

| TÍTULO | CONTROLE | REVISÃO |
|--|--------------|---------|
| POLÍTICA DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE | PI-INSGQ-001 | 003 |
| ÁREA RESPONSÁVEL | VIGÊNCIA | |
| QUALIDADE E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE | 2026 | |

ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os setores assistenciais, administrativos e de apoio do Complexo Hospitalar HIFA, envolvendo colaboradores, lideranças, prestadores de serviço e demais partes envolvidas na prestação do cuidado.

TERMOS E DEFINIÇÕES

- SGQ - Sistema de Gestão da Qualidade
- HIFA – Hospital Infantil Francisco de Assis
- Risco - Efeito da incerteza nos objetivos. Um efeito é um desvio em relação ao esperado. Pode ser positivo, negativo ou ambos, e pode abordar, criar ou resultar em oportunidades e ameaças.
- Gestão de riscos - Atividades coordenadas para dirigir e controlar uma organização no que se refere a riscos.
- Incidente - Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
- Evento adverso - Incidente que resulta em dano ao paciente.
- Cultura de segurança - Conjunto de valores, atitudes, percepções e competências individuais e de grupo que determinam o comprometimento e o estilo de uma organização em relação à segurança.

• OBJETIVO

Estabelecer diretrizes institucionais para a gestão da qualidade e segurança do paciente, promovendo assistência segura, eficaz e centrada na pessoa, alinhada ao planejamento estratégico do Hospital Infantil Francisco de Assis (HIFA) e à melhoria contínua dos processos assistenciais, administrativos e de apoio.

Esta política visa fortalecer a cultura organizacional voltada à qualidade, à segurança e à tomada de decisão baseada em evidências, garantindo a satisfação dos pacientes e demais partes interessadas.

A gestão de riscos institucionais é tratada de forma específica e aprofundada na Política Institucional de Gestão de Riscos (PI-INSGQ-010), à qual esta política se articula.

• DIRETRIZES

As diretrizes institucionais para Gestão da Qualidade, Gestão de Riscos e Segurança do Paciente estão fundamentadas em referenciais nacionais e internacionais de boas práticas em saúde, incluindo a ABNT NBR ISO 9001:2015, ABNT NBR ISO 31000:2018, Programa Nacional de Segurança do Paciente, RDC nº 36/2013 da ANVISA e o Manual Brasileiro de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Norteados pelos princípios do planejamento estratégico e visando sua disseminação em toda a instituição, em consonância com a missão, visão e valores do HIFA, são estabelecidas as seguintes diretrizes institucionais para a Gestão da Qualidade, Gestão de Riscos e Segurança do Paciente:

- Gestão da Qualidade
- Satisfação do cliente
- Melhoria contínua
- Gestão de riscos
- Segurança do paciente
- Cuidado centrado no paciente
- Tomada de decisão baseada em evidências

| TÍTULO | CONTROLE | REVISÃO |
|--|--------------|---------|
| POLÍTICA DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE | PI-INSGQ-001 | 003 |
| ÁREA RESPONSÁVEL | VIGÊNCIA | |
| QUALIDADE E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE | 2026 | |

- Abordagem baseada em processos
- Conformidade com requisitos legais e regulamentares
- Eficiência operacional

2.1. GESTÃO DA QUALIDADE

O planejamento do SGQ é analisado criticamente pela alta direção, a partir da identificação e mapeamento das necessidades levando em consideração o perfil e as demandas do cliente, de forma que seus objetivos e metas sejam evidenciados em todos os processos implantados contribuindo para a melhoria dos serviços e no aperfeiçoamento contínuo da qualidade.

Utilizamos ferramentas para a identificação das oportunidades de melhorias, correção e prevenção de novas ocorrências. Para aprimoramento contínuo dos processos assistenciais e de apoio são utilizados:

- Gerenciamento de documentos;
- Gestão dos processos;
- Auditorias internas e externas;
- Disseminação da cultura da Qualidade e Segurança do Paciente;
- Prática das metas internacionais de Segurança do Paciente;
- Gerenciamento de Riscos;
- Gerenciamento de Indicadores.

2.2. SATISFAÇÃO DO CLIENTE

Baseada nos princípios do cuidado centrado na pessoa e nas diretrizes do Manual Brasileiro de Acreditação da ONA e do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), a instituição busca garantir que os serviços prestados atendam ou superem as expectativas dos pacientes, familiares e demais partes interessadas, promovendo uma experiência segura, acolhedora e de qualidade durante todo o processo de cuidado.

A satisfação do cliente é monitorada de forma sistemática, permitindo identificar oportunidades de melhoria e fortalecer a qualidade da assistência e dos serviços prestados.

Para isso, são utilizados mecanismos institucionais de escuta ativa, análise de manifestações e avaliação da experiência do paciente, subsidiando a tomada de decisões e a implementação de melhorias nos processos assistenciais e administrativos.

Ações práticas que refletem esta diretriz:

- Aplicação de pesquisas de satisfação e experiência com pacientes e acompanhantes
- Monitoramento de reclamações, sugestões e elogios
- Análise das manifestações registradas nos canais institucionais
- Implementação de planos de melhoria a partir dos resultados obtidos
- Monitoramento de indicadores relacionados à experiência do paciente
- Discussão dos resultados em reuniões gerenciais e assistenciais

2.3. MELHORIA CONTÍNUA

| TÍTULO | CONTROLE | REVISÃO |
|--|--------------|---------|
| POLÍTICA DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE | PI-INSGQ-001 | 003 |
| ÁREA RESPONSÁVEL | VIGÊNCIA | |
| QUALIDADE E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE | 2026 | |

A melhoria contínua no HIFA é conduzida com base nos princípios do Sistema de Gestão da Qualidade descritos na ABNT NBR ISO 9001:2015, que orienta as organizações a aprimorar continuamente seus processos, serviços e resultados por meio da gestão por processos, monitoramento de indicadores e análise sistemática de desempenho institucional.

No HIFA, a melhoria contínua é um princípio fundamental da gestão institucional, orientando os seguintes objetivos e ações:

- Promover a melhoria contínua dos processos assistenciais e organizacionais.
- Garantir assistência segura, eficaz, oportuna, eficiente e equitativa.
- Monitorar o desempenho institucional por meio de indicadores.
- Realizar auditorias internas e externas para avaliação dos processos.
- Garantir a gestão e controle dos documentos institucionais.
- Utilizar ferramentas da qualidade para análise de problemas e oportunidades de melhoria.

Ações práticas que refletem esta diretriz:

- Monitoramento sistemático de indicadores assistenciais, operacionais e estratégicos
- Realização de auditorias internas e externas para avaliação dos processos
- Identificação e tratamento de não conformidades e oportunidades de melhoria
- Elaboração e acompanhamento de planos de ação para melhoria dos processos
- Revisão periódica de protocolos, rotinas e documentos institucionais
- Discussão de resultados e oportunidades de melhoria em reuniões gerenciais e setoriais
- Utilização de ferramentas da qualidade, como análise de causa raiz, diagrama de Ishikawa e método dos 5 porquês e ciclo PDCA

2.4. GESTÃO DE RISCOS

A gestão de riscos é uma diretriz estratégica do HIFA, estruturada com base nas diretrizes da ABNT NBR ISO 31000:2018. O processo sistemático de identificação, análise, avaliação, tratamento e monitoramento dos riscos institucionais está integralmente descrito na Política Institucional de Gestão de Riscos (PI-INSGQ-002), que contempla a governança de riscos, os riscos prioritários da instituição e os mecanismos de controle e mitigação.

No âmbito desta política, a gestão de riscos constitui uma diretriz norteadora que se integra às ações de qualidade e segurança do paciente, com o objetivo de fortalecer a cultura de segurança e promover a tomada de decisão baseada em evidências.

Ações práticas que refletem esta diretriz:

3. Identificação e mapeamento de riscos assistenciais e organizacionais nos processos institucionais
 4. Elaboração e monitoramento da matriz de riscos institucional
 5. Classificação dos riscos considerando probabilidade e impacto
- Implantação de barreiras de prevenção para mitigação de riscos
 - Monitoramento de indicadores relacionados aos riscos institucionais

| TÍTULO | CONTROLE | REVISÃO |
|--|--------------|---------|
| POLÍTICA DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE | PI-INSGQ-001 | 003 |
| ÁREA RESPONSÁVEL | VIGÊNCIA | |
| QUALIDADE E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE | 2026 | |

- Realização de análises de causa raiz para eventos relevantes
- Acompanhamento de planos de ação para mitigação de riscos identificados
- Discussão dos riscos institucionais em reuniões gerenciais e assistenciais (Ritual de riscos)

.5. SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente no HIFA é orientada pelas diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria nº 529/2013) e pela RDC nº 36/2013 da ANVISA, que estabelecem ações para a promoção de práticas assistenciais seguras nos serviços de saúde.

Adicionalmente, a instituição adota recomendações internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e os requisitos do Manual Brasileiro de Acreditação da ONA, visando reduzir riscos e prevenir danos desnecessários associados ao cuidado em saúde.

A instituição promove a segurança do paciente por meio da implementação de práticas assistenciais seguras, visando reduzir riscos e prevenir danos desnecessários durante o cuidado em saúde.

As ações incluem:

- Implementação e monitoramento dos protocolos de segurança do paciente
- Sistema institucional de notificação de incidentes
- Análise de causa raiz dos eventos adversos
- Implantação de barreiras de prevenção
- Monitoramento de indicadores de segurança
- Fortalecimento da cultura de segurança e aprendizado organizacional

Ações práticas que refletem esta diretriz:

- Atuação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)
- Realização de treinamentos e capacitações relacionados à segurança assistencial
- Incentivo à notificação de eventos adversos à luz da cultura justa
- Aplicação da pesquisa de percepção de segurança com pacientes e acompanhantes
- Realização da pesquisa de cultura de segurança com os colaboradores
- Implantação da metodologia de Protocolo de Londres para investigação de eventos graves e *Never Events*

.6. CUIDADO CENTRADO NA PESSOA

O cuidado centrado na pessoa é fundamentado nas diretrizes do Manual Brasileiro de Acreditação da ONA, que orientam os serviços de saúde a promover assistência humanizada, respeitando a dignidade, valores, preferências e necessidades dos pacientes e familiares.

| TÍTULO | CONTROLE | REVISÃO |
|--|--------------|---------|
| POLÍTICA DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE | PI-INSGQ-001 | 003 |
| ÁREA RESPONSÁVEL | VIGÊNCIA | |
| QUALIDADE E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE | 2026 | |

A instituição adota o cuidado centrado na pessoa como princípio fundamental da assistência, assegurando:

- Respeito à dignidade, valores e preferências do paciente
- Participação do paciente e familiares nas decisões sobre o cuidado
- Comunicação clara e transparente entre profissionais e pacientes
- Consentimento informado
- Promoção da autonomia e corresponsabilização no cuidado

Ações práticas que refletem esta diretriz:

- Acolhimento pela hospitalidade para apresentação dos direitos e deveres ao paciente
- Estímulo à participação do paciente e familiares nas decisões sobre o cuidado em round e visitas multidisciplinares
- Avaliação da experiência do paciente, incluindo NPS e percepção de segurança, por meio de pesquisa aplicada pela hospitalidade.

2.7. TOMADA DE DECISÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS

A tomada de decisão institucional no HIFA é orientada pelos princípios da ABNT NBR ISO 9001:2015, que estabelece a utilização de dados, indicadores e análises institucionais como base para decisões organizacionais e melhoria contínua dos processos.

É baseada em dados e informações provenientes de:

- Indicadores institucionais
- Notificações de ocorrências
- Auditorias
- Análise de riscos
- Avaliação de desempenho dos processos

Essa abordagem permite identificar oportunidades de melhoria e promover aprendizado organizacional.

Ações práticas que refletem esta diretriz:

- Monitoramento e análise periódica dos indicadores institucionais
 - Utilização de dados provenientes de auditorias internas e externas
- Avaliação das notificações de ocorrências e incidentes assistenciais
- Análise de riscos institucionais e seus impactos nos processos
- Discussão de resultados em reuniões gerenciais e assistenciais
- Utilização de informações institucionais para definição de planos de melhoria

| TÍTULO | CONTROLE | REVISÃO |
|--|--------------|---------|
| POLÍTICA DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE | PI-INSGQ-001 | 003 |
| ÁREA RESPONSÁVEL | VIGÊNCIA | |
| QUALIDADE E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE | 2026 | |

- Compartilhamento dos resultados assistenciais de cada linha de cuidado com a equipe (Boletim)

2.8. ABORDAGEM BASEADA EM PROCESSOS

A gestão por processos adotada pela instituição está fundamentada nos princípios da ABNT NBR ISO 9001:2015, que orienta a identificação, padronização, monitoramento e melhoria contínua dos processos organizacionais como forma de alcançar resultados consistentes e sustentáveis.

Os processos institucionais são identificados, mapeados, monitorados e avaliados periodicamente, garantindo integração entre as áreas e alinhamento com os objetivos estratégicos da organização.

A gestão por processos permite compreender as interações entre as atividades institucionais, identificar oportunidades de melhoria e promover maior eficiência na execução das atividades.

Ações práticas que refletem esta diretriz:

- Mapeamento e padronização dos processos institucionais
- Elaboração e revisão periódica de documentos institucionais (políticas, manuais, protocolos e IT's)
- Monitoramento de indicadores de desempenho dos processos
- Realização de auditorias internas e externas
- Identificação e tratamento de não conformidades
- Implantação de planos de ação para melhoria dos processos

2.9. CONFORMIDADE COM REQUISITOS LEGAIS E REGULATÓRIOS

A conformidade legal e regulatória é assegurada por meio da observância das legislações aplicáveis ao setor saúde, incluindo as diretrizes estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), pelo Ministério da Saúde, além das normas técnicas e regulatórias aplicáveis aos serviços de saúde.

A instituição compromete-se a cumprir integralmente a legislação vigente, normas regulatórias, requisitos técnicos e diretrizes aplicáveis aos serviços de saúde, assegurando a qualidade, a segurança e a legalidade de suas atividades.

A conformidade legal e regulatória é monitorada continuamente, garantindo que os processos institucionais estejam alinhados às exigências dos órgãos reguladores e às melhores práticas assistenciais.

Essa diretriz fortalece a governança institucional e contribui para a segurança dos pacientes, profissionais e demais partes interessadas.

Ações práticas que refletem esta diretriz:

- Monitoramento de legislações e normas aplicáveis à área da saúde
- Adequação dos processos institucionais às exigências regulatórias
- Realização de auditorias internas e externas de conformidade

| TÍTULO | CONTROLE | REVISÃO |
|--|--------------|---------|
| POLÍTICA DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE | PI-INSGQ-001 | 003 |
| ÁREA RESPONSÁVEL | VIGÊNCIA | |
| QUALIDADE E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE | 2026 | |

- Manutenção de licenças, alvarás e certificações institucionais
- Capacitação das equipes sobre normas e requisitos aplicáveis

2.10. EFICIÊNCIA OPERACIONAL

A eficiência operacional é promovida por meio da gestão por processos e da melhoria contínua, conforme orientado pela ABNT NBR ISO 9001:2015, buscando otimizar recursos institucionais, reduzir desperdícios e aprimorar a qualidade e segurança dos serviços prestados.

A instituição busca continuamente aprimorar a eficiência de suas operações, promovendo o uso adequado dos recursos disponíveis, a otimização dos processos e a redução de desperdícios, retrabalhos e custos desnecessários.

A melhoria da eficiência operacional contribui para a sustentabilidade institucional, para a qualidade dos serviços prestados e para a segurança dos processos assistenciais e administrativos.

A gestão eficiente dos recursos permite fortalecer a capacidade da instituição de oferecer atendimento seguro, resolutivo e centrado na pessoa.

Ações práticas que refletem esta diretriz:

- Monitoramento de indicadores operacionais e assistenciais
- Identificação e eliminação de desperdícios e retrabalhos
- Implantação de planos de melhoria e otimização de processos
- Uso de ferramentas da qualidade para análise de problemas
- Avaliação periódica dos resultados operacionais

2.11. RESPONSABILIDADES:

Alta Direção

- Garantir recursos para implementação da política
- Promover a cultura da qualidade e segurança
- Avaliar periodicamente o desempenho institucional

Qualidade

- Coordenar a implementação e a manutenção do Sistema de Gestão da Qualidade
- Apoiar as áreas na implementação das diretrizes desta política
- Monitorar indicadores institucionais de qualidade
- Conduzir auditorias internas e apoiar auditorias externas
- Apoiar a identificação, análise e tratamento de riscos institucionais
- Monitorar notificações de ocorrências e apoiar a análise
- Promover a disseminação da cultura da qualidade, segurança do paciente e gestão de riscos

| TÍTULO | CONTROLE | REVISÃO |
|--|--------------|---------|
| POLÍTICA DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE | PI-INSGQ-001 | 003 |
| ÁREA RESPONSÁVEL | VIGÊNCIA | |
| QUALIDADE E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE | 2026 | |

- Apoiar as lideranças na implementação de melhorias nos processos institucionais
- Monitorar o cumprimento das diretrizes estabelecidas nesta política

Núcleo de Segurança do Paciente

- Coordenar as ações relacionadas à segurança do paciente
- Monitorar indicadores de segurança
- Analisar incidentes e eventos adversos
- Apoiar as áreas na implementação das diretrizes desta política
- Monitorar notificações de ocorrências e apoiar a análise
- Promover a disseminação da cultura da qualidade, segurança do paciente e gestão de riscos
- Monitorar o cumprimento das diretrizes estabelecidas nesta política

Lideranças

- Implementar as diretrizes da política em seus setores
- Monitorar riscos e indicadores
- Promover ações de melhoria

Colaboradores

- Cumprir as diretrizes institucionais
- Notificar ocorrências e situações de risco
- Contribuir para a melhoria contínua dos processos.

Cada membro da equipe do HIFA é responsável por implementar e aderir a esta Política. O compromisso com a qualidade e segurança é uma responsabilidade compartilhada por todos, independentemente de sua função ou posição na instituição.

A qualidade deve ser um atributo de todas as atividades.

2.12. MONITORAMENTO

O desempenho da política é monitorado por meio de:

- Indicadores institucionais
- Auditorias
- Análise de ocorrências
- Avaliação da gestão de riscos
- Análises críticas da liderança

| | | |
|--|-----------------|----------------|
| TÍTULO | CONTROLE | REVISÃO |
| POLÍTICA DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE | PI-INSGQ-001 | 003 |
| ÁREA RESPONSÁVEL | VIGÊNCIA | |
| QUALIDADE E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE | 2026 | |

Além disso, o monitoramento das políticas também é realizado partir de indicadores no EPA, com análise trimestral, identificando pautas para as reuniões de riscos trimestrais, necessidades de levantamento de dados fora do período programado e reuniões gerenciais, mudanças de método e controles. Serão consideradas eficazes, as políticas com resultado igual ou acima de 80%.

Indicadores:

| Indicador | Periodicidade | Critério de conformidade / fórmula | Meta | Fonte |
|--|---------------|--|-------|---|
| % de não conformidades de auditoria com plano de ação elaborado | Mensal | (Não conformidades com plano de ação registrado/ total de não conformidades identificadas)*100 | 100% | EPA / Qualidade |
| % de notificações de incidentes analisadas | Mensal | (Notificações com análise concluída/ total de notificações registradas)*100 | 70% | EPA |
| % de cumprimento do Plano Institucional de Melhoria da Qualidade | Anual | (Ações executadas no prazo / total de ações previstas para o período)*100 | ≥ 80% | Plano de melhoria |
| Índice de satisfação de pacientes e acompanhantes (NPS) | Mensal | Média ponderada das avaliações de satisfação coletadas no período | ≥ 80% | Pesquisa de satisfação |
| % Manutenção da certificação ONA | Semestral | (Nº de requisitos conformes/Nº de requisitos avaliados)*100 | ≥ 90% | Relatórios de auditoria interna e externa |
| Resultado da Pesquisa de cultura de segurança — % de dimensões positivas | Anual | (Dimensões com ≥ 75% de respostas positivas/ total de dimensões)*100 | ≥ 75% | Pesquisa cultura seg. |

2.13. REVISÃO E ATUALIZAÇÃO:

Esta política será revisada periodicamente para garantir que permaneça relevante e eficaz.

A qualidade é a espinha dorsal de nossos serviços de saúde. Esta Política da Qualidade orienta nossa jornada em direção à excelência contínua, garantindo que o HIFA seja reconhecido como um líder na prestação de cuidados de saúde de alta qualidade.

2.14. REGRAS DE CONSEQUÊNCIA:

As consequências em caso de descumprimento destas normas serão tratadas em conformidade com as diretrizes da instituição, para os casos previstos, ou em deliberação da Superintendência mediante posicionamento das áreas envolvidas.

• REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABNT, Associação Brasileira de Normas Técnicas - NBR ISO 9001: 2015 - Sistema de Gestão da Qualidade – Requisitos. Rio de Janeiro: ABNT, 2015.

ABNT, Associação Brasileira de Normas Técnicas - NBR ISO 31000:2018 – Gestão de Riscos: Diretrizes. Rio de Janeiro: ABNT, 2018.

Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Manual Brasileiro de Acreditação – Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. São Paulo: ONA.

• ANEXOS E DOCUMENTOS DE APOIO

POLÍTICA INSTITUCIONAL



| TÍTULO | CONTROLE | REVISÃO |
|--|--------------|---------|
| POLÍTICA DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE | PI-INSGQ-001 | 003 |
| ÁREA RESPONSÁVEL | VIGÊNCIA | |
| QUALIDADE E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE | 2026 | |

Documentos associados:

| | |
|--------------|---|
| MP-SAEQP-001 | CONTROLE DE DOCUMENTOS E REGISTROS |
| MP-SAEQP-002 | MAPEAMENTO DE PROCESSOS |
| MP-SAEQP-003 | GERENCIAMENTO DE AUDITORIAS |
| MP-SAEQP-004 | GESTÃO DE RISCOS |
| MP-SAEQP-006 | ANÁLISE DE CAUSA, INDICADORES E AÇÕES DE MELHORIA |
| MP-SAEQP-008 | GERENCIAMENTO DE NÃO CONFORMIDADES |
| MP-SAEQP-009 | PLANO INSTITUCIONAL DE MELHORIA DA QUALIDADE |
| MP-SANSP-001 | GERENCIAMENTO DE INCIDENTES |
| MP-SANSP-004 | BUSCA ATIVA DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS |
| PR-SANSP-001 | IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE |
| PR-SANSP-002 | CIRURGIA SEGURA |
| PR-SANSP-003 | SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS |
| PR-SANSP-004 | COMUNICAÇÃO EFETIVA |
| PR-SANSP-005 | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO |
| PR-SANSP-006 | PREVENÇÃO DE QUEDA |
| PR-SANSP-007 | PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE |
| PR-SANSP-008 | HIGIENE DAS MÃOS |
| PR-SANSP-010 | PRÁTICAS SEGURAS PARA A PREVENÇÃO DE FLEBITES |
| PR-SANSP-012 | GERENCIAMENTO DE RISCOS ASSISTENCIAIS |

| ELABORAÇÃO | | |
|------------------|---|---|
| DATA: 03/2026 | CARGO: Coordenadora de Qualidade | RESPONSÁVEL: Robertha Polonini Lirio |
| DATA: 03/2026 | CARGO: Coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente | RESPONSÁVEL: Dáphinne Junger |

| APROVAÇÃO | | |
|------------------|---|--------------------------------|
| DATA: 03/2026 | CARGO: Diretora de Desenvolvimento Estratégico | AUTORIZADOR: Verônica Moten |
| 03/2026 | Diretora | Lidiana Pirovani |
| 03/2026 | Diretor Administrativo e Financeiro | Christian Lessa |
| 03/2026 | Superintendente | Jailton Pedroso |

| HISTÓRICO DE REVISÕES | | |
|-----------------------|-----------------|--|
| DATA: 06/2023 | REVISÃO: 000 | DESCRIÇÃO: Implantação |
| 03/2024 | 001 | Inclusão dos itens 2.2. RESPONSABILIDADES e 2.3. REVISÃO E ATUALIZAÇÃO |
| 03/2025 | 002 | Inclusão dos objetivos da Qualidade |
| 03/2026 | 003 | Inclusão dos conceitos e diretrizes de segurança do paciente |