

# Implantação do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade

Estratégia inovadora em uma rede de Hospitais Universitários Federais

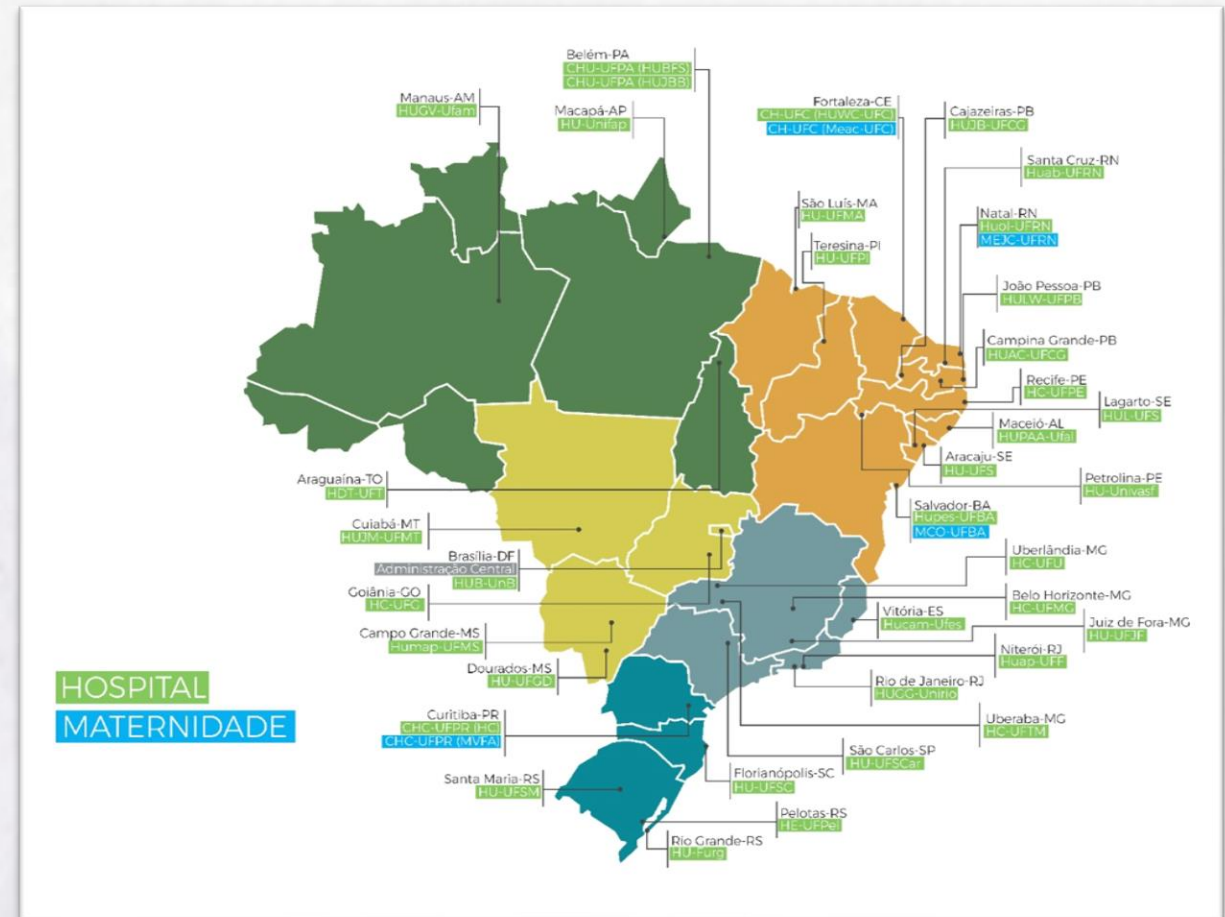
# Objetivos desse curso:

- Apresentar o passo a passo da implantação do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade
- Demonstrar o alinhamento do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente
- Evidenciar que é possível implantar qualidade em diferentes realidades: o caso da Rede Ebserh.

# A Rede Ebserh

A rede de hospitais universitários federais é formada por 51 hospitais vinculados a 36 universidades federais. Destes, **41 hospitais são vinculados à Rede Ebserh**, conforme mapa abaixo.

São mais de **58.000** profissionais e de **8.600** leitos, de acordo com o CNES.



# Conceito de Programa de Saúde

- “Constituído por um conjunto de recursos reunidos e implementados para fornecer a uma população definida os serviços organizados de forma coerente no tempo e no espaço, a fim de alcançar determinados objetivos, em relação a um problema de saúde preciso.” (Pineault e Daveluy, 1995)
- Programa (serviços de saúde) no lugar de sistema de gestão da qualidade (indústria): busca identificar uma série de elementos estruturais, organizativos, e de atividades que guardem relação direta com a filosofia ou a política, com foco em melhorar de forma contínua a qualidade (Saturno, 2017).

# O que é um Programa de Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde

- “Conjunto de elementos estruturais e de atividades que tem como fim específico a melhoria contínua da qualidade.” (Saturno, 2017)
- “Preza pelo foco no cliente, melhoria contínua, trabalho em equipe e busca constante pela atualização.” (Deming, 1986; Juran, 1989; Feigenbaum, 1986)

# Programa de Gestão da Qualidade

Estrutura  
identificável

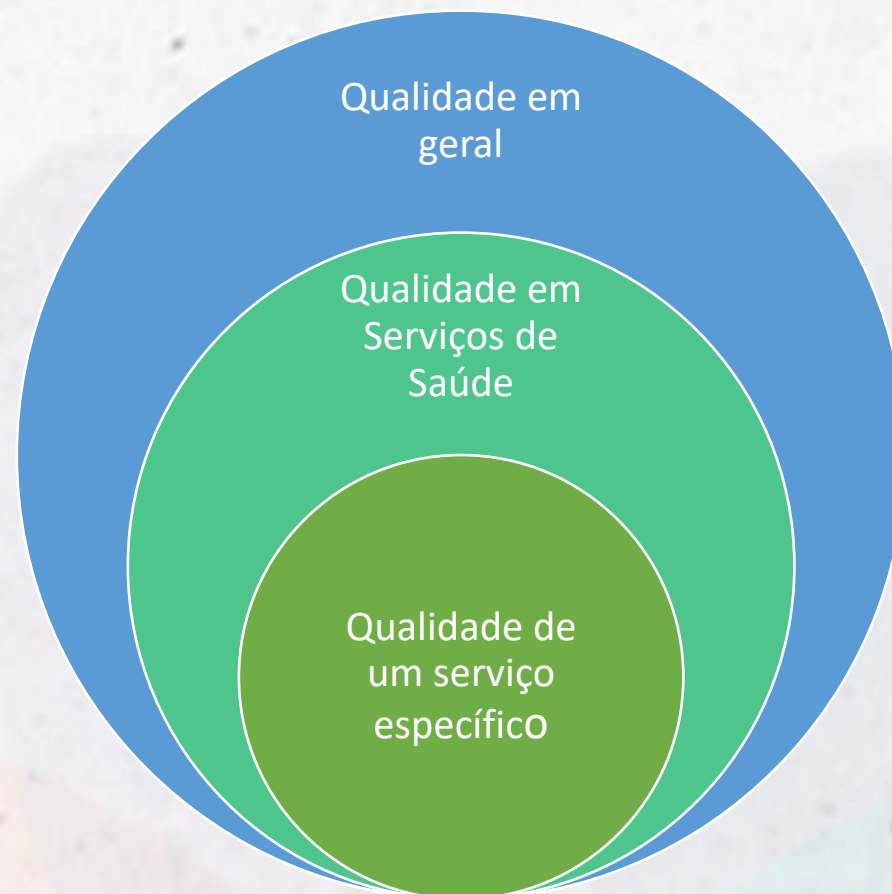
Normas de  
funcionamento

Atividades para  
melhorar a  
qualidade

# Programa de Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde

- Assim como o conceito de qualidade, o programa de gestão que procure sua melhoria contínua, deve ser feito “sob medida”.

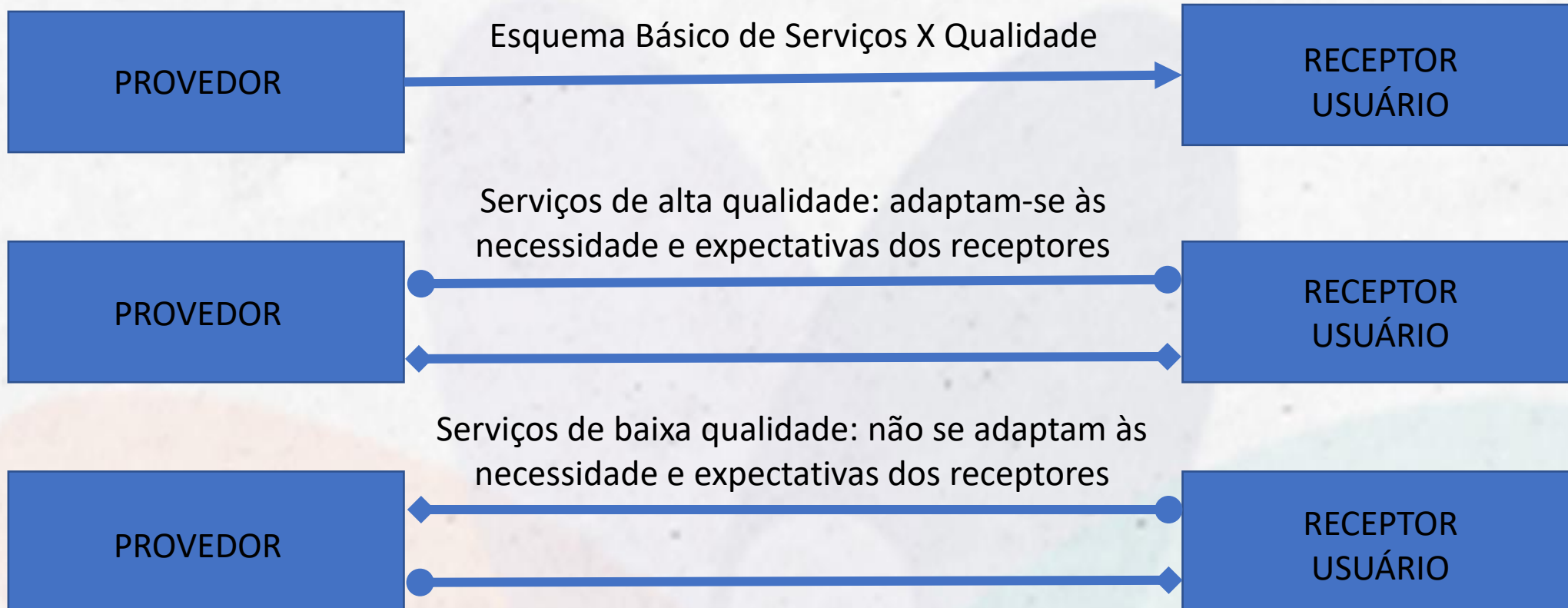
# Conceito de Qualidade



# Qualidade em Geral

- “adequação à sua utilização pretendida” (Juran, Gryna e Bingham, 1990)
- “quem compra ou demanda o serviço toma essa atitude em função de necessidades e expectativas que são as que vão determinar se o que se recebe é ou não de qualidade ” (Deming, 1989)
- “significa o melhor que se pode fazer, o padrão mais elevado de desempenho” (Maximiano, 1997)

# Serviços de alta qualidade



# Qualidade em Serviços de Saúde

- “Qualidade é a excelência profissional, uso eficiente dos recursos, mínimo de riscos para os pacientes, um alto grau de satisfação do paciente com impacto final na saúde.” (OMS, 2007)
- “a prestação de serviços acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que considera os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do usuário.” (Saturno PJ, Imperatori E, Corbella A, 1990)

# Qualidade

- É o que denota ser adequado para avaliar

## MANUAL EBSERH

### Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade

Versão: 03 | 2022



II Congresso da Sociedade Brasileira  
para a Qualidade do Cuidado  
e Segurança do Paciente - SOBRASP

Inovar para Garantir a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente  
no Contexto das Iniquidades em Saúde

# cesso ou

rtanto, é o mais

# Dimensões da Qualidade

## Segurança

Ausência de lesões devido à assistência à saúde que supostamente deve ser benéfica.

## Efetividade

Prestação de serviços baseados no conhecimento científico a todos os que podem beneficiar-se destes

## Atenção centrada no paciente

Envolve o respeitar o paciente, considerando suas preferências individuais, necessidades e valores.

## Oportunidade/Acesso

Redução das esperas e atrasos, às vezes prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam a assistência à saúde.

## Eficiência

Prevenção do desperdício de equipamentos, suprimentos, ideias e energias

## Equidade

Prestação de serviços que não variam a qualidade segundo as características pessoais, tais como gênero, etnia, localização geográfica e status socioeconômico

# Acesso e Equidade para Qualidade no SUS

- Acesso: contribuir para redução de obstáculos para restaurar, manter ou melhorar a saúde, precisa fazer parte da qualidade da atenção ofertada pelo sistema e seus profissionais.
- Equidade: trata-se não somente de que o cuidado cientificamente ótimo esteja acessível, mas também de que o sistema e seus profissionais estejam disponíveis para oferecer mais assistência a quem mais necessita, e igual assistência a quem tem uma necessidade similar.

# Oportunidade/Acesso (Interno e Externo)

- Priorizar não somente a obtenção de serviços iniciais ou do contato “principal” com o sistema de saúde, mas também a existência ou não de barreiras organizacionais, culturais ou de outro tipo quando já existe o contato com o sistema de saúde.
- Acesso interno ou oportunidade: inclui os tempos de espera dentro do serviço de saúde, a falta de coordenação entre profissionais e níveis assistenciais, que impedem o fluxo normal que deveria ter um processo assistencial visto na sua totalidade.

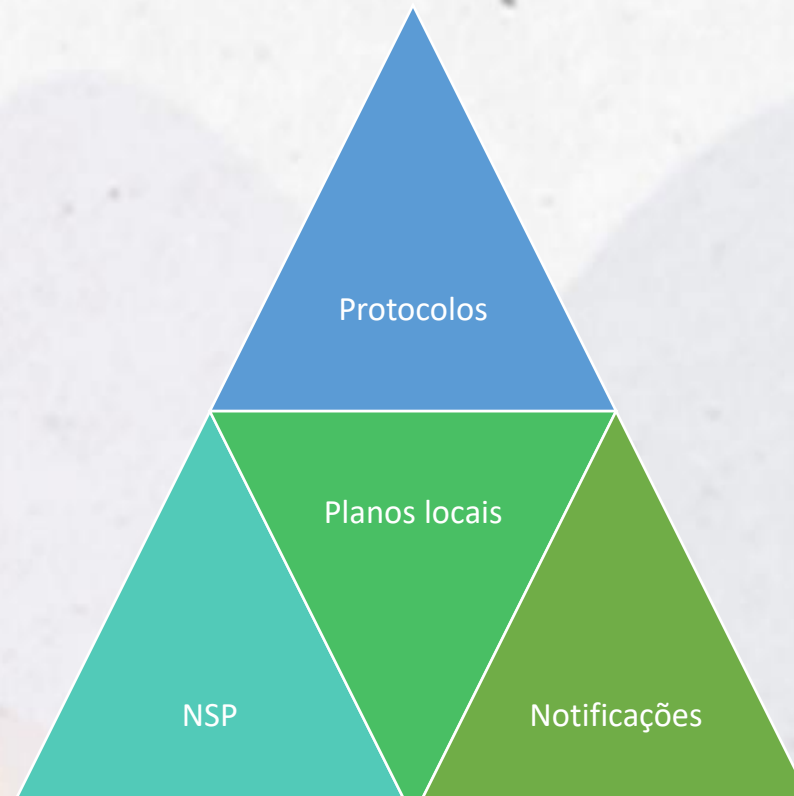


A Segurança é a 1ª  
Dimensão da  
Qualidade

# Programa de Gestão da Qualidade sem a preocupação com a Segurança do Paciente

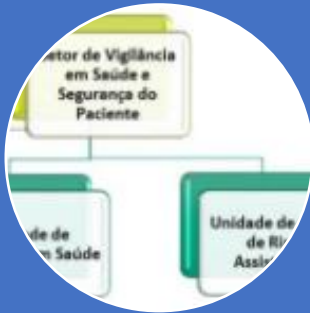


# Programa Ebserh de Segurança do Paciente (PESP)



PNSP: Estímulo a uma prática assistencial segura

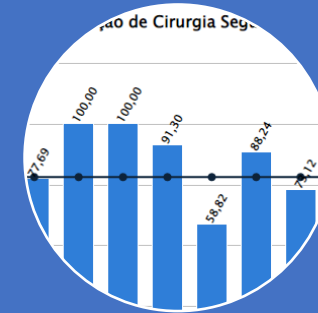
# Diretrizes Ebserh



Estrutura



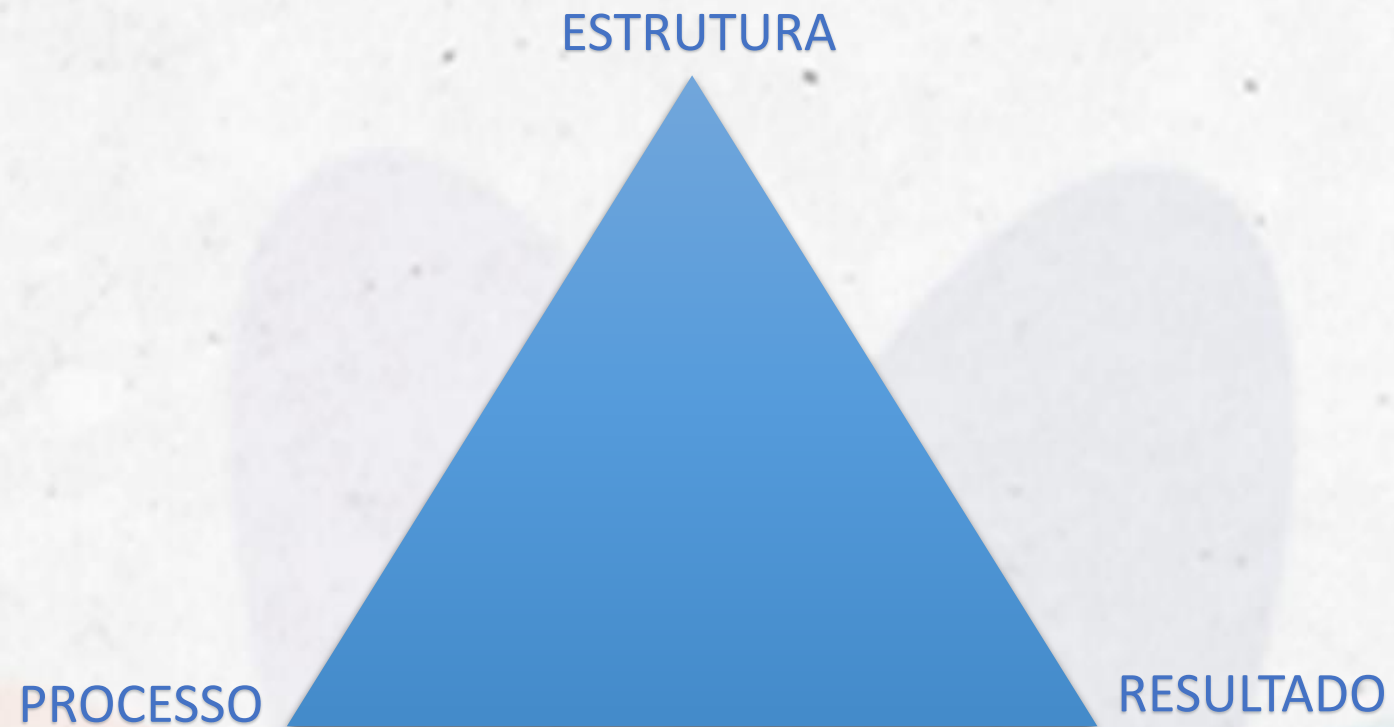
Processo



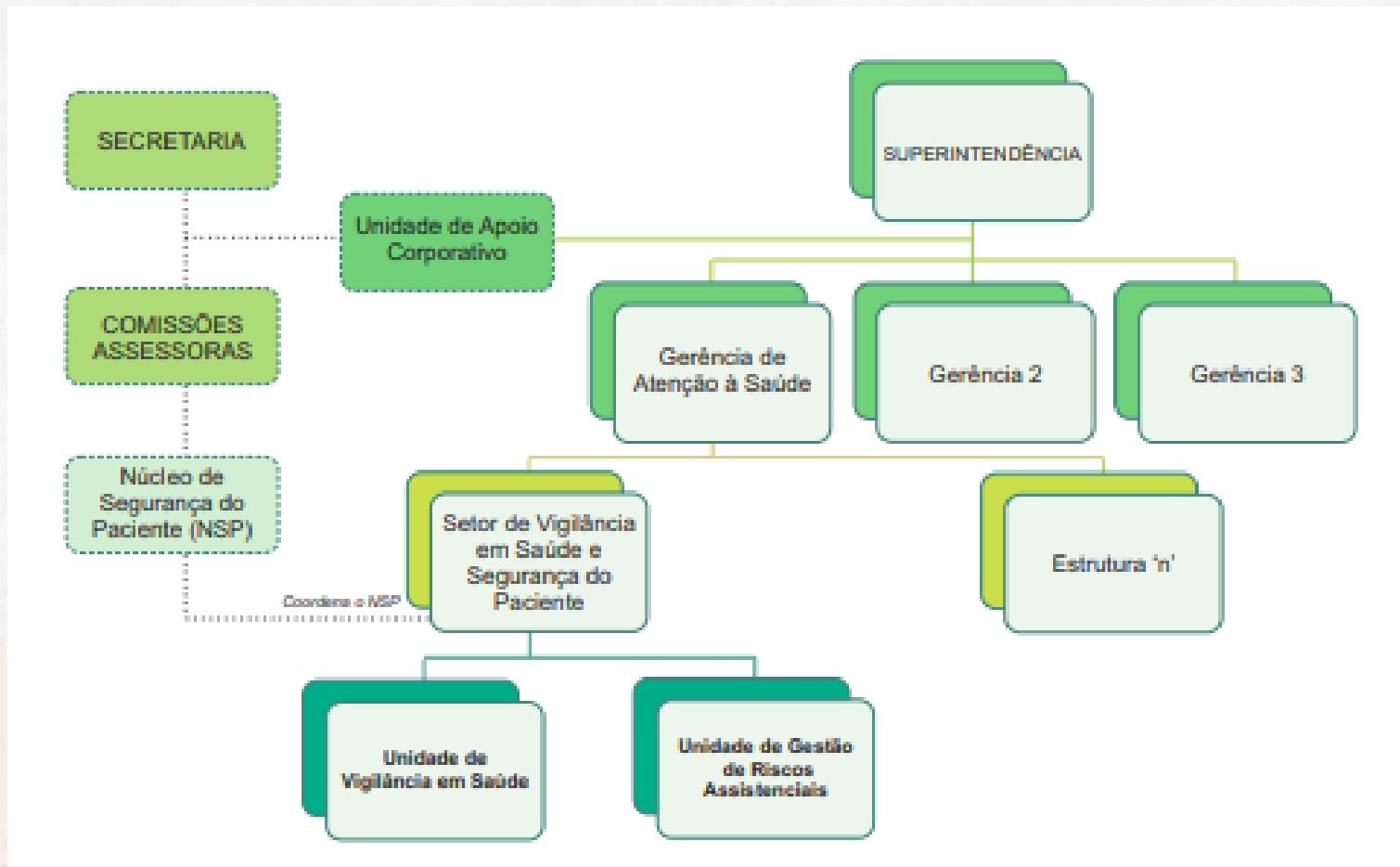
Resultado



# A TRÍADE DE DONABEDIAN



# Estrutura



# Processo

Sistema de Notificações de Incidentes da Rede Ebserh



**Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares**



# Características de sistemas de notificação de incidentes efetivos

Não punitivo

Confidencial

Independente

Resposta oportuna  
para os usuários  
do sistema

Orientado para  
solução dos  
problemas  
notificados

Organização  
responsiva às  
mudanças  
sugeridas

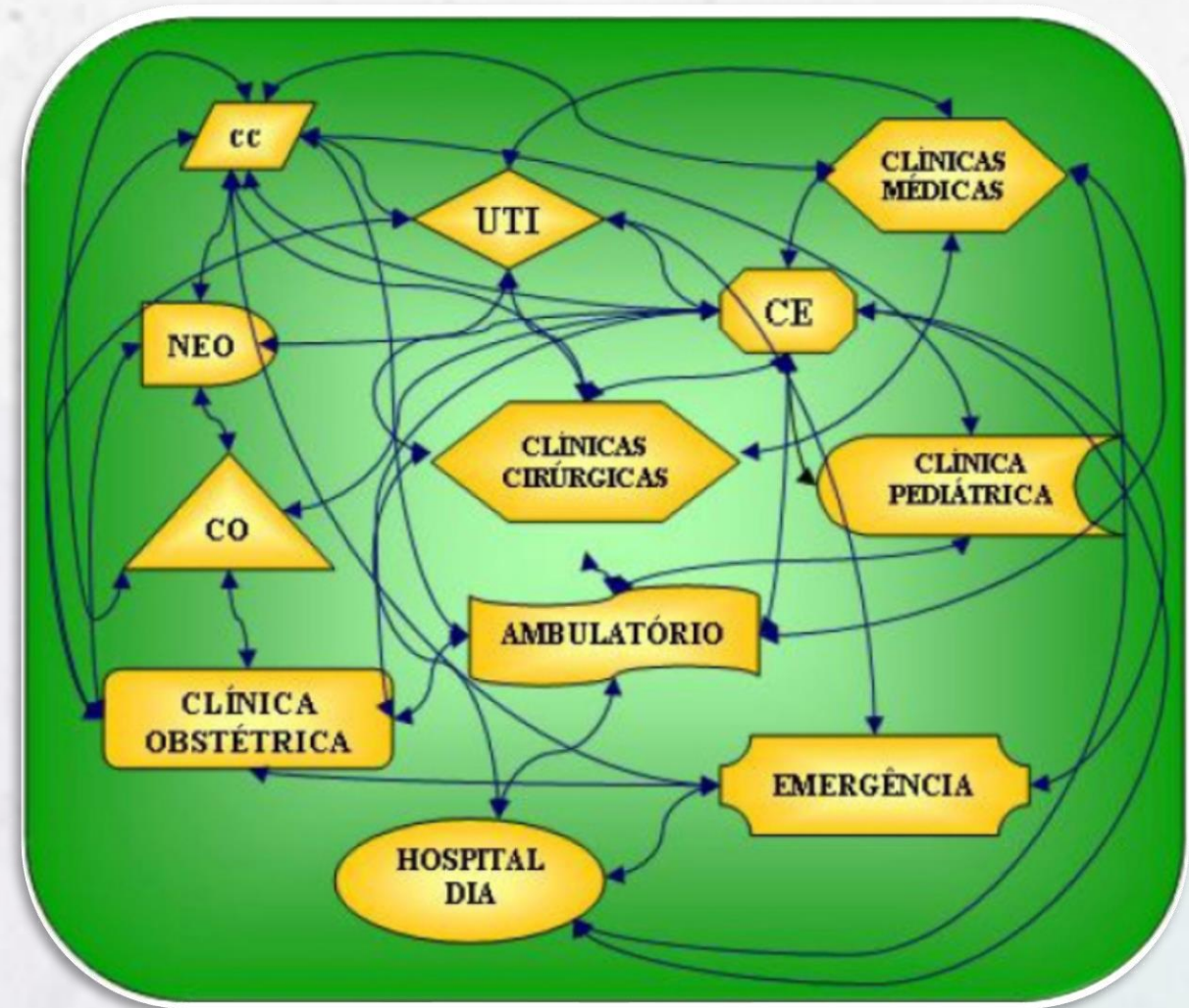
# Notificação voluntária de incidentes



# A complexidade da assistência hospitalar

“O hospital é uma das mais complexas empresas existentes, devido às suas múltiplas atividades e, já ao ser construído, exige a participação de uma equipe multidisciplinar”.

(Fernandes, 2002)



# Notificação de incidentes

A comunicação e a informação são fundamentais para a gestão de risco nas instituições hospitalares, pois o conhecimento da ocorrência de eventos adversos (EA) ou de potenciais eventos adversos (*near-misses*) possibilita a identificação de padrões no sistema que podem resultar em novos eventos com danos aos pacientes.



# Módulos do Vigihosp



Notificação



Investigação

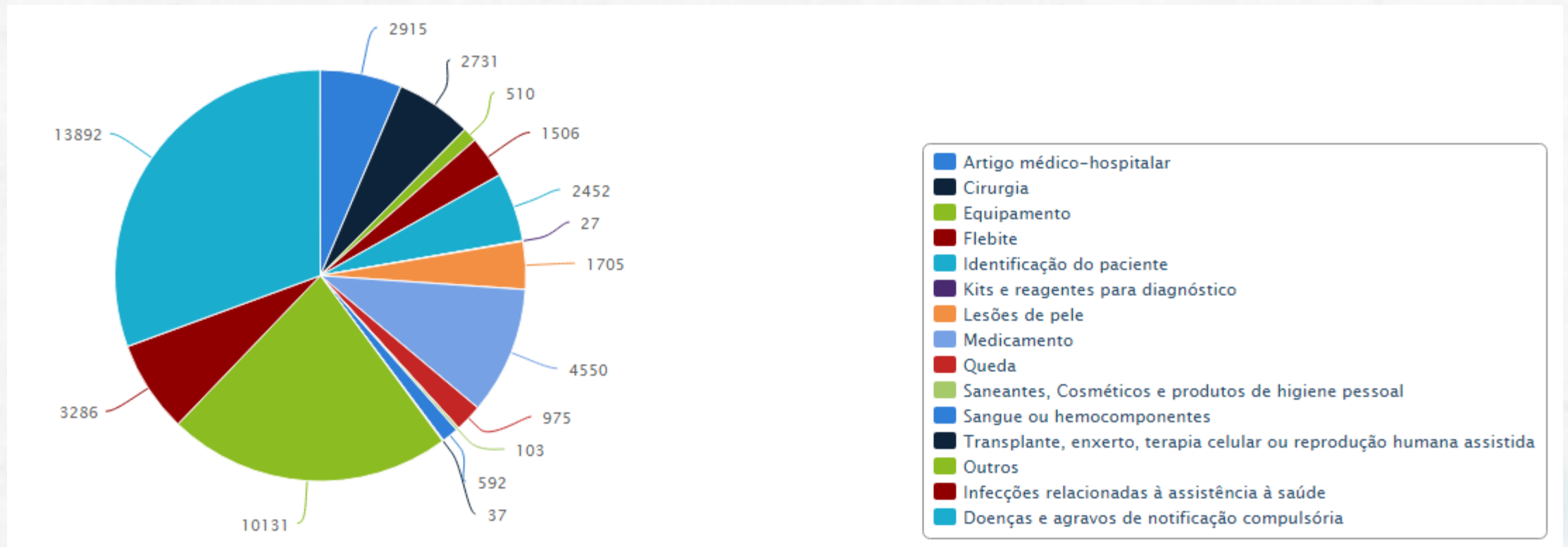


Voltado para  
ações

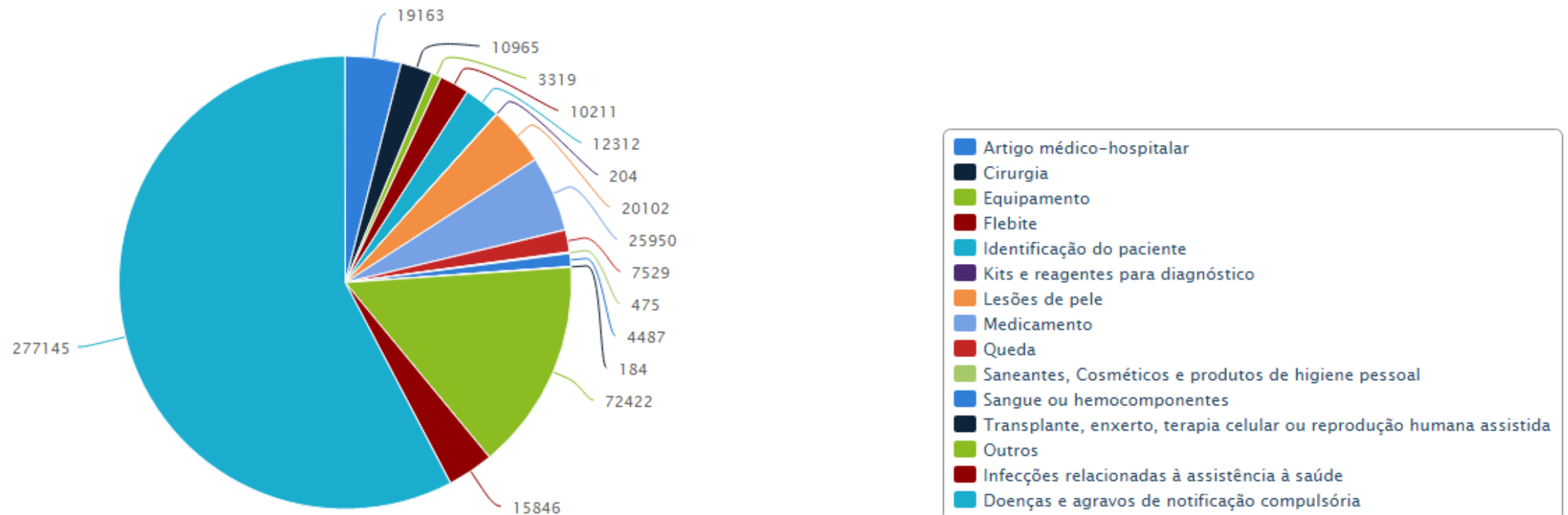
# Perfis Vigihosp



# 45.412 notificações em 2017



# 434.902 de 2018 a 2022



# Aprendizagem por meio das notificações



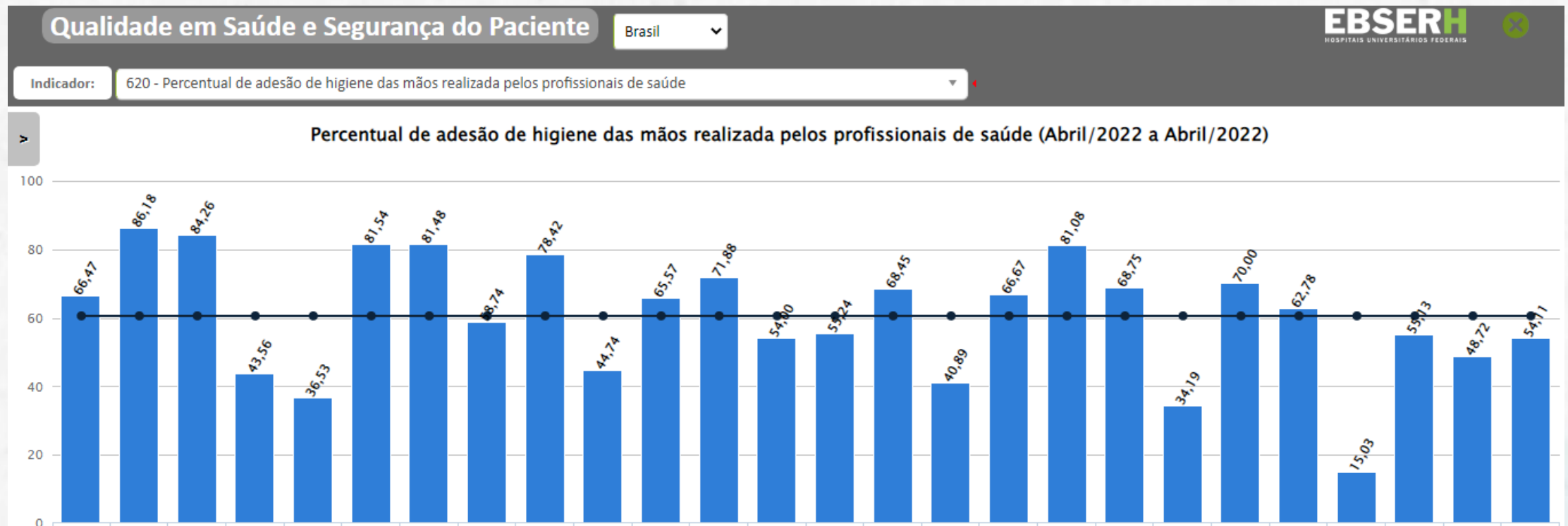
É importante a percepção da notificação como apenas um primeiro passo. O grande valor das notificações está no potencial de disparar uma cadeia de informações organizacionais para reduzir riscos e tornar o cuidado mais seguro

# Aprendizagem por meio das notificações



**Sistemas de notificação  
e aprendizagem  
a partir de incidentes  
de segurança do paciente**

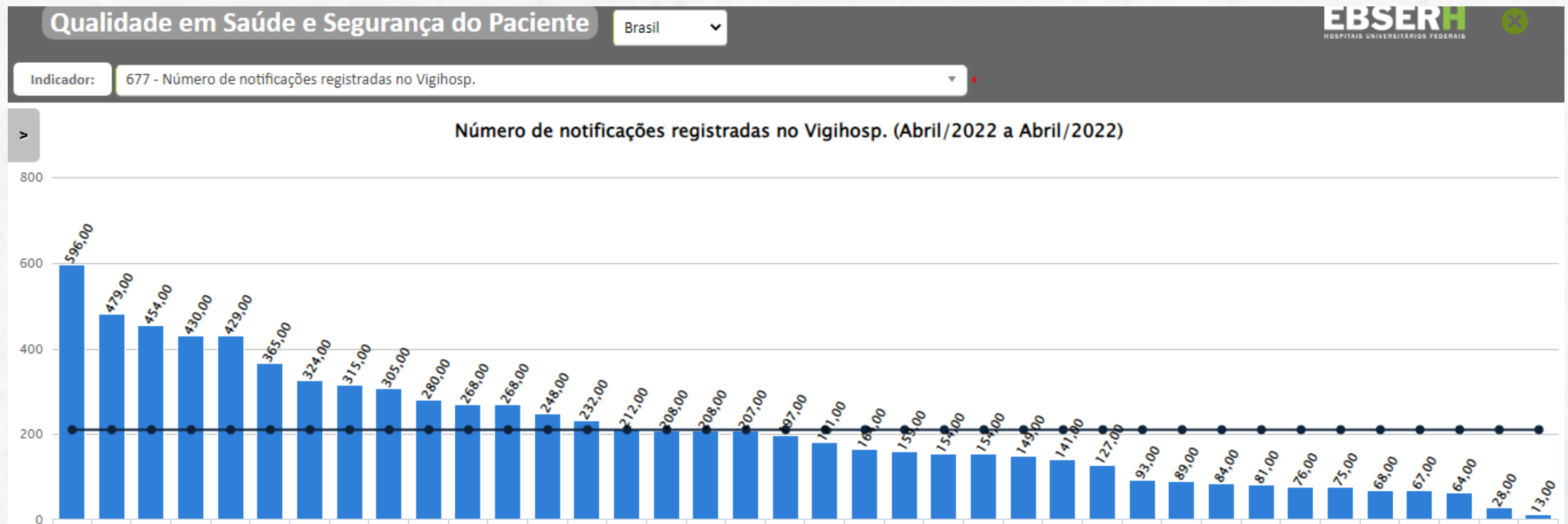
# Resultado



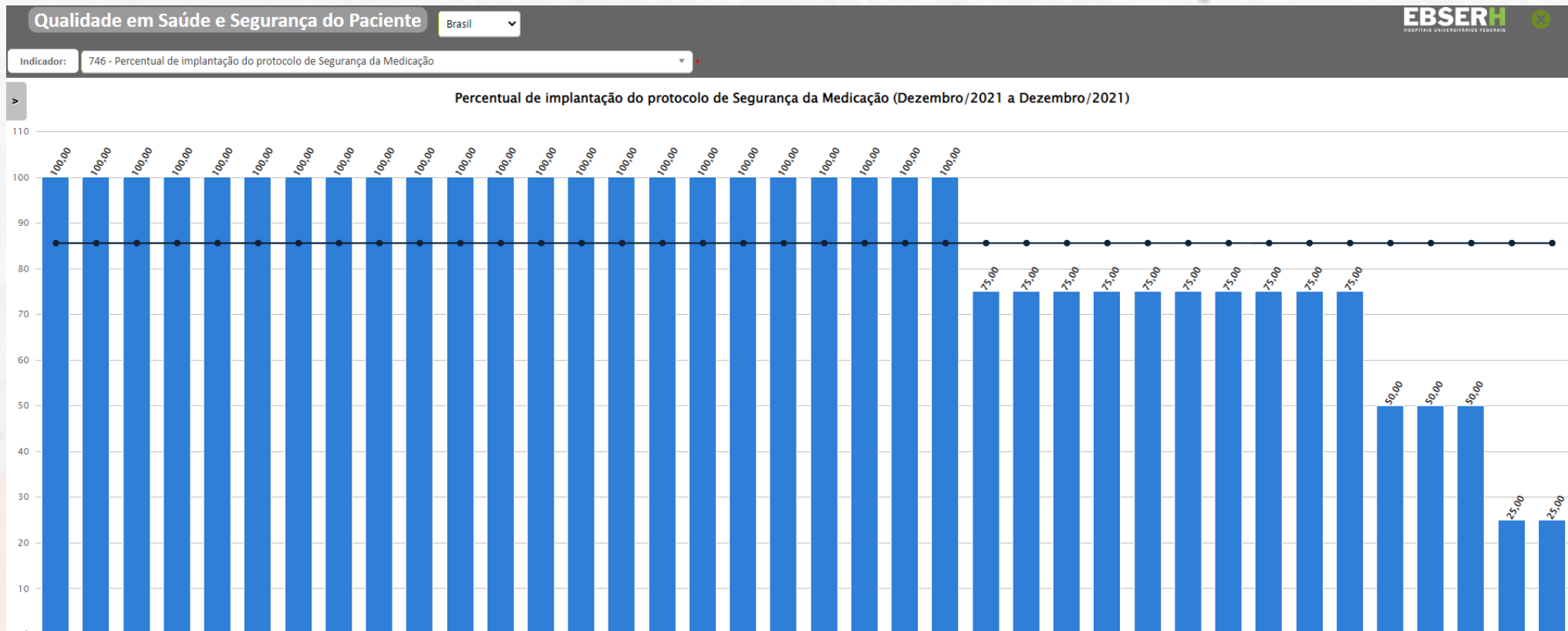
# Painel de Indicadores de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente

- Diretriz com ficha técnica dos indicadores
- Indicadores:
  - Protocolos Básicos de SP
  - IRAS
  - Tipos de notificações Vigihosp
  - Etapas da investigação de incidentes
  - *Never Events*
  - Taxa de Mortalidade Institucional
  - Implantação do PESP e das ações de humanização

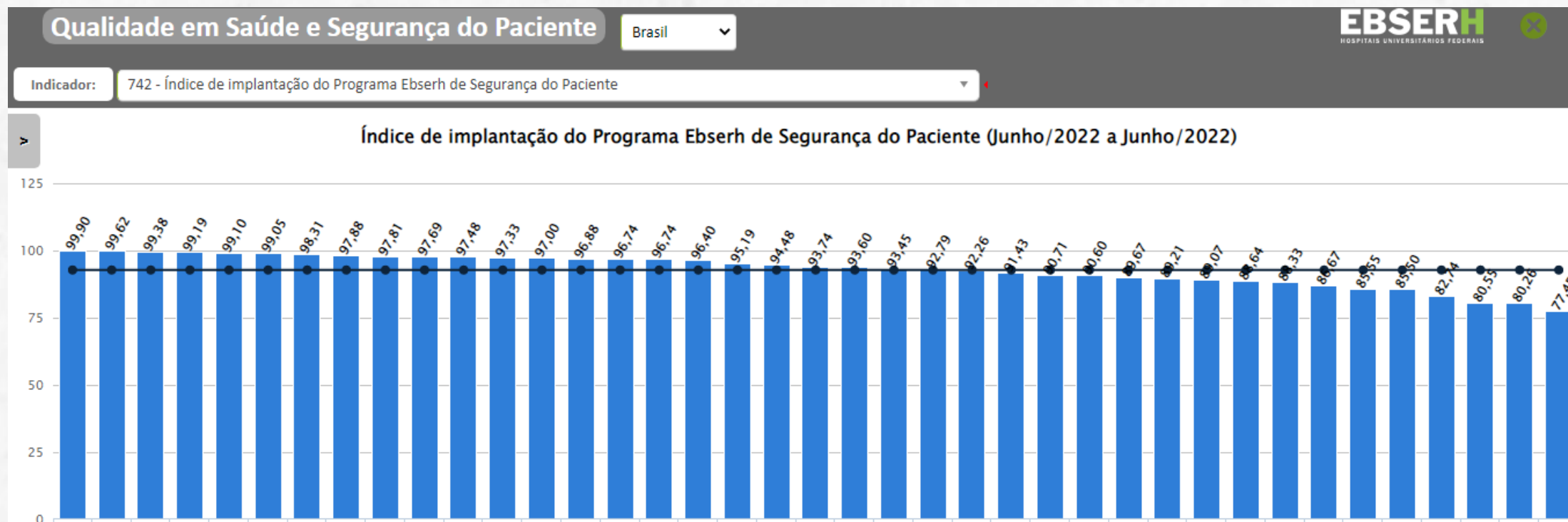
# Notificação de incidentes



# Implantação dos Protocolos Básicos



# Índice de Implantação do PESP



# Índice de Implantação do PESP (IiPESP)

- Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente;
- Nomeação dos Chefes do Setor e de Unidades;
- Notificações no Vigihosp;
- Situação do plano de Ação para Segurança do Paciente;
- Realização de Campanhas em Prol da Segurança do Paciente;
- Resultado dos requisitos da categoria segurança do paciente na última avaliação interna;
- Situação da implantação dos protocolos básicos de segurança do paciente (incluindo o acompanhamento dos indicadores).

# Índice de Implantação do PESP x Avaliação Nacional das Práticas de SP

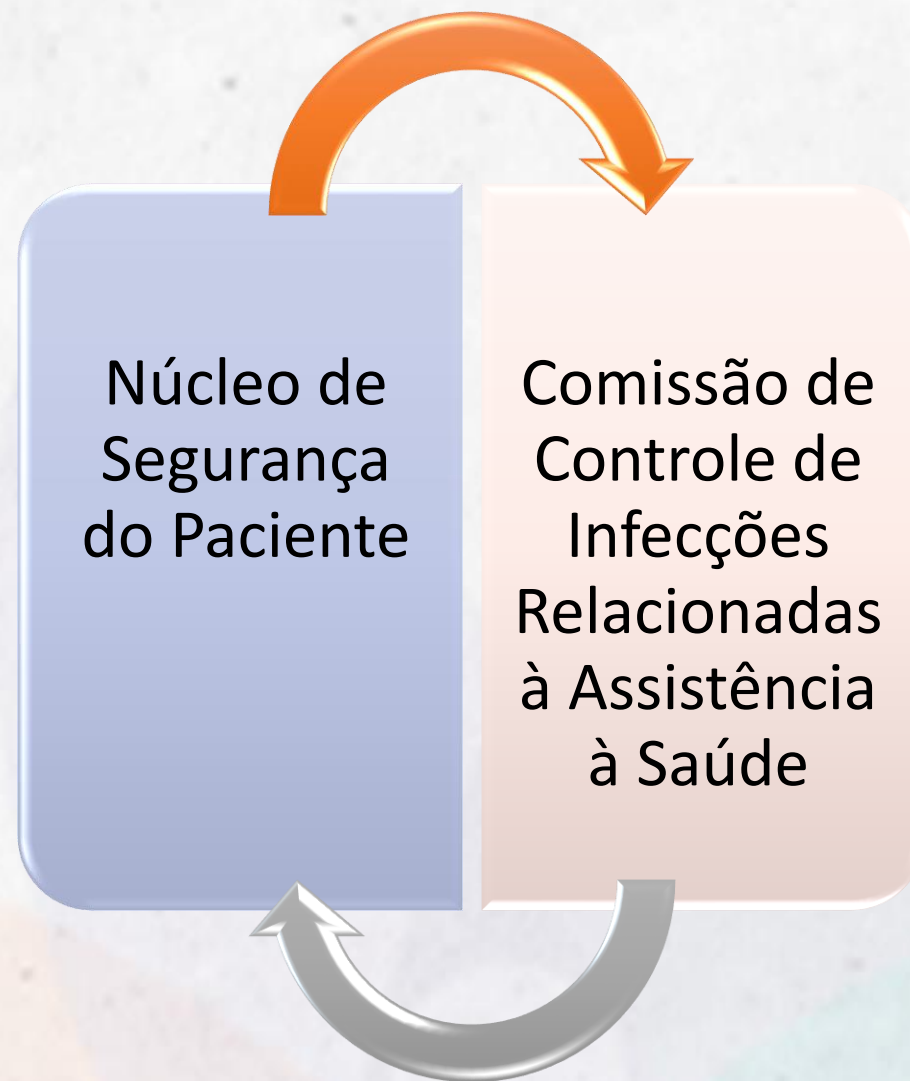
## IIPESP

- Desde 2014
- NSP instituído
- PSP implantado
- Notificação de incidentes
- Protocolos básicos de SP implantados
- Indicadores relacionados aos Protocolos básicos
- Campanhas em prol da SP
- Avaliação de requisitos

## Avaliação Nacional

- Desde 2017
- NSP instituído
- PSP implantado
- Notificação de incidentes
- Protocolos básicos de SP implantados
- Indicadores relacionados aos Protocolos básicos
- Protocolos e indicadores de prevenção e controle de infecções

# Relação da CCIH com o NSP





Cultura justa

Cultura de notificação de  
incidentes

Cultura de  
Segurança do  
Paciente

Cultura de aprendizagem

Cultura de informação e  
colaboração

# Cultura de Segurança do Paciente

**GERADORA** – Participação de todos os níveis da organização, com aumento da confiança

Confiança e  
responsabilidade dos  
colaboradores

**PROATIVA** – Mais profissionais envolvidos na identificação e melhoria dos problemas de segurança, antecipando-se a ocorrência de incidentes

**CALCULADA** – A segurança é gerenciada, mas a abordagem é verticalizada, com foco em coleta de dados e melhoria ainda impostas

**REATIVA** – A segurança já é considerada como importante, mas as ações somente são tomadas após a ocorrência de incidentes

Dependência dos  
gestores nas ações de  
segurança

**PATOLÓGICA** – A segurança é vista como um problema causado pelos trabalhadores

# Cultura de Avaliação

*“O descobrimento da imperfeição nos dá a possibilidade de reduzir o espaço que nos separa da excelência.”*

*(Berwick DM)*

# Programa Ebserh de Gestão da Qualidade

O Programa de Gestão da Qualidade (PGQuali) da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), instituído pela Portaria-SEI nº 23/2018, consiste em um sistema próprio de avaliação periódica que tem como objetivo **promover a cultura de melhoria contínua dos serviços prestados à população brasileira pelos hospitais universitários federais (HUF) da rede Ebserh** nas áreas assistencial, de ensino, extensão, pesquisa e inovação em saúde.



# Selo Ebserh de Qualidade

O Selo Ebserh de Qualidade (SEQuali), por sua vez, visa reconhecer formalmente os hospitais que atingirem padrões estabelecidos no sistema de avaliação.

# Programa Ebserh de Gestão da Qualidade - PGQuali

## Selo Ebserh de Qualidade - SEQuali

Preparação para visita

Visita de avaliação

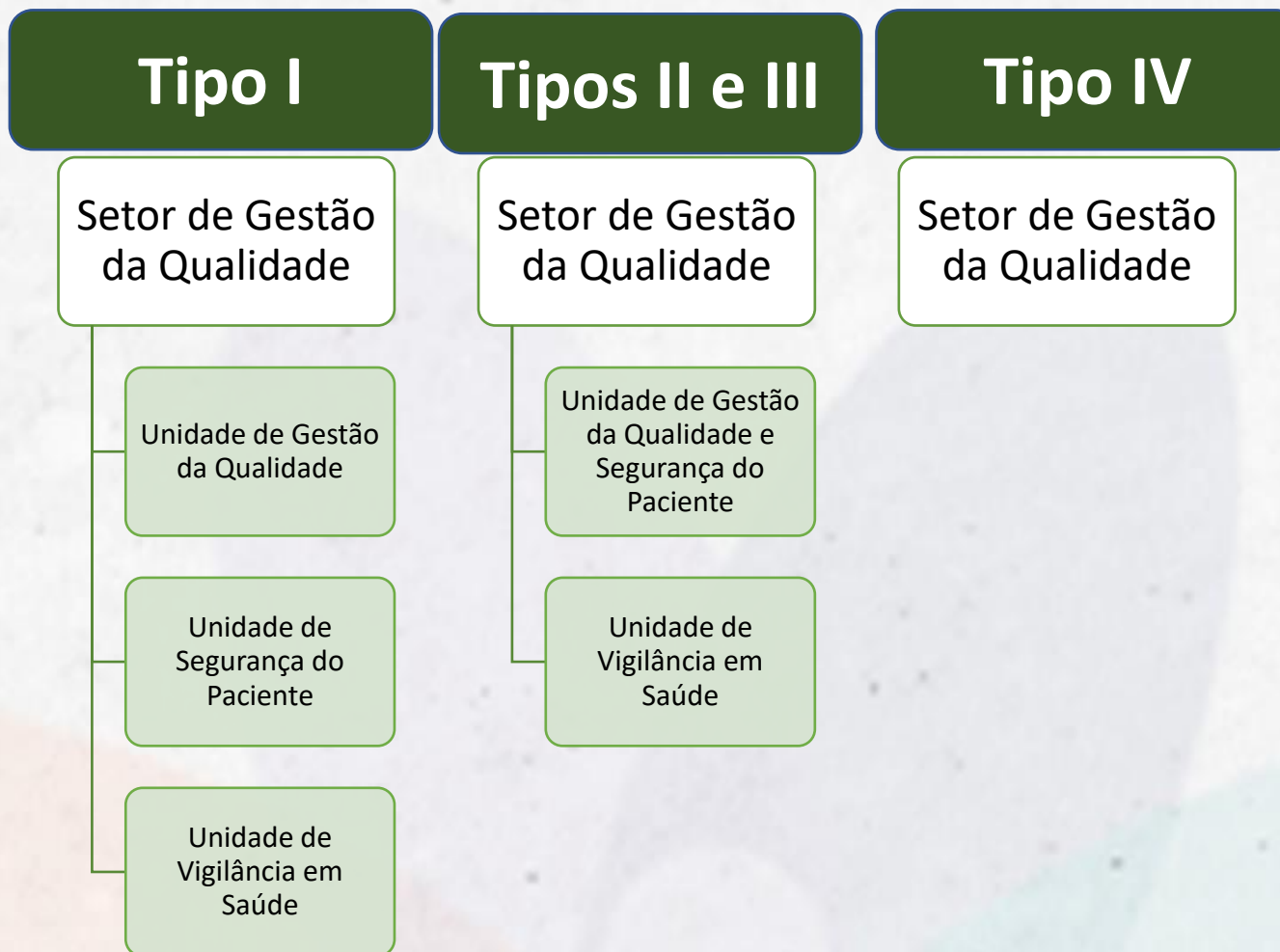
Concessão do Selo

Estrutura  
identificável

Normas de  
funcionamento

Atividades para  
melhorar a  
qualidade

# Estrutura Identificável



## Estrutura Identificável



### Comissão de Avaliação Interna da Qualidade

- Regimento interno e Portaria de constituição próprios
- Coordenador indicado pelo STGQ, com confirmação pela Superintendência
- Multiprofissional
- Profissionais de diferentes setores
- Reuniões e periódicas
- Responsável pela avaliação interna (total e parciais) e relatórios das avaliações
- Apresenta os resultados para a instituição

# Comissão de Avaliação Externa da Qualidade

Exemplo:

## Avaliadores Externos



Hospital a ser  
Avaliado



Banco de  
Avaliadores  
Externos  
da  
Qualidade

Edital publicado para que todos os profissionais da rede Ebserh pudessem concorrer às vagas do curso de formação de avaliadores externos

# Formação de Avaliadores



1º Curso de Formação de  
Avaliadores Internos (2019)



2º Curso de Formação de  
Avaliadores Internos (2021)



1º Curso de Formação de  
Avaliadores Externos (2021-2022)\*

\* Módulo I – finalizado em 23 de março de 2022  
Módulo II – Profissionais que realizarão a visita de avaliação

# O Avaliador Interno da Qualidade

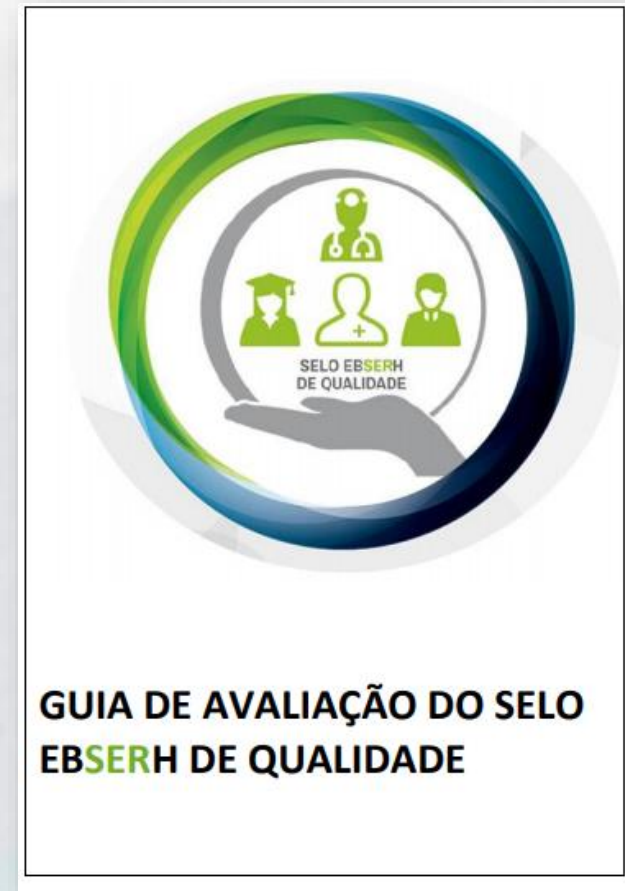
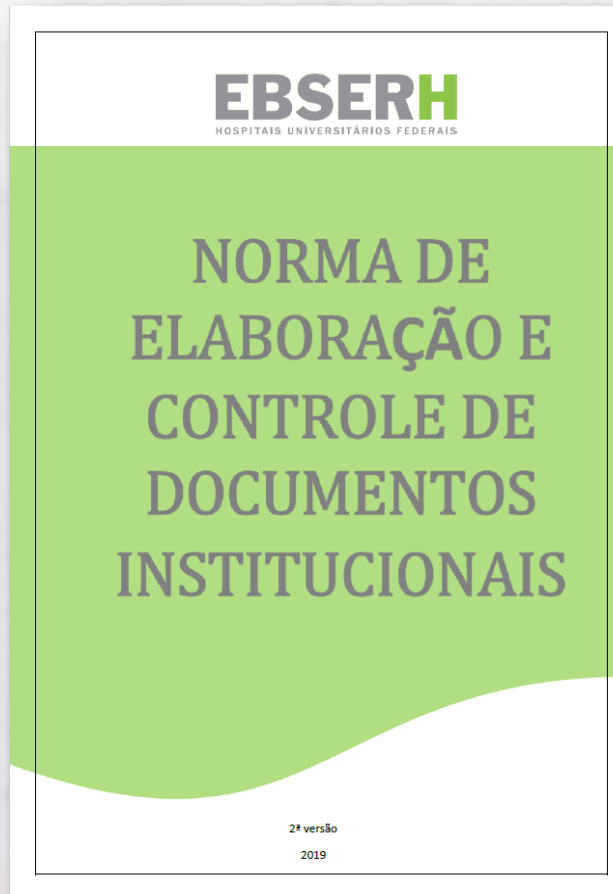
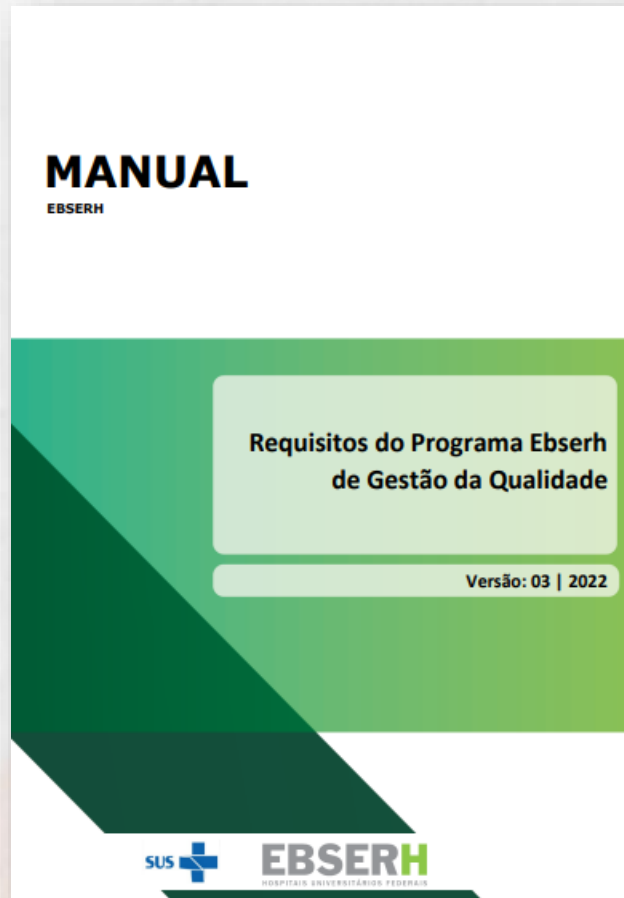
- Profissional treinado e capacitado para atuar como um educador, usando uma metodologia definida
- Capaz de observar e entender os processos e seus resultados, disseminando a metodologia da qualidade
- Levanta as oportunidades de melhoria
- Colabora para fortalecer a cultura de qualidade e segurança na instituição, junto aos seus pares

OBS: O profissional não avalia a área na qual atua

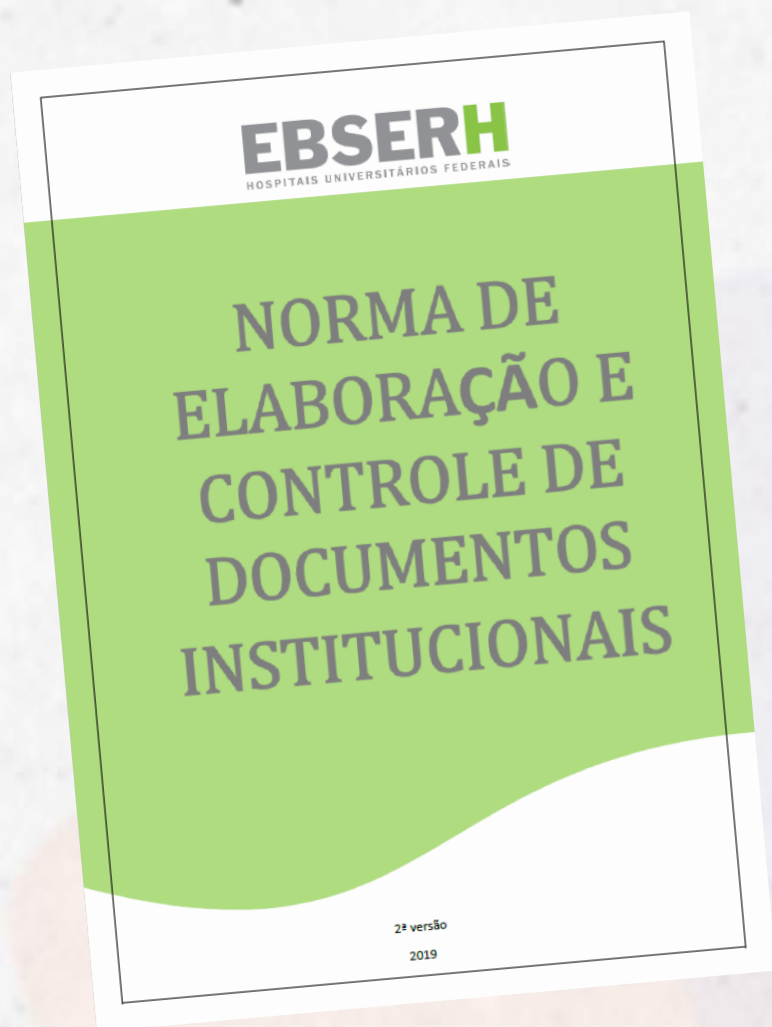
# Perfil do Avaliador

- Ético
- Postura profissional, que garante o sigilo e a responsabilidade com as informações coletadas
- Empático
- Perceptivo
- Bom equilíbrio emocional
- Comunica-se adequadamente, sabe ouvir
- Flexível
- Seguro
- Educador

# Normas de funcionamento



# Norma Zero da Ebserh

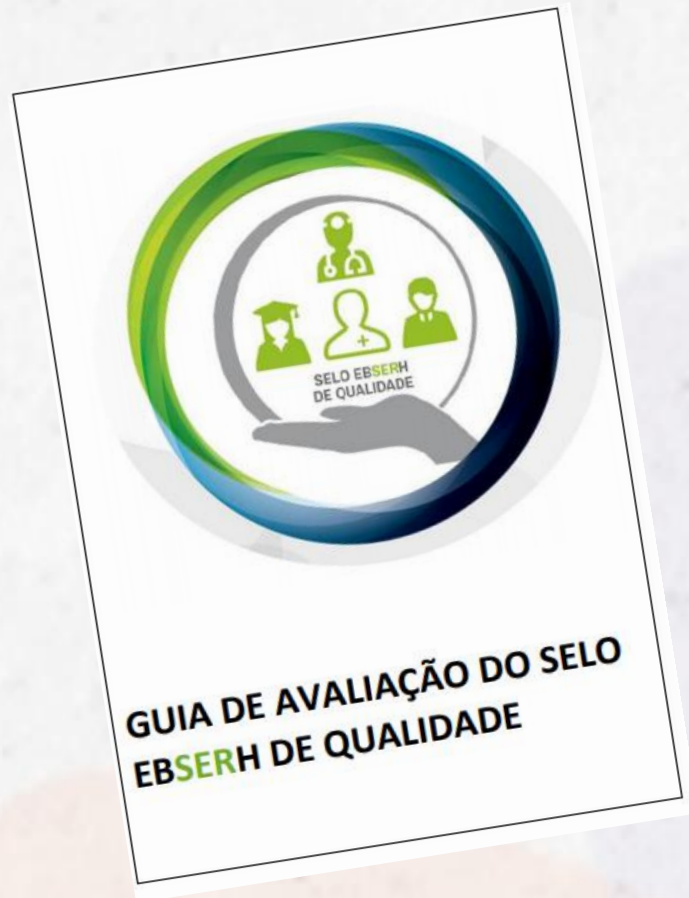


Estabelece regras para elaboração, padronização, controle, distribuição/divulgação e hierarquia dos documentos internos do hospital relacionados ao sistema de gestão da qualidade, de modo a garantir a correta rastreabilidade dos documentos; manter a qualidade e clareza das informações necessárias para execução dos serviços e assegurar a devida revisão e aprovação.

# Guia de Avaliação do SEQuali

## OBJETIVO

Definir procedimentos, incluindo critérios e etapas para realização da avaliação externa.

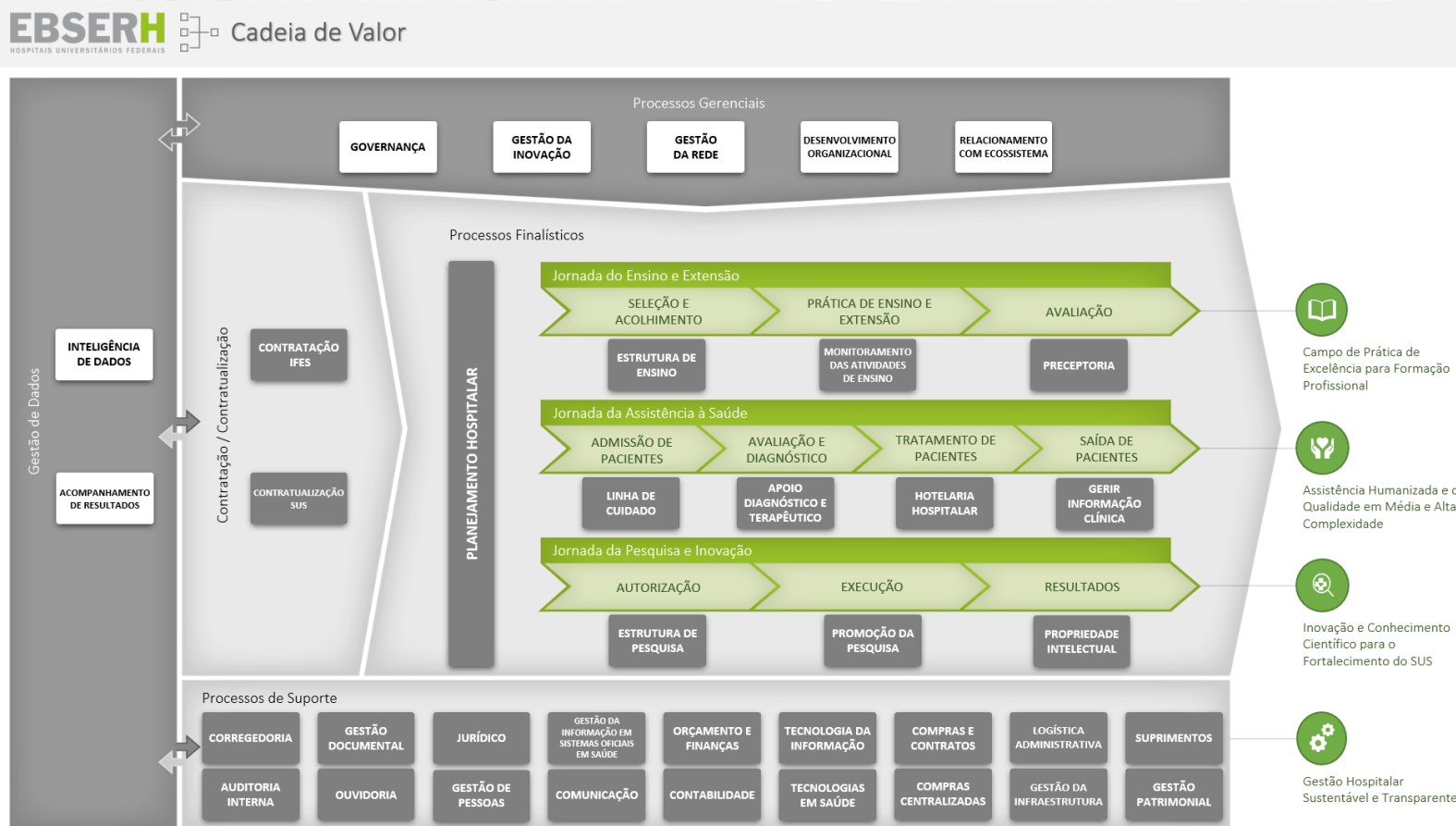


# Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade – Versão 3

- Revisão após consulta aberta a todos os profissionais da rede Ebserh
- Participação de 158 profissionais
- Foi observado o embasamento teórico das contribuições



# Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade – Versão 3



# Cadeia de Valor

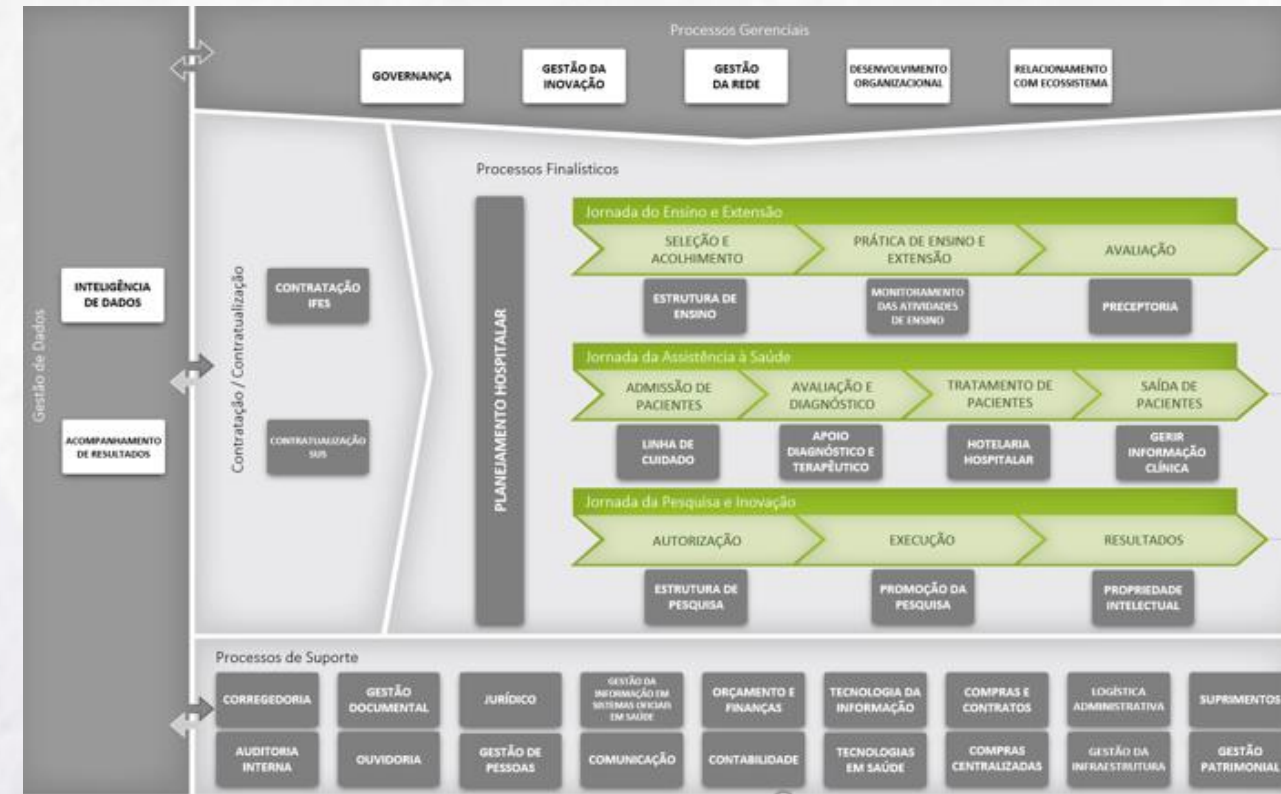
- A Cadeia de Valor é uma representação gráfica que permite (re)conhecer os processos executados por uma organização, relacionando o encadeamento desses para promover entregas de valor para seus clientes.

Tipo de processo	Categoria (Função de negócio)		Subcategoria (Macroprocesso ou processo)		Requisitos
A - PROCESSOS GERENCIAIS	1	Governança	1.1	Gestão da estratégia	1.1.1 a 1.1.5
			1.2	Gestão de portfólio de projetos	1.2.1.
			1.3	Governança de processos	1.3.1. a 1.3.2.
			1.4	Melhoria contínua de processos	1.4.1. a 1.4.5.
			1.5	Gestão de Colegiados, Comissões, Núcleos, Grupos e Comitês	1.5.1. a 1.5.32.
			1.6	Gestão de riscos	1.6.1 a 1.6.2
			1.7	Responsabilidade socioambiental	1.7.1.
	2	Desenvolvimento organizacional	2.1	Gestão da arquitetura organizacional	2.1.1. a 2.1.2
			2.2	Avaliação da qualidade	2.2.1 a 2.2.2.
	3	Contratualização	3.1.	Contratualização SUS	3.1.1. a 3.1.2.
4	Gestão de dados	4.1	Acompanhamento de resultados	4.1.1 a 4.1.23.	
B - PROCESSOS PRIMÁRIOS - JORNADA DO ENSINO E EXTENSÃO	5	Seleção e acolhimento	5.1	Acolhimento dos estudantes	5.1.1. a 5.1.2.
	6	Prática de ensino e extensão	6.1	Gestão da escala dos residentes	6.1.1.
			6.2	Treinamento em serviço	6.2.1. a 6.2.10.
			6.3	Mobilidade em rede	6.3.1.
7	Avaliação	7.1	Avaliação dos residentes	7.1.1. a 7.1.3.	
C - PROCESSOS DE SUPORTE À JORNADA DO ENSINO E EXTENSÃO	8	Estrutura de ensino	8.1	Gestão da infraestrutura dos espaços de ensino	8.1.1. a 8.1.2.
			8.2	Avaliação do campo de prática de ensino	8.2.1. a 8.2.3.
	9	Monitoramento dos	9.1	Gestão de informações de estudantes e docentes	

# Manual de Requisitos do PGQuali

- O primeiro nível de organização dos requisitos é representado pelos tipos de processos (gerenciais, primários e de suporte) e estão dispostos juntamente à jornada a que correspondem ou que apoiam (ensino e extensão, assistência à saúde, e pesquisa e inovação), conforme Cadeia de Valor da Rede Ebserh.

- Processos gerenciais
- Processos primários - jornada do ensino e extensão
- Processos de suporte à jornada do ensino e extensão
- Processos primários - jornada da assistência à saúde
- Processos de suporte à jornada da assistência à saúde
- Processos primários - jornada da pesquisa e inovação
- Processos de suporte à jornada da pesquisa e inovação
- Processos de suporte transversais aos processos primários
- Processos de suporte à organização



# Manual de Requisitos do PGQuali

- O segundo nível de organização dos requisitos envolve as funções de negócio da Ebserh como categorias, ou seja, os conjuntos de macroprocessos, que estão apresentados em caixas retangulares de cores branca e cinza na Cadeia de Valor da Rede Ebserh.



# Manual de Requisitos do PGQuali

- O terceiro e último nível de organização dos requisitos inclui os macroprocessos ou processos da rede Ebserh como subcategorias. Podem ser verificados clicando em cada função de negócio da Cadeia de Valor da Rede Ebserh.

# Manual de Requisitos do PGQuali





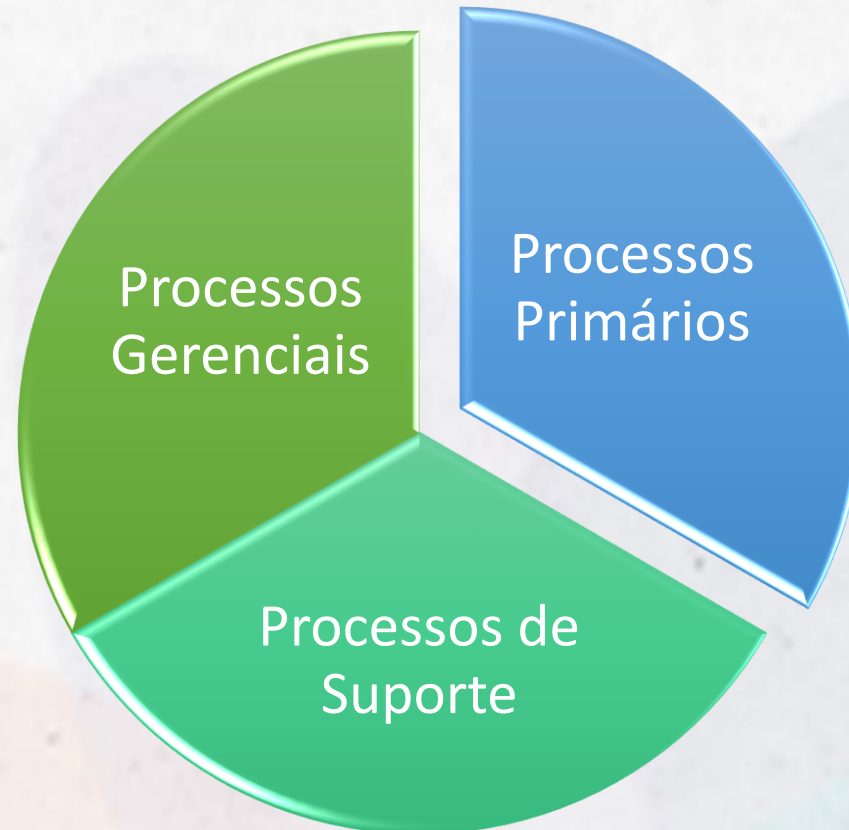
# Requisitos Essenciais

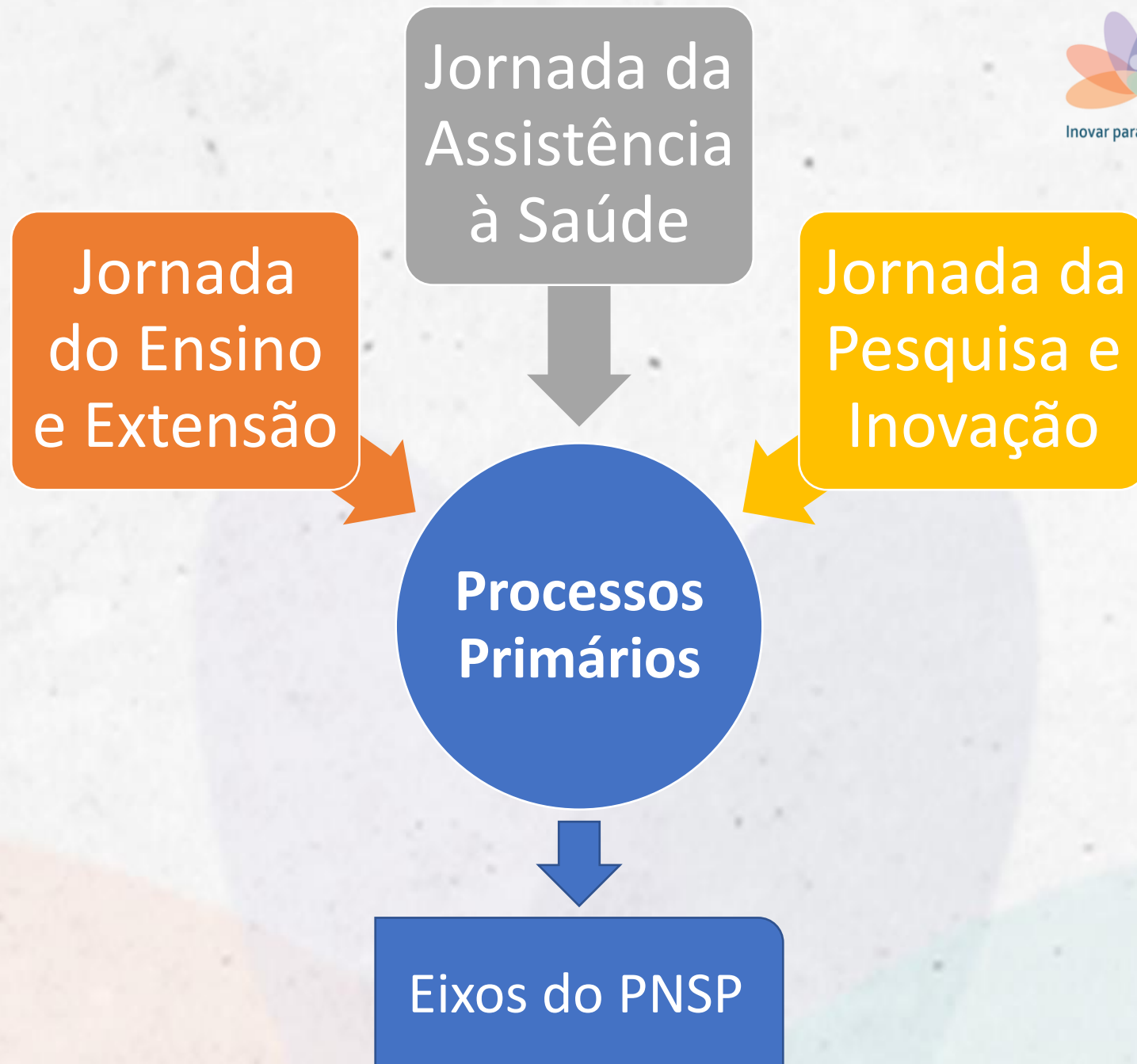


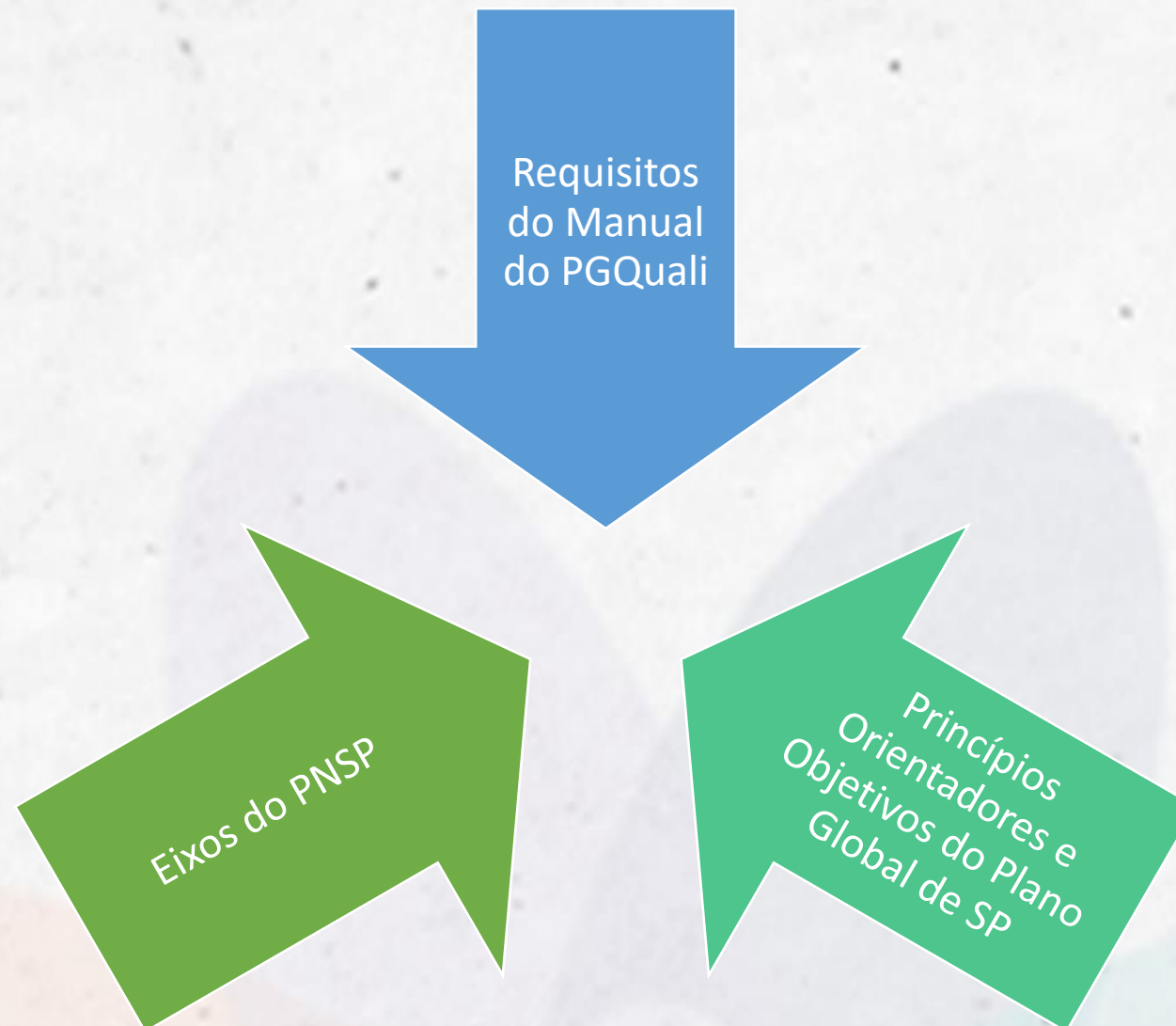
# Requisitos essenciais

- RDC Anvisa nº 63/2011
- RDC Anvisa nº 36/2013
- Política Nacional de Humanização (PNH)
- Capítulo VIII – Da Segurança do Paciente, Título I – Da Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017
- Documentos de Referência do Programa Nacional de Segurança do Paciente;
- Normas Técnicas Afetas à Saúde e Segurança do Trabalhador;
- Portaria GM/MS nº 1.693/2021
- Portaria GM/MS nº 2616/1998
- Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015
- Documentos relacionados ao Programa Ebserh Gestão à Vista e ao PGQuali (Portaria nº 35, de 23 de agosto de 2021)

# Tipos de processos – Manual de Requisitos do PGQuali



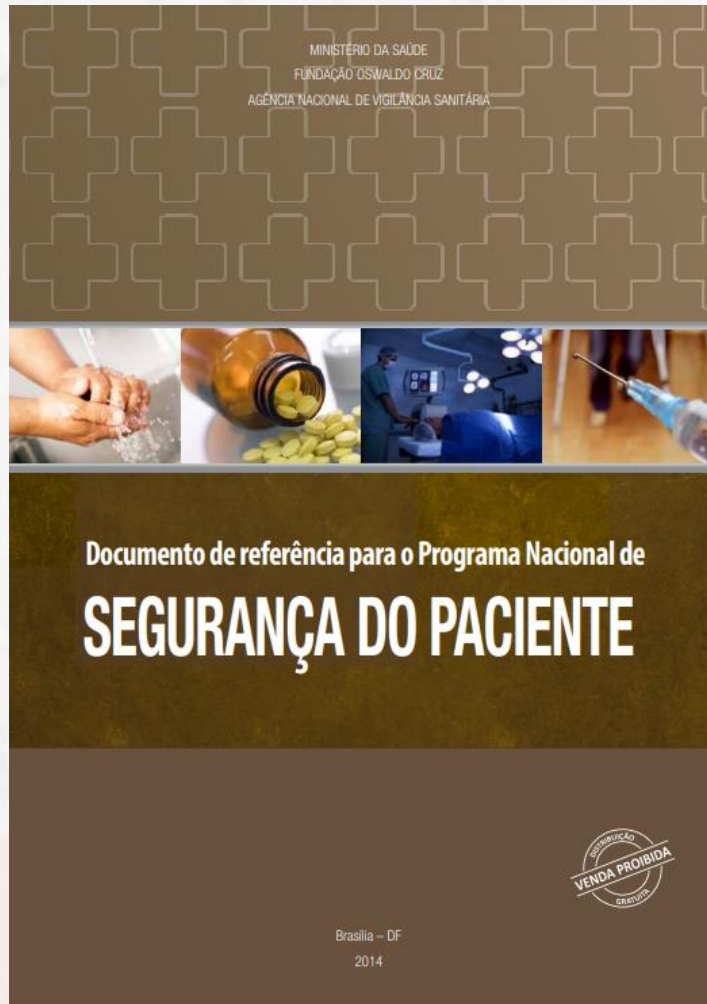




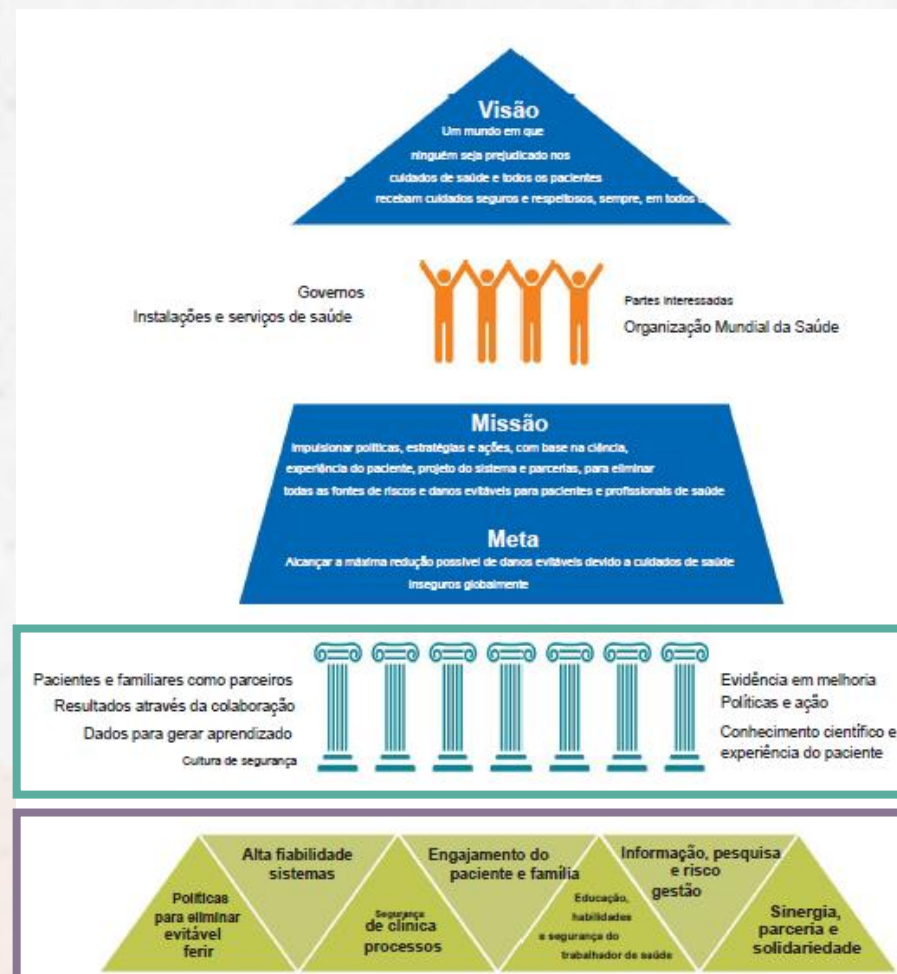


II Congresso da Sociedade Brasileira  
para a Qualidade do Cuidado  
e Segurança do Paciente - SOBRASP

Inovar para Garantir a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente  
no Contexto das Iniquidades em Saúde



# Visão geral do paciente global Plano de Ação de Segurança 2021–2030



Princípios Orientadores

Objetivos

# Requisitos da Qualidade e os eixos do PNSP –

## Eixo 1: O estímulo a uma prática assistencial segura

1. Os protocolos
2. Plano de Segurança do Paciente
3. Núcleo de Segurança do Paciente
4. Notificação de Incidentes



# Requisitos da Qualidade e os eixos do PNSP –

## Eixo 1: O estímulo a uma prática assistencial segura

### 1. Os protocolos



22.6.4.RE O hospital possui Protocolo de Identificação do Paciente implementado?



22.6.5.RE O hospital possui Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos implementado?



22.6.7.RE O hospital possui Protocolo de Cirurgia Segura implementado?



22.6.8.RE O hospital possui Protocolo de Higiene das Mãos implementado?



22.6.9.RE O hospital possui Protocolo de Prevenção de Quedas implementado?



22.6.10. RE O hospital possui Protocolo para Lesão por Pressão implementado?

# Requisitos da Qualidade e os eixos do PNSP –

## Eixo 1: O estímulo a uma prática assistencial segura

### 1. Os protocolos



11.4.2. Há protocolos e procedimentos implementados para admissão e transferência intrahospitalar do paciente?



14.2.3. RE O hospital possui protocolo de transferência de cuidado extra-hospitalar?



33.1.9. RE Há protocolos e procedimentos implementados de manutenção preventiva dos equipamentos?



33.1.10. RE Há protocolos e procedimentos implementados de manutenção corretiva dos equipamentos?

# Requisitos da Qualidade e os eixos do PNSP –

## Eixo 1: O estímulo a uma prática assistencial segura

### 2. Plano de Segurança do Paciente

- 22.6.3.RE O hospital possui plano de segurança do paciente implementado e atualizado?

Premissa: O NSP deve elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP) (art. 7º, inciso IV, RDC nº 36/2013). O PSP deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo hospital conforme previsto na RDC nº 36/2013, art. 8º.

# Requisitos da Qualidade e os eixos do PNSP –

## Eixo 1: O estímulo a uma prática assistencial segura

### 3. Núcleo de Segurança do Paciente

1.5.23.RE O hospital possui Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) implementado de acordo com as normativas vigentes?

**Premissa:** Segundo Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015, o hospital deve ter um NSP implementado. Este deve ser implementado conforme RDC Anvisa nº 36/2013 e Diretriz para implantação dos Núcleos e Planos de Segurança do Paciente nas filiais Ebserh. O NSP deve estar cadastrado na Anvisa.

**Fonte de informações e evidências:** Portaria de constituição do NSP publicada. Atas de reunião do NSP. Lista de presença. Registro de cadastro do NSP na Anvisa. O painel disponível em

<<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/dadosabertos/informacoesanaliticas/nucleos-de-seguranca-do-paciente>> apresenta os serviços de saúde cadastrados junto à Anvisa, com subcategoria NSP, que informaram o código do CNES ao realizar o cadastro da Instituição.

# Requisitos da Qualidade e os eixos do PNSP –

## Eixo 1: O estímulo a uma prática assistencial segura

### 4. Notificação de Incidentes



- 22.5.1.RE O hospital promove o Vigihosp como ferramenta para o processo de notificação e investigação de circunstâncias de risco e incidentes?



- 22.6.22. RE O hospital notifica eventos adversos até o 15º dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa e registra no Vigihosp?



- 22.6.23. RE O hospital conclui a investigação dos *never events* e dos eventos adversos que evoluíram para óbito em até 60 dias, no Notivisa e no Vigihosp?



- 22.6.15. RE O hospital realiza ações de farmacovigilância?
  - Fonte de informações e evidências: Notificações no Vigimed e no Vigihosp. Planos de melhoria da qualidade. Indicadores.

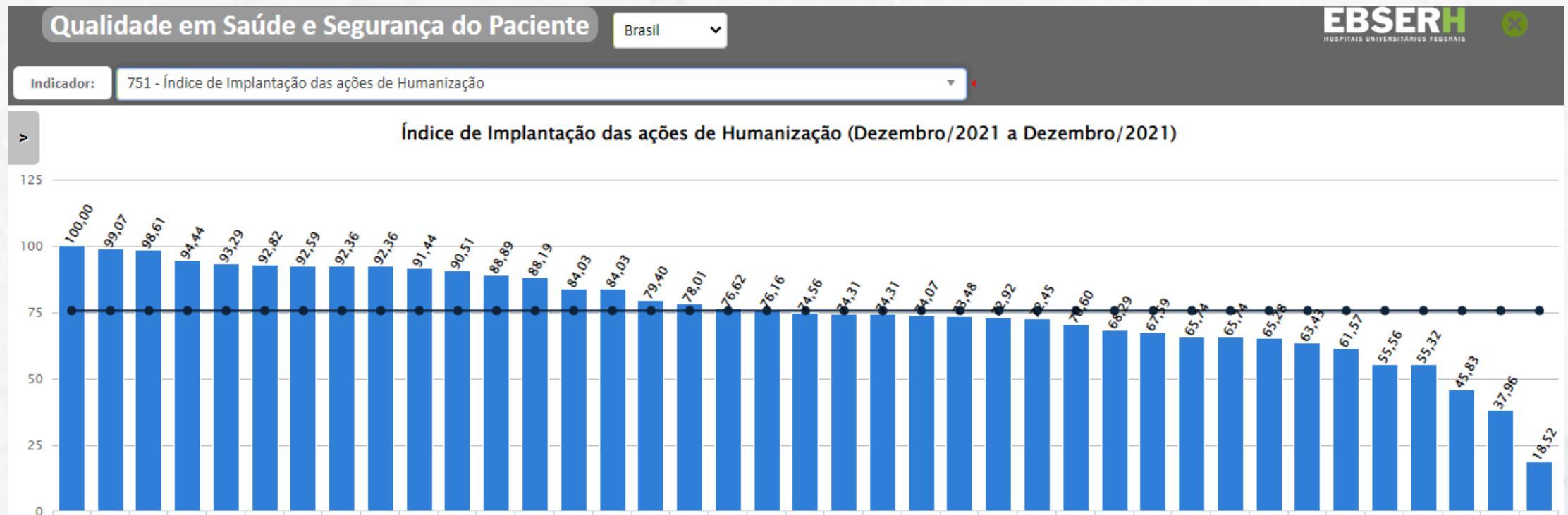
# Requisitos da Qualidade e os eixos do PNSP –

## Eixo 2: Envolvimento do cidadão na sua segurança

- A Política Nacional de Humanização define “humanização como a **valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores**. Os valores que norteiam essa 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**.”



# Índice de Implantação das Ações de Humanização



# Índice de Implantação das Ações de Humanização

- 1. Grupo de Trabalho de Humanização implantado, com regimento interno próprio, publicado em Portaria Institucional, que inclua os participantes;
- 2. Atuação dos Grupos de Trabalho de Humanização na implantação e implementação dos dispositivos da PNH;
- 3. Sistemas de escuta qualificada em funcionamento;
- 4. Projeto de Acolhimento implementado, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos;
- 5. Realização de Campanhas em Prol da Humanização;
- 6. Número de dispositivos/projetos, presentes na Diretriz Ebserh de Humanização, implantados e com atividades em desenvolvimento;
- 7. Presença de outros dispositivos/projetos preconizados pela PNH, implementados no HUF.

# Requisitos da Qualidade e os eixos do PNSP –

## Eixo 2: Envolvimento do cidadão na sua segurança

- “Mesmo práticas regulamentadas pelo governo e recomendadas por conselhos profissionais e órgãos de classe são vistas pelos profissionais da Saúde como ‘burocracia’. São exemplos, o **termo de consentimento informado** e a obrigatoriedade de que **tudo que seja relacionado ao cuidado deve ser escrito no prontuário**. O prontuário do paciente, ainda é visto como o ‘prontuário médico’ pelos profissionais da Saúde e os estudos apontam uma baixa qualidade no seu preenchimento”.

# Dimensões da Qualidade

## Segurança

Ausência de lesões devido à assistência à saúde que supostamente deve ser benéfica.

## Efetividade

Prestação de serviços baseados no conhecimento científico a todos os que podem beneficiar-se destes

## Atenção centrada no paciente

Envolve o respeitar o paciente, considerando suas preferências individuais, necessidades e valores.

## Oportunidade/Acesso

Redução das esperas e atrasos, às vezes prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam a assistência à saúde.

## Eficiência

Prevenção do desperdício de equipamentos, suprimentos, ideias e energias

## Equidade

Prestação de serviços que não variam a qualidade segundo as características pessoais, tais como gênero, etnia, localização geográfica e status socioeconômico

# Requisitos da Qualidade e os eixos do PNSP –

## Eixo 2: Envolvimento do cidadão na sua segurança



13.1.4. RE Os profissionais têm conhecimento dos direitos dos pacientes e podem explicar suas responsabilidades na proteção desses direitos?



13.1.6.RE Os pacientes e familiares são informados, até o ponto que desejarem (considerando-se o direito do paciente à informação e ao sigilo), sobre a condição clínica, os tratamentos propostos, o nome do profissional que presta o tratamento, os benefícios e os riscos em potencial, além das possíveis alternativas de tratamento?

# Requisitos da Qualidade e os eixos do PNSP –

## Eixo 2: Envolvimento do cidadão na sua segurança



17.1.4.RE O hospital possui documento normativo padronizado contendo ações voltadas para padronização da composição e organização adequada e segura dos registros nos prontuários dos pacientes?



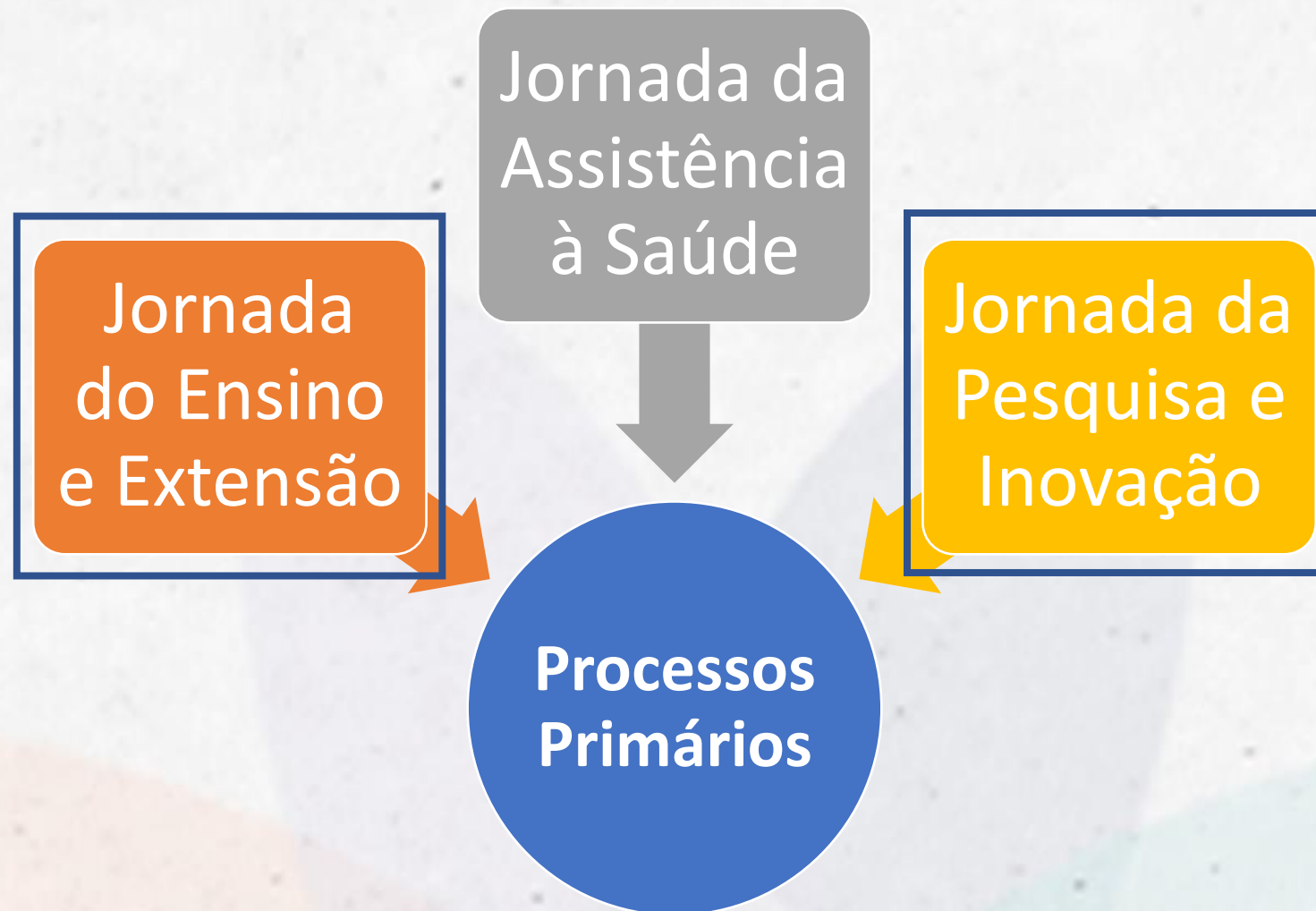
17.1.6.O hospital possui protocolos e procedimentos relacionados ao consentimento informado que contenha a relação dos procedimentos e tratamentos que requerem assinatura do TCLE?

# Requisitos da Qualidade e os eixos do PNSP –

Eixo 3: Inclusão do tema segurança do paciente no ensino

Eixo 4: O incremento de pesquisa em segurança do paciente

- “Necessidade de incluir o tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação, na pós-graduação na área da Saúde e na educação permanente dos profissionais da Saúde.”
- “O foco na investigação em segurança do paciente tem se concentrado em cinco componentes (OMS): 1) Medir o dano. 2) Compreender as causas. 3) Identificar as soluções. 4) Avaliar o impacto. 5) Transpor a evidência em cuidados mais seguros.”



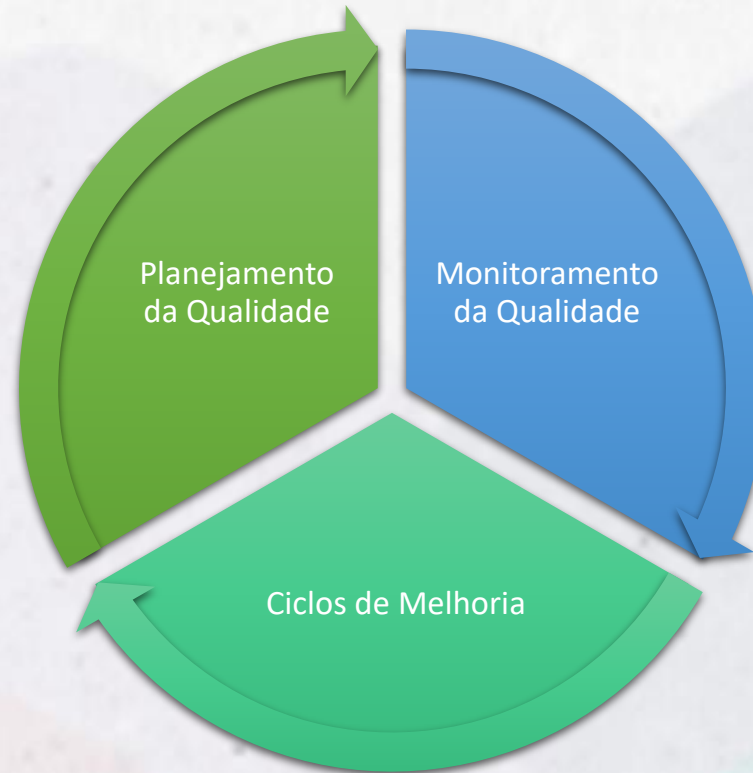
# Requisitos da Qualidade e os eixos do PNSP –

## Eixo 3: Inclusão do tema segurança do paciente no ensino

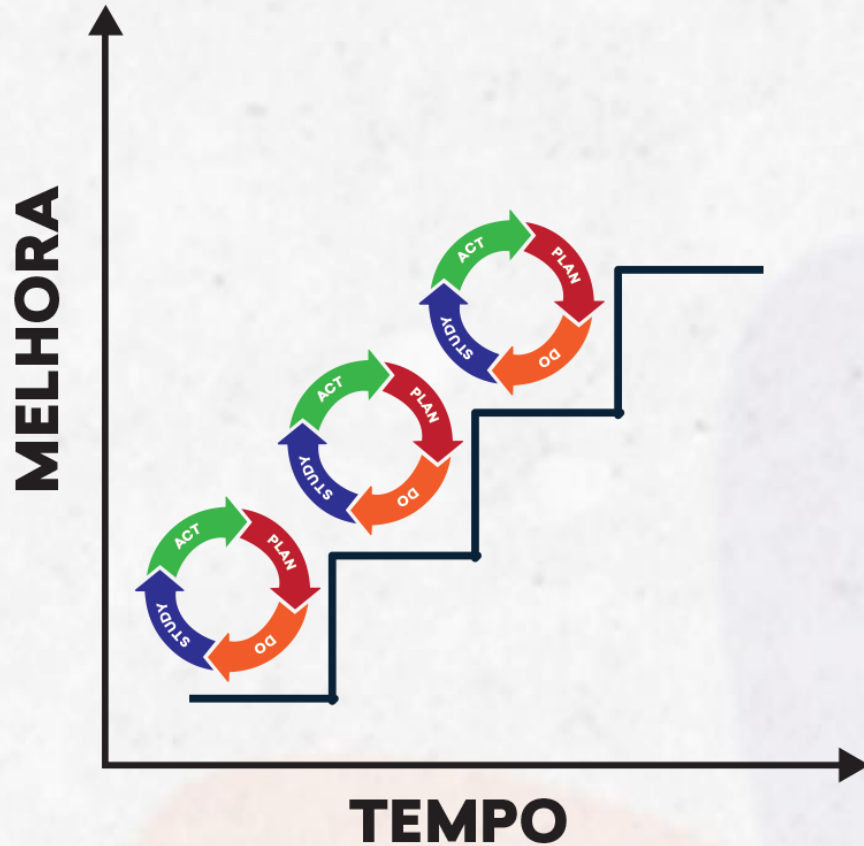
- 5.1.1. RE Existe programa de acolhimento com fornecimento de informações institucionais e capacitação continuada para estudantes de ensino técnico, graduação e pós-graduação conforme diretrizes Ebserh?

Premissa: Segundo RDC Anvisa nº 63/2011, art. 32, o hospital deve promover a capacitação de seus profissionais antes do início das atividades e de forma permanente em conformidade com as atividades desenvolvidas. A mesma orientação se aplica aos estudantes de ensino técnico, graduação e pós-graduação. Deve existir um programa de acolhimento com fornecimento de informações institucionais e capacitação continuada para estudantes de diferentes níveis: nível técnico, graduação, especializações lato sensu, residências e pós-graduação stricto sensu. O programa de acolhimento deve abranger minimamente os temas Gestão da Qualidade, **Segurança do Paciente**, Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde (NR 32), Controle de Infecção, Gerenciamento e Uso de medicamentos, Gerenciamento de Resíduos, Regulação (gestão de leitos), Comissão de ética, Comissão de Revisão de Prontuários, Prevenção e combate a incêndios, e temas específicos de acordo com a atividade a ser desenvolvida pelo estudante (Ex.: Boas Práticas em Pesquisa Clínica) (art. 33 da RDC Anvisa nº 63/2011). As capacitações devem ser registradas contendo data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos estudantes envolvidos (art. 32, parágrafo único, da RDC Anvisa nº 63/2011).

# Atividades para melhorar a qualidade



# Ciclos de Melhoria



Muitos autores sugerem que os Programas de Gestão da Qualidade em hospitais sejam entendidos como um estímulo à melhoria contínua da qualidade por meio da adoção de modelos de gestão e assistência definidos.

(BURMESTER, 2013)

# Ciência da Melhoria



A compreensão sobre como melhorar os serviços de saúde, de modo a reduzir essa distância entre o conhecimento e a prática e a eliminar os danos evitáveis e a variação na qualidade dos cuidados ofertados, passou a ser entendida como uma ciência.

(CONASS, 2021)

# Avaliação Interna da Qualidade (AVAQualis)

- Atividade sistemática, independente e documentada, sem cunho fiscalizatório, realizada por uma equipe do hospital, para examinar os processos organizacionais com a finalidade de levantar evidências e avaliar o nível de conformidade frente ao Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade, visando a melhoria contínua do desempenho.



# Relatório de avaliação interna da qualidade

Tipo de processo	Categoria	Subcategoria	Requisitos	
A. PROCESSOS PRIMÁRIOS	1. Ensino, Extensão, Pesquisa e Inovação em Saúde	-	1.1 a 1.108	
	2. Assistência aos usuários	2.1. Identificação do Paciente		2.1.1 a 2.1.3
		2.2. Internação		2.2.1 a 2.2.32
		2.3. Alta, encaminhamento e acompanhamento		2.3.1 e 2.3.2
		2.4. Atendimento ambulatorial		2.4.1 a 2.4.18
		2.5. Obstetrícia e Neonatologia		2.5.1 a 2.5.42
		2.6. Urgência e Emergência		2.6.1 a 2.6.12
		2.7. Centro Cirúrgico		2.7.1 a 2.7.20
		2.8. Anestesiologia		2.8.1 a 2.8.21
		2.9. Tratamento intensivo		2.9.1 a 2.9.33
		2.10. Hemoterapia		2.10.1 a 2.10.23
		2.11. Reabilitação		2.11.1 a 2.11.12
		2.12. Medicina Nuclear e Radioterapia		2.12.1 a 2.12.38
		2.13. Terapia Antineoplásica		2.13.1 a 2.13.27
		2.14. Terapia Nutricional		2.14.1 a 2.14.33
		2.15. Assistência Nefrológica e Dialítica		2.15.1 a 2.15.18
		2.16. Assistência Farmacêutica		2.16.1 a 2.16.48
		3. Gestão Hospitalar	-	3.1 a 3.45
			-	4.1 a 4.15
		Especificidades da equipe		



# Relatório de avaliação interna da qualidade

Requisito	Constatação	Achados <i>(Campo obrigatório para requisitos não conformes)</i>	Observações <i>(Campo obrigatório para requisitos não aplicáveis)</i>
Os responsáveis pelo ensino, extensão, pesquisa e inovação estão formalmente nomeados para os cargos da área?			
A instituição disponibiliza acesso a bibliotecas virtuais e publicações atualizadas de acordo com as especialidades dos serviços da instituição?			
Os ambientes de ensino do hospital possuem infraestrutura apropriada para o ensino de graduação e pós-graduação considerando dimensão, limpeza, iluminação, acústica, ventilação, conservação e comodidade da estrutura física?			
Os ambientes assistenciais estão adequados para o ensino de graduação e pós-graduação considerando dimensão, limpeza, iluminação, acústica, ventilação, conservação e comodidade da estrutura física?			
Existe atividade de telessaúde normatizada na instituição, em consonância com as exigências do conselho profissional?			
Os serviços habilitados no hospital possuem programas de residência credenciados ou em processo de credenciamento junto à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) ou Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS)?			
Existem regimentos internos atualizados e disponíveis da Comissão de Residência Médica (COREME) e da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU)?			
O hospital realiza gestão da propriedade intelectual (patentes e registro de marca) gerada na instituição?			
O hospital apoia financeira e tecnicamente a produção intelectual, para publicações científicas?			

# Relatório de avaliação interna da qualidade

- Organização da Equipe de Avaliadores
- Principais recomendações para as unidades organizacionais
- Fatores técnicos, financeiros e administrativos determinantes dos resultados alcançados com o processo avaliativo
- Principais desafios enfrentados durante a avaliação

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

Av. A, Edifício Parque Cidade Corporate, Torre C, 1º ao 3º andares - Bairro Asa Sul

Brasília-DF, CEP 70308-200

(61) 3255-8900 - <http://www.ebserh.gov.br>

CGC/DEPAS-EBSERH

Brasília, data da assinatura eletrônica.

Assunto: Modelo de relatório da avaliação interna da qualidade 2021.

## ORIENTAÇÕES GERAIS

O Superintendente da filial Ebserh deverá encaminhar o relatório preenchido e assinado em documento correspondente (escolher o tipo de documento Relatório-SEI) em Sistema Eletrônico de Informações (SEI), contendo em anexo a planilha com constatações da avaliação em formato.xlsx, conforme modelo de planilha (17870747), para o SGQ/CGC/DEPAS.

# Após a Avaliação

Leitura do Relatório que encaminha a planilha - SGQ



Análise das observações – SGQ



Apresentação dos resultados da AVAQualis para todo o hospital – Comissão AVAQualis + STGQ



Apresentação do Plano de Melhoria da Qualidade - PMQ

# Portaria-SEI nº 35, de 23 de agosto de 2021

## **MODELO DE REGIMENTO DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE**

### **Portaria-SEI nº 35, de 23 de agosto de 2021**

O Diretor de Ensino, Pesquisa e Atenção à Saúde da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo artigo 52 do Regimento Interno, cuja revisão foi aprovada pela Resolução do Conselho de Administração nº 54, de 10 de maio de 2016, publicada no DOU de 16 de maio de 2016.

Considerando a Portaria-SEI nº 23, de 05 de novembro de 2018, publicada no Boletim de Serviço nº 488, de 06 novembro de 2018, que institui o Programa Ebserh de Gestão da Qualidade (PGQuali) e o Selo Ebserh de Qualidade (SEQuali);

Considerando a Portaria-SEI nº 26, de 04 de dezembro de 2018, publicada no Boletim de Serviço nº 503, de 05 de dezembro de 2018, que aprova os documentos norteadores do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade - Selo Ebserh de Qualidade;

Considerando a Portaria-SEI nº 19, de 12 de agosto de 2019, publicada no Boletim de Serviço nº 647, de 20 de agosto de 2019, que aprova o Guia de Avaliação do Selo Ebserh de Qualidade;

Considerando o modelo de Regimento da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade, REG.SGQ.001, versão 1, emitido em 22 de outubro de 2019 ([3624214](#));

# Ciclos de Melhoria

Art. 10. A partir do recebimento do relatório final de avaliação, a liderança da unidade organizacional avaliada deverá verificar as não conformidades, identificando as oportunidades de melhoria, e elaborar plano de ação para adequação frente aos requisitos de qualidade.

§1º A elaboração do plano de ação será realizada por cada unidade organizacional responsável e contará com o suporte técnico do STGQ.

# Ciclos de Melhoria

§2° Cada Gerência, Divisão, Setor ou Unidade terá 30 dias corridos, a contar da data do recebimento do relatório final, para apresentar ao STGQ o plano de ação relacionado aos requisitos essenciais não conformes, e 60 dias corridos para os demais requisitos não conformes.

§3° Para orientações e estratégias específicas de adequação a cada requisito, o hospital poderá buscar apoio junto aos respectivos serviços responsáveis, das diferentes Diretorias da Sede da Ebserh.

**§4° A Comissão AVAQualis poderá esclarecer dúvidas referentes à avaliação interna, quando solicitado, porém não será responsável e não poderá interferir na elaboração dos planos de ação.**

# Princípios básicos da melhoria da qualidade



Identificar o problema  
de qualidade



Entender o problema



Projetar melhorias  
(objetivos)



Tentar soluções  
potenciais, usar dados  
para medir o impacto  
de cada teste e refinar  
gradualmente a  
solução para o  
problema



Implementar a  
solução



# PDCA

P



**PLANEJAMENTO**

Identificar a causa  
raiz e problema

D



**EXECUÇÃO**

Realizar ajustes e  
melhorias

C



**CONFERÊNCIA**

Conferir se o problema  
foi resolvido

A



**AÇÃO**

Melhoria contínua

# Plano de Melhoria da Qualidade - PMQ

Participação das  
lideranças

Oficinas para  
aplicação de Matriz  
de Priorização

Validação pelo  
Colegiado  
Executivo

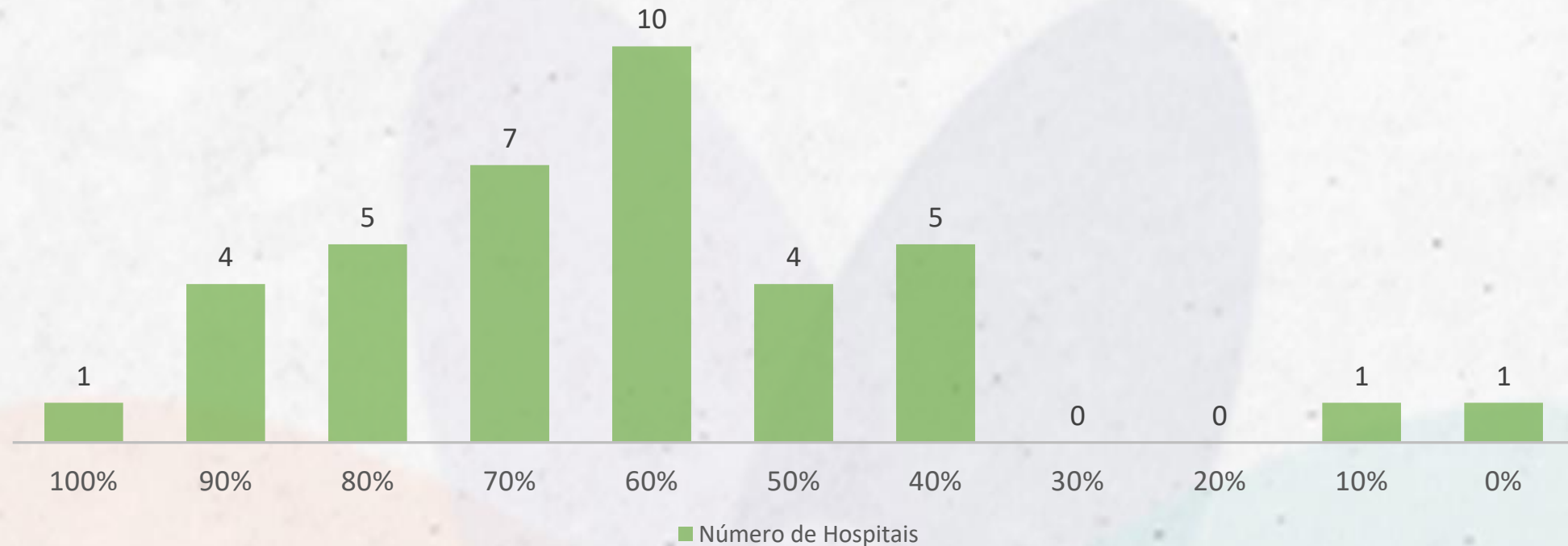
Seleção de 10  
requisitos  
essenciais não  
conformes  
prioritários

# Plano de Melhoria da Qualidade (PMQ) 2021

- **Contrato de Objetivos 2021**, assinado entre EBSERH Sede e filial: 2 metas relacionadas ao PMQ:
  - Elaborar os planos de melhoria para os 10 requisitos essenciais não conformes, priorizados pelo hospital, no âmbito do Programa e Selo EBSERH de Qualidade. Todos atingiram esta meta
  - Obter, em 2021, conformidade dos requisitos essenciais não conformes da 1ª Avaliação Interna da Qualidade, priorizados no Plano de Melhorias 2021. Meta: 60%

# Plano de Melhoria da Qualidade - PMQ

Percentual de Melhorias PMQ



# Monitoramento dos PMQ

**Art. 11. O monitoramento dos planos de ação e da resolução das não conformidades identificadas na AVAQualis deverão ser realizados pela unidade organizacional responsável com apoio do STGQ.**

§1º O STGQ deverá consolidar os planos de ação e acompanhar a execução dos ciclos de melhoria das unidades organizacionais do hospital.

§2º O STGQ deverá elaborar relatório anual com os requisitos essenciais não conformes priorizados, com apoio da superintendência, conforme modelo definido pelo SGQ/CGC/DEPAS, e mantê-lo atualizado quanto ao andamento das atividades.



*“Não se **gerencia** o que não se **mede**,  
não se **mede** o que não se **define**,  
não se **define** o que não se **entende**,  
e não há **sucesso** no que não se **gerencia**”*

Deming

# Monitoramento da Qualidade



# Planejamento da Qualidade

- Realizado para antecipação dos possíveis problemas de qualidade em cada local e envolve o desenho de sistemas e o mapeamento de processos de modo a demonstrar os padrões de qualidade exigidos em cada etapa.
- Seu ponto de partida são a organização de um **novo serviço**, com a identificação de novas necessidades dos usuários, e de novos parâmetros ou resultados a serem alcançados.

# Quem garante as Melhorias?

Aqueles que propõem o desenvolvimento de mudanças que alterem o sistema para conseguir um melhor desempenho.

Três abordagens efetivas daqueles que desejam uma mudança que resulta em melhoria:



Possui entendimento dos processos e sistemas de trabalho



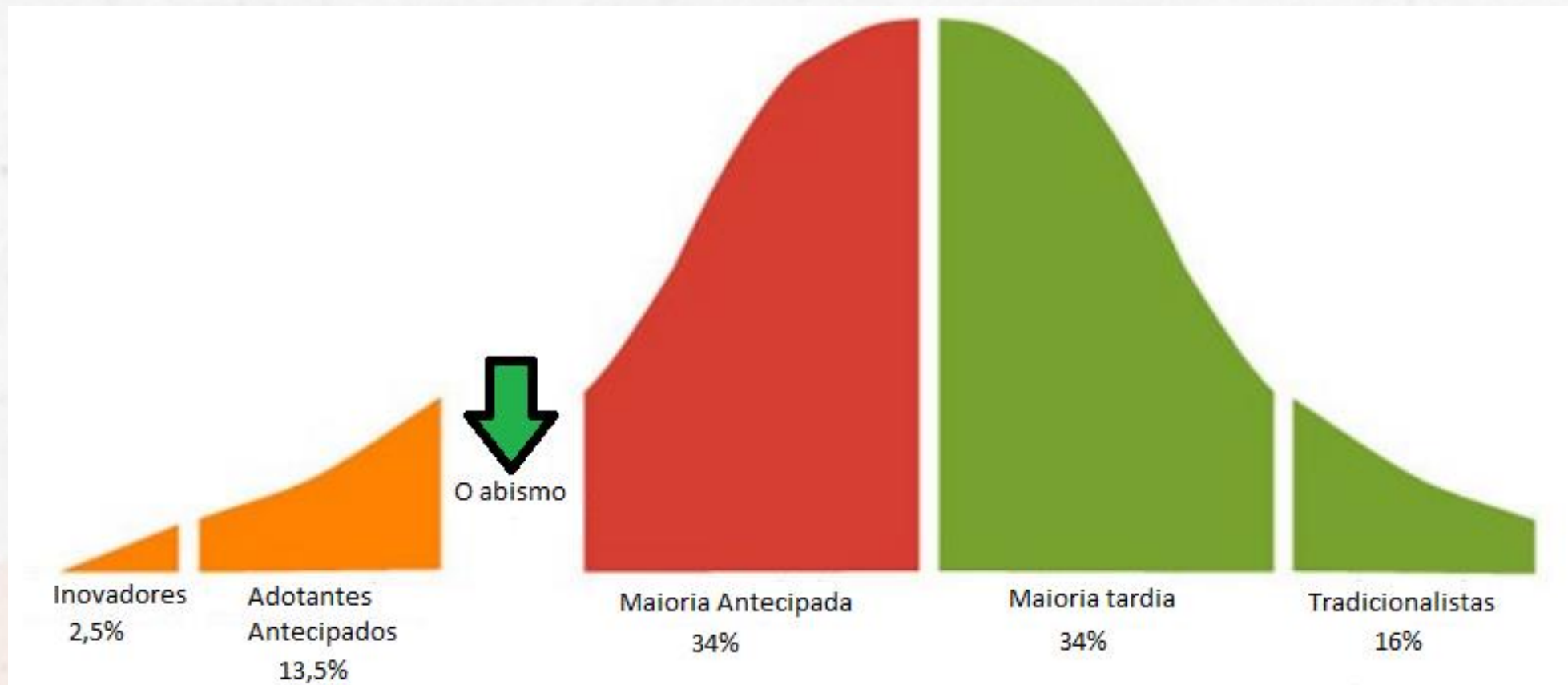
Tem pensamento criativo



Busca a adaptação de ideias que deram bons resultados em outras situações



# Atravessando o Abismo



QUEM  
MEXEU NO  
MEU  
QUEIJO?

VOCÊ SE IDENTIFICA COM QUAL PERSONAGEM?



**HEM**

Quem não quer mudar e prefere só reclamar.



**HAW**

Quem resiste as mudanças, mas acaba se adaptando



**SNIFF**

Quem tem visão e cheira as mudanças no ar.

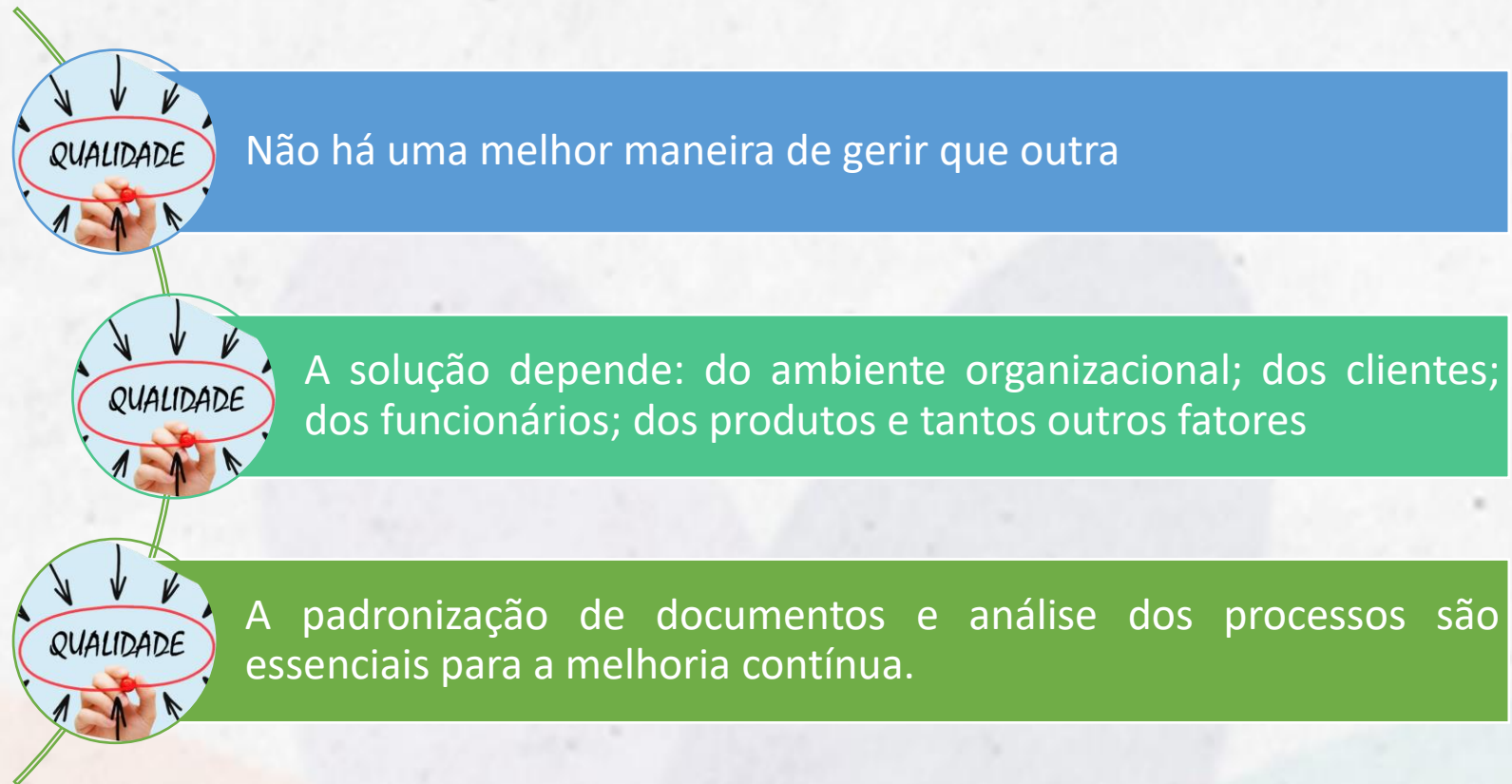


**SCURRY**

Quem vê as mudanças e age imediatamente.



# Qual é a receita?







**PARTICIPE**

**3ª AVAQUALIS**



**INÍCIO**  
**03/10**



*Quando a mente se expande para dar espaço a uma ideia nova, nunca recupera sua dimensão original.*

*Oliver Wendell Holmes*

# Obrigada!

Márcia Amaral Dal Sasso  
Chefe de Serviço de Gestão da Qualidade  
[marcia.sasso@ebserh.gov.br](mailto:marcia.sasso@ebserh.gov.br)