

# PLANO

HUAP - UFF/EBSERH

## AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO

Versão: 4 | 2025



## 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 Ebserh. 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 Ebserh, 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 constatações 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) A 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 Ebserh, pelo menos uma vez ao ano, em período definido pelo SGQ/CGC/DEPAS.

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 Ebserh 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 Ebserh.

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.

Esse ano o SGQ determinou que, ainda como base o manual, serão avaliados apenas os requisitos 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 alinhadas. Além disso, os STGQs receberão o relatório com segmentos e roteiros.

- **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 avaliar entre diferentes avaliadores. O roteiro não deve ser entendido como um check list, mas como um guia de apoio 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 6ª. Avaliação Interna da Qualidade do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) conforme apresentado no Quadro 1.

**Quadro 1 - Cronograma da 6ª. Avaliação Interna Total no HUAP.**

Atividade	Prazos	Responsáveis
Reunião Ordinária da Comissão	23/09/2025	Membros da Comissão de Avaliadores Internos
Reunião Ordinária da Comissão	29/09/2025	Membros da Comissão de Avaliadores Internos da linha Perinatal/ SGQ
Reunião Ordinária da Comissão	30/09/2025	Membros da Comissão de Avaliadores Internos da linha do Paciente Cirúrgico/ SGQ
Reunião Ordinária da Comissão	30/09/2025	Membros da Comissão de Avaliadores Internos da linha Urgência e Emergência/ SGQ
Reunião Ordinária da Comissão	01/10/2025	Membros da Comissão de Avaliadores Internos da linha do Paciente Oncológico/ SGQ
Reunião Ordinária da Comissão	06/11/2025	Membros da Comissão de Avaliadores Internos



6ª. AVAQUALIS	De 17/11 a 28/11/2025	Comissão de Avaliadores Internos
Emissão de relatórios das áreas ao coordenador da Comissão	De 01/12 a 03/12/2025	Comissão de Avaliadores Internos
Prazo para envio do relatório às chefias para ciência e contestações	Até 05/12/2025	Coordenador da Comissão + comissão de avaliadores internos
Prazo para as contestações	Até 12/12/2025	Gestores das áreas
Feedback sobre as contestações	Até 17/12/2025	Coordenador da Comissão + comissão de avaliadores internos
Preparo e envio do relatório final para Superintendência e Chefe do STGQ	Até 19/12/2025	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, Jaime Batista e Pedro Serrão.
Paciente Cirúrgico	Bernardo de França, Helene Carvalho, Juliana Amorim e Ana Carolina Vargas.
Paciente Oncológico	Luciana Barros, Letícia Luz, Cristina Peixoto e Priscilla Garcia.
Urgência e Emergência	Marcia Pires, Cynthia Braz, Daniele Vieira e Isabelle Gouveia.
Requisitos relacionados STGQ	Nathalia Velasco, Priscila Pessanha, Thais Dillinger e Thiago Machado.

## 5. CAMPO DE APLICAÇÃO

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

## 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-e-programas/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>>.



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO  
Rua Marques do Paraná, nº 303, prédio anexo, 6º andar - Bairro Centro  
Niterói-RJ, CEP 24033-900  
- <http://huap-uff.ebserh.gov.br>

Despacho - SEI

Avaliação Interna da Qualidade do Hospital Universitário Antônio Pedro. PL.STGQ.001- versão 4

Página 6 de 6

### 8. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	26/09/2022	Elaboração.
2	30/10/2024	Atualização com o planejamento da avaliação interna de 2023.
3	18/10/2024	Atualização com o planejamento da avaliação interna de 2024.
4	14/10/2025	Atualização com o planejamento da avaliação interna de 2025.

### 9. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

<b>Elaboração</b> Isabelle Andrade Silveira - UGSQP
<b>Análise</b> Priscilla Garcia de Oliveira Monteiro - UGQSP
<b>Validação</b> Lorran Leite Reis - STGQ
<b>Aprovação</b> Ana Paula Amorim Moreira - STGQ

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados [www.ebserh.gov.br](http://www.ebserh.gov.br)



Documento assinado eletronicamente por **Lorran Leite Reis, Analista Administrativo**, em 17/10/2025, às 09:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Isabelle Andrade Silveira, Enfermeiro(a)**, em 17/10/2025, às 09:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Paula Amorim Moreira, Chefe de Setor**, em 17/10/2025, às 14:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Priscilla Garcia De Oliveira Monteiro, Chefe de Unidade**, em 20/10/2025, às 13:39, 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](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **54389079** e o código CRC **65A314C8**.

Referência: Processo nº 23818.019268/2025-72 SEI nº 54389079