PLANO

HUAP - UFF/HU BRASIL

AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO

Versão: 5 | 2026

1. OBJETIVO

Planejar e descrever as atividades previstas, assim como os arranjos para execução da avaliação interna total para o período de um ano.

2. DEFINIÇÃO E CONCEITOS

O Programa Ebserh de Gestão da Qualidade consiste em um sistema próprio de avaliação periódica, que tem como objetivo promover a cultura de melhoria contínua dos serviços prestados à população brasileira pelos hospitais da rede HU Brasil. O Programa é norteado pelo Manual de Diretrizes e Requisitos do Selo Ebserh de Qualidade, contém requisitos fundamentais para a prestação do cuidado e para o ensino em um ambiente hospitalar, considerando leis, regulamentos, normas, evidências científicas e boas práticas vigentes. Os requisitos abordam os processos gerenciais, processos de apoio, além dos processos finalísticos, esses focados em assistência e ensino, pesquisa, extensão e inovação em saúde.

1. Avaliação Interna da Qualidade (AVAQualis): atividade sistemática, independente e documentada, sem cunho fiscalizatório, realizada por uma equipe do hospital, para examinar os processos organizacionais com a finalidade de levantar evidências e avaliar o nível de conformidade frente a este manual visando a melhoria contínua do desempenho;
2. Avaliador interno da qualidade: servidor ou empregado público da rede HU Brasil, lotado no hospital, qualificado por meio de capacitação específica, designado como membro da Comissão AVAQualis, por portaria institucional, para realizar as avaliações internas parciais e total;
3. Comissão AVAQualis: grupo de profissionais do hospital, indicados por portaria institucional, encarregado de realizar a AVAQualis e emitir relatório final;
4. Coordenador da Comissão AVAQualis: profissional do hospital com conhecimento e experiência em avaliação e gestão da qualidade, líder da equipe de avaliação, designado por portaria institucional para coordenação das atividades de AVAQualis no hospital;
5. Equipe de avaliação: grupo de avaliadores internos da qualidade designados para avaliar um local ou processos específicos em uma AVAQualis;
6. Escopo da avaliação: abrangência e limites de uma avaliação, incluindo descrição dos locais físicos e virtuais, unidades organizacionais, atividades e processos a serem avaliados, e o período abrangido;
7. Evidência: registro, apresentação de fatos ou outras informações verificáveis que apoiam a existência ou a veracidade da conformidade de um requisito de qualidade;
8. Não conformidade: não atendimento de um requisito, de acordo com o constatado pela Comissão AVAQualis;
9. Plano de Ação: conjunto de estratégias a serem aplicadas para o alcance de um resultado desejado, possuindo um tempo de duração. Documento estruturado com base na identificação das causas principais e dos fatores que contribuem para o não cumprimento dos requisitos de qualidade, identificados a partir de análise realizada pelos envolvidos no processo. Deve apresentar propostas de ações, e para cada uma delas, a motivação, a descrição, o local de execução, o responsável, os recursos necessários, o prazo e o acompanhamento;
10. Relatório de Avaliação: documento elaborado pela Comissão AVAQualis que contém o registro dos dados, evidências e constações da avaliação realizada; e

11. Roteiro de Avaliação: documento elaborado pela Comissão AVAQualis, com planejamento e organização de cada AVAQualis.

3. PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Os requisitos previstos no Manual são baseados na legislação vigente, em boas práticas nacionais e internacionais e evidências científicas relacionadas à gestão da qualidade, abrangendo as diversas áreas do hospital, relacionando os pontos a serem observados durante as avaliações interna e externa. Esse processo de avaliação integra um programa de educação permanente, não tendo cunho fiscalizatório.

O intuito é estimular os hospitais que realizam atividades de ensino a investirem em processos de melhoria contínua para alcançarem os padrões de excelência nos serviços prestados, buscando promover o cuidado seguro e efetivo, a eficiência na gestão, além de contribuir para a formação de excelência dos estudantes dessas instituições.

Nesse sentido, o Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa e Selo Ebserh de Qualidade possibilita realizar um diagnóstico da situação do hospital em relação a requisitos padronizados, previamente definidos, que visam, antes de tudo, garantir a segurança do paciente. O método aplicado não avalia apenas um serviço ou departamento isolados, mas sim o Complexo Hospitalar, considerando a interligação de estruturas e processos, em que o funcionamento de um departamento pode interferir nos resultados do conjunto.

O processo de avaliação e qualificação do hospital se inicia pela atuação da equipe de avaliadores internos. Avaliação Interna da Qualidade (AVAQualis) pode compreender a avaliação de todos os requisitos do manual, chamada de avaliação interna total, que fornece uma visão geral do hospital, realizada em um período determinado; ou pode ser realizada no intuito de avaliar a adequação das unidades organizacionais do hospital frente a um escopo definido de requisitos do manual, chamada de avaliação interna parcial. A avaliação interna total é atividade obrigatória para todos os hospitais integrantes da rede HU Brasil, pelo menos uma vez ao ano, em período definido pelo SGQVS/GEAQC/DAS.

São objetivos das AVAQualis:

1. verificar a realidade do hospital de modo amplo, as conformidades e não conformidades dos processos avaliados;
2. identificar as oportunidades de melhoria e problemas de qualidade;
3. estimular os hospitais da rede HU Brasil a investirem em processos de melhoria contínua;
4. preparar o hospital para a avaliação externa da qualidade;
5. contribuir para o cuidado seguro e efetivo para o paciente, a eficiência na gestão e a formação qualificada dos estudantes desta instituição.

A Portaria-SEI nº 35, de 23 de agosto de 2021, publica o modelo de Regimento da Comissão AVAQualis, REG.SGQ.001, versão 2, e disciplina o processo das AVAQualis nos hospitais da rede HU Brasil.

Para constatação da conformidade dos requisitos apresentados no manual durante a avaliação da qualidade, faz-se necessária a coleta de evidências objetivas por parte das equipes de avaliadores. Isso pode acontecer por meio de entrevistas com profissionais, entrevistas com pacientes e com seus familiares ou acompanhantes, análise de documentos, observação da execução dos procedimentos e das condições das áreas avaliadas. As evidências obtidas durante entrevistas deverão ser confirmadas por meio de fontes independentes, tais como: registros,

mensurações, observações complementares e entrevistas com profissionais operacionais do serviço.

O processo de avaliação da qualidade é um método de consenso, portanto, é previsto que a equipe de avaliadores realize discussões a respeito das evidências levantadas. Em caso de divergências entre os avaliadores quanto às constatações, as deliberações serão de responsabilidade do coordenador da Comissão de Avaliação. Assim, as fontes de informações e evidências presentes no manual buscam auxiliar no direcionamento das coletas das equipes de avaliadores, sem a intenção de esgotar as possibilidades de obtenção de evidências para as constatações.

A AVAQualis 2026 tem como eixo central a gestão de riscos assistenciais, sob uma perspectiva da análise prospectiva de riscos. Essa análise parte do risco, antes que o dano aconteça: examina os processos de cuidado, identifica onde podem falhar e verifica se as barreiras definidas para prevenir e controlar esses riscos estão, de fato, presentes no trabalho real das equipes.

Esse ano o STGQ determinou que, ainda como base o manual, serão avaliados apenas os requisitos obrigatórios relacionados as seguintes linhas de cuidado: paciente cirúrgico, paciente oncológico, perinatal, urgência e emergência e STGQ, além daqueles requisitos gerais que são transversais a todas alinhas, seguindo o relatório com segmentos e roteiros enviados pelo SGQVS/GEAQC/DAS.

- **Segmento:** consiste numa orientação adicional, tem como objetivo direcionar a verificação de aspectos específicos em determinados requisitos. Atuam como pontos norteadores, apoiando a avaliação e evitando que aspectos relevantes não sejam considerados;
- **Roteiro:** funciona como um apoio ao avaliador durante o processo de avaliação. Pode ser utilizado tanto na avaliação in loco (observação de práticas assistenciais, fluxos de trabalho e infraestrutura), quanto na avaliação documental (análise de registros , relatórios e demais evidências). Favorece a uniformidade na forma de avaliaar entre diferentes avaliadores. O roteiro não deve ser entendido como um check list, mas como um guia de apopio flexível, que auxilia a condução da avaliação sem limitar a análise crítica do avaliador.

4. PLANO DE AÇÃO PARA ATENDIMENTO DOS OBJETIVOS

Foi estabelecido um cronograma de atividades sequenciais para realização da 7ª Avaliação Interna da Qualidade do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Cronograma da 7ª. Avaliação Interna no HUAP.

Atividade	Prazos	Responsáveis
Reunião Ordinária da Comissão	09/10/2026	Membros da Comissão de Avaliadores Internos
Reunião Ordinária da Comissão	13/10/2026	Membros da Comissão de Avaliadores Internos
Reunião Ordinária da Comissão	14/10/2026	Membros da Comissão de Avaliadores Internos
Reunião Ordinária da Comissão	29/10/2026	Membros da Comissão de Avaliadores Internos
7ª AVAQUALIS	De 03/11 a 20/11/2026	Comissão de Avaliadores Internos

Emissão de relatórios das áreas ao coordenador da Comissão	De 23/11 a 27/11/2026	Comissão de Avaliadores Internos
Prazo para envio do relatório às chefias para ciência e contestações	Até 30/11/2026	Coordenador da Comissão + comissão de avaliadores internos
Prazo para as contestações	Até 04/12/2026	Gestores das áreas
Feedback sobre as contestações	Até 09/12/2026	Coordenador da Comissão + comissão de avaliadores internos
Apresentação do relatório preliminar ao COLEX	Até 15/12/2026	Coordenador da Comissão
Envio do relatório preliminar	Até 18/12/2026	Coordenador da Comissão
Preparo e envio do relatório final para Superintendência e Chefe do STGQ	Até 18/01/2027	Coordenador da Comissão

A comissão foi dividida em grupos considerando as linhas de cuidado estabelecidas pelo SGQ da seguinte forma:

LINHAS DE CUIDADO	AVALIADORES
Perinatal	Eliza Nascimento, Flávia do Valle, Márcia Valéria Ratto, Jaime Batista e Pedro Serrão
Paciente Cirúrgico	Helene Carvalho, Laura, Juliana Amorim e Maria Fabiane
Paciente Oncológico	Isabelle Andrade e Marcelo Alvarez
Urgência e Emergência	Marcia Pires, Cristina Peixoto
Requisitos relacionados STGQ	Nathalia Velasco, Priscilla Garcia, Thais Dillinger, Sabrina Silva, Lorran Reis, Bernardo de França e Luciana Barros

5. CAMPO DE APLICAÇÃO

Todas as dependências do HUAP contempladas no roteiro estabelecido pelo STGQ.

6. RESULTADOS ESPERADOS

1. Relatórios de avaliação concluídos dentro do prazo;
2. Realização de avaliações internas da qualidade de forma padronizada e estruturada;
3. Realização do planejamento das áreas avaliadas para cumprimento dos requisitos não conformes identificados na avaliação;
4. Melhoria contínua dos processos no HUAP-UFF.

7. REFERÊNCIAS

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Ministério da Educação. Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa e Selo Ebserh de Qualidade. Brasília, 16 nov. 2021 V2. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-eprogramas/programa-e-selo-ebserh-de-qualidade>.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Ministério da Educação. Guia de Avaliação do Selo Ebserh de Qualidade. Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-e-seloebserh-de-qualidade>.

8. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Elaboração/revisão	Descrição da atualização
1	26/09/2022	Ana Paula Moreira Amorim	Elaboração.
2	30/10/2024	Isabelle Andrade Silveira De Azevedo	Atualização com o planejamento da avaliação interna de 2023.
3	18/10/2024	Isabelle Andrade Silveira De Azevedo	Atualização com o planejamento da avaliação interna de 2024.
4	14/10/2025	Isabelle Andrade Silveira De Azevedo	Atualização com o planejamento da avaliação interna de 2025.
5	29/10/2026	Cynthia Braz Duarte	Atualização com o planejamento da avaliação interna de 2026.

9. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Cynthia Braz Duarte - UVS	Data: 29/10/2026
Análise Ana Paula Amorim Moreira – STGQ	Data: 29/10/2026
Validação de forma Lorran Leite Reis - STGQ	Data: 29/10/2026 gov.br Documento assinado digitalmente LORRAN LEITE REIS Data: 05/11/2026 13:11:47-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br
Aprovação Ana Paula Amorim Moreira - STGQ	Data: 29/10/2026

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. ® 2026, HU Brasil. Todos os direitos reservados www.gov.br/hubrasil