

# Manual

HUJB-UFCG/EBSERH

**Gerir Ações da Qualidade**

**Versão: 1 | 2024**



## 1. INTRODUÇÃO E OBJETIVO

O processo 'Gerir Ações da Qualidade' classifica-se como um processo gerencial, que auxilia no direcionamento da evolução da organização, através do planejamento, controle e conformidades, norteia a definição de indicadores de desempenho e os modos de monitoramento e avaliação dos resultados alcançados.

### 1.1. Objetivos:

1.1.1. Formalizar o acompanhamento e registro dos progressos das ações de qualidade desenvolvidas, oferecendo uma visão clara e transparente do ciclo anual de melhorias implementadas pelo HUJB;

1.1.2. Monitorar os resultados das avaliações internas da qualidade, com foco na identificação de áreas de melhoria e implementação de estratégias corretivas e preventivas que garantam a melhoria contínua dos processos;

1.1.3. Assegurar que as ações de qualidade estejam em consonância com os objetivos estratégicos do hospital, integrando as iniciativas de melhorias aos planos de longo prazo e às diretrizes institucionais;

1.1.4. Facilitar o uso de feedbacks contínuos para ajustar e aprimorar práticas e ações, contribuindo para que todas as áreas do hospital estejam envolvidas nas ações de qualidade, disseminando uma cultura organizacional focada na melhoria contínua.

### 1.2. Principais ganhos com a gestão das ações da qualidade:

1.2.1. Melhorar o ensino, pesquisa, extensão e assistência por meio da excelência do campo de prática e gestão hospitalar eficiente;

1.2.2. Empregar os recursos de maneira eficiente, visando à perenidade e ao equilíbrio;

1.2.3. Gerir com competência, agilidade e transparência, garantindo continuidade das atividades;

1.2.4. Otimizar a operação por meio da simplificação, inovação e disseminação das melhores práticas;

1.2.5. Fortalecer a estrutura de controle, com ganhos diretos na segurança do paciente, eficiência dos processos e sustentabilidade a longo prazo.

## 2. DEFINIÇÕES

Neste manual, são adotadas as seguintes definições e conceitos:

2.1. 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 (Ebserh, 2021);

2.2. Ciclo de melhoria: inclui as atividades de identificação e priorização da oportunidade de



melhoria, análise do problema de qualidade, avaliação da qualidade, intervenção para melhorar, reavaliação e registro da melhoria conseguida (Ebserh, 2021);

2.3. Comissão AVAQualis: grupo de profissionais do hospital, indicados por portaria institucional, encarregado de realizar a AVAQualis e emitir relatório final (Ebserh, 2021);

2.4. Indicador: representação de forma simples ou intuitiva de uma métrica ou medida para facilitar sua interpretação quando comparada a uma referência ou alvo (Ebserh, 2022);

2.5. Monitoramento da qualidade: medição planejada e periódica de uma série de características que resumem a qualidade, por meio de indicadores, avaliações e outros instrumentos, a fim de verificar se os níveis pré-determinados de qualidade estão atingidos ou mantidos (Ebserh, 2019);

2.6. Plano de Avaliação Interna da Qualidade (PAIQ) - é um documento elaborado pela Comissão AVAQualis, com planejamento e descrição das atividades previstas, assim como os arranjos para execução das avaliações internas parciais e total para o período de um ano (Ebserh, 2021);

2.7. Plano de Melhoria da Qualidade (PMQ) - conjunto de estratégias a serem aplicadas para o alcance de um resultado desejado, possuindo um tempo de duração, apresentado em documento estruturado com base na identificação das causas principais e dos fatores que contribuem para o não cumprimento dos requisitos de qualidade, identificados a partir de análise realizada pelos envolvidos no processo. Deve apresentar propostas de ações, e para cada uma delas, a motivação, a descrição, o local de execução, o responsável, os recursos necessários, o prazo e o acompanhamento (Ebserh, 2022);

2.8. Programa Ebserh de Gestão da Qualidade (PGQuali) - 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 (Ebserh, 2022);

2.9. Qualidade: é determinada pela capacidade de satisfazer os clientes e pelo impacto pretendido e não pretendido nas partes interessadas pertinentes, incluindo a função e o desempenho pretendido, além do valor percebido e o benefício para o cliente (Ebserh, 2022);

2.10. Segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde (Ebserh, 2022);

2.11. Serviço de Gestão da Qualidade (SGQ) da Coordenadoria de Gestão da Clínica (CGC) integrante da Diretoria de Atenção à Saúde (DAS) da Ebserh – SGQ/CGC/DAS: é responsável por garantir a qualidade nos hospitais da rede. Sua função inclui o desenvolvimento de programas de melhoria contínua, monitoramento de indicadores de qualidade, realização de auditorias internas e capacitação de equipes. O SGQ/CGC/DAS trabalha para assegurar que os processos hospitalares estejam alinhados às diretrizes da EBSEH e às normas de qualidade, promovendo a excelência nos serviços prestados;

2.12. Setor de Gestão da Qualidade (STGQ): é responsável pela implementação e supervisão das ações de qualidade a nível local, em cada hospital da rede EBSEH. Ele garante a padronização dos processos, monitora indicadores de desempenho e realiza auditorias internas, sempre alinhado com as diretrizes nacionais da EBSEH. A atuação do STGQ visa assegurar a melhoria contínua e a conformidade com os padrões de qualidade, adaptando-se às necessidades específicas de cada hospital enquanto mantém a comunicação com a sede da EBSEH.



### 3. DESCRIÇÃO

O processo de "Gerir Ações da Qualidade" envolve uma série de atividades padronizadas que garantem a execução e o monitoramento eficaz das melhorias contínuas dentro do Hospital Universitário, em conformidade com o PGQuali. Este processo visa assegurar que todas as ações desenvolvidas estejam alinhadas aos objetivos estratégicos da instituição e que os resultados sejam devidamente monitorados e utilizados em ciclos de melhorias contínuas.

#### 3.1. Fases e Procedimentos Padronizados:

##### 3.1.1. Planejamento Anual do Plano de Melhoria da Qualidade (PMQ)

3.1.1.1. **Análise das Avaliações Internas da Qualidade:** As avaliações internas da qualidade, realizadas anualmente, são o ponto de partida para o planejamento das ações de melhoria para o ano seguinte. Os relatórios dessas avaliações identificam os principais pontos de não conformidade e áreas com potencial de melhoria.

3.1.1.2. **Definição de Prioridades e Metas:** Com base nas avaliações internas e nos objetivos estratégicos do hospital, são estabelecidas prioridades, com metas claras e objetivas, a serem trabalhadas no ciclo anual. Na etapa de priorização são selecionados um grupo de requisitos em cada plano de ação, observando os temas centrais, com maior potencial para fortalecer a qualidade do cuidado e a segurança do paciente. Considera-se também as recomendações anuais do SGQ/CGC/DAS, que orientam os hospitais da rede na implementação de estratégias e ações para que estejam alinhadas com as diretrizes nacionais de qualidade e melhoria contínua.

3.1.1.3. **Criação do Plano de Melhoria:** O plano anual de melhoria é desenvolvido em conjunto pela equipe de gestão da qualidade e os setores responsáveis. Este plano parte da identificação das causas primordiais e fatores contribuintes para o não cumprimento dos requisitos de qualidade priorizados para o ano, identificados por meio de uma análise realizada pelos envolvidos no processo. O plano é elaborado descrevendo detalhadamente a proposta das ações, incluindo a motivação, as atividades, locais de execução, responsáveis, recursos necessários, prazos e os indicadores de desempenho que serão monitorados.

##### 3.1.2. Implementação, Monitoramento e Avaliação do Plano de Melhoria da Qualidade (PMQ)

3.1.2.1. **Acompanhamento da Execução:** As ações planejadas são implementadas pelos setores hospitalares com o acompanhamento da equipe de gestão da qualidade. É realizada supervisão contínua para garantir que os prazos e padrões estabelecidos sejam seguidos.

3.1.2.2. **Monitoramento de Indicadores:** Durante a execução, os indicadores de qualidade previamente definidos no plano anual são monitorados, permitindo o acompanhamento contínuo dos resultados.

3.1.2.3. **Reuniões de Acompanhamento:** Reuniões periódicas são realizadas entre os responsáveis pelas ações e a gestão da qualidade para revisar o progresso e discutir quaisquer dificuldades na execução. Ajustes podem ser feitos conforme necessário.



3.1.2.4. **Avaliação dos Resultados:** Ao final do ciclo anual, um relatório detalhado é gerado pela gestão da qualidade, consolidando os dados dos indicadores de desempenho e as avaliações realizadas durante o período. Com base nos resultados alcançados, a equipe realiza uma revisão crítica do processo de melhoria, identificando os pontos fortes e fracos. As lições aprendidas são documentadas e incorporadas ao planejamento do ciclo seguinte.

### 3.1.3. Realização da Avaliação Interna da Qualidade

3.1.3.1. As avaliações internas da qualidade são realizadas pela Comissão da Avaliação Interna da Qualidade – CAIQ, em período determinado pelo SGQ/CGC/DAS, para fins de cumprimento de requisitos de qualidade, prioritariamente utilizando o Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa e Selo Ebserh de Qualidade, conforme orientações SGQ/CGC/DAS e regimento da Comissão.

3.1.3.2. A CAIQ realiza reuniões sobre AVAQualis conforme regimento interno da comissão.

3.1.3.3. A CAIQ elabora o Plano de Avaliação Interna da Qualidade, com o planejamento, a descrição das atividades previstas e os arranjos para execução da avaliação interna da qualidade no HUIB.

3.1.3.4. As avaliações internas são conduzidas de maneira sistemática e abrangente, envolvendo todas as áreas hospitalares, para verificar o nível de conformidade dos processos com as normas e padrões estabelecidos, além de avaliar o desempenho das áreas em relação aos indicadores de qualidade.

3.1.3.5. Durante a avaliação interna da qualidade são identificados pontos de não conformidade, falhas nos processos ou áreas com baixa performance, apontando potenciais pontos de melhoria a serem priorizadas no PMQ do ano seguinte. A avaliação também fornece o feedback sobre o cumprimento das metas do ciclo anterior.

3.1.3.6. A CAIQ emite relatório documentando os resultados, evidências e oportunidades de melhorias e conclusões de cada avaliação realizada. O relatório é encaminhado para todas as chefias das unidades avaliadas e para a Alta Governança do Hospital;

3.1.3.7. Todas as etapas da avaliação interna da qualidade são documentadas em processo SEI destinado a este fim.

3.1.3.8. O resultado da avaliação interna da qualidade é um dos direcionadores condicionantes para que o hospital solicite a avaliação externa da qualidade, a qual se apresenta como um método de verificação acerca do nível de maturidade dos serviços prestados e define a concessão do Selo Ebserh e Qualidade (SEQuali).

## 3.2. Responsáveis

<b>Líder do Processo</b>	Fernanda Darliane Tavares de Luna
<b>Setor de Gestão da Qualidade</b>	Andressa Pedroza Pereira Fernanda Darliane Tavares de Luna
<b>Área responsável pelo Processo</b>	STGQ



<b>Comissão de Avaliação Interna da Qualidade</b>	Membros da comissão
<b>Outros Servidores envolvidos no Projeto</b>	Todos as chefias e colaboradores Funções: Organização das áreas, planejamento e execução de ciclos de melhorias com vistas ao cumprimento de requisitos de qualidade e sua manutenção.



### **3.3. Premissas**

3.3.1. Todas as ações de qualidade devem estar diretamente alinhadas com os objetivos estratégicos do hospital;

3.3.2. Deve haver um processo formal e padronizado no SEI para o acompanhamento e registro das ações de qualidade, garantindo que todos os avanços sejam devidamente documentados e monitorados de acordo com um ciclo anual de melhorias;

3.3.3. Para garantir a eficácia do processo, é necessário que cada área esteja comprometida e ativamente envolvida na implementação das ações de qualidade, incluindo a participação em reuniões de acompanhamento, o cumprimento dos prazos estabelecidos, a implementação e priorização das ações e de ajustes que se fizerem necessários durante o processo;

3.3.4. A governança do Hospital prestará apoio quanto ao desenvolvimento das atividades;

3.3.5. As equipes deverão ter envolvimento, principalmente quando se tratar de ações/atividades intersetoriais, garantindo alinhamento, troca de informações e cumprimento dos objetivos e das ações intersetoriais de qualidade pactuadas;

3.3.6. As iniciativas de melhoria contínua deverão estar integradas ao planejamento de longo prazo do programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente;

3.3.7. O processo deverá permitir ajustes rápidos nas práticas e ações da qualidade, considerando os feedbacks, o monitoramento, novas demandas ou mudanças nos cenários institucionais e setoriais;

3.3.8. Realização de avaliações internas pela AVAQualis para fins de cumprimento de requisitos de qualidade, prioritariamente utilizando o Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa e Selo Ebserh de Qualidade, conforme orientações SGQ/CGC/DAS e regimento da Comissão;

3.3.9. Definição de líderes da qualidade em cada área para exercerem liderança nos processos, independentemente, de cargos ou funções;

3.3.10. Solicitação de avaliação externa da qualidade quando o hospital cumprir os requisitos essenciais do Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa e Selo Ebserh de Qualidade;

3.3.11. Apoio à seleção e ao monitoramento dos indicadores institucionais;

3.3.12. Comunicação aos colaboradores sobre informações sobre a melhoria da qualidade;

3.3.13. Disseminação e fortalecimento de uma cultura organizacional voltada para a melhoria contínua em todos os níveis hierárquicos e funcionais da Instituição.

### **3.4. Restrições**

3.4.1. As limitações são inerentes ao contexto organizacional, tecnológico e regulatório, e impactam diretamente no desempenho e eficiência do processo "Gerir Ações da Qualidade";

3.4.2. A cultura de melhoria contínua ainda é frágil ou mal consolidada em certos setores do hospital, o que impede a internalização de práticas consistentes de qualidade;



3.4.3. A ausência de uma priorização clara das ações de qualidade afeta diretamente o desempenho do processo;

3.4.4. A natureza burocrática das ações pode atrasar a tomada de decisão e a execução das ações de qualidade;

3.4.5. O processo é limitado pela disponibilidade de recursos humanos especializados e orçamentos dedicados às ações da qualidade, o que pode afetar a capacidade de execução das ações de melhorias;

3.4.6. O hospital deve seguir rigorosamente os padrões estabelecidos pelo Serviço de Qualidade - SGQ/CGC/DAS, o que pode limitar a flexibilidade do processo de gestão da qualidade no âmbito do HUIB.

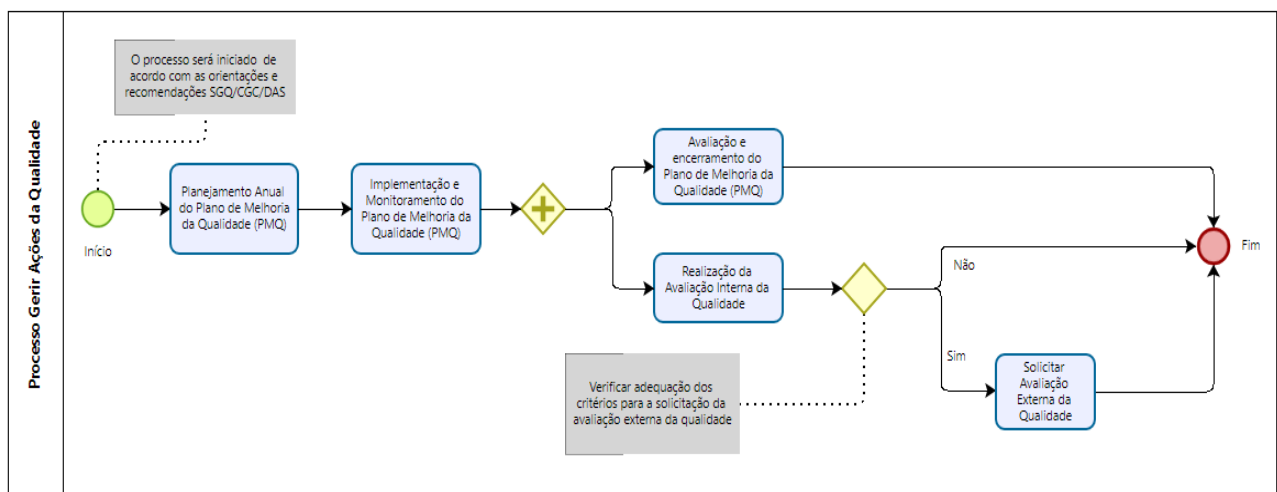
### 3.5. Exclusões

3.5.1. O processo de "Gerir Ações da Qualidade" não inclui a execução direta dos planos de melhoria pelas equipes de qualidade. O setor de qualidade oferece suporte e monitora o progresso, mas a implementação é responsabilidade das áreas operacionais;

3.5.2. Qualquer ciclo de melhoria que não estejam diretamente vinculados aos objetivos estratégicos do hospital será excluído do escopo. O processo de gestão da qualidade se concentrará apenas em ações que contribuem para as metas institucionais, alinhadas com as orientações SGQ/CGC/DAS;

3.5.3. Ações ou ciclos de melhoria que envolvem mudanças fora da governabilidade do hospital, como aquelas que dependem de políticas públicas ou aprovações e execuções externas, não fazem parte do processo e estão excluídas.

## 4. DIAGRAMA DO PROCESSO



## 5. INDICADORES

A seleção dos indicadores, assim como sua periodicidade, será revista anualmente. Para cada ciclo anual do PMQ, é definido um grupo de indicadores específicos que possibilita o monitoramento das ações propostas e avaliação do ciclo de melhorias.

Neste processo, os indicadores da AVAQualis monitorados são referentes ao número de requisitos conformes e ao número de requisitos essenciais conformes. Os demais indicadores com detalhamento do tipo de processo são registrados em relatório específico da AVAQualis e documentados com processo SEI.

Para o ano de 2024, serão monitorados os seguintes indicadores:

INDICADOR 1	
<b>Nome:</b>	Proporção de pacientes com pulseira de identificação no Centro Cirúrgico.
<b>Definição:</b>	Este indicador mede o percentual de pacientes admitidos no centro cirúrgico com a pulseira de identificação.
<b>Fórmula:</b>	$\frac{\text{Nº de pacientes com pulseiras de identificação no Centro Cirúrgico}}{\text{Nº de paciente avaliados quanto ao uso das pulseiras de identificação no Centro Cirúrgico}} \times 100$
<b>Periodicidade:</b>	Mensal; iniciado o monitoramento no mês de junho de 2024.
<b>Responsável:</b>	Fernanda Darliane
<b>Fonte dos Dados:</b>	Lista de Verificação de Cirurgia Segura, registros na evolução de enfermagem e visitas in loco.
<b>Procedimento de Coleta:</b>	O procedimento de coleta é feito através da revisão das Lista de Verificação de Cirurgia Segura e dos registros na evolução de enfermagem, além da realização periódica de visitas na clínica cirúrgica e no centro cirúrgico.
<b>Meta</b>	100%
<b>Polaridade</b>	Maior, melhor.

INDICADOR 2	
<b>Nome:</b>	Proporção de amostra de material biológico do paciente coletadas adequadamente no Centro Cirúrgico entre o total de amostras analisadas.
<b>Definição:</b>	Este indicador mede o percentual de coletas adequadas no Centro Cirúrgico de amostra de material biológico do paciente.
<b>Fórmula:</b>	$\frac{\text{Nº de amostra de material biológico do paciente coletadas adequadamente no Centro Cirúrgico}}{\text{Nº de amostra de material biológico do paciente coletadas no Centro Cirúrgico analisadas}} \times 100$

<b>Periodicidade:</b>	Mensal; iniciado o monitoramento no mês de junho de 2024.
<b>Responsável:</b>	Fernanda Darliane
<b>Fonte dos Dados:</b>	Planilha de registro das amostras de material coletadas e visitas in loco.
<b>Procedimento de Coleta:</b>	O procedimento de coleta é feito através da revisão da planilha de registro das amostras de material coletadas, e visitas periódica no centro cirúrgico.
<b>Meta</b>	100%
<b>Polaridade</b>	Maior, melhor.

<b>INDICADOR 3</b>	
<b>Nome:</b>	Proporção de prontuários com a Lista de Verificação de Cirurgia Segura preenchida de forma incompleta.
<b>Definição:</b>	Este indicador mede o percentual de prontuários com a Lista de Verificação de Cirurgia Segura preenchida de forma incompleta.
<b>Fórmula:</b>	$\frac{\text{Nº de procedimento cirúrgicos em que a Lista de Verificação de Cirurgia Segura foi utilizada, mas preenchida de forma incompleta}}{\text{Nº de procedimentos cirúrgicos realizados analisados}} \times 100$
<b>Periodicidade:</b>	Mensal; iniciado o monitoramento no mês de junho de 2024.
<b>Responsável:</b>	Fernanda Darliane
<b>Fonte dos Dados:</b>	Prontuários de Pacientes da Clínica Cirúrgica, Lista de Verificação de Cirurgia Segura.
<b>Procedimento de Coleta:</b>	O procedimento de coleta é feito através da revisão de prontuários de pacientes pós-cirúrgicos, e análise das Lista de Verificação de Cirurgia Segura.
<b>Meta</b>	5%
<b>Polaridade</b>	Menor, melhor.

<b>INDICADOR 4</b>	
<b>Nome:</b>	Proporção de prontuários sem a Lista de Verificação de Cirurgia Segura.
<b>Definição:</b>	Este indicador mede o percentual de prontuários cirúrgicos sem a Lista de Verificação de Cirurgia Segura.
<b>Fórmula:</b>	$\frac{\text{Nº de procedimento cirúrgicos sem a Lista de Verificação de Cirurgia Segura}}{\text{Nº de procedimentos cirúrgicos realizados analisados}} \times 100$
<b>Periodicidade:</b>	Mensal; iniciado o monitoramento no mês de junho de 2024.

<b>Responsável:</b>	Fernanda Darliane
<b>Fonte dos Dados:</b>	Prontuários de Pacientes da Clínica Cirúrgica, Lista de Verificação de Cirurgia Segura.
<b>Procedimento de Coleta:</b>	O procedimento de coleta é feito através da revisão de prontuários de pacientes pós-cirúrgicos e análise das Lista de Verificação de Cirurgia Segura.
<b>Meta</b>	5%
<b>Polaridade</b>	Menor, melhor.

<b>INDICADOR 5</b>	
<b>Nome:</b>	Número de notificações registradas no VigiHosp relacionadas a incidentes no Centro Cirúrgico.
<b>Definição:</b>	Este indicador mede o número de notificações registradas no VigiHosp relacionadas a incidentes no Centro Cirúrgico.
<b>Fórmula:</b>	Número de notificações registradas no VigiHosp relacionadas a incidentes no Centro Cirúrgico.
<b>Periodicidade:</b>	Mensal; iniciado o monitoramento no mês de junho de 2024.
<b>Responsável:</b>	Fernanda Darliane
<b>Fonte dos Dados:</b>	Relatório de notificação do VigiHosp.
<b>Procedimento de Coleta:</b>	O procedimento de coleta é feito através da revisão do relatório mensal de notificação do VigiHosp.
<b>Meta</b>	2
<b>Polaridade</b>	Maior, melhor.

<b>INDICADOR 6</b>	
<b>Nome:</b>	Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas.
<b>Definição:</b>	Este indicador mede a taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas.
<b>Fórmula:</b>	$\frac{\text{Número de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas, no período de estudo}}{\text{número de cirurgias limpas, no período de estudo}} \times 100.$
<b>Periodicidade:</b>	Mensal; iniciado o monitoramento no mês de junho de 2024.
<b>Responsável:</b>	Fernanda Darliane
<b>Fonte dos Dados:</b>	Relatório da CCIH.

<b>Procedimento de Coleta:</b>	O procedimento de coleta é feito através da revisão do relatório mensal d da CCIH.
<b>Meta</b>	5%
<b>Polaridade</b>	Menor, melhor.

<b>INDICADOR 7</b>	
<b>Nome:</b>	Número de relatórios / boletins de controle de IRAS publicados no mês.
<b>Definição:</b>	Este indicador mede o número de relatórios / boletins de controle de IRAS publicados no mês.
<b>Fórmula:</b>	Número de relatórios / boletins de controle de IRAS publicados no mês.
<b>Periodicidade:</b>	Mensal; iniciado o monitoramento no mês de junho de 2024.
<b>Responsável:</b>	Fernanda Darliane
<b>Fonte dos Dados:</b>	Relatório / boletins da CCIH publicados.
<b>Procedimento de Coleta:</b>	O procedimento de coleta é feito através da revisão do relatório / boletim da CCIH publicados.
<b>Meta</b>	1
<b>Polaridade</b>	Maior, melhor.

<b>INDICADOR 8</b>	
<b>Nome:</b>	Proporção de pacientes com pulseira de identificação do risco de queda dentre o total de pacientes.
<b>Definição:</b>	Este indicador mede o percentual de pacientes com pulseira de identificação do risco de queda dentre o total de pacientes.
<b>Fórmula:</b>	Número de pacientes com pulseira de identificação do risco de queda / número de pacientes admitidos, avaliados quanto a presença de pulseira de identificação do risco de queda X 100.
<b>Periodicidade:</b>	Mensal; iniciado o monitoramento no mês de junho de 2024.
<b>Responsável:</b>	Fernanda Darliane
<b>Fonte dos Dados:</b>	Visita in loco.
<b>Procedimento de Coleta:</b>	O procedimento de coleta é feito através das visitas periódicas ao ambulatório.
<b>Meta</b>	90%
<b>Polaridade</b>	Maior, melhor.

INDICADOR 9	
<b>Nome:</b>	Proporção de prontuários com sumário de alta com os principais registros, com indicação e ações necessárias e locais de encaminhamento em caso de intercorrência, dentre o total avaliado.
<b>Definição:</b>	Este indicador mede o percentual prontuários com sumário de alta adequada preenchido.
<b>Fórmula:</b>	$\text{Número de prontuários com sumário de alta com os principais registros, com indicação e ações necessárias e locais de encaminhamento em caso de intercorrência} / \text{número de prontuários avaliados quanto ao sumário de alta} \times 100.$
<b>Periodicidade:</b>	Mensal; iniciado o monitoramento no mês de junho de 2024.
<b>Responsável:</b>	Fernanda Darliane
<b>Fonte dos Dados:</b>	Prontuário pós alta hospitalar.
<b>Procedimento de Coleta:</b>	O procedimento de coleta é feito através revisão de prontuários pós alta hospitalar.
<b>Meta</b>	95%
<b>Polaridade</b>	Maior, melhor.

INDICADOR 10	
<b>Nome:</b>	Proporção de prontuários com dupla checagem da administração de medicamentos de alta vigilância, dentre o total avaliado.
<b>Definição:</b>	Este indicador mede o percentual de prontuários com dupla checagem da administração de medicamentos de alta vigilância.
<b>Fórmula:</b>	$\text{Número de prontuários com dupla checagem da administração de medicamentos de alta vigilância} / \text{número de prontuários avaliados quanto a dupla checagem da administração de medicamentos de alta vigilância} \times 100.$
<b>Periodicidade:</b>	Mensal; iniciado o monitoramento no mês de junho de 2024.
<b>Responsável:</b>	Fernanda Darliane
<b>Fonte dos Dados:</b>	Prontuário.
<b>Procedimento de Coleta:</b>	O procedimento de coleta é feito através revisão periódica de prontuários.
<b>Meta</b>	95%
<b>Polaridade</b>	Maior, melhor.

<b>INDICADOR 11</b>	
<b>Nome:</b>	Proporção de carros de emergência com armazenamento adequado de medicamentos, dentre o total avaliado.
<b>Definição:</b>	Este indicador mede o percentual de carros de emergência com armazenamento adequado de medicamentos.
<b>Fórmula:</b>	$\frac{\text{Número de carros de emergência com armazenamento adequado de medicamentos}}{\text{número de carros de emergência avaliados quanto ao armazenamento adequado de medicamentos}} \times 100$ .
<b>Periodicidade:</b>	Mensal; iniciado o monitoramento no mês de junho de 2024.
<b>Responsável:</b>	Fernanda Darliane
<b>Fonte dos Dados:</b>	Prontuário.
<b>Procedimento de Coleta:</b>	O procedimento de coleta é feito através revisão periódica de prontuários.
<b>Meta</b>	100%
<b>Polaridade</b>	Maior, melhor.

<b>INDICADOR 12</b>	
<b>Nome:</b>	Proporção equipamentos de suporte à vida inoperantes, ou sem manutenção preventiva, ou com manutenção preventiva vencida, entre o total de equipamentos verificados.
<b>Definição:</b>	Este indicador mede o percentual de equipamentos de suporte à vida inoperantes ou sem manutenção preventiva, ou com manutenção preventiva vencida.
<b>Fórmula:</b>	$\frac{\text{Número equipamentos de suporte à vida inoperantes, ou sem manutenção preventiva, ou com manutenção preventiva vencida}}{\text{número equipamentos de suporte à vida avaliados}} \times 100$ .
<b>Periodicidade:</b>	Mensal; iniciado o monitoramento no mês de junho de 2024.
<b>Responsável:</b>	Fernanda Darliane
<b>Fonte dos Dados:</b>	Prontuário.
<b>Procedimento de Coleta:</b>	O procedimento de coleta é feito através revisão periódica de prontuários.
<b>Meta</b>	10%
<b>Polaridade</b>	Menor, melhor.

<b>INDICADOR 13</b>	
<b>Nome:</b>	Percentual de cumprimento de requisitos gerais
<b>Definição:</b>	Este indicador mede o grau de adequação do hospital aos requisitos avaliados.
<b>Fórmula:</b>	Número cumprimento de requisitos gerais / número de requisitos avaliados, aplicáveis ao HUIB X 100.
<b>Periodicidade:</b>	anual; após o encerramento da avaliação interna da qualidade.
<b>Responsável:</b>	Fernanda Darliane
<b>Fonte dos Dados:</b>	Relatório da avaliação interna da qualidade.
<b>Procedimento de Coleta:</b>	O procedimento de coleta é feito através revisão do relatório da avaliação interna da qualidade
<b>Meta</b>	80%
<b>Polaridade</b>	Maior, melhor.

<b>INDICADOR 14</b>	
<b>Nome:</b>	Percentual de cumprimento de requisitos essenciais
<b>Definição:</b>	Este indicador mede o grau de adequação do hospital aos requisitos essenciais avaliados.
<b>Fórmula:</b>	Número cumprimento de requisitos essenciais / número de requisitos essenciais avaliados, aplicáveis ao HUIB X 100.
<b>Periodicidade:</b>	anual; após o encerramento da avaliação interna da qualidade.
<b>Responsável:</b>	Fernanda Darliane
<b>Fonte dos Dados:</b>	Relatório da avaliação interna da qualidade.
<b>Procedimento de Coleta:</b>	O procedimento de coleta é feito através revisão do relatório da avaliação interna da qualidade
<b>Meta</b>	80%
<b>Polaridade</b>	Maior, melhor.

## 6. REFERÊNCIAS

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). Guia de Avaliação do Selo Ebserh de Qualidade. Brasília, 2019.



EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). Manual de Requisitos do Programa Ebser de Gestão da Qualidade. Versão:03. Brasília, 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). Portaria-SEI nº 35, de 23 de agosto de 2021. Boletim de Serviço nº 1140, de 25 de agosto de 2021. Publica o modelo Regimento da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade e disciplina o processo das avaliações internas da qualidade. 2021.

## 7. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	09/10/2024	Versão inicial.

## 8. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

<b>Elaboração</b> Fernanda Darliane Tavares de Luna - Enfermeira / STGQ Maria Helena Pinto Gonçalves – Assistente Administrativo / STGQ Itavielly Layany França Feitosa – Farmacêutica / STGQ	Data: 09/10/2024
<b>Análise</b> Andressa Pedroza Pereira da Silva – Enfermeira - Chefe do STGQ	Data: 09/10/2024
<b>Validação</b> Nívia Maria da Silva – Técnica em Enfermagem	Data: 31/10/2024 Conforme Processo SEI nº 23771.007289/2024-48
<b>Aprovação</b> Ana Paula Oliveira da Silva - Superintendente	Data: 31/10/2024 Conforme Processo SEI nº 23771.007289/2024-48

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © 2024, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados [www.ebserh.gov.br](http://www.ebserh.gov.br)

