

| | | | |
|---------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento | PROGRAMA | PRG.CPFLD.001 – Página 1/13 | |
| Título do Documento | LÍDERES DA QUALIDADE - LIDERAQUALI | Emissão: 29/02/2024 | Próxima revisão: 28/02/2026 |
| | | Versão: 01 | |

1. SIGLAS E CONCEITOS

- **HU-UFMG/Ebserh:** Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, filial Ebserh
- **UFMG:** Universidade Federal da Grande Dourados
- **Ebserh:** Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
- **UCM:** Unidade de Clínica Médica
- **UCA:** Unidade da Criança e do Adolescente
- **UCIR:** Unidade da Clínica Cirúrgica
- **USME:** Unidade de Saúde Mental
- **UTI:** Unidade de Terapia Intensiva
- **UTIN:** Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
- **UTIAD:** Unidade de Terapia Intensiva Adulto
- **UTIP:** Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
- **UCINCo:** Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional
- **UMUL:** Unidade da Mulher
- **SUS:** Sistema Único de Saúde
- **AVAQualis:** Avaliação Interna da Qualidade
- **PNSP:** Programa Nacional de Segurança do Paciente
- **PGQuali:** Programa de Gestão da Qualidade
- **HUF:** Hospitais Universitários Federais
- **PCIRAS:** Plano de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
- **CCIRAS:** Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
- **UBCME:** Unidade de Bloco Cirúrgico e Processamento de Material Esterilizado
- **LideraQuali:** Programa de Líderes de Qualidade
- **IHI:** *Institute for Healthcare Improvement*
- **CPFLF:** Comitê do Programa de Formação de Líderes de Qualidade
- **EPA:** *Entrustable Professional Activities*
- **APCs:** Atividades Profissionais Confiáveis



| | | | |
|---------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento | PROGRAMA | PRG.CPFLD.001 – Página 2/13 | |
| Título do Documento | LÍDERES DA QUALIDADE - LIDERAQUALI | Emissão: 29/02/2024 | Próxima revisão: 28/02/2026 |
| | | Versão: 01 | |

2. APRESENTAÇÃO

O Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, filial Ebserh (HU-UFGD/Ebserh) é vinculado ao Ministério da Educação por sua natureza, e ao Ministério da Saúde, por seus serviços, e faz parte da estrutura da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) e, enquanto órgão suplementar, tem o papel de contribuir para a ampliação da produção acadêmica e para a formação de pessoal qualificado em Mato Grosso do Sul.

A Instituição é composta por 167 leitos ativos, distribuídos nas seguintes unidades assistenciais: Clínica Médica (UCM), Criança e do Adolescente (UCA), Clínica Cirúrgica (UCIR), Saúde Mental (USME), Terapia Intensiva (UTI) tipo II (adulto, pediátrico e neonatal), Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo) e da Mulher (UMUL).

Para além da produção relacionada ao ensino, o hospital também presta serviços de assistência à saúde à população da macrorregião de Dourados, com 100% dos atendimentos realizados no âmbito do SUS. A macrorregião compreende um total de 33 municípios do estado de Mato Grosso do Sul, representando 849.609 pessoas (IBGE, 2020).

Visando garantir uma assistência segura e de qualidade a nossa população, surge então a necessidade pela figura dos “líderes de qualidade” e “líderes de metas”. Profissionais preparados pela organização para trabalhar a gestão da mudança de paradigmas e de processos de trabalho, visando à melhoria contínua, baseando suas atividades nos princípios da Segurança do Paciente, AVAQUALIS, Auditoria, Certificação do Hospital de Ensino e o Controle Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) instituído pela Portaria MS nº. 529 de 1º de abril de 2013, visa prevenir, monitorar e reduzir a incidência de eventos adversos relacionados com os cuidados de saúde, promovendo melhorias relacionadas à qualidade do cuidado e à segurança do paciente. Um dos objetivos do PNSP é a promoção e apoio à implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde.

O AVAQualis está presente no Programa de Gestão da Qualidade (PGQuali) da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), instituído pela Portaria-SEI nº 23/2018, e 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.

Quanto a certificação do Hospital de Ensino, esta é baseada na Portaria Interministerial MS/MEC nº 285, de 24 de março de 2015, que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino e estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospital de Ensino, através de ações de integração ensino-serviço na área da saúde.

| | | | |
|---------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento | PROGRAMA | PRG.CPFLD.001 – Página 3/13 | |
| Título do Documento | LÍDERES DA QUALIDADE - LIDERAQUALI | Emissão: 29/02/2024 | Próxima revisão: 28/02/2026 |
| | | Versão: 01 | |

Seguindo este contexto temos a Portaria GM/MS nº 2616 de 12/05/98, que estabelece a necessidade de toda instituição de saúde estabelecer o seu Plano de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – PCIRAS, que deverá conter o conjunto de ações a serem desenvolvidas e deliberadas sistematicamente pela Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – CCIRAS, para a máxima redução possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

Além dos relatórios da Auditoria Interna da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), que é uma atividade independente, de avaliação e assessoramento aos gestores da entidade, no acompanhamento da execução dos programas de governo, visando comprovar o nível de execução das metas, o alcance dos objetivos e a adequação do gerenciamento, que recebe orientação normativa e supervisão técnica do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal, de acordo com o caput do artigo 15, do Decreto nº 3.591/2000.

Para isto, buscamos profissionais com perfil proativo, que conheça bem sua equipe de trabalho, com bom relacionamento interpessoal, que invista em autoconhecimento e que queira adquirir novas competências. O líder é aquele profissional que inspira as pessoas a serem melhores, que conecta sua equipe com o propósito da instituição.

3. OBJETIVOS

- Implantar ações de melhoria contínua nos processos assistenciais por meio da atuação de líderes para qualidade.

3.1. Objetivos específicos

- Colaborar na resolução das demandas apresentadas nos relatórios dos órgãos de fiscalização quanto aos quesitos relacionados as unidades assistenciais;
- Desenvolver ações e mudanças que visam atender os requisitos do Programa de Certificação de Hospital de Ensino;
- Implementar juntamente com o Setor de Qualidade e as Unidades Assistenciais as metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente;
- Promover a ciência de melhoria através da análise e do monitoramento dos indicadores de processos e resultados da unidade, para realizar as mudanças necessárias no âmbito assistencial e do ensino, pesquisa, extensão e inovação tecnológica;
- Contribuir para o cumprimento dos requisitos do Programa de Gestão da Qualidade-Ebserh (PGQuali);
- Desenvolver as ações de prevenção de infecções em conformidade com o Programa de Controle de Infecções Relacionado à Assistência à Saúde (PCIRAS);

| | | | |
|---------------------|---|-----------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PROGRAMA | PRG.CPFLD.001 – Página 4/13 | |
| Título do Documento | LÍDERES DA QUALIDADE - LIDERAQUALI | Emissão: 29/02/2024 | Próxima revisão: 28/02/2026 |
| | | Versão: 01 | |

- Promover o engajamento da equipe na melhoria contínua dos processos da unidade;
- Fomentar a Gestão Compartilhada via Unidade de Produção nas unidades assistenciais através da gestão de dados/indicadores.

4. ABRANGÊNCIA

O Programa de Líderes de Qualidade do HU-UFMG/Ebserh têm sua importância por capacitar profissionais de saúde de todas as áreas assistenciais, através de um conjunto de elementos estruturais e de atividades que têm como fim específico a melhoria contínua da qualidade assistencial como também do ensino, pesquisa, extensão e inovação tecnológica.

Inicialmente, o programa abordará a Unidade de Clínica Médica (UCM) e a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) contemplando a Unidade de Cuidados Intermediários Convencional (UCINco), sendo considerado um projeto piloto. Com futura ampliação de abrangência para todas as unidades assistenciais.

A UCM é composta por 34 leitos, dividido em Posto 03 com 22 leitos de assistência geral e o Posto 04 com 12 leitos de assistência a pacientes em isolamento, com uma taxa de ocupação no ano de 2022 de 85%.

Enquanto a UTIN compreende 10 leitos de terapia intensiva neonatal e 15 leitos da UCINCo, com uma taxa de ocupação média de 116,5% no ano de 2022. Destaca-se que a unidade apresenta taxa de ocupação variável, com uma série histórica de superlotação e utilização de leitos excedentes.

5. JUSTIFICATIVA

A Organização Mundial da Saúde, em 1993, definiu qualidade da assistência à saúde como um conjunto de elementos que incluem: alto grau de competência profissional, eficiência na utilização dos recursos, mínimo de riscos e satisfação dos pacientes, e um efeito favorável na saúde. A criação de indicadores é extremamente importante para a avaliação da qualidade pois proporciona uma medida e permite o monitoramento e a identificação de oportunidades de melhoria de serviços e de mudanças positivas em relação ao alcance da qualidade a um custo razoável.

O *Institute for Healthcare Improvement (IHI)* propõe uma definição estratégica para a qualidade dos cuidados de saúde: “o esforço de atender às necessidades dos clientes de forma contínua, confiável e sustentável”. Para tanto, requer a promoção da melhoria contínua dos processos, a partir da análise crítica dos resultados.

| | | | |
|---------------------|---|-----------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PROGRAMA | PRG.CPFLD.001 – Página 5/13 | |
| Título do Documento | LÍDERES DA QUALIDADE - LIDERAQUALI | Emissão: 29/02/2024 | Próxima revisão: 28/02/2026 |
| | | Versão: 01 | |

Ao considerarmos como instrumentos de análise situacional da qualidade os relatórios de inspeção sanitária, de auditoria e da avaliação interna da qualidade - AVAQualis, observa-se no HU-UFGD/ Ebserh os seguintes achados:

- Ausência de monitoramento de indicadores de qualidade pelas equipes assistenciais;
- Não cumprimento de diversos requisitos do AVAQualis;
- Apontamentos repetidos de irregularidades pela auditoria e vigilância sanitária; e
- Adesão parcial aos protocolos de segurança do paciente e de controle de infecções.

Buscando transformar o cenário atual, propõem-se a criação do presente programa, com o objetivo de formar líderes de qualidade nas unidades assistenciais do HU-UFGD/ Ebserh, utilizando a ciência da melhoria contínua nos processos de trabalho.

6. DIRETRIZES/MÉTODO

A implantação do Programa de Líderes de Qualidade (LideraQuali) será no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU-UFGD/Ebserh) no município de Dourados-MS.

As ações serão desenvolvidas em duas fases. Na primeira fase (Fase 01), como projeto piloto será implantado nas unidades assistenciais: Unidade de Clínica Médica (UCM) e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), contemplando a Unidade de Cuidados Intermediários Convencional (UCINco); e posteriormente na segunda fase (Fase 02) o programa contemplará as demais áreas assistenciais: Unidade de Bloco Cirúrgico e Processamento de Material Esterilizado (UBCME), Unidade de Clínica Cirúrgica (UCIR), Unidade de Saúde Mental (USME), Unidade da Criança e do Adolescente (UCA); Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), Unidade da Mulher (UMUL) e Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTIAD).

Após a implantação do Programa LideraQuali o mesmo será implementado como política institucional de caráter permanente. O Programa LideraQuali contará com um gestor chamado de Líder de Qualidade, sendo profissional de saúde de nível superior, preferencialmente que esteja lotado na unidade assistencial no qual desempenhará as ações do programa. Ele será o responsável por gerir todo o programa juntamente com os demais profissionais de saúde de sua unidade, denominados de Líderes de Metas. Os Líderes de Metas serão responsáveis pela execução de ações mais específicas, estas direcionadas pelo Líder de Qualidade.

No âmbito institucional (HU-UFGD/Ebserh) o Programa LideraQuali será matriciado pelo Comitê do Programa de Formação de Líderes de Qualidade, responsável pela construção do programa, como também pela formação e monitoramento das ações do Líder de Qualidade. Composto por equipe assistencial e por gestores, representado por profissionais de saúde de diversas categorias, sendo elas: medicina, enfermagem, nutrição, psicologia e fisioterapia.

| | | | |
|---------------------|---|-----------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PROGRAMA | PRG.CPFLD.001 – Página 6/13 | |
| Título do Documento | LÍDERES DA QUALIDADE - LIDERAQUALI | Emissão: 29/02/2024 | Próxima revisão: 28/02/2026 |
| | | Versão: 01 | |

O Comitê do Programa de Formação de Líderes de Qualidade (CPFLD) foi instituído em Janeiro de 2023, publicado em boletim de serviço institucional e no período de 06 meses (Janeiro à Julho de 2023) foi elaborado a Matriz EPA (*Entrustable Professional Activities*) do programa. No Brasil denominada de Atividades Profissionais Confiáveis (APCs), instrumento norteador para a execução das ações do líder de qualidade (Apêndice A) e do líder de meta (Apêndice B).

A Matriz (EPA-APC) é composta estruturalmente por:

- A) Caracterização da atividade;
- B) Riscos Potenciais;
- C) Conhecimento;
- D) Habilidades;
- E) Atitudes;
- F) Fonte da Informação;
- G) Prazo de Execução;
- H) Avaliação do Líder;
- I) Observação.

Estas ações listadas na matriz são realizadas sistematicamente pelos dois atores do programa (líder de qualidade e líder de meta), cada atividade com sua característica e periodicidade individuais.

A escolha do Líder de Qualidade dará por processo seletivo nas duas fases do programa. Este contará primeiramente com a inscrição voluntária do candidato, avaliação de currículo e última etapa entrevista. A seleção será realizada pelo Comitê do Programa de Formação de Líderes de Qualidade.

O treinamento dos Líderes de Qualidade será por meio de oficinas multiprofissionais com temáticas específicas seguindo a matriz EPA-APC. Os temas abordados serão: coleta e monitoramento de indicadores; acompanhamento de gráficos de tendência; levantamento de ideias de melhoria; testes de mudanças (PDSA); valor em saúde e desenvolvimento de ações que alcance e melhore os resultados, dentre outros.

7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento será realizado mensalmente pelo CPFLD que irá analisar os relatórios enviados pelos líderes de qualidade e irá propor e executar ações de melhoria e intervenções necessárias.

Semestralmente o CPFLD irá apresentar relatório dos indicadores e ações realizadas a governança do hospital.

| | | | |
|---------------------|---|-----------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PROGRAMA | PRG.CPFLD.001 – Página 7/13 | |
| Título do Documento | LÍDERES DA QUALIDADE - LIDERAQUALI | Emissão: 29/02/2024 | Próxima revisão: 28/02/2026 |
| | | Versão: 01 | |

8. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 285, de 24 de março de 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285_24_03_2015.html. Acesso em: 04 jul 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 2616 de 12/05/98. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html. Acesso em: 04 jul 2023.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). Portaria-SEI nº 23, de 05 de novembro de 2018. Institui o Programa Ebserh de Gestão da Qualidade - Selo Ebserh de Qualidade. Boletim de Serviço nº 488, de 06 novembro de 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2018/boletim-de-servico-no-488-06-11-2018>. Acesso em: 04 jul 2023.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). Manual Diretrizes e Requisitos do Programa e Selo Ebserh de Qualidade. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufscar/governanca/qualidade/avaqualis/manual-de-diretrizes-e-requisitos-do-programa-e-selo-ebserh-de-qualidade-versao-2.pdf/view>. Acesso em: 04 jul 2023.

9. HISTÓRICO DE REVISÃO

| VERSÃO | DATA | DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO |
|--------|------------|------------------------|
| 01 | 19/07/2023 | Elaboração do programa |

| | |
|--|------------------|
| Elaboração Ellen Daiane Biavatti de Oliveira Algeri – UGITS Fernanda Raquel Ritz Araújo Alencar – DENF Franciele Gonçalves – UTIN Fuad Fayez Mahmoud – STGQ Graciela Mendonça dos Santos Bet – UGQSP Larissa Beatriz Andreatta – UTIAD Raquel Bressan de Souza – UMULTI Rita de Cássia Doracio Mendes – UGPESQ Silvane Cavalheiro da Silva – UVS Tiago Amador Correia – GAS | Data: 19/07/2023 |
| Validação Gessica Linhares Melo – STGQ | Data: 28/02/2024 |
| Aprovação Colegiado Executivo | Data: 29/02/2024 |

Assinado eletronicamente no processo SEI 23529.002755/2024-71



| | | | |
|---------------------|---|-----------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PROGRAMA | PRG.CPFLD.001 – Página 8/13 | |
| Título do Documento | LÍDERES DA QUALIDADE - LIDERAQUALI | Emissão: 29/02/2024 | Próxima revisão: 28/02/2026 |
| | | Versão: 01 | |

APÊNDICE A – Atribuições do líder da qualidade – matriz EPA

| Programa Líder de Qualidade | | | | | | | | |
|---|---|--|--|---|--|--|-------------------|---|
| Matriz de Atividades Profissionais Confiáveis | | | | | | | | |
| | Atividade | Riscos Potenciais | Conhecimento | Habilidades | Atitudes | Fontes de informação | Prazo de Execução | Avaliação do Líder |
| 1 | ANALISAR o relatório do líder de meta quanto a conferência da utilização de pulseiras de identificação. Especificações: VERIFICAR a proporção de pacientes em uso de pulseiras padronizadas com 02 identificadores obrigatórios (nome completo e data de nascimento). | a) O líder de meta não entregar o relatório; Minimização dos Riscos: COMUNICAR a chefia Imediata; ORIENTAR o líder de meta quanto a obrigatoriedade da entrega do relatório; CAPACITAR os colaboradores e líderes de meta. | Metas internacionais de Segurança do Paciente; Protocolo institucional Identificação do Paciente (PRT.CP.NSP.001); | ANALISAR e VALIDAR dados e relatórios dos líderes de metas. | MONITORAR as ações dos líderes de metas, ACOMPANHAR e MONITORAR execução e orientá-los de forma permanente. REALIZAR coleta de validação por amostragem do indicador (1x ao mês - Dia D) e PROPOR melhorias quando necessário. | Instrumento de Coleta de dados de Identificação do Paciente. | Mensal | () Atendido () Parcialmente Atendido () Não Atendido |
| 2 | CONFERIR a realização das escalas de risco de quedas (Morse ou Humpyt Dumpty) na admissão do paciente e diariamente na unidade. Especificações: ANALISAR relatório do Setor de Gestão da Qualidade quanto a aplicação das escalas na admissão e diariamente da unidade. | a) Ausência de registro no AGHU no campo adequado; b) Colaboradores não aderirem; c) O Setor de Qualidade não entregar o relatório; Minimização dos Riscos: ORIENTAR a equipe quanto a realização do registro no campo adequado. COMUNICAR o chefe de unidade quanto a ausência do registro e CAPACITAR os colaboradores. COMUNICAR o Comitê e Chefia Imediata. INCLUIR pauta para discussão na reunião da Unidade de Produção (UP). | Metas internacionais de Segurança do Paciente; Protocolo de Prevenção de Quedas (PRT.NSP.003); POP Avaliação do Risco de Quedas em Adultos e Idosos (POP.DE.057). | ANALISAR dados dos relatórios do Setor de Gestão da Qualidade (STGQ). | APRESENTAR os dados as equipes assistenciais, DISCUTIR os pontos críticos e propor melhorias caso avaliação se enquadre em não atendido (abaixo de 90%). | Relatório emitido pelo STGQ. | Mensal | Aplicação Score: () Atendido (100%) () Aceitável (acima de 90%) () Não Atendido (abaixo de 90%) |
| 3 | CONFERIR a realização das escalas de risco de lesão por pressão (Braden/BradenQ) na admissão e diariamente na unidade. Especificações: ANALISAR relatório do Setor de Gestão da Qualidade na admissão e diariamente na unidade. | a) Ausência de registro no AGHU no campo adequado; b) Os colaboradores não aderirem; c) O Setor de Qualidade não entregar o relatório Minimização dos Riscos: ORIENTAR a equipe quanto a realização do registro no campo adequado. COMUNICAR o chefe de unidade quanto a ausência do registro e capacitar os colaboradores. COMUNICAR o Comitê e Chefia Imediata. INCLUIR pauta para discussão na reunião da Unidade de Produção (UP). | Metas internacionais de Segurança do Paciente; Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão (PRT.NSP.011); Procedimento Operacional Padrão Avaliação do Risco de Lesão por Pressão Utilizando a Escala de Braden e Braden Q (POP.DE.056); | ANALISAR os dados dos relatórios do Setor de Qualidade (STGQ). | APRESENTAR os dados as equipes assistenciais, DISCUTIR os pontos críticos e PROPOR melhorias caso avaliação se enquadre em não atendido (abaixo de 90%). | Relatório emitido pelo STGQ. | Mensal | Aplicação Score: () Atendido (100%) () Aceitável (acima de 90%) () Não Atendido (abaixo de 90%) |
| 4 | ANALISAR o relatório dos líderes de meta quanto a verificação da rotina de conferência dos rótulos de medicamentos, dietas enterais e parenterais, bolsas de transfusão dentre outros. Especificações: ANALISAR o relatório do líder de metas e atente-se para os identificadores obrigatórios (nome completo, data de nascimento, data e horário, nome do medicamento/sangue/dieta, via e dose/volume). | a) Os colaboradores não aderirem a rotina; b) O líder de meta não entregar o relatório; Minimização dos Riscos: ORIENTAR equipe quanto a realização do registro no campo adequado. COMUNICAR chefe de unidade quanto a ausência do registro e capacitar os colaboradores. COMUNICAR o Comitê e Chefia Imediata. INCLUIR pauta para discussão na reunião da Unidade de Produção (UP). | Metas internacionais de Segurança do Paciente; Protocolo Segurança no Preparo e Administração de Medicamentos (PRT.NSP.002). | ANALISAR e VALIDAR dados e relatórios dos líderes de metas. | MONITORAR as ações dos líderes de metas, acompanhar e monitorar execução e orientá-los de forma permanente. Realizar coleta de validação por amostragem do indicador (1x ao mês Dia D) e propor melhorias caso avaliação se enquadre em não atendido (abaixo de 90%). | Relatório emitido pelo Líder de Meta | Mensal | Aplicação Score: () Atendido (100%) () Aceitável (acima de 90%) () Não Atendido (abaixo de 90%) |



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO



| | | | |
|---------------------|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento | PROGRAMA | PRG.CPFLD.001 – Página 9/13 | |
| Título do Documento | LÍDERES DA QUALIDADE - LIDERAQUALI | Emissão: 29/02/2024 | Próxima revisão: 28/02/2026 |
| | | Versão: 01 | |

| | | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|--|--|---|--|
| 5 | ANALISAR o relatório do líder de meta quanto a conferência do preenchimento do mapa de controle de temperatura da geladeira de medicação. Especificações: VERIFICAR se há um registro diário de temperatura (máxima, mínima e do momento) por turno, com evidência de que o termômetro está sendo reiniciado a cada aferição e que as ações corretivas foram registradas nos casos de alteração da temperatura. | a) Os colaboradores não aderirem a rotina; b) o líder de meta não entregar o relatório. Minimização dos Riscos: Orientar a equipe quanto a realização do registro no campo adequado. Comunicar chefe de unidade quanto a ausência do registro e Capacitar os colaboradores. Comunicar o Comitê e Chefia Imediata. Incluir pauta para discussão na reunião da Unidade de Produção (UP). Solicitar reparo do refrigerador quando necessário e/ou aquisição de termômetro. | Protocolo de Conferência de temperatura de geladeira | ANALISAR e VALIDAR dados e relatórios dos líderes de metas. | MONITORAR as ações dos líderes de metas, ACOMPANHAR e MONITORAR a execução e orientá-los de forma permanente. Realizar coleta de validação por amostragem do indicador (1x ao mês Dia D) e PROPOR melhorias caso avaliação se enquadre em não atendido (abaixo de 100%). | Relatório emitido pelo Líder de Meta | Mensal | Aplicação Score: () Atendido (100%) () Não Atendido (abaixo de 100%) |
| 6 | MONITORAR a existência de eletrólitos concentrados na unidade. Especificações: CONFERIR diariamente, caso exista, se todos os eletrólitos estão identificados e em local restrito na unidade. | a) A equipe não aderir; b) O setor de Farmácia não retirar as sobras de medicamentos; Minimização dos Riscos: Orientar equipe quanto ao armazenamento e retirada dos eletrólitos de locais inadequados; Comunicar o Comitê e Chefia Imediata em caso de recorrência. | Lista de Medicamentos de Alta Vigilância do ISMP (https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2019/02/BOLETIM-ISMP-FEVEREIRO-2019.pdf) e Protocolo de Segurança no Preparo e Administração de Medicamentos (PRT.NSP.002). | GERIR indicadores assistenciais, MONITORAR dados, AVALIAR resultados; e IMPLEMENTAR ações de melhorias. | CONFERIR diariamente a adequação de eletrólitos concentrados na unidade; Realizar ações educativas junto à equipe. | Ficha de observação elaborada pelo líder de qualidade. | Diária | Aplicação Score: () Atendido (100%) () Não Atendido (abaixo de 90%) |
| 7 | MONITORAR a conferência do carro de emergência pela enfermagem. Especificações: AVALIAR mensalmente a adequação do registro de conferência do Carro de Emergência, e trimestralmente VALIDAR a informação através da conferência do Carro de Emergência. | a) A equipe não aderir; b) Inconformidades na conferência; c) Desabastecimento do lacre; Minimização dos Riscos: Orientar equipe quanto ao registro adequado da conferência do Carro de Emergência; Comunicar o Comitê e Chefia Imediata em caso de recorrência. | Manual de Conferência e Reposição do Carro de Emergência (MA.DENF.001). | GERIR indicadores assistenciais, MONITORAR dados, AVALIAR resultados; e IMPLEMENTAR ações de melhorias. | MONITORAR as ações da equipe assistencial e orientá-los de forma permanente. Realizar conferência trimestralmente; Informar chefia de Unidade em casos de inconformidades. | Check lista de conferência do Carro de Emergência. | Monitoramento mensal; Conferência trimestral; | Aplicação Score: () Atendido (100%) () Não Atendido (abaixo de 100%) |
| 8 | MONITORAR a conferência do desfibrilador do carro de emergência. Especificações: RETIRAR e ANALISAR o extrato mensal da conferência do desfibrilador. | a) A equipe não aderir; b) Inconformidades na conferência. Minimização dos Riscos: Orientar a equipe quanto ao registro adequado da conferência do desfibrilador; Comunicar o Comitê e Chefia Imediata em caso de recorrência. | Manual de Conferência e Reposição do Carro de Emergência (MA.DENF.001); POP Teste do Desfibrilador (POP.STEC.003). | EXTRAIR o relatório mensal; GERIR os indicadores assistenciais, MONITORAR dados, AVALIAR resultados; e IMPLEMENTAR ações de melhorias. | INFORMAR a chefia de Unidade em casos de inconformidades com os testes (3 vezes ao dia). MONITORAR as ações da equipe assistencial e orientá-los de forma permanente. | Check list de conferência do Desfibrilador e extrato do equipamento. | Mensal | Aplicação Score: () Atendido (90%) () Não Atendido (abaixo de 90%) |
| 9 | ANALISAR o relatório do líder de meta quanto a conferência e manutenção das almofolhas/frascos tampados e válidos. Especificações: ANALISAR mensalmente a conferência diária do líder de meta em relação aos cuidados com almofolhas/frascos: data de abertura, prazo de validade e se permanecem tampados, promovendo as ações corretivas necessárias. | a) A equipe não aderir; b) Inconformidades na conferência. Minimização dos Riscos: Orientar a equipe quanto ao registro adequado da conferência das almofolhas/frascos; Comunicar a chefia imediata caso necessário. | PRT.CCIRAS.003 Padronização de antissépticos e antissepsia. | ANALISAR e VALIDAR dados e relatórios dos líderes de metas. | MONITORAR as ações dos líderes de metas, ACOMPANHAR e MONITORAR a execução e orientá-los de forma permanente. | Relatório emitido pelo Líder de Meta | Mensal | Aplicação Score: () Atendido, maior que 90%. () Parcialmente atendido, 70 a 90%. () Não Atendido, menor que 70%. |
| 10 | REALIZAR a conferência dos materiais esterilizados e conferir o preenchimento do instrumento diário dos itens da Central de Materiais Esterilizados (CME). Especificações: REALIZAR a conferência mensalmente certificando que os materiais estão dentro da validade, na quantidade preconizada e acondicionado adequadamente. ANALISAR semanalmente o preenchimento do instrumento diário da equipe assistencial responsável, promovendo correções necessárias imediatamente. | a) A equipe assistencial não conferir os materiais e/ou não preencher o formulário; Minimização dos Riscos: Orientar a equipe quanto a conferência dos materiais e o registro adequado; Comunicar a chefia imediata, caso necessário. | Rotina de solicitação e recebimento de materiais esterilizados; Tempo de validade dos materiais; Instrumento de conferência. | GERIR indicadores assistenciais, MONITORAR dados, AVALIAR resultados; e IMPLEMENTAR ações de melhorias. | INFORMAR a Chefia de Unidade em casos de inconformidades. MONITORAR as ações da equipe assistencial e orientá-los de forma permanente. | Instrumento de Conferência. | Semanal | Aplicação Score: () Atendido (90%) () Não Atendido (abaixo de 90%) |



| | | | |
|---------------------|------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento | PROGRAMA | PRG.CPFLD.001 – Página 10/13 | |
| Título do Documento | LÍDERES DA QUALIDADE - LIDERAQUALI | Emissão: 29/02/2024 | Próxima revisão: 28/02/2026 |
| | | Versão: 01 | |

| | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|--|--|---------|--|
| 11 | MONITORAR as condições de descarte e do armazenamento de perfuro cortantes pela equipe assistencial. Especificações: REALIZAR a rotina semanal de conferência do uso correto do Descarpack. AVALIAR o local de acondicionamento e volume de resíduos. | a) A caixa de armazenamento de perfuro cortantes (Descarpack) estar acondicionada em local inadequado; b) A caixa de armazenamento de perfuro cortantes (Descarpack) estar acima do volume preconizado; c) Não ter suporte para acondicionar a caixa de perfuro cortantes (Descarpack); Minimização de Riscos: ORIENTAR a equipe quanto ao descarte e armazenamento adequado; COMUNICAR a chefia imediata, caso necessário. | Conhecimento de normas de biossegurança; Programa de gerenciamento de resíduos em serviços de saúde (PGRSS); | GERIR indicadores assistenciais, MONITORAR dados, AVALIAR resultados; e IMPLEMENTAR ações de melhorias. | INFORMAR a chefia de Unidade em casos de inconformidades. MONITORAR as ações da equipe assistencial e orientá-los de forma permanente. | Instrumento de Conferência. | Semanal | Aplicação Score: [] Atendido (90%) [] Não Atendido (abaixo de 90%) |
| 12 | MONITORAR o descarte correto na separação de resíduos. Especificações: CONFERIR mensalmente a segregação dos resíduos hospitalares. | a) As lixeiras estarem destampadas, com saco inadequado e sendo utilizadas com capacidade maior que 2/3; b) O lixo ter sido descartado inadequadamente. Minimização de Riscos: ORIENTAR a equipe quanto ao descarte adequado; COMUNICAR a chefia imediata, caso necessário. | Conhecimento de normas de biossegurança; Programa de gerenciamento de resíduos em serviços de saúde (PGRSS); Prevenção de riscos de acidentes com materiais perfurocortantes (POP.USOST.015). | GERIR indicadores assistenciais, MONITORAR dados, AVALIAR resultados; e IMPLEMENTAR ações de melhorias. | INFORMAR a chefia de Unidade em casos de inconformidades. MONITORAR as ações da equipe assistencial e orientá-los de forma permanente. | Instrumento de Conferência. | Mensal | Aplicação Score: [] Atendido, maior que 90%. [] Parcialmente atendido, 70 a 90%. [] Não Atendido, menor que 70%. |
| 13 | MONITORAR o registro da limpeza concorrente e terminal pela equipe de enfermagem. Especificações: ANALISAR os registros da equipe assistencial/líder de meta quanto a realização das limpezas terminais incluindo a programada conforme protocolo institucional. MONITORAR a realização das limpezas concorrentes pelo menos 20 oportunidades/mês. | a) Não ter tido rotina de limpeza concorrente e terminal; b) O líder de meta/equipe assistencial não registrarem. Minimização dos Riscos: ORIENTAR a equipe quanto a realização das limpezas concorrentes e terminais. COMUNICAR a chefia imediata frente a irregularidade evidenciada. | Protocolo de limpeza e desinfecção de superfícies (PRT.CCIRAS.014); Manual de Normas e Rotinas da Unidade. | GERIR indicadores assistenciais, MONITORAR dados, AVALIAR resultados; e IMPLEMENTAR ações de melhorias. | MONITORAR as ações de rotina de limpeza e desinfecção e orientá-los de forma permanente. | Instrumento de Conferência. | Mensal | Aplicação Score: [] Atendido, maior que 90%. [] Parcialmente atendido, 70 a 90%. [] Não Atendido, menor que 70%. |
| 14 | ANALISAR o relatório do líder de meta quanto a conformidade da adesão às precauções nos pacientes em isolamento. Especificações: CONFERIR e CUMPRIR o relatório mensal emitido pelo líder de meta (placa de isolamento e uso de EPI's) conforme protocolo institucional. VALIDAR essas práticas com uma avaliação mensal, por observação. | a) O líder de meta não aderir a conferência das precauções; b) Inconformidades na conferência e relatórios. c) Faltar insumos. Minimização dos Riscos: ORIENTAR equipe quanto a adesão do protocolo de isolamento e precauções. COMUNICAR a chefia imediata caso necessário. | Protocolo de isolamento e precauções (PRT.CCIRAS.003); Censo diário de isolamento - pasta da Unid_Vig_Saúde. | GERIR indicadores assistenciais, MONITORAR dados, AVALIAR resultados; e IMPLEMENTAR ações de melhorias. | MONITORAR a adesão da equipe assistencial quanto as medidas de isolamento e precauções. ORIENTAR a equipe permanentemente com objetivo de corrigir falhas no processo. PROMOVER capacitações relacionadas. | Protocolo de isolamento e precauções; Relatório do Líder de Meta quanto a atividade; Censo diário de isolamento - pasta da Unid_Vig_Saúde. | Mensal | Aplicação Score: [] Atendido, maior que 90%. [] Parcialmente atendido, 70 a 90%. [] Não Atendido, menor que 70%. |
| 15 | MONITORAR o relatório mensal do líder de meta quanto ao uso de adornos por categoria profissional. Especificações: REALIZAR a conferência do relatório mensal do líder de meta quanto ao uso de adornos pelos profissionais assistenciais. | a) O líder de meta não entregar o relatório. Minimização dos Riscos: ORIENTAR a equipe quanto a adesão de zero adorno. COMUNICAR a chefia imediata caso necessário. | NR32; Portaria nº 207 de 22/09/2017 do HU-UFPA Ebserh que, veta o uso de adornos. | GERIR indicadores assistenciais, MONITORAR dados, AVALIAR resultados; e IMPLEMENTAR ações de melhorias. | MONITORAR a adesão da equipe assistencial quanto ao zero adorno. CORRIGIR falhas do processo e ORIENTAR a equipe permanentemente. | Relatório do Líder de Meta quanto a atividade. | Mensal | Aplicação Score: [] Atendido, maior que 90%. [] Parcialmente atendido, 70 a 90%. [] Não Atendido, menor que 70%. |
| 16 | ANALISAR o relatório mensal dos enfermeiros assistenciais quanto a conformidade do Bundle de prevenção de IPCS. Especificações: ANALISAR e COMPILAR o relatório dos enfermeiros assistenciais quanto a adesão ao Bundle de prevenção de IPCS. VALIDAR as informações por meio de observação. | a) Os enfermeiros assistenciais não preencherem o instrumento de coleta do bundle. Minimização dos Riscos: ORIENTAR a equipe quanto a adesão ao bundle de prevenção de IPCS e preenchimento do instrumento de manutenção. COMUNICAR a chefia imediata, caso necessário. | Protocolo de Prevenção de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (PRT.CCIRAS.005); Bundle de Prevenção de IPCS. | GERIR indicadores assistenciais, MONITORAR dados, AVALIAR resultados; e IMPLEMENTAR ações de melhorias. | ACOMPANHAR e MONITORAR as ações dos enfermeiros assistenciais, orientá-los e capacitá-los de forma permanente. | Compilado dos instrumentos preenchidos pelos enfermeiros assistenciais. | Mensal | Aplicação Score: [] Atendido, maior que 90%. [] Parcialmente atendido, 70 a 90%. [] Não Atendido, menor que 70%. |



| | | | |
|---------------------|------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento | PROGRAMA | PRG.CPFLD.001 – Página 11/13 | |
| Título do Documento | LÍDERES DA QUALIDADE - LIDERAQUALI | Emissão: 29/02/2024 | Próxima revisão: 28/02/2026 |
| | | Versão: 01 | |

| | | | | | | | | |
|----|--|---|--|---|--|--|----------|--|
| 17 | ANALISAR o relatório mensal dos profissionais assistenciais quanto a conferência do Bundle de prevenção de ITU. Especificações: ANALISAR e COMPILAR o relatório dos enfermeiros assistenciais quanto a adesão ao Bundle de prevenção de ITU. VALIDAR as informações por meio de observação. | a) Os profissionais assistenciais não preencherem o instrumento de coleta do bundle. Minimização dos Riscos: ORIENTAR a equipe quanto a adesão ao bundle de prevenção de IPCS e preenchimento do instrumento de manutenção. COMUNICAR a chefia imediata, caso necessário. | Protocolo de Prevenção de Infecção do Trato Urinário (PRT.CCIRAS.006); Bundle de Prevenção de ITU. | GERIR indicadores assistenciais, MONITORAR dados, AVALIAR resultados; e IMPLEMENTAR ações de melhorias. | ACOMPANHAR e MONITORAR as ações dos enfermeiros assistenciais, orientá-los e capacitá-los de forma permanente. | Complido dos instrumentos preenchidos pelos enfermeiros assistenciais. | Mensal | Aplicação Score: () Atendido, maior que 90%. () Parcialmente atendido, 70 a 90%. () Não Atendido, menor que 70%. |
| 18 | ANALISAR o relatório mensal dos profissionais assistenciais quanto a conferência do Bundle de prevenção de PAV. Especificações: ANALISAR e COMPILAR o relatório dos enfermeiros assistenciais quanto a adesão ao Bundle de prevenção de PAV. VALIDAR as informações por meio de observação. | a) Os profissionais assistenciais não preencherem o instrumento de coleta do bundle. Minimização dos Riscos: ORIENTAR a equipe quanto a adesão ao bundle de prevenção de IPCS e preenchimento do instrumento de manutenção. COMUNICAR a chefia imediata, caso necessário. | Protocolo de Prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PRT.CCIRAS.007); Bundle de Prevenção de PAV. | GERIR indicadores assistenciais, MONITORAR dados, AVALIAR resultados; e IMPLEMENTAR ações de melhorias. | ACOMPANHAR e MONITORAR as ações dos enfermeiros assistenciais, orientá-los e capacitá-los de forma permanente. | Complido dos instrumentos preenchidos pelos enfermeiros assistenciais. | Mensal | Aplicação Score: () Atendido, maior que 90%. () Parcialmente atendido, 70 a 90%. () Não Atendido, menor que 70%. |
| 19 | ANALISAR por amostragem, a conferência da validade dos dispositivos não invasivos em uso no paciente (umidificador, nebulizador, frasco de aspiração, extensores/látex, catéter nasal, dentre outros). Especificações: REALIZAR uma amostragem semanal em beira leito. | a) A equipe assistencial não conferir os materiais. Minimização de Riscos: ORIENTAR a equipe quanto a conferência dos materiais e tempo de troca conforme rotinas institucionais. COMUNICAR a chefia imediata caso necessário. | Protocolo de Tempo de permanência de dispositivos (PRT.CCIRAS.004). | GERIR indicadores assistenciais, MONITORAR dados, AVALIAR resultados; e IMPLEMENTAR ações de melhorias. | ACOMPANHAR e MONITORAR as ações dos enfermeiros assistenciais, orientá-los e capacitá-los de forma permanente. | Protocolo institucional | Mensal | Aplicação Score: () Atendido, maior que 90%. () Parcialmente atendido, 70 a 90%. () Não Atendido, menor que 70%. |
| 20 | ANALISAR o relatório do líder de meta quanto ao monitoramento dos 05 momentos de higienização das mãos (HM). Especificações: ANALISAR e COMPILAR o relatório do líder de meta quanto ao cumprimento dos 5 momentos de HM. | a) O líder de meta não entregar o relatório. Minimização dos Riscos: ORIENTAR a equipe quanto a adesão de higiene das mãos. COMUNICAR a chefia imediata caso necessário. | Protocolo de Higiene das Mãos (PRT.CCIRAS.001); Instrumento de coleta de amostras | GERIR indicadores assistenciais, MONITORAR dados, AVALIAR resultados; e IMPLEMENTAR ações de melhorias. | MONITORAR a adesão da equipe assistencial quanto a higiene das mãos. CORRIGIR falhas do processo e ORIENTAR a equipe permanentemente. | Protocolo de higienização das mãos | Mensal | Aplicação Score: () Atendido, maior que 90%. () Parcialmente atendido, 70 a 90%. () Não Atendido, menor que 70%. |
| 21 | AUXILIAR o levantamento de temáticas de Educação Permanente (EP) para equipe multiprofissional a partir das necessidades evidenciadas pelos relatórios na prática laboral dos profissionais. Especificações: COMUNICAR a chefia da Unidade, coordenação das Unidades de Produção (UP) e UDP; quanto as necessidades de capacitações e treinamentos da unidade assistencial. | a) Dificuldade de seleção de temas prioritários conforme prática assistencial. Minimização dos Riscos: ATUAR em conjunto com a UP e Chefia de Unidade quanto as necessidades de EP. | Boas práticas da Unidade Assistencial; Protocolos institucionais; Plano de Educação Permanente Institucional - UDP | IDENTIFICAR as necessidades de treinamentos | OBSERVAR a prática laboral dos profissionais e IDENTIFICAR pontos de melhoria relacionado as boas práticas em saúde | Evidências Científicas e Política Nacional de Educação Permanente | Contínuo | () Atendido () Não Atendido |



| | | | |
|---------------------|---|------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PROGRAMA | PRG.CPFLD.001 – Página 12/13 | |
| Título do Documento | LÍDERES DA QUALIDADE - LIDERAQUALI | Emissão: 29/02/2024 | Próxima revisão: 28/02/2026 |
| | | Versão: 01 | |

APÊNDICE B – Atribuições do líder de meta – matriz EPA

| Programa Líder de Qualidade | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|--|---|
| Matriz de Atividades Profissionais Confiáveis | | | | | | | |
| Atividade | Riscos Potenciais | Conhecimento | Habilidades | Atitudes | Fontes de Informação | Prazo de Execução | Avaliação do Líder |
| 1 | Indicadores Gerais REALIZAR a Coleta de Dados da proporção de pacientes com pulseiras de identificação. Especificações: VERIFICAR a proporção de pacientes em uso de pulseiras padronizadas com 02 identificadores obrigatórios (nome completo e data de nascimento). REALIZAR coleta de 20 oportunidades por turno por mês totalizando 80 oportunidades no mês, registrando em formulário específico. | a) Faltar pulseiras; b) Ocorrer falhas no sistema de impressão de pulseiras; c) A equipe assistencial não aderir. Minimização dos Riscos: NOTIFICAR no VIGHOSP e Chefia Imediata. ORIENTAR a equipe para providenciar a pulseira. PROMOVER orientação em serviço. | Metas internacionais de Segurança do Paciente; Protocolo Institucional Identificação do Paciente (PRT_CP_NSP.001); | CONHECER e APLICAR o instrumento de coleta de dados. | REALIZAR a coleta de dados por amostragem do indicador (20 oportunidades/mês) e propor melhorias quando necessário. COMPLIAR as oportunidades em planilha; ENTREGAR o relatório no prazo determinado para o Líder de Qualidade. ORIENTAR a equipe quanto a obrigatoriedade de uso e conferência da pulseira de identificação. | Instrumento de Coleta de dados de Identificação do Paciente. | Mensal <input type="checkbox"/> Atendido <input type="checkbox"/> Parcialmente Atendido <input type="checkbox"/> Não Atendido |
| 4 | CONFERIR os rótulos de medicamentos, dietas enterais e parenterais, bolsas de transfusão dentre outros. Especificações: VERIFICAR a proporção de soluções adequadamente identificadas/preenchidas. Realizar coleta de 20 oportunidades por turno/mês totalizando 80 oportunidades no mês, registrando em formulário específico. Atentar-se para os identificadores obrigatórios (nome completo, data de nascimento, data e horário, nome do medicamento/sangue/dieta, via e dose/volume). | a) Os colaboradores não aderirem a rotina; Minimização dos Riscos: ORIENTAR a equipe quanto a realização do registro adequado. COMUNICAR a chefe de unidade quanto a ausência do registro. REALIZAR capacitações para os colaboradores. | Panel de indicadores; protocolos institucionais | GERIR indicadores assistenciais, MONITORAR dados, AVALIAR resultados; e IMPLEMENTAR ações de melhorias. | MONITORAR as ações dos líderes de metas, acompanhar e MONITORAR execução e orientá-lo de forma permanente. | Protocolo de identificação; Protocolo de administração de medicamentos | Mensal <input type="checkbox"/> Atendido, maior que 90%. <input type="checkbox"/> Parcialmente atendido, 70 a 90%. <input type="checkbox"/> Não Atendido, menor que 70%. |
| 9 | CONFERIR se as almotolias/frascos estão tampados e válidos. Especificações: CONFERIR semanalmente os cuidados com almotolias/frascos: data de abertura, prazo de validade e se permanecem tampados, promovendo as ações corretivas necessárias. | a) A equipe não aderir; b) Inconformidades na conferência. Minimização dos Riscos: ORIENTAR a equipe quanto ao registro adequado da conferência das almotolias/frascos; COMUNICAR a chefia Imediata/Líder da Qualidade caso necessário. | PRT.CCIRAS.003 Padronização de antissépticos e antissepsias. | REALIZAR relatório mensal. | CONFERIR as almotolias semanalmente; DESCARTAR as vencidas, abertas e não datadas; SOLICITAR reposição e ORIENTAR equipe assistencial quanto ao item. | Instrumento de coleta de dados | Mensal <input type="checkbox"/> Atendido, maior que 90%. <input type="checkbox"/> Parcialmente atendido, 70 a 90%. <input type="checkbox"/> Não Atendido, menor que 70%. |
| 13 | MONITORAR através de observação por amostragem, a limpeza concorrente e terminal pela equipe de enfermagem. Especificações: REALIZAR relatório mensal quanto à adesão da equipe assistencial na realização das limpezas terminais e concorrentes (observar 20 oportunidades/mês por turno). | a) Não ter tido rotina de limpeza concorrente e terminal; Minimização dos Riscos: ORIENTAR a equipe quanto a realização das limpezas concorrentes e terminais. COMUNICAR a Chefia Imediata frente a irregularidade evidenciada. | Protocolo de limpeza e desinfecção de superfícies (PRT.CCIRAS.014). Manual de Normas e Rotinas da Unidade. | GERIR indicadores assistenciais, MONITORAR dados, AVALIAR resultados; e IMPLEMENTAR ações de melhorias. | MONITORAR as ações de rotina de limpeza e desinfecção e orientá-los de forma permanente. | Instrumento de Conferência. | Mensal <input type="checkbox"/> Atendido, maior que 90%. <input type="checkbox"/> Parcialmente atendido, 70 a 90%. <input type="checkbox"/> Não Atendido, menor que 70%. |
| 14 | CONFERIR através de observação por amostragem a adesão da equipe quanto às precauções nos pacientes em isolamento. Especificações: CONFERIR e COMPILAR o relatório mensal (placa de isolamento e uso de EPI's) conforme protocolo institucional (observar 20 oportunidades/mês por turno). | a) A equipe não aderir; b) Faltar Insumos. Minimização dos Riscos: ORIENTAR a equipe quanto a adesão do protocolo de isolamentos e precauções. COMUNICAR a chefia Imediata caso necessário. | Protocolo de isolamentos e precauções (PRT.CCIRAS.003); Censo diário de isolamentos - pasta da Unid_Vig_Saúde. | GERIR indicadores assistenciais, MONITORAR dados, AVALIAR resultados; e IMPLEMENTAR ações de melhorias. | MONITORAR a adesão da equipe assistencial quanto as medidas de isolamentos e precauções. ORIENTAR a equipe permanentemente com objetivo de corrigir falhas no processo. PROMOVER capacitações relacionadas. | Protocolo de isolamentos e precauções; Relatório do Líder de Meta quanto a atividade; Censo diário de isolamentos - pasta da Unid_Vig_Saúde. | Mensal <input type="checkbox"/> Atendido, maior que 90%. <input type="checkbox"/> Parcialmente atendido, 70 a 90%. <input type="checkbox"/> Não Atendido, menor que 70%. |



| | | | |
|---------------------|---|------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PROGRAMA | PRG.CPFLD.001 – Página 13/13 | |
| Título do Documento | LÍDERES DA QUALIDADE - LIDERAQUALI | Emissão: 29/02/2024 | Próxima revisão: 28/02/2026 |
| | | Versão: 01 | |

| | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|--|------------------------------------|--------|--|
| 15 | CONFERIR através de observação por amostragem a adesão ao não uso de adornos por categoria profissional. Especificações: REALIZAR a conferência mensal quanto ao uso de adornos pelos profissionais assistenciais (observar 20 oportunidades/mês por turno). | a) A equipe não aderir. Minimização dos Riscos: ORIENTAR a equipe quanto a adesão de zero adorno. COMUNICAR a chefia imediata caso necessário. | NR32; Portaria nº 207 de 22/09/2017 do HU-UFPA Ebserh que, veta o uso de adornos. | GERIR indicadores assistenciais, MONITORAR dados, AVALIAR resultados; e IMPLEMENTAR ações de melhorias. | MONITORAR a adesão da equipe assistencial quanto ao zero adorno. CORRIGIR falhas do processo e ORIENTAR a equipe permanentemente. | Instrumento de coleta de dados | Mensal | Aplicação Score: f.)Atendido, maior que 90%. f.)Parcialmente atendido, 70 a 90%. f.)Não Atendido, menor que 70%. |
| 20 | MONITORAR os 05 momentos de higienização das mãos (HM) da equipe assistencial. Especificações: REALIZAR a conferência mensal quanto a prática de HM pelos profissionais assistenciais (observar 20 oportunidades/mês por turno). | a) A equipe não aderir; b) Desabastecimento de sabonete líquido e álcool gel. Minimização dos Riscos: ORIENTAR a equipe quanto a adesão de higiene das mãos. SOLICITAR reposição à equipe de higienização; COMUNICAR a chefia imediata caso necessário. | Protocolo de Higiene das Mãos (PRT.CCIRAS.001); Instrumento de coleta de amostras | GERIR indicadores assistenciais, MONITORAR dados, AVALIAR resultados; e IMPLEMENTAR ações de melhorias. | MONITORAR a adesão da equipe assistencial quanto a higiene das mãos. CORRIGIR falhas do processo e ORIENTAR a equipe permanentemente. | Protocolo de higienização das mãos | Mensal | Aplicação Score: f.)Atendido, maior que 90%. f.)Parcialmente atendido, 70 a 90%. f.)Não Atendido, menor que 70%. |