COMPLEXO HOSPITALAR
SAMUEL LIBÂNIO

Política de Gestão da Qualidade

POLÍTICA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Portaria 047/2026, de 10 de setembro de 2026

Institui a POLÍTICA DE GESTÃO DA QUALIDADE do Complexo Hospitalar Samuel Libânio.

O Conselho Hospitalar, representado pelas Diretorias Técnica, Clínica, Administrativa, pela Superintendência de Enfermagem, pelo representante da Universidade de Ensino Superior do Vale do Sapucaí e pelo Diretor Executivo da Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí – FUVS, no uso das atribuições que lhe conferem o inciso "IV" do art. 21, do Regimento do Complexo Hospitalar Samuel Libânio, aprovado em 15 de maio de 2024, e

Considerando que a missão do CHSL é "prestar serviços qualificados e de excelência no atendimento ambulatorial e hospitalar, desenvolvendo ações integradas de assistência, sendo campo para ensino, pesquisa e extensão".

Considerando que a visão do CHSL é "ser reconhecido em nível municipal, estadual e nacional, pela excelência na prestação de serviços de saúde e ensino, atuando como base e fonte de conhecimento para a formação técnica e superior".

Considerando que os valores institucionais são: **Segurança –** Cuidado e responsabilidade em todos os atos e processos; **Profissionalismo –** Foco na entrega das melhores soluções viáveis; **Empatia –** Compreensão verdadeira das necessidades das pessoas; **Resultado sustentável –** Fundamental para a perenidade institucional; e **Responsabilidade social –** Atuação com respeito às questões ambientais, sociais e à governança íntegra, ética e transparente.

Considerando as normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, por intermédio da Resolução – RDC nº 63, de 25/11/2011, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde, em seu capítulo II, seção I – do gerenciamento da qualidade;

Considerando a importância de instituir uma política de gestão da qualidade para nortear as ações no Complexo Hospitalar Samuel Libânio, centrada no paciente e no compromisso com a qualidade, segurança e na necessidade do aprimoramento constante da gestão de processos e na melhoria dos serviços prestados, **RESOLVE:**

Art. 1º. Fica instituída a nova Política de Gestão da Qualidade do Complexo Hospitalar Samuel Libânio, nos termos dos artigos descritos a seguir.

Capítulo I
DOS PRINCÍPIOS NORTEADORES

Art. 2º. Esta política está em consonância com as normas estabelecida pela ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC nº 63, de 25/11/2011, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde, com a RDC nº 93, de 26/05/2006 e que dispõe sobre o Manual Brasileiro de Acreditação de Organização Prestadoras de Serviços de Saúde e as Normas para o processo de Acreditação; com as normas da ONA - Organização Nacional de Acreditação - Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, versão 2026; e com a ABNT, Associação Brasileira de Normas Técnicas – NBR ISO 9001: 2015 – Sistema de Gestão da Qualidade Requisitos.

Capítulo II
DOS OBJETIVOS

Art. 3º. Esta política tem como objetivo estabelecer o compromisso da diretoria, dos funcionários, das equipes assistenciais, multidisciplinares e administrativas do Complexo Hospitalar Samuel Libânio com a qualidade e segurança dos procedimentos e serviços prestados, visando sempre a melhoria contínua dos seus processos e a busca constante pela excelência no atendimento aos clientes e usuários.

Capítulo III
DA ABRANGÊNCIA

Art. 4º. As diretrizes estabelecidas nesta Política de Gestão da Qualidade são aplicáveis a todos os setores do Complexo Hospitalar Samuel Libânio, devendo ser seguidas e implementadas pela diretoria e todos os seus funcionários além de parceiros que atuam conjuntamente.

Art. 5º. A implementação desta política no Complexo Hospitalar Samuel Libânio é uma decisão estratégica, desta forma, a diretoria e os responsáveis de cada área deverão liderar pelo exemplo, criando condições necessárias para que os objetivos e metas da qualidade sejam alcançados e a cultura estabelecida seja compreendida e disseminada por todas as partes atuantes na Instituição.

§ 1º. Caberá ao Conselho Hospitalar, por intermédio do “Escritório de Qualidade” definir e comunicar aos funcionários da instituição suas responsabilidades perante o tema, bem como acompanhar a sua implementação, para que se possa alcançar os resultados estabelecidos.

§ 2º. Caberá ao Escritório de Qualidade, vinculado à Diretoria Administrativa, o apoio técnico e administrativo aos demais setores, auxiliando-os na execução desta política, prestando contas mensalmente à Diretoria Executiva da FUVS.

Capítulo IV
DAS DIRETRIZES GERAIS

Seção I
Da excelência no atendimento

Art. 6º. A principal diretriz é a busca pela excelência no atendimento centrado no cliente, assegurando respeito, segurança e atenção por parte de todos os funcionários do Complexo Hospitalar Samuel Libânio, cumprindo os requisitos determinados por normas, protocolos e demais orientações que façam parte da cultura organizacional de bem atender.

Seção II
Do mapeamento de processos

Art. 7º. Considerando a estrutura do Complexo Hospitalar Samuel Libânio, seu tempo de existência, seu histórico de atividades e a variedade de serviços prestados, deverão ser mapeados todos os processos valendo-se de documentos existentes e já validados por meio de protocolos, procedimentos operacionais padrão e ainda de normas e portarias redigidas com a finalidade de padronização dos serviços.

Parágrafo único. Dada a importância de cada processo para a continuidade dos serviços, eles serão classificados, única e exclusivamente para fins de priorização das ações, não caracterizando exclusão deste ou daquele, conforme a seguir:

I. **Processos assistenciais:** estão ligados diretamente a linha de cuidado do paciente e ou usuários através de serviços médicos, enfermagem, farmacêuticos e de toda equipe multidisciplinar. Exemplo: consulta médica, procedimento cirúrgico etc.
II. **Processos de apoio:** são os que prestam suporte ao atendimento assistencial para que otimizem e aumentem a capacidade do hospital em realizar as atividades essenciais Exemplo: serviços de higienização e limpeza, segurança patrimonial, sistema de informação, manutenções diversas etc.
III. **Processos gerenciais:** são aqueles relacionados à gestão, devendo estar ligados diretamente ou não à direção do hospital. Exemplo: gestão financeira, gestão de pessoas, gestão do escritório da qualidade etc.

Art. 8º. A coordenação, orientação, consenso e controle da execução do mapeamento de processos será de responsabilidade do Escritório de Qualidade do Complexo Hospitalar Samuel Libânio.

§ 1º. Deverão ser utilizadas ferramentadas validadas para a execução do mapeamento de processos, a exemplo do SIPOC - *Supplier* (Fornecedor), *Input* (Entrada), *Process* (Processo), *Output* (Saída) e *Customer* (Cliente) - fluxogramas etc.

§ 2º. Após o mapeamento elaborado, sua análise e validação, deverão ser realizados treinamentos para disseminação do conteúdo às equipes envolvidas, sendo de responsabilidade do coordenador e/ou supervisor da área, em conjunto com o Departamento de RH, sob coordenação do NEP – Núcleo de Educação Permanente.

Seção III
Da gestão de riscos assistenciais e institucionais

Art. 9º. A gestão de riscos é uma sistemática que visa a identificação, análise, avaliação e tratativa dos riscos. Gerenciar riscos é implementar e cumprir barreiras, prevenir problemas e trabalhar de forma segura. As rotinas e procedimentos de cada processo possuem riscos inerentes ao cumprimento das atividades.

Parágrafo único. A metodologia será a Matriz de Risco através da APR (Análise Preliminar de Risco) sendo uma técnica que avalia os riscos de uma atividade, identificando, avaliando, classificando e desenvolvendo estratégias para mitigá-los, através de duas dimensões a tabela de

probabilidade e impacto 5 por 5, sendo possível calcular e visualizar a classificação de risco. O resultado desta classificação de risco indica em qual célula matriz de risco se encaixa, e as cores indicam quão alta é a classificação do risco, ou seja, o quão critico um determinado risco é. Este levantamento pode ser feito através do *Brainstorming* com os respectivos profissionais de todas as áreas/setores e da análise de processos, e notificações.

Art. 10. Após a o mapeamento estabelecido no art. 9º, retro, o Conselho Hospitalar, por intermédio do Escritório da Qualidade e em conjunto com os setores mapeados, elaborará a Gestão de Riscos, que deverá minimamente conter:

I. O escopo e os objetivos da gestão de riscos;
II. Os critérios para identificação, avaliação e tratamento de riscos;
III. Avaliação da eficácia da gestão do risco e eficácia da educação;
IV. Envolvimento das partes interessadas e sistemática da comunicação;
V. Listagem e acompanhamento dos riscos identificados;
VI. Classificação de cada risco de acordo com sua gravidade (estratégico, tático operacional, financeiro, empresarial, recursos humanos, ambiental, gestão da informação e prestação de serviços);
VII. Frequência e gravidade dos danos e perdas incorridos;
VIII. Responsabilidades e funções da gestão em cada risco;
IX. Escala de treinamento da equipe;
X. Resumo das ações de prevenção para os principais riscos;
XI. Processos de comunicação para os *stakeholders*;
XII. Ações para controlar/mitigar riscos e prazos para cumprimento;
XIII. Se há procedimento de referência sobre o detalhamento desta rotina;
XIV. As ferramentas e técnicas de gestão de riscos.

Seção IV
Das ferramentas de qualidade

Art. 11. Na garantia de um trabalho profissional, seguro e transparente, é necessário a utilização de ferramentas validadas que auxiliem na gestão. As ferramentas de qualidade conhecidas são instrumentos e técnicas que facilitam a gestão e apoiam tanto na análise de dados quanto na orientação para tomadas de decisão. O Complexo Hospitalar Samuel Libânio utilizará das ferramentas discriminadas abaixo, elencadas para auxiliar a execução desta política, porém não deverá ser motivo de restrição para o uso de outras que possam agregar valor aos trabalhos:

I. *Brainstorming* e *Check List*;
II. Diagrama de causa efeito: “Ishikawa” ou APR Análise preliminar de Riscos /Perigos.
III. PDCA;
IV. Planos de ação nos moldes do 5W2H;
V. 5 porquês;
VI. Gráficos de tendência;
VII. Pareto;
VIII. Matriz SWOT (FOFA);
IX. Matriz G.U.T (Matriz de priorização).

Seção V
Da gestão de protocolos

Art. 13. O Complexo Hospitalar Samuel Libânio, em sua padronização de normas, categoriza os protocolos conforme a seguir:

I. **Protocolos assistenciais:** É um conjunto de dados que registra os cuidados executados para resolver ou prevenir um problema. O uso de um protocolo assistencial permite selecionar e ajustar condutas clínicas, como dieta, cuidados, medicações, consultorias e exames.

II. **Protocolos Gerenciados:** Documento institucional que estabelece um conjunto padronizado de orientações, critérios, condutas e fluxos para execução e acompanhamento de processos assistenciais ou administrativos, com controle formal de elaboração, revisão, aprovação, divulgação e monitoramento. O Protocolo Gerenciado tem como objetivo assegurar uniformidade de conduta, segurança, rastreabilidade, conformidade com evidências técnicas e acompanhamento sistemático da prática institucional, favorecendo a melhoria contínua e a tomada de decisão baseada em critérios previamente definidos.

III. **Protocolos Clínicos:** É um documento que estabelece critérios para o diagnóstico, tratamento, posologias recomendadas e mecanismos de controle clínico. Os protocolos clínicos são adaptações das diretrizes e são baseados em evidências científicas e nas melhores práticas clínicas.

IV. **Protocolos de segurança do paciente** – 6 (seis) metas internacionais - Esses protocolos constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos (locais) de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde, a que se refere a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 da Anvisa. Metas:

1. Identificação correta do paciente;
2. Melhorar a Comunicação entre os profissionais de saúde;
3. Melhora a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos;
4. Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimentos, e paciente corretos,
5. Higienizar as mãos para evitar infecções;
6. Reduzir o risco de queda e úlceras por pressão.

§ 1º. Os protocolos serão confeccionados e disseminados para todos os funcionários do CHSL envolvidos com os temas, respeitando o padrão estabelecido pelo Escritório da Qualidade, evidenciando as normas preconizadas e a literatura científica, determinando datas para treinamento e implantação.

§ 2º. Cada protocolo deverá compor a agenda de treinamentos do Núcleo de Ensino Permanente (NEP) tanto para a formação quanto para aprimoramento dos profissionais envolvidos.

Seção VI
Da gestão de documentos

Art. 14. Para facilitar a disponibilidade, a segurança e a compreensão dos assuntos tratados nos documentos oficiais do Complexo Hospitalar Samuel Libânio, serão observados os critérios abaixo, conforme exigências referendadas na NBR ISO 9001 e no Manual da ONA:

I. Serem elaborados no padrão do MAN.EQ.001 contendo em seu corpo a identificação do assunto principal, setores responsáveis, validação, aprovação, histórico de alterações e validade;
II. Estarem arquivados e disponíveis em meio eletrônico, com acesso via intranet ou em outro sistema operacional utilizado pelo Complexo Hospitalar Samuel Libânio, atuais Qualiex e TASY.
III. É vedada a impressão de documentos, visto que é responsabilidade do Escritório de Qualidade o gerenciamento destes documentos, a impressão se dá apenas quando solicitado pelos órgãos regulatórios, seguindo o processo de cópia controlada contendo data e assinatura do emissor.
IV. Estarem padronizados, de forma reconhecível para todos os usuários, com índices remissivos e pesquisa por assuntos e palavras.

§ 1º. É responsabilidade dos médicos e coordenadores de setores a elaboração de conteúdo para os documentos técnicos e ainda o consenso dos documentos.

§ 2º. Compete ao Escritório de Qualidade o recebimento, formatação, aprovação e após a publicação no sistema disponível, atuais Qualiex e TASY, controlando a vigência de documentos através do sistema de gestão da qualidade Qualiex.

§ 3º. O funcionário deve consultar o documento no Tasy, aba “Qualidade” ou, em casos imprescindíveis, solicitar uma cópia física para coordenador do escritório da qualidade que será justificada a impressão via sistema de gestão da qualidade Qualiex (cópia controlada).

§ 4º. Os documentos da Qualidade serão veiculados somente por meio do respectivo e-mail: qualidade.hcsl.edu.br, sendo arquivados no sistema de gestão da qualidade do CHSL.

§ 5º. Caberá ao Escritório de Qualidade gerenciar a lista mestra através do atual sistema de gestão da qualidade Qualiex de controle de documentos para manter atualizados os prazos de revisão (validade).

§ 6º. Caberá ao Escritório de Qualidade disponibilizar modelos de documentos atualizados, exemplo: Manual, Norma, Plano, Política Institucional, Portaria, POP (Procedimento Operacional Padrão), Protocolo, Regimento, Acordo intersetorial e Fluxogramas.

§ 7º. O prazo de revisão de POP é de 72 horas, da revisão de Protocolos é de 96 horas, o retorno de assinatura é de 72 horas e da publicação é de 96 horas.

§ 8º. Os documentos institucionais do CHSL devem ser assinados exclusivamente no sistema de assinaturas digitais Techcert.

§ 9º. Os documentos institucionais do Complexo Hospitalar Samuel Libânio seguirão a parametrização instituída pelo Departamento de Relações Institucionais. Os documentos

controlados pela Diretoria Executiva caberão à mantenedora FUVS - Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí.

Seção VII
Da gestão de indicadores

Art. 15. Os indicadores são referências para acompanhamento, monitoramento e avaliação de desempenho das metas estabelecidas. São fundamentais para a segurança na tomada de decisões. Os indicadores selecionados para acompanhamento serão definidos pelas suas importâncias estratégicas e determinados pelo Conselho Hospitalar devendo compor o **Caderno de Indicador e** o **Plano de Metas** do Complexo Hospitalar Samuel Libânio e disponibilizado, anualmente, em seu planejamento estratégico.

Art. 16. Deverão ser criadas Fichas Técnicas para descrição de cada indicador, apresentando os seguintes dados:

I. Nome do indicador;
II. Objetivo;
III. Periodicidade mínima de verificação;
IV. Fórmula do indicador;
V. Explicação da fórmula;
VI. Fonte da informação;
VII. Coleta de dados;
VIII. Observações;
IX. Responsável;
X. Parâmetro Brasil, Estado ou outro qualquer, citando fonte;
XI. Meta estabelecida;
XII. Referências.

Art. 17. O Conselho Hospitalar, por meio da Diretoria Técnica, da Diretoria Clínica, da Diretoria de Enfermagem e da Diretoria Administrativa, **deverá acompanhar** os resultados dos indicadores instituídos, orientando os profissionais envolvidos. propondo adequações e alternativas para cumprir as metas estabelecidas.

Parágrafo único. Os indicadores deverão estar informatizados/automatizados no sistema de gestão da qualidade Qualiex no módulo de indicadores, visando facilitar a gestão e garantir segurança das informações.

Seção VIII
Das auditorias internas

Art. 18. O Complexo Hospitalar Samuel Libânio, para garantir isonomia, segurança e confiabilidade nos dados auditáveis e por ser uma das Mantidas da Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí – FUVS, valer-se-á de empresa terceirizada, contratada pela mantenedora, para fins específicos de auditoria de seus processos de gestão financeira, contábil, fiscal, recursos humanos, compras, almoxarifado e tecnologia.

Art. 19. Para os serviços médicos hospitalares e assistenciais, o CHSL conta com funcionários no seu quadro, responsáveis por controles internos para verificação das rotinas, avaliação, aplicação e funcionamento dos procedimentos estabelecidos, além dos protocolos, políticas, a fim de verificar a conformidade juntos às normas estabelecidas.

Parágrafo único. Os serviços de controles internos citados nesse artigo serão realizados pelos funcionários designados dos seguintes setores, restritos aos temas delineados:

I. **Escritório de Qualidade:** Serviços de verificação de conformidade e não conformidade das rotinas, procedimentos, protocolos, políticas, ferramenta da qualidade;
II. **Serviço de Controle de Infecções Hospitalares:** Serviços de verificação, checagem de conformidade e não conformidade das infecções relacionadas a saúde, procedimentos, protocolos e políticas de prevenção a infecção hospitalar envolvendo toda cadeia medicamentosa, higiene e limpeza de toda estrutura hospitalar de acordo com as áreas críticas;
III. **Núcleo de Segurança do Paciente:** Serviços de verificação, checagem de conformidade e não conformidade nos processos de auditoria interna, classificação e monitoramento dos Eventos Adversos, Near Miss, Circunstância de risco, *Never Events*, avaliação e treinamento dos protocolos conforme RDC 36 e políticas do Núcleo Segurança do Paciente;
IV. **Pré-auditoria:** Serviços de verificação e checagem de conformidade e não conformidade das rotinas e avaliação de contas conforme operadora;
V. **Gestão de Contratos:** Serviços de verificação e checagem de conformidade das rotinas e avaliação de repasse médicos conforme operadora;
VI. **SESMT – FUVS:** Serviços de verificação e checagem de conformidade das rotinas e avaliação dos processos da medicina do trabalho;
VII. **Núcleo de Educação Permanente – NEP – FUVS:** Serviços de verificação, checagem de processos das rotinas vinculadas a capacitação de educação permanente e continuada para desenvolvimento do serviço monitorando os processos de conformidade e não conformidade dentro das rotinas e processos estabelecidos;
VIII. **Departamento de RH – FUVS:** Serviços de verificação, checagem de conformidades e não conformidades dos processos das rotinas trabalhistas vinculadas a gestão de pessoas e desenvolvimento;

Art. 20. Para efetividade dos trabalhos da auditoria citados nos art. 18 e 19 retro, os procedimentos e principais critérios das rotinas serão:

I. Realizar com a frequência determinada pelo Conselho Hospitalar;
II. Contar com empresa especializada ou equipes capacitadas;
III. Fornecer informações por meio de relatórios substanciados, para todos os processos auditados, a fim de contribuir para uma análise de dados segura e assertiva dos pontos de melhoria setoriais, orientando as tomadas de decisões.
IV. Priorizar esforços para procedimentos que impactem na satisfação dos clientes e demais partes interessadas;

Sessão IX
Da gestão das consequências

Art. 21. Funcionários, fornecedores, parceiros ou outros *stakeholders* que observarem desvios às orientações desta política, poderão denunciar o fato diretamente nos canais de ouvidoria da FUVS ou do CHSL, podendo ou não se identificar.

Art. 22. Internamente, o descumprimento das diretrizes desta política enseja a aplicação de medidas de responsabilização disciplinares dos respectivos agentes, conforme a gravidade do descumprimento, que podem ser desde advertências verbais até a dispensa por juta causa.

Sessão IX
Dos princípios Ambiental, Social e Governança – ESG

Art.23 O Complexo Hospitalar Samuel Libânio reconhece os princípios ESG – *Environmental, Social and Governance* (Ambiental, Social e Governança) como diretrizes estratégicas integradas à Gestão da Qualidade, promovendo práticas institucionais sustentáveis, éticas, transparentes e socialmente responsáveis, alinhadas à segurança assistencial, à valorização das pessoas, à conformidade regulatória, à gestão eficiente dos recursos, à integridade institucional e ao fortalecimento da governança corporativa, visando assegurar sustentabilidade organizacional, responsabilidade socioambiental e geração de valor para pacientes, funcionários, comunidade e demais partes interessadas.

Parágrafo único. A incorporação dos princípios ESG deverá ocorrer de forma transversal nos processos assistenciais, administrativos, gerenciais e de apoio, estimulando a cultura da sustentabilidade, a responsabilidade social, a gestão consciente dos recursos institucionais, a transparência das ações e o fortalecimento das práticas de governança e *compliance* institucional.

Sessão X
Dos níveis hierárquicos

Art. 24. A organização institucional da Gestão da Qualidade observará a estrutura hierárquica do Complexo Hospitalar Samuel Libânio, com definição clara de responsabilidades, autoridade e interfaces decisórias entre a alta direção, as diretorias, as lideranças intermediárias, os coordenadores, os supervisores e as equipes assistenciais, administrativas e de apoio, de modo a assegurar unidade de comando, fluidez da comunicação, efetividade no acompanhamento dos processos e coerência entre planejamento, execução, monitoramento e melhoria contínua.

§ 1º. A atuação em cada nível hierárquico deverá ser compatível com sua atribuição institucional, cabendo à alta direção a orientação estratégica, às lideranças a coordenação tática e às equipes a execução qualificada das rotinas e protocolos.

§ 2º. A governança da qualidade deverá favorecer a integração entre os níveis hierárquicos, promovendo comunicação tempestiva, corresponsabilização, análise crítica dos resultados e tratamento oportuno das não conformidades, de forma aderente à maturidade organizacional e aos requisitos de acreditação vigentes.

Sessão X
Da jornada do paciente

Art. 25. A Jornada do Paciente constitui eixo central da Gestão da Qualidade no Complexo Hospitalar Samuel Libânio, devendo ser considerada em todas as etapas do cuidado, desde o acolhimento, admissão e classificação de risco, até o atendimento, diagnóstico, tratamento, monitoramento, continuidade assistencial e alta, inclusive com articulação entre os serviços e níveis de atenção quando aplicável. O Ministério da Saúde e a Anvisa destacam que a segurança do paciente deve estar integrada à organização do cuidado, com foco na prevenção de danos evitáveis, no gerenciamento sistemático de riscos, na comunicação efetiva e na participação ativa do paciente e de seus familiares ao longo da jornada assistencial.

Parágrafo único. A jornada do paciente deverá ser permanentemente monitorada com base em protocolos, indicadores, auditorias, escuta qualificada, análise de incidentes e avaliação da experiência do usuário, assegurando continuidade do cuidado, integração entre equipes e redução de falhas de comunicação, com especial atenção aos pontos críticos de transição assistencial e aos riscos relacionados à identificação, medicação, cirurgia, infecção, quedas e outros eventos preveníveis.

Capítulo V
DAS COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

Art. 26 - É competência do Conselho Hospitalar, em conjunto com a Diretoria Administrativa e o Escritório de Qualidade a organização, apoio e implementação desta política.

Art. 27. A coordenação, orientação e controle da execução do “monitoramento de riscos” é de responsabilidade do Escritório de Qualidade, com apoio do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do Complexo Hospitalar Samuel Libânio.

Art. 28. Conforme artigo 5º desta norma, caberá ao Conselho Hospitalar, por intermédio do “Escritório de Qualidade” definir e comunicar aos profissionais dentro da instituição, suas responsabilidades perante o tema qualidade, para que se possa alcançar os resultados estabelecidos.

Art. 29. Conforme artigo 9º desta norma, a coordenação, orientação e controle da execução do mapeamento de processos é de responsabilidade do Escritório de Qualidade.

Art. 30. É responsabilidade dos médicos e coordenadores das áreas e setores a elaboração de conteúdo e o consenso dos documentos descritos no artigo 15 desta norma.

Art. 31. Compete ao Escritório de Qualidade a formatação dos documentos elaborados conforme parágrafo anterior e, após aprovação, sua publicação na Intranet, Qualiex e TASY.

Capítulo VI
DA DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Art. 32. Constituem documentos e normas que deverão ser observados:

I. Demais políticas internas da FUVS e do Complexo Hospitalar Samuel Libânio;
II. Regimentos Internos;
III. Regulamentos Internos;
IV. Ferramentas de Gestão;
V. Portarias internas;
VI. ABNT, Associação Brasileira de Normas Técnicas – NBR ISSO 9001: 2015 - Sistema de Gestão da Qualidade- Requisitos;
VII. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária- RDC nº. 93. de 26 de maio de 2006 - dispõe sobre o Manual Brasileiro de Acreditação de Organização Prestadoras de Serviços de Saúde e as Normas para o processo de Acreditação;
VIII. ONA - Organização Nacional de Acreditação - Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, versão 2026;
IX. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – RDC nº 63.

Capítulo VII
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 33. As reclamações sobre os produtos e serviços oferecidos devem ser registradas e documentadas, examinadas e as causas dos desvios da qualidade investigadas, devendo ser tomadas medidas com relação às falhas e adotadas as providências no sentido de prevenir reincidências.

Parágrafo único. O Conselho Hospitalar nomeará equipe ou núcleo responsável para acompanhamento das reclamações de clientes e usuários, providenciando respostas e soluções viáveis, sejam originárias de pesquisas de satisfação dos clientes ou de ouvidorias internas.

Art. 34. As exceções, quando aplicáveis, serão tratadas pelo Conselho Hospitalar.

Art. 35. Esta Política entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 36. A revisão desta política deverá ocorrer a cada 3 (três) anos, ou, excepcionalmente, quando o Conselho Hospitalar assim entender.

Seção IX

Da gestão das não conformidades

Art. 37. Considera-se Não Conformidade todo desvio identificado em relação aos requisitos legais, regulatórios, normativos, institucionais, assistenciais, administrativos ou operacionais estabelecidos pelo Complexo Hospitalar Samuel Libânio, incluindo políticas, protocolos, procedimentos operacionais padrão, normas, acordos intersetoriais, requisitos de acreditação, contratos, indicadores, metas institucionais e demais documentos do Sistema de Gestão da Qualidade.

Art. 38. A gestão das Não Conformidades constitui processo permanente do Sistema de Gestão da Qualidade e tem por finalidade identificar, registrar, analisar, classificar, tratar, monitorar e verificar a efetividade das ações implementadas, promovendo a melhoria contínua dos processos, a segurança do paciente, a conformidade institucional e a prevenção da recorrência dos desvios identificados.

§ 1º. As Não Conformidades poderão ser identificadas, entre outros meios, por:
I. auditorias internas e externas;
II. inspeções e avaliações de conformidade;
III. notificações institucionais;
IV. monitoramento de indicadores;
V. gerenciamento de riscos;
VI. análise de incidentes, eventos adversos e quase falhas (*Near Miss*);
VII. manifestações oriundas da Ouvidoria, pesquisas de satisfação e demais canais institucionais;
VIII. observações realizadas por colaboradores, pacientes, acompanhantes, fornecedores ou demais partes interessadas.

Art. 38. Toda Não Conformidade deverá ser registrada em sistema institucional oficial noTasy ou Qualiex, contendo, no mínimo:
I. descrição objetiva do desvio identificado;
II. local, data e responsável pelo registro;
III. análise das causas;
IV. plano de ação corretiva e/ou preventiva;
V. responsável pelo tratamento;
VI. prazo para implementação;
VII. verificação da eficácia das ações adotadas;
VIII. encerramento formal da ocorrência.

Art. 39. A análise das causas deverá priorizar metodologias reconhecidas da Gestão da Qualidade, podendo ser utilizadas, conforme aplicabilidade:
I. Diagrama de Ishikawa;
II. Cinco Porquês;
III. Análise Preliminar de Riscos (APR);
IV. Matriz GUT;
V. PDCA;
VI. 5W2H;
VII. outras ferramentas reconhecidas institucionalmente.

Art. 40. As Não Conformidades deverão ser classificadas segundo sua criticidade, considerando o impacto potencial sobre a segurança do paciente, a continuidade assistencial, a conformidade legal, os resultados institucionais e a imagem organizacional, observando metodologia definida pelo Escritório de Qualidade.

Parágrafo único. As Não Conformidades deverão ser tratadas com as lideranças responsáveis, acompanhadas pelo Escritório de Qualidade e, quando pertinente, pelo Núcleo de Segurança do Paciente e Alta Direção.

Art. 41. Compete ao Escritório de Qualidade coordenar o processo institucional de Gestão das Não Conformidades, prestando apoio metodológico às áreas envolvidas, monitorando os planos de ação, acompanhando os prazos estabelecidos, verificando a efetividade das ações implementadas e consolidando informações para subsidiar a tomada de decisão pela Alta Direção.

Parágrafo único. Quando a Não Conformidade estiver relacionada à segurança do paciente, eventos adversos, incidentes, quase falhas ou circunstâncias de risco, sua condução ocorrerá de forma integrada com o Núcleo de Segurança do Paciente, observadas as diretrizes do Plano de Segurança do Paciente e da legislação vigente.

Art. 42. As informações decorrentes da Gestão das Não Conformidades deverão subsidiar a revisão de processos, protocolos, políticas institucionais, treinamentos, indicadores, auditorias, gestão de riscos e planejamento estratégico, fortalecendo a cultura organizacional voltada para a melhoria contínua e para a segurança do paciente.

Pouso Alegre (MG), 31 de julho de 2026.

CONSELHO HOSPITALAR DO COMPLEXO HOSPITALAR SAMUEL LIBÂNIO

Assinado eletronicamente por:
Saulo Gonçalves Lamas
CPF: ***.317.397-**
Data: 16/09/2026 22:00:57 -03:00

Dr. Saulo Gonçalves Lamas
Diretor Técnico

Assinado eletronicamente por:
Dirceu Eurilio Silva
CPF: ***.539.416-**
Data: 17/09/2026 16:17:44 -03:00

Dr. Dirceu Eurílio Silva
Diretor Clínico

Assinado eletronicamente por:
JUSSELMA DE PAIVA REIS
CPF: ***.116.028-**
Data: 16/09/2026 15:46:52 -03:00

Jusselma de Paiva Reis
Diretora Administrativa

Assinado eletronicamente por:
Viviane Aparecida de Souza Silveira
CPF: ***.518.546-**
Data: 17/09/2026 09:33:29 -03:00

Viviane Aparecida de Souza Silveira
Superintendente de Enfermagem

Assinado eletronicamente por:
BENEDITO FABIANO DOS REIS
CPF: ***.311.666-**
Data: 16/09/2026 15:54:23 -03:00

Dr. Benedito Fabiano dos Reis
Representante da Univás

Assinado eletronicamente por:
Rinaldo Lima Oliveira
CPF: ***.171.928-**
Data: 17/09/2026 16:24:19 -03:00

Rinaldo Lima Oliveira
Diretor Executivo

