

POP

HUAP-UFF/EBSERH

MONITORAMENTO DE PLANOS DE MELHORIAS DA QUALIDADE

Versão: 03 | 2025

1. OBJETIVO

Descrever as etapas para o monitoramento dos planos de melhoria, **realizado por um profissional da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (UGQSP)**, advindos das investigações de incidentes notificados no VIGIHOSP com dano grave e óbito e os planos de melhoria da qualidade propostos pela Unidades organizacionais com base na Avaliação Interna da Qualidade.

2. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

A UGQSP monitora planos de melhoria de duas naturezas distintas, sendo um deles, os planos de ação decorrentes de incidentes notificados no VIGHOSP, especialmente aqueles onde foram identificados dano grave ou óbito. Ao analisar a investigação de um incidente, é necessário traçar estratégias para mitigação dos fatores contribuintes, bem como medidas para evitar a recorrência deles¹.

A outra modalidade monitorada são os planos de melhoria da qualidade (PMQs), oriundos das não conformidades da Avaliação interna (AVAQualis). Anualmente é realizado no HUAP, assim como em todos os hospitais da rede Ebserh, a AVAQualis, que é uma atividade sistemática, sem cunho fiscalizatório, realizada por uma equipe do hospital com base em um manual da rede, para examinar os processos organizacionais com a finalidade de levantar evidências e avaliar o nível de conformidade frente aos requisitos dispostos no manual. Com base nas não conformidades, os líderes de cara área devem pensar estratégias para obtenção de conformidade nos requisitos².

Em ambas as situações são identificadas as oportunidades de melhoria e descritas em um plano de ação por meio da ferramenta 5W2H: O que fazer? Como fazer? Por que fazer? Quem vai fazer? Onde será feito? Quando será feito? Quanto custa? (APÊNDICE A). O reconhecimento de uma oportunidade de melhoria, em algum elemento dos serviços oferecidos, possibilita traçar estratégias para o aperfeiçoamento desse serviço ou para solucionar o problema constatado. Esse processo denomina-se ciclo de melhoria.² Os planos de ação, por sua vez, descrevem essas estratégias e ações com vistas a estimular o envolvimento dos líderes nesse processo cíclico e contínuo ao alcance de resultados.

Para documentar o monitoramento dos planos de ação, foi elaborado um instrumento (APÊNDICE B), que deve ser atualizado mensalmente com o andamento das atividades estabelecidas.

2.1 Inclusão de dados na planilha de monitoramento

O profissional da UGQSP deverá:

1. Acessar a rede (Computador → SGQVS(z) → UGQSP → Monitoramento de Plano de Ação;
2. Inicialmente preencher a planilha com as seguintes informações:
 - a. Modalidade: PMQ, Protocolo de Londres ou outro;
 - b. Requisito para PMQ ou Breve descrição do evento para Protocolo de Londres;
 - c. Custo total estimado;



- d. Meta (se houver);
 - e. Indicador monitorado (se houver);
 - f. Link do grupo teams;
 - g. Atividade > tarefas de cada atividade > responsável pela tarefa > data de início e término previsto.
3. Após cada visita de monitoramento preencher a planilha com as seguintes informações:
- a. Preencher a coluna relacionada ao *status* do plano de ação, com:
 - 1: não iniciado ou < 25%;
 - 2: 25% concluído;
 - 3: 50% concluído;
 - 4: 75% concluído;
 - 5: 100% concluído;
 - b. Novo prazo de término (se necessário);
 - c. Término real;
 - d. Evidências/ Produtos (se houver);
 - e. Observações: descrever toda observação que se julgar relevante, como as datas de reuniões, nº de processos ou e-mails encaminhados sobre o assunto.
4. Salvar as alterações no documento e fechar a planilha.

2.2 Comunicação verbal e escrita sobre o plano de ação

Vale destacar que os planos de melhoria decorrentes de notificações no Vigihosp são elaborados por um profissional da UGQSP, mas discutido com as lideranças envolvidas e alta gestão para alinhamento quanto a concordância e viabilidade de execução, bem como estabelecimento dos prazos para realização de cada tarefa. Os planos de melhoria decorrentes da Avaliação Interna são elaborados pelas próprias áreas.

O profissional da UGQSP deve:

1. Criar um grupo no *teams* com as lideranças das áreas envolvidas e a chefia imediata acima, de acordo com o organograma institucional para que todos estejam cientes do andamento dos planos;
2. Retornar o contato ao final do prazo estabelecido, para verificar o *status* de cada tarefa do plano de ação e atualização na planilha de monitoramento pelo grupo no *teams*;
3. Acordar um novo prazo de término se necessário e/ou ajuste de alguma tarefa para viabilizar a execução do plano;
4. Realizar visitas *in loco* para realização de auditorias com o objetivo de verificar a implementação das ações.



3. REFERÊNCIAS

1. EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Diretoria de Atenção à Saúde. Coordenadoria de Gestão Clínica. Serviço de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente. Diretriz EBSERH para ações em Segurança do Paciente e Vigilância em Saúde: Manual Básico. v2. 1ed. Brasília: DF, 2016.
2. EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Programa de Gestão da Qualidade do Hospital Universitário Antônio Pedro – UFF. 1ª versão. Niterói: RJ, 2021.



Despacho - SEI

Processo nº 23818.003040/2025-61

Monitoramento de planos de melhorias da qualidade. POP.STGQ.UGQSP.009
- versão 3

Página 4 de 6

4. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1ª	07/03/2022	Elaboração
2ª	21/02/2024	Revisão do Objetivo e do subitem 5.1 .
3ª	07/02/2024	Adequação ao novo modelo de layout da EBSERH. Atualização da descrição do procedimento.

5. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Isabelle Andrade Silveira - UGQSP
Análise Priscilla Garcia de Oliveira Monteiro - UGQSP
Validação Lorran Leite Reis - STGQ
Aprovação 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



Documento assinado eletronicamente por **Lorran Leite Reis, Analista Administrativo**, em 10/02/2025, às 16:16, 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 11/02/2025, às 11:29, 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 11/02/2025, às 11:31, 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 11/02/2025, às 12:32, 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 **46774460** e o código CRC **1498595B**.

APÊNDICE A – Ferramenta 5H2H

WHAT O QUÊ	HOW COMO	WHY POR QUE	WHO QUEM	WHERE ONDE	WHEN QUANDO	HOW MUCH CUSTO	PRAZO

APÊNDICE B- Ferramenta do Monitoramento do Plano de Melhoria da Qualidade

		PLANO DE AÇÃO									
Modalidade: () PMQ () Protocolo de Londres () Outro: _____		Requisito ou resumo investigação:		Custo (R\$):		Meta:		Tipo de demanda:			
Nível de Execução 0%								Indicador impacto 01:			
								Indicador impacto 02:			
								Indicador impacto 03:			
								Link do Grupo Teams:			
Processo SEI nº:		Lider:		Setores envolvidos:		Duração (em dias):		0			
LEGENDA DO STATUS DA TAREFA											
ATIVIDADE		TAREFA		RESPONSÁVEL	INICIO	TÉRMINO	NOVO TÉRMINO (se necessário)	TÉRMINO REAL	EVIDÊNCIAS (PRODUTOS)	OBSERVAÇÕES	
1	Atividade 01	1.1	Tarefa 01	-							
		1.2	Tarefa 02								
		1.3	Tarefa 03								
		1.4	Tarefa 04								
		1.5	Tarefa 05								
2	Atividade 02	2.1	Tarefa 01	-							
		2.2	Tarefa 02								
		2.3	Tarefa 03								
		2.4	Tarefa 04								