	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 1/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

1. OBJETIVO


Descrever e implementar estratégias de qualidade e segurança do paciente baseadas na adoção de boas práticas e no monitoramento de processos por meio de indicadores alinhados ao planejamento estratégico Hospital Porto Dias (HPD) que assegurem o amadurecimento da cultura de segurança, do gerenciamento de risco, análise e tratativas de eventos e desta forma levar a experiência do cuidado seguro ao cliente.

1. RESPONSABILIDADES

2.1. QUALIDADE


- Elaborar, planejar, divulgar e acompanhar a implementação do programa da qualidade, por meio de uma gestão da qualidade integrada nas unidades de negócio Hospital em todos os níveis hierárquicos;
- Assegurar que o sistema de gestão da qualidade esteja conforme com os requisitos das normas de referência das certificações do Hospital, bem como realizar as comunicações necessárias com as certificadoras nacionais e internacionais;
- Reportar à alta direção o desempenho do programa da qualidade através de relatórios trimestrais incluindo o monitoramento das notificações dos processos, eventos adversos e sentinela bem como suas oportunidades de melhoria;
- Assegurar que a integridade dos dados da qualidade é mantida quando são planejadas e implementadas mudanças no sistema de gestão da qualidade;
- Garantir a inclusão e participação de todas as unidades de negócio do Hospital no programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente;

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 2/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

- Elaborar, validar e disponibilizar fontes, referências e dados objetivos para medir e avaliar o funcionamento e desempenho dos processos;
- Assessorar a alta direção para a tomada de decisões baseada em dados de medição validados;
- Apoiar o processo de seleção de medidas em toda a organização, validando e analisando criticamente além de proporcionar coordenação e integração das atividades de melhoria;
- Acompanhar a melhoria dos processos a partir da medição de desempenho;
- Monitorar os indicadores estratégicos no Balanced Score Card – BSC;
- Atualizar os indicadores estratégicos no sistema Tasy conforme revisão do planejamento estratégico;
- Atualizar os indicadores dos processos finalísticos, de apoio e gestão no sistema Tasy, sempre que houver alteração na estrutura organizacional;
- Desenvolver e executar a inserção dos indicadores no Enterprise Resource Planning (ERP);
- Realizar, em conjunto com os gestores dos processos, reuniões para validação e análise crítica dos indicadores;
- Assessorar a elaboração e revisão dos mapeamentos de processos e riscos para assegurar as interações e entregas pretendidas;
- Fortalecer em todos os níveis hierárquicos a importância de atender aos requisitos dos clientes e aos órgãos regulamentadores;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf.ª Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 3/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	


- Fornecer apoio e treinamento para os gestores sobre ferramentas da qualidade para análise e tratamento de eventos incentivando-os para a mitigação de riscos e gerenciamento de ações efetivas para o tratamento das ocorrências;
- Gerenciar, estimular, avaliar e monitorar as notificações ocorridas nas instalações do Hospital, além dos riscos assistenciais, sanitários, ambientais e ocupacionais;
- Assessorar a implementação, sustentação e demonstração das mudanças que resultem em melhorias sustentáveis;
- Possibilitar a adoção de um modelo de gestão, através da introdução de instrumentos gerenciais que conduzam a uma maior eficácia e eficiência dos serviços;
- Contribuir para o aprimoramento da cultura de segurança e clima organizacional eliminando ou reduzindo não conformidades e conflitos entre as diversas áreas e/ou categorias de profissionais de saúde;
- Fortalecer a experiência do paciente em todas as unidades de negócio do Hospital.

2.2. ALTA DIREÇÃO (DIRETORIA TÉCNICA E CLÍNICA)

- Aprovar o programa para melhoria da qualidade do Hospital;
- Estabelecer um ambiente que propicie o estabelecimento da cultura de segurança do paciente a nível institucional;
- Garantir a implementação da estrutura de conduta ética na organização.

2.3. LIDERANÇAS DOS PROCESSOS (FINALÍSTICOS, APOIO E GERÊNCIAS)

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 4/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

- Cumprir as diretrizes descritas neste programa;
- Assegurar o cumprimento das interações de processo necessárias para a efetiva gestão da qualidade;
- Ser agente de mudanças e melhoria dos processos, visando a eficiência operacional.

2. ABRANGÊNCIA

Institucional.

3. DESCRIÇÃO

4.1. MISSÃO

Assessorar e garantir a regulação da gestão dos processos para alcance dos objetivos estratégicos com qualidade e segurança.


4.2. VISÃO

Ser modelo de inovação em serviços de saúde e assessoria de qualidade.

4.3. VALORES

- Conduta llibada
- Foco em resultados
- Empatia
- Paciente como centro do cuidado
- Melhoria contínua
- Segurança na assistência
- Atenção aos detalhes

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 5/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

4.4. DESCRIÇÃO DO SUBPROCESSO DA GESTÃO INTEGRADA DA QUALIDADE

A qualidade do Hospital elaborou este programa onde reúne as ações que desenvolve. Conta com a aprovação da alta liderança e é gerenciado por profissionais qualificados, responsáveis pela implantação eficaz de melhoria contínua da qualidade e segurança do paciente na Instituição.

Os profissionais da Qualidade responsáveis pelo gerenciamento do programa são qualificados para assessorar os gestores no gerenciamento efetivo dos processos em toda a Organização.

Em parceria com a educação continuada e por meio da trilha do conhecimento, implementa um programa de treinamento em qualidade e segurança do paciente para todos os colaboradores e é responsável pela comunicação regular de questões relativas à qualidade, segurança do paciente e gerenciamento de riscos na Instituição.


A estrutura da Qualidade dentro do Hospital está demonstrada em seu organograma e no organograma da Qualidade (Anexo I e II).

4.5. GESTÃO DE PROCESSOS

Diz respeito ao gerenciamento do negócio a partir do monitoramento e controle dos processos, sempre através de uma visão sistêmica da organização. A Qualidade acompanha o desempenho de todos os processos do Hospital remodelando-os anualmente, a fim de que os objetivos dos processos estejam alinhados aos objetivos organizacionais para que estes sejam atingidos com sucesso.

Esta etapa é realizada por meio da ferramenta SIPOC (Supplier, Input, Process, Outputs e Customer) identificando fornecedores, insumos, processo, saídas e clientes (Figura 1). A Qualidade assessora a revisão dos mapeamentos, que é realizada

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 6/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

anualmente, ou em frequência inferior a um ano caso sejam necessários ajustes, formalizando-o no template de mapa de processo (Figura 2).

O mapeamento de processos detecta, compreende e conhece os processos de negócios atuais e futuros com o objetivo de melhorar o nível de satisfação do cliente (interno e externo) e da qualidade dos produtos ou serviços e de reduzir custos para aumentar o desempenho do negócio.

O mapeamento permite que o gestor identifique os pontos fortes do projeto, gargalos, retrabalho, excesso de documentação etc. Isso possibilitará melhorar todos os processos e aumentar a performance da equipe e do Hospital como um todo.

Anualmente é realizada a Pesquisa de Satisfação do Cliente Interno. Essa pesquisa busca entender a satisfação dos clientes internos de cada processo. Dessa forma, os setores poderão desenvolver ações que melhorem suas entregas, bem como a colaboração, o relacionamento e o clima entre áreas.

Figura 1. Ferramenta SIPOC

SIPOC		nome do processo		
S	I	P	O	C
Fornecedores	Entradas	Processo	Saídas	Clientes
INÍCIO - MACROPROCESSOS				
		↓		
0	0	↓		
0	0	↓		
0	0	↓		
0	0	↓		
FIM				
Requisitos de Cliente: (Q) Qualidade (E) Entrega (C) Custo				

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 7/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

Figura 2. Mapa de Processo



Mapa de Processo

Cadeia de Valor: Digite a cadeia de valor.



Processo: SCIH

Responsável: Drª. Marcia Milene

Código: HPD-MP-CCIH-06

Versão: 06

Nº Página: 01


MISSÃO: Ser referência em controle de infecção, aliando alta performance técnica e gerencial, com desenvolvimento de pessoas				
FORNECEDORES	INSUMOS	MACRO ATIVIDADE	PRODUTOS	CLIENTES
<ul style="list-style-type: none"> Setores assistenciais Gerenciamento de Leitos CME Laboratório PDD Higienização Farmácia Suprimentos SESMT Tecnologia da Informação Engenharia Clínica Gestão de Pessoas Infraestrutura Educação continuada Ambulatórios Qualidade 	<ul style="list-style-type: none"> Ambiente Leitos isolamento Materiais Esterilizados Exames Laboratoriais Exames de Imagem Ambiente Limpo Mat/Med Insumos EPFS Computadores e Rede Equipamentos Colaboradores Manutenção Predial Treinamentos Solicitação Consultoria Técnica Assessoria 	<div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; margin-bottom: 5px; display: inline-block;">Dados e Informações</div> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">↓</div> <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; margin-bottom: 5px; display: inline-block;">Análise</div> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">↓</div> <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; margin-bottom: 5px; display: inline-block;">Orientação e implementação</div> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">↓</div> <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; margin-bottom: 5px; display: inline-block;">Avaliação dos resultados</div>	<ul style="list-style-type: none"> Controle de Infecção 	<ul style="list-style-type: none"> Todo os setores Comunidade Paciente Planos de saúde Colaboradores Órgãos de vigilância

4.6. GERENCIAMENTO DE RISCOS

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (2018) risco é definido como o efeito da incerteza nos objetivos ou a possibilidade de que um evento ocorra e afete positivamente ou negativamente os objetivos.

Considerando que os serviços de saúde são prestados em ambientes complexos, onde vários fatores contribuem para a ocorrência de incidentes, faz-se necessária a identificação e tratamento destes.

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 8/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

O processo de gestão de risco do Hospital é desenvolvido em duas estratégias: a gestão proativa e reativa.

4.6.1. Gestão Proativa: Mapeamento De Riscos, FMEA, Rounds e Auditorias Internas

- **Mapeamento De Riscos**


A partir do mapeamento do processo é iniciado o mapeamento dos riscos inerentes às etapas do processo. A análise preliminar de riscos (APR) (Figura 3) é a ferramenta utilizada para identificação e registro das atividades do processo e dos perigos envolvidos em cada uma delas. Na APR ficam registrados: atividade, descrição do perigo, causa, consequências, fator de impacto, gravidade, probabilidade, score de risco, ações para mitigação, responsáveis e periodicidade de avaliação.

Por meio da APR são definidas a probabilidade e a gravidade da ocorrência dos riscos mapeados.

A probabilidade avalia o quanto é provável que o risco aconteça e está relacionada à frequência de ocorrência, enquanto a gravidade se relaciona ao impacto, o quanto o risco afetará o paciente e a Instituição se vier a acontecer (Figura 4).

Figura 3. Avaliação Preliminar De Risco.

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 9/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	


AVALIAÇÃO PRELIMINAR DE RISCOS														
DESCRIÇÃO DO RISCO				NÍVEL DE RISCO					TRATAMENTO DO RISCO					
PROCESSO AVALIADO	RISCO IDENTIFICADO	CAUSA	CONSEQUÊNCIAS	FATOR DE IMPACTO	GRAVIDADE	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	AÇÕES PARA MITIGAÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	ESTRATÉGIA	SITUAÇÃO	TENDÊNCIA

Figura 4. Critérios de Classificação de Probabilidade e Gravidade

PROBABILIDADE		
Descritor	Descrição	Nível
Muito Baixa	Eventos extraordinários. Embora possa assumir dimensão estratégica para a manutenção do processo, não há histórico de sua ocorrência.	1
Baixa	Evento casual, inesperado. Muito embora raro, há histórico conhecido de sua ocorrência por parte dos gestores.	2
Média	Evento esperado, que se reproduz com frequência reduzida, porém constante. Seu histórico é conhecido da maioria dos gestores.	3
Alta	Evento usual, corriqueiro. Devido sua ocorrência habitual ou conhecida um uma dezena ou mais de casos, aproximadamente, seu histórico é amplamente conhecido por parte dos gestores.	4
Muito Alta	Evento se reproduz muitas vezes, se repete seguidamente, de maneira assídua, numerosa. Interfere no ritmo das atividades, sendo evidente para os que conhecem o processo.	5

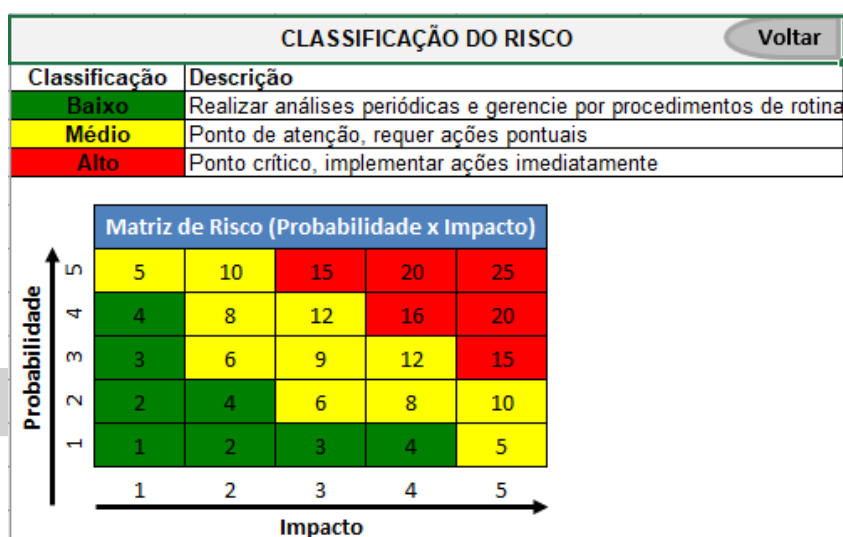
GRAVIDADE		
Descritor	Descrição	Nível
Muito Baixo	Os riscos possuem danos pouco significativos	1
Baixo	Os riscos possuem danos reversíveis em curto e médio prazo, com custos pouco significativos	2
Médio	Os riscos possuem danos reversíveis em curto e médio prazo, impactos significativos porém recuperáveis, custos baixos	3
Alto	Os riscos possuem danos com custos altos, impactos de reversão difícil	4
Muito Alto	Os riscos possuem danos que impactam fortemente inclusive em outros processos, gerando custos economicamente inviáveis.	5

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 10/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

Após a definição destes critérios é estabelecida a matriz de riscos. Uma ferramenta visual onde as informações são cruzadas para identificação da criticidade do risco, facilitando a tomada de decisão de acordo com o score (Figura 5).


Figura 5. Matriz de Risco



A partir da relação entre gravidade e probabilidade o nível de risco é classificado em: extremamente elevado, elevado, médio e baixo estes devem ser avaliados na próxima etapa.

A avaliação de riscos é feita comparando os critérios estabelecidos de acordo com o contexto do processo e o nível de risco encontrado durante a análise. Assim são identificados os riscos que são aceitos e os que não são tolerados, sendo desenvolvidos planos de ação com o objetivo de identificar estratégias para mitigar, reduzir ou eliminar tais riscos. As ações são tomadas de acordo com o nível do risco encontrado, considerando:

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 11/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

- Risco Baixo (as células na cor verde): não requer ação específica, são considerados aceitáveis não sendo necessárias ações preventivas periódicas mantido apenas o acompanhamento.
- Risco Médio (as células na cor amarela): é necessário implementar um plano de ação para redução do risco a médio e longo prazo, conta com reavaliação periódica das ações para avaliação de eficácia e de novas ocorrências do risco
- Risco Elevado (as células na cor laranja): é necessário mitigar e reduzir rapidamente o risco em curto prazo com reavaliação periódica das ações. As estratégias agem para que a ocorrência do risco seja mais difícil;
- Risco Extremamente Elevado (as células na cor vermelha): as ações ocorrem imediatamente após a identificação do risco e são mantidas diariamente até o risco ser reduzido, controlado e/ou eliminado.


Ao longo da utilização da metodologia os critérios de risco podem ser alterados e surgirem novas oportunidades de melhoria conforme mudança dos contextos interno e externo do processo.

• **Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) - Análise de Modo e Efeito de Falhas**

O FMEA auxilia na identificação, delimitação e descrição das não conformidades geradas pelo processo, suas causas e efeitos, para através de ações de prevenção diminuir a probabilidade de ocorrência de erros. (Figura 6)

É utilizado para análise das linhas de cuidado e pode ser aplicado em outros processos ou atividades não assistenciais, porém, críticos; conta com revisão anual realizada em fóruns com a participação dos processos envolvidos na linha do cuidado.

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 12/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

A Qualidade participa ativamente da utilização da ferramenta junto com os gestores esclarecendo e direcionando sobre:

- Modo de falha potencial:

Como esse processo deixa de desempenhar as funções que se esperam dele?

- Efeito da falha potencial:

Qual o impacto de cada modo de falha no paciente?

- G – Gravidade:

Qual a gravidade das consequências do modo de falha?

- O – Ocorrência da causa:

Qual a chance dessa causa ocorrer?

- D – Detecção da falha:


Qual a chance de detectar o modo de falha antes do produto ser entregue ao paciente?


- R – Score de Risco:

Valor numérico atribuído ao modo de falha potencial sendo quanto maior o valor numérico mais crítico é o risco para o processo.

Figura 6. FMEA

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	<h1>HOSPITAL PORTO DIAS</h1>	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 13/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

ANÁLISE DE MODO E EFEITOS DE FALHA POTENCIAL - FMEA																											
																											
Tipo de FMEA: LINHA CUIDADO PACIENTE CRÍTICO																											
Projeto/Processo: PROCESSO																											
Preparado por: COORDENADORES / SUPERVISORES/GEREN																											
Aprovação da Gerência: DIRETOR TÉCNICO																											
Responsável Projeto/Processo: QUALIE																											
Equipe: MULTIPROFISSIONAL																											
Data Início: 27/07/2023																											
Data Limite: 27/07/2024																											
Revisões: ANUAL																											
Revisões / Ano 2023																											
Revisões / Ano 2024																											
Item / Etapa do Processo	Situação Atual	Risco Potencial	Severidade	Consequência	Definição	FALHA	CAUSAS	EFEITOS	Ações Recomendadas	Atualização	Status	Item	Prazo	Status	Item	Ações Planejadas	Prazo										
Receber Recamar	Falha na abertura de agenda	Perda financeira	2	10	4	120	INCORRETO	Admissão de novos colaboradores	Cronograma de abertura de agenda	Redimensionamento de pessoas	Revisão de descrição de cargo	Projeto do comitê de produtividade	Revisão do procedimento geral	Escala de sobre aviso aos finais de semana passou para equipe assistencial	Percentual de chamados atendidos	Concluído	1. Priscilla 2. Admor 3. Graciele 4. Danilo	30/11/2023	CONCLUÍDO	1. Danilo 2. Priscilla	Projeto de manutenção do sistema de telefonia Revisão de mapeamento de processos Treinamento de procedimento geral para o time Construção de EI para taxa de atendimento > 90%	3	7	4	84	INCORRETO	*****

- Rounds – Discussões em Equipe**


Round de segurança: elaborado e revisado pela Qualidade, o round de segurança é a avaliação diária que visa identificar os obstáculos do ambiente, de comunicação e de cultura que podem originar erros que causem danos aos pacientes. O round é realizado no início de cada plantão, capitaneado pela enfermeira da unidade assistencial, segue roteiro definido que contempla a avaliação da estrutura, alertas de segurança, conquistas do processo e satisfação do cliente.

Round assistencial/multiprofissional: avaliação diária realizada pela equipe multiprofissional tem como objetivo de definir condutas assistenciais alinhadas voltadas para o alcance de metas terapêuticas que assegurem a completa estabilização, recuperação e alta do paciente sem eventos. É aplicado a todo paciente internado nas unidades de internação e unidades de terapia intensiva do hospital e as ações definidas direcionarão a assistência ao cuidado com segurança. A Qualidade, durante a visita da qualidade concorrente, acompanha a execução dos rounds assistenciais.

- Auditorias Internas**

As auditorias internas realizadas no Hospital possuem periodicidade mensal, sendo seus resultados lançados nos indicadores da Qualidade e são utilizadas para

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 14/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

detecção de não conformidades relacionadas às metas internacionais de segurança do paciente com olhar atencioso à prevenção de eventos com risco de dano ao paciente.

O cálculo utilizado para definição da amostra auditada conta com nível de confiança de 90% e erro amostral de 10%, sendo considerado para o cálculo: nas unidades assistenciais (Unidade de Emergência, UI e UTI) o número de paciente-dia, no Bloco Cirúrgico o número de procedimentos concluídos e no setor de diagnóstico por imagem o número de exames realizados.

É realizada pela Qualidade em conjunto com a comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH). O instrumento utilizado baseia-se nos critérios e normas avaliativas dos órgãos reguladores e certificadora externa, e está disponível no sistema Tasy, módulo auditorias.


Após a realização da auditoria o relatório com os achados é enviado pela Qualidade para os responsáveis dos processos auditados, com cópia para as coordenações e diretorias com a solicitação de resolução das não conformidades auditadas. Os indicadores com os resultados bem como as ações corretivas são apresentados pela Qualidade em reunião com a alta direção e demais lideranças.

4.6.2. Gestão De Riscos Reativa: Sistema De Notificações E Triggers

O foco da gestão reativa é a análise de incidentes ocorridos no Hospital. Esta gestão possibilita investigar, identificar e analisar os riscos após a ocorrência, através do sistema de notificações e a análise de triggers (gatilhos).

O sistema de notificações permite a comunicação anônima dos eventos de segurança do paciente e não conformidades de processo ocorridas nas dependências da

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 15/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

Instituição. Os conceitos e definições utilizados estão em consonância com a classificação internacional para segurança do paciente, sendo:

- **Condição Perigosa:** circunstância (diferente do processo ou condição de doença do paciente) que aumenta a probabilidade de ocorrência de um evento adverso.
- **Quase-falha:** evento de segurança do paciente que não atingiu o mesmo.
- **Evento sem dano:** evento de segurança do paciente que atinge o mesmo, mas não causa danos.
- **Evento Adverso:** evento de segurança do paciente, não relacionado a evolução natural da doença que resulta em dano ao mesmo que pode ser leve (sintomas leves, duração rápida e intervenções mínimas necessárias) ou moderado (paciente sintomático, com necessidade de tratamento ou procedimento terapêutico adicional, aumento no tempo de internação).
- **Never Event:** evento com dano grave ou grave temporário não fatal. São considerados never event: lesão por pressão estágio III e IV, perda irreversível de amostra biológica insubstituível).
- **Evento Sentinela:** evento de segurança do paciente que atinge o paciente e resulta em: óbito (não relacionado ao curso natural da doença), dano permanente, dano temporário grave potencialmente fatal, que dure por tempo limitado, exige transferência para nível elevado de cuidado para uma condição de risco de vida ou cirurgias, procedimentos para resolver a condição.


São considerados eventos sentinela:

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 16/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

- Suicídio de qualquer paciente que receba cuidados, tratamento e serviços em um ambiente de cuidado 24 horas por dia ou em até 72 horas após a alta, inclusive da emergência do Hospital;
- Reação de transfusão hemolítica envolvendo administração de sangue ou produtos sanguíneos com incompatibilidades de grupo sanguíneo maior (ABO, Rh, outros grupos sanguíneos);
- Estupro, agressão (levando a morte ou perda permanente de função), homicídio de um paciente, colaborador, estagiário, visitante, profissional independente licenciado ou fornecedores, enquanto nas dependências do hospital;
- Procedimento invasivo no local errado;
- Realização de procedimento invasivo no paciente errado;
- Realização de procedimento invasivo errado no paciente certo;
- Retenção não intencional de objeto estranho no paciente após um procedimento invasivo, incluindo cirurgia;
- Alta de um bebê para a família errada;
- Óbito inesperado de um bebê a termo;
- Rapto de qualquer paciente que recebe cuidados, tratamento e serviços;
- Qualquer fuga (saída não autorizada) de um paciente internado e em atendimento na emergência, levando a óbito, dano permanente ou temporário grave;
- Hiperbilirrubinemia neonatal grave (bilirrubina > 30 miligramas/decilitro);

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 17/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	


- Fluoroscopia prolongada com dose cumulativa > 1.500 rads para um único campo ou qualquer entrega de radioterapia para a região do corpo errado ou > 25% acima da dose planejada de radioterapia;
- Fogo, chama ou fumaça inesperada, calor ou flashes ocorrendo durante um episódio de cuidado ao paciente;
- Qualquer morte materna intraparto (relacionada ao processo de nascimento);
- Morbidade materna grave (não relacionada ao curso natural da doença ou condição subjacente do paciente);
- Evento que atinge um paciente e resulta em danos permanentes ou danos temporários graves.

O objetivo da investigação é determinar porque aconteceu o evento, o que pode ser feito para reduzir o risco de recorrência, tornar a assistência mais segura e aprender com a ocorrência. O rastreamento dos eventos notificados é utilizado para auxílio na análise de melhorias implementadas. As etapas para a análise compreendem: notificação no sistema Tasy, análise através da utilização das ferramentas da qualidade; plano de ação a partir da causa-raiz identificada, para eventos com dano grave e sentinelas o tratamento é finalizado com relatório para as certificadoras externas, incluindo análise e plano de ação desenvolvidos. Os eventos adversos do HPD são reportados mensalmente ao Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA).

Prazos para análise e encerramentos das notificações:

- Condições perigosas, quase-falha (close call) e evento sem danos: devem ser analisados em até 15 dias da ocorrência, planos de ação podem ser concluídos em até 90 dias do ocorrido.

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 18/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

- Eventos com dano e Never Events: devem ser analisados em até 07 dias do ocorrido e o plano de ação concluído em até 60 dias do ocorrido.
- Eventos sentinela ou a suspeita destes: devem ter análise imediata ou quando tomar conhecimento do evento, confirmada a ocorrência o plano de ação deve ser concluído em 45 dias após o evento.

A Qualidade direciona as ferramentas a seguir para uso nas análises de ocorrências:

- Brainstorming – chuva de ideias: reunião em grupo com os colaboradores envolvidos na ocorrência que se deseja analisar, estes apresentam o compartilhamento espontâneo de ideias que motivaram a ocorrência. As ideias são anotadas à medida que forem sendo geradas, todas precisam ser levadas em consideração, pois facilita uma nova forma de analisar ocorrido. A partir de todas as informações coletadas, o grupo avalia qual fragilidade está ligada à causa-raiz da ocorrência. O Brainstorming é utilizado como ferramenta em análises simples de eventos sem danos, situações de risco, quebra de interação de processos, quase-falhas. Para eventos com dano leve, moderado, grave e óbito, é considerada como ferramenta inicial de identificação de riscos e associada a outras ferramentas mais completas.
- Diagrama de Ishikawa – Diagrama de causa e efeito: são propostas seis categorias pelo método: máquina, materiais, mão-de-obra, meio ambiente, método e medidas, no HPD é utilizado o diagrama de ishikawa modificado devido adaptação à realidade hospitalar. É aplicado para realizar a análise de causa e efeito, ao ser associado ao Brainstorming com a equipe para identificação das fragilidades, as ideias encontradas são categorizadas dentro do diagrama para análise e definição da causa-raíz. Pode ser utilizado após a


Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 19/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

aplicação do protocolo de Londres em eventos com dano grave e eventos sentinela.

- Cinco Porquês: ferramenta utilizada para detectar a principal causa de um defeito ou problema, onde é perguntado 5 vezes o motivo de seu acontecimento. É importante considerar os 5 porquês como uma ferramenta que possui limitações, pois fazer 5 perguntas não significa uma análise detalhada do problema investigado. É um método simples e utilizado para análises rápidas nas unidades de eventos sem danos e eventos com danos leve/moderado.
- Protocolo de Londres: é um processo de investigação de eventos e análises desenvolvido em contexto de investigação, foi adaptado para o uso prático pelos gestores na investigação de um incidente. A finalidade do protocolo é garantir uma análise abrangente e reflexiva, indo além da identificação de falhas e culpas. No Hospital, esta ferramenta é utilizada nas análises de eventos com dano grave e eventos sentinela. As etapas do Protocolo de Londres são constituídas de: identificação da ocorrência de evento com dano grave e evento sentinela, seleção da equipe para investigação contendo representantes da Qualidade, gestão de pessoas, superintendente, gestor médico e de enfermagem da unidade de ocorrência e demais profissionais que a equipe julgar necessário. O levantamento de dados e informações deve ser realizado por meio de revisão da história clínica completa do paciente, documentação institucional relacionada ao evento, declarações e observações imediatas, entrevista com os envolvidos e evidências físicas. É necessário realizar a identificação de fatores contribuintes: utilizando as ferramentas do protocolo de Londres, recomendações e planos de ação de acordo com a

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 20/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

identificação de cada fator contribuinte; reporte para certificadoras externas, NOTIVISA e alta liderança.

- RCA – Análise de Causa Raiz: processo reativo utilizado na análise de eventos sentinela. A análise é feita por meio de questionamento detalhado do que aconteceu, como aconteceu, por que aconteceu, até o momento em que todos os pontos críticos tenham sido identificados e analisados. Utilizado em conjunto com o protocolo de Londres, segue as etapas: coletar maior número de informações em documentos do ambiente (prontuário, normas e rotinas institucionais, literatura científica); entrevistas com os envolvidos e observação in loco (no setor da ocorrência); organizar e analisar as informações coletadas durante a investigação, se necessário, desenhar os fluxogramas para melhor visualização das etapas; identificação da causa-raiz; definir e implementar correções com plano de ação de acordo com as falhas identificadas.


Os formulários padrões/modelos das ferramentas da qualidade para uso Institucional encontram-se disponíveis na pasta arquivos / documentos institucionais / qualidade / templates – HPD.

- Triggers - Gatilhos de segurança: esta ferramenta agrega duas modalidades que se complementam: a vigilância automatizada e a revisão manual de processos.

No Hospital são utilizados triggers para análise de possíveis eventos adversos e sentinela:

- Óbitos ocorridos em Unidade de Internação;
- Óbitos Cirúrgicos (até o 7º pós-operatório);
- Óbitos com confirmação de Infecção Hospitalar;

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 21/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

- Farmacovigilância
- Hemovigilância
- Tecnovigilância


Realizar análise e busca de eventos em pacientes com atendimento do Time de Resposta Rápida – TRR (qualquer tipo de acionamento) e rastreio de prescrições que contenham dos seguintes medicamentos:

- Fitomenadiona (tratamento de hemorragia);
- Ipsilon (tratamento de hemorragia);
- Transamin (tratamento de hemorragia);
- Flumazenil (reversão de efeitos sedativos);
- Naloxona (reversão de depressão respiratória);
- Desferoxamina (remoção excesso de ferro ou alumínio do organismo);
- Hidrocortisona 500 mg (tratamento de choque secundário a insuficiência adrenocortical ou choque não responsivo à terapia convencional);
- Prometazina (tratamento de reações alérgicas e anafiláticas).

Assistenciais:

- Reinternação em até 30 dias pós alta;
- Retorno ao atendimento da emergência em até 24 horas pós alta;
- Transferência não-esperada U.E – UI – UTI em menos de 24 horas;
- Transferência não-esperada UI – UTI.

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 22/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

Além dos triggers mencionados acima, outra estratégia de utilização dos gatilhos de segurança em instrumento próprio, acontece por meio da comissão de revisão de óbito (CRO) que avalia 100% dos óbitos ocorridos no Hospital em reunião semanal com a presença dos membros da CRO, as análises concluem se os óbitos ocorridos foram esperados sem ou com oportunidades de melhoria ou inesperado com oportunidades de melhoria. As análises e as oportunidades de melhorias identificadas são registradas no item de avaliações no prontuário eletrônico do paciente no sistema Tasy, tais análises subsidiam a avaliação do indicador estratégico de taxa de mortalidade institucional. Outra estratégia é a avaliação de prontuários, realizada pela comissão de revisão de prontuário (CRP) por meio de auditoria mensal de 10% dos prontuários abertos e fechados da Instituição.


- **Comunicação da Ocorrência de Eventos**

Em relação ao processo de comunicação da ocorrência de eventos, serão utilizados os critérios de inclusão, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Comunicação de Eventos

NÍVEIS DE CRITICIDADE	TIPOS DE INCIDENTES	COMUNICAR PARA	RESPONSÁVEL PELA COMUNICAÇÃO	TEMPO DA COMUNICAÇÃO
Nível 1	Quase falha (close call), Condições de Perigo e Evento sem Dano	Liderança da área envolvida	Colaborador da área envolvida (notificação/tasy)	Periódico (em até 72 horas)


Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 23/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

Nível 2	Evento Adverso Leve	Liderança da área envolvida	Colaborador da área envolvida (notificação/tasy)	Periódico (em até 72 horas)
	Evento Adverso Moderado Never Events	Liderança da área envolvida	Colaborador da área envolvida (notificação/TASY)	Imediato
Nível 3	Sentinela	Diretor Técnico Hospitalar, Diretor Clínico, Liderança imediata da área envolvida Gerência de Gente e Gestão	Liderança imediata da área envolvida	Imediato
	Grave	Diretor Técnico Hospitalar, Diretor Clínico, Liderança imediata da área envolvida Gerência de Gente e Gestão	Liderança imediata da área envolvida	Imediato

4.7. GESTÃO DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 24/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

Refere-se ao desenvolvimento e controle da estrutura normativa utilizadas no Hospital, garantindo a segurança e uniformidade das informações contidas em cada documento. Estabelecendo padrões de codificações, estrutura, responsabilidades e periodicidade para emissão, revisão e aprovação de documentos institucionais. Os documentos vigentes no Hospital estão disponíveis no sistema Tasy e Intranet em formato PDF. Este subprocesso de gestão de documentos está padronizado conforme procedimento geral específico – norma zero.

4.8. GESTÃO DE INDICADORES

Subprocesso para o gerenciamento de indicadores através de seleção, validação e disponibilização de medidas objetivas em todo o Hospital, com coordenação e integração dessas atividades de medida pela Qualidade. O monitoramento e rastreamento dos dados pela Qualidade garante a acurácia do processo de coleta e seleção das medidas selecionadas como prioridades, a análise destes dados tornam-se informação para subsídio aos cuidados aos pacientes, à gestão hospitalar, à revisão da prática profissional e ao Programa de Melhoria da Qualidade e Segurança do paciente.

Nos anexos encontram-se a lista de indicadores monitorados pelo Programa, indicadores clínicos e não-clínicos.


4.8.1. Conceitos

- **Dados**

Material, fatos ou observações sem interpretações ou ainda matéria-prima de informação.

- **Informação**

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 25/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

Dados interpretados que ganham significado ou ainda matéria-prima para se obter conhecimento.

- **Padronização**

Adoção de procedimentos uniformes para coleta de dados, codificações de diagnósticos e demais terminologias médicas, assim como de outros dados administrativos.

- **Monitoramento**

Processo de acompanhamento da implementação de determinadas ações, tendo como base as metas de sua implementação (estabelecidas no planejamento).

- **Indicador**

É uma medida, de ordem quantitativa ou qualitativa, utilizada como instrumento de monitoramento para acompanhar e melhorar os resultados ao longo do tempo.

- **Meta**

É uma unidade de medida pré-fixada a ser alcançada em um determinado período.


- **Índice**

Relação entre a frequência de eventos (número absoluto) e a frequência dos eventos que contêm também aqueles eventos registrados no numerador, ou seja, o numerador está contido no denominador.

- **Coeficiente ou Taxa**

É a relação entre o número de eventos que de fato aconteceram (eventos reais) e o número de eventos que poderiam acontecer (potenciais), multiplicando-se pela base referencial do denominador.

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 26/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

- **Processo**

É o conjunto de atividades executado em uma sequência lógica, a partir de insumos recebidos ou solicitados (inputs, entradas), para gerar um ou mais resultados (outputs, saídas) para um grupo específico de clientes interno e externo.

- **Subprocessos**

São “processos menores” executados em determinado momento dentro do fluxo de um processo.

- **Balance Scorecard – BSC**

Metodologia utilizada para compor a estratégia institucional.

- **Gestão à Vista**

Ferramenta de gestão que propõe a transparência no dia a dia das organizações. Incentiva o compartilhamento de informações entre os colaboradores da empresa.

- **Key Performance Indicator – KPI**


Indicador chave de desempenho e são ferramentas de gestão utilizadas para medir e avaliar o desempenho de seus processos e gerenciá-los da maneira mais eficaz e eficiente possível, visando a conquista das metas e objetivos institucionais.

- **Business Intelligence – BI**

Conjunto de técnicas e ferramentas que permite a organização e análise das informações, transformando dados em informações decisivas para suporte a tomada de decisões

4.8.2. Elaboração do Indicador

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 27/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	


A elaboração do indicador é feita com foco em atender e demonstrar as perspectivas e objetivos estratégicos associados às metodologias de qualidade das normas de referência da Joint Commission International (JCI) e da Organização Nacional de Acreditação (ONA).

4.8.3. Classificação

Os tipos de indicadores gerenciados seguem a classificação:

- Por Nível Hierárquico
 - Estratégico: são utilizados para avaliar os principais efeitos da estratégia (missão, visão e objetivos estratégicos);
 - Táticos: são utilizados para verificar se os resultados dos processos organizacionais concorrem para a realização da estratégia e se estão contribuindo para a melhoria contínua nas unidades de negócio do Hospital;
 - Operacional: Avaliam os processos ou rotinas que concorrem para a melhoria contínua nas unidades de negócio do Hospital.
- Por Dimensões ou Perspectivas no BSC.
 - Financeira: relacionada à obtenção de retorno sobre capital investido;
 - Mercado/Clientes: acompanhar de forma clara com a instituição entrega valor para seus clientes;
 - Processos Internos: consiste em identificar e mapear os processos essenciais para o alcance dos objetivos da Instituição;
 - Inovação e Aprendizagem: oferecer a infraestrutura necessária para o alcance dos objetivos idealizados nas outras perspectivas.

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 28/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

- Por posicionamento da Cadeia de Valor
 - Efetividade: mede o impacto de ações no contexto, agregando valor;
 - Eficácia: mede o quanto foi entregue do que era necessário entregar;
 - Eficiência: mede a relação entre os serviços entregues e os recursos despendidos (recursos de forma geral, e não apenas relacionados a custos);
 - Execução: mede o quantitativo executado;
 - Insumos: mede a quantidade de insumos ou recursos humanos, materiais ou financeiros gastos ou necessários.

Tabela 2 – Divisão De Indicadores Conforme Cadeia De Valor

CLASSIFICAÇÃO	
Indicadores de Desempenho	Indicadores de Resultado
Insumos	Eficácia
Execução	Efetividade
Eficiência	

4.8.4. Atributos Para Criação De Indicador


- Balanceado

A Instituição é integralmente representada pelo sistema de medição, de forma equilibrada;

- Disponibilidade

Facilidade de acesso para coleta de dados.

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 29/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

- Confiabilidade da fonte

A fonte de dados fornece o indicador com precisão e exatidão

- Confiabilidade metodológica

Os métodos de coleta e processamento são confiáveis;

- Objetividade

Ter objetivo claro do que é medido e como medir.

- Clareza

Facilidade de ser compreendido. Os dados são simples de buscar, calcular e analisar.

- Representatividade

Representar fielmente o que se deseja medir;

- Relevância

Atender as etapas críticas dos processos, serem importantes e abrangentes.

- Rastreabilidade

Facilidade de identificação da origem dos dados, seu registro e manutenção.


- Sensibilidade

Variações no processo (decorrente ou não de intervenções intencionais) refletem no resultado do indicador;

- Economicidade

O custo para a obtenção do indicador deve ser favorável.

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 30/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

- Comunicação

A divulgação do indicador ocorre de forma que os profissionais que irão ver e utilizar o indicador o entenderão facilmente.


4.8.5 Cadastro Do Indicador

Todos os indicadores são validados e cadastrados pela Qualidade. O fluxo estabelecido para criação, cadastro, validação e monitoramento de indicador inicia com reunião promovida pela Qualidade com o gestor do processo e analista de dados do Núcleo de Informações para análise do processo, diferenciação de indicadores e itens de controle, sugestão de indicadores com a justificativa e finalidade da mensuração destes.

Após consenso entre os atores envolvidos na reunião, a Qualidade executa o rastreio e levantamento de dados disponíveis no sistema Tasy a fim de confirmar fonte e acurácia das informações, após confirmação é executada pelo analista de dados do Núcleo de Informações e/ou enfermeiro da Qualidade a inserção no mapa de indicadores relacionando com o procedimento da área. Os indicadores são expressos conforme a tipificação abaixo:

- **Indicadores simples:** Representam um valor numérico (uma unidade de medida aplicável) atribuível a uma variável. Os indicadores simples não expressam a relação entre duas ou mais variáveis.
- **Indicadores compostos:** Expressam a relação entre duas ou mais variáveis.
- **Proporção ou coeficiente:** É o quociente entre o número de casos pertencentes a uma categoria e o total de casos considerados.

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 31/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

- **Porcentagem:** Obtida a partir do cálculo das proporções, simplesmente multiplicando o quociente obtido por 100.
- **Razão ou índice:** As proporções representam um tipo particular de razão. O termo razão é usado normalmente quando A e B representam categorias separadas e distintas. Este quociente é também chamado de índice, indicando tratar-se de razão entre duas grandezas tais, que uma não inclui a outra.
- **Taxa:** São coeficientes multiplicados por uma potência de 10 e seus múltiplos para melhorar a compreensão do indicador.

4.8.6. Construção Da Ficha Técnica

A Qualidade é responsável pela elaboração e inserção no sistema Tasy das fichas técnicas de todos os indicadores, obedecendo as descrições: nome do indicador, descrição, fórmula (numerador e denominador), tipo de dado e mais informações que julgar necessárias.


4.8.7. Construção Da Regra De Cálculo

O analista de dados do Núcleo de Informações busca a melhor fonte para a coleta dos dados dentro do sistema, uma vez que em certas situações é necessária a criação de campos, avaliações, formulários e demais critérios para a estruturação do melhor dado no cálculo do indicador. Somente a Qualidade, via ordem de serviço (OS) para a o analista de dados, tem autorização para tal solicitação.

4.8.8. Validação e Acurácia do Indicador

Cabe à Qualidade validar 100% dos indicadores utilizados na Organização. O analista de dados do Núcleo de Informação consulta as fichas técnicas e calcula as regras

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 32/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

para o BSC, constrói o painel de BI com informação necessária para realização das análises críticas de cada indicador.

A validação de indicadores é realizada pela Qualidade quando:


- Uma nova medida é implementada;
- Os dados serão divulgados ao público em sites ou de outras formas;
- Uma mudança é feita em uma medida existente, como ferramentas de coleta de dados alteradas ou o processo de abstração de dados ou resumo alterado;
- Os dados resultantes de uma medida existente mudaram de uma maneira inexplicável;
- A fonte ou o assunto da coleta de dados mudou;
- O sujeito da coleta de dados mudou, como mudanças de idade e comorbidades, alterações de protocolos de pesquisa, novas diretrizes ou tecnologias implementadas.

As etapas da validação compreendem utilização de uma amostra estatisticamente válida, cálculo da acurácia (n° de elementos coincidentes / n° total de elementos analisadas X 100) e comparação entre os dados originais e os obtidos no caso de recoleta. Caso os elementos encontrados não coincidam as razões são registradas e tomadas medidas corretivas. Uma nova amostra é coletada após as ações corretivas terem sido implementadas, garantido um nível de confiabilidade desejado.

A primeira etapa da validação é realizada após a finalização dos painéis, onde a Qualidade confirma as informações contidas no sistema Tasy, confrontando-as e criticando-as a fim de garantirem a acurácia das informações do indicador.

Passo a passo da validação:

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 33/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

- Garantir que o resultado do BI está idêntico ao do BSC para cada indicador;
- Levantar o “n” dos últimos 3 meses de cada indicador e utilizar a calculadora amostral para definição do tamanho da amostra necessária para garantir 95% de nível de confiança com 5% de erro amostral;

Calculadora Amostral




<https://comentto.com/calculadora-amostal/>

- Realizar coleta de dados manual direto na fonte (Tasy) para checar se a informação disponível no BI é igual à do prontuário, formulário ou relatório do sistema Tasy. Todos os registros devem estar 100% conformes para que a validação seja liberada para o gestor responsável;
- Caso seja encontrada alguma inconsistência, retornar para o especialista de dados rever a regra de cálculo. Repetir a etapa 4 até obter 100% de acurácia na coleta manual.

Após a validação da Qualidade é realizada nova reunião com os gestores responsáveis onde são apresentados, reavaliados e disponibilizados os indicadores calculados no BSC e apresentados os painéis de BI para análise. O gestor do processo assessorado pela Qualidade realiza uma revalidação das informações contidas no BI, acessando cada indicador de maneira individual e confirmando os resultados com as informações disponíveis no BI e Tasy. Mediante a conformidade

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 34/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

nesta etapa, o indicador é aprovado e liberado para apresentação no BSC. Por se tratar de um processo dinâmico, a Qualidade pode ser acionada pelo gestor em caso de divergência ou necessidade de complemento de informações extras não identificadas no BI desde que sejam pertinentes para a análise do indicador. Tal solicitação retorna para a Qualidade e o especialista de dados avalia e executa a solicitação, seguindo o fluxo das etapas de validação novamente: validação da Qualidade, validação do gestor e conclusão da validação.

4.8.9. Definição De Meta E Limite Dos Dados


Após a etapa de validação, a Qualidade insere a meta e o limite com base na média do resultado do ano anterior ou com base em guidelines específicos, essas definições são acordadas e aprovadas com o gestor do processo, a partir da previsão de uma porcentagem de crescimento em relação à média do ano anterior. Caso o indicador não tenha alcançado a meta no ano anterior, a meta é mantida para o ano seguinte. Existem algumas exceções onde a meta e limite são definidos diretamente pela diretoria. A revisão da meta e limite é anual definida em reunião com a Qualidade, gestor do processo e diretoria técnica e clínica.

4.8.10. Acompanhamento Do Desempenho

Os líderes fazem o acompanhamento dos seus indicadores e traçam comparativos com outros serviços ou com o próprio processo através de uma série histórica e devem trabalhar e divulgar estas informações com a equipe e com as demais equipes da organização.

Os indicadores que estiverem fora da meta planejada, têm as análises com justificativas e ações de melhoria detalhadas e divulgadas através do módulo BSC no sistema Tasy.

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 35/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

O acompanhamento dos indicadores também é feito através do Business Intelligence com acesso por computadores, telas nos setores e dispositivos móveis como: celulares, tablets e outros.

A Qualidade realiza acompanhamento dos lançamentos nos prazos previstos, recalculando quando necessário e presta auxílio em caso de dúvidas na utilização do instrumento. Além disso, mensalmente todos os indicadores são apresentados pelos seus responsáveis em reunião com a Qualidade, lideranças, diretorias e presidência da Instituição.

A Qualidade faz a análise contínua do impacto das melhorias prioritárias gerais do Hospital em relação ao custo e eficiência.

4.8.11. Reavaliações Dos Indicadores


Sempre que necessário, o gestor da área e a Qualidade avalia a continuidade da utilização do indicador como monitoramento do processo, podendo ser substituído se observado sua ineficácia ou obsolescência.

Quando houver adequação do planejamento estratégico, os indicadores em utilização no BSC deverão ser avaliados e adaptados à nova versão do planejamento em vigência.

4.8.12. Comparações Internas e Externas

O Hospital compara seus indicadores internamente e externamente, utilizando a série histórica do indicador e através de benchmarking com outras Instituições com mesmo porte e características.

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 36/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

Para as comparações internas ao longo do tempo toda a base de indicadores tem regras de periodicidade que são definidas em sua ficha técnica que pode ser mensal ou anual.

Para comparações com o decorrer do tempo, todos os indicadores do BSC têm uma janela identificada como “Comparativo” onde os dados são comparados com o passar do tempo e uma linha de tendência do ano em curso.

Para benchmarking externo utilizamos plataformas nacional e internacionalmente difundidas, como a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP).

4.8.13. Análise De Impacto Das Melhorias Prioritárias

A Qualidade realiza a avaliação dos recursos para um processo existente e depois reavalia o uso dos recursos para o processo melhorado. Os dados sobre a quantidade e o tipo de uso de recursos são coletados em relação a um projeto de melhorias prioritárias gerais anual, antes e depois da melhoria. Os impactos das melhorias têm a análise focada em custo e eficiência.


O resultado dessa análise é apresentado na reunião trimestral com a alta direção e demais lideranças ou em outro fórum determinado pela alta direção e Qualidade.

4.8.14. Reporte e Benchmarking a Bancos de Dados Externos

Auxilia no compromisso em promover melhorias contínuas e sistemáticas da qualidade dos serviços médico-hospitalares, bem como defender as melhorias alcançadas em cada processo.

Mensalmente são solicitados e validados dados para input na Plataforma SINHA – Sistema de Indicadores Hospitalares ANAHP, subsidiando a realização de benchmark com diversos hospitais associados no Brasil.

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 37/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

4.9. GESTÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÕES CLÍNICAS E NÃO CLÍNICAS

4.9.1 EPIMED

É o monitoramento do perfil clínico e epidemiológico dos pacientes das unidades de terapia intensiva - UTI. Gerando indicadores de desempenho da UTI, para melhorar a performance dessas unidades com base em medidas de matriz de eficiência, aplicando recursos de gestão da clínica baseado em evidências. São apresentados mensalmente em reunião com a alta direção e demais lideranças.

4.9.2 TRACKSALE

Ferramenta para o monitoramento de satisfação e experiência do paciente. Utilizada para mapear comportamentos dos clientes e definir ações para melhoria dos serviços. Os dados desta plataforma são acompanhados e apresentados mensalmente pela Ouvidoria, que está vinculada à Qualidade.


4.10. GESTÃO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

O Hospital possui vigente o selo de acreditação hospitalar da Joint Commission International e ONA nível 3.

Para a gestão desta acreditação, é realizado o acompanhamento recorrente por meio: de fóruns com os profissionais designados para a formação de grupos de estudo focados sobre as normas e padrões do manual de certificação vigente, de auditorias para controle interno, da educação promovida na ambientação para novos colaboradores apresentando os padrões de qualidade desenvolvidos no Hospital e a comunicação externa com a certificadora.

4.11. GESTÃO DE MELHORIAS

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 38/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

O monitoramento dos indicadores constitui uma importante estratégia para mensurar o desempenho de qualidade de cada processo e suas melhorias. Cada gestor do processo deve acompanhar o desempenho de seus indicadores, analisar e trabalhar em conjunto com a equipe, para o cumprimento das metas planejadas e controlar. São eles que apontam o que precisa ser melhorado e o que tem funcionado em cada processo. Eles mostram o que foi realizado para alcançar determinados resultados e também fornecem insumos para novos negócios e caminhos para o crescimento e expansão dos processos.

A Qualidade utiliza como ferramenta para controle e processos o método iterativo de gestão em quatro passos: planejar, fazer, checar e agir (PDCA), que tem como foco a solução de problemas. Seu escopo de utilização é amplo, sendo recomendado pela ISO 9001:2015 como metodologia para analisar qualquer processo. É possível, por exemplo, organizar a tratativa de não conformidades tendo como base um ciclo PDCA, tornando o processo mais eficiente. Sua aplicação consiste em quatro etapas, que se desdobram em oito. (Figura 7)

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 39/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

Figura 7. Ciclo PDCA


PDCA	FLUXO	ETAPA	OBJETIVO
P	1	Identificação do problema	Definir claramente o problema e reconhecer sua importância.
	2	Observação	Investigar as características específicas do problema com uma visão ampla e sob vários pontos de vistas.
	3	Análise	Descobrir as causas fundamentais.
	4	Plano de ação	Conceber um plano para bloquear as causas fundamentais.
D	5	Ação	Bloquear as causas fundamentais.
C	6	Verificação	Verificar se o bloqueio foi efetivo.
	?	(Bloqueio foi efetivo?)	
A	7	Padronização	Prevenir contra o reaparecimento do problema.
	8	Conclusão	Recapitular todo o processo de solução do problema para trabalho futuro.

4.12. CRIAÇÃO E AMADURECIMENTO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A Cultura de segurança é definida como o conjunto de valores e padrões comportamentais de indivíduos e de grupos que determinam a maneira como estes realizam seu trabalho, no Hospital temos como estratégias para o amadurecimento da cultura de segurança:

- Pesquisa de Cultura de Segurança: auxilia na mensuração da cultura de segurança do Hospital a fim de identificar as áreas com cultura do paciente fraca e forte, além dos fatores e das dimensões que determinam estas


Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 40/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

condições. É aplicada anualmente no Hospital abrangendo todos os processos do Hospital. A pesquisa é realizada em plataforma online por meio de formulário com perguntas estruturadas de múltipla escolha e possibilita avaliar a cultura de segurança a nível individual, por unidade/setor hospitalar e do Hospital como um todo. São elegíveis a responder o formulário os profissionais que têm contato direto ou indireto com os pacientes, e que despendem a maior parte de suas horas de trabalho no Hospital (no mínimo 20 horas), não se restringindo exclusivamente aos profissionais de saúde. O formulário avalia múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente e questiona a opinião de seus respondentes sobre pontos chave relacionados à segurança – valores e normas da Instituição, notificação de eventos, comunicação, liderança e gestão. Após o envio dos formulários respondidos é realizada a análise e apresentação em reunião com média e alta liderança e são estabelecidas ações que favoreçam a promoção da cultura de segurança.

- **Efetividade na prestação de serviços clínicos:** o Hospital adota o monitoramento de indicadores e a elaboração de protocolos clínicos de atendimento com evidência científica, definidos com base em guidelines e diretrizes médicas oriundos de pesquisas clínicas da moderna medicina baseada em evidências e tem possibilitado avanços para melhores resultados de indicadores positivos para os pacientes da Instituição, além de maior agilidade no atendimento e no tratamento, com impacto nos desfechos de morbimortalidade.
- **Gerenciamento de protocolos clínicos:** diretrizes e rotinas definidas a partir da análise epidemiológica da população atendida pelo Hospital, atendendo a normas e padrões assistenciais com indicadores definidos, validados e


Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 41/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

monitorados pela Qualidade. Têm o intuito de garantir uma assistência direcionada e segura ao paciente. São protocolos clínicos gerenciados:

- Protocolo de Sepses
- Protocolo de Dor Torácica
- Protocolo de Prevenção e Manejo da Dor
- Protocolo de Fratura de Fêmur em Idosos
- Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão
- Protocolo de Cirurgia Bariátrica
- Protocolo de Prevenção de Tromboembolismo
- Protocolo de Prevenção de Broncoaspiração
- Foco no paciente: consiste em atenção total no atendimento ao cliente, conhecimento do cliente, avaliação sistemática. A ouvidoria do Hospital realiza pesquisas de satisfação de forma sistemática através da plataforma Tracksale.
- Gestão de Acesso: consiste na redução do tempo de espera, relacionado a capacidade de prover cuidado. De forma sistemática, são avaliados o tempo de espera na Unidade de Emergência (U.E) e serviços de diagnóstico e tempo de disponibilização de leito.
- Eficiência: consiste no cuidado eficiente. Os resultados dos processos estratégicos são continuamente monitorados, com indicadores de desempenho considerando a otimização de recursos humanos e insumos para o melhor cuidado.

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 42/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

- Equidade: o cuidado não varia em decorrência de características pessoais sendo promovida desse modo a atenção necessária à cada paciente para a manutenção da qualidade durante todo o atendimento. O Hospital procura prestar cuidados sem distinção de raça, credo ou classe social, atendendo os termos estabelecidos nos convênios credenciados.

4.13. METAS E AÇÕES PARA 2025


4.13.1. Gestão de Processo e Riscos

- Assessorar os processos finalísticos e de apoio e gestão na revisão dos mapeamentos de processos e riscos;
- Assessorar a revisão das linhas de cuidado do paciente crítico e cirúrgico utilizando o FMEA.
- Validar e divulgar mapeamentos de processos e riscos finalizados pelos gestores.

4.13.2. Gestão de Indicadores

- Revisar e validar todos os indicadores, seguindo fluxo definido: reunião com gestores e qualidade, em caso de novo indicador definição dos indicadores a serem mensurados, construção da ficha técnica e regra do cálculo, rastreamento e acurácia dos dados, criação dos painéis com informações (Business Intelligence – BI), inclusão de metas e limites, monitoramento mensal da apresentação dos dados e análise crítica
- Manter rotina de intervenção e validação de indicadores nos casos de processos que apresentarem mudança em fluxos, rotinas, documentações ou fonte de coleta de dados, mudanças bruscas nos resultados durante três

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 43/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

meses consecutivos ou nos casos de implantação de novo processo ou indicador.

- Formatação e divulgação dos indicadores sensíveis ao cuidado.
- Contribuir com a alta gestão para a revisão do planejamento estratégico para o próximo quinquênio (2025-2030)


4.13.3. Gestão De Documentos

- Revisão da norma zero e do fluxo de elaboração, validação e aprovação dos documentos institucionais;
- Disponibilizar acesso aos documentos institucionais na Intranet.

4.13.4. Gestão Da Cultura De Segurança

- Análise e divulgação da pesquisa de cultura de segurança de 2024;
- Promoção da pesquisa de cultura de segurança 2025;
- Mudança da periodicidade das auditorias das metas de segurança de trimestral para mensal;
- Campanha “Dano Zero” com o objetivo de reduzir/eliminar os danos: lesão por pressão, queda e broncoaspiração.
- Promoção das sessões clínicas para revisão dos protocolos clínicos gerenciados: Sepsis (com atualização do guia antimicrobiano), prevenção de tromboembolismo e Broncoaspiração.
- Fortalecimento da comunicação interna sobre temas de qualidade, notificações e segurança do paciente: Semana da Qualidade e Segurança do Paciente (programada para setembro 2025), “Qualidade Informa”, ebook com

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 44/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

diretrizes assistenciais;

- Manter as ações voltadas para os riscos sanitários, ambientais e ocupacionais por meio da participação no núcleo de epidemiologia e segurança do paciente e colaborador, participação nas comissões de óbito, revisão de prontuários, de hemovigilância e fármaco/tecnovigilância.

4.13.5. Gestão de Melhorias

- Manter o gerenciamento das atividades e monitoramento dos indicadores do Escritório de Proteção do Paciente (EPP) como ferramenta do gerenciamento pró-ativo de riscos.
- Assessorar as lideranças na construção dos PDCA's de melhoria com impacto em custo e efetividade.

5. REFERÊNCIAS


Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde – Rio de Janeiro: CBA: 2025. 8ª edição.

Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Gestão de Riscos: Diretrizes e Princípios, ISO 31000. Rio de Janeiro: 2018.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de eventos Adversos Relacionados a Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA, 2017.

Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Gestão de Riscos: Diretrizes e Princípios, ISO 31000. Rio de Janeiro: 2018.

Elaboração e Revisão: Enf.ª Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf.ª Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 45/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

LEMES, Elezer Monte Blanco. Técnicas Para o Processo de Avaliação de Riscos: ISO/IEC 31010 [Acesso em 22/04/2019]. Disponível em <https://blogdaqualidade.com.br/analise-de-modos-de-falhas-e-efeitos-fmea/>

PIERDEVARA, Ludmila et al. Uma experiência com a Global Trigger Tool no estudo dos eventos adversos num serviço de medicina. Rev. Enf. Ref., Coimbra, n.9, p.97-105, maio 2016.

SANTOS, Adriana Pires dos. Manual de Gestão de Riscos. São Paulo: Hospital Geral de Itapeceira da Serra, 2015.

6. ANEXOS

ANEXO I – QUALIDADE DENTRO DO ORGANOGRAMA DO HOSPITAL PORTO DIAS

ANEXO II – ORGANOGRAMA ASSESSORIA DA QUALIDADE


ANEXO III – LISTA DE INDICADORES MONITORADOS PELA QUALIDADE

ANEXO IV – LISTA DE INDICADORES DE PROTOCOLOS GERENCIADOS

ANEXO V – LISTA DE INDICADORES ÁREAS CLÍNICAS

ANEXO VI – LISTA DE INDICADORES ÁREAS NÃO-CLÍNICAS


Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 46/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

7. QUADRO RECAPITULATIVO


Descrição da Revisão	Versão	Data
Emissão inicial	01	10/12/2016
Revisão Geral adequação aos Padrões MOI.8 e QPS.4; QPS.5 e QPS.6 do Manual de Acreditação Internacional da JCI, 6º edição	02	10/08/2018
Revisão Geral com adequação à nova estrutura organizacional, novas tecnologias na gestão de indicadores e adequação de fluxo do processo.	03	02/04/2020
Modificadas metas para o ano de 2021 Atualizado conceito de Eventos Sentinela e atualização da lista de eventos sentinela Inserido conceito de Never Event Alterado texto da Validação de Indicadores Atualizado Anexos com Lista de Indicadores Clínicos e Não-Clínicos	04	09/08/2021
Realizada revisão geral, feito alteração no trecho com inclusão no item 4.6.1, subitem auditoria, páginas 12 e 13. Atualização das metas para 2022	05	07/01/2022

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 47/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	


<p>Realizada revisão geral anual com inclusão da metas para 2023, excluídas informações dos itens:</p> <p>4.8.2. elaboração do indicador: retirada a informação “normas de acreditação ONA e Qmentum”.</p> <p>4.10. gestão das creditações: retirado informação “certificações ONA e Qmentum”</p>	06	20/03/2023
<p>Realizada revisão geral anual com atualização das metas para 2024, feita alteração no item 4.6.1 relativas às figuras 3 - Avaliação Preliminar de Risco e 5 – Matriz de Risco</p> <p>Realizada alteração no item 4.9.2</p> <p>Realizada alteração no item 4.12 – Cultura de Segurança do Paciente</p> <p>Atualização do item 4.6.1: da periodicidade das auditorias internas de metas de segurança para mensais</p> <p>Inclusão de itens no Anexo III e IV: indicadores da estratégia Dano Zero e dos processos Maternidade, Oftalmologia e Oncologia</p>	07	03/05/2024
<p>Revisão geral para substituição do organograma corporativo incluindo a Rede Mater Dei para organograma com gestão local após a re aquisição.</p>	08	31/05/2024

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

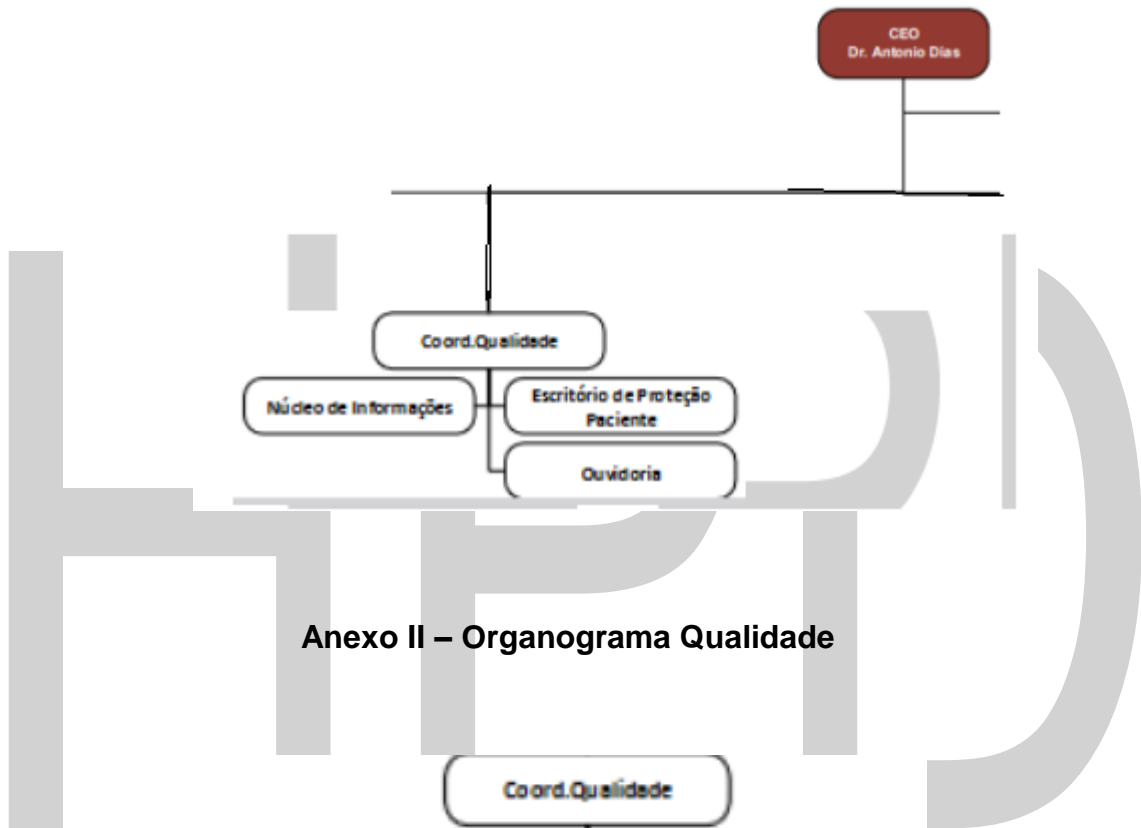
	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 48/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

<p>Realizada revisão geral anual com atualização das metas para 2025.</p> <p>Revisão geral e adequação nos Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde - CBA: 2025. 8ª edição.</p> <p>Atualizado Anexo I- Qualidade no organograma do Hospital Porto Dias.</p> <p>Atualizado indicadores conforme revisão anual de indicadores com laboratório atual (SABIN).</p>	09	30/05/2025
--	----	------------

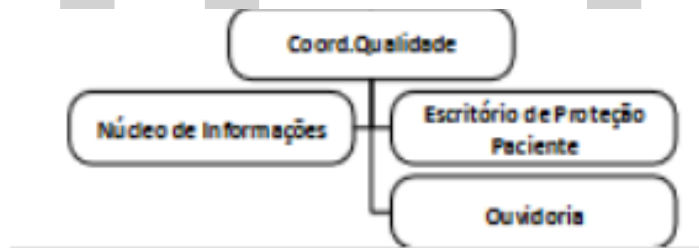
Elaboração e Revisão: Enf.ª Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf.ª Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 49/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	


Anexo I – Qualidade no Organograma Hospital Porto Dias



Anexo II – Organograma Qualidade




Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 50/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

Anexo III – Lista de Indicadores Monitorados pela Qualidade




Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 51/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

- [-] ➔ Comissão de Revisão de Óbitos
 - PI - Taxa de Mortalidade Institucional
 - BC - Taxa de Mortalidade Cirúrgica
 - QUAL - Total de Óbitos Esperados sem Oportunidade de Melhoria
 - QUAL - Total de Óbitos Esperados com Oportunidade de Melhoria
 - QUAL - Total de Óbitos Inesperados com Oportunidade de Melhoria
 - QUAL - Total de Oportunidades de Melhorias
 - QUAL - Total de Discussões Realizadas - Round Morbi/Mortalidade
 - QUAL - Total de Planos de Ações Definidos
 - QUAL - Resolubilidade dos Planos de Ação
 - QUAL - Preenchimento Correto da Documentação de Óbito
- [-] ➔ Escritório Proteção do Paciente
 - QUAL - Total de Intervenções
 - QUAL - Adesão Imediata nas Intervenções de Vídeo
 - QUAL - Tempo Médio para Retorno da Dor
 - QUAL - Antibióticos Administrados no Tempo Preconizado
 - QUAL - Lesões por Pressão adquiridas na UTI
 - QUAL - Total de Eventos com Pacientes com Atuação do EPP
 - QUAL - Resultado Crítico sem Conduta
 - QUAL - Total de Código azul
 - QUAL - Conformidade do Plano Terapêutico


Elaboração e Revisão: Enf.ª Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf.ª Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 52/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

Anexo IV – Lista De Indicadores De Protocolos Gerenciados


- PS - Protocolo de Sepsis
 - 1. Resultados
 - ILAS
 - PSEPSE - Média de Tempo de Disfunção Orgânica
 - PSEPSE - Média de Tempo para Terapia Antimicrobiana
 - PSEPSE - Percentual de Vasopressor na 1ª Hora
 - PSEPSE - Percentual de Coleta de 2ª Lactato
 - PSEPSE - Percentual de Reavaliação da Volemia e Perfusão - Check Point 6ª hora
 - PSEPSE - Percentual de Aderência Global - Pacote de 1 hora
- PT - Protocolo de TEV
 - 1. Resultados
 - Intra-hospitalar
 - PT - Percentual de Pacientes com Avaliação de Risco de TEV até 7h da admissão
 - PT - Pacientes Clínicos com Tromboprofilaxia prescrita até 24h da 1ª avaliação com risco
 - PT - Pacientes Cirúrgicos com Tromboprofilaxia prescrita até 24h do fim da cirurgia
 - PT - Taxa de Adesão Diária à Profilaxia de TEV em Pacientes Clínicos
 - PT - Taxa de Adesão Diária à Profilaxia de TEV em Pacientes Cirúrgicos
 - PT - Intervenção Farmacêutica em Pacientes de Alto Risco
 - PT - Pacientes com Prescrições Realizadas pela Farmacêutica
 - PT - Incidência de Complicações Hemorrágicas da Quimioprofilaxia para TEV
 - PT - Incidência de TEV Associado à Hospitalização
 - PT - Reinternações em 30 dias por TEV
 - Pós-alta
 - PT - Percentual de Sucesso no Contato no Pós-alta
 - PT - Percentual de Adesão à Tromboprofilaxia Pós-Alta em Pacientes Elegíveis
 - PT - Percentual de Pacientes com Sinais de Embolia Pulmonar (EP)
 - PT - Percentual de Pacientes com Sinais de Trombose Venosa Profunda (TVP)
 - PT - Percentual de Pacientes com Sinais de Sangramento
 - 2. Gestão
 - Indicadores
 - PT - Taxa de Adesão Diária à Profilaxia de TEV em Pacientes Clínicos - Conforme Protocolo Institucional
 - PT - Taxa de Adesão Diária à Profilaxia de TEV em Pacientes Cirúrgicos - Conforme Protocolo Institucional
 - PT - Pacientes de Alto Risco com Tromboprofilaxia Conforme Protocolo Institucional

Elaboração e Revisão: Enf.ª Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf.ª Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 53/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	


- PT - Protocolo de TEV
- PFF - Protocolo de Fratura de Femur
 - 1. Resultados
 - Intra-hospitalares
 - PFF - Total de Pacientes Incluídos no Protocolo de Fratura de Femur
 - PFF - Avaliações Cardiológicas em até 24hs da admissão
 - PFF - Avaliações Anestesiológicas em até 24hs da admissão
 - PFF - Avaliações Fisioterapêuticas em até 24 hs da admissão
 - PFF - Procedimento Cirúrgico em até 48hs da admissão
 - PFF - Realização de Descarga de Peso em até 48hs após a cirurgia
 - PFF - Alta Hospitalar em até 5 dias da admissão
 - PFF - Taxa de Mortalidade Intra-hospitalar
 - Pós-alta
 - PFF - Percentual de Sucesso no Contato no Pós-alta
 - PFF - Taxa de Complicações no Pós-operatório
 - PFF - Percentual de Pacientes Andando com Auxílio em 7 dias
 - PFF - Percentual de Pacientes Andando sem Auxílio em 7 dias
 - PFF - Percentual de Pacientes Andando com Auxílio em 30 dias
 - PFF - Percentual de Pacientes Andando sem Auxílio em 30 dias
 - PFF - Taxa de Mortalidade em até 7 dias
 - PFF - Taxa de Mortalidade em até 30 dias
- PCB - Protocolo Cirurgia Bariátrica
 - 1. Resultados
 - Intra-hospitalar
 - PCB - Total de Gastroplastias
 - PCB - Gastroplastia por Videolaparoscopia
 - PCB - Pacientes com POI em Unidade de Internação
 - PCB - Pacientes com Alta em até 3 Dias
 - PCB - Reinternação em até 30 dias
 - Pós-alta
 - PCB - Percentual de Sucesso no Contato no Pós-alta
 - PCB - Taxa de Complicações no Pós-operatório
 - PCB - Melhora do Controle Glicêmico
 - PCB - Melhora do Controle da Pressão Arterial
 - PCB - Taxa de Mortalidade

Elaboração e Revisão: Enf.ª Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf.ª Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

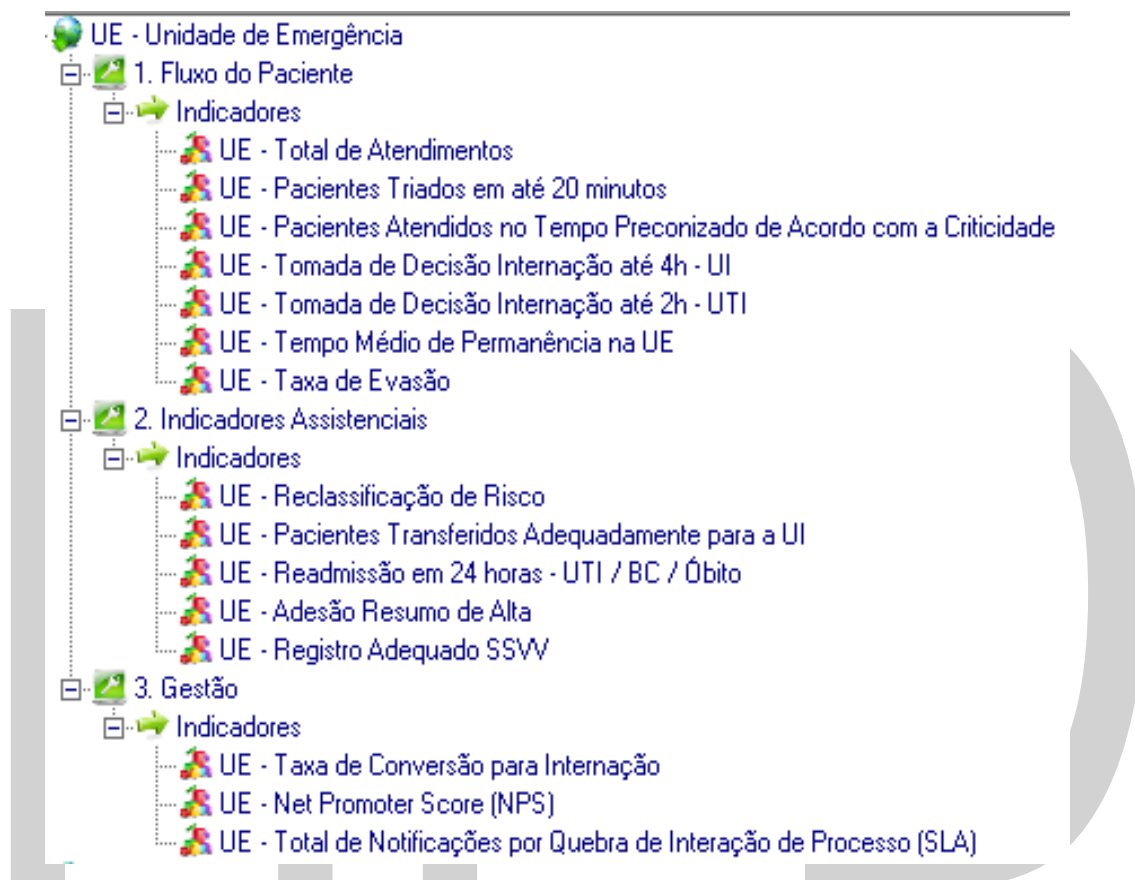
	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 54/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

- [-] 🌐 PD - Protocolo de Dor
 - [-] 📄 1. Resultados
 - [-] ➔ Indicadores
 - 👤 PD - Conformidade de Preenchimento do 5 Sinal Vital
 - 👤 PD - Conformidade do Preenchimento das Dimensões da Dor
 - 👤 PD - Prescrição de Manejo da Dor conforme Protocolo
 - 👤 PD - Reavaliação em até 1h em pacientes com dor
 - 👤 PD - Prescrição de Prevenção da Dor em Pacientes Cirúrgicos
- [-] 🌐 PBR - Protocolo de Broncoaspiração
 - [-] 📄 1. Resultados
 - [-] ➔ Indicadores
 - 👤 PBR - Avaliações de Risco em até 24h da admissão
 - 👤 PBR - Pacientes com Risco de Broncoaspiração
 - 👤 PBR - Prescrição Médica de Avaliação Fonoaudiológica
 - 👤 PBR - Pacientes Orientados conforme Protocolo Institucional - GRUPO I
 - 👤 PBR - Avaliações Fonoaudiológicas no Tempo Preconizado - GRUPO II e III
 - 👤 PBR - Pacientes com Dietas Gerenciadas pela Fonoaudiologia
 - 👤 PBR - Necessidade de Via Alternativa de Alimentação
 - 👤 PBR - Prescrições de Elevação da Cabeceira Adequadas
 - 👤 PBR - Total de Broncoaspirações
 - 👤 PBR - Altas Hospitalares com Dieta VO Segura

Elaboração e Revisão: Enf.ª Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf.ª Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 55/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

Anexo V – Indicadores Áreas Clínicas



Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---



HOSPITAL PORTO DIAS

Data 1ª versão: 10/12/2016

Ult. Revisão: 31/05/2025

Vencimento: 31/05/2026

Versão: 06

Nº Páginas: 56/64

PROGRAMA

**MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO
PACIENTE**


HPD-AQ-PR-01

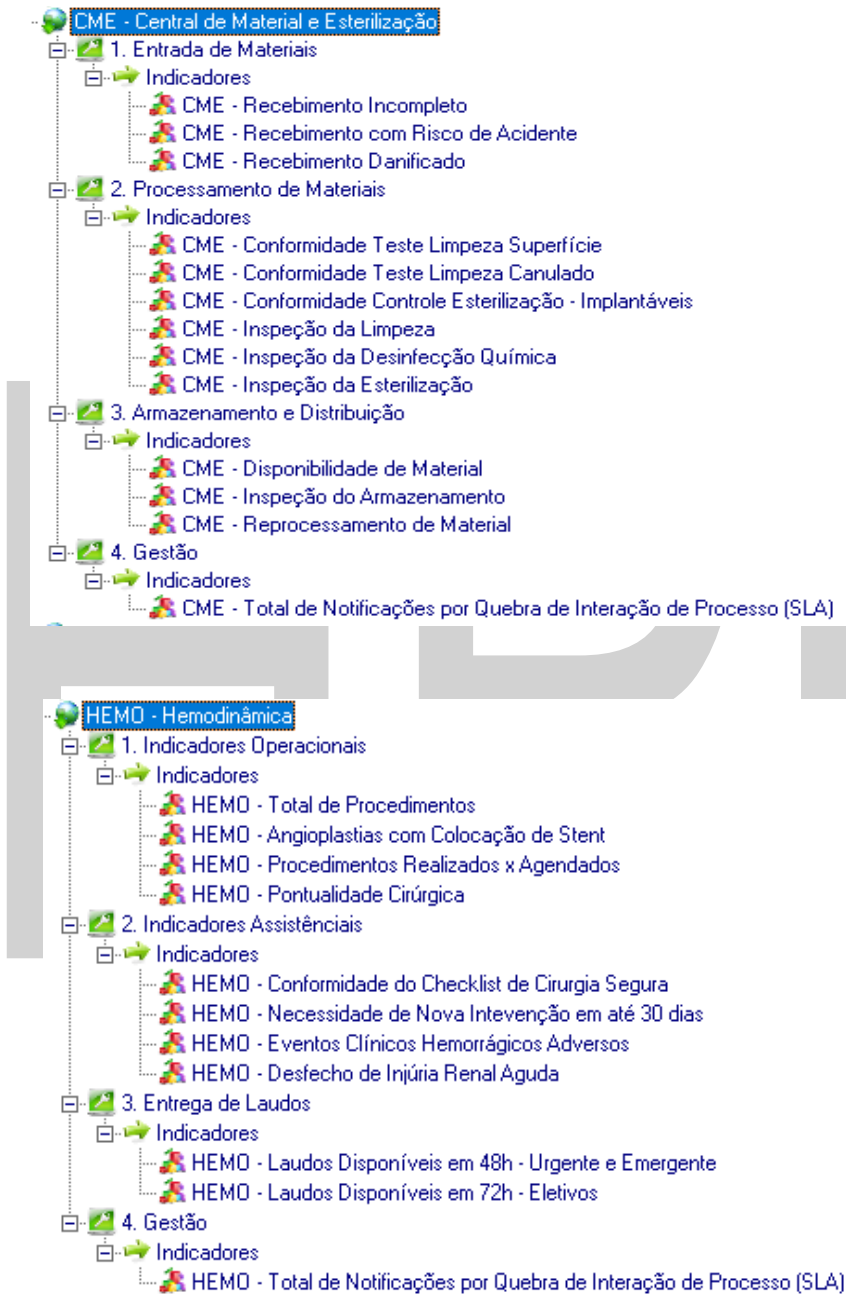


Elaboração e Revisão:
Enf.^a Marília Mafra
Qualidade

Validação:
Enf.^a Drielly Costa
Qualidade

Aprovação:
Dra. Marcia Milene
Diretora Técnica

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 57/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	



Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---



HOSPITAL PORTO DIAS

Data 1ª versão: 10/12/2016

Ult. Revisão: 31/05/2025

Vencimento: 31/05/2026

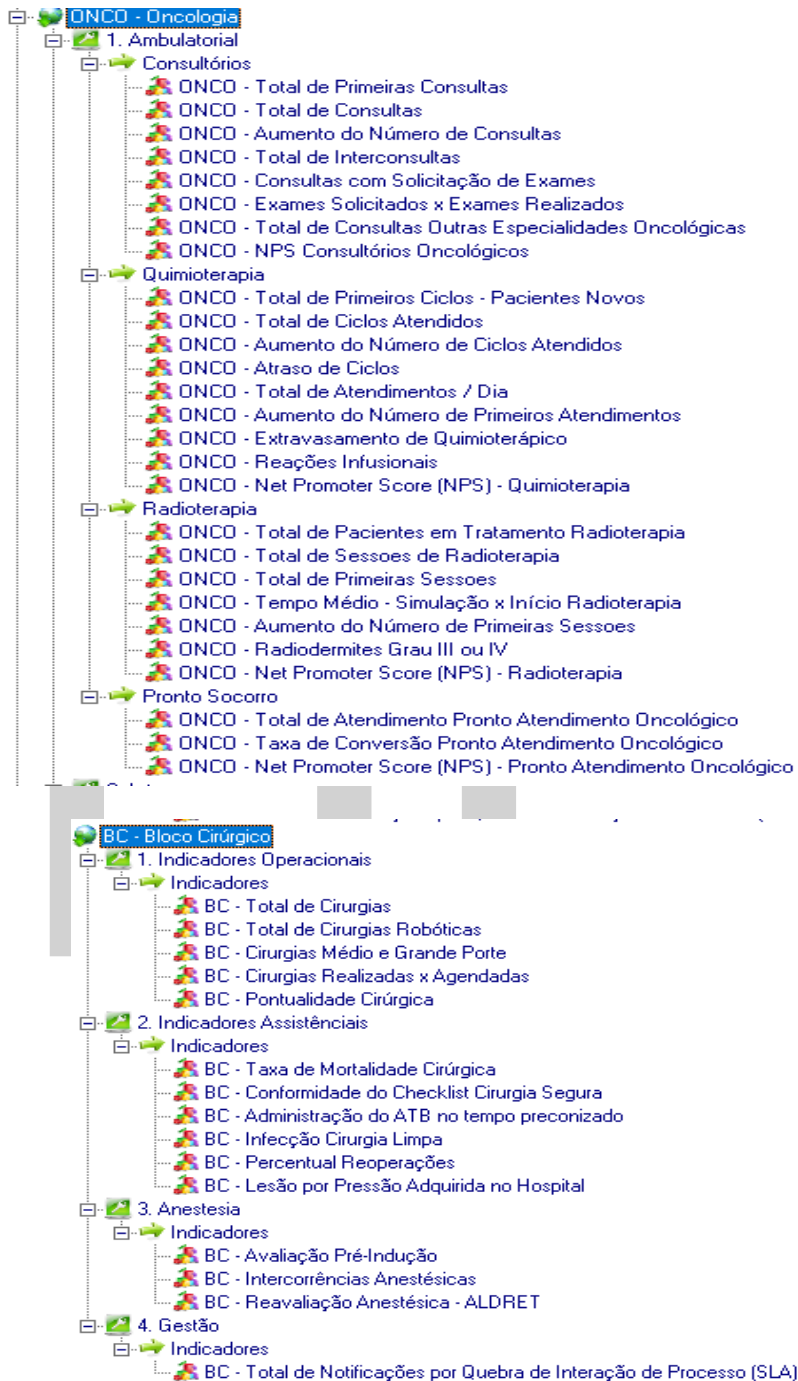
Versão: 06

Nº Páginas: 58/64

PROGRAMA

**MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO
PACIENTE**

HPD-AQ-PR-01



Elaboração e Revisão:
Enf.^a Marília Mafra
Qualidade

Validação:
Enf.^a Drielly Costa
Qualidade

Aprovação:
Dra. Marcia Milene
Diretora Técnica



HOSPITAL PORTO DIAS

Data 1ª versão: 10/12/2016

Ult. Revisão: 31/05/2025

Vencimento: 31/05/2026

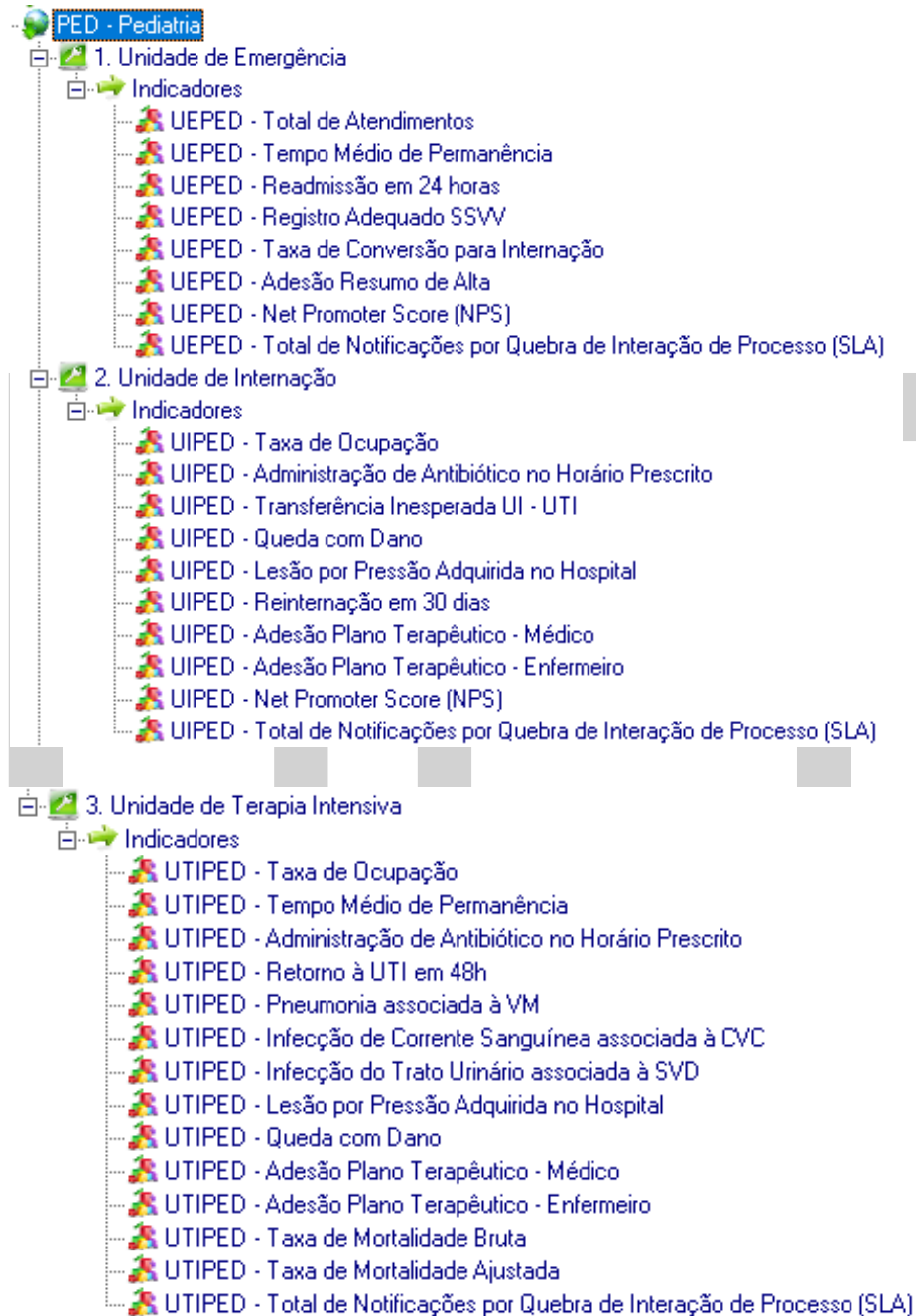
Versão: 06

Nº Páginas: 59/64

PROGRAMA

**MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO
PACIENTE**

HPD-AQ-PR-01

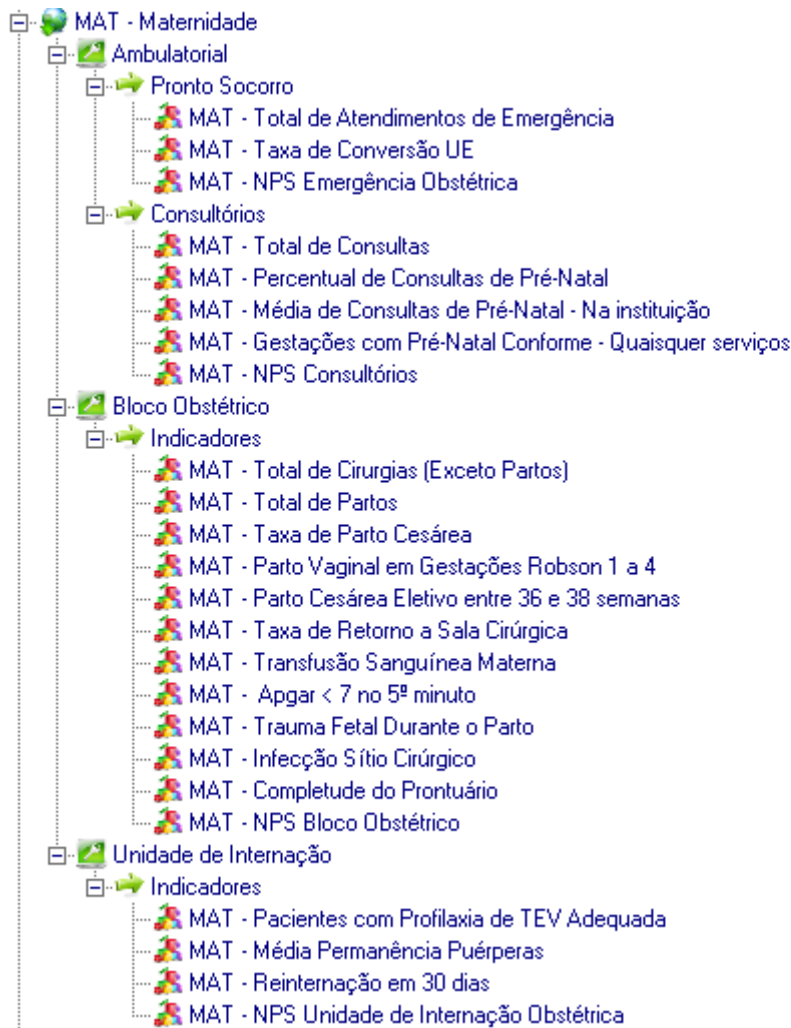


Elaboração e Revisão:
Enf.^a Marília Mafra
Qualidade

Validação:
Enf.^a Drielly Costa
Qualidade

Aprovação:
Dra. Marcia Milene
Diretora Técnica

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 60/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	



Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---



HOSPITAL PORTO DIAS

Data 1ª versão: 10/12/2016

Ult. Revisão: 31/05/2025

Vencimento: 31/05/2026

Versão: 06

Nº Páginas: 61/64

PROGRAMA

**MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO
PACIENTE**

HPD-AQ-PR-01

PDD - Porto Dias Diagnósticos

1. Produção de Exames

Indicadores

- PDD - Tomografia Computadorizada
- PDD - Ressonância Magnética
- PDD - PET Scan
- PDD - Cintilografia
- PDD - Endoscopia
- PDD - Densitometria Óssea
- PDD - Mamografia
- PDD - Ecocardiograma
- PDD - Outros Exames Cardiológicos
- PDD - Ultrassonografia

2. Tempos e Movimentos

Indicadores

- PDD - Tempo Médio para Abertura de Atendimento
- PDD - Tempo Médio de Espera para Realizar Exame
- PDD - Tempo Médio de Permanência no Serviço
- PDD - Tempo Médio para Liberação de Laudos - Pacientes Ambulatoriais

3. Entrega de Laudos

Indicadores

- PDD - Laudos Entregues em até 8h - Unidade de Emergência
- PDD - Laudos Entregues em até 24h - Pacientes Internados
- PDD - Laudos Entregues em até 72h - Pacientes Ambulatoriais
- PDD - Laudos Entregues em até 4 dias - PET Scan
- PDD - Laudos Entregues em até 3 dias - Cintilografia

4. Gestão

Indicadores

- PDD - Percentual Exames Agendados
- PDD - Total de Retificação de Laudos
- PDD - Total de Reconvocações de Exames
- PDD - Net Promoter Score (NPS)
- PDD - Total de Notificações por Quebra de Interação de Processo (SLA)
- PDD - Representatividade do Faturamento
- PDD - Faturamento

Elaboração e Revisão:

Enf.^a Marília Mafra
Qualidade

Validação:

Enf.^a Drielly Costa
Qualidade

Aprovação:

Dra. Marcia Milene
Diretora Técnica



HOSPITAL PORTO DIAS

Data 1ª versão: 10/12/2016

Ult. Revisão: 31/05/2025

Vencimento: 31/05/2026

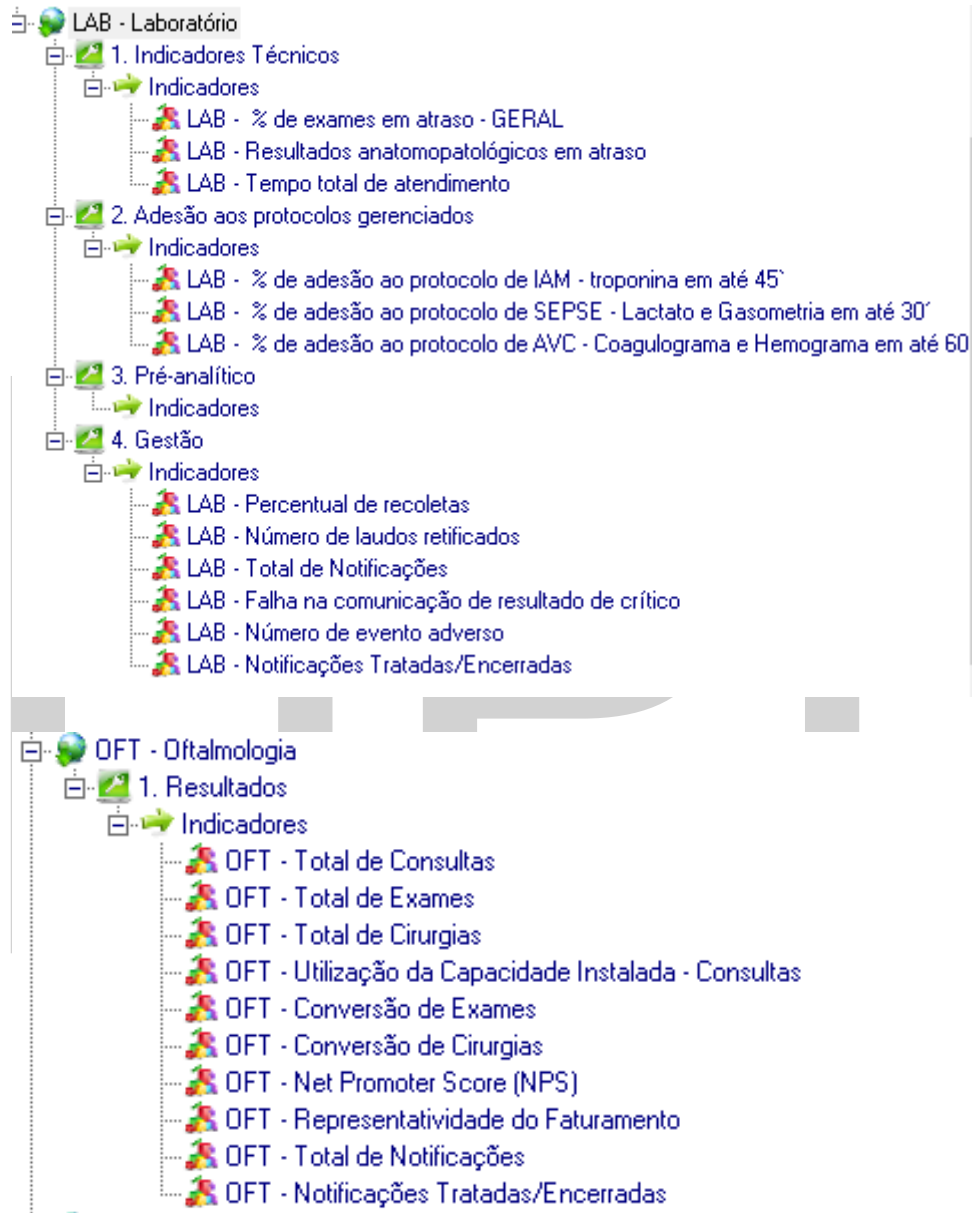
Versão: 06

Nº Páginas: 62/64

PROGRAMA

**MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO
PACIENTE**


HPD-AQ-PR-01



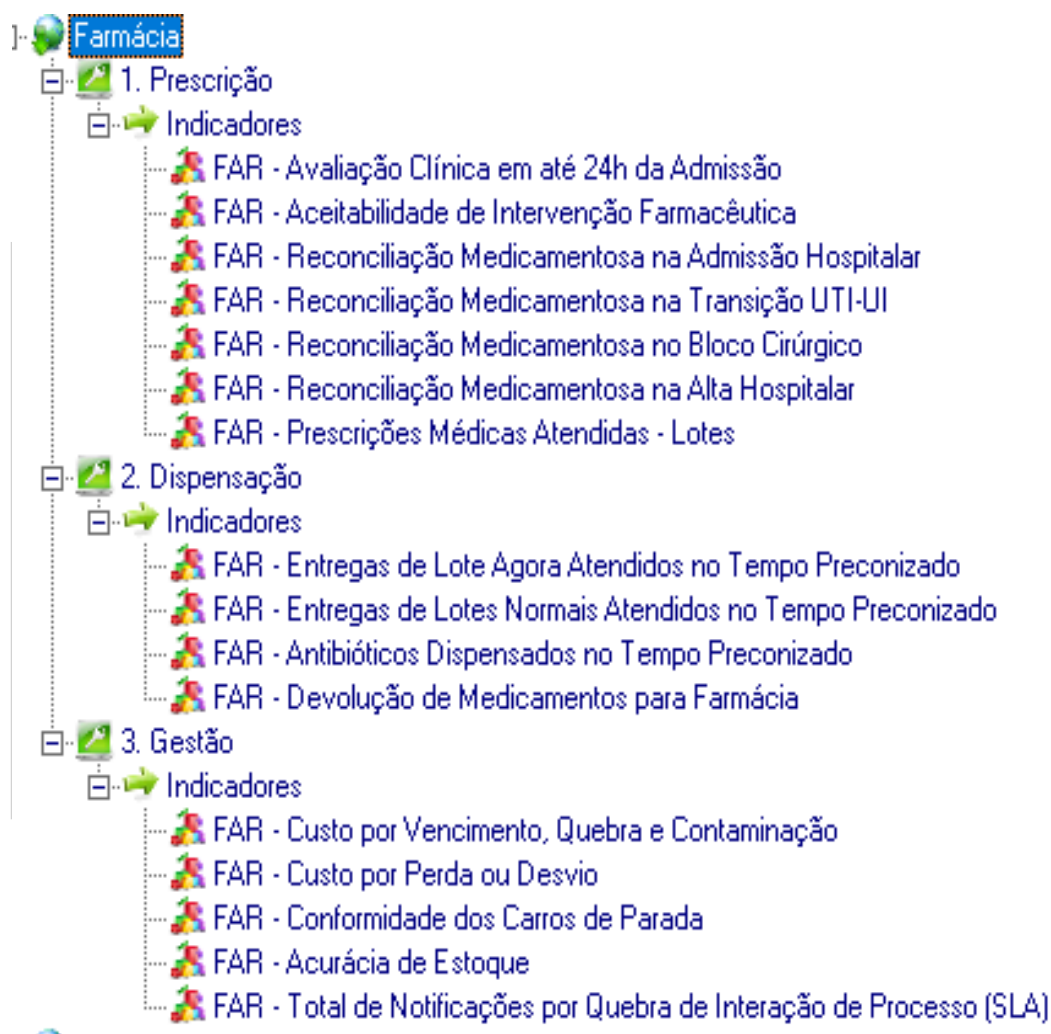
Elaboração e Revisão:
Enf.^a Marília Mafra
Qualidade

Validação:
Enf.^a Drielly Costa
Qualidade


Aprovação:
Dra. Marcia Milene
Diretora Técnica

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 63/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

ANEXO VI – Lista De Indicadores Áreas Não-Clínicas



Elaboração e Revisão: Enf.ª Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf.ª Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 64/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	

Suprimentos

1. Gestão de Compras

Indicadores

- SUP - Solicitações de Compras Analisadas em até 24h
- SUP - Solicitações de Compras Aprovadas
- SUP - Solicitações de Compras Atendidas
- SUP - Compras Não Planejadas
- SUP - Saving contra Baseline
- SUP - Entregas no Prazo
- SUP - Lead Time / Aprovação da Solicitação da Compra até Recebimento
- SUP - Percentual de Devoluções
- SUP - Total de Notificações por Quebra de Interação de Processo (SLA)

3. Gestão de Estoques

Indicadores

- SUP - Estoque Médio
- SUP - Giro de Estoque
- SUP - Percentual de Requisições Atendidas
- SUP - Lead Time / Requisição até Atendimento
- SUP - Custo por Validade, Quebra e Contaminação
- SUP - Custo por Perda ou Desvio
- SUP - Acurácia de Estoque
- SUP - Total de Notificações por Quebra de Interação de Processo (SLA)

Serviço de Nutrição e Dietética

1. Nutrição Produção

Indicadores

- NP - Número de Refeições Produzidas - Pacientes
- NP - Custo Médio da Refeição - Pacientes
- NP - Satisfação - Pacientes
- NP - Quantidade Produzida (Kg) - Colaboradores
- NP - Média de Consumo - Colaboradores
- NP - Percentual de Sobra Limpa - Refeitório
- NP - Percentual de Sobra Suja - Refeitório
- NP - Percentual do Resto Ingestão - Refeitório
- NP - Total de Desperdício - Refeitório
- NP - Percentual de Aceitabilidade - Colaboradores
- NP - Custo Médio da Refeição - Colaboradores
- NP - Satisfação do Colaborador com o Cardápio
- NP - Total de Notificação por Quebra de Interação de Processo (SLA)

Elaboração e Revisão: Enf.ª Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf.ª Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---



HOSPITAL PORTO DIAS

Data 1ª versão: 10/12/2016

Ult. Revisão: 31/05/2025

Vencimento: 31/05/2026

Versão: 06

Nº Páginas: 65/64

PROGRAMA

MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO
PACIENTE


HPD-AQ-PR-01



Elaboração e Revisão:
Enf.^a Marília Mafra
Qualidade

Validação:
Enf.^a Drielly Costa
Qualidade

Aprovação:
Dra. Marcia Milene
Diretora Técnica

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 10/12/2016
		Ult. Revisão: 31/05/2025
		Vencimento: 31/05/2026
		Versão: 06
		Nº Páginas: 66/64
PROGRAMA	MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HPD-AQ-PR-01	



Elaboração e Revisão: Enf. ^a Marília Mafra Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Qualidade	Aprovação: Dra. Marcia Milene Diretora Técnica
--	---	---



HOSPITAL PORTO DIAS

Data 1ª versão: 10/12/2016

Ult. Revisão: 31/05/2025

Vencimento: 31/05/2026

Versão: 06

Nº Páginas: 67/64

PROGRAMA

**MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO
PACIENTE**

HPD-AQ-PR-01

- 2. Agendamento Cirúrgico
 - Indicadores
 - AC - Taxa de Agendamentos Eletivos em até 72h
 - AC - Taxa de Agendamentos Emergência em até 24h
 - AC - Taxa de Confirmação Cirúrgica com até 48h
 - AC - Total de Notificações por Quebra de Interação de Processo (SLA)
- 3. Transporte do Paciente
 - Indicadores
 - TR - Total de Solicitações de Transporte
 - TR - Percentual de Transportes Intra-hospitalares Atendidos
 - TR - Percentual de Cancelamentos
 - TR - Tempo Médio para Transporte
 - TR - Total de Notificações por Quebra de Interação de Processo (SLA)
- 4. Consultórios
 - Indicadores
 - CS - Total de Consultas Realizadas
 - CS - Percentual de Realização de Consultas por Agendamento
 - CS - Percentual de Realização de Consultas por Encaixe
 - CS - Percentual de Consultas Agendadas Realizadas
 - CS - Percentual de Consultas Canceladas
 - CS - Média de Tempo na Sala de Espera
 - CS - Net Promoter Score (NPS)
- 5. Call Center
 - Indicadores
 - CC - Total de Chamadas Recebidas
 - CC - Total de Atendimento por outros Canais
 - CC - Percentual de Chamadas Atendidas
 - CC - Tempo Médio de Atendimento - TMA
 - CC - Tempo Médio de Espera - TME
 - CC - Taxa de Abandono - TA
 - CC - Percentual de Cumprimento do Nível de Serviço (SLA)
 - CC - Total de Notificações por Quebra na Interação de Processo (SLA)

- 6. Higiene
 - Indicadores
 - HIG - Tempo Médio para Início da Limpeza Terminal
 - HIG - Tempo Médio de Limpeza Terminal
 - HIG - Não Conformidade de Limpeza Terminal nos Leitos de Longa Permanência
 - HIG - Taxa de Realização de Limpeza Concorrente - Leitos
 - HIG - Total de Revisões de Limpeza
 - HIG - Taxa de Efetividade de Limpeza Terminal
 - HIG - Total Resíduos Gerados (Kg)
 - HIG - Geração de Resíduos (Infectante + Comum) por Paciente Dia
 - HIG - Total de Notificações por Quebra de Interação de Processo (SLA)

Elaboração e Revisão:
Enf.^a Marília Mafra
Qualidade

Validação:
Enf.^a Drielly Costa
Qualidade

Aprovação:
Dra. Marcia Milene
Diretora Técnica