



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
 Avenida Getúlio Guaritá, nº 130 - Bairro Abadia
 Uberaba-MG, CEP 38025-440
 - <http://hcufm.ebserh.gov.br/>

Relatório - SEI nº 1/2025/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 2024 (18/01/2024 – 13/12/2024).

3. MEMBROS DA COMISSÃO

Luana Ribeiro Ferreira, Coordenadora;

Ana Cíntia Ribeiro da Silva;

Andréa Silva Dutra Tirones;

Daniela Marques;

Josiane Garcia;

Lana Jaya Silveira Cerqueira;

Lethicia Borges Oliveira;

Livia Helena de Moraes Pereira;

Luciana Paiva Romualdo;

Marcos Vinícius Rocha;

Marina Stark Rezende de Paula;

Priscila Salge Mauad Rodrigues;

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino e

Sara Borges Ferreira Gomes.

4. CRONOGRAMA ANUAL DA AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE

CRONOGRAMA ANUAL DA AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE		
Mês	Data da reunião	Atividade
Janeiro	18/01/2024	Reunião de abertura e planejamento da 5ª Avaliação Interna da Qualidade
	30/01/2024	Divulgação do resultado da 4ª Avaliação Interna da Qualidade

Fevereiro	27/02/2024	Avaliação dos documentos institucionais Nomeação dos integrantes da Comissão AVAQualis Assinatura do Termo de responsabilidade e Confidencialidade
Março	26/03/2024	Finalização da análise dos documentos institucionais Elaboração do roteiro da 5ª Avaliação Interna Parcial da Qualidade
Abril	30/04/2024	Elaboração do planejamento/roteiro da 5ª Avaliação Interna Parcial da Qualidade Comunicação do cronograma da 5ª Avaliação Interna Parcial da Qualidade à instituição
Maio	28/05/2024	Avaliação Interna Parcial da Qualidade
Junho	25/06/2024	Resultado da Avaliação Interna Parcial da Qualidade
Julho	30/07/2024	Discussão dos métodos e resultados da avaliação
Agosto	27/08/2024	Elaboração do roteiro da 5ª Avaliação Interna da Qualidade
Setembro	24/09/2024	Elaboração do planejamento/roteiro da 5ª Avaliação Interna da Qualidade
Outubro	14/10/2024 a 31/10/2024	Elaboração do planejamento/roteiro da 5ª Avaliação Interna da Qualidade
	29/10/2024	Envio dos roteiros para os líderes (uma semana antes do início da avaliação)
Novembro	04/11/2024 a 08/11/2024	Avaliação (entrevista e visitas)
	08/11/2024	Entrega dos relatórios
	11/11/2024 a 14/11/2024	Correção dos relatórios e envio para as lideranças
	18/11/2024 a 29/11/2024	Prazo para contestação
Dezembro	13/12/2024	Encaminhamento do relatório final ao Colegiado Executivo Encaminhamento do relatório final para STGQ

5. CRONOGRAMA E PAUTAS

Data: 18/01/2024

Pautas: **Finalização da 4ª Avaliação Interna da Qualidade e início da 5ª Avaliação Interna da Qualidade.**

Data: 02/02/2024

Pautas: **5ª Avaliação Interna da Qualidade.**

Data: 27/02/2024

Pautas: **Análise documental.**

Data: 26/03/2024

Pautas: **Planejamento Avaliação Parcial.**

Data: 24/04/2024 e 26/04/2024

Pautas: **Avaliação Interna Parcial da Qualidade.**

Data: 07/05/2024 a 03/06/2024

Pautas: **Avaliação Interna Parcial da Qualidade - Reuniões com as lideranças**

Data: 28/06/2024

Pautas: **Finalização da Avaliação Parcial da Qualidade.**

Data: 30/07/2024

Pautas: Cancelada.

Data: 30/08/2024

Pautas: **Apresentação do PMQ e Planejamento da Avaliação Interna Total da Qualidade.**

Data: 30/09/2024

Pautas: **Planejamento Avaliação Interna da Qualidade Total.**

Data: 29/10/2024

Pautas: Cancelada - Curso de Avaliador Interno da Qualidade

Data: 05/11/2024

Pautas: **Abertura da 5ª AVAQualis 2024.**

Data: 13/12/2024

Pautas: **Fechamento da 5ª AVAQualis.**

6. DISCUSSÕES E DELIBERAÇÕES

Todas as atividades da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade estão registradas no processo SEI 23521.001179/2024-14.

- Reunião: 18/01/2024 e 02/02/2024
- Discussão: Informado que as declarações aos participantes referente ao ano de 2023 serão emitidas. Apresentado os avaliadores internos da 5ª Avaliação e suas duplas: Luciana e Ana Cíntia, Daniela e Priscila, Josiane e Lethícia, Luana e Marcos, Livia e Andrea e Raquel. Informado que será confirmado mais um avaliador. Apresentado o cronograma anual da comissão. Reforçado as competências dos avaliadores internos, o material para consulta como o Regimento Interno e Plano de Avaliação e a necessidade de assinatura do termo de confidencialidade e declaração de inexistência de conflito de interesse. Informado também que o manual sofrerá alterações ainda não publicadas e a manutenção das postagens das evidências por meio do Teams. Reiterado o fluxograma de avaliação e os prazos já estabelecidos.
- Deliberações: Convocado os avaliadores internos para participarem da divulgação do resultado da 4ª Avaliação Interna da Qualidade que

acontecerá no dia 30 de janeiro de 2024 às 08:00 horas no Anfiteatro Externo A. Será compartilhado o documento referente a Diretriz Ebserh de Linhas de Cuidado. Será encaminhado ofício para ciência das chefias via SEI. Comunicado que o membro que faltar a duas reuniões consecutivas ou três alternadas, sem justificativa formalizada, será desligado.

- Reunião: 27/02/2024
- Discussão: Apresentado as duplas de avaliadores internos e os respectivos rastreadores: Sara e Daniel (Medicamento, Diagnóstico especializado, Diagnóstico por imagem, Exames laboratoriais e anatomia patológica, paciente cirúrgico, CME e Nutrição), Josiane e Lethicia (Gestão da qualidade e segurança do paciente, Paciente ambulatorial e Divisão de enfermagem), Daniela e Priscila (Vigilância em saúde, Paciente obstétrica e alojamento conjunto, Paciente dialítico, Paciente oncológico e Hemoterapia), Luana e Marcos (Ensino e Pesquisa, Gestão de Pessoas, Compras e contratos e Paciente de clínica médica), Luciana e Ana Cintia (Infraestrutura, Engenharia Clínica, Serviços Gerais, Hotelaria e Abastecimento farmacêutico e suprimentos), Livia e Andrea (Informação assistencial, Contratualização e regulação, Ouvidoria, Comunicação, Tecnologia da Informação e Governança) e Raquel e Marina (Paciente de urgência e emergência, Unidade de terapia intensiva adulto e ped/neo e Divisão médica).
- Deliberações: A avaliação parcial será realizada no mês de maio.
- Reuniões: 26/03/2024
- Discussão: Apresentado o passo a passo para o planejamento da avaliação no teams: consultar a equipe "5ª AVAQualis"- arquivos - rastreadores, na qual encontram-se todos os rastreadores utilizados na última avaliação - filtrar somente os requisitos essenciais que serão os requisitos avaliados na parcial. Orientado acrescentar uma coluna com o planejamento solicitando as evidências para a conformidade do requisito. Foi apresentado o cronograma da avaliação parcial: 15 a 29 de maio - período para reuniões com as lideranças e visitas e 14 de junho - entrega dos relatórios.
- Deliberação: A avaliação parcial será baseada na versão 03 do manual. Conferir as evidências e excluir aquelas que estão fora de vigência. Registrar na planilha na equipe "5ª AVAQualis" as datas, horários, locais e lideranças que participaram das reuniões. Orientado já realizarem os agendamentos das reuniões com as lideranças.
- Reuniões: 24/04/2024 e 26/04/2024
- Discussão: Planejamento da 5ª Avaliação Interna Parcial da Qualidade. Esclarecimento de dúvidas sobre os planejamentos e rastreadores.
- Deliberação: Criada no Teams uma equipe para cada dupla de avaliador, na qual serão inseridas as lideranças para postagem das evidências. Solicitado a criação das pastas para cada rastreador e pastas para cada requisito avaliado. Os avaliadores deverão excluir no planejamento evidências vencidas.
- Reuniões: 07/05/2024 a 03/06/2024
- Discussão: Reuniões com as lideranças e visitas nas unidades avaliadas.
- Deliberação: Realizado a Avaliação Interna Parcial da Qualidade.
- Reuniões: 28/06/2024
- Discussão: Finalizado a avaliação parcial e cumprido os prazos. Será discutido com a chefe do setor Luciana Paiva a forma de divulgação do resultado. O relatório completo está disponível na equipe 5ª AVAQualis 2024 - Relatório_PGQUALI_2024 RE, contendo a conformidade dos 297 requisitos por processos. Também está disponível na equipe 5ª AVAQualis, a conformidade por rastreador no arquivo - Reuniões Avaliação Parcial.
- Deliberação: Verificar o relatório completo disponível no TEAMS. Finalizado a avaliação interna parcial da qualidade.
- Reuniões: 30/08/2024
- Discussão: Apresentado o PMQ com os requisitos escolhidos pela sede para serem trabalhados por todos os hospitais. Os requisitos ligados a superintendência: 13.8.9 O hospital possui protocolos e procedimentos implementados para a prevenção de infecção do sítio cirúrgico?, 13.10.6 O hospital possui protocolos e procedimentos implementados que tratem do uso racional de antibióticos na neonatologia? e 22.9.4 A CCIRAS elabora e divulga, regularmente, relatórios e comunica, periodicamente, as lideranças e profissionais de todos os setores do hospital a situação do controle das IRAS, promovendo seu amplo debate? Luciana informa que a Unidade de Vigilância em Saúde já iniciou a publicação de boletins mensais. Os requisitos ligados a GAD e a GAS: 13.9.6 O hospital aplica a lista de verificação para partos seguros, conforme orientação da OMS?, 13.7.10 A UTI (adulto, pediátrica e neonatal) possui protocolos e procedimentos implementados referentes à prevenção de infecção primária de corrente sanguínea associado ao uso de cateter central implantado?, 13.7.12 A UTI (adulto, pediátrica e neonatal) estabelece e implementa protocolos e procedimentos para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica? 11.2.4 Os pacientes são identificados, na admissão e durante toda a permanência no hospital, utilizando, no mínimo, dois

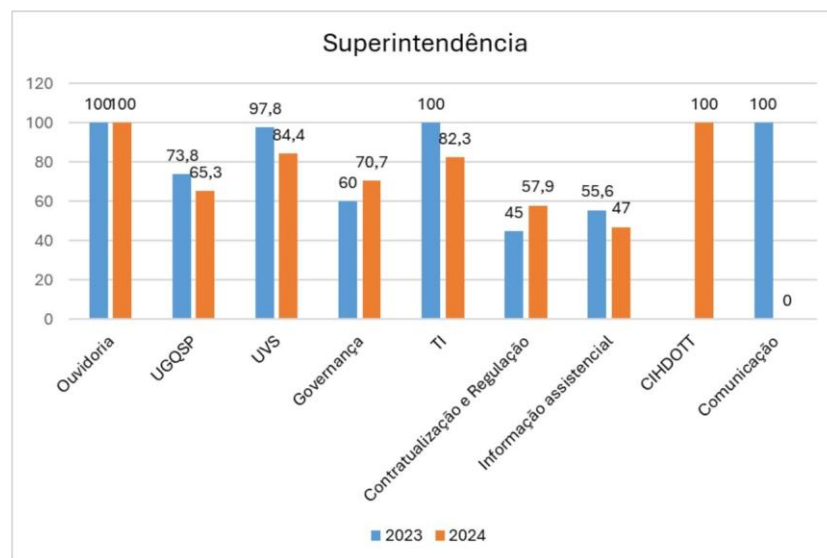
identificadores padronizados? 32.2.16 Os medicamentos e produtos para a saúde dos carros de emergência são padronizados, monitorados e substituídos de forma tempestiva após o uso, de acordo com o prazo de validade ou quando danificados? 33.1.9 Há protocolos e procedimentos implementados de manutenção preventiva dos equipamentos? e 22.8.12 O hospital realiza a investigação epidemiológica de óbitos maternos, infantis e fetais nos termos das normativas vigentes? Informado que está em fase de implementação o checklist de parto seguro e a necessidade da melhora de adesão aos protocolos relacionados a prevenção de IPCS e PAV. Informa da dificuldade de adesão ao protocolo de identificação do paciente, principalmente com os pacientes RN e pediátricos devido a falta de insumo adequado, a falta de padronização dos carros de emergência e do controle dos medicamentos e a falta de manutenção preventiva dos equipamentos de suporte a vida. Apresentado os indicadores monitorados.

- Deliberação: Realizar o curso para os avaliadores internos que será ofertado no mês de setembro segundo a sede.
- Reuniões: 30/09/2024
- Discussão: O curso de avaliador interno será ofertado pela plataforma 3EC. Informado que as inscrições serão realizadas pela DIVGP mediante envio da portaria da comissão atualizada. O curso será assíncrono com um provável encontro presencial no dia 31/10/2024. Apresentado a nova coluna do relatório chamada "segmentos" na qual direcionará as avaliações. Nela estará descrito as áreas que deverão ser desenvolvidos os planos de melhorias. Informado que não haverá mais a consideração de 80% de conformidade para os requisitos. Para os requisitos avaliados em todo o hospital, serão priorizados: BC, CME, alojamento conjunto, UTI Neo, PSA, PSI PSGO, Ambulatório de pré-natal e de follow-up, oncologia, saúde mental e pacientes críticos. As unidades não priorizadas nos segmentos poderão ser incluídas, mas não poderão substituir as priorizadas. Os demais requisitos que deverão ser avaliados em áreas específicas por exemplo: laboratório, diagnóstico por imagem, permanecerão sendo avaliados nesses locais. Apresentado o cronograma da avaliação atualizado. Será discutida com a superintendência a possibilidade de liberação dos avaliadores internos da qualidade na semana do dia 04 a 08/11/2024 para realizarem as atividades da comissão.
- Deliberação: A 5ª Avaliação Interna da Qualidade será realizada no período de 01 de novembro a 23 de dezembro de 2024 e o modelo do relatório será disponibilizado juntamente com o curso de avaliadores internos no dia 14/10/2024 que deverá ser finalizado até o dia 31/10/2024. Para que o requisito seja considerado conforme, será necessário 100% nas observações realizadas nas unidades descritas no segmento. Outra novidade é o campo "achados" que deverá ser preenchido para TODOS OS REQUISITOS. Alguns requisitos já estarão no modelo como NÃO AVALIADO e não serão necessários avaliação, serão eliminados do manual por não gerarem planos de melhorias.
- Reunião: 05/11/2024
- Discussão: Enfatizado a postura do avaliador interno durante a avaliação como: avaliar mediante evidências, evitar comentários e opiniões alocadas da equipe, afirmar apenas o que testemunhou, no caso de dívidas responder depois, reagir de maneira polida e calma perante contestações e evitar julgamentos e preconceitos. Enfatizado também as atribuições do avaliador interno como: respeitar as definições acordadas pelo coordenador, apresentar-se na unidade agendada pontualmente, usar avental fechado e crachá da instituição, sapatos fechados, cabelos presos, unhas curtas, sem adornos, levar roteiro, prancheta e manter-se acompanhado pelo colega da unidade.
- Deliberação: Realizar a avaliação conforme o método preconizado, participar das reuniões entre as duplas, elaborar o relatório em consenso com os colegas, encaminhar o relatório de acordo com os prazos e cronograma estabelecido e manter sigilo e confidencialidade das informações. Redigir o relatório sempre na terceira pessoa e com frases curtas. Utilizar a seguinte ordem citada no curso: Local - atividade - profissional - achado.
- Reunião: 13/12/2024
- Discussão: Apresentado os documentos que serão encaminhados para sede: relatório e a planilha e o comparativo do ano de 2023 e 2024. No ano de 2023 o HC-UFTM apresentou 70% de requisitos conformes e 69% de requisitos essenciais (RE) conformes. Já no ano de 2024 apresentou 62% de requisitos conforme e 56% de RE conformes. Justificado o aumento das inconformidades devido a nova coluna de segmentos que citam as áreas avaliadas e que essas em nossa instituição são áreas que apresentam muitas fragilidades tornando o requisito não conforme. Apresentadas 11 contestações sendo duas delas adequadas. Sugerido para a próxima avaliação, a manutenção de duplas e rastreadores. Sara discute a nova exigência da sede em relação a solicitação de planos de melhorias relacionados as comissões, comitês, grupos de trabalho e a necessidade dos mesmos serem informados para se prepararem para a apresentação desta evidência na próxima avaliação. Luana, Luciana e Lethicia discutem a dificuldade da constatação dos requisitos transversais e Lethicia sugere que os requisitos transversais sejam de responsabilidade de uma dupla. Luana alerta sobre a conclusão do curso de avaliador interno da sede e confirmará o prazo final. Raquel questiona sobre a necessidade de reavaliação dos requisitos considerados conformes na avaliação parcial. Luana solicita a atenção dos avaliadores internos em relação a assinatura dos documentos finais ainda no dia 13/12/2024 para envio à superintendência. Luana questiona os avaliadores a manifestação de interesse em permanecer na comissão. Andrea informa a importância da postagens de evidência no período que antecede a visita, o que foi vivenciado no rastreador da TI (Tecnologia da Informação). Luana informa que será feito o comparativo 23/24 por rastreador e sugere a apresentação dos resultados por divisão.
- Deliberação: Encerrada a 5ª Avaliação Interna da Qualidade. Foi concluído que há a necessidade de reavaliação do requisito avaliado na parcial já que o foco é avaliar se o processo é constante. Será realizado o levantamento dos avaliadores internos que participaram da comissão baseado no regimento interno da AVAQualis. Eleger um avaliador suplente para a coordenação.

7. RESULTADO DA 5ª AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE, COMPARATIVO DOS ANOS 2023 E 2024 E MELHORIAS GERAIS

- Conformidade dos requisitos ligados à:

7.1 SUPERINTENDÊNCIA



Ouvidoria:

Intensificar as medidas de divulgação dos direitos e deveres dos pacientes.

UGQSP:

Gerenciar os documentos institucionais incentivando a elaboração minimamente dos documentos solicitados no manual de avaliação.

Pleitear o Selo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

Elaborar planos de contingência para os casos de falta de energia elétrica e de desabastecimento de água, incluindo orientações para áreas críticas, em parceria com as unidades responsáveis.

Contemplar no plano de segurança do paciente minimante: ações de gerenciamento de risco; Protocolo de Identificação do Paciente; Protocolo de Comunicação Efetiva; Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração; Protocolo de Cirurgia Segura; Protocolo de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde; Protocolo de Prevenção de Quedas; e Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão.

Intensificar as ações para implementação dos protocolos de segurança do paciente: identificação do paciente, prescrição, dispensação e administração de medicamentos, Lesão por Pressão, segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes

Implementar protocolo de prevenção do suicídio.

Elaborar protocolos e procedimentos para retirada de medicamentos, produtos para a saúde e outros insumos do uso, por medida de interesse sanitário, e ações de contingência.

Implementar protocolo de precauções e isolamento.

Implementar análise proativa para redução de riscos utilizando ferramentas, tais como análise do tipo e efeito de falha (Failure Mode and Effect Analysis - FMEA).

Divulgar e conscientizar a equipe sobre near miss.

Criar estratégias para o monitoramento dos indicadores:

- Contratualização
- Painel de Indicadores de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente
- Processos e resultados de ensino e extensão
- Processos e resultados de pesquisa e inovação
- Processos e resultados relacionados à área de urgência e emergência
- Processos e resultados relacionados aos serviços de diagnóstico por imagem
- Processos e resultados dos serviços de métodos gráficos
- Processos e resultados da assistência ambulatorial, incluindo admissão, tratamento e saída de pacientes
- Processos e resultados da assistência hospitalar, incluindo admissão, tratamento e saída de pacientes

- Processos e resultados relacionados aos serviços de terapia dialítica
 - Processos e resultados da assistência à saúde no centro cirúrgico, incluindo admissão, tratamento e saída de pacientes
 - Processos e resultados relativos ao gerenciamento e uso de medicamentos
 - Processos e resultados relativos à terapia nutricional
 - Processos e resultados na UTI Adulto
 - Processos e resultados na UTI Pediátrica e neonatal
 - Processos e resultados relativos à atenção obstétrica
 - Processos e resultados relacionados ao processamento de produtos para a saúde
 - Processos e resultados referentes ao serviço de higienização hospitalar
 - Processos e resultados relacionados ao gerenciamento de resíduos
 - Processos e resultados relativos à gestão da infraestrutura
 - Processo de registro e processamento da produção assistencial
- Capacitar as equipes referente aos ciclos de melhoria de qualidade.

UVS

Implementar protocolo de prevenção, diagnóstico e tratamento de sepse em paciente adulto e pediátrico.

Implementar o protocolo para a prevenção de infecção do sítio cirúrgico envolvendo as orientações para cuidados no:

- pré-operatório (por exemplo, controle de glicemia; antibiótico profilaxia com indicação apropriada e administração de dose efetiva em até 60 minutos antes da incisão cirúrgica; realização de tricotomia somente quando necessário sem utilização de lâminas; uso de antissépticos que contenham álcool - associados a clorexidina ou iodo no preparo da pele do paciente);
- intraoperatório (por exemplo, manutenção da normotermia do paciente e normovolemia); e
- pós-operatório (por exemplo, realização de vigilância de casos de infecção por busca ativa; orientação a pacientes e familiares sobre as principais medidas de prevenção de ISC; cuidados com curativos e drenos etc.).

Implementar protocolo de precauções e isolamento.

Monitorar as notificações do registro de câncer no Vigihosp.

Monitorar, avaliar e divulgar o perfil de morbimortalidade hospitalar.

Elaborar plano de capacitação anual envolvendo NUVE e CCIRAS.

Acompanhar o planejamento e execução de obras.

Governança:

Acompanhar os planos de melhorias.

Utilizar a pesquisa de satisfação de professores, preceptores, supervisores, coordenadores, tutores, estudantes de nível técnico, graduação, especializações lato sensu, residências e pós-graduação stricto sensu quanto às atividades de ensino e extensão para a melhoria das atividades.

Manter as comissões regularizadas: portarias, regimentos, atas de acordo com cronograma e planos de melhorias:

- Comissão de Revisão de Prontuários (CRP)
- Comissão Permanente de Avaliação de Documentos
- Comitê de Ética em Pesquisa
- Comissão de Biossegurança
- Comissão de Ética de Enfermagem
- Comissão de Ética Médica
- Comissão de Óbitos
- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos (CIHDOIT)

- Comissão de Residência Médica (COREME)
- Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde (COREMU)
- Comissão de Mortalidade Materna e de Mortalidade Neonatal
- Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)
- Comissão de Controle de Infecções relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS)
- Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)
- Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE)
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)
- Comitê Transfusional
- Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)
- Comitê de Processamento de Produtos para a Saúde (CPPS)
- Comissão de Obras
- Comitê Gestor de TI (CGTI)
- Equipe Multiprofissional em Terapia Antineoplásica (EMTA)
- Comissão de Avaliação Interna da Qualidade (AVAQualis)
- Comissão de Mediação e Conciliação para gerenciamento de conflitos
- Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)
- Comissão de Padronização de Produtos para a Saúde
- Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS)
- Comissão de Proteção Radiológica

Elaborar protocolos ou procedimentos implementados com os fluxos das áreas gerenciais.

TI

Regularizar Comitê Gestor de TI (CGTI).

Monitorar relação de perfis de acesso aos sistemas de informação utilizados na instituição.

Contratualização e Regulação

Relacionados à admissão de paciente:

- Identificar o paciente na admissão e durante toda a permanência no hospital.
- Avaliar de risco de queda.
- Avaliar de risco de lesão por pressão.
- Garantir que os pacientes sejam orientados quanto aos direitos e deveres, incluindo o direito ao acompanhante.
- Elaborar protocolos e procedimentos que orientem nos fluxos de admissão e transferência intra-hospitalar de paciente minimamente do Pronto-Atendimento para o Centro Cirúrgico e para Unidades de internação de pacientes críticos.
- Elaborar protocolos e procedimentos para identificar e administrar situações de superlotação e de picos de atendimentos em todos os PSs.
- Elaborar protocolos relacionados à classificação de risco para todos os PSs.
- Elaborar protocolos e procedimentos que orientem o atendimento a múltiplas vítimas e catástrofes.
- Realizar conciliação medicamentosa nas primeiras 48h de admissão do paciente.
- Elaborar protocolos para nortear as grades de referência e contrarreferência pactuada com o gestor local para os casos em que os pacientes internados precisem ser transferidos por falta de capacidade resolutiva do hospital

Relacionados à saída de paciente:

- Elaborar Plano de alta.
- Garantir orientações ao paciente relacionadas à terapia nutricional, farmacêutica para alta hospitalar.
- Informar pacientes e acompanhantes sobre o motivo da transferência inter-hospitalar.
- Confeccionar protocolo de contrarreferenciamento com formulário de alta e de contrarreferenciamento.
- Elaborar protocolo de transferência de cuidado extra-hospitalar.
- Realizar a alta qualificada do recém-nascido da maternidade com vinculação do binômio mãe e bebê à atenção básica.
- Elaborar e implementar protocolo de controle, identificação, embalagem e guarda de corpos.

Gerenciamento das equipes de trabalho com disponibilização de escala:

- Prevenção e surtos
- UTI Neo/pediátrica
- UTI Adulto
- Urgência e emergência
- Setor de Gestão da Qualidade (UGQSP, NHE e CCIRAS)
- Controle do acesso à instituição nas 24 horas do dia
- Terapia antineoplásica para atendimento das intercorrências clínicas
- Centro cirúrgico
- Anestesiologistas
- Equipe multidisciplinar e de especialistas durante todo o horário de funcionamento dos ambulatórios
- Serviço de limpeza e higienização
- Alojamento conjunto

Informação assistencial

Regularizar a Comissão Permanente de Avaliação de Documentos.

Integrar prontuário (único).

Garantir acesso seguro aos prontuários, incluindo sistema de controle de entrada e saída dos prontuários, circulação desses nas áreas assistenciais e de apoio e mecanismos que garantam a sua rastreabilidade.

Verificar a existência e conformidade dos protocolos institucionais relacionados ao TCLE.

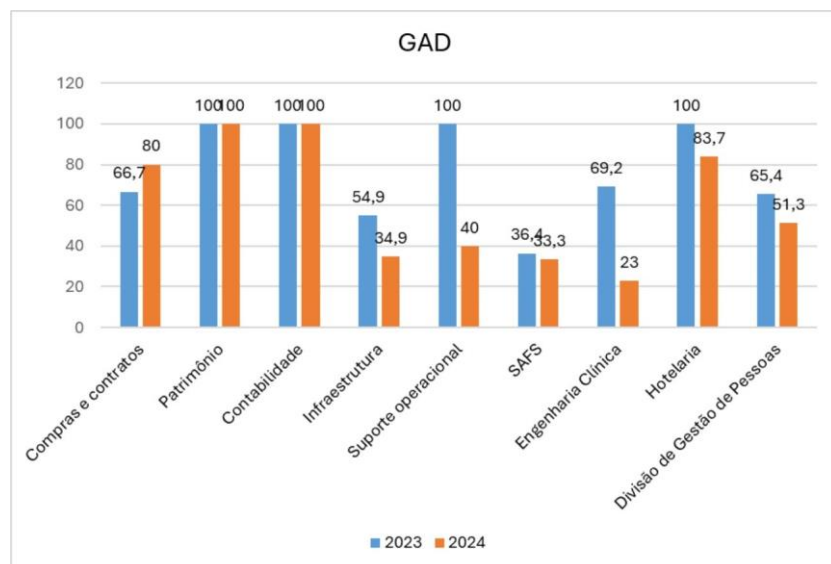
Garantir condições de armazenamento das documentações clínicas.

Capacitar profissionais que atuam no serviço de faturamento.

Comunicação

Elaborar plano de comunicação social.

7.2 GAD



Compras e Contratos

Qualificar e avaliar o desempenho dos fornecedores.

Infraestrutura

Monitorar e avaliar indicadores: a) performance de disponibilidade operacional de equipamentos médico-hospitalares críticos; b) percentual de ordens de serviço de manutenção corretiva executada; c) percentual de manutenções programadas realizadas; d) quantidade de OS de manutenção predial recebida e atendida; e) quantidade de obras por situação.

Adequar os ambientes de acordo com a legislação:

- Para o ensino de graduação e pós-graduação
- UTI Neo/ped
- UTI Adulto
- BC
- Cirurgia ambulatorial
- CME
- Anatomia patológica
- Laboratório
- Métodos gráficos
- Urgência e Emergência

Realizar atividade de inspeção e manutenção de todos os componentes operacionais de sistemas de infraestrutura.

Implementar sistema de sinalização interna e externa para orientar o acesso, deslocamento nas diversas áreas da instituição.

Viabilizar os acessos para veículos e pedestres diferenciados.

Viabilizar acesso a pessoas com deficiência e mobilidade reduzida.

Manter corredores vazios para possibilitar a circulação adequada de macas e cadeiras de rodas.

Regularizar sanitários das áreas internas e externas.

Regularizar lavabos cirúrgicos, lavatórios e pias com torneiras com comando do tipo que dispensem o contato das mãos para o fechamento da água.

Adequar as instalações elétricas as normativas vigentes.

Implementar programa de controle de desperdício e otimização de energia elétrica.

Regularizar iluminação de emergência nas saídas de emergência.

Monitorar o processo de contratação de empresa para adequação do AVCB.

Regularizar e mapear extintores de incêndio.

Elaborar "Plano de Manutenção" para o sistema de detecção e alarme de incêndio, estabelecendo verificação semestral e documentação das condições.

Elaborar protocolos e procedimentos para garantir prevenção e proteção contra incêndio e fumaça.

Implementar medidas efetivas de controle de acesso.

Disponibilizar plano diretor de projetos, obras, ampliações e reformas aprovado pelo Colex.

Elaborar e disponibilizar projeto estrutural, elétrico, hidráulico e de climatização do HC-UFTM.

Planejar e executar as obras em acompanhamento com a CCIRAS.

Apresentar registros ao Projeto Básico de Arquitetura.

Regularizar autorização da CNEN para radioterapia.

Suporte Operacional

Implementar medidas efetivas de controle de acesso ao HC UFTM.

Realizar alinhamento com DIVGP, GEP e chefias para orientação dos colaboradores, discentes e docentes para o uso adequado dos crachás.

SAFS

Elaborar e implementar protocolos relacionados ao recebimento e controle das amostras grátis e das doações de medicamentos.

Implementar processos de recebimento e armazenamento dos materiais e produtos para a saúde em conformidade com normativos vigentes.

Adequar o armazenamento no almoxarifado, garantindo climatização adequada e segura para os insumos, incluindo medicamentos sujeitos a controle especial em ambientes de acesso restrito.

Implementar controle diário de temperatura e umidade.

Regularizar o armazenamento de gases medicinais.

Engenharia clínica

Garantir que todos os itens do parque tecnológico recebam limpeza e desinfecção de acordo com documento institucional.

Garantir a disponibilidade dos equipamentos descritos na legislação:

- Urgência e emergência
- UTI Adulto
- UTI Neoped
- BC
- Laboratório
- Métodos Gráficos

Realizar manutenção preventiva, corretiva e calibração de todos os equipamentos.

Testar as novas tecnologias médicas de acordo com o uso dos equipamentos e recomendação do fabricante e capacitar os profissionais.

Hotelaria

Regularizar as áreas físicas de pré-preparo, preparo e cocção da dieta oral.

Manter vistorias para verificar as condições de higiene das instalações, dos equipamentos, dos móveis e dos utensílios presentes na unidade de alimentação e nutrição.

Elaborar protocolos de controle das atividades de higienização, desratização e dedetização da área de preparação de refeições.

Elaborar protocolos de produção e distribuição de dietas orais.

Implementar controle de recebimento e inspeção dos alimentos perecíveis.

Apresentar cronogramas e comprovantes de capacitação anual:

- processamento de roupas,
- transporte intra e inter hospitalar,
- gerenciamento de resíduos e
- limpeza e higienização.

Verificar se o hospital realiza o acompanhamento do lançamento dos efluentes conforme legislação.

Divisão de Gestão de Pessoas

Divulgar escalas de trabalho.

Desenvolver ações com enfoque na valorização dos trabalhadores, direcionadas para promoção da melhoria da qualidade de vida no trabalho e ações para gerir a diversidade de pessoas.

Gerenciar riscos ocupacionais.

Elaborar documento institucional para orientar os profissionais expostos a doenças infecciosas.

Desenvolver ações para prevenção de acidentes de trabalho incluindo objetos perfurocortantes e agulhas.

Implementar programas de segurança e saúde ocupacional.

Realizar ações de vigilância em saúde do trabalhador.

Elaborar os mapas de risco e afixá-los em todo complexo HC-UFTM.

Publicar o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO).

Traçar o perfil dos colaboradores para implementação de planos de melhoria da qualidade referentes à saúde ocupacional.

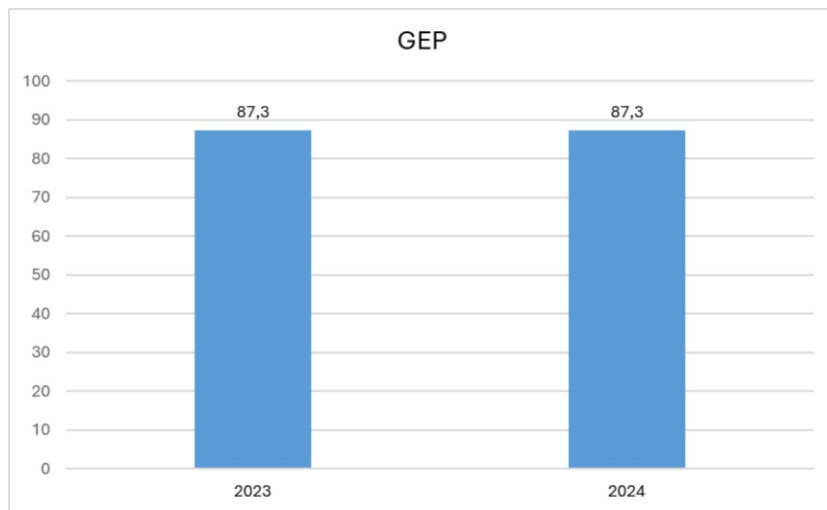
Manter disponível EPIs e EPCs e elaborar protocolo orientando quanto ao uso correto, higienização, conservação, guarda, e riscos dos equipamentos.

Promover capacitação continuada de acordo com as necessidades dos serviços disponibilizados. Realizar mapeamento das capacitações necessárias por unidade:

- IRAS
- DNC
- Segurança e saúde no trabalho
- Serviços de segurança, portaria e recepção
- Área de higiene
- Gerenciamento de resíduos quanto ao descarte correto dos resíduos
- Área de pesquisa
- Ciclos de melhoria de qualidade
- Capacitar as lideranças
- Segurança do paciente

Criar fluxo de encaminhamento das unidades para a DIVGP, incluindo o indicador de percentual de colaboradores capacitados, para monitoramento das capacitações.

7.3 GEP



Garantir treinamento de reanimação cardiopulmonar dos residentes.

Gerenciar os preceptores, tutores, supervisores ou coordenadores responsáveis pelos residentes em cada estágio.

Divulgar as diretrizes curriculares e das ementas das disciplinas dos cursos para os preceptores colaboradores do hospital.

Garantir que as anotações do atendimento ao paciente sejam realizadas pelo preceptor, supervisor de estágio de graduação ou docente juntamente ao discente.

Envolver professores, preceptores, supervisores, coordenadores, tutores, estudantes de nível técnico, graduação, especializações lato sensu, residências e pós-graduação stricto sensu na pesquisa de satisfação.

Estabelecer fluxo de comunicação efetiva entre as comissões (COREME e COREMU) e a GEP incluindo estágios externos e afastamentos.

Elaborar programas de capacitação e educação continuada para os preceptores.

Implementar programa de acolhimento e capacitação continuada para estudantes de ensino técnico, graduação e pós-graduação contemplando a capacitação em Segurança do Paciente, Controle de Infecção, Gerenciamento e Uso de medicamentos, Gerenciamento de Resíduos e Acidente de trabalho com material biológico.

Monitorar indicadores.

7.4 GAS

Implementar o protocolo de Identificação do Paciente e conferência da pulseira ou documento pessoal antes da realização de procedimentos/exames

Implementar Protocolo Multiprofissional: Quedas: Prevenção e Atendimento Imediato, com avaliação de risco na admissão e diária.

Implementar Protocolo Prevenção e Tratamento de Lesão por Pressão com avaliação de risco na admissão e diária.

Envolver os familiares (acompanhantes e visitantes) nas rotinas institucionais e orientar sobre controle de infecção.

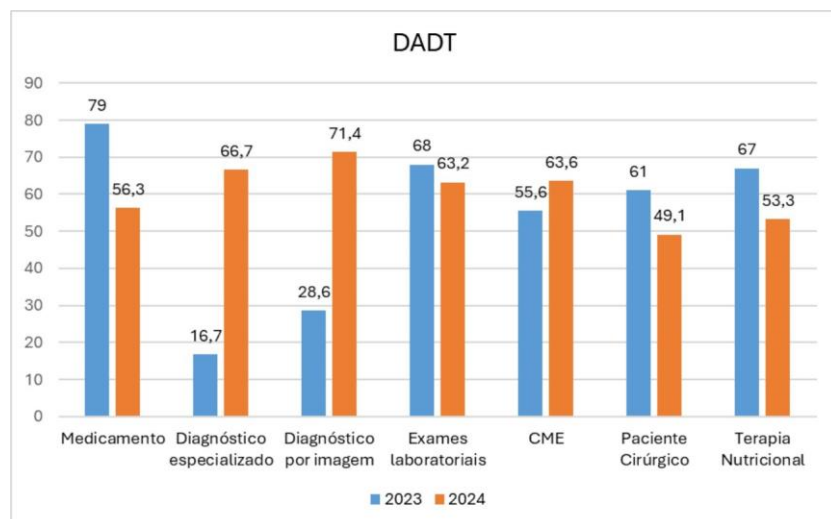
Criar protocolo unificado que norteie todas as unidades assistenciais no processo de admissão e transferência intra-hospitalar, minimamente do Pronto-Atendimento para o Centro Cirúrgico e para Unidades de internação de pacientes críticos.

Elaborar plano de alta multidisciplinar e promover ampla divulgação.

Implementar o projeto terapêutico singular (PTS).

Implementar visita multiprofissional nas unidades.

a. DADT



Medicamento

Implementar a atividade de conciliação medicamentosa para todos os pacientes.

Elaborar, divulgar, capacitar as equipes e manter atualizado documentos instrucionais referentes a Prescrição, Uso e Administração e dispensação segura de medicamentos.

Implementar acompanhamento farmacêutico nos ambulatórios de pré-natal, follow-up e de pequenas cirurgias.

Ampliar as Unidades Assistenciais com atendimento da Farmácia Clínica, priorizando pacientes críticos (maternidade e cliente cirúrgico).

Implementar orientação farmacêutica ao paciente na alta hospitalar.

Adequar ambiente para preparação de medicamentos antineoplásicos com cabine de segurança biológica.

Implementar medidas eficazes para monitoramento dos medicamentos de alta vigilância.

Adequar o armazenamento no almoxarifado, farmácia e nos postos de assistência, garantindo climatização, temperatura e umidade adequadas para o armazenamento seguro medicamentos.

Mapear e monitorar os carros de emergência.

Monitorar indicadores para a melhoria de processos e resultados relativos ao gerenciamento e uso de medicamentos.

Diagnóstico especializado e por imagem

Manter a Comissão de Proteção Radiológica atuante.

Monitorar indicadores para a melhoria de processos e resultados dos serviços de métodos gráficos e diagnóstico por imagem.

Elaborar, publicar e capacitar a equipe para implementação de documento institucional normatizando os prazos para liberação de resultados e laudos de exames conforme recomendações vigentes e comunicação de laudos críticos.

Implementar rotina de monitoramento de manutenção preventiva dos equipamentos.

Exames laboratoriais e anatomia patológica

Apresentar controle sobre grau de pureza da água reagente utilizada em suas análises.

Padronizar embalagem e identificação do material biológico extraído no centro cirúrgico.

Implementar documento institucional que norteie o acondicionamento e o transporte de peças cirúrgicas, tecidos e células do corpo humano e de materiais biológicos.

Adequar a embalagem dos corpos em sacos impermeáveis, incluindo os casos de COVID ou outras doenças transmissíveis.

Incluir nos documentos institucionais já existentes a descrição da rotina de entrega do corpo ao serviço funerário e IML/SVO.

Implementar rotina de monitoramento de manutenção preventiva dos equipamentos.

CME

Manter o Comitê de Processamento de Produtos para a Saúde (CPPS) atuante.

Elaborar e implementar rotina de monitoramento de incidentes e gestão de riscos voltado para o processo de trabalho da CME.

Garantir climatização dentro dos parâmetros da RDC 15 (18°C a 22°C).

Monitorar indicadores para a melhoria de processos e resultados dos serviços de processamento de produtos para a saúde.

Paciente Cirúrgico (BC)

Monitorar e avaliar indicadores para a melhoria de processos e resultados da assistência à saúde no centro cirúrgico. Implementar o registro e monitorar indicadores de: horário de antibiótico profilaxia, controle de glicemia e temperatura no pré e intraoperatório.

Envolver os familiares (acompanhantes e visitantes) nas rotinas institucionais. Otimizar a informação a respeito de riscos e benefícios, bem como das alternativas relacionadas ao procedimento cirúrgico indicado e acerca da sedação, analgesia e anestesia.

Padronizar embalagem e identificação do material biológico extraído no centro cirúrgico.

Proporcionar dimensionamento de anestesistas adequado conforme legislações vigentes incluindo cobertura da RPA.

Capacitar equipe com POP: Atribuições da Equipe de Enfermagem na Sala de Recuperação Pós-Anestésica e elaborar protocolos de transferência do cuidado entre as unidades intra-hospitalares após recuperação anestésica.

Realizar a avaliação pré-anestésica e o planejamento do procedimento anestésico e registrar no prontuário do paciente. Reavaliar imediatamente antes da indução da anestesia.

Disponibilizar métodos farmacológicos de alívio da dor no momento do parto respeitando a opinião e o desejo da paciente.

Capacitar equipe assistencial e implementar protocolos institucionais referentes a hemoterapia.

Integrar todos os registros de atendimento do HC e dos atendimentos ambulatoriais em prontuário único, incluindo ficha pré-anestésica.

Intensificar o treinamento para melhor adesão ao protocolo de cirurgia segura.

Criar fluxo de encaminhamento de escala para o SCR para auxiliar no gerenciamento de falhas graves de cobertura da equipe, que comprometam a realização das cirurgias de pacientes internados, bem como no gerenciamento de cirurgias eletivas.

Inventariar e monitorar manutenções dos equipamentos do BC.

Terapia Nutricional

Ampliar acompanhamento da nutrição clínica nas unidades assistenciais, incluindo a dietoterapia enteral e parenteral, com registros das ações, minimamente semanais como consta no protocolo.

Solicitar na TI/sede habilitação do módulo de prescrição dietética ao nutricionista e implementar evolução diária com prescrição dietética como medida de contingência.

Padronizar e implementar registro do resto infusão de dieta enteral e parenteral.

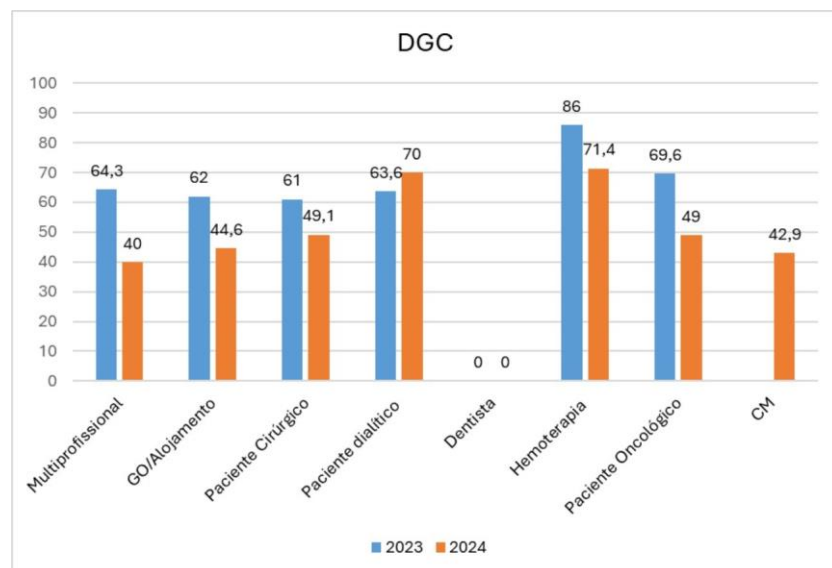
Realizar orientações de alta minimamente para os pacientes classificados com nível terciário de risco nutricional (incluindo alojamento conjunto e cirúrgico).

Adequar o rótulo de identificação minimamente com os identificadores padronizados e as informações contidas na premissa: velocidade de administração, via de acesso, número sequencial de controle e condições de temperatura para conservação.

Elaborar e implementar Plano de Contingência para nutrição enteral.

Monitorar e avaliar indicadores para a melhoria de processos e resultados relativos à terapia nutricional.

b. DGC



Multiprofissional

Ampliar a equipe multiprofissional para garantir atendimento hospitalar e ambulatorial.

Comprar equipamento institucional e criar conta profissional para proporcionar, no mínimo, uma videochamada diária aos pacientes.

Implementar a visita multiprofissional em todas as unidades.

Regularizar os registros no conselho os responsáveis técnicos em fisioterapia e terapia ocupacional.

GO/Alojamento Conjunto

Elaborar e implementar documento institucional relacionado a acolhimento e classificação de risco e assegurar espaço assistencial adequado para realização da atividade.

Implementar ação no sentido de preservar a qualidade do sono dos pacientes durante a noite.

Adotar as recomendações do Ministério da Saúde referente à oferta de Bicos/chupetas para os bebês.

Incentivar a redução da realização de procedimentos invasivos durante o trabalho de parto e monitorar indicadores.

Construir Centro Obstétrico.

Elaborar e implementar documento institucional relacionado a administração de anestésicos/analgésicos.

Implementar checklist de parto seguro.

Disponibilizar métodos farmacológicos de alívio da dor no momento do parto respeitando a opinião e o desejo da paciente.

Monitorar e avaliar indicadores para a melhoria de processos e resultados relativos à atenção obstétrica e neonatal.

Criar e implementar o acionamento do plano de capacidade plena na PSGO para otimizar o fluxo de comunicação entre as equipes.

Pactuar com municípios referenciados a necessidade de encaminhamento junto à gestante de Plano de Parto realizado na origem.

Implementar do plano de parto.

Implementar a notificação e monitoramento dos casos de NNM.

Realizar orientações de alta minimamente para os pacientes classificados com nível terciário de risco nutricional.

Integrar todos os registros de atendimento do HC e dos atendimentos ambulatoriais em prontuário único.

Organizar escalas de trabalho de toda equipe assistencial da Unidade e criar fluxo de encaminhamento de escala para o SCR para auxiliar no gerenciamento de falhas graves de cobertura da equipe, que comprometam a assistência.

Paciente Cirúrgico (enfermaria)

Monitorar e avaliar indicadores para a melhoria de processos e resultados da assistência à saúde no centro cirúrgico. Implementar o registro e monitorar indicadores de: horário de antibiótico profilaxia.

Otimizar a informação a respeito de riscos e benefícios, bem como das alternativas relacionadas ao procedimento cirúrgico indicado e acerca da

sedação, analgesia e anestesia.

Realizar a avaliação pré-anestésica e o planejamento do procedimento anestésico e registrar no prontuário dos pacientes.

Integrar todos os registros de atendimento do HC e dos atendimentos ambulatoriais em prontuário único, incluindo ficha pré-anestésica.

Intensificar o treinamento para melhor adesão ao protocolo de cirurgia segura.

Paciente dialítico

Implementar a rotina de notificação no VIGIHOSP de eventos como: intercorrências com as máquinas que gerem algum dano ao paciente, perda de cateter, troca de capilar, complicações com a FAV como extravasamento, hematomas e erros de punção, transplantes, dentre outros.

Elaborar e implementar protocolo referente a transmissão de HIV e Hepatite B. Documentos para terapia renal substitutiva, incluindo assistência aos pacientes críticos, envolvendo equipe médica.

Dentista

Regularizar no respectivo conselho a responsabilidade técnica.

Hemoterapia

Implementar os Protocolos relacionados a hemoterapia com apresentação e obtenção do TCLE de 100% dos pacientes com necessidade de transfusão.

Paciente Oncológico

Adequar o serviço de radioterapia na instituição.

Implementar a realização de notificações no sistema Vigihosp relacionadas a radioterapia.

Manter atualizado protocolos e procedimentos relacionados à administração segura da terapia antineoplásica e de biossegurança.

Implementar as atividades da comissão, grupo de trabalho e documentos institucionais de cuidados paliativos em todo HC.

Realizar orientações de alta minimamente para os pacientes classificados com nível terciário de risco nutricional.

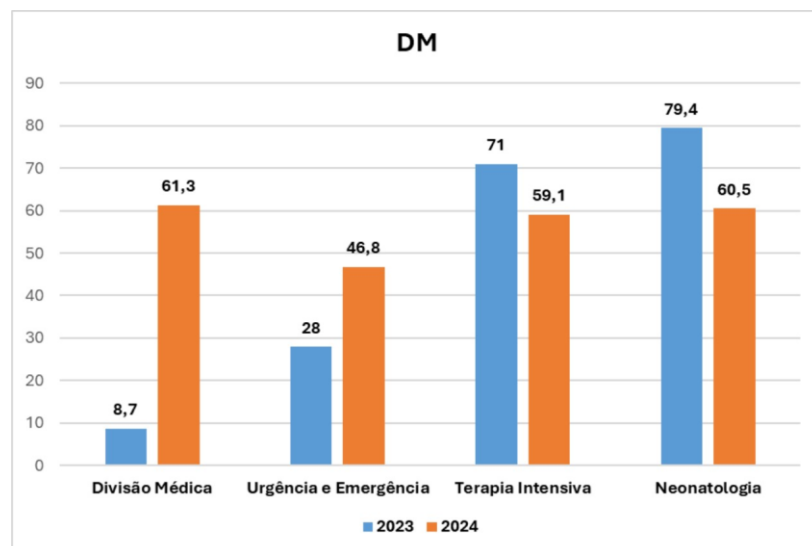
Integrar todos os registros de atendimento do HC e dos atendimentos ambulatoriais em prontuário único.

Preencher a ficha de investigação conforme exigência da portaria MS/SAS nº 140, de 27/02/2014 e o registro de notificação de câncer no VIGIHOSP.

Paciente CM

Implementar as atividades da comissão, grupo de trabalho e documentos institucionais de cuidados paliativos em todo HC.

c. DM



Divisão Médica

Regularizar as comissões:

- Comissão de Revisão de Prontuários (CRP)
- Comissão de Ética Médica
- Comissão de Óbitos
- Comissão de Mortalidade Materna e de Mortalidade Neonatal

Urgência e Emergência

Implementar documento de acionamento do plano de capacidade plena para todos os PSs para otimizar o fluxo de comunicação entre as equipes.

Implementar a atividade de conciliação medicamentosa para todos os pacientes admitidos.

Realizar o acolhimento a todo paciente admitido via pronto socorro (PSA, PSI e PSGO), principalmente os de porta aberta, com direcionamento de fluxo.

Ampliar acompanhamento da nutrição clínica nas unidades assistenciais, incluindo a dietoterapia enteral e parenteral, com registros das ações, minimamente semanais como consta no protocolo.

Realizar orientações de alta minimamente para os pacientes classificados com nível terciário de risco nutricional.

Integrar todos os registros de atendimento do HC e dos atendimentos ambulatoriais em prontuário único.

Disponibilizar a lista de inventário de equipamentos atualizada e monitorar as manutenções preventivas.

Terapia Intensiva

Ampliar acompanhamento da nutrição clínica nas unidades assistenciais, incluindo a dietoterapia enteral e parenteral, com registros das ações, minimamente semanais como consta no protocolo.

Atualizar protocolo de sepse em neonatologia e implementar os protocolos de sepse adulto e pediátrico.

Instalar sistema eletrônico de monitoramento com central de monitores.

Monitorar indicadores de readmissão não planejada.

Ampliar a instalação de cortinas para todas as UTIs.

Realizar orientações de alta minimamente para os pacientes classificados com nível terciário de risco nutricional.

Integrar todos os registros de atendimento do HC e dos atendimentos ambulatoriais em prontuário único.

Regularizar a responsabilidade técnica da fisioterapia.

Neonatologia

Reativar sistema eletrônico de monitoramento com central de monitores.

Construir protocolo para direcionar as práticas dos cuidados pós-reação neonatais.

Construir protocolo para direcionar as práticas referentes ao método Canguru.

Monitorar de casos de readmissão não programada de recém-nascidos.

Atualizar e implementar os protocolos de seps.

Implementar ação no sentido de preservar a qualidade do sono dos pacientes durante a noite.

Ampliar acompanhamento da nutrição clínica nas unidades assistenciais, incluindo a dietoterapia enteral e parenteral, com registros das ações, minimamente semanais como consta no protocolo.

Adotar as recomendações do Ministério da Saúde referente à oferta de Bicos/chupetas para os bebês.

Monitorar indicadores de readmissão não planejada.

Ampliar a instalação de cortinas nas áreas assistenciais.

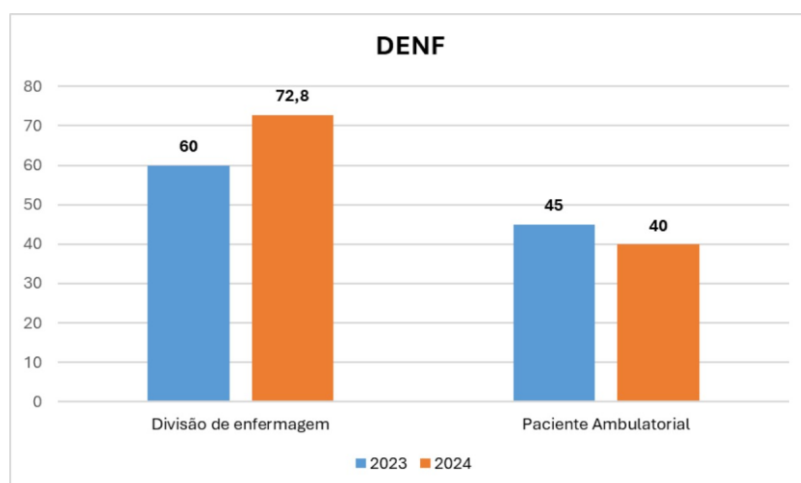
Realizar orientações de alta minimamente para os pacientes classificados com nível terciário de risco nutricional.

Integrar todos os registros de atendimento do HC e dos atendimentos ambulatoriais em prontuário único.

Regularizar a responsabilidade técnica da fisioterapia e enfermagem.

Disponibilizar a lista de inventário de equipamentos atualizada e monitorar manutenções preventivas.

d. DENF



Divisão de enfermagem

Implementar ação no sentido de preservar a qualidade do sono dos pacientes durante a noite.

Implementar a Sistematização da Assistência em Enfermagem nas unidades do HC.

Regularizar a responsabilidade técnica da enfermagem da UTI Neo/ped e manter as demais atualizadas.

Paciente ambulatorial

Monitorar e avaliar indicadores para a melhoria de processos e resultados da assistência ambulatorial.

Implementar acompanhamento farmacêutico nos ambulatórios de pré-natal, follow-up e de pequenas cirurgias.

Avaliar no Comitê Gestor de Obra a possibilidade de unificação das áreas com adequação da infraestrutura para todos os procedimentos cirúrgicos ambulatoriais garantindo a circulação restrita de pessoas.

Implementar plano de parto no ambulatório de pré-natal.

Confecionar protocolo de contra referenciamento com formulário de alta e de contra referenciamento.

Integrar todos os registros de atendimento do HC e dos atendimentos ambulatoriais em prontuário único.

Adequar cobertura de profissionais da equipe multiprofissional para atendimento eficaz e criar fluxo de encaminhamento de escala para o SCR para auxiliar no gerenciamento de falhas graves de cobertura da equipe, que comprometam a assistência.

Luana Ribeiro Ferreira
Responsável pela Elaboração



Documento assinado eletronicamente por **Luana Ribeiro Ferreira, Coordenador(a) da Comissão**, em 15/01/2025, às 08:03, 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 **45956536** e o código CRC **9614436D**.

Referência: Processo nº 23521.008496/2021-19 SEI nº 45956536

Criado por [luana.ribeiro](#), versão 10 por [luana.ribeiro](#) em 15/01/2025 08:03:16.