



|                     |                     |                          |                             |
|---------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PLANO</b>        | PL.STGQ.001 – Página 1/8 |                             |
| Título do Documento | Gestão da Qualidade | Emissão: 05/2022         | Próxima revisão:<br>05/2024 |

## 1. OBJETIVO

- Promover a cultura da melhoria contínua dos serviços desenvolvidos pelo HU-UFGD/EBSERH;
- Implementar a política de Gestão da Qualidade na instituição.

## 2. PLANO DE AÇÃO PARA ATENDIMENTO DOS OBJETIVOS

Para o alcance dos objetivos propostos, o Plano de Gestão da Qualidade do HU-UFGD/EBSERH fica vinculado ao desenvolvimento de macroprocessos estruturantes, a saber:

### 2.1. Segurança do paciente

A portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Dentre os objetivos específicos do PNSP, estão a implantação da gestão de risco e do Núcleo de Segurança do Paciente. O artigo 4º da referida portaria traz as seguintes definições:

I - Segurança do Paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;

II - Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;

III - Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente;

IV - Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente;

V - Cultura de Segurança: configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:

a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;

b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;

c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;



|                     |                     |                                |                             |
|---------------------|---------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PLANO</b>        | PL.STGQ.001 – Página 2/8       |                             |
| Título do Documento | Gestão da Qualidade | Emissão: 05/2022<br>Versão: 01 | Próxima revisão:<br>05/2024 |

d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e

e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança; e

VI - Gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Deverão ser desenvolvidas na instituição ações focadas nas 06 metas internacionais de segurança do paciente da organização mundial da saúde:

1. Identificar os pacientes corretamente;
2. Melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais;
3. Promover a segurança no uso de medicações;
4. Assegurar cirurgia em local de intervenção correto, procedimento correto no paciente correto;
5. Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde por meio da higienização das mãos;
6. Reduzir o risco de lesão aos pacientes decorrentes de quedas e lesões por pressão.

Essas metas deverão estar inclusas no Plano de Segurança do Paciente da instituição, sendo elaborado e conduzido pelo Núcleo de Segurança do Paciente anualmente.

#### **2.1.1. Gestão de riscos assistenciais e tecnológicos**

O Hospital deve oferecer o melhor cuidado de assistência ao paciente, com contínuo aperfeiçoamento pessoal e tecnológico. Deve ainda estabelecer a prevenção e mitigação dos incidentes em todas as fases da assistência ao paciente, focando a melhoria contínua dos processos do cuidado e uso de tecnologia, reduzindo ao mínimo os danos aos pacientes decorrentes desse cuidado.

O uso do Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares (VIGHOSP) tem como objetivo centralizar as notificações sobre incidentes ou queixa de fatos ocorridos nos hospitais universitários de todo o país, permitindo ao Setor de Gestão da Qualidade / Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente analisar as notificações registradas e recomendar as medidas preventivas apropriadas para a previsão da recorrência.

Dentre as principais medidas de mitigação de riscos estão: mudança de processos, fluxos e rotinas de trabalho, treinamentos/capacitações, padronização e aquisição de novas tecnologias em saúde e a, suplementação de recursos humanos e materiais.



|                     |                     |                                |                             |
|---------------------|---------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PLANO</b>        | PL.STGQ.001 – Página 3/8       |                             |
| Título do Documento | Gestão da Qualidade | Emissão: 05/2022<br>Versão: 01 | Próxima revisão:<br>05/2024 |

### **2.1.2. Núcleo de Segurança do Paciente**

É a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente. O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) tem por finalidade assessorar a Superintendência do HU-UFGD/EBSERH, estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura de segurança na assistência hospitalar, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais do Hospital.

A programação das ações a serem executadas pelo NSP devem ser descritas no Plano de Segurança do Paciente, que tem por objetivo regulamentar as ações de segurança do paciente no Hospital Universitário. Deve incluir o reconhecimento e mapeamento dos riscos institucionais relacionados à especificidade da epidemiologia local e aos processos assistenciais, de forma a estimular a criação de uma cultura de gerenciamento desse cuidado, bem como organizar as estratégias e as ações que previnam, minimizem e mitiguem os riscos inerentes a estes processos.

### **2.2. AVAQUALIS**

A avaliação intrna da qualidade (AVAQUALIS) é uma avaliação periódica do nível de qualidade dos serviços prestados na instituição, e baseia-se em diretrizes e requisitos pré-definidos no manual de diretrizes e requisitos do programa e selo ebsrh de qualidade. Trata-se de uma atividade de melhoria contínua, não tendo cunho fiscalizatório.

O intuito é estimular o hospital a investir em processos de melhoria contínua para alcançar os padrões de excelência, buscando promover o cuidado seguro e efetivo para o paciente, eficiência na gestão e contribuir para a formação de excelência dos estudantes da instituição. A ferramenta possibilita realizar um diagnóstico da situação do hospital em relação aos procedimentos de boas práticas ideais, permitindo traçar estratégias para melhorar a qualidade da gestão, assistência, ensino, extensão, pesquisa e inovação, e garantir a segurança do paciente.

A avaliação quanto à conformidade das práticas do hospital ao preconizado no manual deverá ser realizada periodicamente, conforme descrito no Plano de Avaliação Interna da Qualidade. Após o relatório final da avaliação, cada unidade avaliada deverá elaborar plano de ação para alcance das não conformidades registradas, o qual será monitorado pelo Setor de Gestão da Qualidade.

O Selo Ebsrh de Qualidade (SEQuali) visa reconhecer formalmente os hospitais que atingirem padrões estabelecidos no sistema de avaliação, conforme condições e periodicidade de avaliação definidas, certificando-os conforme figura 1. Ele será concedido mediante avaliação externa, ou seja, por avaliadores de outras instituições da rede Ebsrh, quando a instituição atingir minimamente, 100% dos requisitos essenciais, no resultado da última avaliação interna geral.



|                     |                     |                                |                             |
|---------------------|---------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PLANO</b>        | PL.STGQ.001 – Página 4/8       |                             |
| Título do Documento | Gestão da Qualidade | Emissão: 05/2022<br>Versão: 01 | Próxima revisão:<br>05/2024 |

Figura 1 - Condições de concessão e validade da certificação do Selo Ebsrh de Qualidade.

| SELO     | CONDIÇÃO  | PERIODICIDADE DE AVALIAÇÃO/VALIDADE DA CERTIFICAÇÃO |
|----------|---|---|
| BRONZE   | SERÁ CONCEDIDO O SELO BRONZE AOS HOSPITAIS QUE CUMPRIREM 100% DOS REQUISITOS ESSENCIAIS (RE) DO PRESENTE MANUAL   | 2 ANOS  |
| PRATA    | SERÁ CONCEDIDO O SELO PRATA AOS HOSPITAIS QUE CUMPRIREM 100% DOS REQUISITOS ESSENCIAIS (RE) DO PRESENTE MANUAL E, NO MÍNIMO, 70% DE TODOS OS REQUISITOS DESTE MANUAL    | 2 ANOS  |
| OURO     | SERÁ CONCEDIDO O SELO OURO AOS HOSPITAIS QUE CUMPRIREM 100% DOS REQUISITOS ESSENCIAIS (RE) DO PRESENTE MANUAL E, NO MÍNIMO, 80% DE TODOS OS REQUISITOS DESTE MANUAL     | 3 ANOS  |
| DIAMANTE | SERÁ CONCEDIDO O SELO DIAMANTE AOS HOSPITAIS QUE CUMPRIREM 100% DOS REQUISITOS ESSENCIAIS (RE) DO PRESENTE MANUAL E, NO MÍNIMO, 90% DE TODOS OS REQUISITOS DESTE MANUAL | 3 ANOS  |

Fonte: EBSERH, 2021.

### 2.3. Gestão de documentos institucionais

O hospital deverá estabelecer em norma interna, regras para a elaboração, padronização, atualização, controle, divulgação e hierarquia dos documentos internos relacionados ao sistema de gestão da qualidade, de modo a garantir a correta rastreabilidade dos documentos institucionais mantendo a qualidade, clareza e a atualização das informações necessárias para a execução dos serviços, assegurando a devida revisão e aprovação.

O controle dos documentos é realizado pela Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente/Setor de Gestão da Qualidade do HU-UFGD conforme Norma de Elaboração e Controle de Documentos Institucionais (NO.SVSSP.001).

### 2.4. Vigilância epidemiológica hospitalar

As ações da Vigilância Epidemiológica hospitalar (VEH) têm por objetivo detectar, de modo oportuno, as doenças transmissíveis e os agravos de importância nacional ou internacional, bem como alterações do padrão epidemiológico. A atuação da VEH deve fundamentar-se em protocolos e procedimentos padronizados que permitam a identificação oportuna, notificação imediata, investigação inicial ou complementar e registro/envio de informações à Vigilância Epidemiológica Municipal para inserção no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e em outros sistemas oficiais. São competências da VEH:

- elaborar e manter em operação um sistema de busca ativa para a detecção das doenças e agravos constantes nas Portarias nacionais, estaduais e municipais vigentes;
- elaborar e manter em operação sistema de busca ativa para detecção e notificação dos óbitos ocorridos no ambiente hospitalar;



|                     |                     |                                |                             |
|---------------------|---------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PLANO</b>        | PL.STGQ.001 – Página 5/8       |                             |
| Título do Documento | Gestão da Qualidade | Emissão: 05/2022<br>Versão: 01 | Próxima revisão:<br>05/2024 |

- notificar ao primeiro nível hierárquico superior da vigilância epidemiológica as doenças e agravos de notificação compulsória (DNC) detectados no âmbito hospitalar;
- realizar a investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos constantes nas Portarias vigentes, detectados no ambiente hospitalar, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela SVS/MS;
- participar da investigação de óbitos maternos declarados e de mulheres em idade fértil, infantis e fetais ocorridos no ambiente hospitalar, em conjunto com a comissão de análise de óbitos;
- validar as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) cujo código da Classificação Internacional de Doenças (CID) indique tratar-se de internação por doença de notificação compulsória, anexando cópia da notificação ao prontuário;
- promover treinamento continuado para os profissionais dos serviços, com temas relacionados às doenças de notificação compulsória;
- monitorar, avaliar e divulgar o perfil de morbimortalidade hospitalar, incluindo as DNC detectadas nesse ambiente,
- realizar o monitoramento de casos hospitalizados por doenças e agravos prioritários para o SNVS, de acordo com as prioridades definidas pela SVS/MS, com base na situação epidemiológica e na viabilidade operacional;
- apoiar / desenvolver estudos epidemiológicos ou operacionais complementares de DNC no ambiente hospitalar, incluindo a avaliação de protocolos clínicos das DNC, em consonância com as prioridades definidas pelos gestores do SNVS.
- Monitorar os resultados dos exames dos pacientes com suspeita/diagnóstico de doença e agravos de notificação compulsória encaminhados aos laboratórios do Hospital e conveniados e comunicar a equipe de saúde assistente do paciente e o resultado de exames, recomendando as medidas de precaução necessárias, conforme indicação.

O desenvolvimento das ações de vigilância epidemiológica ficam vinculadas à Unidade de Vigilância em Saúde.

#### **2.4.1. Controle de Infecções**

A portaria 2.616 de 12 de maio de 1998 expediu diretrizes e normas para prevenção e o controle das infecções hospitalares, e definiu que as ações mínimas a serem desenvolvidas com vistas a redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções dos hospitais deverão compor o Programa de Controle de Infecções Hospitalares.



|                     |                     |                                |                             |
|---------------------|---------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PLANO</b>        | PL.STGQ.001 – Página 6/8       |                             |
| Título do Documento | Gestão da Qualidade | Emissão: 05/2022<br>Versão: 01 | Próxima revisão:<br>05/2024 |

A Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS) é um órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e tem por finalidade o desenvolvimento e execução do Programa de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PCIRAS). O PCIRAS da instituição deverá apresentar a definição de ações de vigilância epidemiológica das infecções e de doenças e agravos de notificação compulsória, com previsão de atividades educativas, revisão e elaboração de protocolos para o controle de infecção, elaboração de normas e rotinas, visitas de inspeção internas, e auxílio para desenvolvimento de ações de pesquisa, com o intuito de proporcionar o conhecimento situacional e propor medidas de intervenção apropriadas.

Os relatórios de infecções deverão ser discutidos em reunião da comissão, e alimentadas aos órgãos sanitários conforme legislações vigentes.

## 2.5. Gestão à Vista

Tem como finalidade instituir a cultura de avaliações periódicas dos resultados obtidos na prestação de assistência por meio do monitoramento e avaliação de indicadores, com estabelecimento de ciclos contínuos de melhorias dos processos para obtenção de melhores resultados, conforme recomendam as boas práticas de gestão da qualidade em saúde.

A gestão por resultados deve fazer usar a informação de forma eficaz, estabelecer indicadores de desempenho e realizar o monitoramento e a avaliação dos efeitos de suas ações continuamente, visando ao aumento da eficiência, efetividade e *accountability* da gestão pública.

Os indicadores de qualidade devem ser alimentados em painel específico da rede EBSERH (Painel de Gestão à Vista), permitindo visão geral da instituição pelo Serviço de Gestão da Qualidade da EBSERH – Sede.

## 2.6. Projetos de melhoria da qualidade

Deve-se incentivar o planejamento e a execução projetos de melhoria com foco na qualidade institucional. Para tanto, é fundamental sensibilizar os profissionais quanto à necessidade e relevância das melhorias nos processos de trabalho, promovendo uma cultura voltada para o processo de aprendizagem e aprimoramento contínuo. As diretrizes a serem seguidas incluem:

- Foco no cliente: atender as necessidades dos clientes e superar suas expectativas.
- Liderança: liderar pelo exemplo com o compromisso de todos com a política da qualidade. Os líderes participarão de atividades com vistas à melhoria contínua, tais como capacitações (liderança, mapeamento de processos, gestão de riscos, controles internos, mediação de conflitos, etc), discussão de casos, análise crítica de indicadores, Encontros de Qualidade, etc.
- Envolvimento dos colaboradores: busca constante por melhorias nos processos de trabalho, através de reuniões de equipes, visitas multiprofissionais, *Huddles*, Rondas de Gestão, *Brainstorm*, etc.



|                     |                     |                                |                             |
|---------------------|---------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PLANO</b>        | PL.STGQ.001 – Página 7/8       |                             |
| Título do Documento | Gestão da Qualidade | Emissão: 05/2022<br>Versão: 01 | Próxima revisão:<br>05/2024 |

- Ciclos de Melhoria Contínua: avaliação sistemática de indicadores da qualidade e propostas de mudanças, de modo a oferecer as melhores práticas assistenciais, administrativas e de ensino, com a tomada de decisão baseada em fatos e dados. Esta pode ser implementada através dos Planos de Melhoria da Qualidade pelas próprias unidades e/ou com auxílio das Unidades de Produção (UP).

## 2.7. Educação em saúde

Considerando a necessidade de valorizar e desenvolver os talentos existentes e implementar cultura organizacional de investir, incentivar, acompanhar e monitorar o desenvolvimento de ações educativas no âmbito do HU-UFGD, devem ser planejadas e organizados projetos de educação permanente e de capacitação.

- Educação permanente: ações estruturadas a partir da problematização do processo de trabalho, com o objetivo de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho.
- Capacitação: processo permanente e deliberado de aprendizagem, com o propósito de contribuir para o alcance das competências institucionais, por meio do aperfeiçoamento das capacidades individuais dos colaboradores.

## 2.8. Humanização

A Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS) busca a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.

Conforme definido na diretriz EBSERH de humanização, deverão ser discutidos e implementados na instituição, dentre outros, os seguintes dispositivos:

- Grupo de Trabalho de Humanização;
- Visita aberta e direito ao acompanhante;
- Sistemas de escuta qualificada;
- Desospitalização;
- Acolhimento em função de vulnerabilidade/risco;
- Carta de direitos dos usuários do SUS;
- Ambiência;
- Valorização dos trabalhadores;
- Brinquedoteca.



|                     |                     |                          |                             |
|---------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PLANO</b>        | PL.STGQ.001 – Página 8/8 |                             |
| Título do Documento | Gestão da Qualidade | Emissão: 05/2022         | Próxima revisão:<br>05/2024 |

### 3. RESULTADOS ESPERADOS

- Indicadores do painel de gestão à vista alimentados e monitorados mensalmente;
- Melhoria nos indicadores de gestão da qualidade e segurança dos pacientes;
- Redução do número de eventos adversos relacionados ao cuidado prestado;
- Monitoramento constante do perfil epidemiológico hospitalar;
- Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS) e Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em constante funcionamento com seus planos de ação elaborados e publicados;
- Padronização e controle de documentos institucionais;
- Alcance do selo EBSERH de qualidade;
- Desenvolvimento constante de ações de melhoria institucional;
- Planos anuais de educação permanente e de capacitação elaborados.

### 4. HISTÓRICO DE REVISÃO

| VERSÃO | DATA    | DESCRIPÇÃO DA ALTERAÇÃO |
|--------|---------|-------------------------|
| 01     | 05/2022 | Elaboração do plano.    |

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <b>Elaboração</b><br>Fuad Fayed Mahmoud   | Data: 03/05/2022                     |
| <b>Análise</b><br>Graciela Mendonça dos Santos Bet – Chefe da UGQSP<br>Silvane Cavalheiro da Silva – Chefe da UVS | Data: 05/05/2022<br>Data: 05/05/2022 |
| <b>Validação</b><br>Jackeline Camargos Pereira – Setor de Gestão da Qualidade                                     | Data: 06/05/2022                     |
| <b>Aprovação</b><br>Hermeto Macário Amin Paschoalick – Superintendente Colegiado Executivo                        | Data: 06/07/2022<br>Data: 06/07/2022 |