

**INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSIONÁRIAS DE MARIA IMACULADA**  
**HOSPITAL MADRE TERESA**



**RELATÓRIO DA IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE**  
**ACREDITAÇÃO CANADENSE NO HOSPITAL MADRE TERESA**

Belo Horizonte, março 2013

## **COORDENADORA DO PROJETO:**

Waldirene Lopes Batista  
(Coordenadora da Gestão da Qualidade)

## **PARTICIPANTES:**

### **Time Liderança**

#### **Waldirene Lopes Batista (Gestão da Qualidade) - Líder**

Ir. Simone Santana (Diretora Geral)  
Andréa Maria Ribeiro (Gestão de Risco)  
Ana Cristina Franco da Rosa (Farmácia)  
Elisângela Brunetti de Melo (Enfermeira Hemodinâmica)  
Glauco do Carmo Xavier (Gerente Financeiro)  
Dr. Roberto Luiz Marino (Cardiologista)  
Nivaldo Lacerda da Cunha (Gerente Administrativo)  
Almir de Barros Soares (Gerente RH)  
Dr. Silvério Leonardo Macedo Garcia (Diretor Técnico)  
Dr. Geraldo José de Souza Lima (Diretor Clínico)

### **Time Paciente Crítico**

#### **Livia Ferreira de Abreu (Coordenadora UTI) - Líder**

Adelaine Soares de Oliveira Toledo (Nutricionista)  
Cristina Gomes Ribeiro (Enfermeira Supervisora UTI 3)  
Denise Elaine Souza Ramos (Enfermeira Supervisora UI)  
Dr. Marcos Antonio Marino (Médico da Hemodinâmica)  
Dr. Jose Carlos F. Versiani dos Anjos (Médico UTI)  
Ir. Marilúcia Gonçalves (Gerente de Enfermagem)  
Juliana Braga Soares (Farmacêutica)  
Márcia da Silva Pereira Guedes (Assistente Social)  
May Magalhães Sholl (Enfermeira Coordenadora At. 24h)  
Raquel de Macedo Bosco (Fisioterapeuta)  
Elisângela Brunetti de Melo - Madrinha do Time

### **Time Paciente Cirúrgico**

#### **Ir. Sabrina (Coordenadora Bloco Cirúrgico) - Líder**

Denis Moreira (Enfermeiro Bloco Cirúrgico)

Ir. Ana Rita (Coordenação CDI)

Mariana Castro (Marcação de Cirurgia)

Dr. Rodrigo Lima (Anestesista)

Dr. Mário Soares de Azevedo (Coordenação Agência Transfusional)

Dr. Luiz Cláudio Lima (Coordenação Bloco Cirúrgico)

Aparecida Bernadete (Enfermeira Gestão de Leitos)

Luiza Helena Rodrigues (Coordenação Internação)

Luciana Paola Magalhães (Enfermeira Setores H/I)

Jeniffer Dutra (Nutricionista)

Juliana Correa (Assistente Social)

Jussara Motta (Enfermeira SCIH)

Vanuse Barroso (Farmacêutica)

Ângela Vieira (Coordenação Enfermagem)

Dr. Estevão Urbano (SCIH)

Élida Mendonça (Fisioterapeuta)

Andréa Maria Ribeiro – Madrinha do Time

### **Time Ambulatório**

#### **Dr. Lúcio Honório (Ortopedia)- Líder**

Dra Claudia Marque Dias (Otorrino)

Dr. Deiler Célio Jeunon (Anestesia)

Dra. Giovana Paolielo (Clínica Médica)

Dr. Lincoln Paiva Costa (Ortopedia)

Dr. Ricardo Jacob (Otorrino)

Dr. Vinícius Maia (Cardiologia)

Flávia Santos (Enfermeira Bloco Cirúrgico)

Irmã Andreia Cristina de Moraes (Coordenação Ambulatório)

Juliana Correia (Assistente Social)

Letícia Nogueira Gomes (Central de Marcação de Consultas)

Marcelo Alzamora (Supervisor Central de Marcação)

Márcia Pereira (Coordenadora do Ambulatório)  
Renata Ribeiro Antunes (Enfermeira Métodos e Ambulatório)  
Almir de Barros – Padrinho do Time

### **Time RH**

#### **Sabrina Serra – (Psicologia) – Líder**

Camila Vilela (Enfermeira Supervisora Unidade de Internação)  
Claudinei Silva (Central Telefônica / Direção Cia. Teatro)  
Celine Almeida (Nutricionista)  
Cristina Aparecida (Coordenadora Treinamento e Desenvolvimento)  
Ir. Fabiani Venâncio (Coordenação Gestão de Leitos)  
Janine Leite (Fisioterapeuta)  
Paulo Arantes (Médico)  
Tatiana Furtado (Enfermeira Educação Continuada)  
Waldirene Lopes Batista – Madrinha do Time

### **Time Ambiente**

#### **Roberta Rocha Dias (Enfermeira CCIH) - Líder**

Breno Magalhães Alves (Engenheiro de Segurança do Trabalho)  
Bruno Carvalho Fernandes (Coordenador TI)  
Irmã Mizaela (Gerência de Apoio)  
Irmã Geroliza (Pastoral da Saúde)  
Marccone Alves da Silveira (Gerente Logística)  
Marianna Leite de Oliveira (Coordenadora SESMT)  
Renata Ribeiro Antunes (Enfermeira Métodos e Ambulatório)  
Rubiana Rodrigues Werneck (Coordenadora Hotelaria)  
Vinícius Monteiro Gomes (Gerente Engenharia)  
Valéria Lúcia Diniz (Nutricionista)  
Glauco Xavier – Padrinho do Time

## **Time Comunicação e Informação**

### **Patrícia Pinheiro (Coordenadora Auditoria Interna)- Líder**

Aline Lacerda (Farmacêutica)

Dra. Regina Eto (Médica Auditora)

Dra. Bárbara Marino (Médica)

Dr. Silvério Garcia (Diretor Técnico)

Frederico Siuves (Gerente TI)

Gildene Reis (Enfermeira)

Gisele Correa (Coordenadora da Psicologia)

Guilherme Silva (Supervisor Departamento de Comunicação)

Irmã Fabiani Venâncio (Coordenadora Gestão de Leitos)

Jacqueline Couy (Enfermeira Departamento Comercial)

Jossane Fernandes (Coordenadora SND)

Mariângela Vilas Bôas (Coordenadora CDEP)

Dr. Silvério Garcia - Padrinho do Time

## Informações Pessoais

### Waldirene Lopes Batista

Rua São Tiago, 46 – Santa Efigênia

Telefone Fixo: (31) 32834826 – Telefone Celular: (31) 98311913

E-mail: waldirenelb@yahoo.com.br

### Dados Pessoais

Data de Nascimento: 21 de junho de 1972

Naturalidade: Belo Horizonte-MG

Estado Civil: Solteira

Filiação: Julinho Alves Batista e Melania Lopes Batista

### Formação Acadêmica

- MBA em Auditoria e Gestão da Saúde – FGV
- Especialização em Gestão e Tecnologia da Qualidade (CEFET MINAS)
- Especialização em Gestão Ambiental - SENAI
- Formação Acadêmica Letras – UNIBH

### Histórico Profissional

- ***Hospital Madre Teresa***

Período: Desde janeiro de 1990

Cargo Atual: Coordenadora da Gestão da Qualidade

- ***Instituto das Pequenas Missionárias de Maria Imaculada -***

Período: Desde julho 2011

Prestação de Serviços de consultoria na implantação da Gestão da Qualidade nos Hospitais da Rede.

- ***WLB Qualidade e Desenvolvimento Ltda.***

Sócia-Diretora desde julho 2011

## A Instituição

- Entidade: **IPMMI-HOSPITAL MADRE TERESA**
- Localização: Av. Raja Gabaglia, nº 1002 – Bairro Gutierrez  
Belo Horizonte - MG - CEP 30 441 070 - Tel. (31) 3339.8000
- *Home page:* [www.hospitalmadreteresa.org.br](http://www.hospitalmadreteresa.org.br)
- CNPJ: 60.194.990/0008-44
- Missão: Cuidar da saúde integral dos clientes por meio de equipe qualificada, recursos tecnológicos, comprometimento ético e sustentabilidade.
- Mantenedora: **INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSIONÁRIAS DE MARIA IMACULADA**
- Endereço da Mantenedora: Rua Major Antonio Domingues, 244 – São José dos Campos - SP – CEP 12.245-750 – Tel. (12) 3921.3155
- *Home page:* [www.pequenasmissionarias.org.br](http://www.pequenasmissionarias.org.br)
- Utilidade Pública Federal: Decreto 952 de 04 de maio de 1962

A história do Hospital Madre Teresa teve início na década de trinta, quando em Belo Horizonte - considerada uma cidade ideal para o tratamento da tuberculose - foi fundado o Sanatório Morro das Pedras para o atendimento e abrigo de tuberculosos carentes de toda a região. O então Arcebispo de Belo Horizonte, Dom Antônio dos Santos Cabral, preocupado com as condições de tratamento do referido sanatório, e após ouvir falar de uma Congregação Religiosa que tratava e se dedicava exclusivamente ao cuidado dos tuberculosos, entrou em contato com essa mesma Congregação, solicitando que algumas Irmãs viessem conhecer o local.

Assim, atendendo ao pedido do Arcebispo, em meados de 1948, um grupo de Irmãs Pequenas Missionárias chegou ao Sanatório Morro das Pedras e, após visita às instalações, Madre Maria Teresa de Jesus Eucarístico, fundadora da referida Congregação, igualmente preocupada com as condições de higiene e tratamento dos internos ali presentes, decidiu assumir a direção e cuidados do então Sanatório Morro das Pedras, que logo em seguida passaria a se chamar Sanatório Marques Lisboa em homenagem ao tisiologista Dr. Henrique Marques Lisboa que tão generosamente havia se dedicado e se doado para o sucesso da obra.

A partir daí o Sanatório Marques Lisboa passou por diversos e inúmeros processos

de melhorias, até que na década de 80, com o avanço tecnológico, extinguiu-se a fase sanatorial no Brasil e os doentes passaram a ser tratados ambulatorialmente, não necessitando mais dos prolongados períodos de internação. Assim, o Sanatório Marques Lisboa foi desativado e substituído pelo “Hospital Madre Teresa”, que assim foi chamado em homenagem à fundadora da Congregação das Pequenas Missionárias de Maria Imaculada.

Em 1º de julho de 1983, o recém-inaugurado Hospital, atendeu o seu primeiro paciente e, deste então, inúmeras são as mudanças pelas quais vem passando. O trabalho árduo e o compromisso primeiro com o paciente impulsionaram o processo transformador e, em reconhecimento a todos os esforços e processos de melhoria, o Hospital Madre Teresa, vem conquistando, ao longo do tempo, o reconhecimento nacional e internacional pela qualidade dos serviços oferecidos.

Tornando-se referência em alta complexidade, o Hospital conta, atualmente, com 219 médicos, 125 especializando e 1.400 colaboradores, tendo realizado em 2012, 1.305 internações média/mês e 843 cirurgias média/mês. Munido de equipamentos de última geração, o Centro de Diagnóstico por Imagem oferece aos seus usuários diversos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, através de exames de Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Radiologia Convencional, Ultrassonografia, Vídeo-endoscopia, Métodos Gráficos, Eletrofisiologia, Hemodinâmica, Cardiologia Intervencionista, Cintilografia (Medicina Nuclear) e Eletroencefalografia. Em 2012, foram atendidas em média por mês 4.274 pessoas no Atendimento 24 Horas e 12.306 consultas no Ambulatório.

Localizado na região oeste da cidade de Belo Horizonte, o Hospital Madre Teresa está cercado por contrastes, tendo ao seu redor diversas classes sociais, destacando-se principalmente o Aglomerado Morro das Pedras, onde se estima que habitem cerca de vinte mil pessoas em situação de vulnerabilidade social.

A capital mineira, cuja área territorial total é de 331 km<sup>2</sup>, possui uma população estimada de 2.413.000 habitantes (IBGE, 2007) e conta com 51 hospitais, dos quais sete são filantrópicos, dispondo de, aproximadamente, 9.500 leitos hospitalares para atender toda a demanda dos 102 municípios que compõe a Macro-região Centro de Minas Gerais (SES-MG, 2007).

## SUMÁRIO

1. Aspecto 1 - Liderança .....	10
2. Aspecto 2 – Planejamento Estratégico .....	12
3. Aspecto 3 – Foco no Cliente.....	14
4. Aspecto 4 – Gestão dos Processos .....	16
5. Aspecto 5 – Gestão de Pessoas .....	23
6. Aspecto 6 – Relação com Fornecedores .....	25
7. Aspecto 7 – Responsabilidade Social.....	27
8. Aspecto 8 – Resultado Financeiro .....	28
9. Aspecto 9 – Conquista de Certificações, Acreditações e Prêmios .....	29
10. Anexos.....	30

## **Aspecto 1 - Liderança**

Existem diversas metodologias de acreditação. A Acreditação Canadense constitui uma das mais rigorosas certificações internacionais, com elevado nível de exigência de qualidade. Ela é concedida pelo Canadian Council on Health Services Accreditation (Conselho Canadense de Acreditação em Serviços de Saúde), que há mais de 50 anos auxilia diversos países a implantarem seus próprios sistemas de acreditação. No Brasil, o processo de Acreditação Canadense é orientado pelo IQG - Instituto Qualisa de Gestão – a única organização certificadora desse modelo no País.

A acreditação internacional avalia a qualidade dos serviços oferecidos pela Instituição de Saúde com base em critérios de excelência internacionalmente reconhecidos. Assim, a Instituição acreditada se torna integrante de um seleto grupo de Hospitais reconhecidos por executarem as melhores práticas de gestão utilizadas no mundo, que proporcionam qualidade e segurança na execução dos procedimentos assistenciais.

O Hospital Madre Teresa, após obter a certificação nível 3 (acreditado com Excelência) pela Organização Nacional de Acreditação, em agosto/2011, iniciou em outubro/2011, com a proposta de inovar seu modelo de gestão, a implantação do Modelo Canadense de Acreditação, com um grande desafio: fazê-lo em 12 meses.

O Modelo Canadense de Acreditação segue a lógica do desenvolvimento de uma organização por meio da formação de Times de Trabalho, que têm como objetivo desenvolver projetos de melhorias e a implantação de 13 (treze) ROPs (Required Organization Practices), que são práticas obrigatórias exigidas pela Acreditação Canadense. Essas práticas de segurança obrigatórias foram implantadas no Hospital Madre Teresa por seus Times de Trabalho: ROP 1 - Identificação do Paciente; ROP 2 - Transferências Internas; ROP 3 - Reconciliação Medicamentosa; ROP 4 - Práticas de Segurança no Procedimento Cirúrgico; ROP 5 - Controle de Eletrólito Concentrado; ROP 6 - Treinamento de Segurança; ROP 7 - Higiene das Mãos; ROP 8 - Prática de Segurança na Utilização de Medicamentos; ROP 9 - Administração Oportuna de Antibióticos; ROP 10 - Papéis e Responsabilidades na Segurança do Paciente; ROP 11 - Análise Prospectiva Relacionada à Segurança; ROP 12 - Transferências de Informação e ROP 13 - Segurança de Narcóticos.

Dessa forma, foram estruturados 7 (sete) Times no Hospital Madre Teresa: Time de Liderança, Time do Paciente Crítico, Time do paciente Cirúrgico, Time do Ambulatório, Time Ambiente, Time RH e Time de Informação e Comunicação (anexo 1).

Os Times foram formados por pessoas com competência e habilidades distintas, para trabalharem juntas na implantação das ROPs e projetos de melhorias em busca de melhores resultados para a instituição.

Foi Definido os objetivos e eleito um líder para cada Time.

O objetivo do Time de Liderança é preparar a cultura da organização para que o ambiente esteja adequado à implantação de novos projetos de acordo com a cultura existente. É o Time responsável por acompanhar e viabilizar a execução dos trabalhos dos demais Times.

O objetivo do Time do Paciente Crítico é trabalhar o fluxo assistencial do paciente crítico.

O objetivo do Time do Paciente Cirúrgico é garantir a segurança na linha do cuidado cirúrgico, atendendo às necessidades dos clientes.

O objetivo do Time do Ambulatório é otimizar o fluxo do paciente ambulatorial. Promover a segurança do paciente ambulatorial no que se refere aos cuidados pré-operatórios e facilitar o contato do cliente com a Central de Marcação de Consultas e Exames.

O objetivo do Time Ambiente é proporcionar um ambiente seguro por meio de ações preventivas, identificando riscos e promovendo melhorias no cuidado e nos serviços ao paciente/cliente.

O objetivo do Time RH é preparar a cultura da organização para que o ambiente esteja adequado à implantação de novos projetos, reforçando a Política de Segurança Institucional.

O objetivo do Time de Comunicação e Informação é aprimorar a comunicação institucional entre profissionais, dos profissionais com o paciente, entre os processos e da Instituição com o meio externo. Garantir a continuidade e confiabilidade das informações.

Por meio da análise do ambiente interno e externo da organização, no tocante aos objetivos propostos, os Times identificaram pontos fortes e oportunidades de melhoria

para desenvolvimento de projetos. Ao todo foram desenvolvidos 33 (trinta e três) projetos na Instituição, incluindo as ROPs, direcionados para a implantação do Modelo Canadense de Acreditação.

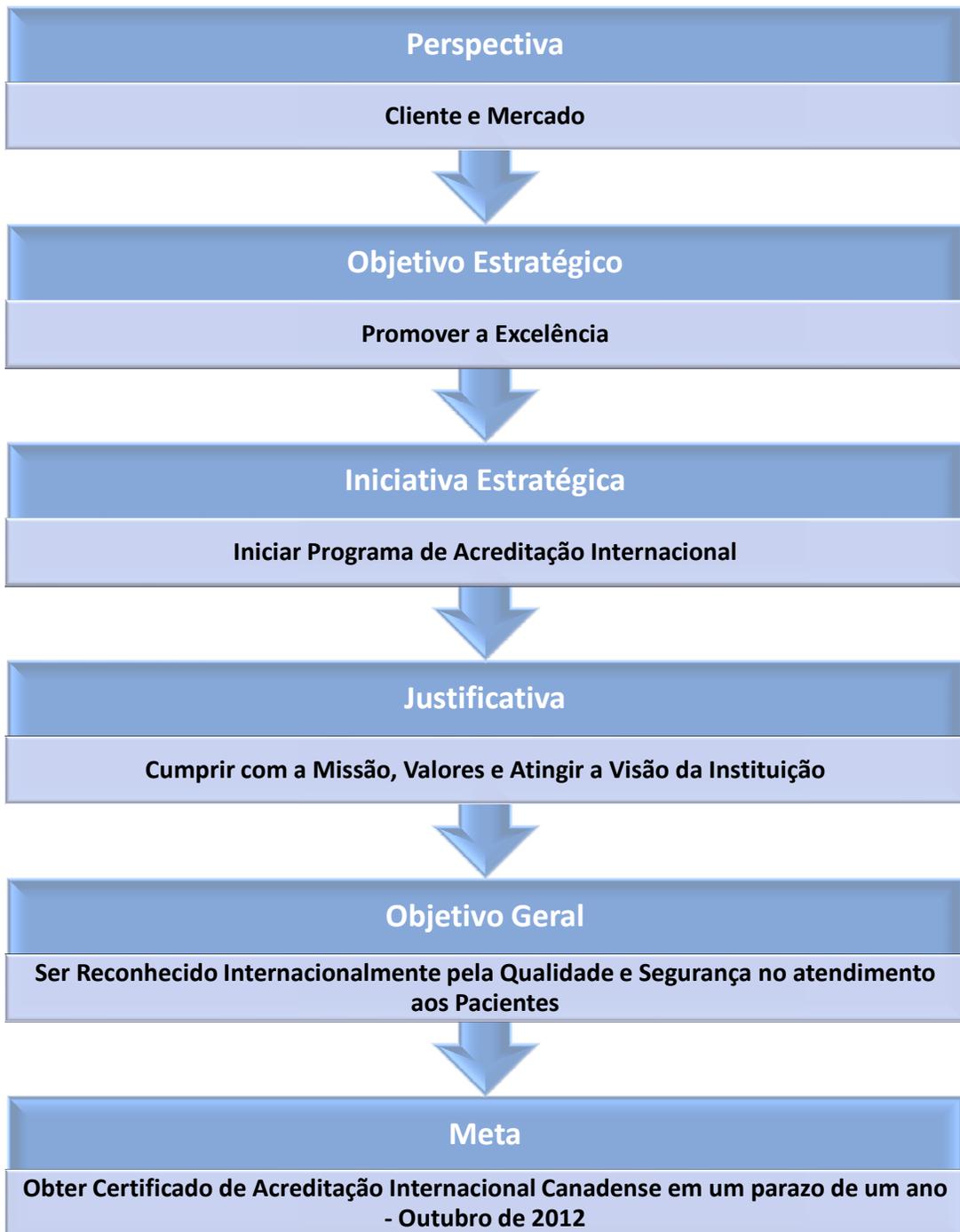
Os Times se organizaram de forma a atender seus objetivos. E para obter um melhor desempenho no desenvolvimento dos seus projetos, foram definidos papéis e responsabilidades específicas entre os membros. E, para que o Time Liderança pudesse acompanhar todos os Times e seus projetos, o Líder do Time Liderança definiu pelo modelo de apadrinhamento, no qual membros do Time Liderança se tornam padrinhos dos demais Times, de modo a acompanhar e viabilizar a execução dos os trabalhos.

A Coordenação do Escritório da Qualidade, responsável pela implantação de todo o projeto, participou de reuniões com os Times, conforme demandas específicas, para orientar e direcionar o desenvolvimento dos trabalhos. Manteve-se prestativa e ágil na resolução de conflitos, por exemplo, interviu quando identificado a necessidade de tirar, acrescentar, remanejar membros e até mesmo trocar algumas Lideranças dos Times. E de maneira pró-ativa, foram mantidas também, reuniões mensais com os Times, de modo a incentivar e acompanhar o desenvolvimento dos trabalhos. Algumas demandas identificadas, principalmente as que requeriam recursos, foram encaminhadas para as deliberações do Time de Liderança.

## **Aspecto 2 – Planejamento Estratégico**

O planejamento estratégico do projeto foi desenvolvido com base no Planejamento Estratégico da Instituição. O ciclo 2011 – 2014 do Planejamento Estratégico do Hospital, sob o direcionamento do Professor Fabrizio (Fator RH), foi elaborado pelo grupo gestor do planejamento estratégico composto por diretores, gerente e especialistas, contou também com a participação do corpo clínico e colaboradores. Com base na identidade organizacional (negócio, missão, visão e valores), foram realizadas as análises de ambiente (interno e externo) e estabelecido os objetivos estratégicos da organização, desdobrados em iniciativas e planos de ação, com base na metodologia do BSC (Balanced Score Card).

A implantação do Modelo Canadense de Acreditação no Hospital Madre Teresa, está alinhada a um dos Objetivos Estratégicos da Instituição que é “Promover a Excelência”, e uma das estratégias definida para o alcance desse objetivo foi “Iniciar Programa de Acreditação Internacional”. Segue o alinhamento:



O planejamento estratégico do projeto levou em consideração as bases da identidade organizacional e análise de ambiente interno e externo realizada pelos Times.

**Missão** – Cuidar da saúde integral dos clientes por meio de equipe qualificada, recursos tecnológicos, comprometimento ético e sustentabilidade.

**Visão** – Ser sinônimo de qualidade no cuidado à saúde, reconhecido pela excelência dos serviços, prestados com responsabilidade social e ambiental.

**Valores** - Fundamentação no evangelho; Comprometimento social; Espírito de família; Ética profissional; Colaboração e trabalho em equipe; Valorização das Pessoas; Melhoria contínua; Permanente atualização científica e tecnológica; Respeito ao meio ambiente; Firmeza de propósito; Elevação moral e dignidade de atitudes; Consciência da grandeza de seu trabalho.

O primeiro projeto definido, no Time de Liderança, foi “Divulgação e Alinhamento dos Projetos ao Planejamento Estratégico”. Nesse projeto, com base na análise do cenário interno, foi identificada a disseminação pouco efetiva do Planejamento Estratégico da Instituição, principalmente ao corpo clínico, e, assim consistiu na elaboração de uma minuta do Planejamento Estratégico, distribuída a todo o corpo clínico e lideranças (anexo 2). Foi estabelecido reuniões mensais da Diretoria Técnica com o corpo clínico para acompanhamento das novas práticas a serem adotadas na Instituição.

O Time Liderança cuidou para que todos os demais projetos de melhorias definidos pelos Times, com base na análise de cenário realizada, fossem alinhados ao Planejamento Estratégico da Organização e para que fosse estabelecida a interface de cada Time no desenvolvimento dos projetos (anexo 3). Para todos os projetos elaborados foram definidos objetivos geral, específicos e resultados esperado, também foram desdobrados em planos de ação, com responsabilidades definidas, metas, prazo de início e fim das ações. O gerenciamento do andamento das ações propostas e o desempenho dos indicadores é realizado por meio do Software de Gestão Interact, módulo Performance.

### **Aspecto 3 – Foco no Cliente**

O Hospital Madre Teresa dispõe de um serviço de orientação aos usuários, que é a ouvidoria da Instituição. O SOU (Serviço de Orientação ao Usuário) atende aos clientes

no tocante às suas manifestações, para registrarem elogios, sugestões, reclamações e esclarecerem dúvidas sobre os serviços oferecidos pelo Hospital.

Um dos projetos do Time de Comunicação e Informação “Comunicação com o Cliente/Familiar”, em atendimento a “ROP 12 – Transferência de Informação” definiu ações que possibilitam a comunicação com o paciente/cliente e familiar por meio da ouvidoria, pesquisa de satisfação e cartilhas de orientação (anexo 4), com o objetivo geral de assegurar que os pacientes/familiares sejam devidamente orientados/informados a cerca dos procedimentos e práticas hospitalares. Dessa forma, foi realizada por meio de entrevista, pelo setor de psicologia, uma pesquisa para medir o grau de conhecimento/entendimento do paciente sobre o seu tratamento no hospital (anexo 5).

Nesse projeto outras ações estabelecidas foram:

1) Reestruturação do setor de Ouvidoria, por meio da implantação do Software de Gestão Interact – Módulo Gestão de Ocorrência, o qual permite realizar o registro das manifestações dos clientes (reclamação, sugestão e/ou elogio) e o tratamento realizado: a investigação, a disposição e o gerenciamento do retorno às manifestações em um prazo estabelecido de 72h. O número de reclamações passou a ser um indicador dos processos envolvidos e compete ao gestor realizar análise crítica com a identificação das causas raízes e definição de ações de melhoria. O gerenciamento do número de reclamações, as análises e o status das ações, é realizado por meio do sistema informatizado Interact – módulo Gestão de Ocorrência (anexo 6).

2) Alteração do modelo da pesquisa de satisfação dos clientes, por meio da revisão do conteúdo abordado na pesquisa já realizada, juntamente com os gestores das áreas (Ambulatório, Atendimento 24h e Centro de Diagnóstico por Imagem) e a confecção do novo layout da pesquisa, uma vez que era feita por telefone e passou a ser realizada in loco, por meio do preenchimento do formulário, pelo cliente, para ser entregue em urnas que foram disponibilizadas em locais apropriados. As pesquisas são aleatórias, realizadas trimestralmente e com a definição de amostra que permite a margem de confiança de 95%. A realização da pesquisa é de responsabilidade do SOU e a análise crítica dos resultados e definição de ações de melhoria são realizadas pelos gestores dos processos e os registros são mantidos no Software de Gestão Interact (anexo 7).

Os clientes são orientados sobre as práticas assistenciais do Hospital, através do Site, de folders informativos, que são entregues no ato do atendimento, revistas e o Jornal Escriba, disponibilizados nas portarias, recepções e enviados via correio. A divulgação aos colaboradores ocorre por meio da intranet, quadro de avisos, comunicados internos, jornal de circulação interna “Nossa Voz” e cartilhas informativas.

#### **Aspecto 4 – Gestão de Processos**

O Time Liderança trabalhou na definição e implantação do projeto “Política Institucional de Segurança”, a qual se baseia na formalização da Política Institucional de Segurança do Hospital Madre Teresa, por meio da padronização dos fluxos assistenciais dos pacientes cirúrgicos e críticos, de forma a garantir boas práticas assistenciais; implantação de Protocolos Institucionais, que são práticas padronizadas que visam ao melhor cuidado ao paciente sem que haja variabilidade de ação dos profissionais. Os protocolos implantados e gerenciados são: Artroplastia de Quadril, Dor Torácica e Sepsis; implantação dos Protocolos de Segurança; Planos de Contingência, que são medidas a serem adotadas quando ocorrem situações de risco e Gerenciamento de Risco (anexo 8).

Um dos projetos do Time do Paciente Crítico consistiu na elaboração do Fluxo Assistencial do Paciente Crítico do Hospital Madre Teresa, por meio da formalização das etapas assistenciais preconizadas pelo Modelo Canadense de Acreditação: Preparação da Assistência; Avaliação do Paciente; Planejamento da Assistência; Implementação e Avaliação dos Resultados da Assistência; Alta e Seguimento e Monitoramento e Melhoria da Qualidade (anexo 9). A implantação desse fluxo foi realizada em parceria com os Times de RH e Comunicação e Informação, os quais trabalharam na disseminação e capacitação das equipes multidisciplinares. O gerenciamento do Fluxo Estabelecido é realizado por meio da prática de Auditoria Clínica, e, com base nos resultados, ações de melhorias são implementadas. O Fluxo assistencial do paciente crítico em 2012 passou por 4 (quatro) ciclos de auditoria clínica, o que vem proporcionando o refinamento das práticas de qualidade e segurança estabelecidas. Para assegurar a continuidade, foi programado ciclos trimestrais de auditoria clínica para o ano de 2013 (anexo 10).

O Time do Paciente Cirúrgico trabalhou no projeto “Fluxo Assistencial do Paciente Cirúrgico”, que é o mapeamento dos fluxos do paciente cirúrgico eletivo e de urgência, contemplando as etapas da assistência preconizadas pelo Modelo Canadense: Preparo

para a assistência; Avaliação do Paciente Planejamento da Assistência; Implementação e Avaliação dos Resultados da Assistência; Alta e Seguimento e Monitoramento e Melhoria da Qualidade (anexo 11). A implantação desse fluxo foi realizada em parceria com os Times de RH e Comunicação e Informação, os quais trabalharam na disseminação e capacitação das equipes multidisciplinares. O Gerenciamento do Fluxo Estabelecido é realizado por meio da prática de Auditoria Clínica, e, com base nos resultados, ações de melhorias são implementadas (anexo 12). O Fluxo assistencial do paciente cirúrgico em 2012 passou por 4 (quatro) ciclos de auditoria clínica, o que vem proporcionando o refinamento das práticas de qualidade e segurança estabelecidas. Para assegurar a continuidade, foram programados ciclos trimestrais de auditoria clínica para o ano de 2013.

O Time do Paciente Cirúrgico trabalhou na implantação do protocolo de prevenção de infecção de sítio cirúrgico, em atendimento a “ROP 9 – Administração Oportuna de Antibióticos Profiláticos”. O objetivo geral desse projeto foi reduzir o índice de infecção em cirurgias limpas, por meio da implantação de um protocolo que contempla medidas preventivas para as infecções de sítio cirúrgico baseado nas melhores práticas. O objetivo específico é a seleção apropriada do antibiótico profilaxia, a administração do antibiótico profilaxia dentro de 1h prévia da incisão cirúrgica e a suspensão apropriada do antibiótico. O Time trabalhou na elaboração do protocolo, na definição de indicadores para medir o desempenho, na elaboração de cartilhas de orientação, divulgação e implantação junto ao corpo clínico. Com base nos resultados obtidos, analisados por meio de indicadores de desempenho, ações de melhoria são implementadas para o refinamento da prática (anexo 13).

Um dos projetos do Time do Paciente Cirúrgico foi a implantação de um protocolo clínico cirúrgico, que até então não existia na Instituição. Foi definido com base na gravidade e rentabilidade, o Protocolo de Artroplastia de Quadril. O objetivo geral foi elaborar e implantar um fluxo assistencial para o paciente submetido à cirurgia de artroplastia de quadril. Foi definida a equipe multiprofissional para trabalhar na elaboração do protocolo, definido resultado esperado, indicadores de desempenho, método de gerenciamento, realizado treinamentos, disseminado as partes interessadas e implantado o protocolo. Com base nos resultados obtidos, por meio da análise dos indicadores de desempenho e

resultado de auditoria clínica, ações corretivas são implementadas para a melhoria da prática (anexo 14).

A implantação da “ROP 4 – Práticas de Segurança em Procedimento Cirúrgico” foi de responsabilidade do Time do Paciente Cirúrgico. O objetivo geral desse projeto foi definir um conjunto de práticas que garantam o atendimento cirúrgico com eficácia e eficiência, promovendo assistência segura aos pacientes. Várias iniciativas foram implementadas, como a implantação do protocolo de lateralidade, formalização de critérios para reserva de sangue e UTI, elaboração e implantação do check list de cirurgia segura, revisão do fluxo de cirurgias eletivas com órtese, prótese e materiais especiais e a definição do método de gerenciamento da efetividade da cirurgia segura. A implantação foi realizada em parceria com os Times de RH e Comunicação e Informação, os quais trabalharam na disseminação e capacitação dos profissionais envolvidos. O gerenciamento é feito por meio de indicadores de desempenho e com base nos resultados analisados, ações corretivas são estabelecidas para ao refinamento das práticas (anexo 15).

A implantação da “ROP 13 – Segurança no Uso de Narcóticos”, de responsabilidade do Time do Paciente Cirúrgico, teve por objetivo geral garantir o uso seguro os medicamentos de alto risco. Para esse projeto várias ações foram implementadas:

- Revisão da padronização dos medicamentos controlados pela Portaria 344/98 em conjunto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica.
- Restrição da Petidina (Dolantina) apenas para o Bloco Cirúrgico.
- Limitação da disponibilidade de narcóticos nas farmácias satélites pelo ponto de ressurgimento.
- Armazenamento adequado em cumprimento da legislação: os medicamentos ficam guardados em um armário com chave e acesso restrito aos colaboradores da Farmácia.
- Os medicamentos controlados são selados em papel vermelho.
- Rastreabilidade nas dispensações para os pacientes (código único por medicamento) o que permite a varredura desde a dispensação até a checagem na prescrição ou na folha de sala.

- Implantar protocolo de Sedação e Analgesia. (previsão de implantação no primeiro semestre de 2013).
- Implantar Protocolo de Sedação e de Delirium (Previsão de Implantação no primeiro semestre de 2013).

As instruções das medidas adotadas foram formalizadas no Manual da Farmácia e disseminadas a todas as partes interessadas. As orientações foram disponibilizadas a todos os processos em que há manipulação de medicamentos.

O projeto do Time do Paciente Crítico “Implantação do Time de Resposta Rápida (TRR)”, consistiu na criação de uma equipe de profissionais da saúde cujo objetivo é prevenir óbitos de pacientes que tenham piora clínica fora de um ambiente preparado para atender uma situação crítica. O objetivo geral desse projeto é de maneira proativa reduzir paradas cardiorrespiratórias não esperadas nas Unidades de Internação e realizar intervenções rápidas em pacientes com sinais de deterioração clínica, por meio da implantação do protocolo de Mews. Os objetivos específicos definidos foram obter os atendimentos Médicos Mews 1 ou 2 em até 30min; Obter os atendimentos Médicos Mews >3 em até 10min; Acompanhar o número de atendimentos do TRR encaminhados para as UTI’s e acompanhar o número de acionamentos do código azul. Para a implantação, foi definida a equipe multiprofissional, o fluxo para atuação do Time de Resposta Rápida, estabelecido ações para disseminação da prática, treinamento e capacitação dos profissionais envolvidos. Esses objetivos específicos são gerenciados por meio de indicadores de desempenho para tomada de decisão e melhoria da prática (anexo 16).

O Time Ambiente foi responsável pela implantação da “ROP 7 - Higiene das Mãos”, que consistiu na promoção de ações que visam a aumentar a adesão às práticas de higienização das mãos de acordo com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) e fortalecer a Política Institucional de Segurança, por meio do oferecimento de técnicas corretas de higiene das mãos, disponibilização de placas informativas visíveis nos locais de trabalho (anexo 17), acesso a pias exclusivas para lavagem de mãos e acesso ao álcool gel nos pontos de cuidado com o paciente. A implantação das práticas foram realizadas em parceria com os Times de RH e Comunicação e Informação, os quais trabalharam na disseminação e capacitação dos profissionais da Instituição. O gerenciamento dessa prática foi realizado através de estudo observacional, na UTI 3, por

meio de questionário junto aos profissionais e o controle do consumo de álcool gel. Com base nos resultados, ações de melhorias foram implementadas (anexo 18).

A implantação da “ROP 1 - Identificação do paciente”, sob a responsabilidade do Time de Comunicação e Informação, consistiu na revisão do Protocolo de Identificação do paciente, com a definição de dois identificadores: nome do paciente e nome da mãe, a utilização correta da pulseira de identificação (anexo 19), a identificação do paciente externo com etiqueta autocolante, na altura do ombro, a confirmação dos dados de identificação do paciente juntamente com o mesmo e/ou acompanhante/familiar, antes de fazer qualquer procedimento, a não utilização do número do quarto ou leito como forma para identificar o paciente e a utilização dos dois identificadores em toda forma de identificação: etiqueta de soro, laudo de exames, prontuário (anexo 20) e identificação de amostras. Houve interface com os Times de Comunicação e RH para a implementação desses procedimentos no tocante à disseminação e capacitação dos profissionais (anexo 21). Os resultados foram medidos por meio de auditoria clínica e pesquisas, e com base nos resultados foram definidas ações para melhorias (anexo 22).

O Time Ambiente trabalhou na revisão do “Plano de Abandono”, com o objetivo de revisar e divulgar o plano de abandono da Instituição. Várias iniciativas foram definidas como a realização de benchmarking para conhecer as melhores práticas em outros serviços da área de saúde, formação da equipe de novos brigadistas, aprimoramento do plano já existente, aquisição de equipamentos para abandono, treinamento para situações de abandono e realizado a 1ª simulação que ocorreu em 24 de agosto/2012. Com base na análise crítica dos resultados obtidos da primeira simulação foi realizada a 2ª simulação em 24 de janeiro/2013, sob a orientação do Corpo de Bombeiros e para refinamento da prática nova simulação está programada para agosto/2013 (anexo 23).

O Time Ambiente trabalhou na elaboração e implantação do “Plano de Atendimento a Múltiplas Vítimas”, com o objetivo de promover atendimento de qualidade à demanda de múltiplas vítimas. Várias iniciativas foram definidas como a realização de benchmarking para conhecer a prática em outros serviços de saúde, reunião com as áreas envolvidas, elaboração do plano, divulgação e a 1ª simulação em 02 de setembro de 2012. Com base nos resultados obtidos, nova simulação está programa para outubro de 2013, para refinamento da prática (anexo 24).

A revisão e divulgação dos planos de contingência do Hospital também foi uma atribuição do Time Ambiente, com o objetivo geral de assegurar a implantação e seguimento dos planos de contingência para os casos de falta de água, energia elétrica e gases medicinais, acidentes radiológicos, incêndios, vazamentos tóxicos, pessoas violentas e ausência de pessoas garantindo a continuidade do tratamento e segurança dos pacientes e colaboradores. O Time trabalhou na revisão dos planos já existentes, na definição da metodologia de divulgação e treinamento, produção dos materiais de divulgação e divulgação dos planos para todas as partes interessadas da Instituição.

O Time de Comunicação e Informação foi responsável pela implantação da “ROP 02- Transferências Internas”. No fluxo da assistência pontos de transição são comuns. O paciente é acompanhado por vários profissionais em vários setores (ex: diagnóstico, tratamento, acompanhamento). Além disso, podem passar por até 3 (três) turnos diferentes de atendimento, com pessoas diferentes, no dia. A transferência de informação durante essas transições é essencial para a segurança do paciente. Erros na comunicação são as principais causas de evento sentinela. Informações institucionais são compartilhadas entre: profissionais, processos, pacientes e familiares. As informações transferidas devem conter: a condição atual do paciente, mudanças recentes na condição, tratamento que está sendo submetido, ou possíveis mudanças ou complicações que talvez possam acontecer. Dessa forma o Time de Comunicação e Informação trabalhou na criação de um formulário que garanta as principais informações nos pontos de transição do paciente. A técnica utilizada foi o **SBAR** (situação, background, avaliação e finalizar) como uma abordagem padronizada para transferir informações dos pacientes. SBAR é uma técnica de comunicação estruturada criada para transmitir informações de uma maneira breve e sucinta. Para a implantação dessa prática, houve parceria com a Diretoria Técnica, Qualidade e membros do Corpo Clínico para confecção do formulário e disseminação as partes interessadas. O Gerenciamento é feito por meio de auditoria clínica e novas ações estão prevista para o primeiro semestre de 2013 com objetivo de aprimorar o formulário garantindo o registro multiprofissional das informações (anexo 25)

O Time Paciente Crítico trabalhou na implantação da “ROP 3 - Reconciliação Medicamentosa”, que é um processo criado para prevenir erros de medicação nos pontos de transição dos pacientes, através da criação de uma lista padronizada de todos os medicamentos que o cliente está atualmente utilizando e a comparação dessa lista com a

prescrição médica (dado na hora da admissão, transferência ou alta). Esse projeto consistiu em garantir a reconciliação das medicações no momento da admissão, transferência e alta dos pacientes, com envolvimento do paciente e familiar. O objetivo geral foi assegurar a farmacoterapia correta do paciente e evitar erros de prescrição. Os objetivos específicos foram garantir a reconciliação medicamentosa em 100% dos pacientes internados e gerenciar a reconciliação medicamentosa nos pacientes submetidos à Angioplastia Eletiva (anexo 26). Várias ações foram definidas ao longo da implantação, como a discussão entre as equipes multiprofissionais, médicos, enfermeiros e farmacêuticos, a elaboração de um formulário para registro, a adequação do formulário ao sistema informatizado e ações em parceria com o Time RH e Comunicação e Informação para treinamento e divulgação da prática na Instituição. O resultado, % Adesão a ROP 3 - Reconciliação Medicamentosa é gerenciado e com base nos resultados ações de melhorias são adotadas.

A equipe da farmácia foi responsável pela implantação da “ROP 5 - Controle de Eletrólitos Concentrado”, que consistiu na remoção de soluções de eletrólitos concentrados das unidades de cuidado ao paciente, na identificação diferenciada das embalagens dos eletrólitos concentrados, formalização e orientação às equipes multiprofissionais sobre os produtos e a elaboração de um manual de aplicação medicamentosa, destacando alertas e cuidados necessário para a diluição e aplicação desses medicamentos. A dispensação é feita por horário pela farmácia e não há estoques descentralizados. E para refinamento da prática, no primeiro semestre de 2013 foi definido pela disponibilização de armários com chave nas Unidades de Internação, para garantir a guarda provisória (do recebimento pela farmácia até a administração do medicamento) e segura dos medicamentos.

A equipe da farmácia foi responsável pela implantação da “ROP 8 - Práticas de Segurança na Utilização de Medicamentos”, o qual consistiu na elaboração de um protocolo de aplicação de medicamentos seguro para prevenir danos aos pacientes, colaboradores da área de saúde e comunidade. Em atendimento a essa prática, várias medidas foram implementadas: garantir dispositivo seguro para o descarte de seringas e agulhas, atualização da padronização de medicamentos, intensificado ações de farmacovigilância, ampliação da assistência farmacêutica, inclusão do treinamento sobre o Protocolo de Aplicação de Medicamento Seguro no TBI ( Treinamento Básico

Introdutório). O gerenciamento dessa ROP é feito pelo número de notificação de eventos relacionados a medicamentos. Com base na análise dos eventos, ações são definidas em parceria com a Comissão do Gerenciamento de Risco do Hospital.

Todas as práticas implementadas foram disseminadas a todas as partes interessadas, houve treinamento e capacitação das equipes multiprofissionais, e os controles foram realizados por meio de indicadores de desempenho, reunião de acompanhamento ou auditoria clínica. Por meio da análise crítica dos resultados, ações corretivas foram definidas. E para assegurar a continuidade, será mantido os mesmos Times em 2013 trabalhando no refinamento e na consolidação de todos os projetos já trabalhados.

### **Aspecto 5 – Gestão de Pessoas**

O início do projeto, em outubro de 2011, foi marcado por um curso de 8 (oito) horas, sobre o Modelo Canadense de Acreditação, ministrado pelo IQG – Instituto Qualisa de Gestão para todas as lideranças da Instituição e membros do Corpo Clínico, com o objetivo de disseminar o modelo e viabilizar a gestão da mudança pela qual a Instituição estaria envolvida.

O grande projeto “Implantação do Modelo Canadense de Acreditação” no Hospital Madre Teresa se fundamentou no envolvimento de toda a força de trabalho da organização, por meio da realização de projetos pelos Times de Trabalho. Várias iniciativas foram realizadas ao longo de todo o período de preparação para a Acreditação. Dentre elas podemos destacar um forte comprometimento da alta administração, a comunicação efetiva com toda a força de trabalho e em todos os níveis da organização, a transparência nas relações e, principalmente, a formação de um grande Time, o “Time HMT”, no qual todos se tornaram atores importantes no processo de gestão da mudança.

Os projetos desenvolvidos possibilitaram o crescimento humano por troca de conhecimentos, promoveram a cultura da inovação, a partir do momento em que houve liberdade para a troca de novas idéias, sugestões e informações.

O Trabalho em Times promoveu a descentralização das ações, o que viabilizou o desenvolvimento de um grande número de projetos de melhorias em toda a Instituição, possibilitou a identificação de novos talentos e intensificou os trabalhos interdisciplinares.

Foi também uma grande ferramenta que alavancou todo o processo de mobilização e envolvimento das pessoas nesse processo.

Para o desenvolvimento dos projetos, foi utilizada a técnica do benchmarking, na qual líderes e membros dos Times tiveram a oportunidade de visitar outras Instituições e conhecer novas práticas de gestão, que vieram a agregar valor no desenvolvimento dos projetos.

Um dos projetos do Time RH “Entre em Campo com o Time HMT” em atendimento a “ROP 06 - Treinamento e Segurança” teve como objetivo geral envolver todos os colaboradores, corpo clínico e partes interessadas da Organização na implantação do modelo Canadense da Acreditação Internacional. Várias ações foram implementadas, dentre elas uma sensibilização por meio do “Café com Segurança”, no qual todas as partes interessadas, corpo clínico e colaboradores foram convidados para assistirem a uma apresentação do Modelo Canadense realizada pela Diretora Geral do Hospital e em seguida um café de confraternização (anexo 27).

“Entre em Campo com o Time HMT” foi também o projeto que cuidou da disseminação e capacitação das equipes multidisciplinares nas práticas e procedimentos de segurança adotados na Instituição (anexo 28).

Um dos projetos do Time Liderança “Disseminação da Prática de Auditoria Clínica” que consistiu na divulgação e intensificação da prática de auditoria clínica como ferramenta para avaliar a qualidade da assistência prestada aos pacientes. E para cumprir com o objetivo desse projeto, foi promovido, in company, um curso de Auditoria Clínica para capacitação das lideranças e corpo clínico da Instituição, em março de 2012, por meio de parceria com o IQG – Instituto Qualisa de Gestão (anexo 29).

O Time RH também foi responsável pelo projeto “Gestão por Competência” em atendimento a “ROP 10 – Papéis e Responsabilidades na Segurança do Paciente”. Esse projeto com o objetivo geral de aprimorar a gestão de recursos humanos na Instituição, por meio da gestão por competência, que consiste em trabalhar nos colaboradores as condutas necessárias para que as metas sejam alcançadas. O projeto se desenvolveu por meio da definição das competências organizacionais e de lideranças, definição de indicadores de desempenho, oficina de elaboração do perfil estruturado por competência, mapeamento do perfil da liderança, construção do protocolo de feedback e a avaliação de

desempenho por competência. O projeto foi estruturado em duas etapas: a primeira abrange as lideranças com previsão de término em 31 de março de 2013. Nessa data encerra-se a implantação e a partir daí inicia-se a gestão do modelo implantado, por meio de ações de melhorias de acordo com os Gaps identificados pós avaliação. A segunda etapa abrange os demais colaboradores da Instituição, e tem previsão para iniciar em abril de 2013 (anexo 30).

O Time RH foi o responsável pela implantação da “ROP 11 – Análise Prospectiva Relacionada à Segurança”, por meio do projeto “Termômetro da Segurança” que consiste na realização de uma pesquisa de percepção de segurança aplicada a toda a força de trabalho da organização, cujo objetivo é mensurar o nível de entendimento sobre segurança dos colaboradores, do Corpo Clínico, dos terceiros e dos parceiros, perfilizando os grupos. Foi realizada a adequação do instrumento da pesquisa definida pelo Modelo Canadense de Acreditação, a qual ocorreu nos meses de fevereiro e agosto/12 e com base nos resultados obtidos, ações de melhorias foram adotadas. A metodologia definida foi realizar com periodicidade anual para a consolidação da percepção da segurança na Instituição (anexo 31).

No mês de outubro de 2012, às vésperas da auditoria canadense, a Diretora Geral do Hospital Madre Teresa, independente do resultado a que viria a ser alcançado, convocou todos os membros de todos os Times para reconhecimento e agradecimento pelo bom desempenho e trabalhos realizados, houve a distribuição de presentes e um café da manhã de confraternização.

Após a acreditação do Hospital no Modelo Canadense, foi organizado, para que ocorresse em vários dias e todos os profissionais do Hospital Madre Teresa pudessem participar, um coquetel de confraternização e agradecimentos pela vitória alcançada, à vitória do “Time HMT”.

### **Aspecto 6 – Relação com Fornecedores**

A gestão de suprimentos tem como principal função, o controle e gerenciamento das aquisições. O processo é sistematizado nas etapas seguintes: recebimento da requisição de compra; avaliação da necessidade de compra; realização da cotação com fornecedores qualificados; negociação de compra; confirmação do pedido/ordem de compra; inspeção de recebimento dos produtos comprados.

Os insumos para o projeto foram aquisições feitas pelo Hospital, submetidas à Política de Avaliação e Qualificação de Fornecedores da Instituição:

1ª Controle de Documentos Legais - As compras são feitas pelo portal Bionexo onde existe o controle de toda parte documental das empresas. Pelo Bionexo também é avaliado todo o processo de compras. Quando identificado alguma não conformidade, ocorre a notificação, e caso o fornecedor não atenda as notificações realizadas, o mesmo é bloqueado pelo portal de compras.

2º Inspeção de Recebimento de Produto - 100% das notas são avaliadas e registrado no sistema Hospitale. Nessa inspeção também é avaliado as condições de armazenamento e transporte, cumprimento das condições comerciais, temperatura, e condições física dos produtos. Há uma ação de melhoria proposta para 2013 que é o desenvolvimento do relatório de compilação das avaliações, via sistema informatizado, que será encaminhado aos fornecedores a cada 06 meses com o objetivo de desenvolvê-los.

3º Auditoria de 2ª parte - Ocorre por meio de visita técnica aos fornecedores de insumos críticos, com periodicidade bienal. Com base nas constatações de auditoria é elaborado relatório com as não conformidades e oportunidades de melhoria evidenciadas, o qual é encaminhado ao fornecedor e acordado prazo para as devidas adequações. De acordo com a necessidade, é realizada nova visita para acompanhamento da eficácia das ações de melhoria proposta pelo fornecedor.

Um dos projetos do Time Comunicação Informação “Comunicação com a Comunidade”, constituiu em ações para definir canais de comunicação e interação com a comunidade, por meio de eventos sociais, interação com as fontes pagadoras e fornecedores. Dentre várias práticas adotadas, destaca-se “Café com as Fontes Pagadoras”, na qual são convidados os gestores das fontes pagadoras para reunião social com a Diretoria do Hospital Madre Teresa, com o objetivo de aproximar e fortalecer o relacionamento.

Nesse projeto foi instituída a prática “Visita Guiada no HMT”, a qual consiste em convidar representantes das fontes pagadoras, empresas parceiras, fornecedores e comunidade, com o objetivo de apresentar a infraestrutura e disseminar os serviços e práticas do Hospital.

## **Aspecto 7 – Responsabilidade Social**

Todas as atividades foram desenvolvidas visando atender a Política de Responsabilidade Social e Ambiental, alinhadas à Visão e Valores do Hospital, contribuindo para a preservação do meio ambiente, desenvolvimento da comunidade na qual a Organização está inserida e obter melhor visibilidade para o desenvolvimento da Instituição. Os materiais utilizados, folders, cartilhas, cartazes foram confeccionados em papel reciclado, prática já definida como Política Institucional.

Um dos projetos do Time de Comunicação e Informação “Comunicação com a Comunidade”, consistiu no desenvolvimento de várias ações que pudessem envolver as partes interessadas da organização e a comunidade em geral. Nesse projeto, foi realizado a revisão do Site Institucional, com definição de conteúdo, novo layout e periodicidade de atualização. Foi desenvolvido também o primeiro vídeo Institucional do Hospital, disponibilizado no site.

Uma das iniciativas desse projeto foi a “Promoção à Saúde”, que consistiu na realização de eventos voluntários, por meio de palestras, teatro, apoio em corridas e realização de caminhadas, para orientação e prevenção à saúde. O Departamento de Comunicação e Marketing ficou responsável pela organização das equipes: médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, e outros, de acordo com a necessidade/demanda para trabalhos voluntários em empresas, fontes pagadores, fornecedores e comunidade (anexo 32)

O Time Ambiente trabalhou no projeto “Produção Mais Limpa” o qual apóia a promoção de práticas para o gerenciamento da quantidade de insumos gerados e descartados, com o objetivo geral de reduzir o desperdício e resíduos gerados na Instituição, visando o consumo consciente. Houve um enfoque e refinamento da prática já existente “Campanha do Desperdício”, que estabeleceu como meta 10% abaixo do valor da literatura, que preconiza como aceitáveis um desperdício de até 20g por pessoa, ou seja, a meta estabelecida para esse projeto foi reduzir o desperdício para um índice aceitável de até 18g por pessoa (anexo 33).

O Time Ambiente trabalhou no projeto “Riscos não Clínicos” com ações voltadas para o PGRSS – Programa de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde, com o objetivo geral de adequar a estrutura para atender a quantidade de resíduos gerados e

adequação da coleta de resíduos recicláveis. Culminou com a adequação do abrigo de resíduos externo (anexo 34) e a definição do destino e mensuração dos papelões gerados na instituição (anexo 35).

“Ambiente do Colaborador” foi um projeto de responsabilidade do Time Ambiente, com o objetivo geral de aprimorar a qualidade de vida dos colaboradores a partir do perfil epidemiológico. A primeira ação desse projeto foi identificar o perfil epidemiológico dos colaboradores do Hospital, chegando à seguinte informação: 46% dos colaboradores encontram-se na faixa etária de 30 a 39 anos, em relação ao gênero, 73% são do sexo feminino, 62% apresentam 2º Grau Completo, 50%, de acordo com o estado civil, são solteiros, 6,62% são hipertensos estágio 1, 0,55% são hipertensos estágio 2, 0,28% são hipertensos estágio 3, 10,21% são obesos grau 1, 1,79% são obesos grau II, 0,69% obesidade grau III, 38,76% são sobrepeso. Com base no perfil identificado, várias ações foram definidas como a intensificação da ginástica laboral e medicina alternativa, troca de macas para transporte dos pacientes, reforma nas áreas de lazer dos colaboradores (quadra de esporte e salão de jogos), palestra para sensibilização contra a hipertensão e obesidade, campanha de combate ao tabagismo (anexo 36). O gerenciamento dessas ações é realizado por meio do número de acidentes, turnover e absenteísmo.

### **Aspecto 8 – Resultados Financeiros**

O processo de certificação da qualidade iniciou no Hospital Madre Teresa para garantir a qualidade assistencial ao Paciente e a todo o fluxo de documento associado ao seu tratamento. Compreende-se como documento todos aqueles voltados à atenção e ao cuidado ao paciente como também aqueles que permitam o funcionamento e a sustentabilidade da Instituição.

A decisão em imergir no processo de qualidade e certificações não passou pela análise financeira, pois o objetivo era encontrar novas ferramentas de controle e gestão, a qual a instituição identificou a necessidade. Logo, o processo para a Certificação Internacional seguiu o mesmo caminho, suportado pelo Planejamento Estratégico.

Apesar de não ter sido realizado uma análise financeira sobre o projeto, era esperado resultados financeiros diretos. Entre eles, a otimização do processo de cobrança dos serviços prestados aos compradores de serviços e a oportunidade de girar os leitos com

maior rapidez e qualidade. O resultado foi a redução da permanência do paciente no Hospital, a manutenção da ocupação dos leitos do hospital e o incremento de procedimentos de alto custo. Com isso o faturamento evoluiu 15% em 2012 e melhoramos o nosso processo de faturamento e recebimento em 123% (anexo 37).

### **Aspecto 9 – Conquistas de Certificações, Acreditações e Prêmios**

Em julho de 2007 o Hospital Madre Teresa obtém o Certificado de Acreditado Pleno nível 2, após avaliação realizada por especialistas da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e do IQG – Instituto Qualisa de Gestão. Também recebe o selo e o troféu de Empresa Cidadã de reconhecimento social pela contratação de trabalhadores vindos dos programas da Prefeitura de Belo Horizonte. Em agosto de 2011 é concedido o Certificado de Acreditação com Excelência nível 3 da Organização Nacional de Acreditação (ONA) pelo IQG, reforçando ainda mais os princípios de qualidade alinhados à segurança do paciente adotados pelo Hospital Madre Teresa. No mesmo ano o Hospital foi inserido como Instituição Integrante do Modelo Canadense de Acreditação. Um ano após, em outubro de 2012, conforme meta estabelecida, o Hospital Madre Teresa foi submetido à avaliação Canadense, e conforme metodologia, recebe do Canadian Council on Health Services Accreditation o certificado internacional de Acreditação Canadense. A conquista significa o reconhecimento da qualidade e da segurança dos serviços de saúde prestados pela Instituição aos seus pacientes, de acordo com a Metodologia Canadense, que estabelece elevados padrões de qualidade em atendimento médico-hospitalar (anexo 38).

*Obs.: Ao total foram 33 projetos desenvolvidos durante o a implantação do Modelo Canadense de Acreditação, entretanto não foi possível descrever todos eles, devido ao limite de páginas especificadas. Contudo, todos poderão ser evidenciados em visita de avaliação.*

## Anexo 1 – Aspecto Liderança

### Integrantes dos Times



#### **TIME LIDERANÇA**

**Objetivo:** preparar a cultura da organização para que o ambiente esteja adequado à implantação de novos projetos de acordo com a cultura existente.

*Líder:* Waldirene Lopes Batista (Gestão da Qualidade).

*Integrantes:* Ir. Simone Santana (Diretora HMT), Andrea Maria Ribeiro (Gestão de Risco), Ana Cristina Franco da Rosa (Farmácia), Elisângela Brunetti de Melo (Enfermeira), Glauco do Carmo Xavier (Gerente Financeiro), Dr. Roberto Luiz Marino (Cardiologia), Nivaldo Lacerda da Cunha (Gerente Administrativo), Almir de Barros Soares (Gerente RH), Dr. Silvério Leonardo Macedo Garcia (Diretor Técnico), Dr. Geraldo José de Souza Lima (Diretor Clínico).



#### **TIME AMBIENTE**

**Objetivo:** Proporcionar um ambiente seguro por meio de ações preventivas, identificando riscos e promovendo melhorias no cuidado e nos serviços ao paciente/cliente.

*Líder:* Roberta Rocha Dias (Enfermeira).

*Integrantes:* Breno Magalhães Alves (Engenheiro Seg. do Trabalho), Bruno Carvalho Fernandes (TI), Ir. Mizaela (Gerência de Apoio), Ir. Geroliza (Pastoral da Saúde), Marconê Alves da Silveira (Gerente Logística), Marianna Leite de Oliveira (SESMT), Renata R. Antunes Martins da Costa (Enfermeira), Rubiana Rodrigues Werneck (Hotelaria), Vinícius Monteiro Gomes (Gerente Engenharia), Valéria Lúcia Diniz (Nutrição).



#### **TIME COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO**

**Objetivos:** Aprimorar a comunicação institucional entre os profissionais, dos profissionais com o paciente, entre os processos institucionais e da instituição com o meio externo. Garantir a continuidade e a confiabilidade das informações.

*Líder:* Patrícia Pinheiro (Enfermeira).

*Integrantes:* Aline Lacerda (Farmácia), Dra. Regina Eto (Médica Auditora), Dra. Bárbara Marino (Cardiologia), Dr. Silvério Leonardo Macedo Garcia (Diretor Técnico), Frederico Siuves (Gerente TI), Gildene Reis (Enfermeira), Gisele Correa (Psicologia), Guilherme Silva (Comunicação), Ir. Fabiani Venâncio (Gestão de Acesso), Jacqueline Couy (Enfermeira Comercial), Jossane Fernandes (Nutrição), Mariângela Vilas Bôas (CDEP), Thaís Gramigna (CDI).



### **TIME DO PACIENTE CIRÚRGICO**

**Objetivo:** Garantir segurança na linha do cuidado cirúrgico, atendendo às necessidades dos clientes.

**Líder:** Ir. Sabrina (Enfermeira).

**Integrantes:** Denis Moreira (Enfermeiro), Ir. Ana Rita (CDI), Waldirene Lopes (Qualidade), Mariana (Marcação de Cirurgia), Dr. Rodrigo Lima (Anestesia), Dr. Mário Soares de Azevedo Neves (Agência Transfusional), Dr. Luis Cláudio (Bloco Cirúrgico), Bernadete (Enfermeira), Luiza Helena (Interação), Luciana (Enfermeira), Jeniffer (Nutrição), Juliana (Serviço Social), Jussara (SCIH), Vanuse (Farmácia), Ângela Vieira (Enfermeira), Dr. Estevão Urbano (Infectologia), Élica (Fisioterapia Respiratória).

### **TIME DO PACIENTE CRÍTICO**

**Objetivo:** Trabalhar o fluxo assistencial do paciente crítico.

**Líder:** Lívia Ferreira de Abreu (Enfer.).  
**Integrantes:** Adelaine S. de Oliveira Toledo (Nutrição), Cristina Gomes Ribeiro (Enfermeira), Denise Elaine Souza Ramos (Enfermeira), Dr. Marcos Antonio Marino (Cardiologia), Dr. José Carlos Versiane dos Anjos (Clínica Médica), Ir. Marilúcia (Gerente de Enfermagem), Juliana Braga Soares (Farmácia), Márcia da Silva Pereira Guedes (Serviço Social), May Magalhães Sholl (Enfermeira), Raquel de Macedo Bosco (Fisioterapia).



### **TIME AMBULATORIO**

**Objetivos:** Otimizar o fluxo do paciente ambulatorial. Promover a segurança do paciente ambulatorial no que se refere aos cuidados pré-operatórios. Facilitar o contato do cliente com a Central de Marcação.

**Líder:** Dr. Lúcio Honório (Ortopedia).

**Integrantes:** Dra. Cláudia Marques Dias (Otorrino), Dr. Deiler Célio Jeunon (Anestesia), Dra. Giovana Paolielo (Clínica Médica), Dr. Lincoln Paiva Costa (Ortopedia), Dr. Ricardo Jacob (Otorrino), Dr. Vinícius Maia (Cardiologia), Almir de Barros Soares (Gerente RH), Flávia Santos (Enfermeira), Irmã Andréia Cristina de Moraes (Ambulatório), Juliana Correia (Serviço Social), Marcelo Alzamora (Central de Marcação), Márcia Pereira (Ambulatório), Renata Antunes (Enfermeira), Letícia Nogueira Gomes (Central de Marcação).





#### **TIME RH**

**Objetivo:** Preparar a cultura da organização para que o ambiente esteja adequado à implantação de novos projetos, reforçando a Política de Segurança Institucional.

*Líder: Sabrina Serra (Psicologia).*

*Integrantes: Camila Vilela (Enfermeira), Claudinei Silva (Telefonia), Celine Almeida (Nutrição), Cristina Aparecida (RH), Ir. Fabiani Venâncio (Gestão de Acesso), Janine Leite (Fisioterapia), Dr. Paulo Arantes (Urologia), Tatiana Furtado (Enfermeira).*

**Anexo 2 – Aspecto Planejamento Estratégico**  
 Foto ilustrativa da minuta do Planejamento Estratégico divulgado ao Corpo Clínico e Lideranças



**Anexo 3 – Aspecto Planejamento Estratégico**  
*Alinhamento dos Projetos ao Planejamento Estratégico da Instituição*

**Alinhamento Estratégico**

**Artéria (Perspectiva):** Cliente e Mercado

**Objetivo Estratégico:** Promover a Excelência

PROJETOS	STATUS	TIMES (Interfaces)	ESTRATÉGIAS (Iniciativas)
1) Ambiente do Colaborador	50%	Ambiente/SESMT	Fortalecer os Programas de Valorização das Pessoas ( Prohuma)
2) Fluxo de Pessoas	75%	Ambiente	Mapear o caminho do paciente (fluxo)
3) Reestruturação da Marcação de Consultas e Exames	100%	Ambulatório	Terceirizar a marcação de consultas e exames
4) Entre em Campo com o HMT	100%	RH/Informação e Comunicação /Liderança	Iniciar Programa de Acreditação Internacional
5) Divulgação e Alinhamento os Projetos ao Planejamento Estratégico	100%	Liderança	

**Alinhamento Estratégico**

**Artéria (Perspectiva):** Cliente e Mercado

**Objetivo Estratégico:** Criar Visibilidade de Mercado

PROJETOS	STATUS	TIMES (Interfaces)	ESTRATÉGIAS (Iniciativas)
6) Comunicação com a Comunidade	75%	Informação e Comunicação/ Time Liderança	Criar Departamento e Plano de Marketing
			Revisar o Site do Hospital e Mantê-lo Atualizado
			Otimizar e Modernizar o "Escriba", inclusive em Versão Digital, como Mecanismo de Divulgação Institucional.

## Alinhamento Estratégico

Artéria (Perspectiva): Processos

Objetivo Estratégico: Aprimorar Política de Segurança Institucional

PROJETOS	STATUS	TIMES (Interfaces)	ESTRATÉGIAS (Iniciativas)
12) Implantar Protocolo Clínico Cirúrgico	100%	Paciente Cirúrgico	Definir os protocolos Institucionais
13) Fortalecer a política Institucional de Segurança	100%	Time Liderança/RH/C Informação e Comunicação	Fortalecer a política de Gestão de Riscos
14) Implantação Time Resposta Rápida	100%	Paciente Crítico/RH/Informação e Comunicação	
15) Implantação ROP Reconciliação Medicamentosa	20%	Paciente Crítico/RH	
16) Implantar ROP – Controle e Uso de Narcóticos	50%	Time Cirúrgico	

12

## Alinhamento Estratégico

Artéria (Perspectiva): Processos

Objetivo Estratégico: Ser Referência para Eventos Internacionais

PROJETOS	STATUS	TIMES (Interfaces)	ESTRATÉGIAS (Iniciativas)
7) Atendimento a Múltiplas Vítimas	100%	Ambiente/ Informação e Comunicação/RH	Promover Adequações Necessárias para se tornar Referência por Ocasão de Eventos Internacionais

Objetivo Estratégico: Fortalecer a Cadeia Cliente Fornecedor

PROJETOS	STATUS	TIMES (Interfaces)	ESTRATÉGIAS (Iniciativas)
8) Comunicação entre Processos	100%	Informação e Comunicação /Qualidade	Rever todos os Acordos Firmados entre as Áreas <sub>10</sub>

## Alinhamento Estratégico

Artéria (Perspectiva): Processos

Objetivo Estratégico: Aprimorar Política de Segurança Institucional

PROJETOS	STATUS	TIMES (Interfaces)	ESTRATÉGIAS (Iniciativas)
17) Disseminação da Prática de Auditoria Clínica	100%	Time Liderança	Fortalecer a política de Gestão de Riscos
18) Termômetro da Segurança	100%	RH/ Informação e Comunicação	
19) Implantação da ROP Higienização de Mãos	80%	Ambiente/RH/ Informação e Comunicação	
20) Riscos Não Clínicos	100%	Ambiente/Informação e Comunicação	
21) Implantar ROP – Práticas de Segurança no Procedimento Cirúrgico	100%	Time Cirúrgico	
22) Implantação do Protocolo de Prevenção de Infecção	100%	Time Cirúrgico	

13

## Alinhamento Estratégico

Artéria (Perspectiva): Processos

Objetivo Estratégico: Criar Projeto de Comunicação Institucional

PROJETOS	STATUS	TIMES (Interfaces)	ESTRATÉGIAS (Iniciativas)
9) Comunicação entre Profissionais	50%	Informação e Comunicação	Definir uma Política de Comunicação Interna
10) Comunicação com Paciente/Familiar	75%	Informação e Comunicação	
11) Formalização da Política Institucional do Registro Seguro	100%	Liderança/Informação e Comunicação	

## Alinhamento Estratégico

Artéria (Perspectiva): Processos

Objetivo Estratégico: Aprimorar Política de Segurança Institucional

PROJETOS	STATUS	TIMES (Interfaces)	ESTRATÉGIAS (Iniciativas)
23) Fortalecimento da Política Institucional da Consulta Pré-Anestésica	100%	Time Ambulatório/Time Liderança	Fortalecer a política de Gestão de Riscos
24) Fortalecimento da Política Institucional do Termo de Consentimento Informado	80%	Time Ambulatório/Time Liderança	



14

## Alinhamento Estratégico

Artéria (Perspectiva): Processos

Objetivo Estratégico: Aprimorar Política de Segurança Institucional

PROJETOS	STATUS	TIMES (Interfaces)	ESTRATÉGIAS (Iniciativas)
25) Adequação do Transporte Institucional	80%	Paciente Crítico/RH/Ambiente/ Informação e Comunicação	Rever e Melhorar o Transporte Interno da Instituição
26) Revisão e Divulgação dos Planos de Contingência	100%	Ambiente/RH/Informação e Comunicação	Analisar e Mapear áreas e Situação de Risco Dentro da Instituição
27) Revisão do Plano de Abandono	100%		



15

## Alinhamento Estratégico

Artéria (Perspectiva): Processos

Objetivo Estratégico: Criar Divulgar a Gestão Ambiental

PROJETOS	STATUS	TIMES (Interfaces)	ESTRATÉGIAS (Iniciativas)
28) Produção Mais Limpa	80%	Ambiente	Criar uma Comissão Ambiental e Definir ações

Objetivo Estratégico: Rever a Gestão dos Processos Estratégicos:

PROJETOS	STATUS	TIMES (Interfaces)	ESTRATÉGIAS (Iniciativas)
29) Fluxo Assistencial Paciente Cirúrgico	100%	Paciente Cirúrgico/ Informação e Comunicação /Liderança	Rever Fluxo de Internação Paciente Cirúrgico
30) Fluxo Assistencial Paciente Crítico	100%	Paciente Crítico/Informação e Comunicação /Liderança	

## Alinhamento Estratégico

Artéria (Perspectiva): Pessoas e Aprendizagem

Objetivo Estratégico: Definir Política de Gestão de Pessoas

PROJETOS	STATUS	TIMES (Interfaces)	ESTRATÉGIAS (Iniciativas)
31) Gestão por Competência	75%	RH/Informação e Comunicação/Liderança	Rever e Aprimorar Metodologia de Gestão por Competência e Avaliação de Desempenho
32) Acolher com Segurança	100%	RH/Liderança/ Informação e Comunicação	Aprimorar Programas de Educação Continuada com foco no Trabalho Interdisciplinar
33) Des-Envolver com Segurança	100%	RH/Liderança/ Informação e Comunicação	

17

## Anexo 4 – Aspecto Foco no Cliente

Implantação da ROP 12 – Transferência de Informações

Cartilhas de Orientação aos Pacientes



*“ Toda sala de hospital é um templo, e, como num templo, nela se exige dos que aí penetram, silêncio, respeito, dignidade de atitudes, elevação moral, consciência da grandeza de seu trabalho.”*

Madre Maria Teresa de Jesus Eucarístico,  
fundadora do Instituto das Pequenas  
Missionárias de Maria Imaculada

"Nosso trabalho visa promover assistência segura ao cliente".



AV. RAJA GABÁGLIA, 1002  
GUTIERREZ - BELO HORIZONTE MG  
TEL.(31) 3339 8000

# ORIENTAÇÃO AO CLIENTE

## FLUXO DE ATENDIMENTO PARA CIRURGIA ELETIVA

Iniciativa Time Cirúrgico



# CIRURGIA ELETIVA

**Prezado(a) cliente,**

**Este é o fluxo de atividades realizadas no processo de sua cirurgia eletiva.**

**1** Ao agendar a cirurgia com o médico assistente, você será orientado sobre:

- Termo de consentimento informado.
- Consulta pré-anestésica.
- Serviço de pré-internação.
- Orientações sobre cuidados pré e pós-operatório.

**2** Na véspera da data agendada para a cirurgia, o Serviço de Pré-Internação, fará contato via telefone, confirmando a realização da consulta pré-anestésica, autorização do procedimento, data e horário de chegada no Hospital Madre Teresa.

**3** Chegar à recepção de internação, 1 hora antes do horário agendado para realizar o procedimento. Apresentar a documentação: carteira de identidade, CPF, termo de consentimento informado, ficha de avaliação pré-anestésica, carteira do plano de saúde e exames anteriores.

**4** A documentação será conferida no setor de internação.

**5** Realizar o processo de internação, que irá gerar o prontuário e a identificação do paciente.

**6** A equipe do Acolhimento o(a) conduzirá à Sala de Pré-Operatório, até o momento de ser encaminhado à Sala Cirúrgica.

**7** Na Sala de Pré-Operatório será oferecida vestimenta adequada, solicitado a marcação do local da cirurgia (caso se aplique), feita a confirmação dos dados de identificação e entregue os pertences ao acompanhante.

**8** Realização do ato cirúrgico na Sala Cirúrgica.

**9** Avaliação pela equipe Médica sobre o destino (SRPA - Sala de Recuperação Anestésica ou UTI).

**10** Se encaminhado para a SRPA, será liberado para a Unidade de Internação após reavaliação do médico anestesista.

**11** A equipe Assistencial informará aos familiares sobre o destino do paciente.

**12** A equipe Assistencial o(a) encaminhará à Unidade de Internação.

**13** A equipe Assistencial do Bloco Cirúrgico comunicará à equipe Assistencial da Unidade de destino as informações necessárias para continuidade da assistência.

**14** Ao receber alta hospitalar, você será orientado pela equipe Assistencial, quanto ao retorno para seguimento do tratamento.

**Gentileza preencher e assinar o canhoto ao lado.**

Eu, \_\_\_\_\_

declaro que recebi as orientações do fluxo de atividades realizadas no processo de minha cirurgia.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

assinatura

## Anexo 5 – Aspecto Foco no Cliente

*Entrevista com Paciente/familiar para medir o grau de entendimento das informações recebidas, quanto ao diagnóstico e tratamento proposto*

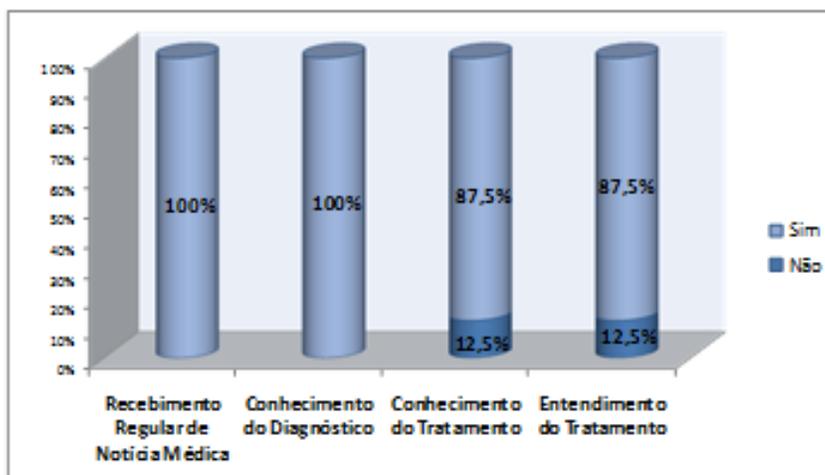
### Resultado Entrevista Paciente/Familiar

Fonte: Pesquisa do Setor de Psicologia

Período: agosto/12

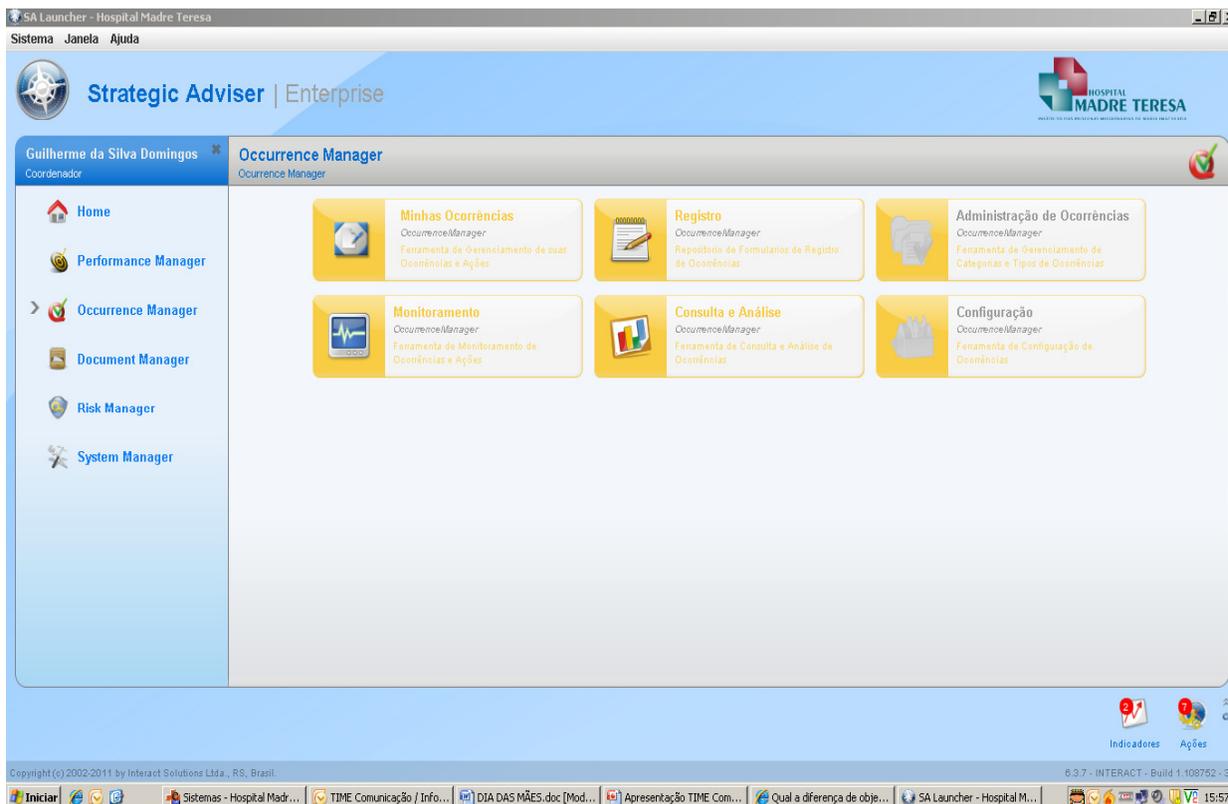
Amostra: 22 pacientes/UCO

Método:Entrevista

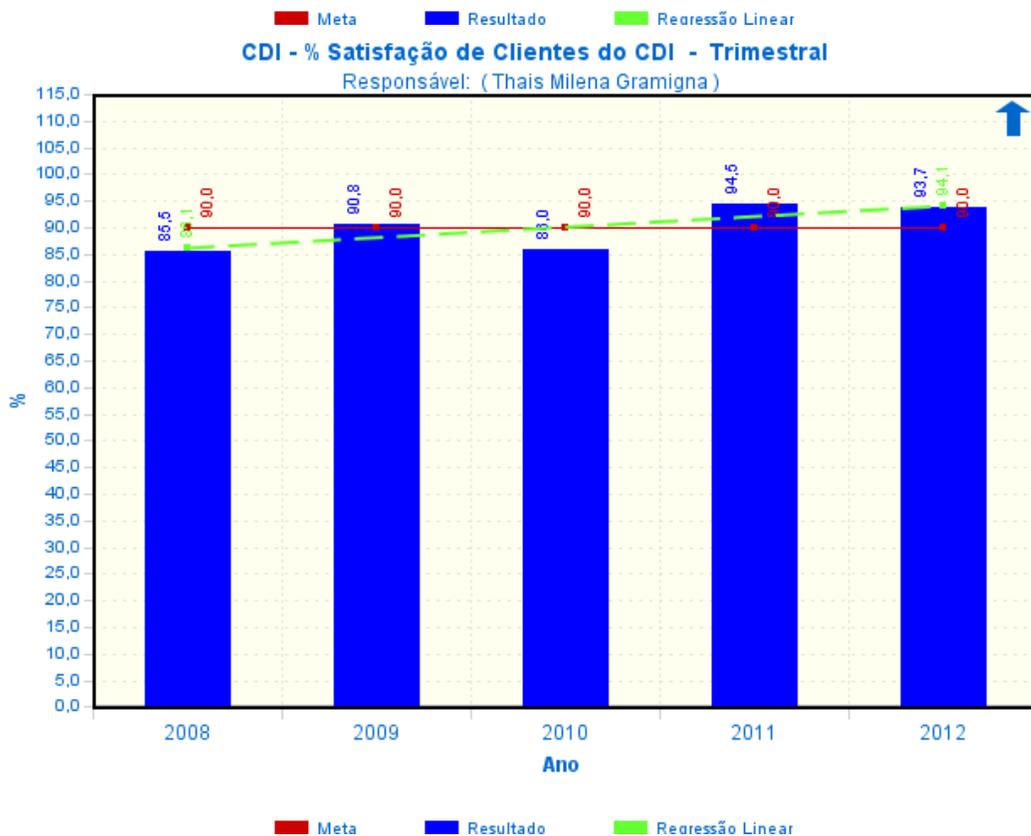
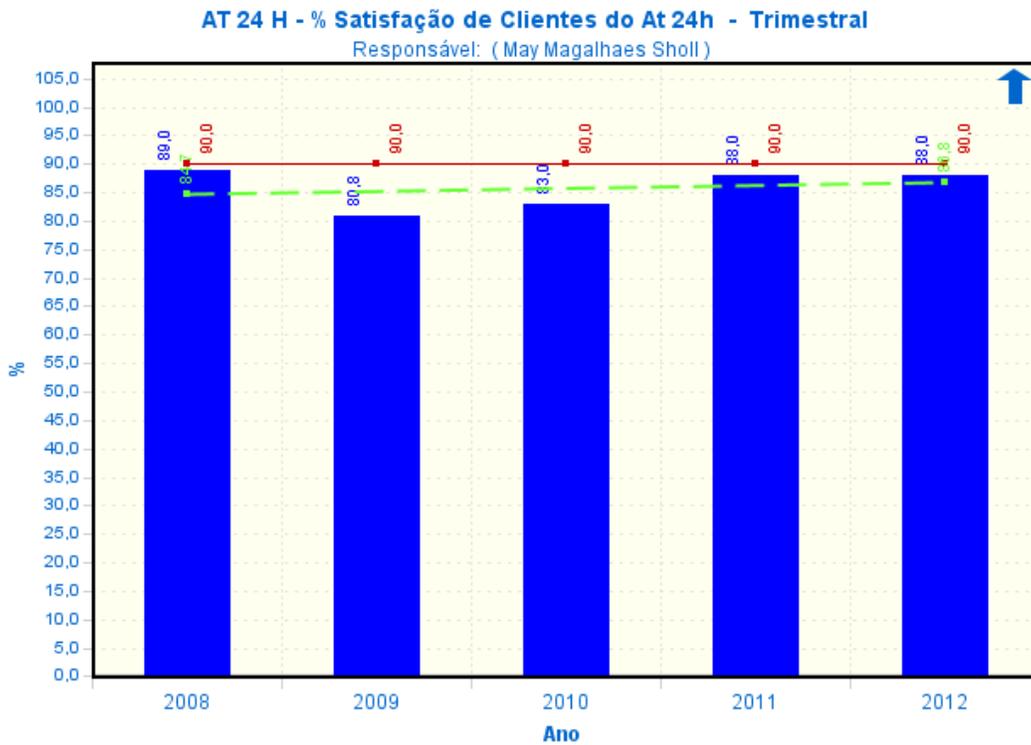


## Anexo 6 – Aspecto Foco no Cliente

Implantação do módulo *Gestão de Ocorrência do Interact* para registro e tratamento das manifestações dos clientes.

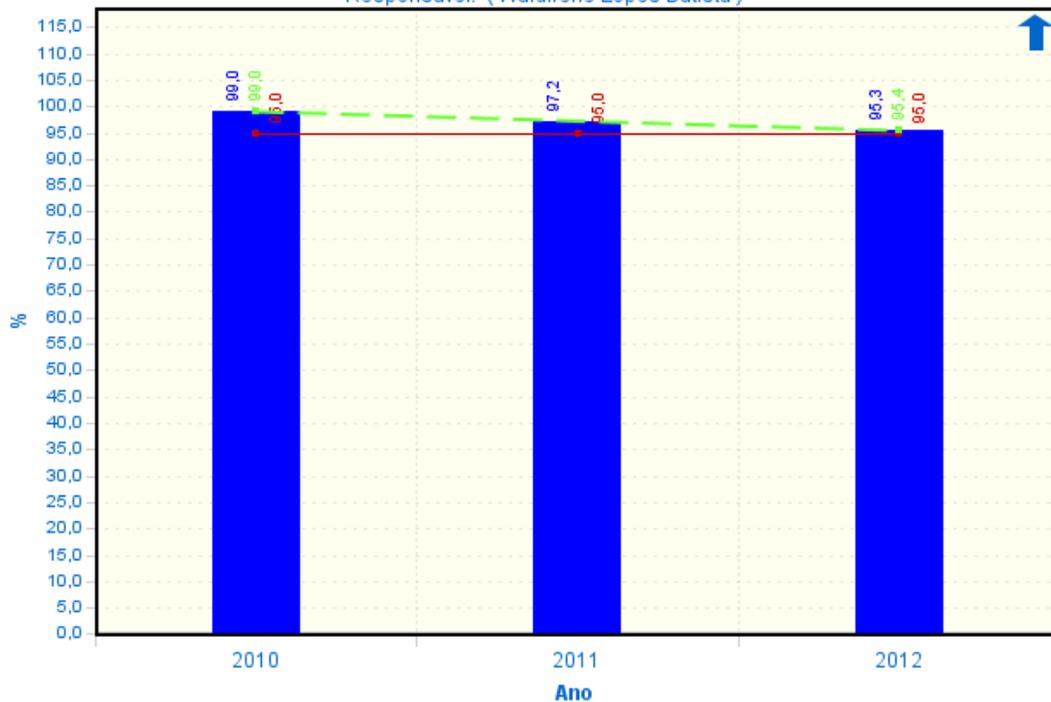


**Anexo7– Aspecto Foco no Cliente - Resultado das Pesquisas de Satisfação**



### SOU - % Satisfação do Cliente - Trimestral

Responsável: (Waldirene Lopes Batista)



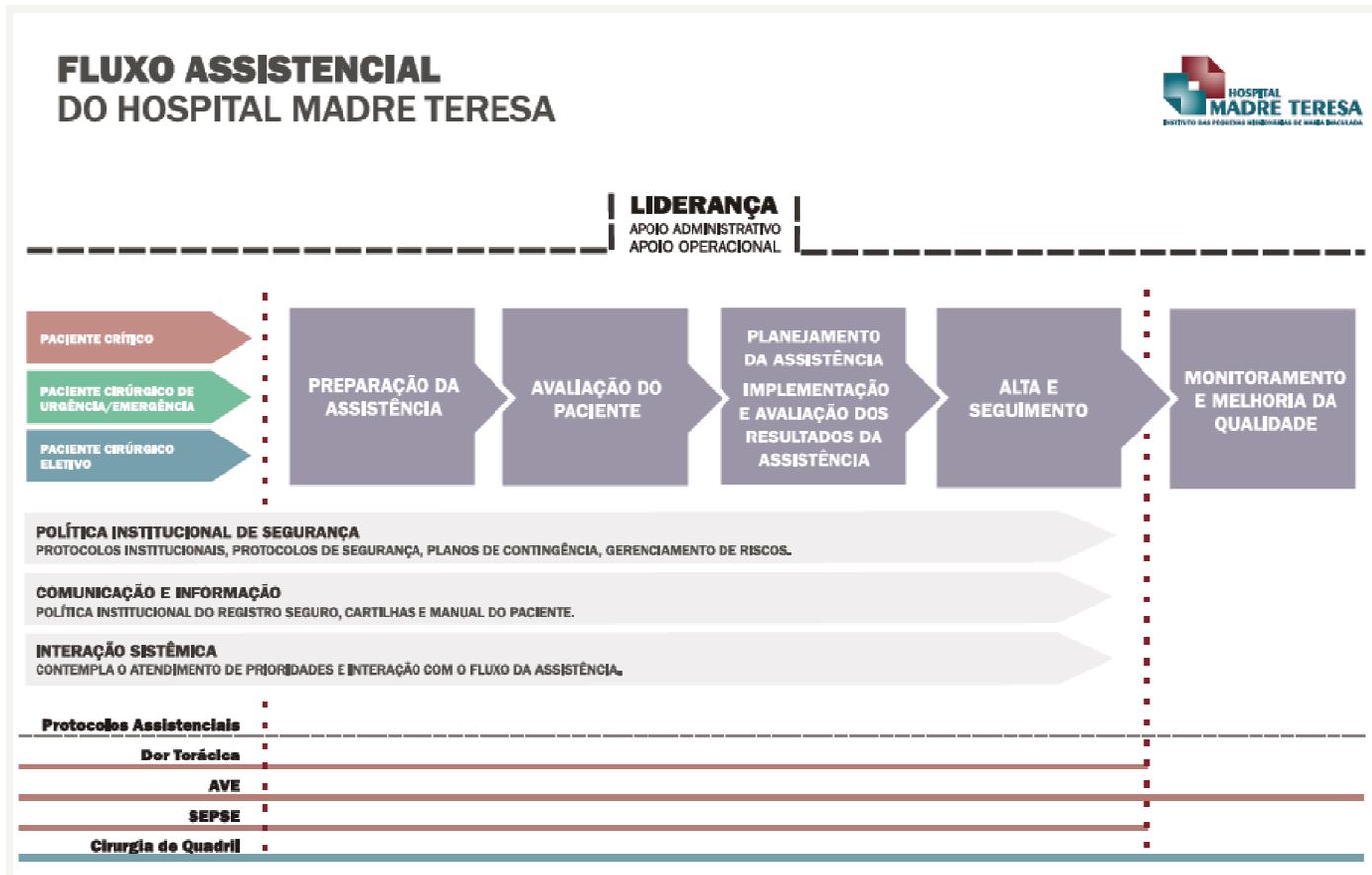
### AMB - % Satisfação de Clientes do Ambulatório - Trimestral

Responsável: (Marcia Terezinha Tavares Pereira)



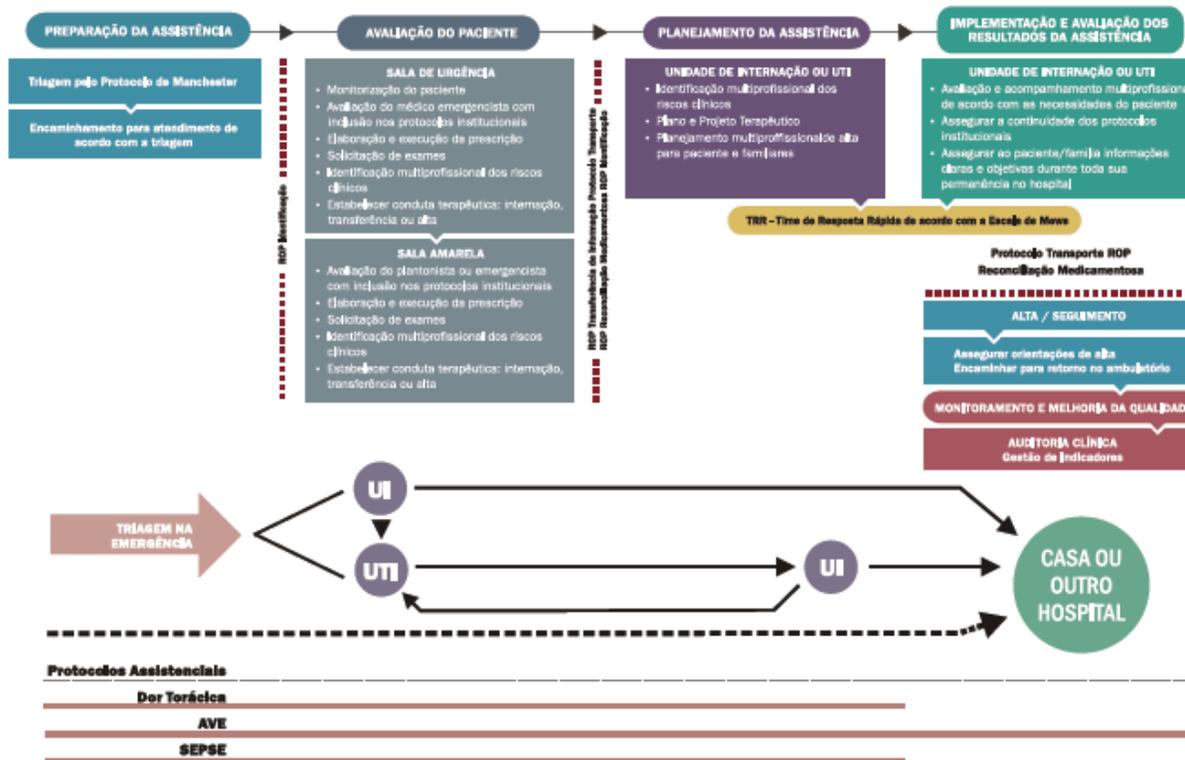
## Anexo 8 – Aspecto Gestão de Processos

### Política Institucional de Segurança



## Anexo 9 – Aspecto Gestão de Processos Formalização do Fluxo Assistencial do Paciente Crítico

### FLUXO ASSISTENCIAL PACIENTE CRÍTICO HMT



## Anexo 10- Aspecto Gestão de Processos

Resultado da Auditoria Clínica - Fluxo Assistencial Paciente Crítico

% de conformidade com os itens Avaliados no Fluxo



### Auditoria Clínica

**Escolha do Paciente:** Paciente Crítico com entrada pelo Atendimento 24h

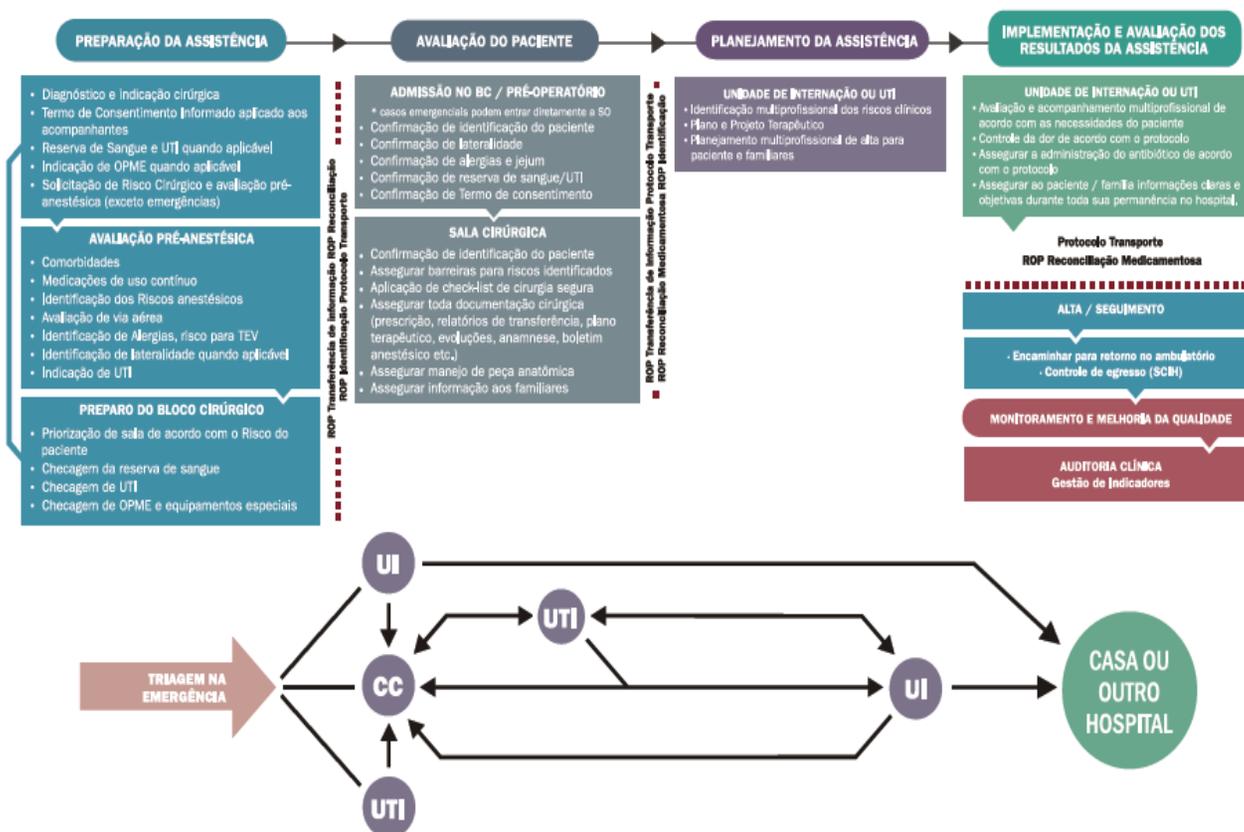
**Método:** Análise Retrospectiva – Análise de Prontuário - Excluído os itens não se aplica

	jun/12	jul/12	ago/12	set/12
<b>FLUXO ASSISTENCIAL PACIENTE CRÍTICO</b>	Amostra 10/345 46%	Amostra 10/386 65%	Amostra 10/350 84%	Amostra 10/335 85%
Triagem	64%	78%	100%	100%
Admissão Médica no Atendimento 24h	49%	68%	80%	90%
Admissão da Enfermagem do Atendimento 24h	36%	60%	68%	55%
Avaliação Multidisciplinar no CTI	53%	63%	90%	91%
Avaliação Multidisciplinar na Unidade de Internação	35%	66%	82%	84%

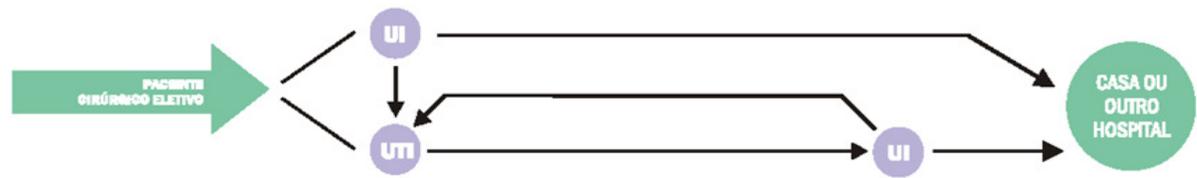
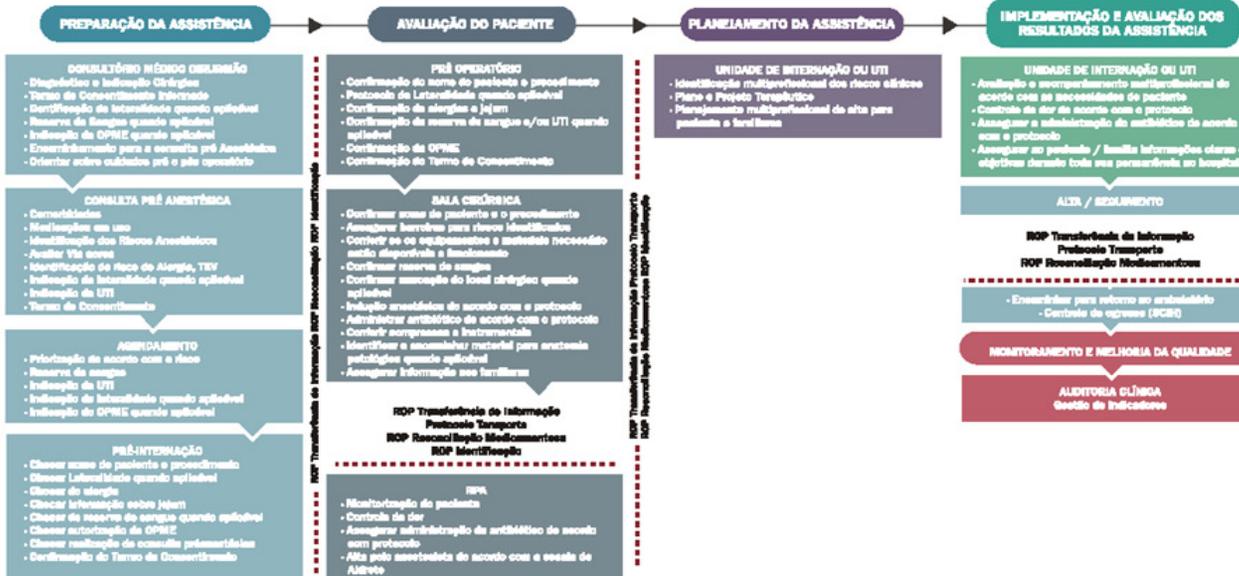
## Anexo 11 - Aspecto Gestão de Processos

### Formalização do Fluxo Assistencial do Paciente Cirúrgico Eletivo e de Urgência

# FLUXO ASSISTENCIAL PACIENTE CIRÚRGICO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA HMT



# FLUXO ASSISTENCIAL PACIENTE CIRÚRGICO ELETIVO HMT



## Anexo 12 – Aspecto Gestão de Processos

Resultado da Auditoria Clínica do Fluxo Assistencial Paciente Cirúrgico

% Conformidade com os itens Avaliados no Fluxo



### Auditoria Clínica

Escolha do Paciente: Cirúrgico Eletivo Submetido a Artroplastia de Joelho

Método: Análise Retrospectiva – Análise de Prontuário - Excluído os itens não se aplica

FLUXO ASSISTENCIAL PACIENTE CIRÚRGICO	jun/12 Amostra 8/16 71%	jul/12 Amostra 10/25 68%	ago/12 Amostra 10/26 76%	set/12 Amostra 10/17 82%
<a href="#">Solicitação de Cirurgia</a>	100%	80%	100%	100%
<a href="#">Preparo para Cirurgia</a>	74%	62%	74%	84%
<a href="#">Consulta Pré-Anestésica</a>	44%	65%	70%	77%
<a href="#">Intra - Operatório</a>	92%	73%	78%	82%
<a href="#">Término da Cirurgia</a>	100%	88%	100%	100%
<a href="#">Recuperação Pós Anestésica</a>	89%	88%	98%	100%
<a href="#">Recebimento pelo Setor de Destino</a>	68%	52%	57%	61%

11

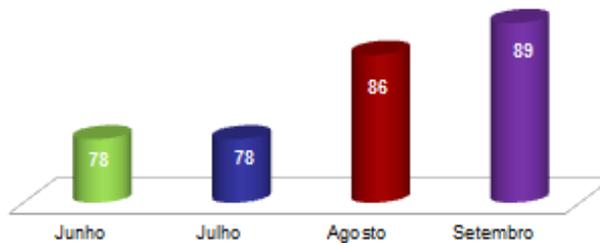
## Anexo 13 – Aspecto Gestão de Processos

### Resultados do Gerenciamento do Protocolo de Prevenção de Sítio Cirúrgico

#### Resultados

##### PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO Escolha do Kit de ATB

■ Junho ■ Julho ■ Agosto ■ Setembro



No período foram avaliadas 1835 formulários de solicitação de antibioticoprofilaxia no período.

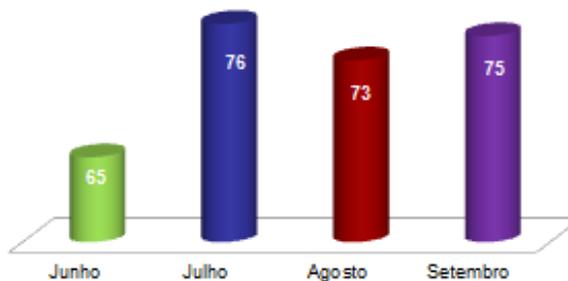


Fonte: SCIH- HMT

17

#### Resultados

##### PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO Tempo apropriado de administração de ATB



Foram analisados 189 pacientes das cirurgias cardiovascular e ortopedia (artroplastia do quadril).



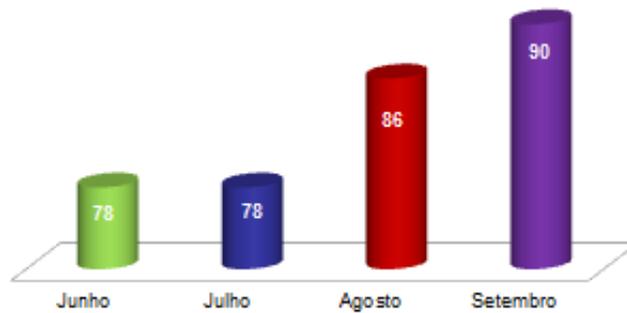
Fonte: SCIH - HMT

18

## Resultados

### PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO Suspensão apropriada de ATB

■ Junho ■ Julho ■ Agosto ■ Setembro



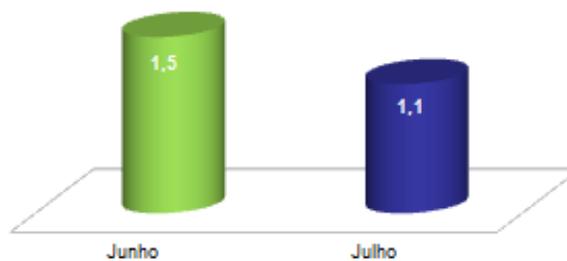
Foram analisados 189 pacientes das cirurgias cardiovascular e ortopedia (artroplastia do quadril).

Fonte: SCIH - HMT

## Resultados

### PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO Percentual de Infecções de Sítio Cirúrgico em Cirurgias Limpas

■ Junho ■ Julho

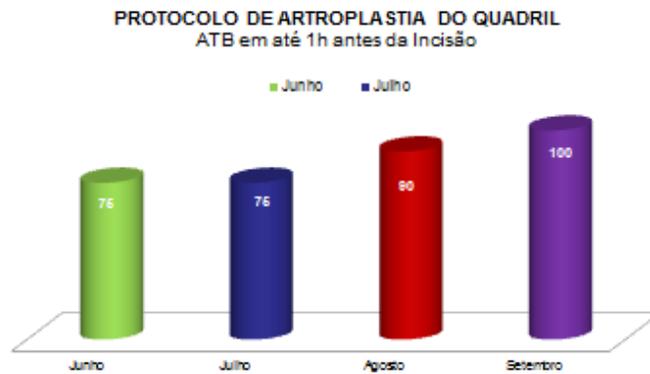


Fonte: SCIH - HMT

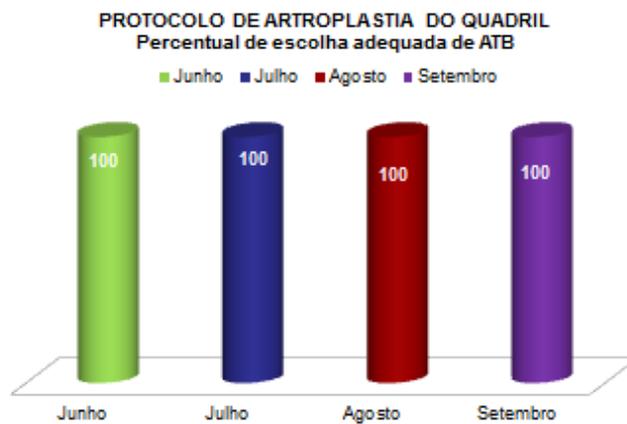
## Anexo 14 – Aspecto Gestão de Processos

### Resultado do Protocolo de Artroplastia de Quadril

#### Resultados

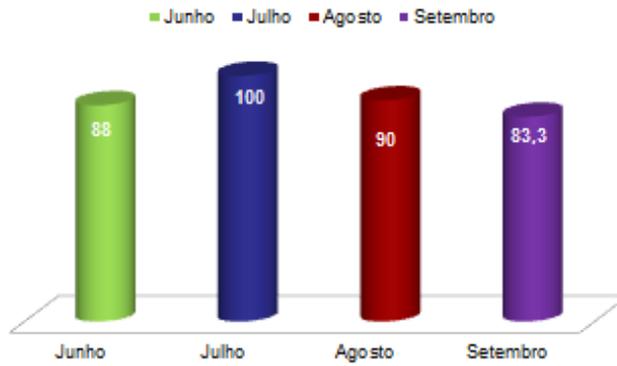


#### Resultados



## Resultados

### PROTOCOLO DE ARTROPLASTIA DO QUADRIL Suspensão adequada de ATB

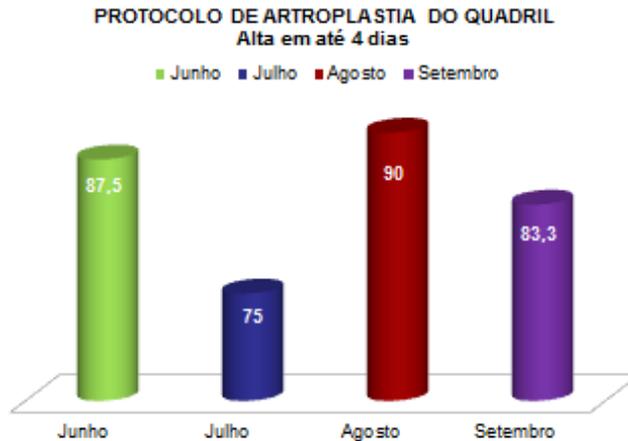


## Resultados

### PROTOCOLO DE ARTROPLASTIA DO QUADRIL Profilaxia de TEV



## Resultados



Fonte: Escritório de Qualidade -HMT

*Resultado da Auditoria Clínica realizada no Protocolo da Artroplastia de Quadril  
% Conformidade com os itens Avaliados do Protocolo*



## Auditoria Clínica

Escolha do Paciente: Eleitos ao Protocolo de Artroplastia Quadril  
Método: Análise Retrospectiva – Análise de Prontuário  
Excluído os itens não se aplica

PROTOCOLO	jun/12 Amostra 8/ 11	jul/12 Amostra 8/10	ago/12 Amostra 10/10	set/12 Amostra 6/8
ARTROPLASTIA QUADRIL	95%	95%	86%	85%
<u>Preparo para cirurgia</u>	92%	94%	94%	91%
<u>Sala Pré-Operatório</u>	100%	88%	80%	100%
<u>Intra-Operatório</u>	92%	92%	86%	88%
<u>Pós Operatório Imediato</u>	96%	100%	79%	79%
<u>1º DPO e dias Subsequentes</u>	98%	96%	85%	81%



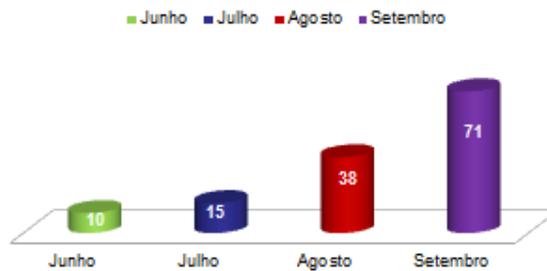
31

## Anexo 15 – Aspecto Gestão de Processos

### Resultado da Implantação da ROP 4 – Práticas de Segurança em Procedimento Cirúrgico

#### Resultados

**CHECK-LIST DE CIRURGIA SEGURA**  
Percentual de check-lists preenchidos sobre o número de cirurgias



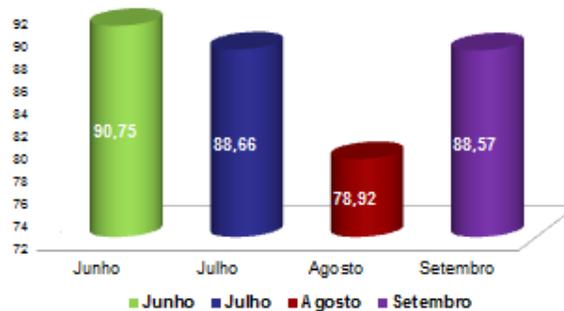
Fonte: Centro Cirúrgico - HMT



37

#### Resultados

**CHECK-LIST DE CIRURGIA SEGURA**  
Variação de conformidade dos itens do check-list



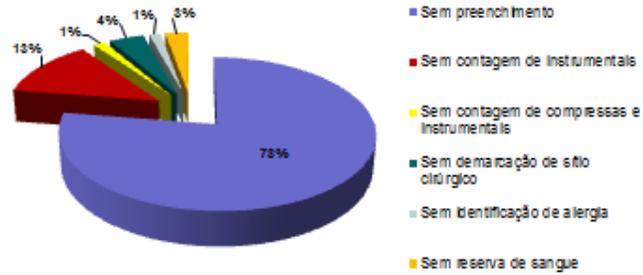
Fonte: Centro Cirúrgico - HMT



38

## Resultados:

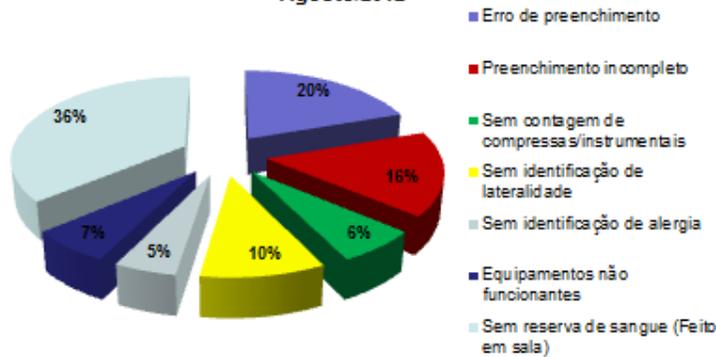
Motivos de não conformidades do preenchimento do Check-list Julho/2012



Fonte: Centro Cirúrgico - HMT

## Resultados

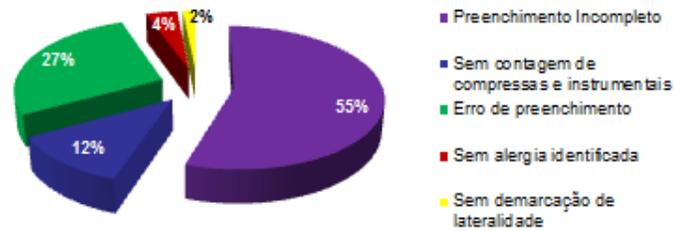
Motivos de não conformidades do preenchimento do Check-list Agosto/2012



Fonte: Centro Cirúrgico - HMT

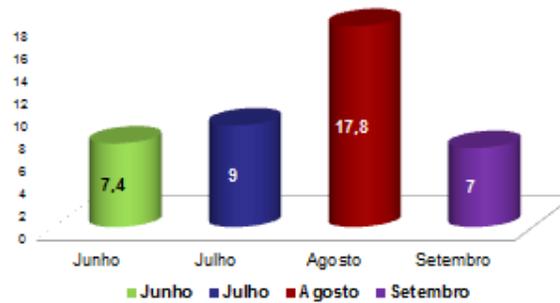
## Resultados

### Motivos de não conformidades do preenchimento do Check-list Setembro/2012



## Resultados: ROP 4 - Práticas de Segurança em Procedimentos Cirúrgicos

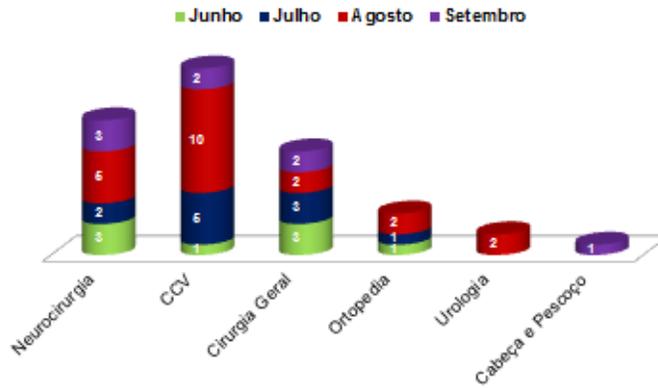
### CHECK-LIST DE CIRURGIA SEGURA Percentual de Reservas de sangue feitas dentro do Bloco Cirúrgico



Fonte: Banco de Sangue - HMIT

## Resultados: ROP 4 - Práticas de Segurança em Procedimentos Cirúrgicos

**Varição Mensal de Reservas de sangue feitas dentro do Bloco Cirúrgico por Clínica**

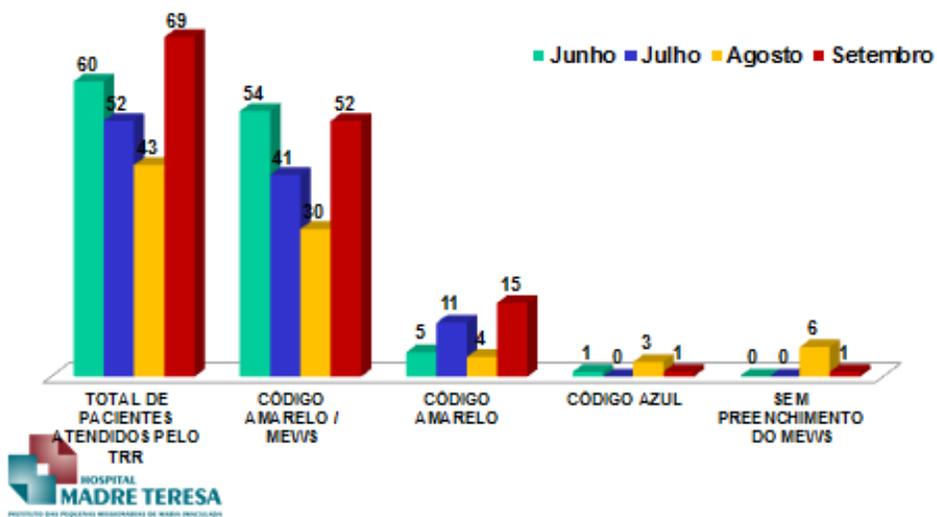


Fonte: Banco de Sangue - HMT

### Anexo 16 – Aspecto Gestão de Processos *Resultado do Time de Resposta Rápida*

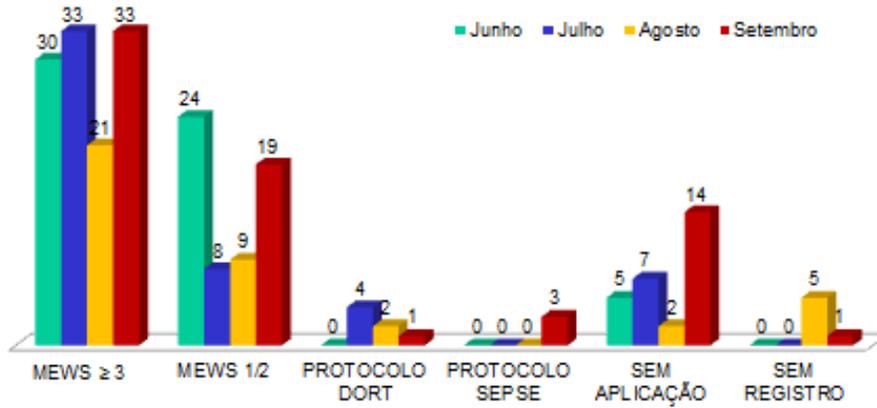
## Resultado

**TOTAL DE ACIONAMENTOS CÓDIGO AZUL E AMARELO**



## Resultado

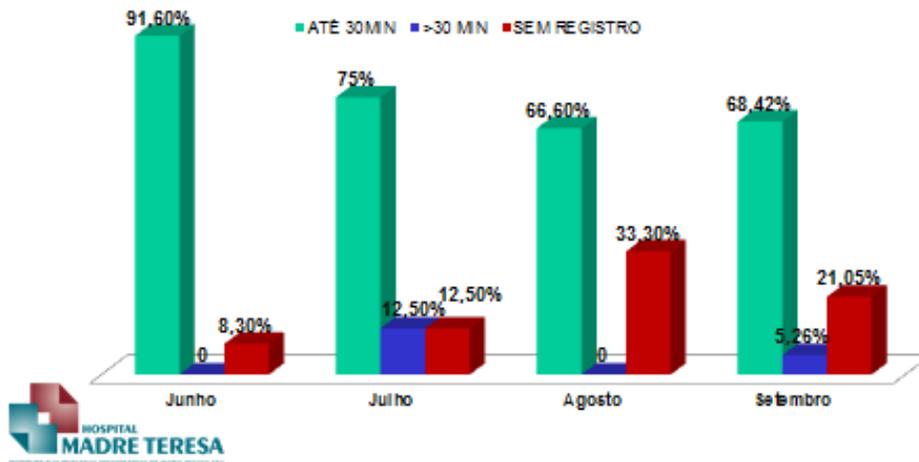
### Total de Acionamento Código Azul e Amarelo



## Resultado

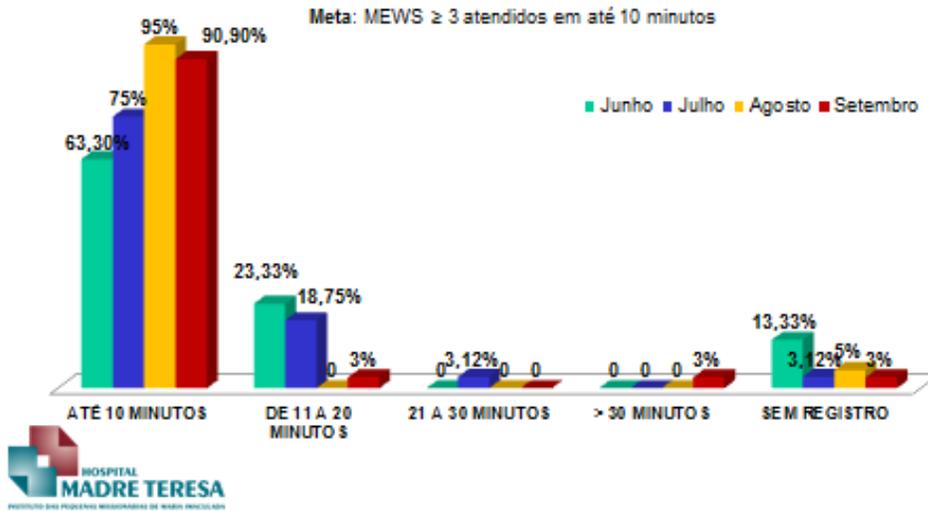
### Tempo de Espera Atendimento Médico MEWS 1-2

Meta: MEWS 1-2 atendidos em até 30min



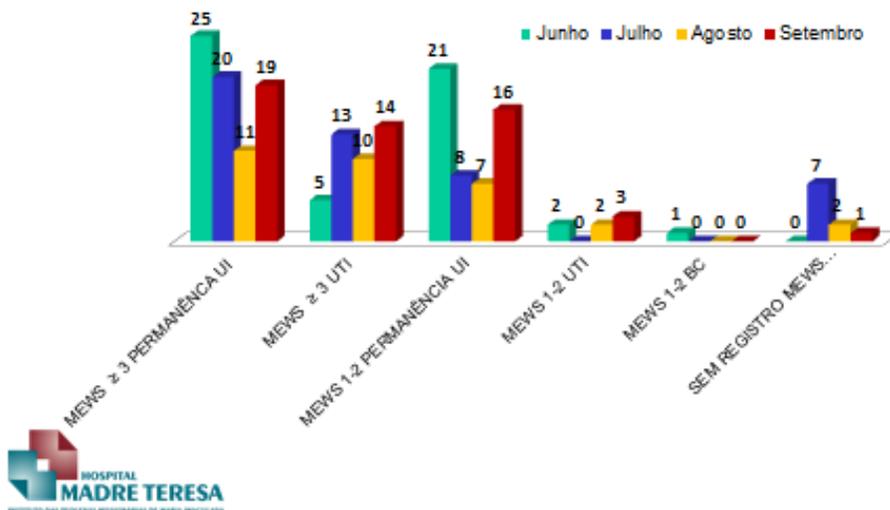
## Resultado

### Tempo de Espera para Atendimento Médico MEWS $\geq$ 3



## Resultado

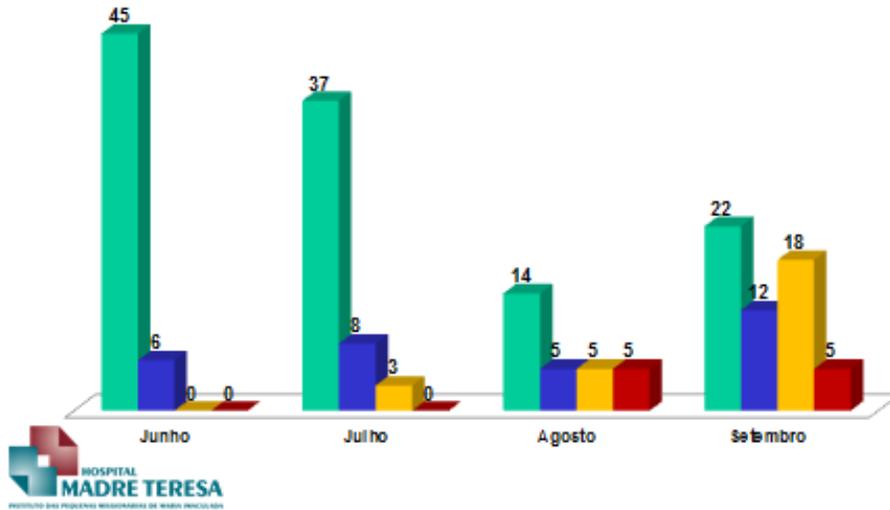
### Destino Após Atendimento TRR



## Resultado

### Desfecho Pacientes Atendidos pelo TRR

■ ALTA HOSPITALAR ■ ÓBITO ■ INTERNADO UI ■ INTERNADO UTI



## Anexo 17 – Aspecto Gestão de Processos

### Placas Informativas de Higienização das Mãos

#### 5 MOMENTOS DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

- ANTES DE TOCAR NO PACIENTE
- ANTES DE PROCEDIMENTOS LIMPOS OU ASSÉPTICOS
- DEPOIS DO CONTATO COM FLUIDOS
- DEPOIS DO CONTATO COM EQUIPAMENTOS ENTORNO DO PACIENTE
- DEPOIS DE TOCAR NO PACIENTE

**SCIH**  
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES

#### COMO REALIZAR A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

MÃOS VISIVELMENTE SUJAS?

**SIM** → USAR ÁGUA E SABÃO (DURAÇÃO 40 A 60 SEGUNDOS)

**NÃO** → USAR ÁLCOOL 70% (DURAÇÃO 20 A 30 SEGUNDOS)

FAÇA OS 6 MOVIMENTOS

1. Friccionar as palmas das mãos
2. Friccionar uma palma contra o dorso da outra mão entrelaçando os dedos
3. Friccionar os dedos contra a palma das mãos
4. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais
5. Friccionar o polegar com o auxílio da palma da outra mão, em movimento circular
6. Friccionar as pontas digitais e unhas contra a palma da outra mão, em movimento circular

Ensaie com água corrente e seque as mãos com papel toalha. Use papel toalha para fechar o frasco.

Após estas mãos estão seguras.

**SCIH**  
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES

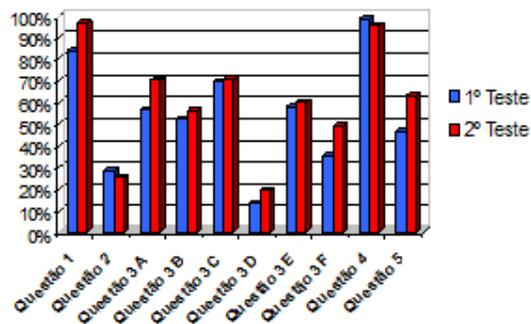
## Anexo 18 – Aspecto Gestão de Processos

### Resultado do Gerenciamento da Adesão à ROP Higiene das Mãos

#### Resultado

**Teste de Conhecimento**  
Período: Março e junho/12  
Público: Multidisciplinar  
Amostra: 49% e 59%  
Metodologia: Questionário

#### Higienização de Mãos % de acertos



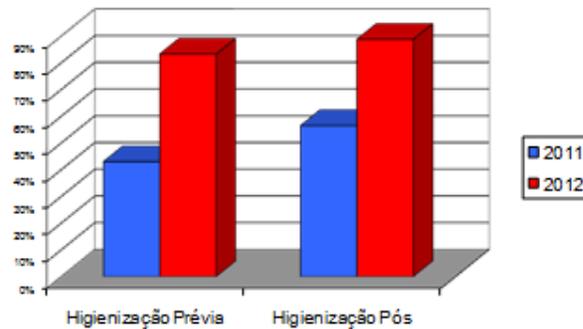
a

21

#### Resultado

**Auditoria Clínica**  
Período: junho/11 e junho/12  
Público: Multidisciplinar  
Amostra: Profissionais avaliados: 11 e 14  
Metodologia: Estudo Observacional

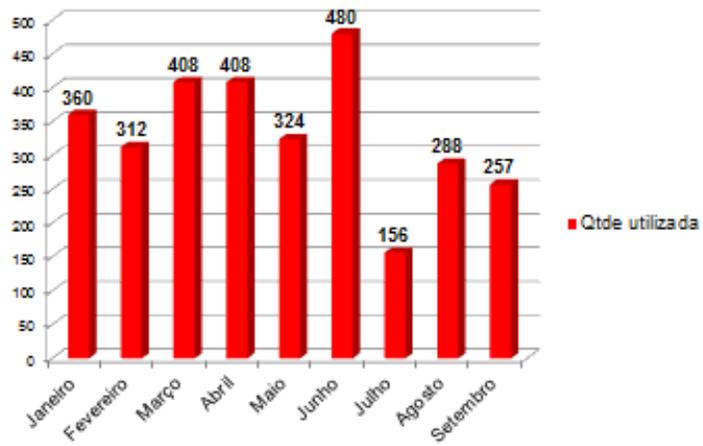
#### % de adesão a ROP de Higienização de Mãos - UT III



20

## Resultado

### Controle de uso de Álcool gel de Janeiro /2012 a Setembro/2012



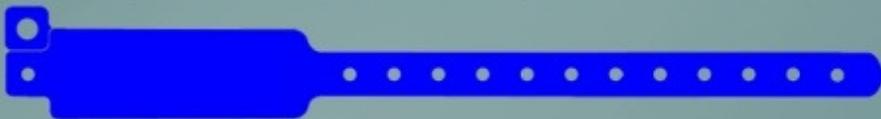
**Anexo 19 – Aspecto Gestão de Processos**  
*Implantação da ROP 01- Identificação do Paciente*

# PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

A pulseira de identificação é utilizada no Hospital Madre Teresa para proporcionar a assistência segura ao paciente, ela deve ser conferida por todos os profissionais que atuam no seu atendimento.

## **PULSEIRA AZUL**

Utilizada para identificação de todos os pacientes internados.



## **PULSEIRA ROXA**

Utilizada para alerta em pacientes alérgicos.



## **PULSEIRA VERMELHA**

Utilizada para alerta em pacientes que apresentam risco de queda.



## **PULSEIRA BRANCA**

Utilizada para identificação de todos os pacientes externos para realização de exames e procedimentos.



**TODAS AS VEZES QUE VOCÊ FOR SUBMETIDO A ALGUM PROCEDIMENTO EXIJA QUE O PROFISSIONAL CONFIRA OS DADOS NA SUA PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO**

**TIME COMUNICAÇÃO**



## Anexo 20 – Aspecto Gestão de Processos

### ROP Identificação – Identificação com Segurança

#### Implantação de Etiquetas para Identificação dos Impressos do Prontuário do Paciente

HOSPITAL MADRE FERREIA  
 HOSPITAL MADRE FERREIA  
 RUA 1481808 Cam. Unimed-Intercomunic  
 IM: 211021933 Igarassu, Recife PE 51041700  
 Mãe: Eva Evarista do Carmo

NOME: Marcelo de Faria Medeiros

DATA/HORA: 27/6/2

10A

Atividade

• prescrição de  
 • medicação: medicação com? vacinas?  
 • decisão vacinal / VAS / póvio  
 • HAS / dislipidemia

Paciente estável, sem desconfortos.  
 Bem permeante, relata que paciente ficou mais  
 agitado durante a noite e mais constante hoje  
 pela manhã. Refereu alimento sólido (bolo) para  
 o mesmo hosp, mesmo com pinturas para dieta  
 pastosa e o mesmo apresentou engasgos e teve  
 secreção (Dissido) - mas sobre informação sobre o  
 an aspecto.

TAC: 120 x 80 mmHg  
 Não monitorado; abstrusa sobre os clamado com sup  
 tentativas confusas local, apneia.  
 Humidade E. positiva.

CDs dicata casa com CMT  
 acompanhados por casa

27/6/2 # CEM4  
 18:30 > Prescrição NI - Póvio dependa?  
 > Decisão vacinal / NI - póvio / 10A / 10A / 10A / 10A

Paciente estável, sem desconfortos.  
 Relato de abstração e engasgos com secreção

HOSPITAL MADRE FERREIA  
 HOSPITAL MADRE FERREIA  
 RUA 1481808 Cam. Unimed-Intercomunic  
 IM: 211021933 Igarassu, Recife PE 51041700  
 Mãe: Maria de Castro Louren

NOME: ELIZABETH DE CASTRO LOPES

DATA/HORA: 27/6/2

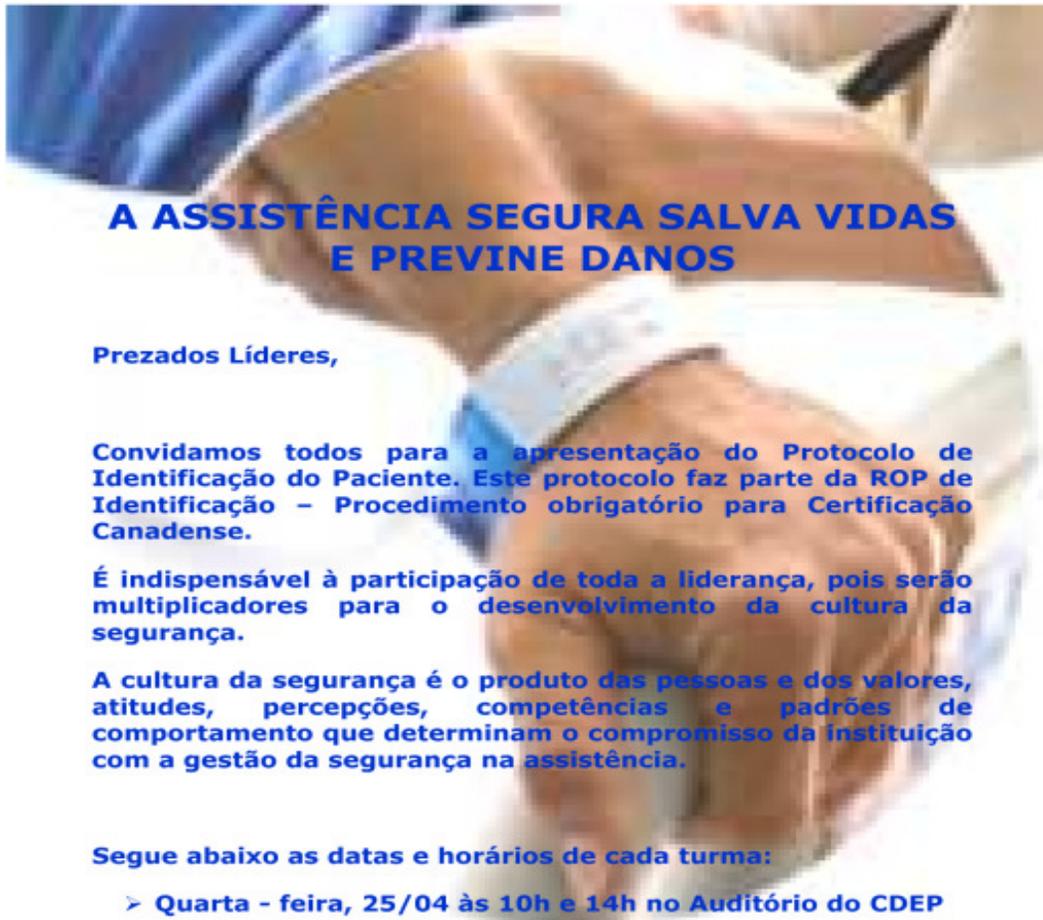
BALANÇO HÍDRICO E SINAIS VITAIS

DATA	HORA	INFLUXO					EFLUXO					OBSERVAÇÃO	SINAIS VITAIS	
		FL	LI	PI	PE	RE	UR	OR	SV	SA	SB			
27/6	17:00	1000	1000	50	80	10	10	10	10	10	10	10	10	10
27/6	18:00	1000	1000	50	80	10	10	10	10	10	10	10	10	10
27/6	19:00	1000	1000	50	80	10	10	10	10	10	10	10	10	10
27/6	20:00	1000	1000	50	80	10	10	10	10	10	10	10	10	10

LEGENDA: UR - Urina - OR - Volume Orçado - SV - Volume Sinal - SA - Sinais Vitais - SB - Sinais Vitais

## **Anexo 21 – Aspecto Gestão de Processos**

Divulgação do Treinamento da ROP 01 – Identificação do Paciente



### **A ASSISTÊNCIA SEGURA SALVA VIDAS E PREVINE DANOS**

**Prezados Líderes,**

**Convidamos todos para a apresentação do Protocolo de Identificação do Paciente. Este protocolo faz parte da ROP de Identificação – Procedimento obrigatório para Certificação Canadense.**

**É indispensável à participação de toda a liderança, pois serão multiplicadores para o desenvolvimento da cultura da segurança.**

**A cultura da segurança é o produto das pessoas e dos valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso da instituição com a gestão da segurança na assistência.**

**Segue abaixo as datas e horários de cada turma:**

- Quarta - feira, 25/04 às 10h e 14h no Auditório do CDEP**
- Quinta - feira, 26/04 às 10h e 14h no Auditório do CDEP**

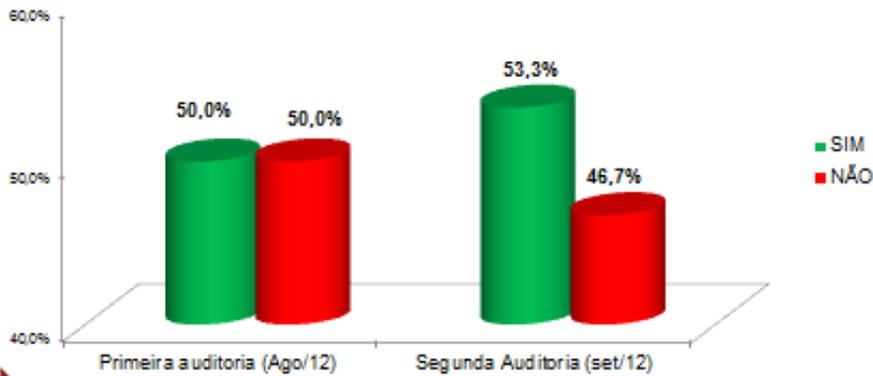
**TIME INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO**



**Anexo 22 – Aspecto Gestão de Processos**  
*Resultado a Implantação da ROP 01 – Identificação do Paciente*  
*Auditoria Clínica – Entrevista Paciente*

Resultado ROP Identificação

Paciente / Familiar Orientado

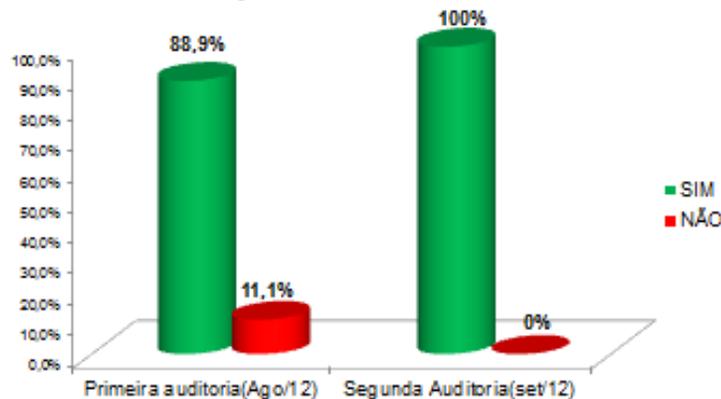


29

Resultado ROP Identificação

Fonte: Auditoria Clínica do Time de Informação e Comunicação  
Período: Agosto e setembro/12  
Amostra: 54 (ago) e 45 (set) pacientes  
Método: Análise de prontuário/Entrevista

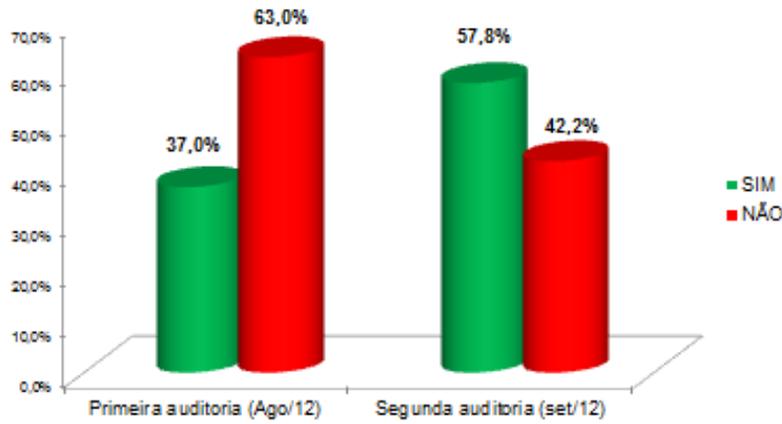
Identificação com Pulseira Azul



28

## Resultado ROP Identificação

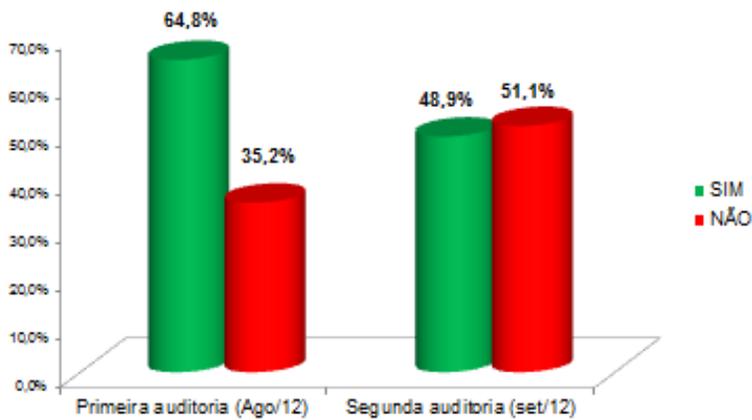
Conferência da Pulseira pelos Profissionais



30

## Resultado ROP Identificação

Impressos do Prontuário Identificados.



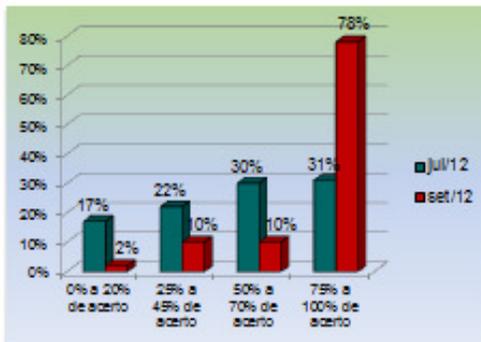
31

Resultado por meio de Questionário aplicado aos profissionais da Instituição

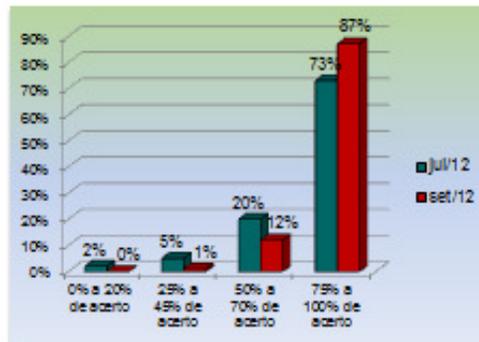
## Resultados

- **Julho/2012:** aplicados 635 questionários, sendo que 183 representam a área administrativa e 452 a área assistencial.
- **Setembro/2012:** aplicados 486 questionários, sendo que 124 representam a área administrativa e 362 a área assistencial.

### Questionário – ROP de Identificação – % acerto



Área Administrativa



Área Assistencial



Fonte: arquivo Time RH

## Anexo 23 – Aspecto Gestão de Processos Simulação Plano de Abandono





**Anexo 24 – Aspecto Gestão de Processos**  
*Simulação Plano de Atendimento a Múltiplas Vítimas*

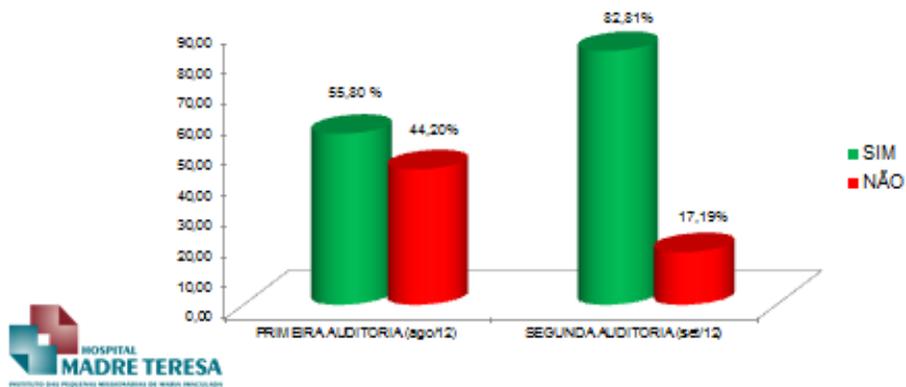


**Anexo 25 – Aspecto Gestão de Processos**  
**Resultado ROP 2 – Transferências Internas**  
**% Adesão ROP Transferência**

**Resultado ROP Transferência**

Fonte: Auditoria Clínica do Time de Informação e Comunicação  
 Período: Agosto e setembro/12  
 Amostra: 95 (ago) e 63 (set) Oportunidades de Transferências  
 Método: Análise de prontuário

Presença do Documento de Transferência

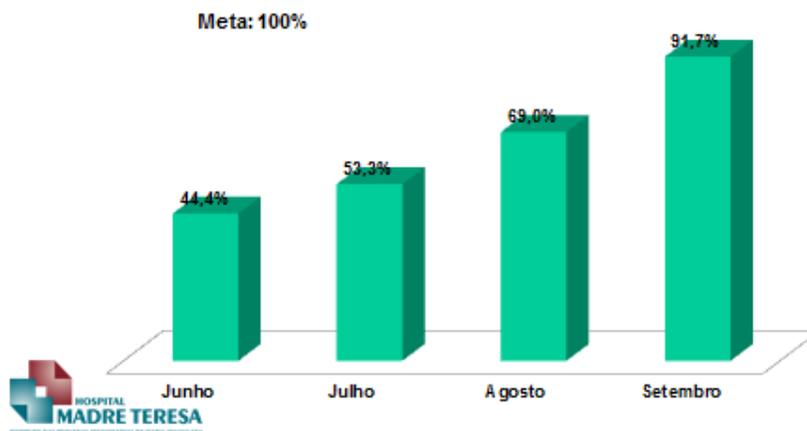


22

**Anexo 26 – Aspecto Gestão de Processos**  
**Resultado ROP 3 – Reconciliação Medicamentosa**  
**% Adesão à ROP Reconciliação Medicamentosa**

**Resultado Reconciliação Medicamentosa**

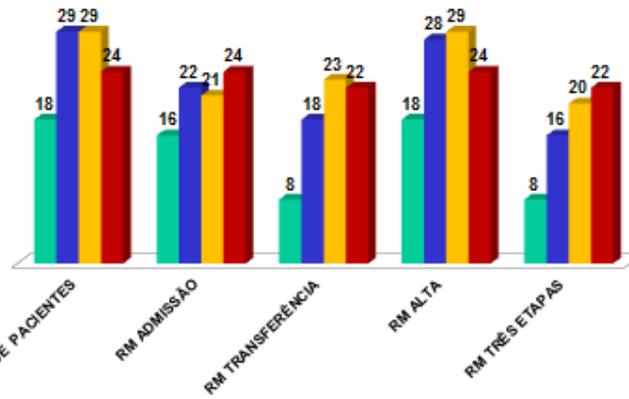
Reconciliação Medicamentosa Pacientes Pós  
 Angioplastia Eletiva



## Resultado Reconciliação Medicamentosa

### Reconciliação Medicamentosa Pacientes Pós Angioplastia Eletiva

■ Junho ■ Julho ■ Agosto ■ Setembro



## Anexo 27 – Aspecto Gestão de Pessoas

Convite para abertura da Implantação do Modelo Canadense de Acreditação

# ENTRE EM CAMPO COM O TIME DO HMT



## NÃO FIQUE DE FORA! FAÇA PARTE DESTE TIME!

Você é nosso convidado especial, venha relembrar a trajetória da acreditação do HMT e conhecer mais sobre o nosso próximo desafio, o Modelo internacional Canadense.

### PROGRAMAÇÃO

Dias 07 e 08 de Março

Horário das apresentações - 07h e 08h30min – Apresentação da trajetória da acreditação do HMT

Irmã Simone Santana – Diretora Geral

Após as apresentações você é nosso convidado para compartilhar um café da manhã especial.

Realização:



## Sensibilização/ Café com Segurança



## Anexo 28 – Aspecto Gestão de Pessoas

Capacitação das equipes multiprofissionais nas práticas implementadas de forma lúdica



**De olho na Qualidade**

Ajude a salvar uma vida

Você sabe o que é TRR? São as siglas que identificam o **TIME DE RESPOSTA RÁPIDA**.  
Uma equipe de profissionais de saúde, cujo objetivo é ajudar a salvar vidas.

Convocamos todos os ENFERMEIROS e TÉCNICOS DE ENFERMAGEM do HMT para o primeiro treinamento com o Time de Resposta Rápida, que será realizado nos dias 19 à 23 de março no CDEP.

**PROGRAMAÇÃO**

**ENFERMEIROS DIURNOS E NOTURNOS**  
Dia 19/03 - 13h | Instrutora - Enfermeira Cristina Gomes Ribeiro - Coordenadora UTI-3  
15 e 18h | Instrutora - Enfermeira May Magalhães Sholl - Coordenadora AT, 24h

**TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**  
Dias 19, 20 e 22 de março  
Plantão Diurno  
15 e 16h | Instrutora - Enfermeira Cristina Gomes Ribeiro - Coordenadora UTI-3  
Plantão Noturno  
19h30min e 20h30min | Instrutora - Enfermeira May Magalhães Sholl - Coordenadora AT, 24h

Dia 21 de março  
Plantão Noturno  
19h30min e 20h30min | Instrutora - Enfermeira May Magalhães Sholl - Coordenadora AT, 24h

Dia 23 de março  
Plantão Diurno  
15 e 16h | Instrutora - Enfermeira May Magalhães Sholl - Coordenadora AT, 24h



Capacitação Protocolo de SEPSE



*Implantação da ROP de Higiene de Mãos*



*Implantação do Check List de Cirurgia Segura*



*Treinamento das ROPs com a criação da "ROP Music"*

**Anexo 29 – Aspecto Gestão de Pessoas**  
*Curso In Company em parceria com o IQG para capacitar as lideranças na prática de Auditoria Clínica em março/12.*



Anexo 30 – Aspecto Gestão de Pessoas

*Divulgação da Gestão por Competência*

# GESTÃO POR COMPETÊNCIA

O TIME HMT ESTÁ EM CAMPO!  
E UM GRANDE TIME SE FAZ COM GRANDES PESSOAS!



O HOSPITAL MADRE TERESA  
TRAZ ATÉ VOCÊ UMA NOVA ESTRATÉGIA ORGANIZACIONAL:

**GESTÃO POR COMPETÊNCIA.**

AUTOCONHECIMENTO, VISÃO, HABILIDADE, TALENTO E  
MAESTRIA SÃO FERRAMENTAS FUNDAMENTAIS EM CAMPO!



AGUARDE!

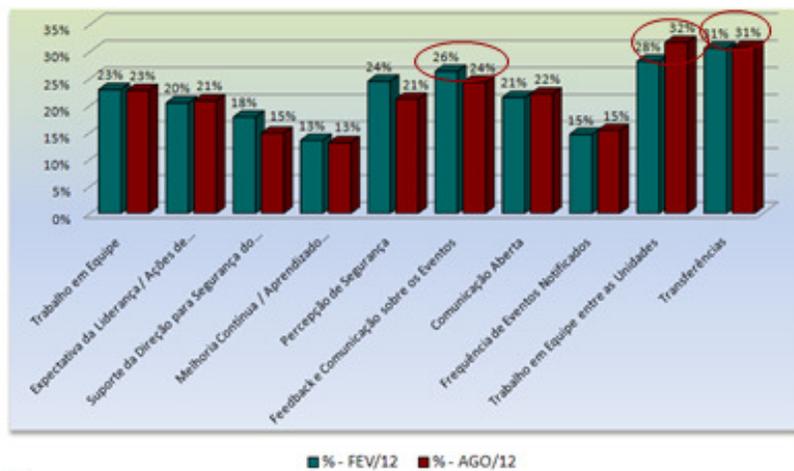


## Anexo 31 – Aspecto Gestão de Pessoas

Resultado da Pesquisa ROP 11 – Análise Prospectiva Relacionada à Segurança

### Resultado Avaliação dos Pontos de Melhoria

#### Pesquisa - Cultura da Segurança

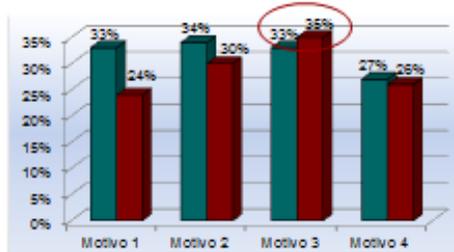


Amostragem: Fevereiro – 881 e Agosto – 649

Fonte: Pesquisa - Time RH

### Resultado Geral

#### Critério a ser trabalhado dentro da dimensão Transferências



- Raramente ocorrem problemas na troca de informações entre as Unidades do hospital.

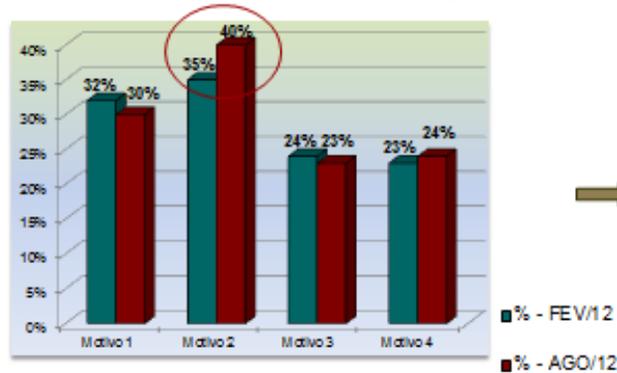
■ % - FEV/12  
■ % - AGO/12

Fonte: Pesquisa - Time RH



## Resultado Geral

Critério a ser trabalhado dentro da dimensão Trabalho em Equipe entre as Unidades



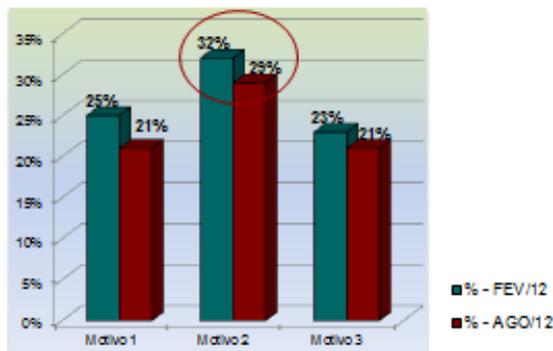
2. Há boa cooperação entre as unidades quando precisam trabalhar juntas

Fonte: Pesquisa - Time RH



## Resultado Geral

Critério a ser trabalhado dentro da dimensão Feedback e Comunicação sobre os Eventos



2. Somos sempre informados sobre os eventos que acontecem nesta unidade

Fonte: Pesquisa - Time RH



## Anexo 32 - Aspecto Responsabilidade Social

### *Ações de Promoção à Saúde por meio de Trabalhos Voluntários*





cartaz

# 1ª Caminhada da Saúde

**19/05/2012**  
das 08:00 às 10:30

Plaza de Atletismo do Academia da Polícia Militar  
Rua Dielase, 320 - Bairro Prado  
(Pagar para estacionamento no final)

**Participe e traga a sua família.**

Venha participar da caminhada mais animada da cidade.

# CAMINHADA

## São Geraldo - Marzagão

**Dia 20 de maio de 2012**

Saída às 09:00 da Praça Santuário São Geraldo

Haverá ônibus para retorno ao São Geraldo.

**Imperdível!**

Chegada no Bar do Jair Marzagão Show Musical

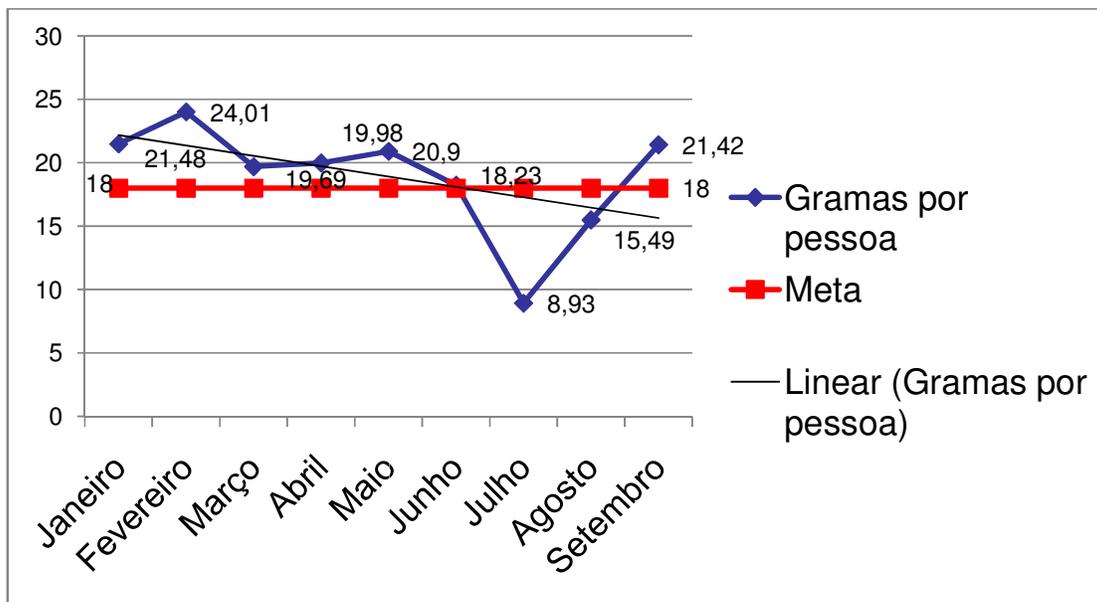
Troca do kit caminhada a partir do dia 5 de maio no Lar dos Idosos na rua Potomaio, 427 - São Geraldo ou na sede do AFFEMO, com Isabela, 7º andar.  
Levar três produtos, a escolha: arroz ou café ou açúcar ou feijão mais macarrão ou caixinha de leite mais produto de limpeza: sabão em pó ou amaciante ou galão de cloro ou detergente.

**Façam suas doações, não deixem de ajudar. Aguardamos sua presença.**  
Informações: marzagao2012@yahoo.com.br

*Eventos de promoção à saúde oferecidos à comunidade*

### Anexo 33 - Aspecto Responsabilidade Social

Resto de ingestão – gramas/pessoa



### Anexo 34 – Aspecto Responsabilidade Social

Adequação do Abrigo Externo



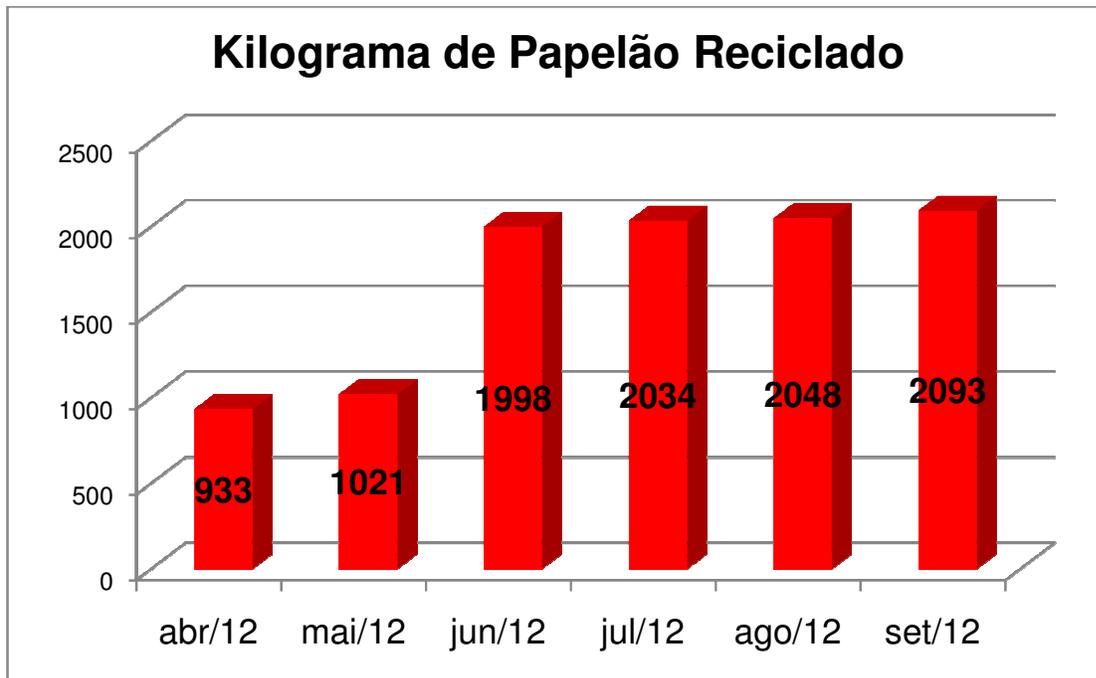
Área do antigo abrigo: 30,78 m<sup>2</sup>



Área do novo abrigo: 65,49 m<sup>2</sup>

## Anexo 35 - Aspecto Responsabilidade Social

*Início da mensuração do papelão*



## Anexo 36 - Aspecto Responsabilidade Social

*Práticas Aprimoradas e/ou Desenvolvidas pela Melhorar a Qualidade de Vida do Colaborador*



*Intensificação da Ginástica Laboral*





**29 DE AGOSTO  
DIA NACIONAL DE COMBATE AO FUMO**

VOCÊ ACABA DE GANHAR  
**11** MINUTOS  
DE VIDA



CADA CIGARRO QUE VOCÊ FUMA DIMINUI EM MÉDIA  
11 MINUTOS DA SUA EXPECTATIVA DE VIDA\*

A ESCOLHA É SUA.

**ASSIM COMO CUIDAR DE VOCÊ É UMA ESCOLHA NOSSA!**

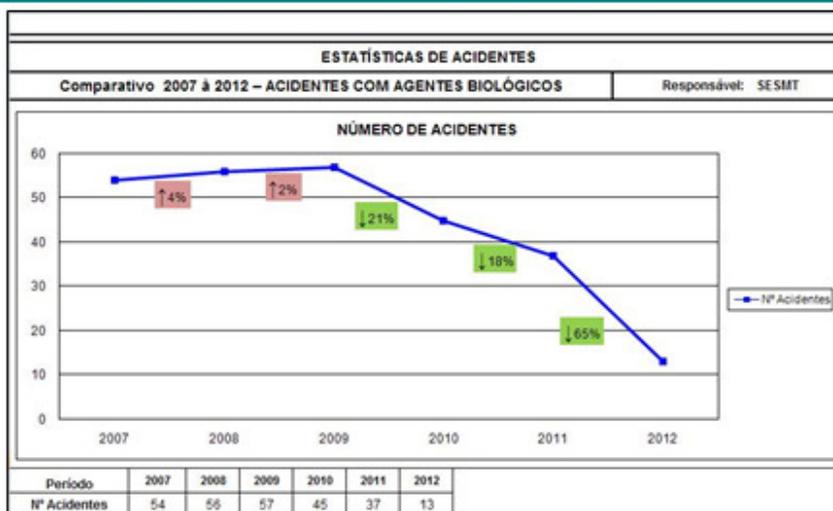
**SESMT**

\* Informação de pesquisa realizada por médicos da Universidade de Bristol, na Inglaterra.



*Campanha contra o Tabagismo*

Acidente de Trabalho Material Biológico

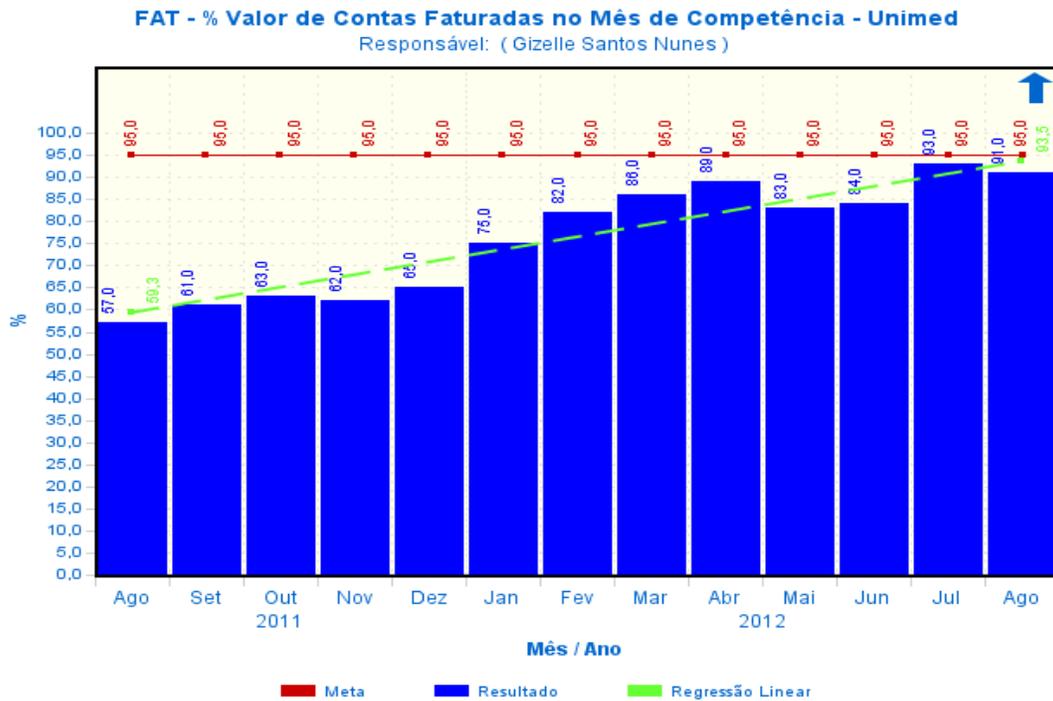
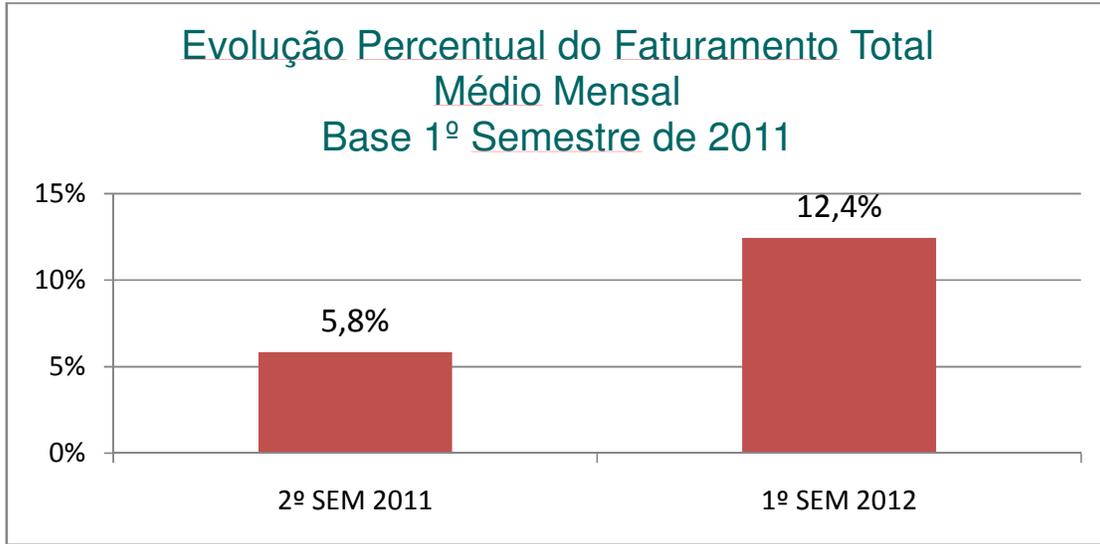


59

Resultado da

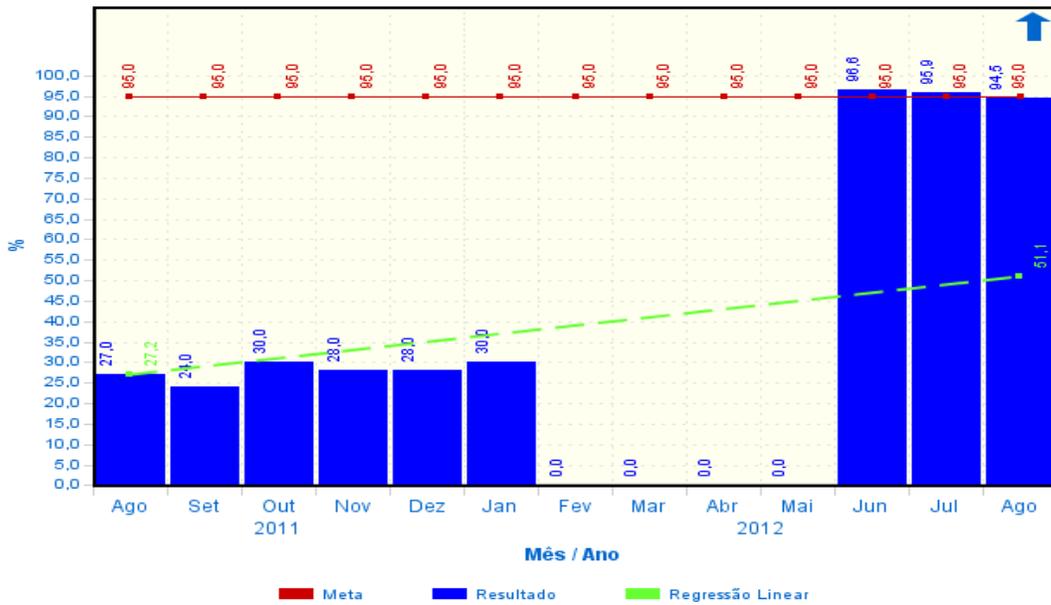
*Diminuição do Número de Acidentes com Material Biológico*

### Anexo 37 - Aspecto Financeiro



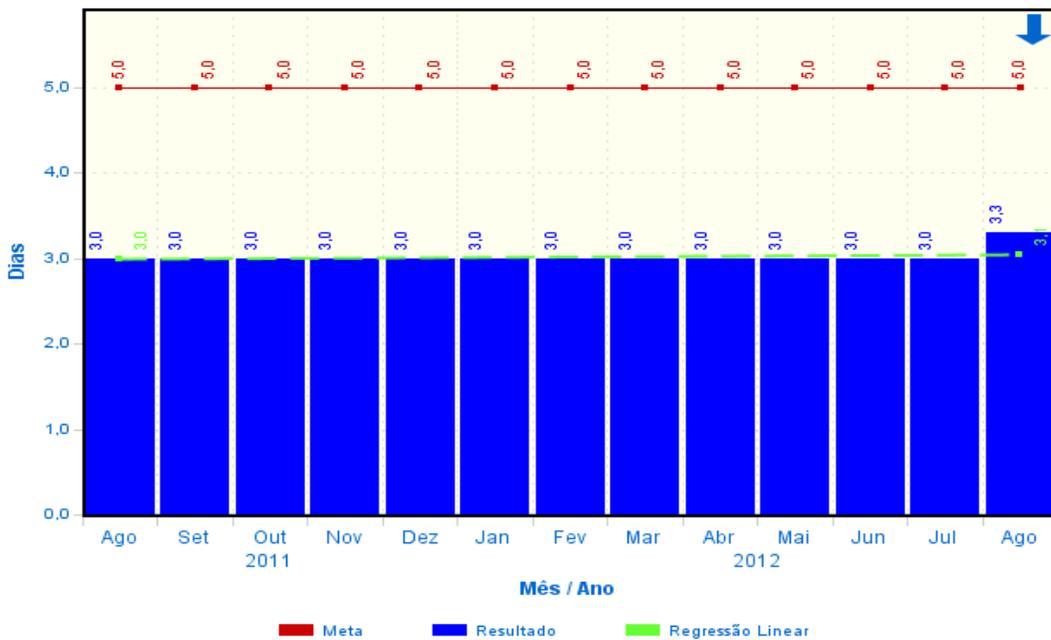
### FAT - % Valor de Contas Faturadas no Mês de Competência - Outros Convênios

Responsável: ( Gizelle Santos Nunes )



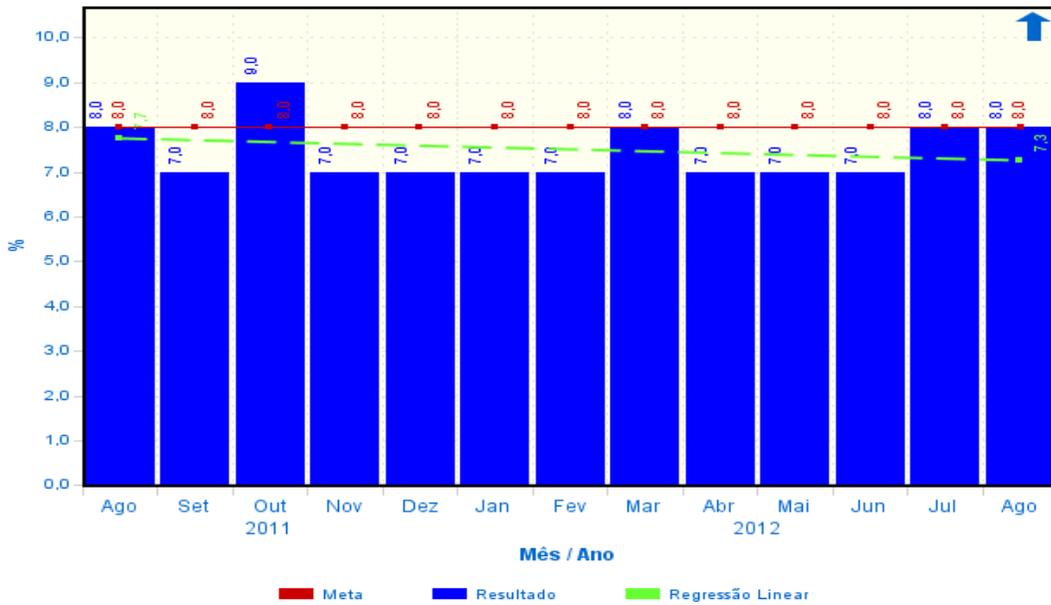
### GL - Tempo Médio de Permanência - Hospital Madre Teresa

Responsável: ( Aparecida Bernadete Borges )



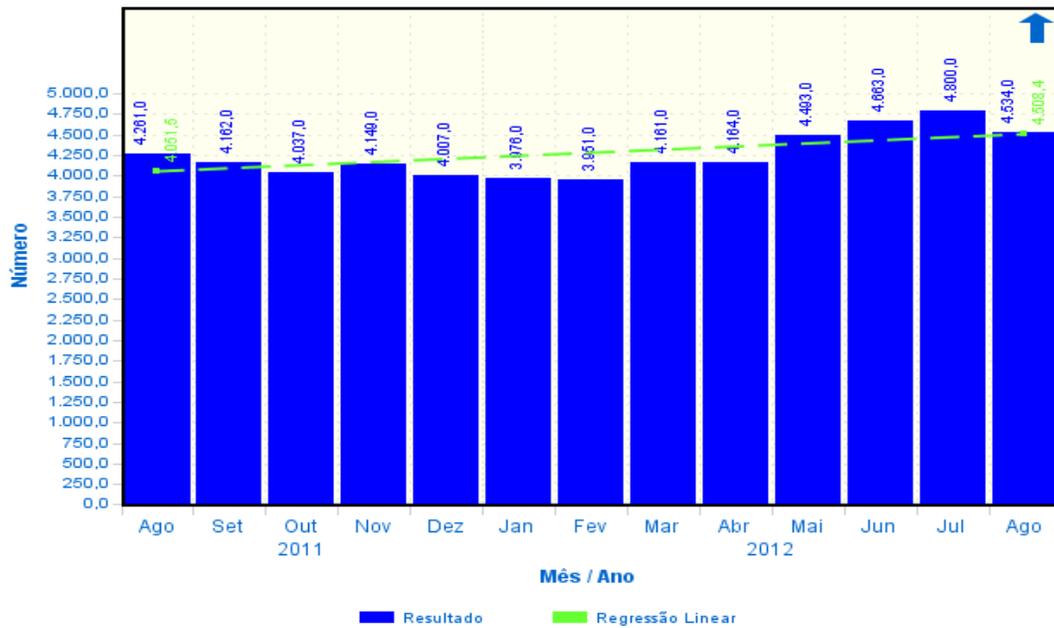
### GL - Giro de Leitos - Hospital Madre Teresa

Responsável: ( Aparecida Bernadete Borges )



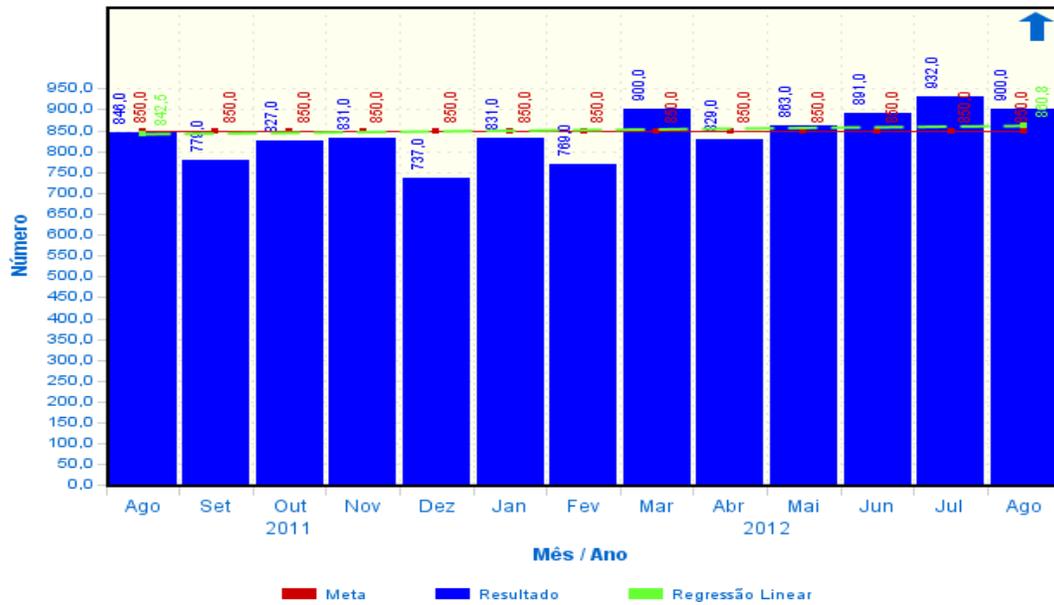
### AT 24H - Número de Atendimentos/mês

Responsável: ( May Magalhaes Sholl )



### BC - Número de Cirurgias Realizadas

Responsável: ( Flávia Alexandre dos Santos )



### AMB - Número de Cirurgias Provenientes do Ambulatório

Responsável: ( Marcia Terezinha Tavares Pereira )



## Anexo 38 – Conquista de Certificações Acreditações e Prêmios



*Acreditado Nível 2 em 2007 – Recertificado em 2009*



*Acreditado Nível 3 em agosto/2011*



*Cerimônia Oficial de Entrega da Placa e Certificado Modelo Canadense pelo Dr. Rubens Covello - CEO do Instituto Qualisa de Gestão*