recém-nascido.

Itens de Orientação

- Equipe multiprofissional habilitada.
- Equipe multiprofissional treinada para a reanimação neonatal.
- Instrução e orientação à mãe do recém-nascido e estímulo ao aleitamento materno.
- Sistema de documentação e registros correspondentes aos procedimentos da assistência obstétrica e ao recém-nascido.
- Relação de obstetras organizados por plantões, ativos ou à distância, para cada dia da semana e mecanismos de contato e localização.

Manual da Qualidade	Padrão nº: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão nº 0	Página 56 de 79

- Relação de profissionais disponíveis, para os casos de intercorrências não obstétricas, e os meios pelos quais podem ser contactados.
- Equipamentos e instalações adequados aos procedimentos de assistência obstétrica e ao recém-nascido. É Programa de manutenção preventiva dos equipamentos.
- Condições de lavagem simples e antisepsia das mãos em consultórios, enfermarias e/ou corredores.
- Precauções padronizadas e rotina para isolamento do usuário.
- Participa de um sistema de referência para encaminhamento dos casos de alto risco e/ou que superem a capacidade resolutive do serviço.

NEONATOLOGIA

Serviço destinado à atenção aos recém-nascidos normais e patológicos, assim como às unidades de terapia intensiva neonatal para recém-nascidos de médio e alto risco.

Neonatologia - Nível 1

O serviço dispõe de estrutura adequada para a atenção aos recém-nascidos normais e patológicos em função do modelo assistencial; conta com Responsável Técnico habilitado para a condução do serviço.

Itens de Orientação

- Equipe multiprofissional habilitada.
- Escala de profissionais, adequada ao modelo assistencial do serviço e que contemple as emergências.
- Sistema de documentação e registros correspondentes aos procedimentos da assistência neonatal.
- Ambiente climatizado, com temperatura controlada e adequada para o atendimento ao recém-nascido normal e ao patológico (UTI neonatal).
- Materiais e medicamentos apropriados para o atendimento ao recém-nato de alto risco.
- Equipamentos e instalações adequadas aos procedimentos neonatológicos.
- Programa de manutenção preventiva dos equipamentos.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 57 de 79

- Condições de lavagem simples e antissepsia das mãos em consultórios, enfermarias e/ou corredores.
- Precauções padronizadas e rotina para isolamento do usuário.
- Cumprimento das normas de controle de infecção.
- Sistema de informação aos familiares.

TRATAMENTO INTENSIVO

É o conjunto de elementos destinados ao atendimento de usuários com risco iminente de morte, com possibilidade de recuperação, que requerem serviços de assistência médica e de enfermagem nas 24 horas.

Tratamento Intensivo - Nível 1

PADRÃO

O serviço possui coordenação médica que articula as diferentes especialidades, com base no plano terapêutico e na atuação da equipe multiprofissional; dispõe de recursos humanos e materiais, equipamentos e medicamentos necessários aos procedimentos de diagnose e terapêutica.

Itens de Orientação

- Responsável Técnico habilitado.
- Equipe multiprofissional habilitada.
- Equipe médica da UTI conta com quadro de especialistas dimensionados conforme o modelo assistencial e o perfil de demanda.
- Equipe médica e de enfermagem exclusiva nas 24h e distribuição em escalas de plantão de acordo com o perfil de demanda e modelo assistencial.
- Equipe de enfermagem sob supervisão sistemática.
- Sistema de documentação e registros correspondentes aos procedimentos da assistência realizada na UTI.
- Distribuição dos leitos com condições de visualização constante dos usuários.
- Sistemática para preservar o ciclo dia/noite dos usuários internados.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 58 de 79

- Respeito à privacidade do paciente.
- Procedimentos para garantir informações aos familiares e aos responsáveis pelo usuário.
- Horário ou política definida para as visitas externas aos pacientes.
- Material, instrumental, medicamentos e correlatos para a execução dos procedimentos, de acordo com o perfil de demanda e o modelo assistencial.
- Condições técnicas para o atendimento às emergências (materiais, medicamentos e equipamentos).
- Oxigênio, ar comprimido e aspiração com saídas individuais para cada leito.
- Disponibilidade imediata e nas 24 horas de recursos relacionados à diagnose e terapêutica, de acordo com o modelo assistencial e o perfil de demanda.
- Estrutura da UTI intermediária e unidade pós-operatória, se houver, similar ao da UTI principal.
- Serviços de apoio disponíveis nas 24 horas.
- Condições de lavagem simples e antissepsia das mãos, acessível inclusive aos visitantes externos (na entrada e saída).
- Programa de manutenção preventiva dos equipamentos.
- Precauções padronizadas e rotina para isolamento do usuário.
- Cumprimento das normas de controle de infecção.

HEMOTERAPIA

Serviço onde se realizam atividades que envolvem práticas relacionadas a transfusão de sangue e hemocomponentes.

Hemoterapia - Nível 1

O serviço de Hemoterapia possui instalações adequadas ao modelo assistencial e ao nível de complexidade da Instituição; dispõe de equipe habilitada para atividades de Hemoterapia; o funcionamento deste serviço está de acordo com as normas e regulamentos correspondentes; existe um relacionamento formal entre o serviço e a Instituição.

Manual da Qualidade	Padrão nº: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão nº 0	Página 59 de 79

Itens de Orientação

- Responsável Técnico habilitado.
- Equipe multiprofissional habilitada.
- Serviço de Hemoterapia habilitado de acordo com as normas e regulamentos vigentes.
- Condições estruturais e operacionais que atendam aos requisitos de segurança para o usuário interno e externo.
- Sistema de documentação e registros de todas as fases do processo hemoterápico.
- Controle de qualidade de produção hemoterápica.
- Condições de lavagem simples e antissepsia das mãos.
- Precauções padronizadas e rotina de controle de infecção.
- Programa de manutenção preventiva dos equipamentos.

MEDICINA NUCLEAR

Corresponde ao serviço que desenvolve suas ações de diagnóstico in vivo e terapias utilizando recursos tecnológicos baseados em radioisótopos.

Medicina Nuclear - Nível 1

O serviço conta com infra-estrutura necessária para as diversas aplicações diagnósticas in vivo dos radioisótopos; conta com profissionais habilitados para a atividade; está de acordo com as normas e regulamentos correspondentes.

Itens de Orientação

- Responsáveis Técnicos habilitados na área médica e em radioproteção.
- Equipe multiprofissional habilitada.
- Obedece às normas de proteção estabelecidas para o trabalho com substâncias radioativas.
- Relatório de avaliação periódica da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN).
- Registros dos procedimentos com radioisótopos.

Manual da Qualidade	Padrão nº: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão nº 0	Página 60 de 79

- Condições estruturais e operacionais que atendam aos requisitos de segurança para o usuário interno e externo, conforme normas e regulamentos do serviço.
- Plano de radioproteção com responsabilidade técnica, aprovado pela autoridade competente.
- Treinamento da equipe para o manejo dos equipamentos e manipulação dos materiais radioativos.
- Sistema de medição de radiação ambiental e pessoal.
- Traçadores radioativos acondicionados em local específico, em conformidade com as normas vigentes.
- Local para gerenciamento dos rejeitos radioativos que assegure a não contaminação e a não exposição.
- Equipamentos e instalações adequados aos procedimentos de Medicina Nuclear e radioproteção.
- Precauções padronizadas e rotinas de controle de infecção.
- Programa de manutenção preventiva dos equipamentos.

RADIOTERAPIA

Unidade destinada ao emprego de raios X e radiações ionizantes com fins terapêuticos.

Desenvolve ações terapêuticas através de: teleterapia, braquiterapia, contatoterapia.

Radioterapia - Nível 1

O serviço de Radioterapia dispõe de Responsável Técnico habilitado, atende aos requisitos legais de segurança para sua atividade e dispõe de estrutura adequada especialmente construída para tal fim, de acordo com as normas correspondentes.

Itens de Orientação

- Responsáveis Técnicos habilitados na área médica radioterapêutica e em supervisão de proteção radiológica.
- Equipe multiprofissional habilitada.
- Sistema de controle de qualidade de acordo com legislação vigente.
- Treinamento sistemático da equipe em radioproteção e segurança ambiental.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 61 de 79

- Equipamentos e instalações adequadas aos procedimentos de radioterapia atendendo às condições estruturais e operacionais dentro dos requisitos de segurança para o usuário interno e externo, conforme normas e regulamentos vigentes.
- Uso de dosímetros pessoais.
- Monitorização ambiental.
- Controle de aferição dos equipamentos.
- Programa de manutenção preventiva dos equipamentos.
- Condições para lavagem simples e antissepsia das mãos.
- Atendimentos às normas de controle de infecção.

REABILITAÇÃO

O serviço de Reabilitação é responsável pela assistência em fisioterapia, fisioterapia, terapia ocupacional e outras ações para a reintegração do usuário à comunidade, com o objetivo de torná-lo apto a executar atividades básicas para sua subsistência.

Reabilitação - Nível 1

PADRÃO

O serviço possui equipe habilitada, própria ou à distância, para tratamentos de reabilitação de acordo com o indicado pelo corpo médico da Instituição e conforme o modelo assistencial e complexidade.

Itens de Orientação

- Responsável Técnico habilitado.
- Equipe multiprofissional habilitada.
- Sistema de documentação e registros correspondentes aos procedimentos do serviço de reabilitação.
- Equipamentos e instalações adequadas aos procedimentos de reabilitação, conforme o modelo assistencial, complexidade e o perfil de demanda.
- Programa de manutenção preventiva dos equipamentos.
- Condições de lavagem simples e antissepsia das mãos.

Manual da Qualidade	Padrão nº: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão nº 0	Página 62 de 79

- Precauções padronizadas e rotinas de controle de infecção.

SERVIÇOS DE APOIO AO DIAGNÓSTICO

Esta seção, tem por finalidade, agrupar todos os serviços voltados para o apoio ao diagnóstico.

Subseções atuais: Laboratório Clínico, Diagnóstico por Imagem, Métodos Gráficos e Anatomia Patológica.

LABORATÓRIO CLÍNICO

Serviço responsável pela coleta, processamento e resultados de exames complementares, de acordo com o grau de complexidade da Instituição, para fins de diagnóstico e tratamento.

Laboratório Clínico - Nível 1

PADRÃO

O Responsável Técnico do Laboratório tem habilitação específica e supervisiona a execução das atividades; conta com profissionais habilitados de plantão, ativo ou a distância, nas 24 horas; tem estrutura para processar as análises conforme modelo assistencial e complexidade do serviço.

Itens de Orientação

- Responsável Técnico habilitado.
- Equipe multiprofissional habilitada.
- Serviço habilitado de acordo com as normas e regulamentos vigentes.
- Sistema de coleta, identificação da amostra e acompanhamento de todas as fases do processo até a emissão do laudo.
- Sistema adequado para o transporte de amostras.
- Sistema de documentação e registros correspondentes aos procedimentos do Laboratório.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 63 de 79

- Condições estruturais e operacionais que atendam aos requisitos de segurança para o usuário interno e externo.
- Escala de plantão, ativo ou a distância, bem como sistema de comunicação que assegure resultado em tempo hábil.
- Equipamentos e instalações adequadas aos procedimentos laboratoriais.
- Manutenção preventiva de equipamentos.
- Condições para lavagem simples e antissepsia das mãos, ventilação e iluminação adequadas.
- Precauções padronizadas e rotinas de controle de infecção.
- Controle de qualidade do processo de análise laboratorial.

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Neste serviço estão incluídos os seguintes procedimentos: radiodiagnóstico, angiografias (inclusive por subtração digital de imagens), mamografia, tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética e ultrassonografia.

Diagnóstico por imagem - Nível 1

PADRÃO

O serviço dispõe de Responsável Técnico habilitado; conta com estrutura adequada com o modelo assistencial e complexidade da Instituição, de acordo com as normas e regulamentos correspondentes.

Itens de Orientação

- Responsável Técnico habilitado.
- Equipe multiprofissional habilitada.
- Sistema de documentação e registros correspondentes aos procedimentos do serviço.
- Esclarecimentos aos usuários sobre as condições de realização dos exames.
- Escala de plantão, ativo ou a distância, bem como sistema de comunicação que assegure resultado em tempo hábil.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 64 de 79

- Condições estruturais e operacionais que atendam a todos os registros de segurança para o usuário interno e externo, conforme normas e regulamentos do serviço.
- Equipamentos e instalações adequados aos procedimentos do serviço de Diagnóstico por Imagem.
- Programa de manutenção preventiva dos equipamentos.
- Condições para lavagem simples e antissepsia das mãos.
- Atendimento às normas de controle de infecção.
- Escala com cobertura nas 24 horas.
- Material, medicamentos e equipamentos para emergência.

MÉTODOS GRÁFICOS

Serviço responsável pela elaboração de exames complementares, de acordo com o grau de complexidade da Instituição, no qual estão incluídos os seguintes procedimentos: eletrocardiograma, eletrocardiograma de esforço, eletroencefalograma e ecocardiograma.

Métodos Gráficos - Nível 1

PADRÃO

O serviço é constituído por profissionais habilitados; conta com equipamentos compatíveis com o modelo assistencial e a complexidade da Instituição.

Itens de Orientação

- Equipe habilitada e dimensionada adequadamente às necessidades do serviço.
- Sistema de documentação e registros correspondentes aos procedimentos do serviço.
- Equipamentos e instalações adequados aos procedimentos do serviço.
- Programa de manutenção preventiva dos equipamentos.
- Condições de lavagem simples e antissepsia das mãos.
- Material, medicamento e equipamento para emergência.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 65 de 79

ANATOMIA PATOLÓGICA

Serviço para confirmação de diagnósticos pré-cirúrgicos, pós-cirúrgicos e ambulatoriais de peças de biópsias e de diagnósticos de necropsias, através de exames histológicos.

Anatomia Patológica - Nível 1

PADRÃO

O serviço de Anatomia Patológica está estruturado de maneira a garantir a execução de exames de acordo com o perfil assistencial. As atividades são executadas por profissionais habilitados e conta com infraestrutura adequada para a tarefa, com possibilidade de resgate do material analisado e dos laudos.

Itens de Orientação

- Responsável Técnico habilitado.
- Equipe habilitada e dimensionada às necessidades do serviço.
- Sistema seguro de identificação do material a ser analisado.
- Define e acompanha as técnicas para o acondicionamento e transporte das peças cirúrgicas.
- Arquivos de lâminas e laudos.
- Sistema de documentação e registros correspondentes aos procedimentos do serviço.
- Infraestrutura, materiais e equipamentos adequados para a execução das tarefas e de acordo com as necessidades do serviço.
- Infraestrutura que permita a realização de exames solicitados durante o ato operatório.
- Programa de manutenção preventiva de equipamentos.
- Local adequado para a guarda de cadáveres.

SERVIÇOS DE APOIO TÉCNICO E ABASTECIMENTO

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 66 de 79

A presente seção denominada Serviços de Apoio Técnico e Abastecimento, visa a agrupar todos aqueles serviços que envolvem uma ação técnica especializada mas que também se caracterizam por envolver processos de abastecimento, fornecimento, estocagem, produção e/ou serviços técnicos especializados de apoio e ação assistencial e as equipes profissionais que realizam a terapêutica.

Subseções atuais: Arquivo Médico, Controle de Infecções, Estatísticas, Farmácia, Nutrição e Dietética, Central de Processamento de Roupas ó Lavanderia, Central de Processamento de Materiais e Esterilização, Higiene, Segurança e Saúde Ocupacional, e Serviço Social.

ARQUIVO MÉDICO

Local exclusivo para guarda, arquivamento e manutenção do prontuário clínico do usuário.

Arquivo Médico - Nível 1

PADRÃO

A Organização dispõe de local específico para a guarda, arquivamento e manutenção do prontuário clínico dos usuários assistidos pelos serviços (ambulatório, internação e especialidades). O prontuário é legível, assinado pelo médico assistente e tem uma sequência lógica e contínua com: registro de admissão, história clínica, evolução, informações complementares (exames, pareceres, etc.) e condições de alta; sua atividade é coordenada por um Responsável Técnico com capacitação específica.

Itens de Orientação

- Responsável Técnico com capacitação específica.
- Sistemática de organização do arquivo e do prontuário, técnicas, impressos e métodos utilizados para a composição do prontuário.
- Sistemática de controle de entrada e saída dos prontuários do arquivo, circulação dos mesmos nas Unidades de Internação e mecanismos que garantam a sua rápida localização.
- Prontuários completos, legíveis e assinados com a respectiva identificação.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 67 de 79

- Registros no prontuário do usuário de todos os atendimentos realizados.
- Condições de segurança ambiental e dos profissionais no setor de arquivo.

CONTROLE DE INFECÇÕES

Ação que visa à prevenção e Controle das Infecções Hospitalares de seus usuários (internos e externos).

Controle de Infecções - Nível 1

PADRÃO

A Organização conta com equipe multiprofissional habilitada. O serviço possui capacidade de isolamento para usuários portadores de doenças infectocontagiosas, realiza vigilância epidemiológica dos usuários internados nas áreas críticas.

Itens de Orientação

- Equipe multiprofissional habilitada e dimensionada adequadamente às necessidades do serviço.
- Sistema de documentação e registros correspondentes aos procedimentos de Controle de Infecções, conforme legislação vigente.
- Atuação da Comissão de Serviço de Controle de Infecção (CCI) na Organização.
- Normas e procedimentos específicos para as áreas críticas.
- Precauções padrão e rotinas de isolamento.
- Interação com o Laboratório de Microbiologia e condutas para microrganismos multirresistentes.
- Padronização e uso racional de antimicrobianos, conforme perfil da Organização.
- Procedimentos de lavagem simples e antissepsia das mãos e de biossegurança.
- Procedimentos de limpeza e desinfecção institucional.
- Vigilância epidemiológica em usuários internados em áreas críticas.

ESTATÍSTICAS

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 68 de 79

Registro estatístico, levantamento de indicadores de qualidade e produtividade e sua utilização.

Estatísticas - Nível 1

PADRÃO

A Organização dispõe de estatística de dados básicos, a cargo de um responsável ou grupo de trabalho com condições técnicas (capacitação) de transformar dados em informações estatísticas que apoiem a gestão e o atendimento clínico.

Itens de Orientação

- Responsável ou grupo de trabalho capacitado para o serviço.
- Sistemática de coleta, análise e utilização das informações.
- Sistema de documentação e registros estatísticos correspondentes.

FARMÁCIA

Farmácia é a unidade de apoio de assistência técnico-administrativa, dirigida por profissional habilitado, integrada funcional e hierarquicamente às atividades da Organização.

Farmácia - Nível 1

PADRÃO

O serviço de Farmácia é administrado por profissional habilitado; possui um sistema de armazenamento em condições adequadas e faz controle de estoque; possui um sistema de dispensação de medicamentos aos usuários.

Itens de Orientação

- Responsável Técnico habilitado.
- Corpo funcional habilitado, dimensionado às necessidades do serviço.
- Controle de medicamentos e correlatos quanto ao armazenamento, estoques satélites e distribuição para as unidades de internação.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 69 de 79

- Condições estruturais e operacionais que atendam a todos os requisitos de segurança para o usuário interno e externo, conforme normas e regulamentos vigentes.
- Equipamentos e instalações adequadas aos procedimentos de Farmácia.
- Condições específicas de armazenamento, de acordo com as características físico-químicas dos medicamentos e correlatos.
- Área de dispensação interna para análise das prescrições e guarda dos produtos.
- Área adequada para separação e preparação das doses.
- Locais adequados com câmaras de fluxo laminar para preparação de nutrição parenteral e de drogas citotóxicas (se for o caso).
- Programa de manutenção preventiva de equipamentos.
- Condições para lavagem e antissepsia das mãos.
- Precauções padrão e rotinas de controle de infecção.

NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

Corresponde a oferta de alimentos, nutricionalmente, balanceados e dietas adequadas às necessidades específicas do usuário, bem como educação nutricional.

Nutrição e Dietética - Nível 1

O serviço conta com profissionais habilitados para o desenvolvimento das atividades de Nutrição e Dietética; dispõe de estrutura que permite a execução das tarefas específicas, relacionadas com o serviço.

Itens de Orientação

- Responsável Técnico habilitado.
- Relação de dietas básicas para as patologias de maior prevalência na Organização, com prescrições dietéticas e cardápios diários.
- Sistema de controle de recebimento e manutenção dos alimentos perecíveis ou não.
- Local especial para o preparo de fórmulas lácteas e normas específicas sobre o modo de preparação das diferentes fórmulas.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 70 de 79

- Área física dividida em área de pré-preparo (área fria) e área de preparo e cocção (área quente).
- Equipamentos e instalações adequados aos procedimentos de Nutrição e Dietética.
- Programa de manutenção preventiva dos equipamentos.
- Condições de higiene e manutenção do ambiente.
- Sistematização e controle das atividades de higienização, desratização e dedetização do setor.
- Precauções padrão e rotinas de controle de infecção.
- Condições de lavagem simples e antissepsia das mãos.

CENTRAL DE PROCESSAMENTO DE ROUPAS - LAVANDERIA

A Lavanderia é responsável pela provisão de roupas limpas a todos os setores da Organização.

Central de Processamento de Roupas - Lavanderia - Nível 1

O processamento das roupas utiliza o sistema de barreira de contaminação; o pessoal do serviço é devidamente habilitado ou capacitado; dispõe de controles que asseguram o funcionamento e fornecimento adequado.

Itens de Orientação

- Corpo funcional habilitado ou capacitado e dimensionado às necessidades do serviço.
- Condições estruturais e operacionais que atendam a todos os requisitos de segurança para o usuário interno e externo, conforme normas vigentes.
- Sistemática de coleta, fornecimento e distribuição de roupas, atendendo ao perfil e demanda da Organização.
- Estrutura que permita pequenos reparos nas roupas.
- Barreira física e controle da circulação de pessoas entre as áreas.
- Condições adequadas de iluminação, ventilação, temperatura e ruído.
- Equipamentos e instalações adequados aos procedimentos de Lavanderia.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 71 de 79

- Programa de manutenção preventiva dos equipamentos.
- Precauções padrão e rotinas de controle de infecção.

PROCESSAMENTO DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO

É o setor, unidade ou serviço destinado à limpeza, desinfecção, esterilização, armazenamento, guarda e distribuição dos materiais desinfetados e esterilizados.

Processamento de Materiais e Esterilização - Nível 1

O serviço dispõe de área de circulação restrita, onde se realiza o preparo e a esterilização de todos os materiais, sob supervisão de pessoal habilitado. Conta com equipamentos adequados ao modelo assistencial e à complexidade da Organização. Realiza controle biológico dos processos.

Itens de Orientação

Responsável Técnico habilitado.

- Fluxo do processo de limpeza, desinfecção e esterilização de materiais.
- Monitoramento e registros de controle do ciclo de esterilização por lotes.
- Sistema de controle de estoque ou inventário de materiais atualizado.
- Condições operacionais e estruturais que atendam a todos os requisitos de segurança para o usuário interno e externo, conforme normas e regulamentos do serviço.
- Funcionários trabalham devidamente uniformizados.
- Áreas diferenciadas e separadas por barreira física e mecanismos adequados de comunicação entre as áreas e com o exterior.
- Equipamentos e instalações adequados às necessidades do serviço.
- Programa de manutenção preventiva dos equipamentos.
- Condições de lavagem simples e antissepsia das mãos.
- Precauções padrão e rotinas de controle de infecção.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 72 de 79

HIGIENE

Remoção de sujeiras, detritos indesejáveis e microrganismos presentes no ambiente organizacional, mediante a utilização de processo mecânico e químico.

Higiene - Nível 1

A Organização apresenta estrutura física conservada e com materiais que facilitam o processo de limpeza dos ambientes. Há pessoal capacitado para o desenvolvimento das tarefas de limpeza nos diversos ambientes.

Itens de Orientação

- Pessoal capacitado e dimensionado às necessidades do serviço.
- Condições estruturais e operacionais que atendam a todos os requisitos de segurança para o usuário interno e externo, conforme normas vigentes.
- Condições de higiene e manutenção do ambiente.
- Sistemática geral de coleta, acondicionamento, armazenamento (interno e/ou externo) e guarda do lixo conforme normas vigentes.
- Normas técnicas para o tratamento de resíduos de alto risco.
- Atuação conjunta com a Comissão de Controle de Infecção (CCI) na elaboração e supervisão de normas e rotinas de limpeza e desinfecção.
- Equipamentos adequados aos procedimentos de Higiene.
- Programa de manutenção preventiva dos equipamentos.
- Precauções padrão e rotinas de controle de infecção.

SEGURANÇA E SAÚDE OCUPACIONAL

Atividades destinadas a prevenir acidentes de trabalho e promover a saúde ocupacional.

Segurança e Saúde Ocupacional - Nível 1

O serviço dispõe de Responsável Técnico habilitado, de modo a atender aos requisitos formais e técnicos de Segurança e Saúde Ocupacional; dispõe de estrutura adequada para tal fim, de acordo com as normas e regulamentos correspondentes.

Itens de Orientação

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 73 de 79

- Responsável Técnico habilitado.
- Sistema de acompanhamento, documentação e registros correspondentes aos procedimentos de Segurança e Saúde Ocupacional.
- CIPA em função do porte e da capacidade instalada da Organização.
- Mapas de risco e colocação em locais de fácil acesso e visualização pelo corpo funcional.
- Ações de imunização ativa em profissionais de saúde que exerçam atividades de risco.
- Programas preventivos para hepatite B, tuberculose e outras doenças infecciosas (p. ex.: HIV), acidentes elétricos, radiações e explosões.
- Uso sistemático de equipamentos de proteção individual (EPIs) e coletivos (EPCs) para a prevenção de acidentes.
- Cuidados com equipamentos e uniformes quanto à sua descontaminação e lavagem.
- Precauções padrão e rotinas de controle de infecção.

SERVIÇO SOCIAL

Atendimento prestado ao paciente e aos seus familiares quanto às questões socioeconômicas, e reintegração social.

Serviço Social - Nível 1

O serviço dispõe de Responsável Técnico habilitado, com equipe adequada às necessidades da demanda; existe local e ambiente em condições para realizar entrevistas e reuniões que preserve a dignidade do usuário.

Itens de Orientação

- Responsável Técnico habilitado.
- Equipe habilitada e dimensionada adequadamente à demanda do serviço.
- Sistema de documentação e registros das atividades desenvolvidas pelo serviço.
- Sistemática de atendimento ao usuário, respeitando a sua necessidade individual.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 74 de 79

- Atendimento às necessidades do usuário interno da Organização.
- Instalações adequadas que garantam a privacidade do atendimento.
- Precauções padrão e rotinas de controle de infecção.

SERVIÇOS DE APOIO ADMINISTRATIVO E INFRA-ESTRUTURA

Nesta seção, estão agrupados os serviços de Apoio Administrativo e Infraestrutura Institucional.

Subseções atuais: Documentação da Planta Física; Estrutura Física; Estrutura Físico-funcional; Sistema Elétrico; Manutenção Geral, Controle de Resíduos e Potabilidade da Água; e Segurança Geral.

DOCUMENTAÇÃO DA PLANTA FÍSICA

Documentação e registros referentes à estrutura física da Organização, aprovada pelos órgãos competentes.

Documentação da Planta Física - Nível 1

A Organização possui todos os documentos e registros legais e sanitários para funcionamento, atualizados e aprovados pelas autoridades competentes.

Itens de Orientação

- Sistema de documentação e registros correspondentes ao projeto arquitetônico da Instituição e complementares: estrutural, elétrico, hidráulico, de prevenção de incêndio e de ar condicionado, com as devidas anotações de Responsabilidade Técnica.
- Alvará de funcionamento e licença sanitária concedidos pelas autoridades competentes.
- Projetos de obras da Instituição, atualizados conforme execução do plano de ampliação e reforma, com plantas e estrutura aprovadas pelo órgão competente.
- Sistema de ar condicionado das áreas críticas com planta correspondente.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 75 de 79

- Planejamento de obras, visando a assegurar aos usuários conforto, condições de habitabilidade e segurança.
- Condições estruturais e operacionais que atendam a todos os requisitos de segurança para o usuário interno e externo, conforme normas e regulamentos correspondentes, inclusive normas de controle de infecção.
- Programa de manutenção preventiva das condições estruturais.

ESTRUTURA FÍSICO-FUNCIONAL

Consiste nas vias de acesso à Instituição, circulação interna e externa, sinalização e fluxos.

Estrutura Físico-Funcional - Nível 1

A Organização possui fácil acesso para entrada e saída de pacientes, com barreiras arquitetônicas e orientação da circulação interna, com condições de segurança e proteção.

Itens de Orientação

- Pessoal treinado para orientação e controle do acesso à Instituição nas 24 horas.
- Sinalização externa para orientar o acesso à Instituição.
- Sinalização de fácil entendimento e visualização em todas as áreas de circulação.
- Controle da circulação em áreas restritas.
- Segurança e proteção contra intempéries.
- Disponibilidade e condições de circulação interna e vertical na utilização de macas e cadeiras de rodas.
- Condições de segurança, proteção e conforto na entrada e saída de usuários.
- Corrimão em todas as escadas.
- Barras de apoio nos sanitários para o público e usuários.
- Acessos diferenciados para veículos e pedestres.
- Área de estacionamento e manobras para veículos de serviços
- Área de acesso independente ao serviço de emergência.

Manual da Qualidade	Padrão nº: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão nº 0	Página 76 de 79

SISTEMA ELÉTRICO

Sistema de segurança e manutenção de rede elétrica e suprimento alternativo de energia e iluminação.

Sistema Elétrico - Nível 1

A Organização obedece aos padrões de segurança para os usuários interno e externo; existem sistemas alternativos de iluminação para todas as áreas críticas da Organização.

Itens de Orientação

- Corpo funcional habilitado e dimensionado adequadamente às necessidades do serviço.
- Sistema elétrico distribuído através de um quadro central ou quadros setoriais.
- Sistema de geração de energia de acordo com o porte, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço.
- Iluminação de emergência nas áreas críticas e nas saídas de emergência.
- Sistemas alternativos de suprimento de energia elétrica em condições adequadas para sua operação imediata.
- Manutenção periódica e sistemática do sistema elétrico e dos sistemas alternativos.
- Sistemas de aterramento com manutenção adequada, em todas as áreas críticas da Instituição.

MANUTENÇÃO GERAL, CONTROLE DE RESÍDUOS E POTABILIDADE DA ÁGUA

Serviços de manutenção de toda a infraestrutura física, de equipamentos da Instituição e controle de qualidade da água e do sistema de gerenciamento de resíduos.

Manutenção Geral, Controle de Resíduos e Potabilidade da Água - Nível 1

O serviço possui estrutura básica e equipe de manutenção com capacitação específica para o suprimento das demandas da Organização; sistema para o gerenciamento dos resíduos e potabilidade da água.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 77 de 79

Itens de Orientação

- Corpo funcional habilitado e dimensionado adequadamente às necessidades do serviço.
- Serviço de manutenção predial estruturado e organizado.
- Escala de plantão, ativo ou a distância, para pequenos reparos de emergência, de manutenção predial e dos equipamentos médico-hospitalares nas 24 horas.
- Desratização e desinsetização da Instituição periodicamente.
- Programa de manutenção preventiva dos equipamentos.
- Limpeza e desinfecção dos reservatórios de água, análise e controle da potabilidade da água, com periodicidade conforme legislação vigente.
- Reservatórios de água com capacidade suficiente para atender à demanda do estabelecimento, cobertos, permanentemente, e com acesso restrito.
- Rede de esgoto ou fossa séptica com tratamento adequado.
- Segregação, acondicionamento, manuseio, coleta, transporte, armazenamento interno e externo dos resíduos, conforme legislação vigente.
- Características e higienização das salas e abrigo central de resíduos, conforme normas e legislação vigente.
- Destino final adequado, conforme o risco estabelecido, para todos os tipos de resíduos.
- Uso e higienização adequados dos EPIs.
- Normas de biossegurança e rotinas de controle de infecção.
- Fluxo adequado de resíduos e com saída independente da circulação do público.

SEGURANÇA GERAL

Serviço existente para garantir a integridade dos usuários internos e externos, através de infraestrutura adequada, e procedimentos de prevenção de acidentes, sinistros, violência e riscos para a clientela e circundantes.

Segurança Geral - Nível 1

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 78 de 79

A Organização dispõe de sistema de segurança geral, abrangendo segurança predial e para equipamentos, prevenção de riscos de violência e incêndios; dispõe de sistema de guarda e armazenamento de gases e combustíveis.

Itens de Orientação

- Treinamento para situações de emergência.
- Saídas de emergência claramente sinalizadas e de fácil compreensão.
- Sistema de segurança social, predial e tecnológica da Instituição e para os usuários interno e externo.
- Situação dos extintores de incêndio quanto à localização adequada, a validade de suas cargas e manutenção.
- Sinalização de segurança clara e de fácil compreensão para obras, atividades de manutenção e situações de emergência.

ENSINO E PESQUISA

Esta seção, tem por finalidade integrar todos os componentes que se relacionem às funções educativas e de pesquisa da Instituição, de tal forma que permita realizar um diagnóstico da estrutura disponibilizada para o treinamento funcional, para a educação permanente, para o processo de formação de recursos humanos e para a geração de novos conhecimentos.

Subseção atual: Biblioteca/Informação Científica

BIBLIOTECA/INFORMAÇÃO CIENTÍFICA

Organização, controle de informações científicas atualizadas, disponíveis e acessíveis.

Biblioteca/Informação Científica - Nível 1

O serviço dispõe de responsável habilitado ou capacitado e condições estruturais e operacionais adequadas às necessidades do serviço.

Itens de Orientação

- Responsável habilitado ou capacitado para o serviço.

Manual da Qualidade	Padrão n°: MAN SGQ 001	
	Estabelecido em: 20/03/18	
	Revisão n° 0	Página 79 de 79

- Acervo de publicações atualizado e de acordo com as especialidades dos serviços da Instituição.
- Sistemática para a guarda, controle da utilização, documentação e registros do acervo.
- Instalações e equipamentos adequados às necessidades do serviço.