



CENTRO DA ESPERANÇA
CENTRO DE CUIDADOS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

MANUAL DA QUALIDADE

60
R.T.D.P.I



Manual da Qualidade

1. Introdução	3
1.1 Apresentação do Centro da Esperança	3
1.2 Missão, Visão e Valores	3
1.3 Objetivos do Manual da Qualidade	3
2. Referências Normativas	4
3. Contexto da Associação	4
3.1 Identificação da Associação	4
3.2 Necessidades e Expectativas das Partes Interessadas	4
3.3 Determinação do Escopo do Sistema de Gestão da Qualidade	5
3.4 Sistema de Processos	5
4. Liderança	8
4.1 Compromisso	8
4.2 Política da Qualidade	8
4.3 Responsabilidades, Autoridades e Inter-relações	9
5. Planejamento	9
5.1 Gestão de Riscos	9
5.2 Objetivos da Qualidade e Planos para alcançá-los	12
5.3 Planejamento de Mudanças	12
6. Apoio	12
6.1 Gestão de Recursos	12
6.2 Competência	14
6.3 Conscientização	14
6.4 Comunicação	16
6.5 Informação Documentada	16
7. Operação	19
7.1 Planejamento e Controle Operacional	19
7.2 Projeto e Implementação dos Serviços	19
7.3 Controle de Fornecedores Externos	19
8. Avaliação de Desempenho	20
8.1 Auditorias e Sindicâncias	20
9. Melhoria do SGQ	21
9.1 Não Conformidade e Ação Corretiva	21
9.2 Melhoria Contínua	22
10. Histórico de Revisões	23

60
R.T.D.P.J.



1. Introdução

1.1 Apresentação do Centro da Esperança

O Centro de Cuidados para Pessoas com Deficiência (CCPD) com nome fantasia Centro da Esperança (CE), fundada em 15 março de 2022, é uma associação de direito privado, sem fins econômicos e fins lucrativos com autonomia administrativa e financeira, regendo-se por seu Estatuto e legislação aplicável.

A Associação tem por finalidades sociais a atenção ampla e irrestrita a Pessoas com Deficiência (PcD), seus familiares e afins, e o desenvolvimento de programas de saúde, reabilitação social, econômico, psicológico, cultural, artístico, educativo, formativo e de capacitação laboral.

1.2 Missão, Visão e Valores

O Centro da Esperança visa assegurar o atendimento aos beneficiários e seus familiares em níveis de qualidade e confiabilidade compatíveis com as suas expectativas. Pautados por esta premissa, foram definidos como missão, visão e valores da Associação:

Missão

“Prover atendimento acolhedor e inclusivo, expressando amor e dignidade nos cuidados para pessoas com deficiência, visando o bem-estar físico, mental e socioeconômico”.

Visão

“Ser referência como centro de cuidados multidisciplinar para pessoas com deficiência e ser reconhecido pelo compromisso com a saúde e com a responsabilidade social”.

Valores

- Altruísmo
- Empatia
- Respeito às pessoas
- Espírito de equipe
- Transparência
- Legalidade
- Legitimidade
- Resiliência

1.3 Objetivos do Manual da Qualidade

O Manual da Qualidade (MQ) é o documento de especificação para o Sistema de Gestão da Qualidade de uma Organização. Tem o objetivo de documentar o funcionamento do Sistema de Gestão da Qualidade e demonstrar como a Organização deve agir para assegurar a qualidade de



seus serviços, apresentando, de forma geral, as regras e boas práticas que orientam a execução dos processos.

O Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) é, portanto, um conjunto de processos e atividades de negócio implementados para apoiar uma organização a entregar produtos e serviços de forma a alcançar eficazmente a satisfação de seus clientes e demais partes interessadas, bem como o atendimento a requisitos estatutários e regulamentares aplicáveis.

2. Referências Normativas

ABNT NBR ISO 9001:2015 – Sistemas de Gestão da Qualidade

ABNT NBR ISO 31000:2018 – Gestão de Risco

60
R.T.D.P.J.

3. Contexto da Associação

3.1 Identificação da Associação

O contexto da Associação se refere à atividade de observação, análise e avaliação do interior e exterior da Associação com o objetivo de determinar fatores que podem influenciar positiva ou negativamente seu propósito, a sua intenção estratégica e a sua capacidade para atingir os resultados pretendidos com o SGQ.

O Centro da Esperança avalia os fatores externos e internos pertinentes para o seu propósito e seu direcionamento estratégico por meio da análise SWOT. Tal atividade deve ser realizada, inicialmente, a intervalos anuais ou conforme oportuno, considerando potenciais mudanças nos cenários político, econômico, sociocultural, tecnológico, ambiental e legal.

3.2 Necessidades e Expectativas das Partes Interessadas

A Associação deve monitorar e analisar criticamente, a intervalos anuais, informações acerca das partes interessadas e seus requisitos pertinentes, uma vez que representam efeito ou potencial efeito sobre a capacidade da Associação para prover consistentemente produtos e serviços que atendam às necessidades de seus beneficiários e familiares e aos requisitos estatutários e regulamentares aplicáveis. Assim, são consideradas partes interessadas do Centro da Esperança:

- Todo beneficiário e/ou familiar acolhido pelo CE
- Todo associado, pessoa física ou jurídica, que participa da gestão do CE
- Instituições públicas de modo geral ligadas às atividades da Associação
- Instituições privadas que atuam na missão da Associação
- Instituições e/ou fornecedores parceiros do CE



3.3 Determinação do Escopo do Sistema de Gestão da Qualidade

O escopo do Sistema de Gestão da Qualidade do Centro da Esperança abrange os 4 eixos integrados e seus respectivos serviços ilustrados por meio da figura abaixo, no entanto, com implementação gradativa conforme disponibilidade de recursos financeiros, prezando pela sustentabilidade e qualidade dos serviços.

Cenário futuro:



60

R.T.D.P.I

3.4 Sistema de Processos

É requerido que a operacionalização dos processos esteja suportada por informação documentada, competindo à Associação definir a extensão desta documentação, considerando fatores como:

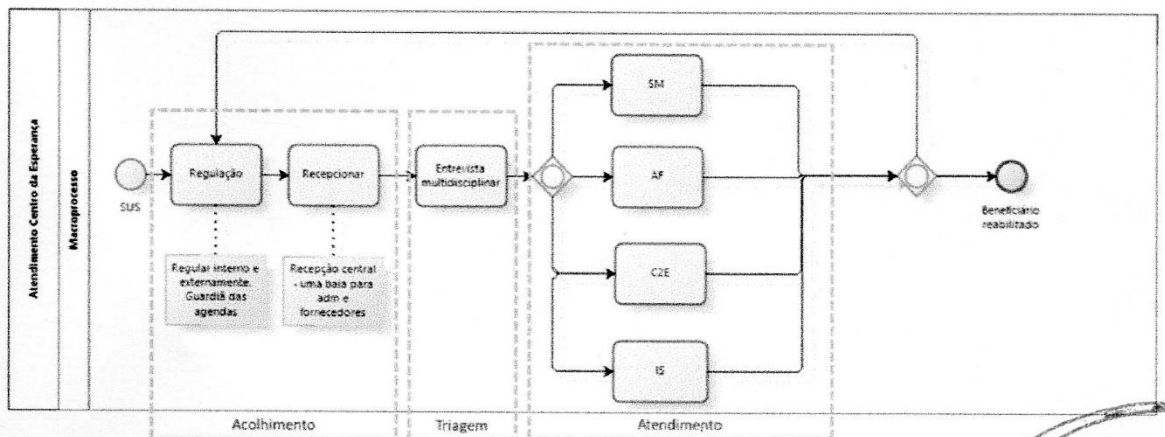
- Criticidade do processo em alcançar os resultados pretendidos do sistema
- Grau de confiança nos resultados obtidos com a documentação atual do processo
- Grau de competência das pessoas envolvidas
- Grau de automação do processo
- Requisitos dos beneficiários e da legislação relevante

Desta forma, o Centro da Esperança mapeou seus macroprocessos e principais processos necessários à operacionalização dos seus serviços conforme ilustram as figuras abaixo, os quais



devem ser desdobrados em Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) ou outros documentos normativos, conforme pertinência.

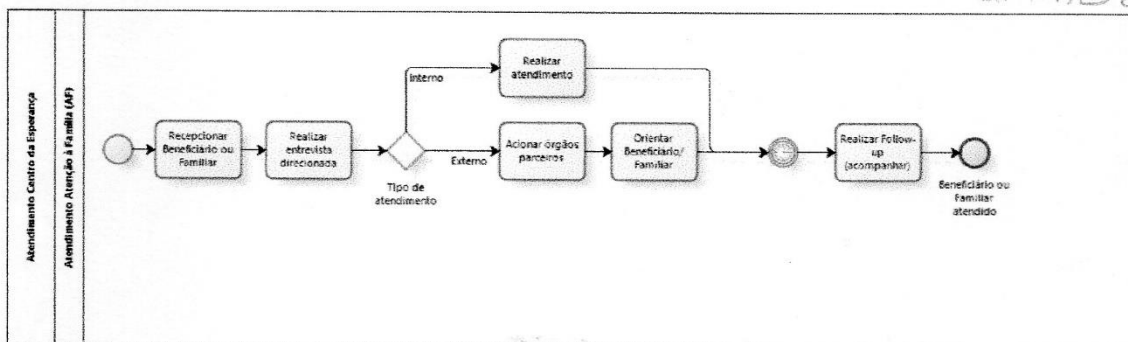
Atendimento Centro da Esperança – Macroprocessos



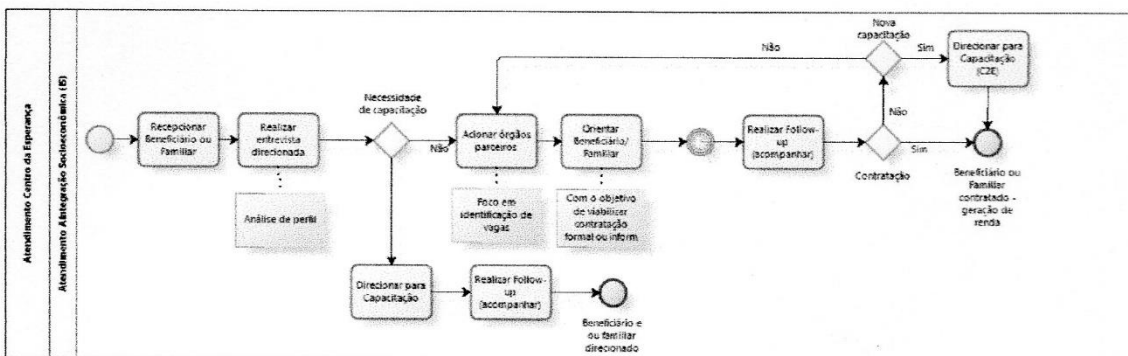
Premissas:

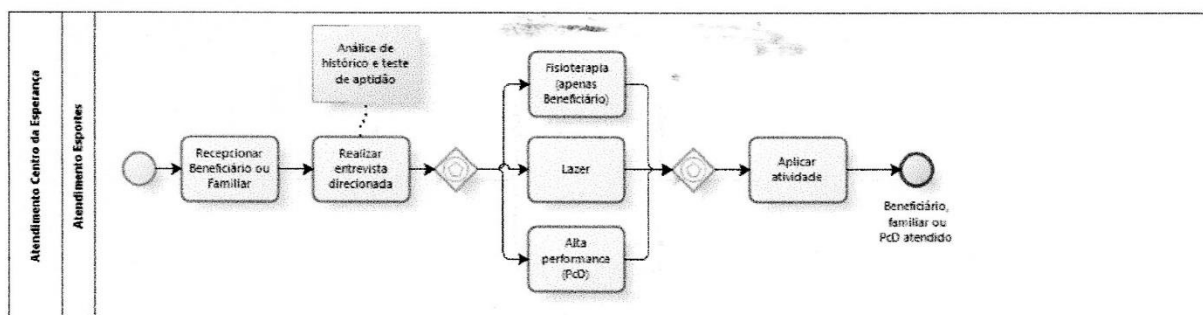
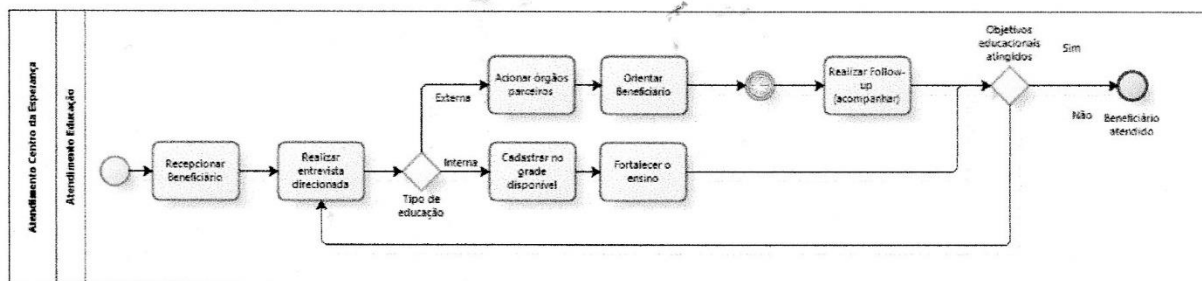
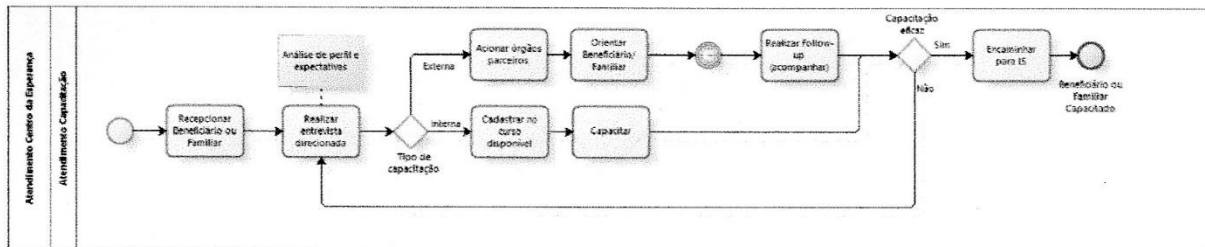
- Perfil de Atendimento Integral (PAI) - atendimento em todos os eixos conforme o perfil do beneficiário
- Perfil de Atendimento Parcial (PAP) - atendimento em parte dos eixos conforme perfil do beneficiário

Atendimento Centro da Esperança – Atenção à Família (AF)

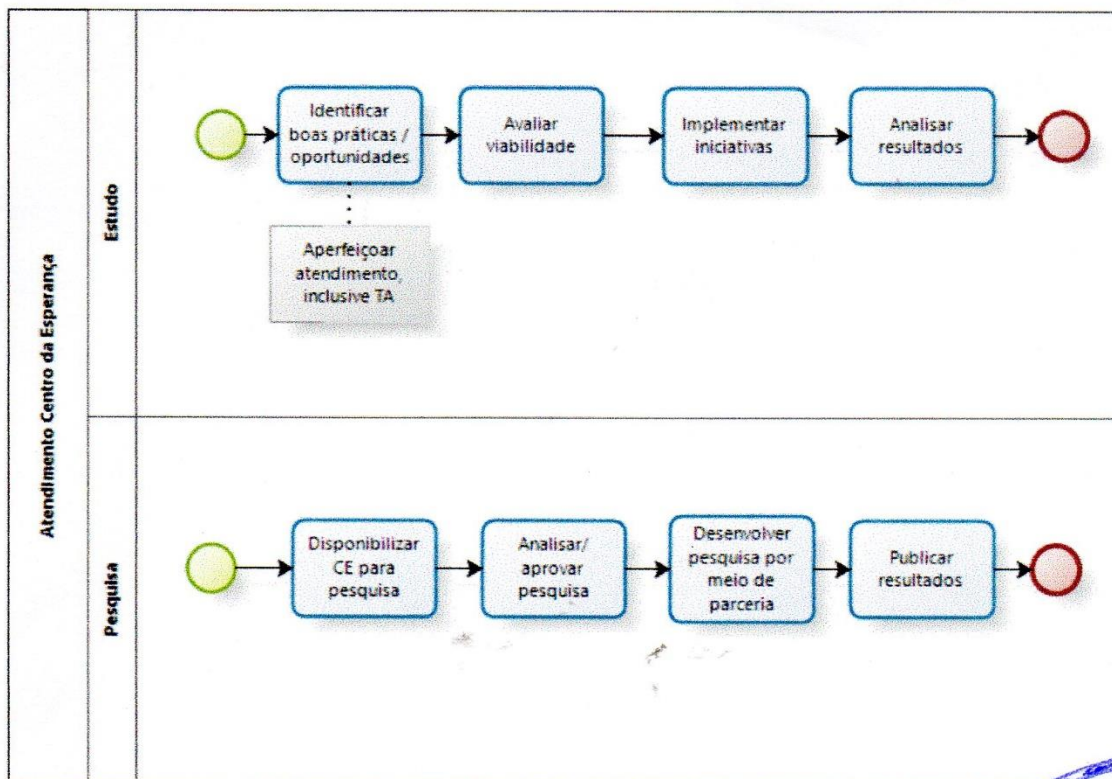


Atendimento Centro da Esperança – Integração Socioeconômica (IS)




Atendimento Centro da Esperança – Capacitação, Educação e Esportes (C2E)


60
R.T.D.P.I.


Atendimento Centro da Esperança – Estudo e Pesquisa (EP)


4. Liderança

4.1 Compromisso

A Direção e demais lideranças que compõem a estrutura organizacional do Centro da Esperança possuem o compromisso de garantir que beneficiários e familiares recebam um atendimento individualizado, respeitando sua privacidade, confidencialidade, integridade física, emocional e condições socioeconômicas. O cumprimento deste compromisso deve seguir pautado pelos Valores do Centro da Esperança.

4.2 Política da Qualidade

A política da qualidade é o conjunto de intenções e direções de uma organização em relação à qualidade. Ela reflete o que a organização, representada pela Direção e suas lideranças, entende e toma por seus princípios da qualidade. Surge da consideração das necessidades e requisitos das partes interessadas.

Para que a Política da Qualidade do Centro da Esperança seja efetiva na busca de atender as necessidades, anseios e aspirações dos beneficiários e familiares e demais partes interessadas,



a Missão, Valores e Visão do Centro da Esperança representam a espinha dorsal da sua política da qualidade.

Em complementariedade, coloca-se os princípios abaixo elencados que também norteiam as ações, planejamentos, estratégias e condutas da Associação.

Princípios:

Comprometimento

Cumprimento dos preceitos éticos

Práticas acolhedoras e humanizadas

Desenvolvimento de procedimentos holísticos e integrativos

60
R.T.D.P.J.

Deste modo, com esta ferramenta de governança e gestão, poder-se-á focar na essência das ações de atendimento de modo assertivo, viável e de acordo com os meios e recursos disponíveis, tendo a visão interconectada dual do atendido e da equipe de colaboradores.

4.3 Responsabilidades, Autoridades e Inter-relações

As responsabilidades, autoridades e inter-relações são definidas pelo Regimento Interno, documento que aborda ainda o conjunto de diretrizes para o funcionamento da Associação. Este e outros documentos complementares, tal como Descrição de Cargo, podem ser acessados por meio dos canais digitais da Instituição.

5. Planejamento

5.1 Gestão de Riscos

A Gestão de Riscos é um instrumento que permite a identificação e administração dos riscos que impactam o Centro da Esperança e tem como objetivo a criação e proteção de valor, incentivando o tratamento adequado dos riscos e a otimização das oportunidades, de forma a melhorar a capacidade de construir valor, visando serviços mais efetivos, eficientes e eficazes.

Entende-se por risco a possibilidade de que um evento ocorra e afete a realização dos objetivos das organizações. A adoção de práticas para gerenciamento de riscos pode trazer benefícios como melhora da performance, aumento da probabilidade de alcance dos objetivos, melhora na alocação dos recursos, base para a tomada de decisão, melhoria da governança, aumento da confiança das partes interessadas, entre outros.

Visando esses e outros benefícios, bem como para ratificar o compromisso do Centro da Esperança com suas partes interessadas, este capítulo define os princípios de Gestão de Riscos e foi desenvolvido para contribuir com o alcance dos objetivos estratégicos, além de estar alinhado às melhores práticas de Gestão de Riscos Corporativos preconizadas pelo The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission - COSO, Enterprise Risk Management - ERM, Norma ABNT NBR ISO 31000:2018 - Gestão de Riscos - Diretrizes e Guia para Gerenciamento de Riscos Corporativos do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa.

60
R.T.D.P.J.

Princípios Norteadores da Gestão de Riscos

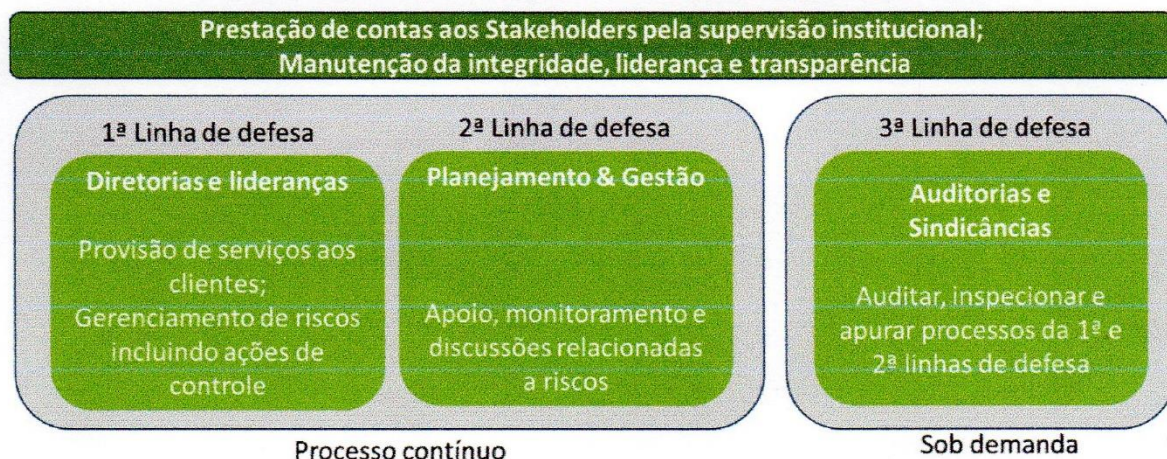
Este capítulo não pretende descrever e exaurir todas as situações relativas à gestão de riscos. Assim, para orientar a conduta diante de situações concretas, a decisão em relação à melhor forma de agir deve ser orientada pelos seguintes princípios:

- **Princípio da Prevenção:** a gestão de riscos requer ação proativa na antecipação de riscos para tomada de decisão consciente e tratamento adequado, alinhados à estratégia do Centro da Esperança.
- **Princípio da Integração:** o processo de gestão de riscos é parte integrante de todas as atividades do Centro da Esperança. A integração permite que os riscos existentes nas atividades sejam conhecidos e possuam uma adequada resposta para alcance dos objetivos estratégicos estabelecidos.
- **Princípio da Inclusão:** o envolvimento adequado do Gestor do Risco, e demais partes interessadas do Centro da Esperança, possibilita que informações oportunas, pontos de vistas e conhecimentos distintos, sejam considerados na fundamentação dos cenários de riscos e planos de tratamento.
- **Princípio do Dinamismo:** os riscos podem aparecer, mudar ou desaparecer à medida que os contextos interno e externo do Centro da Esperança mudem. Todos os envolvidos no processo da gestão de riscos precisam se comprometer em antecipar, detectar, reconhecer e responder a essas mudanças e eventos de uma maneira apropriada e oportuna.
- **Princípio da Melhoria Contínua:** todos os envolvidos no processo de gestão de riscos devem se comprometer em melhorar continuamente as atividades desenvolvidas para gestão dos riscos por meio do aprendizado e experiências.

Todos os colaboradores são responsáveis por garantir a gestão dos riscos no Centro da Esperança. Aplica-se a todas as áreas, colaboradores e terceiros que atuam no Centro da Esperança.

A estrutura de gestão de riscos no Centro da Esperança segue preceito das 3 linhas de defesa proposto pelo modelo do órgão internacional The Institute of Internal Auditors (IIA), o qual estabelece os papéis e responsabilidades no gerenciamento de riscos dentro da Organização, conforme abaixo:

Estrutura Institucional de Gestão de Riscos Centro da Esperança

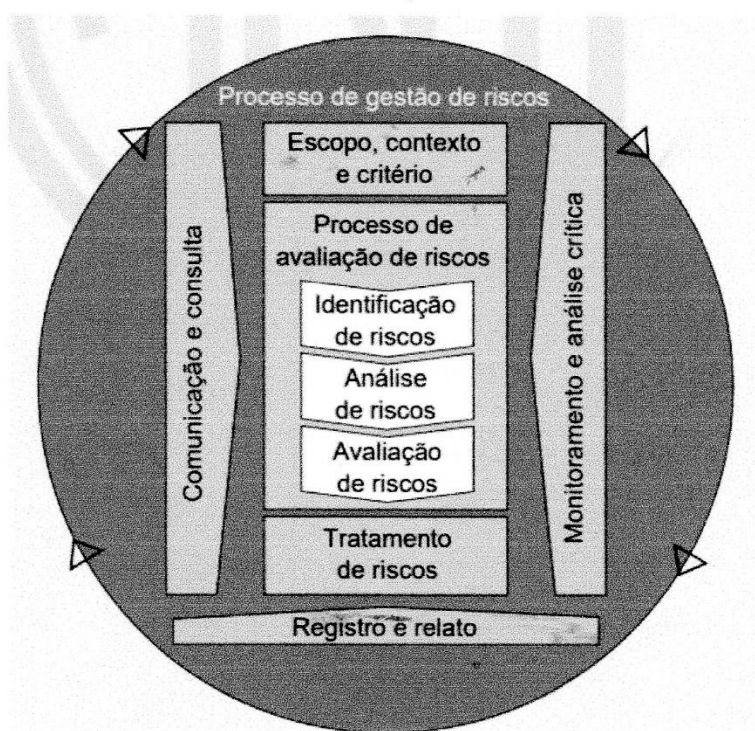


60
R.T.D.P.I.

O Processo de Gestão de Riscos do Centro da Esperança segue metodologia baseada, principalmente, na ISO 31000:2018 e visa estabelecer uma plataforma comum para gerir os riscos em toda a Associação.

A responsabilidade pelo gerenciamento de riscos é compartilhada e permeia todas as áreas, níveis e instâncias da Associação.

O processo para gerenciamento dos riscos consiste nas etapas ilustradas por meio na figura a seguir. Trata-se de um processo contínuo que responde a riscos e oportunidades identificadas na rotina da Associação. O detalhamento de cada uma de suas etapas bem como a forma de monitoramento e controle são contemplados no respectivo POP.



O controle dos riscos se dará por meio da Matriz de Riscos denominada FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*) e deve ser adotada uma por área. Para cada risco identificado deve ser designado um Gestor de Risco encarregado por:

- Avaliar alterações nos ambientes externos e internos e relacionar seu impacto nos riscos sob sua responsabilidade
- Desenvolver, implementar e manter planos de ação para garantir a mitigação dos riscos
- Discutir com a gerência sempre que identificado novos riscos ou alteração nos riscos já mapeados
- Garantir ambiente de controles efetivo, por meio de abordagens preventivas, detectivas e corretivas/contingenciais



- Monitorar com transparência e integridade os indicadores de riscos sob sua responsabilidade

O Gestor de Risco tem total responsabilidade sobre o risco e sua gestão, podendo estar fora de seu âmbito de atuação os controles que mitigam tal risco. Neste caso, o papel do Gestor de Risco consiste em identificar o responsável pelos controles e supervisionar, para que estes controles funcionem de forma efetiva.

5.2 Objetivos da Qualidade e Planos para alcançá-los

Os objetivos da qualidade do Centro da Esperança devem ser mensurados/monitorados a partir de:

- Pesquisa de Satisfação
- Apontamentos de rodas de conversas
- Auditorias, sindicâncias e inspeções
- Indicadores de nível da qualidade dos serviços
- Indicadores de produtividade
- Indicadores de efetividade
- Benchmark com serviços similares

60
R.T.D.P.J.

5.3 Planejamento de Mudanças

Quando a Associação identificar a necessidade de mudanças em seu Sistema de Gestão da Qualidade, as mudanças devem ser realizadas de maneira planejada e sistemática, considerando:

- O propósito das mudanças e potenciais consequências
- A integridade do Sistema de Gestão da Qualidade
- A disponibilidade de recursos
- A alocação ou realocação de responsabilidades e autoridades

6. Apoio

6.1 Gestão de Recursos

Os recursos necessários ao pleno funcionamento do Centro da Esperança são identificados e previstos no orçamento anual de cada área, sendo planejados pelas lideranças e validados por aprovação junto ao Conselho Executivo. Tal atividade corresponde ao processo de Planejamento Orçamentário do Centro da Esperança.

60
R.T.D.P.J.

Recursos Humanos

A provisão de recursos humanos é realizada pela gestão da área, levando-se em consideração o planejamento do orçamento, a análise de investimentos, as necessidades de aumento da demanda, e as ampliações coerentes com o planejamento estratégico. Ainda devem ser levados em consideração a necessidade de treinamento e capacitação adequados às funções envolvidas para garantir a qualidade e a segurança dos serviços prestados.

O quadro de colaboradores é constituído por profissionais qualificados, de diversas áreas de formação, assegurando que as atividades técnicas, administrativas e de coordenação gerencial sejam desempenhadas, eficazmente, dentro das políticas de boas práticas estabelecidas, de acordo com a categoria profissional e respectivas responsabilidades.

Infraestrutura e Equipamentos

A estrutura física das áreas deve ser projetada de forma a atender as regulamentações internas e externas, conforme leis e regulamentos aplicáveis.

Na determinação dos recursos materiais e da infraestrutura necessários, são levados em consideração os seguintes aspectos nas perspectivas da qualidade e segurança:

- Os equipamentos de suporte (informática, comunicação etc.) necessários ao desempenho das diversas atividades ligadas aos processos de prestação dos serviços
- Equipamentos determinados pela Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA, tipo EPI e outros
- As necessidades de infraestrutura civil e predial e sua contínua manutenção
- A avaliação da infraestrutura necessária quanto às instalações físicas no que se refere ao funcionamento das áreas
- A avaliação e monitoramento da capacitação e da conduta dos profissionais na utilização e manutenção das instalações, recursos de segurança e equipamentos

Os equipamentos técnicos utilizados são dos mais variados níveis de automação e sofisticação, cujo desempenho é assegurado por programas monitorados de manutenção preventiva e calibração.

Anualmente, as áreas devem realizar um planejamento de investimentos em Tecnologia, que é encaminhado à Diretoria para aprovação e aquisição. Esse planejamento é realizado pela gestão e é embasado nas necessidades de atualização ou implementação de novos métodos, detectados pela equipe para acompanhar avanços tecnológicos da área ou necessidades específicas de beneficiários, a fim de garantir qualidade e segurança.

Os contratos específicos de instalação, manutenções preventivas e corretivas são acordados em parceria com as lideranças e respectiva Diretoria. O cumprimento e acompanhamento destes contratos, bem como a solicitação de serviços podem ser avaliados junto à Diretoria de Planejamento e Gestão.

O Art. 33 do Estatuto Social trata sobre as principais fontes de recursos financeiros e o Art. 23 do Regimento Interno o complementa.



60
R.T.D.P.J.



6.2 Competência

As competências, assim como os requisitos necessários para o desempenho das funções estão definidos nas Descrições de Cargos. No início das atividades de cada colaborador, a Descrição de Cargo é disponibilizada ao mesmo para que tenha conhecimento e ciência das expectativas e necessidades de desenvolvimento na sua área de atuação. Esta descrição encontra-se disponível eletronicamente para o colaborador e/ou liderança imediata e deve ser aceita pelo colaborador e pelo responsável direto.

Entende-se como colaboradores todas as pessoas contratadas, bem como os voluntários participantes da Associação.

O Conselho Executivo, em conjunto com a área de RH, avaliará o perfil de colaboradores para integrar o Centro da Esperança, não sendo a qualificação técnica o único requisito a ser preenchido para tal.

Os atributos que são almejados para nortear o desempenho qualificado dos colaboradores são baseados nos valores da Associação, além da excelência técnica e eficiência.

Os profissionais de saúde, serviços externos e demais profissionais envolvidos na assistência de maneira geral, terão a mesma atenção dedicada aos beneficiários e familiares no sentido de se prover as condições ideais de trabalho e suas respectivas expectativas.

As exigências de qualificação (licença profissional ou certificação oficial) são solicitadas pela área de RH no momento da admissão e em casos de alterações de cargo. Todos os normativos relativos aos processos de Recursos Humanos Institucionais estão disponíveis na Intranet da Associação.

Especificamente para a contratação no modelo PJ, são seguidas as diretrizes descritas na Política de Contratação e Gestão de PJ Através de Terceiros. As especificações para elaboração de contratos para prestação de serviços terceiros, serão de responsabilidade do Conselho Executivo com o apoio técnico necessário (jurídico/contratos).

6.3 Conscientização

Para garantir que a devida definição e padronização dos treinamentos de novos colaboradores com vistas à sua eficácia, são utilizados Checklist Admissionais disponibilizados pela área de RH, que permitem, além de treinamento, a avaliação e conscientização das expectativas da área em relação à sua função e ao Sistema de Gestão da Qualidade do Centro da Esperança.

A área de RH deve definir e apresentar os Checklists Admissionais ao Conselho Executivo para aprovação, antecedendo sua aplicação.

O Checklist Admissional preenchido é encaminhado ao serviço de RH para guarda no prontuário do colaborador.

Em relação aos novos colaboradores, a eficácia do treinamento é verificada através da avaliação do Checklist Admissional, por parte da liderança responsável pelo acompanhamento inicial.



São disponibilizados, coordenados pela equipe de Recursos Humanos, cursos e palestras destinados a proporcionar aquisição de conhecimentos, competências e ferramentas necessárias ao desenvolvimento profissional e pessoal.

A finalidade dos treinamentos assistenciais é a capacitação do profissional para o exercício de atividades específicas de cada disciplina e/ou área.

Esses treinamentos oferecem apoio ao desenvolvimento dos colaboradores em suas competências e no seu crescimento profissional.

As demandas de treinamento e capacitação podem ser deflagradas por determinações de políticas internas adotadas pelo Conselho Executivo, ou por determinação de leis e regulamentos externos.

As informações sobre treinamentos institucionais e respectivos registros podem ser acessados via área de Recursos Humanos.

As áreas possuem autonomia para propor e/ou realizar treinamentos internos com suas equipes. Estes treinamentos devem ser registrados na área e encaminhados ao Recursos Humanos.

O treinamento e/ou retreinamento de cada colaborador é motivado pelo seu desejo pessoal, pela necessidade inerente à atividade e/ou serviço, pela detecção de falhas na prática assistencial, pela necessidade de desenvolvimento das competências profissionais e em resposta aos indicadores para melhoria do desempenho e resultados.

Todos os treinamentos realizados para os colaboradores têm sua eficácia comprovada com a observação direta, da verificação periódica das atividades desenvolvidas e da avaliação anual de desempenho.

A avaliação de eficácia dos treinamentos também considera a existência de registro de não conformidades do colaborador em relação a algum processo.

Treinamento Institucional

Para os treinamentos Institucionais, cabe à liderança a análise dos programas/temas disponibilizados, bem como a descrição das políticas de qualificação profissional e de conhecimentos requeridos, a fim de se priorizar o que é necessário ao desenvolvimento de suas equipes. Cabe, ainda, à liderança, engajar seus colaboradores para a participação nos treinamentos.

Treinamentos e Cursos Externos

As solicitações de Treinamentos e Cursos Externos são analisadas pela Liderança da área e, após a aprovação do Conselho Executivo, são encaminhados ao RH.

Avaliação de Desempenho e Capacitação Profissional

Anualmente são realizadas as Avaliações de Desempenhos Institucionais nas quais todos os colaboradores são avaliados por fatores institucionais e fatores específicos da área, no qual liderança e colaborador definem as necessidades de capacitação e respectiva conscientização para o exercício da função e melhoria de seu desempenho.



Também anualmente, é realizada a Avaliação Técnica, que tem como objetivo mensurar a qualificação dos profissionais assistenciais de acordo com seu conhecimento teórico sobre padrões específicos da prática assistencial, podendo haver aperfeiçoamentos com a capacitação profissional específica.

A Avaliação de desempenho deve ser um processo contínuo efetuado pela direção de cada área específica. Ao colaborador avaliado deve ser dado conhecimento de sua avaliação, proporcionando oportunidade de melhoria na qualidade de seu desempenho.

Além da avaliação formal de desempenho, devem ser realizados feedbacks tempestivos aos colaboradores com base em demandas que possam surgir na rotina, fortalecendo a comunicação e espírito de equipe.

6.4 Comunicação

Comunicação Interna

A comunicação interna se faz por meio dos portais institucionais e/ou serviços de atendimento ao cliente (SAC). Serão estabelecidos canais de comunicação para todos os usuários quer sejam beneficiários, familiares ou colaboradores. Todas as informações apresentadas são analisadas e tratadas, visando a melhoria contínua dos processos e dos serviços prestados.

A comunicação interna com os colaboradores também pode acontecer por meio da Intranet, de murais, quadros de avisos e correio eletrônico.

O Sistema de Notificação de eventos é uma ferramenta para o registro de Eventos Adversos e Ocorrências. Todas as áreas têm acesso ao Sistema de Notificação, por meio da Intranet, para registrar incidentes e acidentes.

Comunicação ao Beneficiário

A comunicação com os beneficiários sobre as temáticas de qualidade e segurança são realizadas por meio de folders, malas diretas, banners, correio eletrônico, foros específicos, além dos veículos de comunicação utilizados pela área de Comunicação e Relações Institucionais (CRI).

As reuniões departamentais de relevância são registradas e as atas ficam sob responsabilidade das lideranças da área, quando aplicável.

6.5 Informação Documentada

Os documentos normativos do Sistema de Gestão da Qualidade são elaborados, aprovados, atualizados, disponibilizados e controlados pelos responsáveis competentes.

O mecanismo de controle assegura que estejam disponíveis aos usuários somente documentos em sua versão vigente. As versões obsoletas terão destino conforme definido pela gestão, evitando uso inapropriado.



Os documentos normativos devem ser amplamente divulgados de acordo com abrangência de cada tema aplicado e seus respectivos grupos de interesse.

Documentos de origem externa como normas técnicas, instruções de trabalho externas, leis e regulamentos, manuais de equipamentos e relatórios de qualificações devem ser registrados no sistema de documentação normativa institucional.



Os registros decorrentes de atendimentos aos beneficiários e familiares e das rotinas, processos e procedimentos operacionais/administrativos, são mantidos para evidenciar o funcionamento da Associação e para servir de subsídios à análise de sua eficácia e orientação de ações corretivas, preventivas e de melhoria.

Além da instituição da Política da Qualidade e Objetivos da Qualidade, o Centro da Esperança estruturou a documentação de seu Sistema de Gestão da Qualidade conforme abaixo:

Manual da Qualidade – MQ

Documento estratégico o qual contém a descrição do Sistema de Gestão da Qualidade, servindo como uma referência permanente para a implementação, manutenção e evolução contínua do mesmo.

Normas da Qualidade - NQ

São os documentos que definem os objetivos globais das várias atividades do Sistema da Qualidade e o nível de responsabilidade dos órgãos envolvidos, bem como o relacionamento entre os órgãos internos da Instituição.

Procedimentos Operacionais Padrão - POP

São os documentos que detalham atividades específicas sobre o Sistema de Gestão da Qualidade em nível de processo ou atividade.

Protocolos - PRO

São os documentos que detalham atividades de protocolos de atendimentos de saúde.

Instruções de Trabalho – IT

São os documentos que complementam a forma de execução das atividades descritas nas normas/procedimentos da Qualidade, em suas diversas áreas e operações, possui nível de tarefa.

Formulários – FOR

São os documentos que registram e controlam os anexos e formulários que complementam a forma de execução das atividades descritas nas Normas/Procedimentos da Qualidade, em suas diversas áreas e operações.

Autorização Especial - AE

Documento emitido em casos de eventuais alterações ao conteúdo das normas, procedimentos e documentos em vigor, porém com validade temporária e/ou com o prazo determinado mediante autorização do Diretor Presidente ou Diretor Vice-Presidente.



Registros da Qualidade

São os documentos que evidenciam que as operações foram executadas conforme os documentos normativos.



Controle de Documentos e Dados

Todos os documentos e dados pertinentes ao SGQ são controlados, analisados criticamente e aprovados quanto à sua adequação por pessoal autorizado, antes de sua emissão e disponibilização.

É elaborada uma lista-mestra, identificando a situação da revisão atual dos documentos, devendo estar disponível, a fim de evitar o uso de documentos não válidos e/ou obsoletos.

Todos os documentos pertinentes, tais como POPs, estão acessíveis nos locais onde são executadas as operações essenciais para o efetivo funcionamento do SGQ.

Os documentos não válidos e/ou obsoletos são prontamente removidos ou adequadamente identificados, de forma a evitar seu uso, mesmo não intencional.

As alterações dos documentos do SGQ são analisadas criticamente e aprovadas pelas pessoas definidas conforme o fluxo de trabalho do setor, salvo prescrição em contrário.

Os documentos do SGQ devem ser analisados e revisados anualmente. Não existindo alterações do conteúdo, não há necessidade de treinamento.

Onde praticável, a natureza das alterações é identificada nos documentos ou em anexos apropriados.

Os documentos de origem externa são controlados pelos responsáveis de cada área, por meio de lista-mestra e controle de distribuição. Em cada caso será definida a sistemática para verificação da versão do documento.

Controle de Registros

Os Registros da Qualidade são estabelecidos e mantidos para demonstrar a conformidade com os requisitos especificados e a efetiva operação do SGQ.

Os Registros da Qualidade são armazenados e mantidos de tal forma que sejam prontamente recuperáveis, em instalações que forneçam condições ambientais adequadas para prevenir danos, deterioração e perda; podendo estar sob a forma de cópia física, meio eletrônico e outros.

60
R.T.D.P.I.



7. Operação

7.1 Planejamento de Serviços e Controle Operacional

Os processos de planejamento de serviços do Centro da Esperança são realizados sob condições controladas, de modo a assegurar sua qualidade e segurança. Isso inclui:

- Manuais de rotinas e Procedimentos e outros documentos institucionais do Centro da Esperança: descrevem de maneira detalhada, todas as atividades realizadas com impacto direto na qualidade
- Profissionais treinados e capacitados para a realização das atividades previstas nesses documentos
- Ambiente adequado de trabalho, possibilitando o desenvolvimento adequado de cada atividade respeitando os princípios de limpeza, higiene e organização
- Equipamentos escolhidos com base nas necessidades dos processos desenvolvidos, procurando-se aqueles com respaldo na literatura médica especializada e centros de referência
- Realização das atividades em conformidade com as normas internas vigentes, recomendações e procedimentos escritos e com práticas consideradas como referências ou evidências reconhecidas
- Monitoramento e medição das etapas de cada processo por meio do controle dos processos e registros
- Equipamentos cadastrados internamente e controlados, manutenções preventivas e corretivas devidamente realizadas e registradas.
- Finalização das diversas etapas de execução, conforme descrito em procedimentos específicos.

Caberá à Diretoria de Planejamento e Gestão conduzir os planejamentos de serviços e realizar o controle operacional. Periodicamente, as atividades relacionadas aos processos produtivos são revisadas, considerando-se a adequação ao resultado do serviço de acordo com a rotina específica de cada área.

7.2 Projeto e Implementação dos Serviços

A Associação deve estabelecer e manter um projeto contínuo de desenvolvimento que seja apropriado para assegurar a subsequente provisão de seus serviços. Isso se aplica, por exemplo, a implementação faseada dos eixos que compõem o Centro da Esperança, uma vez que sua implementação integral está vinculada à disponibilidade de recursos financeiros.

7.3 Controle de Fornecedores Externos

Todos os produtos, insumos ou serviços utilizados nas áreas e que podem impactar na qualidade e segurança dos processos são adquiridos de fornecedores qualificados e verificados conforme



procedimentos de controle estabelecidos pela área responsável por sua homologação e de acordo com diretrizes internas.

Todo processo de contratação é realizado por meio de instrumento que formaliza direitos, obrigações e responsabilidades, visando o compromisso de ambas as partes com a manutenção da qualidade, segurança dos serviços prestados e o nível de serviço contratado, servindo de base para o monitoramento contínuo do desempenho do fornecedor.

As compras são realizadas por meio de requisições internas nas quais se encontram definidos os requisitos necessários para aquisição.

No momento do recebimento de produtos e insumos, inspeções são realizadas conforme rotinas específicas de cada área.

8. Avaliação de Desempenho

8.1 Auditorias e Sindicâncias

60
R.T.D.P.J.

As auditorias da qualidade são utilizadas para verificar se as atividades do sistema da qualidade e seus resultados estão em conformidade com os procedimentos estabelecidos e se estão adequados às boas práticas, determinando a eficácia deste sistema e prática assistencial.

O planejamento das auditorias prevê sua realização em intervalos definidos e leva em consideração a importância e a situação atual dos pontos do sistema de qualidade e segurança a serem auditados.

As auditorias são realizadas por pessoal qualificado e com independência com relação às funções e/ou atividades que estão sendo auditadas.

Os resultados das auditorias realizadas são registrados em relatório próprio e disponibilizados a todos os responsáveis pelas áreas envolvidas. Estes responsáveis tomam, em tempo hábil, as ações corretivas necessárias e apropriadas para sanar os problemas levantados em sua área de atuação.

A implementação e a eficácia das ações corretivas, resultantes das constatações de auditorias da qualidade, são acompanhadas em conjunto com as lideranças, dentro da sistemática de ações corretivas ou preventivas, ou ainda de melhorias definidas no próprio procedimento.

Os resultados das auditorias são importantes fontes de informação para a análise crítica do sistema da qualidade e segurança por parte das lideranças.

A auditoria externa independente tem destacada relevância por ser uma importante ferramenta que fomenta a transparência da gestão e administração.

De acordo com as necessidades, também se disporá de sindicâncias, de caráter esporádico, e com a principal finalidade de esclarecer aspectos administrativos endógenos.

Os Art. 26 e 27 do Regimento Interno preveem auditorias internas e externas independentes e sindicâncias.



9. Melhoria do SGQ

9.1 Não Conformidade e Ação Corretiva

Os eventos adversos e não conformidades de processo ou não conformidade sistêmica recebem tratamento adequado, impedindo sua ampliação ou minimizando consequências indesejáveis aos beneficiários.

É necessário um monitoramento constante, e o empenho pessoal dos colaboradores de toda ordem, para identificar e evitar ações não previstas que, a princípio, estão em desacordo com os objetivos da Associação e, portanto, devem ser consideradas não conforme.

Todas as não conformidades são identificadas, avaliadas, documentadas, dispostas e notificadas às áreas envolvidas. Onde praticável, produtos ou insumos não conformes são segregados dos demais para evitar seu uso não intencional.

Detectada a não conformidade, através de auditorias do sistema da qualidade ou por qualquer colaborador da Instituição, o processo de análise crítica estabelece a disposição (ação imediata) para a resolução do problema.

As atividades ou serviços que forem readequados, em consequência da não conformidade, são inspecionados e reavaliados conforme os mesmos critérios utilizados nas verificações originais.

A mesma sistemática é adotada, com as devidas adaptações, a insumos adquiridos junto a fornecedores e que tenham apresentado alguma não conformidade com relação aos requisitos especificados.

As causas de não conformidades detectadas são identificadas a partir de:

- Relatórios de não conformidade e eventos adversos
- Reclamações dos beneficiários e familiares
- Auditorias do Sistema da Qualidade
- Relatório de Sindicância

Estas causas são investigadas através da análise das não conformidades e são adotadas ações corretivas, de modo a evitar sua reincidência.

Problemas potenciais são também identificados e analisados com relação a suas causas, de forma a se adotar ações preventivas que evitem sua ocorrência na prática. São utilizadas fontes apropriadas de informações sobre os processos envolvidos na prestação de serviços, como procedimentos, registros, relatórios de auditorias e mapeamento de riscos.

Em ambos os casos, ações corretivas e ações preventivas são implementadas a partir de planos de ação que estabeleçam as responsabilidades e os controles necessários. É feito o acompanhamento de todo o processo de implementação da ação, sendo verificada sua efetividade e seus resultados devidamente registrados.



As rotinas e os procedimentos do Sistema de Gestão da Qualidade do Centro da Esperança são passíveis de alteração em função de implementação de ações corretivas e preventivas.



9.2 Melhoria Contínua

Ao longo de todas as fases dos processos de prestação de serviços são coletados e analisados dados e informações para determinar a adequação e a eficácia do Sistema de Gestão da Qualidade, identificando oportunidades de melhoria em sua performance.

Estas informações incluem:

- Características dos processos e suas tendências
- Informações acerca da satisfação e da insatisfação das partes interessadas
- Indicadores sobre a conformidade dos serviços prestados por áreas internas e fornecedores

Estes dados são avaliados periodicamente pelas áreas e servem de subsídios para realização das reuniões de Análises Críticas, podendo ser evidenciadas através das atas de reuniões.

Anualmente, é realizada a avaliação do Sistema de Gestão da Qualidade, visando à melhoria da eficácia do sistema e seus processos, assim como as melhorias em relação aos requisitos dos beneficiários e revisão das necessidades de recursos. Esta análise baseia-se em:

- Assegurar a contínua adequação e conformidade dos elementos mensuráveis do sistema da qualidade aos requisitos presentes nos padrões das creditações/certificações
- Verificar o atendimento da política e dos objetivos da qualidade e segurança estabelecidos
- Avaliar a conformidade do desempenho das diversas atividades e conformidade dos produtos/ serviços
- Analisar e propor ações de melhoria mediante os resultados das auditorias internas da qualidade das auditorias realizadas pelos órgãos certificadores
- Analisar os resultados das avaliações de Pesquisa de Satisfação do Cliente, realizadas pelos avaliadores
- Acompanhar ações de análises críticas e do planejamento estratégico e operacional
- Acompanhar a implementação de ações (corretivas ou preventivas) bem como identificar novos métodos e/ou tecnologias para a melhoria continuada, com o objetivo de melhorar a assistência prestada aos beneficiários
- Analisar recomendações para melhoria na qualidade e segurança do beneficiário, familiares, colaborador e ambiente

A análise sistemática destes grupos de informações proporciona uma forma de identificar continuamente oportunidades de melhoria de processos. Isto permite a área planejar e gerenciar o processo de melhoria contínua do Sistema de Qualidade e inclui a revisão, sempre que necessária, da política e direcionadores.

Caso necessário, reuniões extras podem ser realizadas a qualquer momento sob análise e validação dos Gestores das áreas. Essas reuniões podem ser necessárias quando ocorrem





mudanças significativas nos processos e atividades da área ou, ainda, quando houver alguma pendência a ser discutida.

As diretorias de Planejamento e Gestão e Estudo e Pesquisa são responsáveis pelo acompanhamento da melhoria contínua.

10. Histórico de Revisões

Versão 01 – Elaboração inicial.

Data	Evento de Assinatura	Usuário	Cargo
06/03/2025	Emitido por	Flávia Miranda Duarte	-
26/03/2025	Revisado por	Eduardo Tura	-
13/03/2026	Aprovado por	Antonio Manoel de Barros	Diretor-presidente

São Paulo, 14 de março de 2026.

Antonio Manoel de Barros
Diretor-presidente do Centro da Esperança



R.T.D.P.J.