

Relatório - SEI nº 1/2024/AVAQUALIS/SUP/HC-UFTM-EBSEH

Uberaba, data da assinatura eletrônica.

Assunto: Relatório de Gestão da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade.

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 2023 (01/05/2022 – 30/11/2022).

3. MEMBROS DA COMISSÃO

Luana Ribeiro Ferreira, SIAPE: 2131117, Coordenadora;

Ana Cintia Ribeiro da Silva, SIAPE: 1833023;

Andréa Silva Dutra Tironez, SIAPE: 1359647;

Daniel Leonardo Ferreira, SIAPE: 3236958;

Daniela Marques, SIAPE: 2101087;

Josiane Garcia, SIAPE: 1509652;

Lorena Norte Pereira, SIAPE: 1893176;

Luciana Paiva Romualdo, SIAPE: 1424857;

Marcos Vinícius Rocha, SIAPE: 2167191;

Mariana Salomão Braga, SIAPE: 1674885;

Priscila Salge Mauad Rodrigues, SIAPE: 2180694;

Raíssa Bianca Luiz, SIAPE: 2238448;

Raíssa da Silva Brito de Paula, SIAPE: 2357992 e

Sara Borges Ferreira Gomes, SIAPE: 2137338

4. CRONOGRAMA ANUAL DA AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE

CRONOGRAMA ANUAL DA AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE		
Mês	Data da reunião	Atividade
Janeiro	27/01/2023	Reunião de abertura e planejamento da 4ª Avaliação Interna da Qualidade
		Elaboração dos rastreadores
Fevereiro	24/02/2023	Elaboração dos rastreadores
		Nomeação dos integrantes da Comissão AVAQualis
		Assinatura do Termo de responsabilidade e Confidencialidade
Março	31/03/2023	Finalização dos rastreadores
		Elaboração do roteiro da 4ª Avaliação Interna da Qualidade
Abril		Elaboração do planejamento/roteiro
	05/04/2023	Simpósio Segurança do Paciente e Qualidade Hospitalar e divulgação 4ª Avaliação Interna Parcial da Qualidade
	10/04/2023 a 20/04/2023	Avaliação Interna Parcial da Qualidade
Maio	26/05/2023	Elaboração e entrega dos relatórios da Avaliação Parcial da Qualidade
Junho	20/06/2023 a 30/06/2023	Avaliação Interna Parcial da Qualidade
Julho	28/07/2023	Elaboração e entrega dos relatórios da Avaliação Parcial da Qualidade
Agosto	25/08/2023	Discussão dos métodos e resultados da avaliação

Setembro	01/09/2023 a 13/09/2023	Avaliação Interna Parcial da Qualidade
	25/09/2023	Elaboração e entrega dos relatórios da Avaliação Parcial da Qualidade
Outubro	06/10/2023 a 31/10/2023	Avaliação Interna Parcial da Qualidade
	31/10/2023	Elaboração e entrega dos relatórios da Avaliação Parcial da Qualidade
Novembro	07/11/2023	2ª Jornada da Qualidade do HC-UFTM
	01/11/2023 a 17/11/2023	4ª Avaliação Interna da Qualidade
	20/11/2023 a 24/11/2023	Prazo para contestação
	27/11/2023 a 30/11/2023	Finalização dos Relatórios
Dezembro	01/12/2023 a 15/12/2023	Encaminhamento do relatório final ao Colegiado Executivo
		Encaminhamento do relatório final para STGQ
		Divulgação dos resultados da 4ª Avaliação Interna da Qualidade

5. CRONOGRAMA E PAUTAS

Data: 27/01/2023

Pautas: Apresentação da 4ª Avaliação Interna da Qualidade

Data: 24/02/2023

Pautas: Orientações para o planejamento da 4ª Avaliação Interna da Qualidade.

Reuniões no mês de março com os grupos

Data: 27/03/2023 – Grupo 01

Pautas: Orientações para 4ª Avaliação Interna Parcial da Qualidade.

Data: 28/03/2023 – Grupo 02

Pautas: Orientações para 4ª Avaliação Interna Parcial da Qualidade.

Data: 29/03/2023 – Grupo 03

Pautas: Orientações para 4ª Avaliação Interna Parcial da Qualidade.

Data: 28/03/2023 – Grupo 04

Pautas: Orientações para 4ª Avaliação Interna Parcial da Qualidade.

Reuniões no mês de abril com os grupos

Data: 26/04/2023 – Grupo 01

Pautas: Relatório da 4ª Avaliação Interna Parcial da Qualidade

Data: 28/04/2023 – Grupo 02

Pautas: Relatório da 4ª Avaliação Interna Parcial da Qualidade

Data: 27/04/2023 – Grupo 03

Pautas: Relatório da 4ª Avaliação Interna Parcial da Qualidade

Data: 27/04/2023 – Grupo 04

Pautas: Relatório da 4ª Avaliação Interna Parcial da Qualidade

Reuniões no mês de maio com os grupos

Data: 29/05/2023 – Grupo 01

Pautas: Orientações para avaliação dos próximos rastreadores.

Data: 30/05/2023 – Grupo 02

Pautas: Orientações para avaliação dos próximos rastreadores.

Data: 30/05/2023 – Grupo 03

Pautas: Orientações para avaliação dos próximos rastreadores.

Data: 30/05/2023 – Grupo 04

Pautas: Orientações para avaliação dos próximos rastreadores.

Reuniões no mês de junho com os grupos

Data: 28/06/2023 – Grupo 01

Pautas: Finalização dos rastreadores avaliados no mês de Junho.

Data: 28/06/2023 – Grupo 02

Pautas: Finalização dos rastreadores avaliados no mês de Junho.

Data: 28/06/2023 – Grupo 03

Pautas: Finalização dos rastreadores avaliados no mês de Junho.

Data: 29/06/2023 – Grupo 04

Pautas: Finalização dos rastreadores avaliados no mês de Junho.

Data: 14/07/2023 – Grupo 04

Pautas: Discussão de relatório.

Data: 20/07/2023 – Grupo 03

Pautas: Discussão de relatório.

Data: 30/08/2023 – Grupo 02

Pautas: Discussão dos rastreadores.

Data: 30/08/2023 – Grupo 03

Pautas: Discussão dos rastreadores.

Data: 30/08/2023 – Grupo 04

Pautas: Discussão dos rastreadores.

Data: 01/09/2023 – Grupo 01

Pautas: Discussão de relatório.

Data: 01/09/2023

Pautas: Finalização da avaliação interna parcial e divulgação da avaliação interna total.

Data: 08/11/2023

Pautas: Avaliação Interna Total da Qualidade.

Data: 15/12/2023

Pautas: Finalização da 4ª Avaliação Interna da Qualidade.

6. DISCUSSÕES E DELIBERAÇÕES

Todas as atividades da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade estão registradas no processo SEI 23521.001881/2023-05.

- Reunião: 27/01/2023
- Discussão: Apresentado o conceito e os objetivos da avaliação interna da qualidade e do Selo Ebserh de Qualidade (SEQuali) e os deveres dos avaliadores internos. Apresenta também 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 Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade e o Plano de Avaliação Interna) e o cronograma de atividade anual. Luana apresenta os 16 membros da comissão de avaliadores internos da qualidade que constituem uma equipe multidisciplinar e comunica que os rastreadores estão sendo construídos, método este que será utilizado nesta avaliação.
- Deliberações: Orientado a capacitação dos novos avaliadores (Participação do "Curso de Capacitação em Gestão e a Avaliação Interna da Qualidade" da plataforma NETEC e o curso do Consórcio Brasileiro de Acreditação a ser liberado pela sede para os novos avaliadores) e informado que os novos avaliadores terão acesso ao curso após nomeação e publicação da nova portaria. Orientado que os avaliadores verifiquem as evidências e suas vigências postadas na última avaliação interna nas equipes do Teams e transfiram os documentos vigentes no ano de 2023 para a nova equipe nomeada "4ª AVAQualis" na aba requisitos. Orientado também descrever o documento na "planilha documentos" com a data de validade. Os documentos vencidos poderão ser excluídos e deverão ser solicitados novamente na avaliação deste ano. Todos os documentos, informações e as atas de reuniões relacionadas a 4ª Avaliação Interna da Qualidade serão disponibilizadas por meio de processo SEI.
- Reunião: 24/02/2023
- Discussão: Apresentado a divisão dos avaliadores em quatro grupos e seus processos: Grupo 1: Laís Sampaio Silveira Arruda, Mariana Salomão Braga, Andréa Silva Dutra Tirones e Ana Cíntia Ribeiro da Silva: Processos Primários da Jornada do Ensino e Extensão, Processos de Suporte à Jornada do Ensino e Extensão (exceto Gestão da Infraestrutura dos Espaços de Ensino), Processos Primários da Jornada de Pesquisa e Inovação, Processos de Suporte à Jornada de Pesquisa e Inovação e Processos de Suporte Transversais aos Processos Primários; Grupo 2: Marcos Vinícius Rocha, Raíssa Bianca Luiz, Luana Ribeiro Ferreira e Raíssa da Silva Brito de Paula: Processos Primários da Jornada de Assistência à Saúde; Grupo 3: Luciana Paiva Romualdo, Josiane Garcia, Daniel Leonardo Ferreira e Priscila Salge Mauad Rodrigues: Gestão da Infraestrutura dos Espaços de Ensino, Processos de Suporte à Organização – Tecnologia da Informação, Logística Administrativa, Gestão da Infraestrutura, Gestão Patrimonial, Gestão da Informação em Sistemas Oficiais, Orçamento e Finanças; Grupo 4: Lorena Norte Pereira, Daniela Marques e Sara Borges Ferreira Gomes: Processos de Suporte da Jornada de Assistência à Saúde.
- Deliberações: Orientado os avaliadores a finalizarem a verificação das evidências e suas vigências no mês de março para elaboração do planejamento da avaliação. Reforçado o cronograma anual da avaliação e a data da avaliação interna da qualidade parcial que será no mês de abril.
- Reuniões do mês de março com os grupos
- Discussão: Enfatizado o período da Avaliação Parcial que será do dia dez a vinte de abril de 2023 e que será divulgado no 7º Simpósio de Qualidade e Segurança do Paciente que acontecerá no dia cinco de abril de 2023.
- Deliberação: Orientado que as reuniões com as lideranças deverão ser agendadas até dia 31 de março de 2023 e registradas na planilha "Cronograma entrevistas com as lideranças" na equipe 4ª AVAQualis no teams, assim como a finalização do planejamento. O agendamento e o envio do planejamento serão encaminhados por e-mail. Orientado que os requisitos relacionados aos indicadores serão baseados nas fichas de processos da cadeia de valor e estão descritos na planilha "Indicadores" também disponível para consulta na equipe 4ª AVAQualis. Foi acordado que as postagens das evidências serão nos grupos específicos do teams e as lideranças serão incluídas nos mesmos.
- Reuniões do mês de abril por grupo
- Discussão: Esclarecimento de dúvidas relacionadas ao relatório da 4ª Avaliação Interna Parcial da Qualidade.
- Deliberação: Determinado o prazo para finalização e envio do relatório parcial dos rastreadores já avaliados.
- Reuniões do mês de maio por grupo

- Discussão: Apresentado os novos rastreadores que serão avaliados no mês de junho já no formato da planilha do planejamento. Informado que os requisitos que estão destacados em outras cores serão avaliados por mais de um grupo e que os requisitos já avaliados e com a conformidade definida não necessitam de reavaliação, os avaliadores deverão apenas comunicar a conformidade para os demais líderes.
- Deliberação: Orientado que a verificação das evidências vigentes já postadas no ano anterior seja finalizada e inseridas diretamente na mesma planilha. Estabelecido o prazo para a avaliação dos novos rastreadores até 30/06/2023. Sugerido o agendamento das reuniões na primeira quinzena do mês de junho e após a elaboração do relatório.

- Reuniões do mês de junho por grupo
- Discussão: Ajustado prazos para entrega dos relatórios.
- Deliberação: Reiterado que as evidências aceitas deverão ser descritas na planilha do relatório e transferidas para a equipe da 4ª AVAQualis 2023 - aba requisitos. Informado que os requisitos já avaliados estão descritos na planilha "Relatório final 4 AVAQualis" disponível para consulta na equipe 4ª AVAQualis 2023.

- Reuniões do mês de julho por grupo
- Discussão: Esclarecimento de dúvidas referentes ao relatório.
- Deliberação: Reiterado que o prazo para entrega do relatório será 31 de agosto de 2023 e no mês de setembro será realizada a avaliação de novo rastreador.

- Reuniões do mês de agosto por grupo
- Discussão: Esclarecimento de dúvidas referentes aos rastreadores.
- Deliberação: Reiterado que o prazo para entrega do relatório será dia 30/09/2023.

- Reunião: 01/09/2023
- Discussão: Esclarecimento de dúvidas referentes aos rastreadores.
- Deliberação: Reiterado que o prazo para entrega do relatório.

- Reunião: 29/09/2023
- Discussão: Apresentado as pendências da avaliação parcial por grupo.
- Deliberação: Distribuído os rastreadores ainda não avaliados com prazo de entrega de todos os relatórios (pendentes e novos) até 31 de outubro de 2023. Informado a data da 4ª Avaliação Interna da Qualidade que será realizada do dia 01 a 30 de novembro e o novo cronograma. Reiterado o prazo para reavaliação dos requisitos e postagem de novas evidências de 06 a 17 de novembro. O prazo para contestação será de 20 a 24 de novembro e o prazo para entrega dos relatórios será de 27 a 30 de novembro. Comunicado que no dia 07 de novembro será realizada a 2ª Jornada da Qualidade do HC-UFTM, às 08:00 horas, no Anfiteatro Interno B, para divulgação da 4ª Avaliação. Reiterado a importância do papel do avaliador interno e a imparcialidade no momento da avaliação.

- Reunião: 08/11/2023
- Discussão: Apresentado as etapas da avaliação total.
- Deliberação: Orientado que entre os dias 07 a 10 de novembro todos os grupos realizem a avaliação documental baseada na checagem da vigência dos documentos já apresentados na avaliação parcial e reavaliação das não conformidades, sendo este o momento para postagem de novas evidências casou houver. Entre os dias 13 a 17 de novembro, orientado a realização da reavaliação in loco. Criadas pastas nomeadas "Avaliação Novembro", na cor verde, em todos os rastreadores das equipes do Teams, para que as lideranças postem novas evidências. Considerar os documentos institucionais vencidos desde que as atualizações estejam tramitando via processo SEI. Os relatórios finalizados serão encaminhados via processo SEI para as chefias responsáveis com a assinatura dos avaliadores internos. Entre os dias 20 a 24 de novembro será o período para contestação também via processo SEI. Reiterado que no período de contestação não será considerado novas evidências. A avaliação interna da qualidade será finalizada até o dia 30 de novembro de 2023 para elaboração do relatório final e envio para a sede.

- Reunião: 15/12/2023
- Discussão: Informado que foram recebidas e analisadas 25 contestações de requisitos sendo que destes quatro foram adequadas e consideradas conformes. Comunicado que o relatório final da 4ª Avaliação Interna da Qualidade foi finalizado, assinado por todos e encaminhado para análise da superintendente no dia 07 de dezembro de 2023. Encaminhado para o SGQ/Sede no dia 12 de dezembro de 2023, finalizando a 4ª Avaliação Interna da Qualidade.
- Deliberação: O resultado final será divulgado após direcionamento da Sede

7. RESULTADO PARCIAL DA AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE

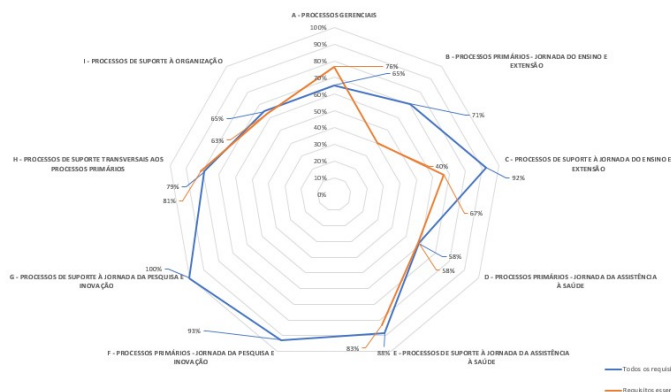
Tipo de processo	Categoria	Subcategoria	Nº de requisitos conforme	Nº de requisitos não conformes	Nº de requisitos aplicável	Nº de requisitos não	% de requisitos conforme	% de requisitos não	% de requisitos não	Nº de RE conforme	Nº de RE não conformes	Nº de RE aplicados	Nº de RE não aplicados	% de RE conformes	% de RE não conformes	% de RE aplicáveis
TOTAL			489	210	639	9	70%	30%	1%	203	91	294	3	63%	31%	1%
A - PROCESSOS			489	210	639	9	70%	30%	1%	203	91	294	3	63%	31%	1%
	1. Governança		32	15	47	2	68%	32%	4%	16	5	23	2	78%	22%	8%
		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	0	2	2	0	0%	100%	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,	21	10	31	2	68%	32%	6%	16	4	20	2	80%	20%	3%
		1.6. Gestão de riscos	2	0	2	0	100%	0%	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%	1	1	2	0	50%	50%	0%
		2.2. Avaliação da qualidade	1	1	2	0	50%	50%	0%	1	0	1	0	100%	0%	0%
	3. Contratação		3	0	3	0	100%	0%	0%	3	0	3	0	100%	0%	0%
		3.1. Contratação 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%	4	2	6	0	67%	33%	0%
		4.1. Acompanhamento de resultados	14	10	24	0	58%	42%	0%	4	2	6	0	67%	33%	0%
		4.2. Avaliação da qualidade	12	5	17	0	71%	29%	0%	2	3	5	0	40%	60%	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		7	5	12	0	58%	42%	0%	1	3	4	0	25%	75%	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	6	4	10	0	60%	40%	0%	1	2	3	0	33%	67%	0%
		6.3. Mobilidade em rede	1	0	1	0	100%	0%	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	-	-	-

Tipo de processo	Categoria	Subcategoria	Nº de requisitos conforme	Nº de requisitos não conformes	Nº de requisitos aplicável	Nº de requisitos não	% de requisitos conforme	% de requisitos não	% de requisitos não	Nº de RE conforme	Nº de RE não conformes	Nº de RE aplicados	Nº de RE não aplicados	% de RE conformes	% de RE não conformes	% de RE aplicáveis
C - PROCESSOS DE SUPORTE À JORNADA DO ENSINO E EXTENSÃO			12	1	13	0	92%	8%	0%	2	1	3	0	67%	33%	0%
	8. Estrutura de		4	1	5	0	80%	20%	0%	1	1	2	0	50%	50%	0%
		8.1. Gestão da infraestrutura dos espaços de ensino	1	1	2	0	50%	50%	0%	1	1	2	0	50%	50%	0%
		8.2. Avaliação do campo de prática de ensino	3	0	3	0	100%	0%	0%	0	0	0	0	-	-	-
	9. Monitoramento das atividades de ensino e extensão		5	0	5	0	100%	0%	0%	1	0	1	0	100%	0%	0%
		9.1. Gestão de informações de estudantes e	5	0	5	0	100%	0%	0%	1	0	1	0	100%	0%	0%
	10. Preceptoria		3	0	3	0	100%	0%	0%	0	0	0	0	-	-	-
		10.1. Qualificação de preceptores	2	0	2	0	100%	0%	0%	0	0	0	0	-	-	-
		10.2. Monitoramento das atividades de preceptoria	1	0	1	0	100%	0%	0%	0	0	0	0	-	-	-
D - PROCESSOS PRIMÁRIOS - JORNADA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE			107	76	183	5	58%	42%	3%	43	31	74	0	58%	42%	0%
	11. Admissão de		11	12	23	0	48%	52%	0%	5	5	10	0	50%	50%	0%
		11.1. Regulação do acesso aos serviços assistenciais	7	3	10	0	70%	30%	0%	2	2	4	0	100%	0%	0%
		11.2. Gestão da admissão de pacientes	2	4	6	0	33%	67%	0%	1	1	2	0	50%	50%	0%
		11.3. Admissão ambulatorial	0	1	1	0	0%	100%	0%	0	1	1	0	0%	100%	0%
		11.4. Admissão hospitalar	0	4	4	0	0%	100%	0%	0	3	3	0	0%	100%	0%
		11.5. Admissão na urgência e emergência	2	0	2	0	100%	0%	0%	2	0	2	0	100%	0%	0%
	12. Avaliação e		12	15	27	5	44%	56%	16%	0	4	4	0	0%	100%	0%
		12.1. Realização de exames laboratoriais	8	3	11	0	73%	27%	0%	0	1	1	0	0%	100%	0%
		12.2. Realização de exames de imagem	3	9	12	5	25%	75%	29%	0	2	2	0	0%	100%	0%
		12.3. Realização de exames de métodos gráficos	1	3	4	0	25%	75%	0%	0	1	1	0	0%	100%	0%
	13. Tratamento de pacientes		81	40	121	0	67%	33%	0%	36	17	53	0	68%	32%	0%
		13.1. Tratamento	10	8	18	0	58%	42%	0%	6	5	11	0	55%	45%	0%
		13.2. Tratamento ambulatorial	3	1	4	0	75%	25%	0%	0	0	0	0	0%	100%	0%
		13.3. Tratamento ambulatorial especializado:	2	1	3	0	67%	33%	0%	1	0	1	0	100%	0%	0%
		13.4. Tratamento ambulatorial especializado: terapia	8	0	8	0	100%	0%	0%	2	0	2	0	100%	0%	0%
		13.5. Assistência nefrológica	5	2	7	0	71%	29%	0%	3	2	5	0	60%	40%	0%
		13.6. Tratamento hospitalar	13	13	26	0	50%	50%	0%	8	4	12	0	67%	33%	0%
		13.7. Tratamento em terapia intensiva	16	4	20	0	80%	20%	0%	3	0	3	0	100%	0%	0%
		13.8. Tratamento cirúrgico	11	3	14	0	79%	21%	0%	8	2	10	0	80%	20%	0%
		13.9. Obstetria	7	5	12	0	58%	42%	0%	4	3	7	0	57%	43%	0%
		13.10. Neonatologia	6	3	9	0	67%	33%	0%	1	1	2	0	50%	50%	0%

Tipo de processo	Categoria	Subcategoria	Nº de requisitos conforme	Nº de requisitos não conform	Nº de requisitos aplicável	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 aplic	% de RE conform es	% de RE não conform	% de RE não aplic		
14. Saída de	14.1. Saída ambulatorial	14.1. Saída ambulatorial	3	9	12	0	25%	75%	0%	2	5	7	0	28%	71%	0%		
		14.2. Saída hospitalar	0	1	1	0	0%	100%	0%	0	1	1	0	0%	100%	0%		
		14.3. Gestão de óbitos	2	2	4	0	50%	50%	0%	1	1	2	0	50%	50%	0%		
E - PROCESSOS DE SUPORTE À JORNADA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE			76	10	86	0	89%	12%	0%	15	3	18	0	83%	17%	0%		
15. Apoio diagnóstico e terapêutico	15.1. Gestão do banco de material biológico	15.1. Gestão do banco de material biológico	3	0	3	0	100%	0%	0%	1	0	1	0	100%	0%	0%		
		15.2. Preparo da terapia aminoplástica	8	0	8	0	100%	0%	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	3	3	6	0	50%	50%	0%	1	1	2	0	50%	50%	0%		
		15.6. Banco e posto de coleta de leite humano	3	0	3	0	100%	0%	0%	0	0	0	0	-	-	-		
		15.7. Processamento de produtos para a saúde	4	2	6	0	67%	33%	0%	0	0	0	0	-	-	-		
		16. Hotelaria	16.1. Produção e distribuição de dietas orais	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 emoval hospitalar	15	0	15	0	100%	0%	0%	0	0	0	0	-	-	-
				16.3. Transporte de pacientes	2	0	2	0	100%	0%	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	17.1. Gestão da informação clínica em meio físico e do prontuário eletrônico do paciente	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%		
			5	4	9	0	56%	44%	0%	5	2	7	0	71%	29%	0%		
F - PROCESSOS PRIMÁRIOS - JORNADA DA PESQUISA E INOVAÇÃO			13	1	14	0	93%	7%	0%	0	0	0	0	-	-	-		
18. Autorização	18.1. Autorização para realização de pesquisa	18.1. Autorização para realização de pesquisa	4	0	4	0	100%	0%	0%	0	0	0	0	-	-	-		
			4	0	4	0	100%	0%	0%	0	0	0	0	-	-	-		
19. Execução	19.1. Monitoramento das atividades de pesquisa	19.1. Monitoramento das atividades de pesquisa	7	1	8	0	88%	13%	0%	0	0	0	0	-	-	-		
			7	1	8	0	88%	13%	0%	0	0	0	0	-	-	-		
20. Resultados	20.1. Consolidação dos resultados de pesquisa	20.1. Consolidação dos resultados de pesquisa	2	0	2	0	100%	0%	0%	0	0	0	0	-	-	-		
			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	21.1. Gestão da estrutura do campo de prática de	21.1. Gestão da estrutura do campo de prática de	2	0	2	0	100%	0%	0%	0	0	0	0	-	-	-		
			2	0	2	0	100%	0%	0%	0	0	0	0	-	-	-		

Tipo de processo	Categoria	Subcategoria	Nº de requisitos conforme	Nº de requisitos não conform	Nº de requisitos aplicável	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 aplic	% de RE conform es	% de RE não conform	% de RE não aplic		
22. Planejamento hospitalar	22.1. Planejamento de ensino	22.1. Planejamento de ensino	38	26	124	1	73%	21%	6%	64	15	73	1	81%	15%	4%		
		22.2. Identificação da capacidade instalada	12	0	12	0	100%	0%	0%	3	0	3	0	100%	0%	0%		
		22.3. Responsabilidade técnica e coordenação	10	11	21	1	48%	52%	5%	10	11	21	1	48%	52%	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%	27	2	29	0	93%	7%	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 microorganismos	13	0	13	0	100%	0%	0%	9	0	9	0	100%	0%	0%		
		I - PROCESSOS DE SUPORTE À ORGANIZAÇÃO			118	64	182	1	65%	35%	1%	51	30	81	0	63%	37%	0%
		23. Duidoria	23.1. Gestão de pesquisa de satisfação	23.1. Gestão de pesquisa de satisfação	2	0	2	0	100%	0%	0%	1	0	1	0	100%	0%	0%
					1	0	1	0	100%	0%	0%	0	0	0	0	-	-	-
		24. Comunicação	24.1. Comunicação social	24.1. Comunicação social	1	0	1	0	100%	0%	0%	0	0	0	0	-	-	-
	1			0	1	0	100%	0%	0%	0	0	0	0	-	-	-		
25. Gestão de	25.1. Gestão da informação de pessoal	25.1. Gestão da informação de pessoal	31	17	48	0	65%	35%	0%	11	11	22	0	50%	50%	0%		
		25.2. Gestão de relações trabalhistas	7	0	7	0	100%	0%	0%	0	0	0	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	7	10	17	0	41%	59%	0%	5	8	13	0	38%	62%	0%		
		25.5. Desenvolvimento e retenção de pessoas	15	5	20	0	75%	25%	0%	8	2	8	0	75%	25%	0%		
			14	0	14	0	100%	0%	0%	2	0	2	0	100%	0%	0%		
26. Tecnologia da informação	26.1. Provimento da estrutura de tecnologia da	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	5	0	5	0	100%	0%	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	5	0	5	0	100%	0%	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	27.1. Avaliação de tecnologias em saúde	27.1. Avaliação de tecnologias em saúde	3	0	3	0	100%	0%	0%	4	0	4	0	100%	0%	0%		
			5	0	5	0	100%	0%	0%	1	0	1	0	100%	0%	0%		
	27.2. Incorporação de tecnologias em saúde	4	0	4	0	100%	0%	0%	3	0	3	0	100%	0%	0%			
28. Compras e	28.1. Gestão de contratos e atas de registros de	28.1. Gestão de contratos e atas de registros de	4	1	5	0	80%	20%	0%	2	0	2	0	100%	0%	0%		
			2	0	2	0	100%	0%	0%	2	0	2	0	100%	0%	0%		
	28.2. Realização de contratações	2	1	3	0	67%	33%	0%	0	0	0	0	-	-	-			
29. Logística	29.1. Gestão de serviços de suporte	29.1. Gestão de serviços de suporte	3	0	3	0	100%	0%	0%	3	0	3	0	100%	0%	0%		
			3	0	3	0	100%	0%	0%	3	0	3	0	100%	0%	0%		
30. Orçamento e	30.1. Gestão de custos	30.1. Gestão de custos	1	0	1	0	100%	0%	0%	0	0	0	0	-	-	-		
			1	0	1	0	100%	0%	0%	0	0	0	0	-	-	-		
31. Gestão	31.1. Gestão patrimonial	31.1. Gestão patrimonial	1	0	1	0	100%	0%	0%	0	0	0	0	-	-	-		
			1	0	1	0	100%	0%	0%	0	0	0	0	-	-	-		
32. Suprimentos	32.1. Governança de estoques	32.1. Governança de estoques	10	8	18	0	56%	44%	0%	5	3	8	0	63%	38%	0%		
			0	2	2	0	0%	100%	0%	0	0	0	0	-	-	-		
	32.2. Gestão de estoque	10	6	16	0	63%	38%	0%	5	3	8	0	63%	38%	0%			
33. Gestão da infraestrutura	33.1. Gestão de equipamentos médico-hospitalares	33.1. Gestão de equipamentos médico-hospitalares	38	36	74	1	51%	49%	1%	23	16	39	0	58%	41%	0%		
		33.2. Gestão da manutenção predial	9	3	12	0	75%	25%	0%	5	1	6	0	83%	17%	0%		
		33.3. Gestão de obras	25	24	49	0	51%	49%	0%	16	11	27	0	59%	41%	0%		
34. Gestão da Informação em Sistemas Oficiais em Saúde	34.1. Processamentos de informação assistencial	34.1. Processamentos de informação assistencial	4	2	6	0	67%	33%	0%	0	0	0	0	-	-	-		
			4	2	6	0	67%	33%	0%	0	0	0	0	-	-	-		

Resultado da 4ª avaliação interna da qualidade, 2023



Luana Ribeiro Ferreira
Responsável pela Elaboração



Documento assinado eletronicamente por Luana Ribeiro Ferreira, Coordenador(a) da Comissão, em 07/02/2024, às 16:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 36487139 e o código CRC 8A1AE634.