

GUIA

EBSERH

Avaliação Externa do Programa Ebsrh de Gestão da Qualidade

Versão: 02 | 2022



PRESIDENTE

OSWALDO DE JESUS FERREIRA

DIRETOR DE ENSINO, PESQUISA E ATENÇÃO À SAÚDE

GIUSEPPE CESARE GATTO

COORDENADORA DE GESTÃO DA CLÍNICA

ROSANA REIS NOTHEN

CHEFE DE SERVIÇO DE GESTÃO DA QUALIDADE

MÁRCIA AMARAL DAL SASSO

ELABORAÇÃO

Leili Mara Mateus da Cunha – SGQ/CGC/DEPAS
Márcia Amaral Dal Sasso – SGQ/CGC/DEPAS
Gabriela de Oliveira Silva - SGQ/CGC/DEPAS
Gisela da Mota Leitão - SGQ/CGC/DEPAS
Gleiciane Sousa Oliveira - SGQ/CGC/DEPAS
Susana Teixeira de Araújo Silva - SGQ/CGC/DEPAS
Bruna Mafra Guedes – SGQ/CGC/DEPAS
Ádala Nayara de Sousa Mata – UFRN
Melissa Prade Hemesath – HCPA
Ana Karina Lima Alves Cerdeira – HUPES-UFBA
Aline Cristine Diniz Maia – HC-UFMG
Bruno Dantas Yamashita – HU-UFSCar
Carlos Alexandre de Souza Medeiros – HUOL-UFRN
Celina de Azevedo Dias – HUPAA-UFAL
Diana Grazielle Dos Santos – SCH/CGAH/DEPAS
Daniela Santos Pimenta – HC-UFMG
Débora Rosa Carlos Cândido – HC-UFMG
Emeline Moura Lopes – HUWC-UFC
Fernanda Vieira Frondana – HU-UFJF
Giovana Petry Pinto – HU-UFSM

Graciele Trentin – HU-UFSC
Izelandia Veroneze – CHC-UFPR
José Ferreira Lima – HUAB-UFRN
Julia Santiago e Silva – HC-UFMG
Joana Olympia de Souza Stein – HUCAM-UFES
Kalogenia Niedja Lopes Almeida – HUAC-UFCG
Kathlene Rocha dos Santos – HUPES-UFBA
Larycia Vicente Rodrigues – HULW-UFPB
Laurenice Campos Vieira – HU-UFMA
Leonardo Augusto Kister de Toledo – HUPES-UFBA
Lilian Leite de Resende – SRA/CGC/DEPAS
Lorena Pastor Ramos – MCO-UFBA
Luciana Paiva Romualdo – HC-UFTM
Luiz Henrique Furbino De Britto – HC-UFMG
Mabel Mendes Cavalcanti – HULW-UFPB
Marco Antônio de Carvalho – CHC-UFPR
Marilise Borges Brandao – CHC-UFPR
Monalisa Viana Sant Anna – HUPES-UFBA
Patrícia Lopes Oliveira – HUJB-UFCG
Ricardo Soletti – HU-Unifap
Rosa Helena Aparecida Goncalves – HC-UFTM
Rosemeire Andreatta – HUCAM-UFES
Sâmia Jamylle Santos de Azevedo – HUOL-UFRN
Samira Virginia de França – HUB-UnB
Sara Monteiro de Moraes – HC-UFMG
Sirlei Garcia Marques – HU-UFMA
Shirley Barbosa Ortiz Lima – HUJM-UFMT
Suênia Ferreira de Sousa – HUMAP-UFMS
Thais Novaes Costa De Almeida – HC-UFMG
Tathiane Ribeiro da Silva – MCO-UFBA
Tatiane Batista Nascimento Chaves De Faria – HC-UFMG
Vania Do Perpétuo Socorro Bastos Cantanhede Holanda – HU-UFMA
Waldir Viana das Neves Junior – HUAP-UFF

Walézia Diana Gadelha Maia – CH-UFC

VALIDAÇÃO

SGQ/CGC/DEPAS

APROVAÇÃO

Rosana Reis Nothen – CGC/DEPAS

Giuseppe Cesare Gatto – DEPAS

Data da Emissão: 03/10/2022

Código do documento: GU.SGQ.001

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. ®2022, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebsrh.gov.br

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	7
1. INTRODUÇÃO E OBJETIVO	8
2. DESCRIÇÃO	8
2.1. AVALIAÇÃO EXTERNA DA QUALIDADE.....	8
2.1.1. Requisitos para candidatura do hospital à avaliação externa da qualidade	8
2.1.2. Solicitação de avaliação externa da qualidade	9
2.1.3. Critérios para priorização da seleção do hospital a receber a avaliação externa da qualidade	10
2.1.4. Análise da solicitação de avaliação externa da qualidade	10
2.2. RESPONSABILIDADES.....	10
2.2.1. Serviço de Gestão da Qualidade	10
2.2.2. Avaliador Externo da Qualidade	10
2.2.3. Coordenador da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade	11
2.2.4. Observadores	11
2.2.5. Setor de Gestão da Qualidade (STGQ) do hospital a ser avaliado	12
2.2.6. Superintendência do hospital a ser avaliado	12
2.3. ORGANIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO EXTERNA DA QUALIDADE	12
2.3.1. AGENDAMENTO DA VISITA E CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DA QUALIDADE	12
2.3.2. AVALIAÇÃO DOCUMENTAL PRÉVIA	13
2.3.3. COMISSÃO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DA QUALIDADE	14
2.3.4. PREPARATIVOS DO HOSPITAL A SER AVALIADO	15
2.3.5. MODELO DE ORGANIZAÇÃO DA AGENDA DE ATIVIDADES NO PERÍODO DA AVALIAÇÃO	15
2.4. CRITÉRIOS DE CONSTATAÇÃO DA AVALIAÇÃO	17
2.4.1. Requisito classificado como "Conforme"	17
2.4.2. Requisito classificado como "Não conforme"	18
2.4.3. Requisito classificado como "Não se aplica"	18
2.5. VISITA DE AVALIAÇÃO EXTERNA DA QUALIDADE	18
2.5.1. ETAPAS DA AVALIAÇÃO EXTERNA DA QUALIDADE	19
2.6. RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO	29
2.7. CONCESSÃO DO SELO EBSERH DE QUALIDADE.....	29
2.7.1. Pontuação do hospital	30
2.7.2. Validade do SEQuali.....	31
2.7.3. Divulgação do SEQuali	31
3. AÇÕES APÓS AVALIAÇÃO EXTERNA DA QUALIDADE	32
4. BIBLIOGRAFIA	32
5. HISTÓRICO DE REVISÃO.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVAQualis	Avaliação Interna da Qualidade
CGC	Coordenadoria de Gestão da Clínica
DEPAS	Diretoria de Ensino, Pesquisa e Atenção à Saúde
Ebserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
Ex.	Exemplo
FMEA	<i>Failure Mode and Effect Analysis</i>
HUF	Hospital Universitário Federal
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
PGQuali	Programa Ebserh de Gestão da Qualidade
PGRSS	Plano de Gerenciamento de Resíduos do Serviço de Saúde
RCA	Análise de Causa Raiz
RE	Requisito Essencial
SEI	Sistema Eletrônico de Informações
SEQuali	Selo Ebserh de Qualidade
SGQ	Serviço de Gestão da Qualidade
STGQ	Setor de Gestão da Qualidade
Uneo	Unidade de Neonatologia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
Vighosp	Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares

1. INTRODUÇÃO E OBJETIVO

O Programa Ebserh de Gestão da Qualidade (PGQuali), instituído pela Portaria-SEI nº 23/2018, 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 universitários federais (HUF) da rede Ebserh nas áreas assistencial, de ensino, extensão, pesquisa e inovação em saúde.

A avaliação externa do PGQuali se apresenta como um método de verificação acerca do nível de maturidade dos serviços prestados pelos HUF da rede Ebserh, baseado nos requisitos definidos no Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade e nos critérios presentes no PGQuali. Essa avaliação define a concessão do Selo Ebserh de Qualidade (SEQuali), que visa reconhecer formalmente os hospitais que atingirem padrões estabelecidos no sistema de avaliação.

Os requisitos previstos no Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade são baseados em legislação vigente, em boas práticas nacionais e internacionais e nas evidências científicas relacionadas à gestão da qualidade, abrangendo as diversas áreas do hospital, relacionando os pontos a serem observados durante a avaliação externa da qualidade.

Esse processo de avaliação integra um programa de educação permanente, não tendo cunho fiscalizatório. O intuito é estimular os HUF da rede Ebserh 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.

Durante as visitas de avaliação externa da qualidade, serão avaliadas as práticas desenvolvidas no hospital no seu contexto geral, não sendo considerada a avaliação de um setor ou um processo isoladamente. A concessão do SEQuali está condicionada à pontuação obtida pela instituição, frente aos requisitos contidos no Manual supracitado.

Dessa maneira, este Guia tem como objetivo estabelecer o regramento e as diretrizes para o planejamento e execução da avaliação externa do PGQuali nos HUF da rede Ebserh.

O Serviço de Gestão da Qualidade (SGQ) da Coordenadoria de Gestão da Clínica (CGC) da Diretoria de Ensino, Pesquisa e Atenção à Saúde (DEPAS) da Ebserh Sede coordena o PGQuali e o SEQuali, e poderá emitir outros documentos orientativos, detalhando aspectos do processo de avaliação externa da qualidade.

2. DESCRIÇÃO

2.1. AVALIAÇÃO EXTERNA DA QUALIDADE

2.1.1. Requisitos para candidatura do hospital à avaliação externa da qualidade

Para que o hospital solicite a avaliação externa da qualidade no intuito de verificar a adequação ao Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade deverá:

- a) ser hospital universitário federal da Rede Ebserh;
- b) atingir 80% de conformidade nos requisitos essenciais na avaliação interna da qualidade (AVAQualis);

- c) contar com o apoio do Superintendente, demonstrado por meio da assinatura em processo-SEI de solicitação da visita;
- d) possuir chefes nomeados para o Setor de Gestão da Qualidade (STGQ) e para as unidades vinculadas, conforme estrutura organizacional da instituição;
- e) ter o Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares (Vigihosp) implementado;
- f) monitorar, minimamente, os seguintes indicadores:
 - i. taxa de mortalidade institucional;
 - ii. número de *never events*;
 - iii. taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas;
 - iv. densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI);
 - v. densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea com confirmação laboratorial em pacientes em uso de cateter venoso central internados em UTI;
 - vi. densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em pacientes internados em UTI;
 - vii. taxa de ocupação; e
 - viii. tempo médio de permanência.

2.1.2. Solicitação de avaliação externa da qualidade

Os hospitais que desejarem receber a avaliação externa da qualidade e atenderem aos requisitos para solicitação constantes neste Guia devem formalizar o pedido por meio de ofício em processo-SEI endereçado ao SGQ/CGC/DEPAS, assinado pela superintendência do hospital e pelo Chefe de Setor do STGQ.

As instituições devem estar atentas ainda às seguintes condições:

- a) a solicitação deve ser enviada com antecedência mínima de três meses, em relação às datas de avaliação pretendidas pelo hospital;
- b) o hospital somente deve solicitar uma avaliação externa da qualidade quando estiver seguro da capacidade de demonstrar conformidade com os requisitos para um período retroativo de três meses de conformidade, considerando as possíveis datas de realização da visita;
- c) após a equipe do SGQ/CGC/DEPAS receber a solicitação do hospital para a avaliação externa da qualidade, um profissional do serviço entrará em contato com o hospital para discutir e coordenar uma agenda viável e acordada por ambas as partes;
- d) o contato da equipe do SGQ/CGC/DEPAS acontecerá com antecedência mínima de quatro semanas à visita.

2.1.3. Critérios para priorização da seleção do hospital a receber a avaliação externa da qualidade

Havendo manifestação de interesse em receber a avaliação externa da qualidade por um número de hospitais superior à capacidade operacional do SGQ/CGC/DEPAS e dos avaliadores externos da qualidade, serão considerados os seguintes critérios de priorização para o agendamento das visitas de avaliação externa da qualidade, em ordem de prioridade:

- a) maior pontuação nos requisitos do Manual de Requisitos do Programa Ebsrh de Gestão da Qualidade na última AVAQualis total realizada;
- b) data mais antiga de solicitação formal de avaliação externa da qualidade; e
- c) compatibilidade da agenda do SGQ/CGC/DEPAS com as datas apresentadas pelo hospital.

2.1.4. Análise da solicitação de avaliação externa da qualidade

A solicitação da avaliação externa da qualidade será avaliada pelo SGQ/CGC/DEPAS, com aprovação da CGC/DEPAS e da DEPAS, que deverão manifestar o aceite ou rejeição formalmente no processo recebido no SEI. Caso a solicitação seja rejeitada, deverá estar devidamente justificada.

Somente após manifestação via SEI favorável da Ebsrh Sede sobre a realização da avaliação externa da qualidade, será dado prosseguimento a comunicação e a troca de informações para preparo da avaliação.

2.2. RESPONSABILIDADES

2.2.1. Serviço de Gestão da Qualidade

São responsabilidades da equipe do SGQ/CGC/DEPAS:

- a) analisar o processo de solicitação de avaliação externa da qualidade;
- b) agendar com o hospital a data e o período da avaliação externa da qualidade, enviando duas opções de datas para a realização da visita;
- c) sugerir para a DEPAS os avaliadores externos da qualidade, conforme Banco de Avaliadores Externos da Qualidade e complementações necessárias, a fim de que esta possa constituir a Comissão de Avaliação Externa da Qualidade específica para cada hospital;
- d) indicar à DEPAS profissional capacitado para assumir as responsabilidades do Coordenador da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade;
- e) providenciar assinatura dos termos de confidencialidade e sigilo, declaração de conflito de interesse e termos de responsabilidade dos integrantes da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade;
- f) solicitar, via processo-SEI, ao hospital demandante da avaliação externa da qualidade, documentos para avaliação prévia, quando couber.

2.2.2. Avaliador Externo da Qualidade

São responsabilidades do avaliador externo da qualidade:

- a) participar ativamente da preparação da avaliação externa da qualidade;
- b) elaborar os roteiros de avaliação;
- c) realizar a avaliação externa da qualidade;
- d) apresentar relatórios claros e objetivos conforme modelo estabelecido;
- e) encaminhar o relatório de avaliação para o Coordenador da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade, dentro do prazo estabelecido; e
- f) elaborar ata das reuniões da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade.

O avaliador externo da qualidade deve também verificar as atribuições previstas no Regimento Interno da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade.

2.2.3. Coordenador da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade

São responsabilidades do Coordenador da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade:

- a) convocar e presidir as reuniões da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade;
- b) coordenar as discussões e conduzir os trabalhos da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade;
- c) distribuir atividades, atribuindo papéis, responsabilidades e autoridades aos membros da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade, apoiando-os como liderança, conforme apropriado;
- d) coordenar a elaboração da agenda e dos roteiros de avaliação;
- e) gerenciar o processo avaliativo, assegurando sua integridade, para que não haja influência indevida exercida sobre a avaliação externa da qualidade, com o apoio do SGQ/CGC/DEPAS;
- f) representar a Comissão de Avaliação Externa da Qualidade perante a Ebsrh Sede e o hospital a ser avaliado;
- g) encaminhar ao SGQ/CGC/DEPAS o relatório da avaliação externa da qualidade, conforme prazo estipulado;
- h) assegurar que a informação apropriada documentada seja preparada e mantida;
- i) deliberar quanto às constatações da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade em casos de divergências entre os avaliadores; e
- j) liderar a resolução de conflitos e tratamento de reclamações relacionadas à avaliação externa da qualidade.

O Coordenador da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade deve também verificar as atribuições previstas no Regimento Interno da referida comissão.

2.2.4. Observadores

São responsabilidades dos observadores:

- a) acompanhar o time de avaliadores externos da qualidade em todas as atividades;

- b) manter-se como observador, não realizando interlocução com os profissionais e pacientes do hospital sem a devida orientação do avaliador;
- c) emitir sua opinião sobre conformidade ou não de um requisito, conforme acordado com o avaliador, sem, contudo, ter poder de decisão sobre a conformidade de um achado;
- d) avaliar documentações específicas direcionadas pelo avaliador, reportando à Comissão de Avaliação Externa da Qualidade como o documento está descrito; e
- e) atuar com ética e confidencialidade, assim como os avaliadores externos da qualidade.

2.2.5. Setor de Gestão da Qualidade (STGQ) do hospital a ser avaliado

São responsabilidade do STGQ do hospital a ser avaliado:

- a) assinar e encaminhar ao SGQ/CGC/DEPAS o processo-SEI de solicitação de avaliação externa da qualidade;
- b) disponibilizar, via SEI, os documentos solicitados pela Comissão de Avaliação Externa da Qualidade; e
- c) designar profissionais do hospital para acompanhar e apoiar os avaliadores externos da qualidade durante a visita de avaliação.

2.2.6. Superintendência do hospital a ser avaliado

É responsabilidade da Superintendência do hospital assinar o processo-SEI de solicitação de avaliação externa da qualidade.

2.3. ORGANIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO EXTERNA DA QUALIDADE

2.3.1. AGENDAMENTO DA VISITA E CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DA QUALIDADE

O SGQ/CGC/DEPAS fará a programação do período da avaliação externa da qualidade e sugerirá à DEPAS os avaliadores externos da qualidade para constituição da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade. Esta será dimensionada conforme o nível de complexidade do hospital, considerando o porte, serviços ofertados, estrutura da instituição candidata à avaliação externa da qualidade, número de profissionais, estudantes e residentes (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Dimensionamento de tempo e número de membros da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade, de acordo com o tipo do HUF

	Tipo I	Tipos II e III	Tipo IV
Dias de avaliação presencial	4-5	3-4	2-3
Número de avaliadores sugeridos*	8	6	4

*O número de avaliadores externos poderá ser alterado durante processos de capacitação e formação de avaliadores externos de qualidade.

Fonte: elaboração própria, 2022.

A Comissão de Avaliação Externa da Qualidade será multidisciplinar, com conhecimentos complementares, a fim de viabilizar a avaliação da totalidade dos requisitos do Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade. Os profissionais integrantes da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade serão selecionados dentre os profissionais cadastrados no Banco de Avaliadores Externos da Qualidade.

Os profissionais deverão possuir conhecimento em assistência, ensino, gestão hospitalar e sistemas de gerenciamento da qualidade. A depender das características da instituição que será avaliada, poderão ser incluídos outros especialistas na Comissão de Avaliação Externa da Qualidade.

A Comissão de Avaliação Externa da Qualidade contará com um integrante responsável pela coordenação dos trabalhos da avaliação externa da qualidade.

Além dos avaliadores previstos conforme **Tabela 1**, poderão ser acrescidos observadores, que serão avaliadores em processo de capacitação.

Profissionais que atuam no hospital avaliado não poderão compor a Comissão de Avaliação Externa da Qualidade.

2.3.2. AVALIAÇÃO DOCUMENTAL PRÉVIA

Após aprovação formal da solicitação de avaliação externa da qualidade, via documento inserido no processo SEI, será solicitado ao hospital o envio de documentos que permitam uma visão da organização, forma de trabalho e maturidade da instituição frente aos requisitos do Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade.

Os seguintes documentos serão solicitados pelo SGQ/CGC/DEPAS ao hospital, para o planejamento da avaliação externa da qualidade:

- a) organograma e mapa da infraestrutura do hospital atualizados;
- b) documento de contratualização com o estado ou município;
- c) Carta de Serviço ao Cidadão;
- d) perfil assistencial, incluindo principais diagnósticos dos pacientes e procedimentos realizados nos últimos 12 meses (informar no mínimo cinco);
- e) relação com cargos dos profissionais que atuam na instituição;
- f) planilha ou relatório de acompanhamento do Plano de Melhoria da Qualidade, contendo as principais oportunidades de melhoria elencadas de acordo com a última AVAQualis realizada pelo hospital, com a situação de cada intervenção prevista;
- g) rol e resultados dos principais indicadores da instituição, separados por setores, unidades ou áreas, e quando aplicável, apresentar, minimamente, a série histórica dos últimos 12 meses, a contar da data de solicitação da visita;
- h) cópia de uma análise de causa raiz (RCA) realizada para um incidente de alta vigilância ou evento adverso grave, e seleção de cinco notificações desses incidentes, com plano de ação realizado e situação concluída no Vigihosp; e
- i) outros documentos que a Comissão de Avaliação Externa da Qualidade julgar

necessário.

Essa documentação deverá ser solicitada pelo SGQ/CGC/DEPAS e enviada pelo hospital em formato eletrônico, via SEI, atentando para a classificação de níveis de acesso ao processo. Caso ocorra alguma mudança na documentação enviada, o hospital deverá atualizar seus dados com prazo mínimo de 15 dias antes da visita pela mesma via de comunicação anterior.

2.3.3. COMISSÃO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DA QUALIDADE

O processo de avaliação externa da qualidade requer integridade, honestidade moral e intelectual e o respeito às normativas vigentes sob todos os aspectos. Todos os dados relacionados às atividades do hospital deverão ser tratados de maneira confidencial, preservando a identificação dos participantes.

A Comissão de Avaliação Externa da Qualidade seguirá as políticas de confidencialidade e regulamentos estabelecidos pelo hospital avaliado e pela Ebserh, devendo assinar termo de confidencialidade e sigilo, termo de responsabilidade e declaração de inexistência de conflito de interesse para participarem das atividades de avaliação.

O avaliador deverá conhecer os objetivos da avaliação e ter domínio de todo o processo do PGQuali, incluindo o SEQuali, com o objetivo de estar preparado para a execução das atividades e eventuais questionamentos durante o seu trabalho. É essencial que os membros da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade possuam conhecimento acerca do Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade para organização dos roteiros de avaliação, planejamento e execução da avaliação.

O Coordenador da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade deverá possuir capacidade gerencial, habilidade para trabalho em equipe e boa comunicação. Deverá ser um profissional integrante ou indicado pelo SGQ/CGC/DEPAS.

Cabe ao avaliador utilizar algumas estratégias que facilitem a comunicação:

- a) utilizar uma linguagem clara e adequada;
- b) demonstrar cordialidade;
- c) estar atento ao informante, enviando sinais de entendimento e estímulo (gestos, acenos de cabeça, olhares);
- d) trabalhar sua capacidade de escuta;
- e) criar uma atmosfera amistosa e de confiança;
- f) respeitar as opiniões dos entrevistados, mantendo uma postura de neutralidade; e
- g) estabelecer uma relação empática.

Deve-se evitar durante a avaliação:

- a) fazer julgamentos de valor;
- b) apresentar posturas de intolerância;
- c) sugerir respostas ou interromper o entrevistado; e

- d) presumir informações.

2.3.4. PREPARATIVOS DO HOSPITAL A SER AVALIADO

O Chefe de Setor do STGQ do hospital fará a interlocução com o SGQ/GC/DEPAS durante os preparativos para a avaliação externa da qualidade.

Ao ter a solicitação de avaliação externa da qualidade deferida, o hospital deverá:

- a) garantir a disponibilização de um local de trabalho para alocação da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade da avaliação nas datas agendadas;
- b) garantir o *upload* ou envio de todos os documentos requisitados no prazo estabelecido para a avaliação documental, conforme solicitado;
- c) disponibilizar computadores com acesso aos documentos necessários à avaliação documental durante a avaliação externa da qualidade, em caso de avaliação no formato presencial; e
- d) garantir que representantes do hospital acompanhem a Comissão de Avaliação Externa da Qualidade durante a circulação nas dependências do hospital para a avaliação externa da qualidade.

Os profissionais do hospital avaliado que acompanharão a Comissão de Avaliação Externa da Qualidade devem conhecer as áreas e processos, mediando a interlocução do avaliador externo da qualidade com os profissionais da área. O representante do hospital não pode responder aos questionamentos no lugar do profissional entrevistado, nem interromper a interlocução entre o avaliador e o entrevistado, ou seja, não deve apresentar a atitude de indicar a resposta correta durante o processo de avaliação.

2.3.5. MODELO DE ORGANIZAÇÃO DA AGENDA DE ATIVIDADES NO PERÍODO DA AVALIAÇÃO

A título de exemplo, o **Quadro 1** apresenta demonstração de organização da agenda de atividades da avaliação externa da qualidade, com distribuição das atividades para cinco dias de avaliação em hospital tipo I. Esta sugestão considera a composição de três times com até três avaliadores cada, sendo que nestes deverá ser definido um avaliador que lidere o time e um responsável pela redação do relatório.

Quadro 1 – Demonstração de agenda de atividades de avaliação externa da qualidade

1º DIA DA AVALIAÇÃO			
Horário	Time 1 de avaliadores	Time 2 de avaliadores	Time 3 de avaliadores
8h às 9h30	Reunião de abertura (lideranças do hospital, STGQ e Comissão de Avaliação Externa da Qualidade)		
9h30 às 12h	Revisão documental e seleção de pacientes/áreas para avaliações da tarde		
12h às 13h	Intervalo de almoço		
13h às 13h30	Reunião da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade		
13h30 às 15h30	Reunião com áreas assistenciais	Reunião com áreas gerenciais	Reunião com áreas de suporte

15h30 às 16h30	Percorso Paciente	Percorso Paciente	Visita Predial	
16h30 às 17h30	Reunião de Fechamento (somente avaliadores)			
2º DIA DA AVALIAÇÃO				
Horário	Time 1 de avaliadores	Time 2 de avaliadores	Time 3 de avaliadores	
8h às 9h	Reunião de devolução parcial de achados (avaliadores externos, lideranças do hospital e STGQ)			
9h às 9h30	Reunião de Briefing (exclusiva dos avaliadores)			
9h30 às 11h	Reunião com Residentes Médicos	Reunião com Residentes Multiprofissionais	Reunião com Estudantes de Graduação	
11h às 12h	Percorso Paciente	Percorso Paciente	Visita Predial	
12h às 13h	Intervalo de almoço			
13h às 13h30	Reunião da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade			
13h30 às 15h30	Reunião com áreas gerenciais	Reunião com áreas de suporte	Reunião com áreas de Ensino e Pesquisa	
15h30 às 16h30	Percorso Paciente	Percorso Paciente	Visita Predial	
16h30 às 17h30	Reunião de Fechamento (somente avaliadores)			
3º DIA DA AVALIAÇÃO				
Horário	Time 1 de avaliadores	Time 2 de avaliadores	Time 3 de avaliadores	
8h às 9h	Reunião de devolução parcial de achados (avaliadores externos+ lideranças do hospital + STGQ)			
9h às 9h30	Reunião de Briefing (exclusiva dos avaliadores)			
9h30 às 10h30	Percorso Paciente	Percorso Paciente	Entrevista sobre pesquisa	
10h30 às 12h	Percorso Paciente	Percorso Paciente		
12h às 13h	Intervalo de almoço			
13h às 13h30	Reunião da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade			
13h30 às 15h30	Reunião com áreas assistenciais	Reunião com áreas de suporte	Reunião com áreas gerenciais	
15h30 às 16h30	Percorso Paciente	Percorso Paciente	Visita Predial	
16h30 às 17h30	Reunião de Fechamento (somente avaliadores)			
4º DIA DA AVALIAÇÃO				
Horário	Time 1 de avaliadores	Time 2 de avaliadores	Time 3 de avaliadores	
8h às 9h	Reunião de devolução parcial de achados (avaliadores externos + lideranças do hospital e STGQ)			
9h às 9h30	Reunião de Briefing (exclusiva dos avaliadores)			
9h30 às 10h30	Revisão de Prontuários Fechados	Percorso Paciente	Entrevista com empresas terceirizadas	
10h30 às 12h		Percorso Paciente		
12h às 13h	Intervalo de almoço			
13h às 13h30	Reunião da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade			
13h30 às 15h30	Percorso Paciente	Reunião e Entrevista sobre Recursos Humanos + Revisão Pastas Funcionais	Visita Predial	
15h30 às 16h30	Reunião com áreas assistenciais	Reunião com áreas de suporte	Reunião com áreas gerenciais	
16h30 às 17h30	Reunião de Fechamento (somente avaliadores)			

5º DIA DA AVALIAÇÃO				
Horário	Time 1 de avaliadores	Time 2 de avaliadores	Time 3 de avaliadores	
8 às 9h00	Reunião de devolução parcial de achados (avaliadores externos + lideranças do hospital + STGQ)			
9h às 9h30	Reunião de briefing (exclusiva dos avaliadores)			
9h30 às 10h30	Atividade não definida	Atividade não definida	Atividade não definida	
10h30 às 12h	Atividade não definida	Atividade não definida		
12h às 13h	Intervalo de almoço			
13h às 13h30	Reunião da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade para fechamento dos achados da avaliação externa da qualidade			
13h30 às 15h30	Reunião de fechamento e apresentação de resultados parciais da avaliação externa (Avaliadores externos, lideranças do hospital e STGQ)			
15h30 às 16h	Reunião final de devolutiva (pode ser aberta à comunidade do hospital)			

Fonte: elaboração própria (2022).

2.4. CRITÉRIOS DE CONSTATAÇÃO DA AVALIAÇÃO

Durante a avaliação externa da qualidade no hospital, os requisitos constantes no Manual de Requisitos do Programa Ebsrh de Gestão da Qualidade serão avaliados e classificados como: conforme (C), não conforme (NC) ou não se aplica (NA).

Para a classificação final do requisito, deverão ser consideradas todas as evidências coletadas acerca do requisito.

A verificação da conformidade do requisito se dará mediante o retrato obtido da situação no momento da avaliação externa da qualidade. Contudo, no que tange à verificação da implementação de processos, orienta-se que sejam avaliados registros que comprovem a implementação iniciada em um período retroativo de três meses.

A conformidade deve estar presente em qualquer local da organização, sendo assim, a não conformidade em qualquer sítio deve ser examinada. Por essa razão, a coleta de evidências não será exaustiva, considerando na mensuração os descontos descritos a seguir, para o resultado final.

2.4.1. Requisito classificado como "Conforme"

Um requisito é classificado como "conforme" quando o hospital estiver de acordo com o preconizado na redação do requisito. As premissas do Manual de Requisitos do Programa Ebsrh de Gestão da Qualidade, fornecem orientações ou recomendações que visam auxiliar o profissional na identificação do que deve ser adotado pela instituição para atendimento do requisito. Os avaliadores considerarão as evidências coletadas durante o período da avaliação externa da qualidade para atribuir a classificação. Para classificação do requisito como "Conforme", o requisito deverá ser cumprido integralmente. Nos casos de requisitos que avaliam um processo que acontece em diferentes unidades organizacionais do hospital, verificado por amostragem, cabe a análise de conformidade em um percentual igual ou maior a 80% das unidades organizacionais avaliadas.

Exemplo: Na avaliação do requisito referente à identificação do paciente, caso a avaliação seja realizada em 10 unidades, sendo evidenciado que oito ou mais dessas unidades cumpriram a correta identificação do paciente (em todos os aspectos), o requisito poderá ser considerado conforme.

2.4.2. Requisito classificado como "Não conforme"

Um requisito é classificado como "Não conforme" quando o hospital não estiver em conformidade frente ao item, não conseguindo demonstrar que determinada atividade é realizada de acordo com os padrões exigidos no Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade.

Para atribuir "Não Conforme" a um requisito serão considerados os seguintes critérios:

- a) não atendimento integral ao requisito;
- b) processos avaliados em diferentes unidades organizacionais, analisados por amostragem, atingindo um percentual inferior a 80%;
- c) documentos elaborados, porém, não implementados;
- d) processo implementado, contudo, não apresenta o período retroativo necessário de três meses; e
- e) quando o serviço for terceirizado e não for verificada a evidência da conformidade do requisito.

2.4.3. Requisito classificado como "Não se aplica"

Um requisito é classificado como "não se aplica" quando os itens não forem aplicáveis para os serviços prestados pelo hospital.

Exemplo: Na avaliação de um hospital que não possui Unidade de Neonatologia (Uneo), os requisitos do Manual de Requisito do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade que tratem especificamente da Uneo deverão ser assinalados como "não se aplica".

2.5. VISITA DE AVALIAÇÃO EXTERNA DA QUALIDADE

Durante a avaliação externa da qualidade, os avaliadores focarão suas discussões na observação da execução dos processos gerenciais, primários (jornadas de ensino e extensão, assistência à saúde, e pesquisa e inovação) e de suporte, com participação das lideranças do hospital, de responsáveis pelas áreas executoras dos processos avaliados, profissionais, estudantes, pacientes e familiares. Serão solicitados esclarecimentos ao STGQ, se necessário.

É importante ressaltar que o papel do avaliador externo durante a avaliação externa da qualidade local é de conhecer o hospital e verificar a adequação de seus fluxos, processos e estrutura física, frente aos requisitos do Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade.

Para avaliar a conformidade dos requisitos, serão considerados diversos fatores, incluindo os seguintes:

- a) recebimento de informações verbais que demonstrem a implementação de padrões;
- b) observação da aplicação dos procedimentos padronizados;
- c) análise de documentos que demonstrem conformidade ao Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade;

- d) revisão de prontuários;
- e) visitas às instalações físicas;
- f) entrevistas com residentes, estudantes, professores e pesquisadores;
- g) entrevistas com pacientes, familiares e acompanhantes;
- h) entrevistas com os profissionais do hospital;
- i) entrevistas com as lideranças;
- j) acompanhamento das experiências de pacientes, percorrendo todo o processo de cuidados de saúde do hospital;
- k) utilização das informações fornecidas no planejamento da avaliação externa da qualidade; e
- l) relatórios de monitoramento e avaliação das principais ações do hospital.

2.5.1. ETAPAS DA AVALIAÇÃO EXTERNA DA QUALIDADE

A avaliação no local conterá, minimamente, as seguintes etapas:

- I. reunião de abertura;
- II. análise de documentos;
- III. avaliações do acompanhamento do percurso do paciente;
- IV. reunião de avaliadores;
- V. visita às instalações físicas;
- VI. reuniões específicas conforme a temática;
- VII. avaliação de prontuários de pacientes;
- VIII. avaliação de pastas funcionais;
- IX. reuniões de devolução parcial de achados; e
- X. reunião de encerramento.

Deverão também ser previstos, na agenda da avaliação externa da qualidade, espaços para as atividades não planejadas previamente ao momento da avaliação externa. Esses períodos devem ser reservados para execução de avaliações de documentos, avaliações pelo percurso do paciente ou mesmo avaliações externas prediais.

Os avaliadores externos decidirão o que fazer nessas agendas previstas de forma a ter tempo para avaliações complementares de requisitos que não foram avaliados nas atividades específicas da agenda ou mesmo para investigar melhor algum processo que gerou dúvida aos avaliadores.

Representantes do hospital deverão estar disponíveis nesses momentos para acompanharem os avaliadores externos ou mesmo providenciar documentação adicional.

I. Reunião de abertura

Objetivo:

Para iniciar as atividades da avaliação externa da qualidade, haverá uma reunião de abertura, que tem como objetivo permitir a apresentação da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade, dos profissionais do hospital a ser avaliado, bem como do planejamento das atividades a serem desenvolvidas durante o período da avaliação externa.

Quem deve participar:

Devem participar, minimamente, da reunião:

- a) avaliadores externos da qualidade;
- b) lideranças do hospital;
- c) STGQ do hospital.

Como será conduzida:

A reunião será dividida em duas etapas. A primeira parte será conduzida pela Comissão de Avaliação Externa da Qualidade, com duração estimada de 30 minutos, tendo como principais objetivos:

- a) apresentar todos os avaliadores externos e o Coordenador da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade;
- b) descrever a estrutura e o conteúdo da avaliação do hospital;
- c) apresentar a agenda detalhada dos dias de avaliação;
- d) metodologia aplicada; e
- e) esclarecer dúvidas a respeito da avaliação.

A segunda etapa da reunião de abertura, com duração máxima de uma hora, tem o objetivo de as lideranças do hospital apresentarem o hospital à Comissão de Avaliação Externa da Qualidade.

A apresentação do hospital deve abordar, de maneira rápida e objetiva, minimamente, os seguintes assuntos:

- a) planejamento estratégico vigente;
- b) estrutura organizacional, especificando a relação do STGQ com os demais;
- c) missão, visão e valores do hospital;
- d) perfil assistencial;
- e) principais serviços ofertados pelo hospital;
- f) infraestrutura do hospital;
- g) número e tipos de leitos;
- h) programas de residência médica, uni e multiprofissional;
- i) número de profissionais, estudantes e residentes;
- j) principais serviços terceirizados;
- k) série histórica dos últimos 12 meses de indicadores estratégicos;

- I) média do número de consultas ambulatoriais, especificadas;
- m) média do número e tipos de cirurgias realizadas; e
- n) outras informações relevantes do hospital.

Essa apresentação deverá ser encaminhada em meio eletrônico à Comissão de Avaliação Externa da Qualidade após a reunião.

II. Análise de documentos

Objetivo:

O objetivo desta etapa é complementar o conhecimento da estrutura, organização e funcionamento do hospital, visando o esclarecimento de dúvidas e complementando dados que não puderam ser enviados por meio eletrônico por conterem informações de acesso restrito.

Quem deve participar:

Essa etapa é restrita aos avaliadores externos da qualidade e aos representantes do hospital designados para acompanhar a avaliação externa da qualidade.

Como será conduzida:

A análise de documentos poderá ser iniciada de forma antecipada à semana da visita de avaliação, de forma remota, por um grupo de avaliadores externos designados, e também poderá ocorrer de forma concomitante no período de avaliação externa, para complementar informações ou esclarecer dúvidas.

Durante o período da avaliação, poderão ser solicitados documentos adicionais aos listados, caso os avaliadores julguem necessário. Todos os documentos solicitados deverão permanecer acessíveis à Comissão de Avaliação Externa da Qualidade durante o período de avaliação do hospital.

Em relação aos documentos da qualidade do hospital, é importante destacar que esses devem seguir os padrões descritos na Norma de Elaboração e Controle de Documentos da Qualidade.

Recomenda-se que os documentos sejam organizados em pastas de acordo com o tópico e catalogados conforme o número do requisito a que atendem (ex.: requisito 1.1.1 – Plano Diretor Estratégico - PDE; requisito 22.6.4 - Protocolo de Identificação do Paciente), facilitando a verificação pelos avaliadores. Se forem disponibilizados em formato eletrônico, orienta-se que a organização também ocorra dessa forma.

Durante a avaliação externa, o hospital deverá disponibilizar para os avaliadores uma sala com espaço que permita a análise de documentos pela Comissão de Avaliação Externa da Qualidade. Caso os documentos estejam em formato eletrônico, será solicitado ao hospital a disponibilização de microcomputadores, no mínimo de três, conforme número de avaliadores. Durante o período da avaliação externa, essa sala não deverá ser utilizada para outros fins. A Comissão de Avaliação Externa da Qualidade poderá realizar, em alguns momentos, a análise dos documentos sem a participação de representantes do hospital avaliado, no entanto, funcionários do hospital poderão ser acionados sempre que necessário, para o esclarecimento de dúvidas. Assim, é indispensável a identificação prévia de profissionais do hospital que possuam uma visão abrangente dos documentos institucionais.

Observações:

Os documentos analisados pela Comissão de Avaliação Externa da Qualidade fornecem uma visão geral do que se espera ver na prática durante o processo de avaliação, ou seja, as diferentes áreas do hospital precisam ser capacitadas sobre os documentos institucionais.

A atuação prática dos profissionais deve seguir as descrições presentes nos documentos apresentados. A presença de um documento, por si só, nem sempre determina a conformidade do requisito, já que constatação de conformidade é determinada pela verificação da implementação do conteúdo dos documentos.

Dessa forma, no intuito de otimizar as avaliações durante a avaliação externa, o hospital deverá se preparar com antecedência de modo a possibilitar o acesso rápido dos avaliadores às informações listadas a seguir:

- a) relação de todos os profissionais contratados e terceirizados, que atuem na instituição, identificando o vínculo empregatício;
- b) relação dos pacientes atualmente recebendo cuidados no hospital, na qual conste minimamente idade, diagnósticos, data de admissão e unidade de internação/atendimento;
- c) agenda de procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos invasivos marcados para os dias da avaliação externa;
- d) planos organizacionais com exigência regulamentada (ex.: Plano de Gerenciamento de Resíduos do Serviço de Saúde - PGRSS);
- e) planos, regimentos, regulamentos, programas, procedimentos e outros documentos da qualidade implementados e vigentes;
- f) atas de comitês e comissões assessoras obrigatórias, de acordo com os incisos I, II e III do Artigo 5º da Portaria Interministerial MEC-MS nº 285, de 24 de março de 2015, além de outros comitês e comissões assessoras mencionadas em requisitos do Manual de Requisitos do Programa Ebsrh de Gestão da Qualidade;
- g) análises prospectivas de riscos (ex.: *Failure Mode and Effect Analysis - FMEA*);
- h) agendamentos ambulatoriais; e
- i) outros documentos solicitados previamente em contatos durante planejamento da avaliação externa da qualidade.

A documentação poderá ser exigida em data anterior à da avaliação no local, para fins de avaliação de conformidade a ser realizada remotamente.

III. Avaliações do acompanhamento do percurso do paciente

Objetivo:

Essa etapa avalia os sistemas do hospital, acompanhando pacientes de forma singularizada no processo de cuidado, observando a vivência, a assistência prestada, a experiência do paciente, a aplicação de normas e procedimentos institucionais e o desfecho do processo de cuidado.

Quem deve participar:

- a) avaliadores externos da qualidade;

- b) representantes do hospital para acompanhamento da avaliação externa da qualidade;
- c) profissionais do hospital;
- d) pacientes;
- e) familiares e acompanhantes.

Como os pacientes serão selecionados:

O hospital deve fornecer uma lista de pacientes internados com motivo da internação, em atendimento de emergência, no aguardo de transferências internas, em espera por cirurgias e procedimentos dos próximos dias e em atendimento ambulatorial.

A Comissão de Avaliação Externa da Qualidade selecionará alguns pacientes nas listagens, considerando:

- a) internação há pelo menos 24 horas;
- b) intervenções realizadas (cirurgias, partos, endoscopias etc.); e
- c) utilização de serviços múltiplos ou complexos, ou seja, pacientes com mais contatos em diferentes partes do hospital.

Os avaliadores selecionarão pacientes de diferentes perfis e em número adequado, que permita a análise dos diversos aspectos do processo de cuidado por meio do acompanhamento individual, possibilitando a interpretação do maior número de requisitos do manual. O sistema de cuidado deve ser avaliado durante todo o curso de tratamento do paciente.

Além da seleção de pacientes, os avaliadores poderão direcionar momentos da avaliação externa para um sistema ou processo específico do hospital, com atividades relevantes para a experiência do paciente.

A Comissão de Avaliação Externa da Qualidade deve ter ciência, ainda, dos seguintes aspectos:

- a) os pacientes selecionados serão os rastreados, prioritariamente;
- b) a lista de selecionados não será divulgada para a instituição; e
- c) os avaliadores irão até a unidade/local onde o paciente selecionado estará, conforme interesse e foco da avaliação (requisitos a serem avaliados).

Como será conduzida:

Após a seleção dos pacientes, o representante do hospital deverá acompanhar o time de avaliadores até a unidade/paciente selecionado para avaliação. A avaliação deverá considerar o espaço em que o paciente está inserido, garantindo sua privacidade.

O acompanhamento do percurso do paciente permite a análise do sistema do hospital na prestação do cuidado, por meio de casos reais. Os avaliadores percorrem o trajeto do paciente pelo hospital, coletando informações que possibilitem avaliar: as correlações entre os departamentos, serviços e unidades; o desempenho de processos importantes; questões potencialmente preocupantes. Para isso, os avaliadores solicitam informações e observam práticas sobre a implementação dos requisitos ou exemplos da sua implementação, que possibilitem a demonstração da conformidade.

O principal intuito dos avaliadores será o reconhecimento de ações que visem a

identificação, análise, planejamento e implementação de um cuidado seguro para o paciente, da admissão até a alta, uma vez que a principal vantagem da gestão da qualidade está no desenvolvimento da dimensão segurança, motivando nos profissionais a concepção de melhoria contínua.

Dependendo do local da prestação de cuidados, pode ser necessário que os avaliadores visitem mais unidades para acompanhar a assistência prestada ao paciente durante seu percurso no hospital.

Além da segurança, o acompanhamento do percurso do paciente buscará avaliar as outras dimensões da qualidade relacionadas à assistência à saúde: efetividade, centralidade no paciente, oportunidade, eficiência e equidade.

Alguns exemplos de avaliações que acompanham o percurso do paciente são:

- a) percurso da internação clínica, cirúrgica ou pediátrica;
- b) percurso do paciente crítico (UTI Neonatal, Pediátrica e Adulto);
- c) percurso do paciente em emergência;
- d) percurso do paciente em atendimento ambulatorial;
- e) percurso do paciente em sessões terapêuticas (ex.: hemodiálise, radioterapia, quimioterapia);
- f) percurso do paciente de áreas de procedimentos diagnósticos e terapêuticos;
- g) percurso do paciente cirúrgico não internado;
- h) percurso da paciente obstétrica e do acompanhamento do binômio mãe-bebê; e
- i) percurso do paciente envolvido em protocolos de pesquisa clínica.

IV. Reunião de avaliadores

As reuniões de avaliadores acontecerão para discussões dos achados e para ajuste do planejamento da avaliação no decorrer da avaliação externa da qualidade, caso necessário. Normalmente são reuniões de curta duração, realizadas ao início e ao final de cada dia de avaliação.

Objetivo:

As reuniões de avaliadores serão realizadas sempre que a Comissão de Avaliação Externa da Qualidade julgar necessário, de modo a proporcionar o compartilhamento de informações e observações entre os avaliadores, sendo essencial para o planejamento das atividades de avaliação.

Quem deve participar:

Esta agenda é restrita aos avaliadores externos da qualidade, com a liderança do Coordenador da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade.

O que deve ser realizado durante a reunião:

- a) avaliar o cumprimento dos objetivos e tarefas do dia;
- b) identificar as áreas que foram avaliadas durante a atividade no hospital;
- c) verificar a necessidade de replanejar a agenda e os locais, serviços e outras áreas que

serão visitados;

d) compartilhar observações sobre o desempenho do hospital e identificação dos principais achados com a Comissão de Avaliação Externa da Qualidade;

e) discutir acerca dos requisitos; e

f) identificar problemas e áreas que devem ser explorados por diferentes avaliadores durante as atividades.

V. Visita às instalações físicas

Objetivo:

Conhecer e avaliar todas as áreas da instituição e sua estrutura física. O foco dessa visita é avaliar os sistemas utilitários, segurança contra incêndio, equipamentos, segurança e proteção, preparação para emergências, resíduos e materiais perigosos, controle de infecções e educação dos profissionais.

Quem deve participar:

- a) avaliadores externos;
- b) representantes do hospital para acompanhamento da avaliação externa da qualidade; e
- c) profissionais do hospital.

Exemplos de áreas previstas de visitação:

- a) Laboratório Clínico;
- b) Diagnóstico por Imagem;
- c) Processamento de Roupas;
- d) Anatomia Patológica;
- e) Serviço Social;
- f) Faturamento;
- g) Centro de Materiais e Esterilização;
- h) Sistemas utilitários: água e luz;
- i) Gerenciamento de Resíduos; e
- j) Segurança e Manutenção Geral.

Outras áreas podem ser visitadas, de acordo com a infraestrutura do hospital e a necessidade verificada pela Comissão de Avaliação Externa da Qualidade.

Como será conduzida:

O momento da visita às instalações físicas deverá ser previsto no roteiro de avaliação, garantindo um tempo adequado ao tamanho do hospital avaliado. Os avaliadores devem estar acompanhados de representante do hospital que tenha total conhecimento da estrutura física da instituição avaliada.

Antes de iniciar a avaliação externa e conforme previsto em agenda, o hospital deverá apresentar, em no máximo 30 minutos, as atividades de manutenção e controles aplicados pela engenharia do hospital para garantia da segurança das instalações e do paciente, permitindo que os avaliadores externos conheçam e compreendam como ocorrem os controles de engenharia que devem atender aos requisitos do Manual.

Todas as áreas do hospital poderão ser avaliadas. Dessa forma, o hospital deve estar preparado para conceder aos avaliadores acesso a quaisquer áreas mediante solicitação. Além de observar a estrutura física, os avaliadores poderão entrevistar os profissionais, a fim de compreender melhor os requisitos avaliados.

VI. Reuniões específicas conforme a temática

Objetivo:

Permitir que os avaliadores externos realizem a constatação do atendimento aos requisitos específicos relacionados aos processos gerenciais, assistenciais, de suporte, de ensino, extensão, pesquisa e inovação que são desenvolvidos na instituição.

Quem deve participar:

- a) avaliadores externos da qualidade;
- b) profissionais que representem as unidades organizacionais do hospital responsáveis pelos processos que serão avaliados, de preferência as lideranças;
- c) representantes dos Programas de Residência Uni e Multiprofissional, e Médica, quando houver.

Como será conduzida:

O Coordenador da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade informará ao Chefe de Setor do STGQ as unidades organizacionais do hospital que deverão participar de reuniões específicas, apresentando os horários e o time de avaliadores previstos para cada reunião. Os representantes das unidades organizacionais deverão preparar uma breve apresentação das atividades desenvolvidas. A apresentação deve informar sobre planejamento, execução, monitoramento e controles praticados em relação às atividades desenvolvidas, contemplando informações relacionadas aos requisitos do Manual afetos à área.

Nesse momento, também será possível identificar possíveis estudantes e profissionais para entrevista, a fim de avaliar os requisitos especificados no Manual com relação a essas atividades.

VII. Avaliação de prontuários de pacientes

Objetivo:

Avaliar os requisitos que exigem evidências escritas de conformidade, assim como na etapa de análise de documentos institucionais. O prontuário do paciente é um documento destinado ao registro dos cuidados prestados, sendo que as anotações precisam ser legíveis.

Quem deve participar:

- a) avaliadores externos da qualidade; e

b) representantes do hospital para acompanhamento da avaliação externa da qualidade.

Como será conduzida:

Inicialmente, deverá ser realizada a seleção dos prontuários fechados de pacientes. Para tanto, o hospital deverá fornecer aos avaliadores externos uma lista de pacientes que estiveram internados e também dos que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos, a endoscopias e a partos/cesarianas, nos últimos três meses. A lista deverá contemplar, ainda, diagnóstico na alta e período de internação.

Os avaliadores selecionarão cerca de cinco pacientes de internação, para verificarem em prontuário como constam os registros do período da internação e o atendimento aos requisitos específicos do manual. Também serão selecionados aproximadamente cinco prontuários de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, a endoscopias e a partos e cesarianas, quando aplicável. Nesses prontuários, também serão avaliados os requisitos específicos, registrando-se a conformidade em instrumento de revisão de prontuários. No total, poderão ser selecionados até 20 prontuários.

Os prontuários devem ser escolhidos de maneira aleatória, podendo ser realizado um sorteio. A relação dos prontuários selecionados para avaliação será entregue ao Chefe de Setor do STGQ do hospital durante a avaliação, para que os prontuários sejam separados pela instituição e disponibilizados aos avaliadores.

Durante a sessão de avaliação de prontuários fechados, poderão ser solicitados pelos avaliadores prontuários extras, caso julguem insuficientes as informações constantes nos prontuários avaliados.

É preciso avaliar se os dados não apresentam erros e inconsistências, se estão completos e devidamente ordenados, contribuindo para assegurar a correta assistência ao paciente, e também para a obtenção de recursos financeiros mediante procedimentos comprovados.

VIII. Avaliação de pastas funcionais

Objetivo:

Avaliar os requisitos que exigem evidências escritas de conformidade, assim como na etapa de análise de documentos institucionais. As pastas funcionais, também denominadas assentamento funcional, são repositórios dos documentos dos funcionários da instituição, consideradas fontes primárias da informação, que trazem celeridade no processo de verificação, subsidiam a tomada de decisão, resguardam direitos e deveres dos órgãos, entidades e de seus agentes.

Também pretende verificar se os profissionais entrevistados foram corretamente contratados e capacitados para desempenharem suas funções na instituição.

Quem deve participar:

a) avaliadores externos da qualidade;

b) profissionais da Divisão de Gestão de Pessoas (DivGP) do hospital que atuam como representantes para o manuseio das pastas funcionais e demonstração de evidências que comprovem a conformidade.

Como será conduzida:

A Comissão de Avaliação Externa da Qualidade deverá selecionar as pastas funcionais de acordo com as recomendações a seguir:

- a) a seleção de pastas funcionais deve acontecer a partir do contato com os profissionais, durante as entrevistas realizadas nas atividades do percurso do paciente, durante visita às instalações e em reuniões com áreas específicas. Esses profissionais podem ser selecionados para avaliação da sua pasta funcional;
- b) os avaliadores devem fazer o registro do nome dos profissionais de interesse para avaliação das pastas;
- c) serão selecionadas até 25 pastas funcionais, que representem as principais categorias profissionais encontradas durante a avaliação (ex.: técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos); e
- d) a relação das pastas selecionadas para avaliação será entregue ao Chefe de Setor do STGQ, para que possam ser disponibilizadas em tempo hábil aos avaliadores.

Sugere-se que a avaliação de pastas funcionais seja feita no terceiro ou quarto dia da avaliação, podendo ser selecionadas pastas extras para avaliação.

No horário previsto na agenda da avaliação, preferencialmente em um local selecionado pela instituição, que garanta sigilo e privacidade, os avaliadores externos ficarão reunidos com representantes do hospital para esta sessão de avaliação de pastas. Serão avaliados os requisitos estabelecidos no Manual. Os avaliadores devem estar atentos ao compromisso ético e legal acerca das informações coletadas, considerando a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Nesse momento, a instituição deverá apresentar, em até 30 minutos, a forma como trabalha a gestão de seu corpo funcional e as ações de desenvolvimento e acompanhamento dos profissionais, contemplando informações relacionadas aos requisitos do Manual.

IX. Reuniões de devolução parcial de achados

São reuniões com a participação de lideranças, realizadas como a primeira atividade das manhãs, a partir do segundo dia em diante de avaliação externa, assim como no último dia da avaliação, em que serão apresentados os achados parciais das atividades de visita às instalações, reuniões específicas e do percurso do paciente.

O Coordenador da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade procede a abertura da reunião, e os avaliadores apresentam um resumo dos requisitos e áreas avaliadas no dia anterior. Não há oportunidade nesta agenda de a instituição questionar qualquer achado ou discordar das constatações da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade.

X. Reunião de encerramento

Objetivo:

A reunião de encerramento tem o objetivo de relatar, resumidamente, os procedimentos realizados e os principais achados da avaliação externa da qualidade às lideranças e ao corpo funcional do hospital.

Quem deve participar:

- a) avaliadores externos da qualidade;
- b) profissionais do STGQ;
- c) lideranças do hospital;
- d) profissionais do hospital, quando aplicável.

A Superintendência do hospital deverá definir demais participantes, podendo optar por convidar apenas as lideranças, um grupo maior de profissionais da instituição ou ainda deixar a reunião aberta a todos os colaboradores do hospital.

Como será conduzida:

Os avaliadores externos da qualidade devem elaborar uma breve apresentação, considerando os principais pontos avaliados na semana, podendo relatar os pontos fortes da instituição e as oportunidades de melhoria. É uma atividade com duração entre 30-45min. Nesta etapa serão apresentados, com maior detalhamento, os encaminhamentos da avaliação externa da qualidade e como se dará o processo de comunicação da decisão da comissão a respeito da concessão do SEQuali, com relação ao envio do relatório de avaliação e aos prazos.

2.6. RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

Para elaboração do relatório de avaliação, os avaliadores externos da qualidade utilizarão um tempo reservado na programação para compilar, organizar e analisar os dados coletados durante a avaliação em um documento que reflita a conformidade do hospital com os requisitos estabelecidos pelo PGQuali. Os avaliadores poderão solicitar informações adicionais aos representantes do hospital, após a avaliação externa, para confirmar ou descartar um achado.

O relatório de avaliação preliminar será emitido e encaminhado à Superintendência do hospital em momento posterior ao período da avaliação externa da qualidade, via processo-SEI, em até 20 dias úteis a contar da data de encerramento da avaliação externa. Esse documento proporcionará uma visão geral do hospital, no intuito de apontar oportunidades de melhorias dos processos. O relatório poderá abordar aspectos gerais e específicos para a realização de melhorias.

Após o encaminhamento do relatório preliminar, o hospital terá sete dias úteis para apresentar contestações quanto aos requisitos não conformes apontados no relatório de avaliação preliminar, acompanhadas das devidas justificativas e documentações complementares. O envio das contestações deverá ser realizado por ofício assinado pela Superintendência inserido em processo no SEI, para o Coordenador da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade no mesmo processo da solicitação.

2.7. CONCESSÃO DO SELO EBSERH DE QUALIDADE

A decisão final sobre a concessão do SEQuali é formada a partir das constatações de conformidade constantes no relatório de avaliação externa frente aos requisitos constantes no Manual de Requisitos do Programa Ebsrh de Gestão da Qualidade. A categoria do SEQuali (Bronze, Prata, Ouro ou Diamante) será definida de acordo com o percentual de requisitos em conformidade atingido pelo hospital.

2.7.1. Pontuação do hospital

A pontuação do hospital será calculada considerando:

a) percentual de conformidade de todos os requisitos do Manual de Requisitos do Programa Ebsrh de Gestão da Qualidade aplicáveis ao hospital; e

b) percentual de conformidade dos requisitos essenciais do Manual de Requisitos do Programa Ebsrh de Gestão da Qualidade aplicáveis ao hospital.

Para o cálculo do percentual de conformidade de todos requisitos, deverá ser considerado o número de requisitos que forem constatados como “Conforme” pela Comissão de Avaliação Externa da Qualidade como o numerador, e o número total de requisitos que são aplicáveis ao hospital, de acordo com seu tipo, perfil assistencial e atividades desenvolvidas como denominador será composto, multiplicados por 100.

$$\text{Pontuação} = \frac{\text{nº total de requisitos conformes}}{\text{nº total de requisitos aplicáveis}} \times 100$$

Para calcular o percentual de conformidade dos requisitos essenciais, apontados no Manual de Requisitos do Programa Ebsrh de Gestão da Qualidade com o símbolo RE, deverá ser considerado como numerador o número de requisitos essenciais que forem constatados como “Conforme” e como denominador o número total de requisitos essenciais que são aplicáveis ao hospital, multiplicados por 100.

$$\text{Pontuação} = \frac{\text{nº requisitos essenciais conformes}}{\text{nº requisitos essenciais aplicáveis}} \times 100$$

O percentual obtido nos cálculos supracitados determinará a concessão do SEQuali (Quadro 3).

Quadro 2 - Condições de concessão e validade da certificação do Selo Ebsrh de Qualidade

SELO	CONDICÃO
Bronze	Será concedido o Selo Bronze para os hospitais que cumprirem 80% dos requisitos essenciais (RE) do Manual de Requisitos do Programa Ebsrh de Gestão da Qualidade e, no mínimo, 60% de todos os requisitos do Manual de Requisitos do Programa Ebsrh de Gestão da Qualidade.
Prata	Será concedido o Selo Bronze para os hospitais que cumprirem 90% dos requisitos essenciais (RE) do Manual de Requisitos do Programa Ebsrh de Gestão da Qualidade e, no mínimo, 70% de todos os requisitos do Manual de Requisitos do Programa Ebsrh de Gestão da Qualidade.
Ouro	Será concedido o Selo Bronze para os hospitais que cumprirem 100% dos requisitos essenciais (RE) do Manual de Requisitos do Programa Ebsrh de Gestão da Qualidade e, no mínimo, 80% de todos os requisitos do Manual de Requisitos do Programa Ebsrh de Gestão da Qualidade.
Diamante	Será concedido o Selo Bronze para os hospitais que cumprirem 100% dos requisitos essenciais (RE) do Manual de Requisitos do Programa Ebsrh de Gestão da Qualidade e, no mínimo, 90% de todos os requisitos do Manual de Requisitos do Programa Ebsrh de Gestão da Qualidade.

	da Qualidade.
--	---------------

Fonte: elaboração própria (2022).

2.7.2. Validade do SEQuali

A validade do SEQuali concedido é apresentada no **Quadro 2**, sendo estes prazos contados a partir da concessão do SEQuali.

Quadro 3 – Prazo de validade do Selo Ebsrh de Qualidade

SELO	VALIDADE DO SELO
Bronze	2 anos
Prata	2 anos
Ouro	3 anos
Diamante	3 anos

Fonte: elaboração própria (2022).

O hospital poderá requisitar nova avaliação externa da qualidade no intuito de tentar alcançar Selo de nível superior ao já atingido, antes de findar o prazo de validade do Selo obtido, no mínimo 6 meses após a visita.

A renovação do SEQuali somente se dará por novo processo de avaliação externa da qualidade. Para que essa avaliação aconteça, o hospital necessitará realizar um novo pedido, seguindo as etapas previstas neste Guia.

Para obtenção e manutenção do SEQuali obtido, o hospital deverá detectar, investigar e dar respostas imediatas aos incidentes de alta vigilância (Apêndice A). É obrigatório que os hospitais da rede Ebsrh façam as notificações desses incidentes no Vigihosp em até 72 horas, após o ocorrido com a descrição detalhada do fato. A investigação e o plano de ação deverão ser anexados no aplicativo em até 60 dias. Caso o hospital não faça a notificação e a investigação nos prazos definidos, a avaliação externa para obtenção do selo poderá ser suspensa ou a concessão do selo retirada. É obrigatória a notificação dos eventos adversos cabíveis à Anvisa.

A observação de que o hospital interrompeu o investimento de esforços nas ações em prol da qualidade do cuidado e segurança do paciente desencadeará uma investigação por parte do SGQ/CGC/DEPAS, que se comprovada, resultará na suspensão da avaliação externa ou na retirada da concessão do selo.

2.7.3. Divulgação do SEQuali

Após o hospital receber a notificação oficial da decisão da concessão do SEQuali, esse poderá publicizar o resultado de sua avaliação, informando aos profissionais, aos pacientes, à comunidade, à Universidade e aos prestadores de serviços terceirizados.

O hospital que obtiver o SEQuali e for anunciar ao público deve descrever a natureza, objetivo e o significado do SEQuali.

3. AÇÕES APÓS AVALIAÇÃO EXTERNA DA QUALIDADE

O processo de avaliação externa da qualidade é considerado terminado após envio do relatório de avaliação ao hospital avaliado e decisão quanto à concessão do SEQuali.

Recomenda-se ao hospital avaliado o desenvolvimento de um Plano de Melhoria da Qualidade contendo as principais oportunidades de melhorias identificadas para os requisitos constatados como não conformes. Para orientações e estratégias específicas de adequação a cada requisito, o hospital da rede Ebserh poderá buscar apoio junto aos respectivos serviços responsáveis, das diferentes Diretorias, na Sede da Empresa, guardiões dos processos correspondente conforme cadeia de valor da Ebserh.

É importante destacar que o processo de gestão da qualidade deve ser contínuo para manutenção do selo obtido, não devendo ser interrompido quando a avaliação local é concluída. O hospital deve manter avaliações internas periódicas, além da sensibilização de todos os profissionais, buscando a melhoria contínua frente aos requisitos para manter prestação de cuidados seguros, de qualidade e um melhor desempenho organizacional.

Após encerramento da avaliação externa da qualidade, poderão ocorrer novas avaliações externas, a qualquer tempo, em virtude de demandas da governança da Ebserh ou de órgãos de controle.

4. BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3^a edição. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. **Manual Certificação da Qualidade. Selo e Certificação da Qualidade**. Assistência de Enfermagem. Volume I. 2^a edição. 2018.

COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR. CQH. **Selo de Conformidade**. Evento Sentinel. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=775>. Acesso em: 07 de agosto de 2019.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade**. Versão 03. Brasília, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2022/anexos/manual_de_requisitos_do_pgquali_vf.pdf. Acesso em 27 set. 2022.

Joint Commission International. **Guia de Processo de Avaliação da Joint Commission International para Hospitais**. Incluindo Hospitais – Centros Médicos Acadêmicos. 6^a edição. 2017.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde** – São Paulo: Organização Nacional de Acreditação, 2018.

SESCOOP - Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo. **Manual de Autoavaliação da Gestão e Implementação de Melhorias**. Brasília: FNQ - Fundação Nacional da Qualidade: Organização das Cooperativas Brasileiras - OCB, 2016.

Rodrigues, E. A. A. **Uma revisão da acreditação hospitalar como método de avaliação de qualidade e da experiência brasileira.** Mar. 2004. Disponível em: <https://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/rodrigueseaam.pdf>. Acesso em: 27 set. 2022.

Saturno Hernández, P. J. **Diagnóstico organizacional: módulo IX** [recurso eletrônico] / Pedro Jesus Saturno Hernández; Zenewton André da Silva Gama (tradutor). – Natal: SEDIS- UFRN, 2017.

Sousa, P. **Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras.** Organizado por Paulo Souza e Walter Mendes. – Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2014.

5. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO
01	15/08/2019	Versão inicial.
02	03/10/2022	Reorganização dos tópicos de modo a favorecer o entendimento da sequência de ações. Inclusão de lista de abreviaturas e siglas. Inclusão da descrição de responsabilidades. Detalhamento da solicitação da avaliação externa, organização e execução da avaliação externa.

APÊNDICE A

INCIDENTES DE ALTA VIGILÂNCIA

Trata-se de evento ou circunstância inesperada, grave e indesejável que resulte em óbito, ou qualquer lesão grave, física ou psicológica, que ocorre em hospital que esteja em processo de solicitação da avaliação externa da qualidade ou seja certificado pelo SEQuali.

O incidente é considerado de alta vigilância quando apenas um caso serve para disparar o alarme da necessidade de investigação e resposta imediatas, por se tratar de algo que nunca deveria acontecer.

Esses incidentes podem comprometer a imagem do hospital ou a credibilidade do SEQuali e, por este motivo, devem ser priorizados e apresentar os processos de notificação, investigação e tratamento adequados.

A seguir, são apresentados exemplos de incidentes de alta vigilância.:

- a) óbito ou lesão grave de paciente associado a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- b) procedimento cirúrgico realizado em local errado;
- c) procedimento cirúrgico realizado no lado errado do corpo;
- d) procedimento cirúrgico realizado no paciente errado;
- e) realização de cirurgia errada em um paciente;
- f) retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após a cirurgia;
- g) óbito intra-operatório ou imediatamente pós-operatório/pós-procedimento em paciente ASA Classe 1;
- h) óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irrecuperável de amostra biológica insubstituível;
- i) gás errado na administração de O₂ ou gases medicinais;
- j) contaminação na administração de O₂ ou gases medicinais;
- k) alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada;
- l) óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente;
- m) suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- n) óbito ou lesão grave de paciente associado ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- o) inseminação artificial com o esperma do doador errado ou com o óvulo errado;
- p) óbito ou lesão grave materna associado ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco;
- q) óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação

de resultados de exame de radiologia;

r) óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à introdução de objeto metálico em área de ressonância magnética;

s) óbito ou lesão grave de paciente associados à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde;

t) lesão por pressão estágio III (perda total de espessura tecidual – tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, sem exposição dos ossos, tendões ou músculos);

u) lesão por pressão estágio IV (perda total de espessura dos tecidos com exposição dos ossos, tendões ou músculos);

v) reação transfusional hemolítica resultante de incompatibilidade ABO;

w) erro de administração de medicamento que resulta em dano permanente ou morte do paciente;

x) dieta enteral administrada por via endovenosa;

y) dieta parenteral contaminada administrada no paciente;

z) morte materna associada a gravidez, parto e puerpério;

aa) *near miss* materno;

bb) sequelas ou morte fetal por demora na realização do parto;

cc) recém-nascido/criança retirada do hospital sem autorização dos pais/responsáveis;

dd) recém-nascido/criança entregue para família errada;

ee) queda de leito ou de mesa cirúrgica que resultou em dano grave;

ff) quebra na segurança do hospital que permita ataques à integridade física de paciente internado;

gg) surtos incontrolados de infecção relacionado à assistência à saúde com comprometimento grave aos pacientes internados;

hh) morte ou dano relacionado ao procedimento de contenção mecânica de paciente;

ii) erro na entrega de restos mortais.

Registre-se que os exemplos apresentados não esgotam a lista de possíveis incidentes.