

FHEMIG[®]
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS

Políticas Institucionais

Política de Gestão da Qualidade



Expediente

Presidente da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais Renata Ferreira Leles Dias

Vice-Presidente Patrícia Albergaria

Chefe de Gabinete Carolina Santos Lages

Diretora Assistencial Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais

Diretoria de Contratualização, Faturamento e Parcerias Júlia Mara Sousa Oliveira

Diretor de Planejamento, Gestão e Finanças Henrique Breguez Gonçalves Gomes Pinto Coelho

Diretor de Gestão de Pessoas Marina Emediato Lara Carvalho Mohl

Procurador Chefe João Viana da Costa

Auditora Seccional Marcela Oliveira Ferreira Dias

Assessora Estratégica Bárbara Campos de Andrade

Assessora de Comunicação Social Janaína de Oliveira

Código POL AEST 001

Legenda de Revisão

Os trechos destacados em azul neste documento indicam alterações ou acréscimos realizados na versão atual em relação à versão anterior. Esta medida visa dar maior transparência ao processo de atualização e facilitar a visualização das mudanças por todos os usuários do documento.

Controle histórico

Versão do documento:

[02](#)

Data da elaboração:

11/10/2019

Data da revisão:

[04/07/2025](#)

Elaborado por:

Izabella F. Bini D. de Moraes

Revisado por:

[Amanda C. Barreto Fagundes](#)

Aprovado por:

[Izabella F. Bini D. de Moraes](#)

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

Administração Central

Cidade Administrativa de Minas Gerais | Edifício Gerais – 13º andar

Rodovia Papa João Paulo II, 4.001 - Serra Verde.

Belo Horizonte - Minas Gerais - CEP 31.630-901

www.fhemig.mg.gov.br | acs.jornalismo@fhemig.mg.gov.br

twitter.com/redefhemig | facebook.com/comunicafhemig

1. INTRODUÇÃO

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig), **reconhecendo** os desafios da **administração pública e a complexidade da assistência à saúde**, preconiza a Gestão da Qualidade como modelo de **gestão institucional**. Esse modelo orienta-se pela **padronização dos processos, pela análise crítica de resultados, pela mitigação de riscos e pela busca contínua da excelência nos serviços prestados**.

A estrutura organizacional inclui o Núcleo de Qualidade, vinculado à Assessoria Estratégica na Administração Central (ADC), que atua como articulador da política institucional de qualidade e como orientador técnico da ADC e dos Escritórios de Qualidade nas Unidades Assistenciais.

2. OBJETIVO

Instituir e fortalecer o Sistema de Qualidade (SQ) na Administração Central e nas Unidades Assistenciais da Fhemig, assegurando a padronização, a eficiência, a segurança e a efetividade dos processos institucionais, em conformidade com normas de qualidade, princípios da administração pública e preceitos da saúde pública no Brasil.

3. ABRANGÊNCIA

Esta política aplica-se a todos os servidores, setores e processos da Administração Central e das Unidades Assistenciais da Fhemig.

4. DEFINIÇÕES

A Portaria Presidencial nº 2865, de 31 de outubro de 2023, estabelece as competências do Núcleo de Qualidade, as quais orientam e fundamentam as práticas adotadas no modelo de Gestão da Qualidade. Entre suas principais atribuições, destacam-se:

Art. 10 – O Núcleo de Qualidade – NQ tem como competência promover a consolidação do sistema de gestão da qualidade no âmbito da Fhemig, com atribuições de:

I – definir diretrizes através da disseminação da Política da Qualidade e da padronização e institucionalização de ferramentas de gestão;

II – coordenar e assessorar a implantação e manutenção da gestão da qualidade na ADC e nas Unidades Assistenciais, por meio do desenho, revisão e otimização contínua de processos, controle de documentos, relacionamento com diversos atores, aferição de resultados e satisfação dos usuários;

III – propor, gerenciar e orientar quanto à metodologia para gestão de riscos administrativos e assistenciais, com foco na integridade, sustentabilidade, qualidade da assistência e segurança do paciente;

IV – promover treinamentos, capacitações e compartilhamento das melhores práticas em gestão da qualidade, fomentando a cultura da qualidade, a inovação e o desenvolvimento dos profissionais;

V – contribuir para manutenção do acervo, gestão do conhecimento e lições aprendidas na Fhemig;

VI – contribuir com o desenvolvimento de projetos para melhoria contínua dos processos organizacionais, atrelados às políticas e diretrizes institucionais da Fhemig e do Poder Executivo Estadual;

VII – incentivar e assessorar os processos de acreditação e certificação de qualidade nas Unidades Assistenciais.

Com base nessas competências, o modelo de Gestão da Qualidade está organizado em eixos técnicos, que têm como objetivo promover o aperfeiçoamento contínuo de todos os serviços prestados pela Instituição, assegurando a implementação eficaz das diretrizes estabelecidas pela Portaria. São eles:

- **Gestão de Documentos:** Garante a padronização, o controle, a rastreabilidade e a revisão dos documentos institucionais normativos e operacionais, em conformidade com as exigências legais e alinhado aos princípios da norma ISO 9001:2015 e da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

- **Gestão de Indicadores:** Análise e monitoramento contínuos dos indicadores de desempenho, qualidade e resultados, que fundamentam a análise crítica dos processos e orientam a tomada de decisões gerenciais, em consonância com o planejamento estratégico institucional.

- **Gestão de Protocolos:** Incentiva e assessora a elaboração, revisão periódica e monitoramento de protocolos clínico-assistenciais e administrativos, baseados em evidências científicas e diretrizes técnicas nacionais e internacionais, com vistas à melhoria da segurança e da resolubilidade dos serviços.

- **Gestão de Riscos:** Desenvolve políticas e ações sistemáticas para a identificação, análise, avaliação, tratamento e monitoramento de riscos assistenciais e organizacionais, com base na ISO 31000:2018, em articulação com os núcleos de segurança do paciente e comissões institucionais correlatas.
- **Auditorias Internas:** Realiza avaliações sistemáticas e planejadas dos processos institucionais, com foco na conformidade, na segurança e na identificação de oportunidades de melhoria, subsidiando a evolução contínua do sistema.
- **Mapeamento de Processos:** Estrutura e analisa os processos críticos, identificando fluxos, pontos de controle, riscos e possibilidades de inovação, com apoio dos Escritórios de Qualidade, garantindo coerência e integração entre os setores.
- **Ferramentas de Gestão da Qualidade:** Padroniza e aplica metodologias e instrumentos técnicos como Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), Planos de Ação (5W2H), Registro de Não Conformidades (RNC), Diagrama de Ishikawa, Matriz de Risco, entre outros, integrados aos sistemas institucionais (Tasy).

5. RESPONSABILIDADES

No âmbito da Administração Central, o Núcleo de Qualidade estabelece junto à Presidência, as propostas de trabalho relacionadas à estruturação e execução do programa de qualidade e seus desdobramentos para as Unidades Assistenciais, bem como se consolida como Escritório de Qualidade da ADC, assessorando as Diretorias na implantação das ferramentas, viabilizando o desenvolvimento e a disseminação da cultura de Qualidade.

Para as Unidades Assistenciais, estabelece as diretrizes para implantação de um sistema de Gestão da Qualidade, no que tange à construção e padronização de documentos, proposição de indicadores, captação de cursos e sistemas, assessoria na identificação e resolução de inconformidades levantadas em auditorias internas e externas junto às áreas técnicas da ADC, bem como na assessoria dos processos de certificação em qualidade. Sua operacionalização e continuidade é de responsabilidade de todos os profissionais que trabalham na Instituição.

Os Escritórios de Qualidade das unidades são responsáveis pela operacionalização do SQ local, pela articulação com a gestão da unidade, pela condução das ações de monitoramento e pela interface com os demais núcleos institucionais, como segurança do paciente, controle de infecção, comissão de prontuário, entre outros.

As diretrizes em vigor são comunicadas aos Escritórios de Qualidade, através dos veículos oficiais de comunicação (SEI – Sistema Eletrônico de Informação do Governo de Minas Gerais e e-mail institucional), com orientações de conteúdos e prazos. Seu monitoramento e resultado é realizado por meio [de reuniões periódicas e indicadores estratégicos e de desempenho](#).

Os documentos e ferramentas da Qualidade são descritos no Manual da Qualidade, disponíveis no Tasy e na intranet.

6. O PAPEL DO PACIENTE

O paciente desempenha um papel essencial na gestão de riscos dentro do contexto da Gestão da Qualidade, sendo um agente ativo na promoção da segurança do cuidado. Sua colaboração inclui fornecer informações precisas sobre seu histórico e condições de saúde, seguir orientações e participar de forma consciente no processo de tratamento. Além disso, ao comunicar quaisquer preocupações ou inconsistências, o paciente contribui para a identificação de riscos, ajudando a prevenir incidentes e melhorar continuamente os processos de cuidado. A participação do paciente é, portanto, fundamental para a redução de riscos e para a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Cabe aos servidores orientar os pacientes quanto à importância de sua participação, promovendo a corresponsabilidade tanto no momento da admissão quanto ao longo do tratamento.

7. METAS E INDICADORES

NA

8. SIGLAS

ADC: Administração Central

Fhemig: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

LGPD: Lei Geral de Proteção de Dados

ISO: [Organização Internacional de Normalização \(traduzida\)](#)

NA: Não se aplica

NQ: [Núcleo de Qualidade](#)

POL: Política

POP: Procedimento Operacional Padrão

RNC: Relato de Não Conformidade

SEI: Sistema Eletrônico de Informação do Governo de Minas Gerais

SQ: Sistema de Qualidade

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR ISO 9001:2015**. Sistemas de gestão da qualidade — Requisitos. Rio de Janeiro: ABNT, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR ISO 31000:2018**. Gestão de riscos — Diretrizes. Rio de Janeiro: ABNT, 2018.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais — LGPD). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 155, n. 157, p. 1, 15 ago. 2018.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual Brasileiro de Acreditação: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. 5. ed. São Paulo: ONA, 2022.

FHEMIG – Fundação Hospitalar de Minas Gerais. POL QLD 001 – Gestão da Qualidade na FHEMIG. Disponível na intranet Fhemig.

10. ANEXOS

NA



Planejamento
Estratégico



Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

FHEMIG | Cidade Administrativa de Minas Gerais

Edifício Gerais - 13º andar

Rodovia Papa João Paulo II, 4.001 - Serra Verde.

Belo Horizonte - Minas Gerais - CEP 31.630-901

Telefone (31) 3915-9500

 www.fhemig.mg.gov.br
 [@redefhemig](https://www.instagram.com/redefhemig)
 [facebook.com/comunicafhemig](https://www.facebook.com/comunicafhemig)
 twitter.com/redefhemig