

| | | |
|---------------------|---|----------|
| Tipo do Documento | RELATÓRIO DE GESTÃO | Página 1 |
| Título do Documento | COMISSÃO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE | Emissão: |

1. FINALIDADE

Apresentar o Relatório de Gestão da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM).

2. PERÍODO DE ABRANGÊNCIA

Ano 2022 (01/05/2022 – 30/11/2022).

3. MEMBROS DA COMISSÃO

Luana Ribeiro Ferreira, SIAPE: 2131117, Fisioterapeuta, Coordenadora;
André Luiz Pantoja dos Santos, SIAPE: 2186803, Dentista, Membro;
Alice Prudente Borges, SIAPE: 2379997, Assistente administrativo, Membro;
Aline Ferreira Silva, SIAPE: 1919119, Psicóloga, Membro;
Ana Cíntia Ribeiro da Silva, SIAPE: 1833023, Enfermeira, Membro;
Andréa Silva Dutra Tirones, SIAPE: 1359647, Enfermeira, Membro;
Bruna Gomes Prates, SIAPE: 1913226, Fisioterapeuta, Membro;
Damiana Aparecida Trindade Monteiro, SIAPE: 2173005, Técnico de Enfermagem, Membro;
Daniela Marques, SIAPE: 2101087, Enfermeira, Membro;
Danielle Campos Massa, SIAPE: 2166880, Enfermeira, Membro;
Eduardo Borges Bernardes, SIAPE: 3259339, Assistente administrativo, Membro;
Graziella Paula de Oliveira Neri, SIAPE: 2100906, Fisioterapeuta, Membro;
Joseane Fonseca Souza, SIAPE: 3013857, Física médica, Membro;
Josiane Garcia, SIAPE: 1509652, Enfermeira, Membro;
Klebert Bastos da Silva, SIAPE: 1170655, Assistente administrativo, Membro;
Laís Sampaio Silveira Arruda, SIAPE: 2232316, Fisioterapeuta, Membro;
Lethicia Borges Oliveira, SIAPE: 3246506, Analista administrativo gestão hospitalar, Membro;
Lorena Norte Pereira, SIAPE: 1893176, Farmacêutica, Membro;
Luciana Paiva Romualdo, SIAPE: 1424857, Chefe de setor, Membro;
Luciano Henrique de Paiva, SIAPE: 2241886, Biólogo, Membro;
Marcela Venecci Nunez Aguilera, SIAPE: 1359640, Enfermeira, Membro;
Marcos Vinícius Rocha, SIAPE: 2167191, Farmacêutico, Membro;
Maria Cristina Cruciol Xavier, SIAPE: 1108440, Nutricionista, Membro;
Milva Guimarães Leal, SIAPE: 2159223, Assistente Social, Membro;
Priscila Salge Mauad Rodrigues, SIAPE: 2180694, Chefe de unidade, Membro;
Raíssa Bianca Luiz, SIAPE: 2238448, Enfermeira, Membro;
Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, SIAPE: 2119148, Chefe de unidade, Membro;
Rosa Helena Aparecida Gonçalves, SIAPE: 2159259, Chefe de Unidade, Membro e

| | | |
|---------------------|---|----------|
| Tipo do Documento | RELATÓRIO DE GESTÃO | Página 2 |
| Título do Documento | COMISSÃO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE | Emissão: |

Sara Borges Ferreira Gomes, SIAPE: 2137338, Enfermeira, Membro.

4. CRONOGRAMA ANUAL DA AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE

| | |
|-----------------|--|
| Maio | Nomeação dos integrantes da Comissão AVAQualis Reunião de abertura e planejamento da 3ª Avaliação Interna da Qualidade Assinatura do Termo de responsabilidade e Confidencialidade Capacitação dos avaliadores internos |
| Junho | Elaboração do roteiro da 3ª Avaliação Interna da Qualidade Elaboração do planejamento Reunião com as duplas de avaliadores para esclarecer dúvidas sobre os requisitos Divulgação da 3ª Avaliação Interna da Qualidade Comunicação do cronograma da Avaliação Interna Parcial da Qualidade |
| Julho | Realização da Avaliação Interna Parcial da Qualidade Comunicação do cronograma da Avaliação Interna Total da Qualidade |
| Agosto/Setembro | Realização da Avaliação Interna Total da Qualidade Elaboração do relatório da 3ª Avaliação Interna da Qualidade Encaminhamento do relatório para chefias e gerência |
| Outubro | Contestação dos relatórios Resposta da contestação Encaminhamento do relatório final ao Colegiado Executivo Encaminhamento do relatório final para STGQ |
| Dezembro | Divulgação dos resultados da 3ª Avaliação Interna da Qualidade |

| | | |
|---------------------|---|----------|
| Tipo do Documento | RELATÓRIO DE GESTÃO | Página 3 |
| Título do Documento | COMISSÃO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE | Emissão: |

5. CRONOGRAMA E PAUTAS

Data: 06/05/2022

Pautas: Apresentação da 3ª Avaliação Interna de Qualidade, cronograma de atividades e apresentação das duplas e processos

Data: 01/06/2022

Pautas: Reunião com a dupla de avaliadores Raquel Bessa Ribeiro Rosalino e Damiana Aparecida Trindade Monteiro, referente aos processos 2.12 Medicina Nuclear e Radioterapia, 2.13 Terapia Antineoplásica e 18 Estatística

Data: 07/06/2022

Pautas: Reunião com a avaliadora Rosa Helena Aparecida Gonçalves, referente aos processos 2.1 Identificação do Paciente, 4 Gestão de Pessoas, 19 Arquivo Médico e 20 Faturamento

Data: 07/06/2022

Pautas: Reunião com a dupla de avaliadoras Joseane Fonseca Souza e Josiane Garcia, referente aos processos 9 Referência e Contrarreferência e 2.16 Assistência Farmacêutica

Data: 07/06/2022

Pautas: Reunião com a avaliadora Raíssa Bianca Luiz, referente ao processo 1. Ensino, Pesquisa, Extensão e Inovação em Saúde

Data: 08/06/2022

Pautas: Reunião com as avaliadoras Alice Prudente Borges e Priscila Salge Mauad Rodrigues, referente aos processos 2.2 Internação, 2.3 Alta, encaminhamento e acompanhamento e 3. Gestão Hospitalar

Data: 08/06/2022

Pautas: Reunião com as avaliadoras Daniela Marques e Lorena Norte Pereira, referente aos processos 2.10 Hemoterapia, 12 Laboratório Clínico e 16 Anatomia Patológica

Data: 09/06/2022

Pautas: Reunião com as avaliadoras Lethicia Borges Oliveira, referente aos processos 2.4 Atendimento Ambulatorial, 10. Comunicação, 13. Diagnóstico por Imagem e 14. Métodos Gráficos

Data: 09/06/2022

Pautas: Reunião com os avaliadores Milva Guimarães Leal e André Luiz Pantoja dos Santos, referente aos processos 15. Processamento de Roupas, 21. Processamento de Materiais e Esterilização, 22. Limpeza e Desinfecção de Superfícies e 24. Gerenciamento de Resíduos

Data: 10/06/2022

Cópia eletrônica não controlada

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.

© 2022, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados

www.Ebserh.gov.br

| | | |
|---------------------|---|----------|
| Tipo do Documento | RELATÓRIO DE GESTÃO | Página 4 |
| Título do Documento | COMISSÃO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE | Emissão: |

Pautas: Reunião com as avaliadoras Luana Ribeiro Ferreira e Aline Ferreira Silva com a chefe do Setor de Gestão da Qualidade Luciana Paiva Romualdo, referente aos processos 2.6 Emergência, 2.9 Tratamento Intensivo e 23. Sistema de Abastecimento de Água

Data: 10/06/2022

Pautas: Reunião com as avaliadoras Sara Borges Ferreira Gomes e Danielle Campos Massa, referente aos processos 2.7 Centro Cirúrgico, 2.8 Anestesiologia e 2.14 Terapia Nutricional

Data: 10/06/2022

Pautas: Reunião com os avaliadores Maria Cristina Cruciol Xavier, Bruna Gomes Prates e Eduardo Borges Bernardes, referente aos processos 2.5 Obstetrícia e Neonatologia e 6. Vigilância em Saúde

Data: 13/06/2022

Pautas: Reunião com as avaliadoras Ana Cíntia Ribeiro da Silva e Marcos Vinícius Rocha, referente aos processos 2.11 Reabilitação, 17. Serviço Social, 2.15 Assistência Nefrológica e Dialítica e Humanização

Data: 13/06/2022

Pautas: Reunião com os avaliadores Luciana Paiva Romualdo e Klebert Bastos da Silva, referente aos processos 25. Infraestrutura e 26. Segurança e Manutenção Geral

Data: 15/06/2022

Pautas: Reunião com as avaliadoras Andréa Silva Dutra Tirones e Marcela Venecci Nunez Aguilera, referente aos processos 5. Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente, 11. Prevenção e Controle de Infecção e 7. Processos

Data: 11/07/2022

Pautas: Novos prazos e cronograma das entrevistas da 3ª Avaliação Interna de Qualidade

Data: 26/08/2022

Pautas: Novos prazos e cronograma das entrevistas da 3ª Avaliação Interna de Qualidade

Data: 30/09/2022

Pautas: Nova versão do Manual/Orientações/Prazos

Data: 27/10/2022

Pautas: Andamento da 3ª Avaliação interna da qualidade

Data: 30/11/2022

Pautas: 1ª Jornada da Qualidade do HC UFTM

| | | |
|---------------------|---|----------|
| Tipo do Documento | RELATÓRIO DE GESTÃO | Página 5 |
| Título do Documento | COMISSÃO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE | Emissão: |

6. DISCUSSÕES E DELIBERAÇÕES

Todas as atividades da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade estão registradas no processo SEI 23521.007838/2022-64.

➤ Reunião: 06/05/2022

- Discussão: Apresentado o conceito de avaliação interna da qualidade e do Selo Ebserh de Qualidade (SEQuali) e os deveres dos avaliadores internos, o material para leitura (Portaria – SEI nº 35, de 23 de agosto de 2021, Regimento Interno Da Comissão De Avaliação Interna Da Qualidade, Guia De Avaliação Do Selo Ebserh De Qualidade, Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa e Selo Ebserh de Qualidade e o Plano de Avaliação Interna), o cronograma de atividade anual e os novos membros da comissão.
- Deliberações: Orientado a capacitação dos avaliadores (Participação do "Curso de Capacitação em Gestão e a Avaliação Interna da Qualidade" da plataforma NETEC) e os prazos para a realização. Apresentado as duplas de trabalho e as divisões dos processos a serem avaliados. Orientado como realizar o roteiro de avaliação com o planejamento, informado os grupos no TEAMS e apresentado o cronograma de reuniões com as duplas de avaliadores no mês de junho.

➤ Reuniões do mês de junho com as duplas de avaliadores

- Discussão: Foram realizadas reuniões com as duplas de avaliadores para discussão dos seus processos e apresentação do planejamento da avaliação interna da qualidade relacionado aos processos em questão.
- Deliberações: Finalizado os planejamentos e determinado as datas das primeiras reuniões e entrevistas e as datas que serão publicados os planejamentos da avaliação no Teams.

➤ Reunião 11/07/2022

- Discussão: Foi revisado o fluxograma da avaliação. Com a alteração da data da avaliação interna total da qualidade, foi informado a possibilidade de realizar avaliação parcial de todos os processos. Comunicado que a avaliação interna total da qualidade será realizada nos meses de setembro e outubro. Foi apresentado a padronização do modelo de preenchimento do relatório (NÃO CONFORME: Descrever na coluna comentário as considerações e ao final "Conclusão: Não conforme", descrever obrigatoriamente recomendações de melhoria e se caso houver, citar evidências (mesmo que insuficiente) e CONFORME: Descrever na coluna comentário somente "Conclusão: Conforme" e obrigatoriamente as evidências consideradas e caso houver recomendação de melhoria).
- Deliberação: Orientado os avaliadores agendarem a avaliação parcial dos demais processos para que a mesma seja finalizada até a data de 31/08/2022. Informado os novos prazos para

| | | |
|---------------------|---|----------|
| Tipo do Documento | RELATÓRIO DE GESTÃO | Página 6 |
| Título do Documento | COMISSÃO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE | Emissão: |

o encerramento da avaliação (10 dias após a data da entrevista) e para a entrega dos relatórios (5 dias após encerrar a avaliação). Na avaliação interna total, os avaliadores deverão reavaliar todos os requisitos NÃO CONFORMES com a entrega dos relatórios até a data de 21/10/2022. Determinado considerar as evidências dos últimos 12 meses.

➤ Reunião 26/08/2022

- Discussão: Foi reforçado sobre a capacitação dos avaliadores e o prazo para finalização. Informado que a realização desse curso é obrigatória para a permanência na comissão. Comunicado que a versão 3 do manual tem data prevista para publicação na primeira semana de setembro. Após publicação haverá a necessidade da reorganização dos processos. Os requisitos foram reorganizados de acordo com a cadeia de valor da rede Ebserh. Em relação a avaliação foi orientado considerar a conformidade do que foi relatado no momento da entrevista/visita. Apresentado requisitos comuns em todos os processos para esclarecimento das dúvidas. Comunicado que será realizado um piloto do método rastreador com o processo 1. Ensino, Pesquisa, Extensão e Inovação em Saúde na avaliação total. Discutido a proposta para as próximas avaliações de considerar o prazo de 15 dias para realização contemplando desde o treinamento dos avaliadores até a entrega dos relatórios. Essa proposta será levada para alta gestão e caso seja aprovada será incluída no regimento interno da comissão.
- Deliberação: Determinado o prazo máximo para realização da capacitação que será 19 de setembro de 2022. Solicitado para que todos os avaliadores acessem a cadeia de valores para compreenderem as áreas guardiãs e as áreas executoras dos processos. Considerar o requisito conforme quando 80% estiver de acordo com o que foi solicitado, para aqueles que são avaliados em várias áreas do hospital. Os requisitos avaliados em um setor específico necessitam de 100% de adequação para ser considerado conforme. Comunicado que a avaliação total iniciará no dia 03 de outubro de 2022.

➤ Reunião 30/09/2022

- Discussão: Foi apresentado o novo cronograma da Avaliação Interna da Qualidade e os respectivos prazos: Outubro: Realização da Avaliação Interna Total da Qualidade, postagem das evidências até o dia 14/10/2022, elaboração do relatório da 3ª Avaliação Interna da Qualidade até dia 21/10/2022 e encaminhamento do relatório para chefias e gerência até dia 31/10/2022; Novembro: Contestação dos relatórios e encaminhamento do relatório final ao Colegiado Executivo; Dezembro: Encaminhamento do relatório final para SGQ e divulgação dos resultados da 3ª Avaliação Interna da Qualidade. Disponibilizado o novo modelo de relatório e realizado orientações quanto ao preenchimento. Foi apresentado a nova versão do manual e a nova disposição das duplas responsáveis por cada processo. Comunicado que os relatórios e as equipes do Teams serão reorganizados.

| | | |
|---------------------|---|----------|
| Tipo do Documento | RELATÓRIO DE GESTÃO | Página 7 |
| Título do Documento | COMISSÃO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE | Emissão: |

- Deliberação: A avaliação total será realizada somente dos requisitos não conformes de acordo com a avaliação parcial. Orientado agendar as reuniões com os líderes no período do dia 03 a 14 de outubro.

➤ Reunião 27/10/2022

- Discussão: Foi informado a finalização da avaliação e que os prazos estão sendo cumpridos. Foi informado que novembro é o mês da qualidade e que será realizado a 1ª Jornada de Qualidade do HC-UFTM, que será em 22/11/2022 ou 30/11/2022 (aguardando confirmação da data), sendo o público alvo os avaliadores internos e gestores. Solicitado auxílio na organização do evento aqueles avaliadores com disponibilidade. Foi reiterado sobre o papel do avaliador de acordo com o regimento interno e que após a finalização da avaliação 2022 a comissão iniciará a organização dos roteiros no modelo rastreador. Discutido previamente o método rastreador. Discutido sobre a elaboração de capacitação para os colaboradores do HC UFTM. Sugerido curso no formato de vídeo.
- Deliberação: Os avaliadores são responsáveis por assinar os ofícios e monitorar o processo SEI, analisando as contestações. O prazo para entrega dos relatórios será 31 de outubro e que estes serão analisados e finalizados no mês de novembro. Em dezembro o relatório será enviado para avaliação do colegiado

➤ Evento 30/11/2022: 1ª Jornada da Qualidade do HC UFTM

No mês de novembro é comemorado o mês da Qualidade. Visando o envolvimento da comunidade hospitalar juntamente com o ensino e pesquisa na qualidade hospitalar, observou-se a necessidade da identificação e priorização de oportunidade e implementação de intervenções de melhorias. Realizado a 1ª Jornada da Qualidade do HC UFTM com o objetivo de reconhecer o papel do programa de qualidade Ebserh no ensino no HC UFTM, conscientizar da importância da construção e monitoramento de indicadores e plano de ação de melhoria. O público-alvo foram os gestores locais, coordenadores de curso, docentes UFTM, docentes Cefores e os avaliadores internos da qualidade.

7. RESULTADO PARCIAL DA AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE

| | | |
|---------------------|---|----------|
| Tipo do Documento | RELATÓRIO DE GESTÃO | Página 1 |
| Título do Documento | COMISSÃO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE | Emissão: |

| Tipo de processo | Categoria | Subcategoria | Nº de requisitos conforme | Nº de requisitos não conform | Nº de requisitos aplicáveis | Nº de requisitos não | % de requisitos conforme | % de requisitos não | % de requisitos não | Nº de RE conf | Nº de RE não conform | Nº de RE aplic | Nº de RE não aplicáv | % de RE conformes | % de RE não conform | % de RE não aplicáv |
|--|---|---|---------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------------|---------------------|---------------------|---------------|----------------------|----------------|----------------------|-------------------|---------------------|---------------------|
| TOTAL | | | 480 | 220 | 700 | 8 | 69% | 31% | 1% | 208 | 87 | 295 | 2 | 71% | 29% | 1% |
| A - PROCESSOS | | | 49 | 30 | 79 | 1 | 62% | 38% | 1% | 24 | 11 | 35 | 1 | 69% | 31% | 3% |
| | 1. Governança | | 30 | 18 | 48 | 1 | 63% | 38% | 2% | 15 | 9 | 24 | 1 | 63% | 38% | 4% |
| | | 1.1. Gestão da estratégia | 5 | 0 | 5 | 0 | 100% | 0% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| | | 1.2. Gestão de portfólio de projetos | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| | | 1.3. Governança de processos | 1 | 1 | 2 | 0 | 50% | 50% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| | | 1.4. Melhoria contínua de processos | 3 | 2 | 5 | 0 | 60% | 40% | 0% | 1 | 1 | 2 | 0 | 50% | 50% | 0% |
| | | 1.5. Gestão de Colegiados, Comissões, Núcleos, | 20 | 12 | 32 | 1 | 63% | 38% | 3% | 13 | 8 | 21 | 1 | 62% | 38% | 5% |
| | | 1.6. Gestão de riscos | 0 | 2 | 2 | 0 | 0% | 100% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| | | 1.7. Responsabilidade socioambiental | 0 | 1 | 1 | 0 | 0% | 100% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| | 2. Desenvolvimento organizacional | | 2 | 2 | 4 | 0 | 50% | 50% | 0% | 1 | 1 | 2 | 0 | 50% | 50% | 0% |
| | | 2.1. Gestão da arquitetura organizacional | 1 | 1 | 2 | 0 | 50% | 50% | 0% | 0 | 1 | 1 | 0 | 0% | 100% | 0% |
| | | 2.2. Avaliação da qualidade | 1 | 1 | 2 | 0 | 50% | 50% | 0% | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| | 3. Contratualização | | 3 | 0 | 3 | 0 | 100% | 0% | 0% | 3 | 0 | 3 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| | | 3.1. Contratualização SUS | 3 | 0 | 3 | 0 | 100% | 0% | 0% | 3 | 0 | 3 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| | 4. Gestão de dados | | 14 | 10 | 24 | 0 | 58% | 42% | 0% | 5 | 1 | 6 | 0 | 83% | 17% | 0% |
| | | 4.1. Acompanhamento de resultados | 14 | 10 | 24 | 0 | 58% | 42% | 0% | 5 | 1 | 6 | 0 | 83% | 17% | 0% |
| B - PROCESSOS PRIMÁRIOS - JORNADA DO ENSINO E EXTENSÃO | | | 13 | 4 | 17 | 0 | 76% | 24% | 0% | 3 | 2 | 5 | 0 | 60% | 40% | 0% |
| | 5. Seleção e | | 2 | 0 | 2 | 0 | 100% | 0% | 0% | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| | | 5.1 Acolhimento dos estudantes | 2 | 0 | 2 | 0 | 100% | 0% | 0% | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| | 6. Prática de ensino e extensão | | 8 | 4 | 12 | 0 | 67% | 33% | 0% | 2 | 2 | 4 | 0 | 50% | 50% | 0% |
| | | 6.1. Gestão da escala dos residentes | 0 | 1 | 1 | 0 | 0% | 100% | 0% | 0 | 1 | 1 | 0 | 0% | 100% | 0% |
| | | 6.2. Treinamento em serviço | 8 | 2 | 10 | 0 | 80% | 20% | 0% | 2 | 1 | 3 | 0 | 67% | 33% | 0% |
| | | 6.3. Mobilidade em rede | 0 | 1 | 1 | 0 | 0% | 100% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| | 7. Avaliação | | 3 | 0 | 3 | 0 | 100% | 0% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| | | 7.1. Avaliação dos residentes | 3 | 0 | 3 | 0 | 100% | 0% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| C - PROCESSOS DE SUPORTE À JORNADA DO ENSINO E EXTENSÃO | | | 10 | 3 | 13 | 0 | 77% | 23% | 0% | 3 | 0 | 3 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| | 8. Estrutura de | | 4 | 1 | 5 | 0 | 80% | 20% | 0% | 2 | 0 | 2 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| | | 8.1. Gestão da infraestrutura dos espaços de ensino | 2 | 0 | 2 | 0 | 100% | 0% | 0% | 2 | 0 | 2 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| | | 8.2. Avaliação do campo de prática de ensino | 2 | 1 | 3 | 0 | 67% | 33% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| | 9. Monitoramento das atividades de ensino e extensão | | 4 | 1 | 5 | 0 | 80% | 20% | 0% | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| | | 9.1. Gestão de informações de estudantes e | 4 | 1 | 5 | 0 | 80% | 20% | 0% | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| | 10. Preceptorial | | 2 | 1 | 3 | 0 | 67% | 33% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| | | 10.1. Qualificação de preceptores | 1 | 1 | 2 | 0 | 50% | 50% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| | | 10.2. Monitoramento das atividades de preceptorial | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |

Cópia eletrônica não controlada

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.

© 2022, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados

www.Ebserh.gov.br



| | | |
|---------------------|---|----------|
| Tipo do Documento | RELATÓRIO DE GESTÃO | Página 2 |
| Título do Documento | COMISSÃO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE | Emissão: |

| D - PROCESSOS PRIMÁRIOS - JORNADA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE | 102 | 81 | 183 | 5 | 56% | 44% | 3% | 41 | 33 | 74 | 0 | 55% | 45% | 0% |
|---|-----|----|-----|---|------|------|-----|----|----|----|---|------|------|----|
| 11. Admissão de | 13 | 10 | 23 | 0 | 57% | 43% | 0% | 7 | 3 | 10 | 0 | 70% | 30% | 0% |
| 11.1. Regulação do acesso aos serviços assistenciais | 7 | 3 | 10 | 0 | 70% | 30% | 0% | 2 | 0 | 2 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 11.2. Gestão da admissão de pacientes | 3 | 3 | 6 | 0 | 50% | 50% | 0% | 2 | 0 | 2 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 11.3. Admissão ambulatorial | 0 | 1 | 1 | 0 | 0% | 100% | 0% | 0 | 1 | 1 | 0 | 0% | 100% | 0% |
| 11.4. Admissão hospitalar | 2 | 2 | 4 | 0 | 50% | 50% | 0% | 2 | 1 | 3 | 0 | 67% | 33% | 0% |
| 11.5. Admissão na urgência e emergência | 1 | 1 | 2 | 0 | 50% | 50% | 0% | 1 | 1 | 2 | 0 | 50% | 50% | 0% |
| 12. Avaliação e | 17 | 10 | 27 | 5 | 63% | 37% | 16% | 4 | 0 | 4 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 12.1. Realização de exames laboratoriais | 7 | 4 | 11 | 0 | 64% | 36% | 0% | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 12.2. Realização de exames de imagem | 7 | 5 | 12 | 5 | 58% | 42% | 29% | 2 | 0 | 2 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 12.3. Realização de exames de métodos gráficos | 3 | 1 | 4 | 0 | 75% | 25% | 0% | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 13. Tratamento de pacientes | 68 | 53 | 121 | 0 | 56% | 44% | 0% | 28 | 25 | 53 | 0 | 53% | 47% | 0% |
| 13.1. Tratamento | 7 | 11 | 18 | 0 | 39% | 61% | 0% | 4 | 7 | 11 | 0 | 36% | 64% | 0% |
| 13.2. Tratamento ambulatorial | 2 | 2 | 4 | 0 | 50% | 50% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 13.3. Tratamento ambulatorial especializado: | 3 | 0 | 3 | 0 | 100% | 0% | 0% | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 13.4. Tratamento ambulatorial especializado: terapia antineoplásica | 7 | 1 | 8 | 0 | 88% | 13% | 0% | 2 | 0 | 2 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 13.5. Assistência nefrológica | 4 | 3 | 7 | 0 | 57% | 43% | 0% | 2 | 3 | 5 | 0 | 40% | 60% | 0% |
| 13.6. Tratamento hospitalar | 16 | 10 | 26 | 0 | 62% | 38% | 0% | 9 | 3 | 12 | 0 | 75% | 25% | 0% |
| 13.7. Tratamento em terapia intensiva | 14 | 6 | 20 | 0 | 70% | 30% | 0% | 3 | 0 | 3 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 13.8. Tratamento cirúrgico | 5 | 9 | 14 | 0 | 36% | 64% | 0% | 3 | 7 | 10 | 0 | 30% | 70% | 0% |
| 13.9. Obstetrícia | 4 | 8 | 12 | 0 | 33% | 67% | 0% | 3 | 4 | 7 | 0 | 43% | 57% | 0% |
| 13.10. Neonatologia | 6 | 3 | 9 | 0 | 67% | 33% | 0% | 1 | 1 | 2 | 0 | 50% | 50% | 0% |
| 14. Saída de | 4 | 8 | 12 | 0 | 33% | 67% | 0% | 2 | 5 | 7 | 0 | 29% | 71% | 0% |
| 14.1. Saída ambulatorial | 0 | 1 | 1 | 0 | 0% | 100% | 0% | 0 | 1 | 1 | 0 | 0% | 100% | 0% |
| 14.2. Saída hospitalar | 2 | 5 | 7 | 0 | 29% | 71% | 0% | 1 | 3 | 4 | 0 | 25% | 75% | 0% |
| 14.3. Gestão de óbitos | 2 | 2 | 4 | 0 | 50% | 50% | 0% | 1 | 1 | 2 | 0 | 50% | 50% | 0% |

Cópia eletrônica não controlada

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.

© 2022, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados

www.Ebserh.gov.br



| | | |
|---------------------|---|----------|
| Tipo do Documento | RELATÓRIO DE GESTÃO | Página 3 |
| Título do Documento | COMISSÃO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE | Emissão: |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|-----------|------------|----------|-------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|------------|-----------|
| E - PROCESSOS DE SUPORTE À JORNADA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE | 72 | 14 | 86 | 0 | 84% | 16% | 0% | 16 | 2 | 18 | 0 | 89% | 11% | 0% |
| 15. Apoio diagnóstico e terapêutico | 25 | 8 | 33 | 0 | 76% | 24% | 0% | 5 | 0 | 5 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 15.1. Gestão do banco de material biológico | 2 | 1 | 3 | 0 | 67% | 33% | 0% | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 15.2. Preparo da terapia antineoplásica | 5 | 1 | 6 | 0 | 83% | 17% | 0% | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 15.3. Gestão de serviços mediados por tecnologia | 4 | 0 | 4 | 0 | 100% | 0% | 0% | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 15.4. Hemoterapia | 5 | 0 | 5 | 0 | 100% | 0% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 15.5. Terapia nutricional | 6 | 0 | 6 | 0 | 100% | 0% | 0% | 2 | 0 | 2 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 15.6. Banco e posto de coleta de leite humano | 0 | 3 | 3 | 0 | 0% | 100% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 15.7. Processamento de produtos para a saúde | 3 | 3 | 6 | 0 | 50% | 50% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 16. Hotelaria | 42 | 2 | 44 | 0 | 95% | 5% | 0% | 6 | 0 | 6 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 16.1. Produção e distribuição de dietas orais | 6 | 0 | 6 | 0 | 100% | 0% | 0% | 2 | 0 | 2 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 16.2. Gestão de enxoval hospitalar | 15 | 0 | 15 | 0 | 100% | 0% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 16.3. Transporte de pacientes | 1 | 1 | 2 | 0 | 50% | 50% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 16.4. Higienização hospitalar | 1 | 1 | 2 | 0 | 50% | 50% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 16.5. Controle e manejo de pragas e vetores | 4 | 0 | 4 | 0 | 100% | 0% | 0% | 3 | 0 | 3 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 16.6. Gerenciamento de resíduos | 15 | 0 | 15 | 0 | 100% | 0% | 0% | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 17. Gestão da informação clínica | 5 | 4 | 9 | 0 | 56% | 44% | 0% | 5 | 2 | 7 | 0 | 71% | 29% | 0% |
| 17.1. Gestão da informação clínica em meio físico e do prontuário eletrônico do paciente | 5 | 4 | 9 | 0 | 56% | 44% | 0% | 5 | 2 | 7 | 0 | 71% | 29% | 0% |
| F - PROCESSOS PRIMÁRIOS - JORNADA DA PESQUISA E INOVAÇÃO | 14 | 0 | 14 | 0 | 100% | 0% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 18. Autorização | 4 | 0 | 4 | 0 | 100% | 0% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 18.1. Autorização para realização de pesquisa | 4 | 0 | 4 | 0 | 100% | 0% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 19. Execução | 8 | 0 | 8 | 0 | 100% | 0% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 19.1. Monitoramento das atividades de pesquisa | 8 | 0 | 8 | 0 | 100% | 0% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 20. Resultados | 2 | 0 | 2 | 0 | 100% | 0% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 20.1. Consolidação dos resultados de pesquisa | 2 | 0 | 2 | 0 | 100% | 0% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| G - PROCESSOS DE SUPORTE À JORNADA DA PESQUISA E INOVAÇÃO | 2 | 0 | 2 | 0 | 100% | 0% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 21. Estrutura de | 2 | 0 | 2 | 0 | 100% | 0% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 21.1. Gestão da estrutura do campo de prática de | 2 | 0 | 2 | 0 | 100% | 0% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| H - PROCESSOS DE SUPORTE TRANSVERSAIS AOS PROCESSOS PRIMÁRIOS | 93 | 31 | 124 | 1 | 75% | 25% | 1% | 64 | 15 | 79 | 1 | 81% | 19% | 1% |
| 22. Planejamento hospitalar | 93 | 31 | 124 | 1 | 75% | 25% | 1% | 64 | 15 | 79 | 1 | 81% | 19% | 1% |
| 22.1. Planejamento de ensino | 12 | 0 | 12 | 0 | 100% | 0% | 0% | 3 | 0 | 3 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 22.2. Identificação da capacidade instalada | 8 | 12 | 20 | 0 | 40% | 60% | 0% | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 22.3. Responsabilidade técnica e coordenação | 11 | 10 | 21 | 1 | 52% | 48% | 5% | 11 | 10 | 21 | 1 | 52% | 48% | 5% |
| 22.4. Gestão de documentos da qualidade | 5 | 4 | 9 | 0 | 56% | 44% | 0% | 1 | 1 | 2 | 0 | 50% | 50% | 0% |
| 22.5. Gestão de sistemas de gestão da qualidade e vigilância em saúde | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 22.6. Gestão de riscos e incidentes | 28 | 4 | 32 | 0 | 88% | 13% | 0% | 26 | 3 | 29 | 0 | 90% | 10% | 0% |
| 22.7. Gestão das ações de humanização | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 22.8. Vigilância epidemiológica hospitalar | 14 | 1 | 15 | 0 | 93% | 7% | 0% | 11 | 1 | 12 | 0 | 92% | 8% | 0% |
| 22.9. Vigilância epidemiológica de infecções relacionadas à assistência à saúde e microrganismos | 13 | 0 | 13 | 0 | 100% | 0% | 0% | 9 | 0 | 9 | 0 | 100% | 0% | 0% |

Cópia eletrônica não controlada

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.

© 2022, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados

www.Ebserh.gov.br



| | | |
|---------------------|---|----------|
| Tipo do Documento | RELATÓRIO DE GESTÃO | Página 4 |
| Título do Documento | COMISSÃO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE | Emissão: |

| I- PROCESSOS DE SUPORTE À ORGANIZAÇÃO | 126 | 56 | 182 | 1 | 69% | 31% | 1% | 58 | 23 | 81 | 0 | 72% | 28% | 0% |
|---|-----|----|-----|---|------|------|----|----|----|----|---|------|------|----|
| 23. Ouvidoria | 2 | 0 | 2 | 0 | 100% | 0% | 0% | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 23.1. Gestão de pesquisa de satisfação | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 23.2. Gestão das demandas da população | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 24. Comunicação | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 24.1. Comunicação social | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 25. Gestão de | 35 | 13 | 48 | 0 | 73% | 27% | 0% | 15 | 7 | 22 | 0 | 68% | 32% | 0% |
| 25.1. Gestão da informação de pessoal | 7 | 0 | 7 | 0 | 100% | 0% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 25.2. Gestão de relações trabalhistas | 1 | 2 | 3 | 0 | 33% | 67% | 0% | 0 | 1 | 1 | 0 | 0% | 100% | 0% |
| 25.3. Gestão do desligamento de colaboradores | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 25.4. Promoção da segurança e saúde dos | 11 | 6 | 17 | 0 | 65% | 35% | 0% | 8 | 5 | 13 | 0 | 62% | 38% | 0% |
| 25.5. Desenvolvimento e retenção de pessoas | 15 | 5 | 20 | 0 | 75% | 25% | 0% | 7 | 1 | 8 | 0 | 88% | 13% | 0% |
| 26. Tecnologia da informação | 8 | 6 | 14 | 0 | 57% | 43% | 0% | 2 | 0 | 2 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 26.1. Provimento da estrutura de tecnologia da | 2 | 0 | 2 | 0 | 100% | 0% | 0% | 2 | 0 | 2 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 26.2. Provimento de soluções de sistemas de | 2 | 3 | 5 | 0 | 40% | 60% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 26.3. Padronização de soluções de tecnologia da | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 26.4. Institucionalização de soluções de tecnologia | 2 | 3 | 5 | 0 | 40% | 60% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 26.5. Suporte de tecnologia da informação | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 27. Tecnologias em | 8 | 1 | 9 | 0 | 89% | 11% | 0% | 3 | 1 | 4 | 0 | 75% | 25% | 0% |
| 27.1. Avaliação de tecnologias em saúde | 5 | 0 | 5 | 0 | 100% | 0% | 0% | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 27.2. Incorporação de tecnologias em saúde | 3 | 1 | 4 | 0 | 75% | 25% | 0% | 2 | 1 | 3 | 0 | 67% | 33% | 0% |
| 28. Compras e | 3 | 2 | 5 | 0 | 60% | 40% | 0% | 2 | 0 | 2 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 28.1. Gestão de contratos e atas de registros de | 2 | 0 | 2 | 0 | 100% | 0% | 0% | 2 | 0 | 2 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 28.2. Realização de contratações | 1 | 2 | 3 | 0 | 33% | 67% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 29. Logística administrativa | 3 | 0 | 3 | 0 | 100% | 0% | 0% | 3 | 0 | 3 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 29.1. Gestão de serviços de suporte | 3 | 0 | 3 | 0 | 100% | 0% | 0% | 3 | 0 | 3 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 30. Orçamento e | 0 | 1 | 1 | 0 | 0% | 100% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 30.1. Gestão de custos | 0 | 1 | 1 | 0 | 0% | 100% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 31. Gestão | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 31.1. Gestão patrimonial | 1 | 0 | 1 | 0 | 100% | 0% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 32. Suprimentos | 13 | 5 | 18 | 0 | 72% | 28% | 0% | 7 | 1 | 8 | 0 | 88% | 13% | 0% |
| 32.1. Governança de estoques | 1 | 1 | 2 | 0 | 50% | 50% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 32.2. Gestão de estoque | 12 | 4 | 16 | 0 | 75% | 25% | 0% | 7 | 1 | 8 | 0 | 88% | 13% | 0% |
| 33. Gestão da infraestrutura | 46 | 28 | 74 | 1 | 62% | 38% | 1% | 25 | 14 | 39 | 0 | 64% | 36% | 0% |
| 33.1. Gestão de equipamentos médico-hospitalares | 12 | 0 | 12 | 0 | 100% | 0% | 0% | 6 | 0 | 6 | 0 | 100% | 0% | 0% |
| 33.2. Gestão da manutenção predial | 29 | 20 | 49 | 0 | 59% | 41% | 0% | 17 | 10 | 27 | 0 | 63% | 37% | 0% |
| 33.3. Gestão de obras | 5 | 8 | 13 | 1 | 38% | 62% | 7% | 2 | 4 | 6 | 0 | 33% | 67% | 0% |
| 34- Gestão da Informação em Sistemas Oficiais em Saúde | 6 | 0 | 6 | 0 | 100% | 0% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 34.1. Processamentos de informação assistencial | 6 | 0 | 6 | 0 | 100% | 0% | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |

Cópia eletrônica não controlada

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.

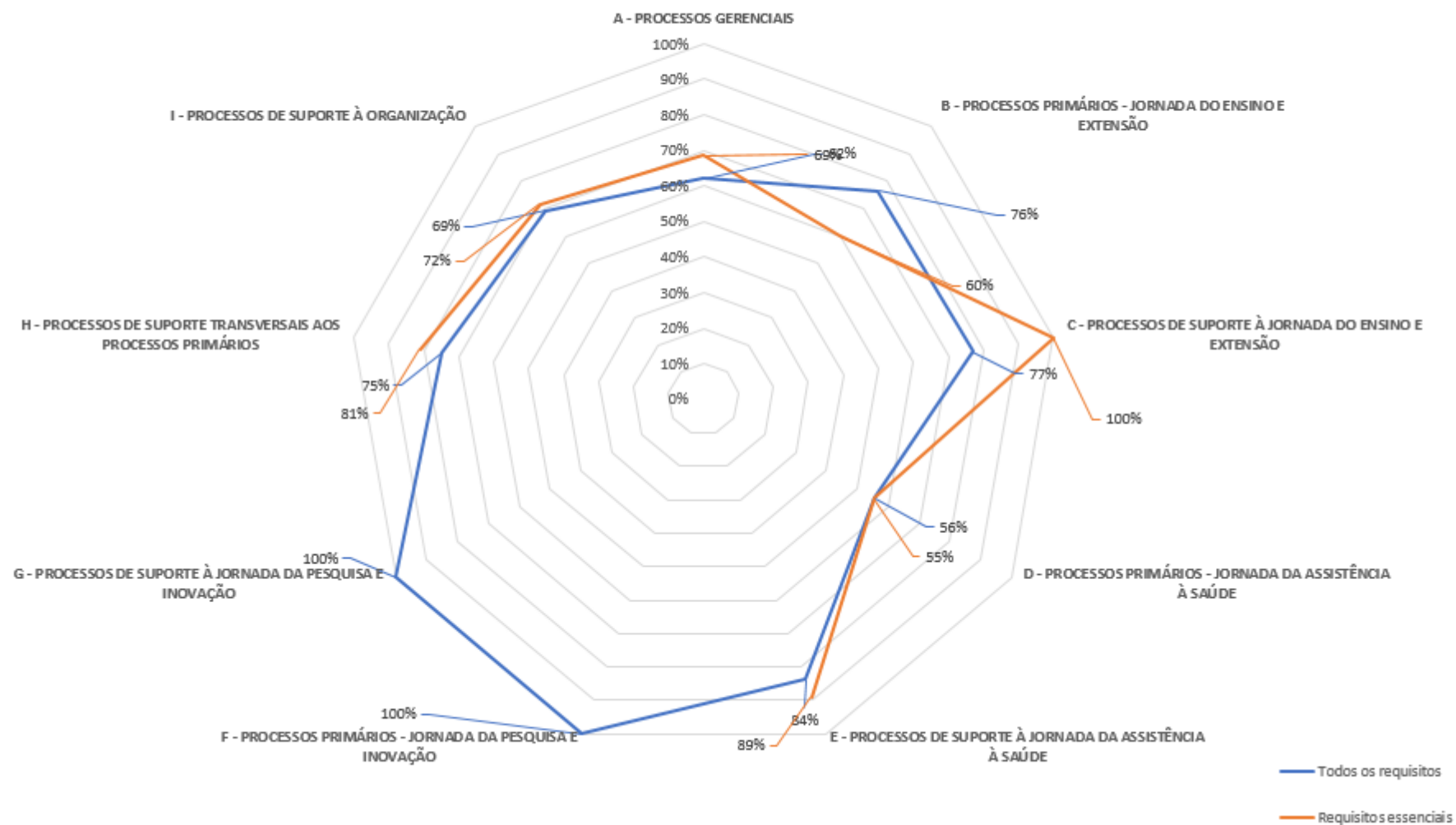
© 2022, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados

www.Ebserh.gov.br

| | | |
|---------------------|---|----------|
| Tipo do Documento | RELATÓRIO DE GESTÃO | Página 5 |
| Título do Documento | COMISSÃO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE | Emissão: |

Resultado da 3ª avaliação interna da qualidade, 2022

Área do Gráfico





| | | |
|---------------------|---|----------|
| Tipo do Documento | RELATÓRIO DE GESTÃO | Página 1 |
| Título do Documento | COMISSÃO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE | Emissão: |

Luana Ribeiro Ferreira
Responsável pela Elaboração