1. OBJETIVOS

- Promover a melhoria contínua da qualidade dos serviços, visando a segurança do paciente e a qualidade total através da avaliação, medição e readequação sistemática dos processos organizacionais;
- Atuar de forma integrada entre setores assistenciais e administrativos;
- Cumprir as legislações vigentes, normas técnicas e boas práticas nacionais e internacionais.

2. ABRANGÊNCIA

Esta Política Institucional de Qualidade e Segurança do Paciente aplica-se a todas as unidades assistenciais e administrativas do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, incluindo:

- Os colaboradores da instituição, independentemente do vínculo empregatício ou função (efetivos, terceirizados, temporários, voluntários e estagiários);
- Corpo clínico, incluindo profissionais autônomos e cooperados vinculados ao atendimento assistencial;
- Prestadores de serviços e empresas contratadas, que atuem direta ou indiretamente nas áreas assistenciais ou de apoio;
- Pacientes, acompanhantes e visitantes, no que diz respeito ao cumprimento de normas de segurança e promoção do cuidado centrado na pessoa.

Esta política se estende a todos os processos, fluxos e protocolos institucionais que envolvam o cuidado ao paciente, a prevenção de eventos adversos, prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, o monitoramento de indicadores de desempenho e a gestão da melhoria contínua.

3. DEFINIÇÕES

3.1 Qualidade

Prestação de serviços com foco no cliente, em tempo adequado, eficiente, efetivo, equitativo e seguro.

3.2 Melhoria

Aprimoramento contínuo de processos.

4. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

4.1 Diretrizes

O Instituto de Cardiologia tem como prioridade o ensino, a pesquisa e assistência. Estando o cuidado centrado no paciente e a qualidade e segurança como um dos valores institucionais. Todos os colaboradores devem cumprir a Missão, Visão e Valores, que refletem a priorização institucional da qualidade e segurança. Os padrões descritos nas políticas, protocolos, programas, e procedimentos operacionais padrão, buscam o alinhamento das práticas com os padrões definidos pelo Ministério da Saúde (MS), pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e pelas melhores práticas assistenciais e prática do método de gestão pela qualidade.

As diretrizes da Política da Qualidade e Segurança são constituídas através da missão, em alinhamento aos valores institucionais e uma visão de futuro, todos aprovados pela Direção e de conhecimento dos colaboradores da Instituição.

4.2 Indicadores – Visão estratégica

A alta gestão deve dispor de informações consistentes e atualizadas para conduzir a estratégia institucional de qualidade e segurança do paciente, com foco na melhoria contínua dos processos assistenciais e gerenciais. As metas devem ser definidas com base em indicadores estratégicos, os quais devem ser periodicamente avaliados em conjunto com a Superintendência.

Cabe à Diretoria estabelecer e monitorar uma visão clara e uma estratégia alinhada ao alcance dos objetivos de qualidade e segurança, utilizando a análise crítica dos resultados como base para a tomada de decisão. Os indicadores institucionais devem ser desdobrados de forma sistemática, da alta gestão até os níveis operacionais, assegurando alinhamento e engajamento de todas as áreas da organização.

4.3 Foco no Paciente

Adotar uma cultura organizacional centrada no paciente, reconhecendo-o como o principal foco do hospital. Esse princípio deve nortear a definição dos processos organizacionais e refletir-se nas atitudes, decisões e ações de todos os colaboradores e gestores da instituição.

4.4 Cultura de Segurança

A estratégia de qualidade promove uma cultura de segurança que valoriza a transparência, o aprendizado contínuo e a prevenção de danos. Nesse ambiente, erros humanos não são tratados de forma punitiva, exceto nos casos em que fique comprovada a violação deliberada de protocolos ou conforme previsto nas exceções estabelecidas na Política de Cultura de Segurança da instituição.

Essa cultura deve incentivar a identificação e a comunicação proativa de falhas e riscos, antes que causem danos ao paciente, permitindo a análise crítica dos eventos e a implementação de medidas preventivas que evitem a recorrência de situações semelhantes. A responsabilização é aplicada de forma justa, considerando se a falha decorre de falhas sistêmicas ou de conduta individual fora dos padrões esperados.

4.5 Eficiência no Atendimento

O atendimento aos pacientes no Instituto de Cardiologia deve ser pautado na consistência, precisão e confiabilidade, assegurando respostas adequadas e oportunas diante de incidentes, solicitações dos pacientes ou de seus familiares. Para que esse atendimento gere valor, é essencial que esteja orientado à obtenção dos melhores desfechos clínicos possíveis, promovendo cuidado seguro, eficaz e centrado no paciente.

4.6 Educação Continuada

As equipes devem possuir conhecimento técnico atualizado e compatível com a excelência no atendimento ao cliente. Para isso, a instituição deve promover e incentivar continuamente a qualificação e o desenvolvimento profissional de seus colaboradores e gestores, fortalecendo competências e garantindo a qualidade da assistência prestada.

4.7 Cuidado Centrado no Paciente

A estratégia de qualidade deve assegurar o envolvimento ativo de pacientes e familiares, promovendo sua participação nos processos de cuidado. Todas as ações e fluxos institucionais devem estar orientados às necessidades, expectativas e experiências dos clientes, reforçando a centralidade do paciente na prestação do serviço de saúde.

4.8 Práticas baseadas em Evidências

Os processos assistenciais e operacionais devem ser fundamentados em boas práticas, respaldadas por evidências científicas atualizadas, e apoiados por sistemas tecnológicos que contribuam para a tomada de decisão clínica segura, eficaz e precisa.

5. EFEITOS DO NÃO CUMPRIMENTO DA NORMA

O descumprimento desta norma pode resultar em desajustes nos processos e comprometer a qualidade assistencial, impactando negativamente os pacientes e/ou a instituição.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

Esta política passa a viger a partir da data de sua aprovação pela superintendência executiva e deverá ser revisada a cada 4 anos ou sempre que houver mudanças significativas nas operações. A presente Política foi aprovada e passou a vigorar a partir da reunião da Superintendência Executiva realizada em 22 de abril de 2025.

7. REFERÊNCIAS

Relatório Técnico OMS 2009. Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC n° 36, de 25 de julho de 2013. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, Seção 1, Pág. 36. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Módulo 6. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. 2016 Agência Nacional de Vigilância Sanitária. O Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde- Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. 2015

MIGUEL, P.A.C. Qualidade: enfoques e ferramentas.. 1 ed. São Paulo: Artliber, 2006.

MARSHALL JÚNIOR, Isnard et.al.Gestão da Qualidade.10.ed.Rio de Janeiro. Editora FGV,2010.

QUINQUIOLO, J. M. Avaliação da Eficácia de um Sistema de Gerenciamento para Melhorias Implantado na Área de Carroceria de uma Linha de Produção Automotiva. Taubaté⁄SP: Universidade de Taubaté, 2002

Elaborador	**Revisor**	**Aprovador**
Data: 16/03/2023 **Geicieli da Silva** Enfermeira NSP	**Data: 05/03/2025** **Renata Brião** Superintendente Assistencial **Michele Borges** Coord. Da Qualidade	**Data: 22/04/2025** **Leandro Gomes** Superintendente Executivo
Versão 01	Descrição da Alteração Elaboração do Documento	Data: 10/03/2023

02	Este documento foi totalmente alterado. Este documento cancela ou substitui a versão 01 documento.	02/04/2025