

Tipo do Documento	<b>PLANO</b>	PL.STGQ.001 – Página 1/10	
Título do Documento	<b>GESTÃO DA QUALIDADE</b>	Emissão: 02/09/2024	Próxima revisão: 02/09/2026
		Versão: 02	

## 1. OBJETIVOS

- Subsidiar o alinhamento dos processos de suporte e finalísticos aos objetivos estratégicos da instituição;
- Estimular a coleta de dados e a análise crítica de indicadores, para auxiliar na tomada de decisão e na implementação de ações de melhoria contínua de processos;
- Promover o gerenciamento de riscos assistenciais para a redução de eventos adversos a um nível aceitável;
- Promover a melhoria da cultura de segurança do paciente ao longo do tempo;
- Elevar o padrão dos serviços prestados por meio do estímulo à adesão de boas práticas;
- Fomentar o desenvolvimento e a capacitação contínua das pessoas.

## 2. PLANO DE AÇÃO PARA ATENDIMENTO DOS OBJETIVOS

O Plano de Gestão da Qualidade busca a excelência do serviço hospitalar, atuando de maneira multiprofissional, para promover um atendimento de qualidade em 04 eixos principais: assistência, ensino, pesquisa e extensão. Para tanto, visa fomentar a melhoria contínua de processos e a implementação de boas práticas assistenciais e das metas de segurança do paciente, conforme recomendações dos órgãos de controle oficiais.

Para o alcance dos objetivos propostos, o Plano de Gestão da Qualidade do HU-UFMG/EBSERH estabelece algumas ferramentas de qualidade que podem subsidiar a tomada de decisão, bem como recomenda o desenvolvimento de macroprocessos estruturantes descrito a seguir.

### 2.1. Segurança do paciente

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

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



Tipo do Documento	<b>PLANO</b>	PL.STGQ.001 – Página 2/10	
Título do Documento	<b>GESTÃO DA QUALIDADE</b>	Emissão: 02/09/2024 Versão: 02	Próxima revisão: 02/09/2026

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Deverão ser desenvolvidas na instituição, minimamente, ações para implementação das 06 metas internacionais de segurança do paciente da organização mundial da saúde:

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

Essas metas deverão estar inclusas no Plano de Segurança do Paciente da instituição, sendo elaborado e conduzido pela Comissão Permanente do Núcleo de Segurança do Paciente

Tipo do Documento	<b>PLANO</b>	PL.STGQ.001 – Página 3/10	
Título do Documento	<b>GESTÃO DA QUALIDADE</b>	Emissão: 02/09/2024 Versão: 02	Próxima revisão: 02/09/2026

anualmente. Além dessas metas, outras estratégias poderão ser adotadas para a redução dos principais riscos identificados no monitoramento de incidentes.

### 2.1.1. Gestão de riscos assistenciais e tecnológicos

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

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

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

### 2.1.2. Núcleo de Segurança do Paciente

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

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

## 2.2. **AVAQUALIS**

A avaliação interna da qualidade (AVAQUALIS) é uma avaliação periódica do nível de qualidade dos serviços prestados na instituição, e baseia-se em diretrizes e requisitos pré-definidos no Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa e Selo Ebsersh de Qualidade. Trata-se de uma atividade de melhoria contínua, não tendo cunho fiscalizatório.

Tipo do Documento	<b>PLANO</b>	PL.STGQ.001 – Página 4/10	
Título do Documento	<b>GESTÃO DA QUALIDADE</b>	Emissão: 02/09/2024	Próxima revisão: 02/09/2026
		Versão: 02	

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

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

O Selo Ebserh de Qualidade (SEQuali) visa reconhecer formalmente os hospitais que atingirem padrões estabelecidos no sistema de avaliação, conforme condições e periodicidade de avaliação definidas, certificando-os conforme quadro 1.

Quadro 1 - Condições de concessão e validade da certificação do Selo Ebserh de Qualidade.

SELO	CONDIÇÃO
Bronze	Será concedido o Selo Bronze para os hospitais que cumprirem <b>80% dos requisitos essenciais (RE)</b> do Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade e, no mínimo, <b>60% de todos os requisitos do Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade.</b>
Prata	Será concedido o Selo Prata para os hospitais que cumprirem <b>90% dos requisitos essenciais (RE)</b> do Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade e, no mínimo, <b>70% de todos os requisitos do Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade.</b>
Ouro	Será concedido o Selo Ouro para os hospitais que cumprirem <b>100% dos requisitos essenciais (RE)</b> do Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade e, no mínimo, <b>80% de todos os requisitos do Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade.</b>
Diamante	Será concedido o Selo Diamante para os hospitais que cumprirem <b>100% dos requisitos essenciais (RE)</b> do Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade e, no mínimo, <b>90% de todos os requisitos do Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade.</b>

Fonte: Programa Ebserh de Gestão da Qualidade, 2022.

Tipo do Documento	<b>PLANO</b>	PL.STGQ.001 – Página 5/10	
Título do Documento	<b>GESTÃO DA QUALIDADE</b>	Emissão: 02/09/2024	Próxima revisão: 02/09/2026
		Versão: 02	

Após a avaliação interna da qualidade, os resultados obtidos serão divulgados às unidades/serviços avaliados. Estes deverão elaborar um plano de ação para o cumprimento dos requisitos considerados não conformes. O STGQ fará monitoramento da execução das atividades planejadas, bem como o acompanhamento dos ciclos de melhoria da qualidade desenvolvidos, promovendo o feedback às áreas continuamente.

### 2.3. Gestão de documentos institucionais

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

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

As lideranças devem promover ações de divulgação interna aos colaboradores sobre os documentos relativos ao adequado funcionamento de sua unidade, de forma contínua, para a uniformização dos processos e redução dos riscos de incertezas.

### 2.4. Vigilância epidemiológica hospitalar

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

- elaborar e manter em operação um sistema de busca ativa para a detecção das doenças e agravos constantes nas Portarias nacionais, estaduais e municipais vigentes;
- elaborar e manter em operação sistema de busca ativa para detecção e notificação dos óbitos ocorridos no ambiente hospitalar;
- notificar ao primeiro nível hierárquico superior da vigilância epidemiológica as doenças e agravos de notificação compulsória (DNC) detectados no âmbito hospitalar;

Tipo do Documento	<b>PLANO</b>	PL.STGQ.001 – Página 6/10	
Título do Documento	<b>GESTÃO DA QUALIDADE</b>	Emissão: 02/09/2024	Próxima revisão: 02/09/2026
		Versão: 02	

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

O desenvolvimento das ações de vigilância epidemiológica fica vinculado à Unidade de Vigilância em Saúde.

#### 2.4.1. Controle de Infecções

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

Tipo do Documento	<b>PLANO</b>	PL.STGQ.001 – Página 7/10	
Título do Documento	<b>GESTÃO DA QUALIDADE</b>	Emissão: 02/09/2024	Próxima revisão: 02/09/2026
		Versão: 02	

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

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

## 2.5. Gestão à Vista

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

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

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

Trimestralmente serão elaborados relatórios de qualidade institucional, incluindo dados de notificações registradas no VigiHosp e NVEH, de controle de infecções, além de indicadores de qualidade, e divulgados aos colaboradores do HU-UFGD pelos canais oficiais de comunicação (SEI, E-mail).

## 2.6. Projetos de melhoria da qualidade

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

- Foco no cliente: atender as necessidades dos clientes e superar suas expectativas.
- Liderança: liderar pelo exemplo com o compromisso de todos com a política da qualidade. Os líderes participarão de atividades com vistas à melhoria contínua, tais

Tipo do Documento	<b>PLANO</b>	PL.STGQ.001 – Página 8/10	
Título do Documento	<b>GESTÃO DA QUALIDADE</b>	Emissão: 02/09/2024	Próxima revisão: 02/09/2026
		Versão: 02	

como capacitações (liderança, mapeamento de processos, gestão de riscos, controles internos, mediação de conflitos, etc), discussão de casos, análise crítica de indicadores, Encontros de Qualidade, etc.

- Envolvimento dos colaboradores: busca constante por melhorias nos processos de trabalho, através de reuniões de equipes, visitas multiprofissionais, *Huddles*, Rondas de Gestão, *Brainstorm*, etc.
- Ciclos de Melhoria Contínua: avaliação sistemática de indicadores da qualidade e propostas de mudanças, de modo a oferecer as melhores práticas assistenciais, administrativas e de ensino, com a tomada de decisão baseada em fatos e dados. Esta pode ser implementada através dos Planos de Melhoria da Qualidade pelas próprias unidades e/ou com auxílio das Unidades de Produção (UP).
- Projetos de melhoria da qualidade institucionais: participar ativamente no programa de formação e líderes da qualidade, bem como de demais projetos que envolvam o desenvolvimento de ações de melhoria em parcerias externas (colaborativas).
- Ações externas: participação no comitê municipal de segurança do paciente de Dourados-MS, discutindo estratégias de atuação em rede; Projeto HU extra-muros, na qual serão oferecidos treinamentos às instituições de saúde sobre gestão da qualidade, segurança do paciente e controle de infecções.

## 2.7. Educação em saúde

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

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

Anualmente, deverá ser elaborado cronograma de capacitação em qualidade, segurança do paciente e controle de infecções do HU-UGFD, com temas de relevância institucional, envolvendo inclusive as unidades de produção assistenciais (UP's).

Ainda, caberá aos profissionais do STGQ, UGQSP, UVS e CP-NSP a gestão do módulo de segurança do paciente da residência multiprofissional do HU-UGFD.

Tipo do Documento	<b>PLANO</b>	PL.STGQ.001 – Página 9/10	
Título do Documento	<b>GESTÃO DA QUALIDADE</b>	Emissão: 02/09/2024	Próxima revisão: 02/09/2026
		Versão: 02	

## 2.8. Humanização

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

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

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

Um colaborador vinculado ao Setor de Gestão da qualidade / Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do paciente fará parte da Comissão de Humanização do HU-UFMG.

## 3. RESULTADOS ESPERADOS

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

Tipo do Documento	<b>PLANO</b>	PL.STGQ.001 – Página 10/10	
Título do Documento	<b>GESTÃO DA QUALIDADE</b>	Emissão: 02/09/2024 Versão: 02	Próxima revisão: 02/09/2026

- Alta conformidade nas práticas de segurança do paciente na instituição;
- Planos anuais de educação permanente e de capacitação elaborados.

#### 4. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	05/2022	Elaboração do plano.
02	08/2024	Revisão e atualização do plano.

<b>Elaboração</b> Fuad Fayez Mahmoud	Data: 03/05/2022
<b>Revisão</b> Fuad Fayez Mahmoud Graciela Mendonça dos Santos Bet	Data: 12/08/2024 Data: 22/08/2024
<b>Validação</b> Gessica Linhares Melo Viana – STGQ	Data: 23/08/2024
<b>Aprovação</b> Colegiado Executivo	Data: 02/09/2024

Assinado eletronicamente no processo SEI 23529.014964/2022-03