

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



**PROJETO: IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE GESTÃO DA QUALIDADE  
NO HOSPITAL MADRE TERESA**

**Número de Inscrição: 001/2014**

Belo Horizonte, 14 de abril 2014

**COORDENADORA DO PROJETO:**

Waldirene Lopes Batista  
(Coordenadora da Gestão da Qualidade)

**PARTICIPANTES:**

Todas as Lideranças do nível estratégico e tático do Hospital

## 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: **IPMMI - 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 fisiologista 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 260 médicos, 98 especializandos e 1.476 colaboradores, tendo realizado em 2013, 1.301 internações média/mês e 864 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 2013, foram atendidas em média por mês 4.314 pessoas no Atendimento 24 Horas e 12.688 atendimentos 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 331,401 km<sup>2</sup>, possui uma população estimada de 2.479.175 habitantes (IBGE, 2010). Em Belo Horizonte são 36 hospitais, sendo um municipal, dois federais, sete estaduais, e os restantes filantrópicos e privados. Há cerca de 5.500 leitos na capital (3,2 leitos por mil habitantes) e a rede conta com 141 postos de saúde, 150 deambulatórios e 507 equipes do Programa Saúde da Família. (Wikipédia 2008).

## SUMÁRIO

1. Aspecto 1 - Liderança .....	7
2. Aspecto 2 – Planejamento Estratégico .....	8
3. Aspecto 3 – Foco no Cliente .....	10
4. Aspecto 4 – Gestão dos Processos .....	11
5. Aspecto 5 – Gestão de Pessoas .....	20
6. Aspecto 6 – Relação com Fornecedores .....	23
7. Aspecto 7 – Responsabilidade Social.....	24
8. Aspecto 8 – Resultado Financeiro .....	25
9. Aspecto 9 – Conquista de Certificações, Acreditações e Prêmios .....	26
10. Anexos.....	27

## **Aspecto 1 – Liderança**

O Hospital Madre Teresa tem se destacado no mercado pelo seu diferencial em recursos tecnológicos, científicos e pela qualidade dos serviços prestados aos seus clientes. Para dar continuidade ao seu crescimento e aprimorar os recursos já existentes, em julho de 2004, iniciou as primeiras ações para a implantação do seu Sistema de Gestão da Qualidade.

O modelo escolhido foi a Gestão por Processos, que entende a organização como um sistema formado por um conjunto de processos que trabalham de forma interligada para gerar o resultado final da Instituição, que é a eficácia na assistência, uma assistência com menor custo, maior resolutividade e maior qualidade.

A Coordenação da Gestão da Qualidade, responsável pelo desenvolvimento e implantação do projeto, trabalhou alinhado à estratégia do Hospital, diretamente com todos os gestores, líderes dos processos da Instituição. Definiu papéis e responsabilidades no desenvolvimento das atividades e promoveu cursos de capacitação, treinamentos e palestras para disseminação das práticas de gestão que seriam implantadas no Hospital. Estabeleceu canal de comunicação diretamente com as lideranças da Instituição, e por meio de reuniões orientou o mapeamento dos processos, mapeamento dos riscos, a definição de indicadores de desempenho, a interação de processos e a padronização das rotinas em cada processo específico.

Manteve-se prestativa e ágil na resolução de conflitos, como por exemplo, entrevistou quando identificado à necessidade de estruturar grupos de melhoria para trabalhar com método e solucionar problemas identificados.

Desde o início, de maneira pró ativa, foram definidas várias ações de endomarketing com o objetivo de mobilizar e engajar toda a força de trabalho no desenvolvimento de um processo de gestão da mudança cultural e comportamental da organização.

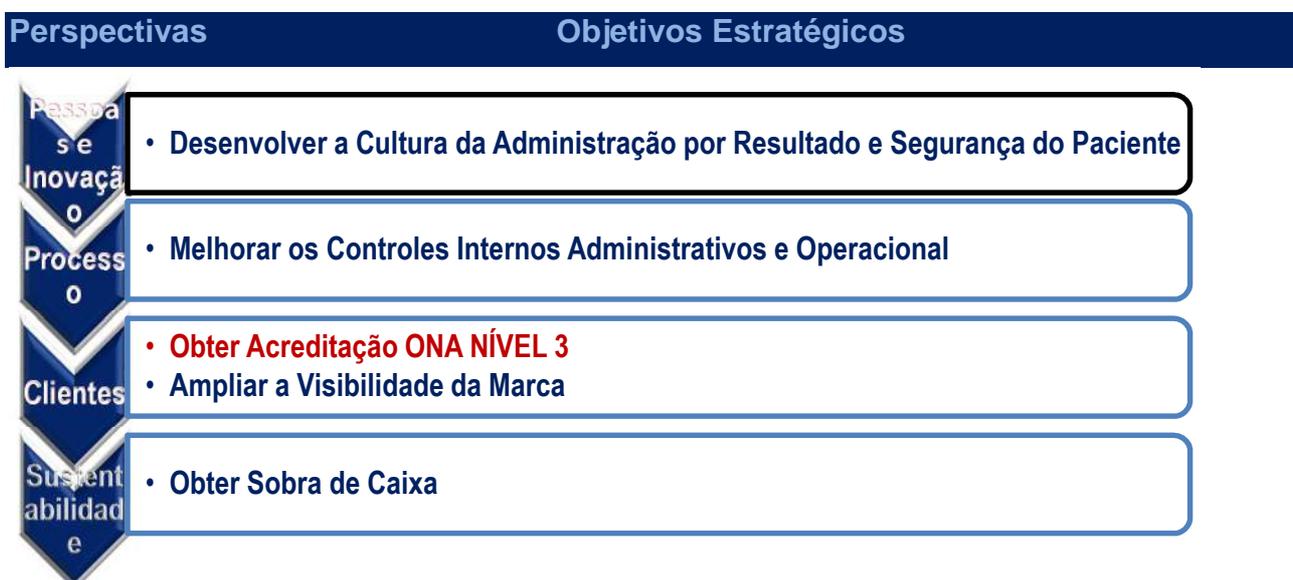
As dificuldades encontradas e a necessidade de ampliação de recursos foram encaminhadas e discutidas em reuniões com a Diretoria Geral do Hospital.

Em 2006, por decisão estratégica, optou-se pelo alinhamento do Modelo de Gestão implementado no Hospital Madre Teresa às diretrizes da ONA - Organização Nacional de Acreditação. Nesse ano, o Hospital foi submetido a um diagnóstico pela ONA rumo a um

processo de Acreditação do seu Modelo de Gestão da Qualidade já iniciado no ano de 2004.

## Aspecto 2 – Planejamento Estratégico

A implantação do Sistema de Gestão a Qualidade no Hospital Madre Teresa foi alinhado à Estratégia da Organização. O primeiro Planejamento Estratégico formal do Hospital foi elaborado em 2006 ciclo 2006-2010, submetido à revisão em 2009 pela Alta Direção. Inicialmente foi elaborado sob orientação de consultoria externa, envolvendo apenas o nível estratégico da Organização. Foi definido o negócio, a missão, a visão e os valores, foi realizada a análise do ambiente interno e externo e estabelecido os objetivos estratégicos, que foram desdobrados em projetos. Em 2011, foi elaborado novo 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, gerentes e especialistas, contou também com a participação do corpo clínico e colaboradores do nível tático e operacional. 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). Em 2013 foi realizada a revisão do Planejamento Estratégico pelo Grupo Gestor do Planejamento Estratégico com o envolvimento do corpo clínico, média liderança e colaboradores da Instituição, seguindo a metodologia BSC. A implantação do Sistema de Gestão da Qualidade no Hospital Madre Teresa teve início por decisão administrativa, e em 2006 foi alinhada aos objetivos estratégicos: Planejamento Estratégico 2006-2010



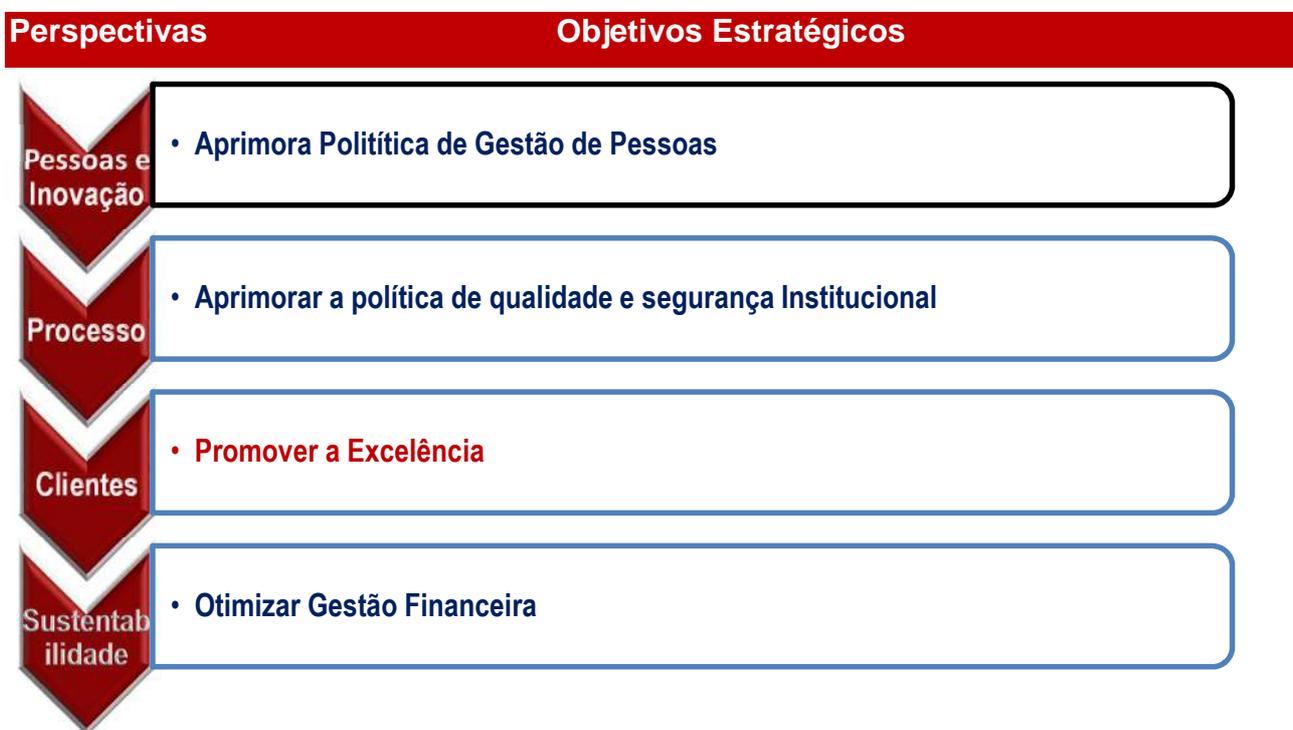
**Objetivo Estratégico em 2006** - Obter Acreditação ONA nível 3 até 2010.

**Justificativa** – Nessa época, no cenário do setor de saúde, os planos de saúde começaram a exigir de seus fornecedores a Acreditação como Garantia da Qualidade dos Serviços. A Unimed passou a remunerar de forma diferenciada as Instituições Acreditadas. Simultaneamente, a ONA orientaria o desenvolvimento de um modelo de gestão com enfoque na Segurança (ONA Nível 1), Gestão Integrada (ONA Nível 2) e Resultado (ONA Nível 3), e dessa forma, a Acreditação passaria a ser um suporte indispensável aos princípios estratégicos da organização, como a visão sistêmica, gestão por processos, como foco no paciente, foco na segurança, desenvolvimento de pessoas, melhoria contínua, cultura da inovação, entre outros.

**Meta** – Obter Acreditação ONA Nível 1 até julho de 2007 e nível 3 até 2010.

Novo ciclo 2011-2014

**Planejamento Estratégico 2011-2014**



**Objetivo estratégico em 2011** – Promover a Excelência

**Iniciativa Estratégica** – Obter Acreditação ONA Nível 3.

**Justificativa** – Cumprir com a missão, valores e alcançar a visão da Instituição.

**Meta** – Obter certificado de acreditado com excelência (ONA nível 3) até o final de 2011.

A Acreditação Hospitalar foi uma prioridade no Planejamento Estratégico do Hospital e a obtenção do certificado representaria um importante passo em direção à Visão de Futuro do Hospital.

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

**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.

Desde a definição da sua identidade organizacional, ações foram definidas para efetivar a divulgação a toda a força de trabalho por meio de palestras e cartilhas (anexo 1).

De acordo com a metodologia BSC, os objetivos estratégicos foram alinhados a metas e iniciativas estratégicas, que foram desdobradas em planos de ações, com responsabilidades definidas, prazo de início e fim das ações. São mantidas reuniões mensais do Grupo Gestor do Planejamento Estratégico para o gerenciamento do status das ações propostas e o desempenho dos indicadores, cujos registros são realizados 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, agradecimentos, reclamações e esclarecerem dúvidas sobre os serviços oferecidos pelo Hospital.

O CACAP RC – Comitê de Ação Corretiva e Ação Preventiva de Reclamação de Clientes, composto por representantes de diversas áreas do Hospital (anexo 2), se reuniu semanalmente para analisar as manifestações dos clientes e estudar a possibilidade de estabelecer melhorias na Instituição. O comitê permaneceu no período de 2005 a 2010, uma vez que melhorias na prática foram estabelecidas com a implantação do Software de Gestão Interact – Módulo Gestão de Ocorrência, o qual permite realizar o registro das manifestações dos clientes (reclamação, agradecimentos, 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. Com a informatização do processo e

na busca de melhorias na gestão, o serviço ampliou sua divulgação de forma a reforçar mais a interação com o cliente e poder ouvi-lo. O número de manifestações passou a ser um indicador dos processos envolvidos e compete ao gestor responsável realizar a análise crítica com a identificação das causas raízes e definição de ações de melhoria. O gerenciamento do número de manifestações, as análises e o status das ações, é realizado por meio do sistema informatizado Interact – Módulo Gestão de Ocorrência (anexo 3).

O serviço realiza pesquisa de satisfação dos clientes internos, do Ambulatório, do Atendimento 24h e do Centro de Diagnóstico por imagem. Inicialmente a pesquisa era realizada por telefone e em 2012 houve reestruturação no modelo de pesquisa, que passou a ser feita por meio do preenchimento do formulário (anexo 4), 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%. Ao final de 2013, alinhado ao projeto piloto Qualiss da ANS, a pesquisa do paciente internado passou por revisão do seu conteúdo e a sua realização passou a ser mensal. 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 envolvidos e os registros são mantidos no Software de Gestão Interact (anexo 5).

Os clientes são informados sobre as novas práticas de gestão e assistenciais e as melhorias implementadas no 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 (anexo 6).

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

Várias foram as práticas de gestão e assistenciais implementadas no decorrer de todo o projeto. Destacaremos a seguir as práticas de maior relevância e impacto na mudança cultural da instituição.

##### **1- Programa 5S**

No primeiro semestre de 2005, foi realizado treinamento para toda a força de trabalho da Organização e estabelecido cronograma de implantação do Programa 5S. Após a

implantação foi estruturado a equipe de auditores internos do Programa 5S, e, periodicamente são ministrados treinamentos à medida que surge a necessidade de estruturar nova equipe, que é composta por colaboradores do nível operacional da Instituição (anexo 7). Após as auditorias é disponibilizado um relatório, que tem como sinalizador uma flor de 5 pétalas, na qual cada pétala representa um S, e o objetivo é que todas as pétalas estejam na cor verde, significando que a equipe pratica os 5S, se a pétala estiver amarela, significa que foi identificada alguma oportunidade de melhoria em algum S específico, e, se a pétala estiver vermelha significa que naquele S específico a equipe não está praticando. Caso haja, é descrito no relatório as não conformidades e/ou oportunidades de melhorias identificadas para que a equipe do processo avaliado desenvolva ações de melhoria (anexo 8). São mantidos treinamentos do Programa 5S no TBI (Treinamento Básico Introdutório) para todos colaboradores recém-admitidos na Instituição. Em agosto de 2013 foi realizada nova campanha para incentivar e fortalecer a prática do Programa 5S, com publicações na Intranet, cartazes e a confecção de cartilhas para ser entregue aos colaboradores por meio de teatro (anexo 9). O relatório de auditoria e o acompanhamento das ações de melhoria são feitos através do software de Gestão Interact - Módulo Performance (anexo 10).

## **2 - Modelo de Gestão por Processos**

### **2.1- Estruturação da Cadeia de Processos**

Os processos do Hospital Madre Teresa foram identificados e classificados como processos gerenciais, estratégicos, primários e processos de apoio. Os processos estratégicos foram definidos por meio de matriz de priorização, que são revisados anualmente conforme revisão do Planejamento Estratégico do Hospital (anexo 11).

### **2.2- Gerenciamento de Processo**

Essa prática iniciou em 2005 e já passou por várias revisões ao longo do período. A frequência para as revisões é de acordo com a necessidade identificada no gerenciamento de processo; e novos protocolos e novos resultados esperados são estabelecidos em decorrência da melhoria contínua dos processos. Todos os processos primários e estratégicos identificados na cadeia de processos foram mapeados com base no modelo 5W e 1H. Durante o mapeamento dos processos houve discussão com os gestores das áreas visando promover análise crítica e a revisão das rotinas de trabalho. No mapeamento dos processos, foi identificado através dos fluxos, repetição de tarefas

e/ou etapas do processo que inexistiam. Foi orientado aos gestores discutirem e revisarem as rotinas de trabalho com toda a equipe do processo com o objetivo de identificarem oportunidades de melhorias nas tarefas realizadas.

De acordo com o modelo adotado foi definido as principais tarefas do processo (macrofluxo), responsáveis pela execução das tarefas, quando e onde cada tarefa é realizada e os procedimentos para realização das tarefas. Definido o produto de cada processo e o resultado esperado alinhado à estratégia da organização (anexo 12). A Coordenação da Gestão da Qualidade é responsável pela definição do modelo, acompanhar as revisões junto aos gestores e manter o controle dos documentos.

No decorrer da análise crítica dos processos, foi constatada a necessidade de criar grupos de melhorias para trabalhar com método e solucionar problemas identificados. Em julho de 2005, o Grupo Gestor do Prontuário trabalhou com o método PDCA (planejar, executar, verificar e padronizar) com o objetivo de melhorar a qualidade do prontuário, enviá-los ao faturamento em menor tempo possível e alcançar o objetivo geral que é aumentar o faturamento na competência (anexo 13). Em dezembro/2005, definido equipe para trabalhar com a otimização do tempo de encaminhamento de clientes ao Bloco Cirúrgico, com o método PDCA, cujo objetivo geral foi reduzir o tempo de encaminhamento dos pacientes ao Bloco Cirúrgico (anexo 14). Em 2007 estruturado equipe para trabalhar o fluxo de cirurgias eletivas com OPME (Órtese, Prótese e Materiais Especiais), com os objetivos de formalizar o fluxo de cirurgia com OPME, diminuir o cancelamento de cirurgias, e aumentar o número de registros na pré-internação (anexo 15).

### **2.3- Sistema de Medição**

A construção do sistema de medição do Hospital iniciou em 2007. A partir da gestão, novos indicadores eventualmente são definidos e outros deixam de ser gerenciados à medida que as análises críticas direcionam para isso. A Coordenação da Gestão da Qualidade é responsável por orientar e direcionar os gestores na definição dos indicadores de apoio a gestão (anexo 16).

Os indicadores estratégicos foram definidos no Planejamento Estratégico da Instituição, como ferramenta para medir o alcance dos objetivos estratégicos. Os indicadores dos processos primários e estratégicos foram definidos com base na estrutura do Modelo

Nacional de Acreditação ONA: indicadores de estrutura, indicadores de processo e indicadores de resultado. Os indicadores de resultados foram definidos pelo desdobramento das metas estratégicas nos processos. Para os processos de apoio foram definidos indicadores de desempenho.

A gestão dos indicadores é feita pelos coordenadores dos processos (nível tático), por meio de análise crítica dos resultados mensal, semestral ou anual, de acordo com as especificações na ficha técnica de cada um, e com o envolvimento da equipe multiprofissional. Bimestralmente ocorre a reunião das gerências (nível estratégico) com os coordenadores, para acompanhamento dos resultados e análises críticas, e, mensalmente ocorre a reunião do Grupo Gestor do Planejamento Estratégico para acompanhamento das metas do Planejamento Estratégico.

Desde 2009, iniciamos o Seminário de Análise Crítica dos Indicadores, com frequência semestral, com o objetivo de gerar oportunidades para discussão dos resultados setoriais que impactam na Instituição como todo. Nesse seminário, os gerentes e coordenadores são convocados a apresentarem os resultados dos indicadores, as análises críticas e as ações preventivas e/ou corretivas e metas do Planejamento Estratégico da Instituição. Em 2010, o evento foi aberto aos colaboradores e corpo clínico, uma vez que a participação ativa dos profissionais dos diversos processos favorece a tomada de decisão mais madura e assertiva (anexo 17).

Em 2011 o processo de gestão foi informatizado por meio da aquisição e implantação do Software de Gestão Interact – Módulo Performance, e todo o gerenciamento do sistema de medição do Hospital passou a ser realizado no sistema. O Software permite visualizar os indicadores estratégicos, de estrutura, de processo e resultado, as análises críticas e o status das ações de melhorias propostas (anexo 18).

#### **2.4- Padronização das Rotinas**

A padronização é uma técnica que visa reduzir a variabilidade dos processos, uma ferramenta utilizada para assegurar a retenção do capital intelectual da organização, prover evidência objetiva e treinamentos para os novos colaboradores. Essa prática iniciou em 2005 e os gestores dos processos estratégicos, primários e de apoio foram orientados a padronizarem as rotinas de trabalho com o envolvimento da equipe. Orientado a descrever as tarefas prioritárias e colocar no formato padrão estabelecido

pela Gestão da Qualidade. Foram estabelecidas as seguintes categorias de documentos: formulários, fluxogramas, mapas de processos, interação de processos, procedimento operacional padrão administrativos, procedimento operacional padrão técnicos, protocolos clínicos, protocolos de segurança, manuais e regimentos. Os documentos do Sistema de Gestão da Qualidade são gerenciados por meio do Controle de Documentos.

## **2.5- Controle de Documentos**

A documentação do Sistema de Gestão da Qualidade é mantida em meio magnético e/ou físico. Os documentos são identificados através de cabeçalho contendo as seguintes informações: nome do documento, versão, data da emissão e paginação. Antes de serem emitidos, os documentos passam por um ciclo que compreende elaboração, consenso SCIH e SESMT (quando aplicável), aprovação pela gerência da área e homologação pela Gestão da Qualidade. Somente depois de homologados, os documentos são disponibilizados aos setores pertinentes. Esta cadeia é rastreada através do sistema informatizado.

Deve ser feita análise crítica do documento sempre que necessário e a cada revisão do documento repete o ciclo de emissão de documentos. As alterações efetuadas nos documentos são evidenciadas no sistema informatizado, de modo que possam ser prontamente identificadas.

O controle de distribuição dos documentos é feito através do sistema informatizado, que indica a localização de cada documento e a versão atual. De modo a assegurar que as versões atuais dos documentos estejam disponíveis nos locais aplicáveis. São mantidos protocolos eletrônicos de distribuição de documentos. As cópias dos documentos do sistema de gestão da qualidade são sinalizadas como “cópia controlada”.

Quando um documento se tornar obsoleto, a Gestão da Qualidade promove a troca das cópias impressas do documento obsoleto pelo documento atual. As cópias eletrônicas são atualizadas automaticamente pelo sistema informatizado. É mantida uma cópia do documento obsoleto no sistema informatizado por no mínimo 20(vinte) anos, sendo cópias impressas são picotadas antes de serem descartadas ou são anuladas com traço a caneta antes de serem reaproveitadas como papel rascunho (anexo 19).

## **2.6- Interação de Processos**

Essa prática consiste em estabelecer a cadeia de valores da Instituição, que impacta diretamente no resultado dos processos. O Coordenador da Qualidade juntamente com os gestores dos processos, identificou os clientes e fornecedores internos dos processos primários e estratégicos da Instituição, definiu as entradas e saídas, e os requisitos de entrada e saída de cada processo, contemplando o quê, como e prazo. Após, foi estabelecido a interação, o acordo formal entre as partes, por meio de documento denominado “Interação Entre Processos” (anexo 20).

A prática iniciou em abril de 2007 e as atualizações são feitas à medida que surge a necessidade de alteração identificada pelo gestor responsável ou pela Gestão da Qualidade. Por meio do gerenciamento de processos, em agosto de 2010 foi realizada novas atualizações da Interação de Processos, versão 02. Em maio de 2011 realizada novas atualizações, versão 03. Em abril de 2012 novas atualizações priorizando restringir o contrato formal apenas com os fornecedores de insumos críticos, alinhando ao produto dos processos, versão 04. Alguns documentos se encontram na versão 03 ou 05, devido a necessidade ou não de novas atualizações. As atualizações são evidenciadas pelo controle de documentos e o cumprimento dos acordos estabelecidos é gerenciado por meio de registros de não conformidades.

## **2.7- Gestão de Não conformidades**

Quando há quebra de contrato na cadeia de valor, o não cumprimento de um acordo estabelecido na Interação de Processos configura uma não conformidade. A não conformidade pode e deve ser registrada por qualquer colaborador do Hospital, por meio da Intranet. O gestor responsável do processo que originou a não conformidade recebe a não conformidade via intranet e registra a disposição/correção realizada. Ao final do mês, emite um gráfico de Pareto pelo Software Gestão de Ocorrência, das não conformidades recebidas e procede a análise crítica para tomada de ação corretiva.

A sistemática para gestão das não conformidades iniciou em 2007 com o desenvolvimento, pelo departamento de informática, do Software Gestão de Ocorrência, que permite gerar o Gráfico de Pareto com base nos registros feitos pela Intranet do Hospital (anexo 21).

### **3- Auditoria Interna da Qualidade**

As Auditorias Internas são realizadas com o propósito de evidenciar o grau de conformidade do Sistema de Gestão da Qualidade em relação aos critérios de auditoria. Os critérios de auditoria estão relacionados ao Sistema de Gestão da Qualidade do Hospital e Modelo de Acreditação ONA. São conduzidas pelo método a seguir: Entrevistas com os colaboradores, verificação de documentos e verificação de registros.

As constatações da Auditoria Interna podem ser pontos fortes, não conformidades ou oportunidade de Melhoria. As não conformidades representam o não atendimento a um requisito especificado, enquanto a oportunidade de Melhoria se refere a um ponto que poderia ser melhorado, mas que não representa uma não conformidade.

As auditorias internas são realizadas de acordo com o planejamento anual, por amostragem e com frequência semestral. Auditorias extras, quando necessárias, podem ser solicitadas à Gestão da Qualidade. A Gestão da Qualidade elabora uma agenda de Auditoria Interna, que é acordada com os processos a serem auditados pelo menos uma semana antes da auditoria.

Durante a realização da auditoria, o Coordenador da Qualidade consensa as não conformidades detectadas com o responsável pela área e elabora o relatório de Auditoria Interna da Qualidade. A gestão dos relatórios de auditoria interna da Qualidade e as ações de melhoria propostas pelo gestor responsável são realizados por meio do Software de Gestão Interact – Módulo Performance (anexo 22).

### **4 – Gerenciamento de Riscos**

O Modelo de Gestão da Qualidade adotado pelo Hospital Madre Teresa alinhado ao processo de Acreditação Hospitalar, vem buscando, por meio de estratégias, melhorias na gestão de seus processos com foco na segurança do paciente, colaboradores e ambiente. Desde 2007 a Instituição vem aprimorando e consolidando sua Política Institucional de Segurança, a qual contempla diretrizes que visam criar uma cultura para a prevenção, controle e redução dos riscos do ambiente hospitalar (anexo 23).

O Gerenciamento de Risco do Hospital incorpora cinco pilares para sustentação de um ambiente seguro: Mapeamento dos riscos clínicos e não clínicos; definição de protocolos clínicos; notificação e tratamento de eventos adversos; Mapeamento de perigo dos

processos e auditoria clínica como ferramenta de monitoramento e avaliação de resultados (anexo 24). Priorizaremos a apresentação de dois desses pilares:

#### 4.1- Mapeamento de Riscos Clínicos e Não Clínicos

Riscos Clínicos - São situações, condições, procedimentos, condutas, atitudes e determinações que têm a probabilidade potencial negativa de acontecer. Pode causar danos físicos, psicológicos, morais e materiais. Para cada risco identificado foi definida uma medida de prevenção e controle, denominada de Protocolo de Segurança (anexo 25). Alguns riscos clínicos mapeados:

<b>Riscos Clínicos</b>	<b>Medida de Prevenção e Controle</b>
<b>Falha na Identificação do Paciente Alérgico</b>	Protocolo de Identificação do Paciente Alérgico
<b>Erro de Medicação</b>	Plano de Aplicação Medicamentosa, Controle dos Narcóticos, Reconciliação Medicamentosa, Controle de eletrólitos concentrados.
<b>UPP - Úlcera por Pressão</b>	Protocolo de Prevenção e Tratamento de UPP
<b>Queda</b>	Protocolo de Prevenção de Quedas
<b>Falhas na Hemotransusão</b>	Protocolo para Solicitação e Infusão de Hemocomponentes
<b>TEV – Trombose Venosa Profunda</b>	Protocolo para Prevenção de TEV
<b>Desnutrição Intra-Hospitalar</b>	Triagem e Avaliação Nutricional
<b>Infecção de Corrente Sanguínea Associada a Cateter</b>	Protocolo Terapia Intravenosa
<b>VAP - Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica</b>	Protocolo de Prevenção de VAP
<b>Infecção em Sítio Cirúrgico em Cirurgias Limpas</b>	Protocolo de Prevenção de Infecção em Sítio Cirúrgico
<b>Riscos Relacionados a Procedimentos Cirúrgicos (ausência de reserva de sangue, cirurgia em local errado, ausência de materiais especiais, extravio de material para biopsia, falha na contagem de compressas e instrumentais).</b>	Protocolo de Cirurgia Segura
<b>Transmissão de bactérias Multirresistente</b>	Protocolo de Isolamento e Transferência de Pacientes

Riscos não Clínicos - São situações, condições ligadas às atividades de manutenção da estrutura dos processos (estrutura física, equipamentos, ar condicionado, riscos elétricos e de incêndio, gases medicinais, higiene, insumos, segurança ocupacional e gerenciamento de resíduos), que não estão ligadas diretamente a assistência, mas podem afetá-la se não forem gerenciadas. Alguns riscos não clínicos mapeados no Hospital Madre Teresa:

Riscos Não Clínicos		Medidas de Prevenção e Controle
<b>Riscos Ambientais</b>	Falha no descarte, segregação, armazenamento e transporte de resíduos.	Programa Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS)
<b>Riscos Cíveis</b>	Processos judiciais	Política termo de Consentimento Informado Serviço Orientação ao Usuário (SOU)
<b>Riscos Ocupacionais</b>	Riscos Biológicos, Ergonômicos, Físicos e Químicos.	Controle vacinal, exames periódicos, PPRA, CIPA, levantamento do perfil epidemiológico e elaboração de programas especiais baseado no perfil identificado.
<b>Riscos na Estrutura Dos</b>	Riscos Relacionados a Equipamentos	Gestão dos Equipamentos através do Sistema Dinamus
	Gases Medicinais	Plano de Contingência para Falhas no Fornecimento de Gases
	Riscos Elétricos	Plano de Contingência para Falhas no Fornecimento de Energia Elétrica
	Falha no Fornecimento de Água	Plano de Contingência para Falhas no Fornecimento de Água
<b>Processos</b>	Incêndio	Brigada de Incêndio e Plano de Desocupação
	Vazamento Tóxico	Plano de Contingência para Vazamento Tóxico
	Chegada em Massa	Plano de Atendimento a Múltiplas Vítimas

#### 4.3- Notificação e Tratamento de Eventos

A sistemática de notificação de eventos adotada, iniciada em 2007, trabalha com a análise de evento voltada para o processo e não para a performance individual. O registro dos eventos é feito por meio do Software Interact - Módulo Gestão de Ocorrência, por qualquer profissional que identificá-los. O Hospital Madre Teresa trabalha com os seguintes conceitos de evento:

- Reação Adversa (RAM): reação adversa a medicamentos
- Erro (quase evento): qualquer situação que poderia ter terminado em acidente e causado algum dano, mas foram tomadas medidas antes de atingir o paciente.
- Evento Sentinela: ocorrência que causou algum tipo de dano, físico ou psicológico ou com potencial para causar.

O evento sentinela é classificado de acordo com o tipo de dano:

Classificação	Dano
<b>Grau I</b>	Ocorrência que resultou na necessidade de intervenções imediatas. <b>ATINGIU</b> ou o paciente, ou o acompanhante ou o colaborador, e resultou em <b>ÓBITO</b> .

<b>Grau II</b>	Ocorrência que resultou na necessidade de intervenções imediatas. <b>ATINGIU</b> o paciente, ou o acompanhante, ou o colaborador, e causou <b>DANOS PERMANENTES.</b>
<b>Grau III</b>	Ocorrência que resultou na necessidade de intervenções imediatas. <b>ATINGIU</b> ou o paciente, ou o acompanhante, ou o colaborador, e causou <b>DANOS TEMPORÁRIOS.</b>
<b>Grau IV</b>	Ocorrência que resultou na necessidade de intervenções imediatas, entretanto <b>NÃO ATINGIU</b> , ou paciente, ou o acompanhante, ou o colaborador.

A análise crítica do evento é feita pelo CACAP-GR (Comitê de Ações Corretivas e Ações Preventivas em Gerenciamento de Riscos), que juntamente com a área envolvida propõe ações corretivas. O CACAP-GR é de responsabilidade do enfermeiro da Qualidade e é formado por representantes da: Farmácia, SCIH, Enfermagem, Educação Continuada, Corpo Clínico e Qualidade. O comitê se reúne semanalmente para avaliar a análise dos registros feita pelo gestor responsável, que tem um prazo de 7 dias para analisar os eventos classificados como Erro e Evento Sentinela Grau III e IV. Para os eventos Grau I e II o prazo é de 72h. Nesses casos um membro do CACAP-GR acompanha a investigação e análise. Os registros, as análises e ações corretivas são evidenciados e gerenciados por meio do Software de Gestão Interact – Gestão de Ocorrência.

### **Aspecto 5 – Gestão de Pessoas**

A Gestão da Qualidade só existe através das pessoas, e toda a força de trabalho é responsável pelo desenvolvimento e continuidade desse processo, de modo a obter resultados cada vez melhores. O Hospital Madre Teresa desde o início do projeto atuou fortemente na qualificação de suas lideranças para desenvolver a Gestão da Qualidade. A gestão contínua da mudança foi a estratégia que colaborou para a promoção da mudança cultural e comportamental em nossa Instituição de maneira bastante tranquila. A adesão do corpo de profissionais à implantação do Sistema de Gestão da Qualidade se deu por meio de um sistema de informação efetivo e o comprometimento das pessoas. Várias iniciativas de endomarketing e treinamentos foram estabelecidos com o objetivo de capacitar e envolver as pessoas em todos os níveis da organização, à medida que novas práticas de gestão e assistenciais foram sendo implantadas (anexo 26). A decisão em iniciar um processo de mudança cultural e organizacional implica em perenes desafios, continuamente definir estratégias para criar um ambiente propício à participação, a motivação, ao bem estar e ao desenvolvimento das pessoas Citaremos a seguir algumas estratégias adotadas para promover o engajamento da força de trabalho e a promoção da Cultura de Qualidade:

## **1- Desenvolvimento das Lideranças**

### **1.1- Cursos de Especialização**

Em 2005 foi estabelecida parceria com o CEFETMINAS para a promoção de curso de especialização em Gestão e Tecnologia da Qualidade nas dependências do Hospital, e ao final de 2006 contamos com a formação de 18 especialistas em Gestão da Qualidade, entre Diretores, médicos, administradores, psicólogos e enfermeiros.

Em 2007 foi estabelecida parceria com o SENAI/MG para a realização de um curso de especialização em Gestão Ambiental nas dependências do Hospital, e em 2009 contamos com a formação e 38 especialistas em Gestão Ambiental, entre administradores, engenheiros e enfermeiros.

Em 2008 foi estabelecida parceria com a FGV (Fundação Getúlio Vargas) para realização de MBA em Auditoria e Gestão da Saúde, nas dependências do Hospital e em 2010 contamos com a formação de mais uma turma de 38 profissionais do Hospital, especialistas em Gestão e Auditoria a Saúde, dentre médicos administradores e enfermeiros.

Em 2012 iniciada nova turma de MBA em Excelência da Saúde pela FGV (Fundação Getúlio Vargas), nas dependências do Hospital e em 2014 estaremos contando com mais 27 especialistas na área (anexo 27).

### **1.2- Treinamentos In Company**

Treinamentos in company foram realizados em parceria com o IQG (Instituto Qualisa de Gestão) à medida que as práticas foram sendo estabelecidas: Curso de Avaliador Interno da ONA em 2005; Gerenciamento de Processo em 2006, Protocolos Clínicos em 2007, Auditoria Clínica em 2012, Curso de Avaliador Externo em 2012 e 2013.

Em 2010 foi promovido um curso de Capacitação em Gerenciamento de Risco ministrado pela Dra Helidea Lima (anexo 28).

### **1.3- Campanhas Endomarketing**

Várias iniciativas de endomarketing são estabelecidas para propiciar a consolidação da cultura da qualidade e promover um ambiente propício à participação e o bem star das pessoas.

Em 2004 foi promovido concurso interno entre os colaboradores para criação do selo da qualidade.

Em 2005 foi criado a logo da Gestão da Qualidade.

Em 2005 foi criado o mascote da qualidade por um colaborador do Departamento de Informática, por iniciativa própria, o qual foi reconhecido e recompensado pela Direção do Hospital.

Em 2005 foi promovido concurso interno para definir o nome do Jornal Interno dos colaboradores.

Em 2006 foi criada cartilha para divulgação do processo de Acreditação do Hospital.

Em 2006/2007 feitos cartazes com depoimentos dos colaboradores, de todos os níveis da organização, de incentivo ao processo de implantação da Gestão da Qualidade e Acreditação Hospitalar.

Em 2007 houve mobilização dos colaboradores para a Acreditação Hospitalar, por meio de gincanas intersetoriais.

Em 2007 ocorreu a festa da Acreditação do Hospital ONA nível 2.

Em 2011 realizada campanha interna rumo ao nível 3 da acreditação.

Em 2011 Promovido concurso interno entre os colaboradores para definição do slogan da Acreditação Nível 3 Houve premiação e reconhecimento da colaboradora vencedora do concurso (anexos 29).

#### **1.4- Benchmarking**

O Hospital Madre Teresa utilizou a ferramenta de benchmarking, inicialmente, para implantar e ainda hoje para aprimorar o seu Sistema de Gestão da Qualidade. Várias visitas a Hospitais de referência foram realizadas com base em demandas específicas e para capacitar os profissionais no desenvolvimento de alguma prática. Visitamos alguns Hospitais: Santa Catarina (SP), Hospital AC Camargos (SP), Hospital São Camilo (SP), Hospital Santa Paula (SP), Hospital Quinta D`or (RJ), Hospital Monte Sinai (MG), entre outros. A partir de 2007, após a Certificação ONA, o Hospital Madre Teresa passou a ser referência em práticas de gestão para outras Instituições, dessa forma foi estabelecida a prática para o recebimento às solicitações e agendamento das visitas solicitadas por representantes de outros Hospitais, com o objetivo de conhecerem nossas práticas de gestão e assistenciais (anexo 30).

## **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.

2ª- 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.

3ª- 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.

Em função da implantação do Sistema de Gestão da Qualidade, melhorias foram estabelecidas no processo de suprimentos que tem impacto diretamente nas relações com fornecedores: definida a Política de Compras, a Política de Avaliação e Qualificação de Fornecedor, feito a aquisição do Bionexo, mantido reuniões periódicas com os principais fornecedores de modo a inseri-los em um novo Modelo e Gestão, no qual se estabelece benefícios mútuos nas relações com fornecedores. Definido indicadores de desempenho para a gestão do serviço, nos quais é possível evidenciar melhorias no processo decorrente das ações de relacionamento com o fornecedor (anexo 31).

## **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 e o desenvolvimento da comunidade na qual a Organização está inserida.

A implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade na área da saúde visa promover benefícios a todas as partes interessadas da organização: a alta direção, os profissionais da saúde, o cidadão, a sociedade e a própria organização de saúde. Benefícios esses que são explicitados por meio dos fundamentos da Qualidade: Melhorar a qualidade da assistência, foco no paciente, foco na segurança, desenvolvimento de pessoas, responsabilidade sócio ambiental, melhoria contínua, visão sistêmica, construção de equipe e liderança.

O IPMMI – Instituto das Pequenas Missionárias de Maria Imaculada, entidade mantenedora do Hospital Madre Teresa, é responsável pela gestão de mais 6 Hospitais no Brasil. Assim, seguindo diretrizes da Governança Corporativa, desde 2010, o Hospital Madre Teresa definiu estratégias para promover a disseminação suas boas práticas aos demais Hospitais da rede. Uma das iniciativas foi a promoção bienal de Simpósio de Gestão Hospitalar, no qual as várias Instituições do IPMMI pudessem compartilhar suas boas práticas e disseminar a outras instituições de saúde.

O primeiro evento ocorreu em dezembro/2011, cujo tema foi a Gestão Hospitalar com Foco na Segurança do Paciente, ocorreu na Cidade de São José dos Campos/SP.

O segundo evento ocorreu em maio de 2013, cujo tema foi a Gestão Integrada: Qualidade, Meio Ambiente e Responsabilidade Social, ocorreu em Belo Horizonte nas dependências do Hospital Madre Teresa (anexo 32).

Todas as parcerias realizadas com faculdades para a ocorrência de cursos de especialização e MBA nas dependências do Hospital, foi divulgado e aberto a outras instituições e à comunidade em geral.

## **Aspecto 8 – Resultados Financeiros**

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.

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 33).

O Sistema de Gestão da Qualidade também proporcionou ganhos por meio do aprimoramento da Gestão Financeira do Hospital. Em 2005 foi formalizada a prática de Gestão do Fluxo de Caixa. Fluxo de saídas é orientado conforme as entradas previstas, de forma que a operação e os fornecedores sejam os financiadores da estrutura financeira. Para os investimentos ou gastos com a previsão de retorno a médio e longo prazo, é utilizado o financiamento através do mercado financeiro, conforme o perfil da linha e a necessidade da instituição. O controle é feito pelo financiamento e apuração das entradas de recursos, do contas a pagar e do contas a receber. Melhorias Implementadas foram o alongamento do prazo médio de pagamento, recuperação de crédito e refinanciamento do passivo.

A partir de 2010 foi estabelecido o Orçamento Institucional, com frequência anual e acompanhamento trimestral. Por meio do orçamento é apurado o resultado operacional que terá uma parte destinada ao financiamento dos investimentos. Entre os meses de setembro e novembro, é realizado o orçamento anual de cada setor pelo seu responsável e gerência. Nele são contemplados as ações, investimentos e custeio necessários para o exercício do ano seguinte, permitindo a organização financeira para a captação e disponibilização do recurso, como também a apuração do resultado consolidado projetado. Ele é analisado dentro das expectativas da Diretoria para se tornar uma ferramenta de controle durante o exercício proposto. Em particular, os investimentos são avaliados e aprovados pela Diretoria, podendo mantê-los ou não, ou substituí-los conforme as estratégias sistêmicas da Organização. A partir dele é definido o esforço de crescimento para a sustentabilidade e o seu controle é feito por meio do confronto entre

os valores orçados e os valores realizados. Resultados alcançados com a prática foram a definição de critérios para a aprovação dos investimentos e das fontes de financiamento, organização do fluxo de pagamentos, antecipação de ações para aumento de receitas e redução de gastos, maior estabilidade na definição e realização de investimentos.

Em 2011 ocorreu a formalização da gestão de indicadores econômico-financeiros. Além dos acompanhamentos diários de produção e operação, realizados pelos setores produtivos, a sustentabilidade é acompanhada através de indicadores econômicos e financeiros, comum ao mercado, para gerenciar a sua variação e evolução. O controle é feito por meio da apuração e análise dos indicadores através de relatórios contábeis.

O equilíbrio financeiro do Hospital associado ao processo de melhoria contínua dos processos e dos resultados assistenciais foi composto um grupo de indicadores estratégicos, mas como referência direta ao resultado esperado utilizamos o “% Participação dos Custos sobre a Receita Operacional”, que tem a meta limite de 85%.

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

O Modelo de Gestão da Qualidade implementado no Hospital Madre Teresa, iniciado em julho/2004, foi submetido a um diagnóstico para a acreditação em maio de 2006, e em julho de 2007, na primeira avaliação para Acreditação já alcançou o Nível 2 (Acreditado Pleno), após avaliação realizada por especialistas da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e do IQG – Instituto Qualisa de Gestão. Após melhorias implementadas, em agosto de 2011 obteve a certificação nível 3 (acreditado com Excelência) pela Organização Nacional de Acreditação, validando o Modelo de Gestão da Qualidade adotado pelo Hospital Madre Teresa (anexo 34).

Após a Acreditação Nível 3 pela ONA (Organização Nacional de Acreditação) em 2011, o Hospital Madre Teresa já aprimorou seu Sistema de Gestão da Qualidade alinhando a critérios de excelência internacionalmente validados, e obteve a certificação do Modelo Canadense de Acreditação, em 2012. O reconhecimento nacional e internacional representa um importante passo em direção a Visão de Futuro do Hospital: “Ser sinônimo de qualidade no cuidado a saúde, reconhecido pela excelência dos serviços, prestados com responsabilidade social e ambiental”.

## Aspecto 2 – Planejamento Estratégico

### Anexo 1 – Cartilha de divulgação da Identidade Organizacional



	<b>VALORES</b>
<b>NEGÓCIO</b> Hospital de Alta Complexidade	Fundamentação no Evangelho; Comprometimento social; Espírito de família; Ética profissional;
<b>MISSÃO</b> Cuidar da saúde integral dos clientes por meio de equipe qualificada, recursos tecnológicos, comprometimento ético e sustentabilidade.	Colaboração e trabalho em equipe; Valorização das pessoas; Melhoria contínua;
<b>VISÃO</b> Ser sinônimo de qualidade no cuidado à saúde, reconhecido nacionalmente pela excelência dos serviços, prestados com responsabilidade social.	Permanente atualização científica e tecnológica; Respeito ao meio ambiente; Firmeza de propósito; Elevação moral e dignidade de atitudes; Consciência da grandeza de seu trabalho.

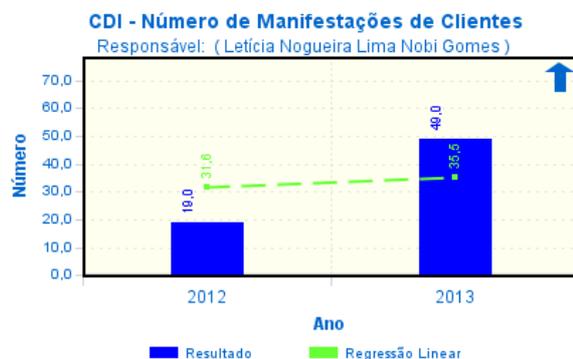
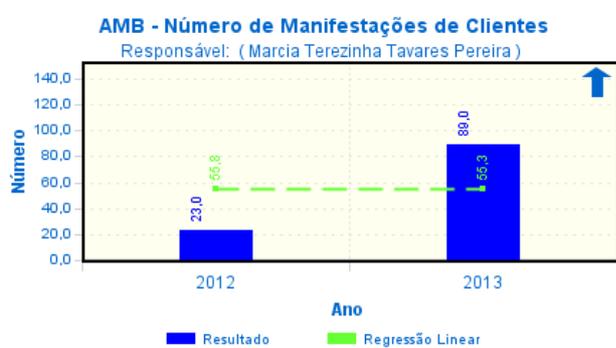
### Aspecto 3 – Foco no Cliente

#### Anexo 2 - CACAP RC (Comitê de Ação Corretiva e Ação Preventiva de Reclamação de Clientes)

2005 a 2010



#### Anexo 3 - Gerenciamento das Manifestações dos Clientes



Comparativo anual do número de Manifestação (reclamação, agradecimento, sugestão, elogios) dos clientes do Ambulatório e Centro de Diagnóstico por Imagem.

SA Strategic Adviser | Enterprise  
Ferramentas de Análise de Ocorrências

HOSPITAL MADRE TERESA

Menu Análise de Ocorrências

Tipo: Notificação de Clientes

Ocorrências

#	Nº	Título	Autor	Setor	Cate...	Tipo	Respo...	Criado em	Última...	Situação	P	Aç.	A.
65	NC - 1876	Reclamação	Karla ...	Diretoria Admi...	Notif...	Notifi...	Marcel...	21/03/2014	21/03/...	Cadastro	0	0	0
66	NC - 1877	Reclamação	Karla ...	Diretoria Admi...	Notif...	Notifi...	Karla ...	21/03/2014	24/03/...	Revisão	0	0	0
67	NC - 1878	Elogio	Karla ...	Diretoria Admi...	Notif...	Notifi...	Joana ...	21/03/2014	21/03/...	Verificação	0	0	0
68	NC - 1879	Reclamação	Joana ...	Diretoria Admi...	Notif...	Notifi...	Joana ...	24/03/2014	24/03/...	Verificação	0	0	0
69	NC - 1880	Reclamação	Joana ...	Diretoria Admi...	Notif...	Notifi...	Luiza ...	24/03/2014	24/03/...	Cadastro	0	0	0
70	NC - 1881	Elogio	Joana ...	Diretoria Admi...	Notif...	Notifi...	Joana ...	24/03/2014	27/03/...	Verificação	0	0	0
71	NC - 1882	Agradecimento	Sarah ...	Diretoria Admi...	Notif...	Notifi...	Cristin...	25/03/2014	25/03/...	Cadastro	0	0	0
72	NC - 1883	Reclamação	Joana ...	Diretoria Admi...	Notif...	Notifi...	Luiza ...	25/03/2014	25/03/...	Cadastro	0	0	0
73	NC - 1884	Reclamação	Joana ...	Diretoria Admi...	Notif...	Notifi...	Nathal...	26/03/2014	26/03/...	Cadastro	0	0	0
74	NC - 1885	Reclamação	Joana ...	Diretoria Admi...	Notif...	Notifi...	Emilia...	27/03/2014	27/03/...	Cadastro	0	0	0
75	NC - 1886	Reclamação	Sarah ...	Diretoria Admi...	Notif...	Notifi...	Luiza ...	27/03/2014	27/03/...	Cadastro	0	0	0
76	NC - 1887	Reclamação	Sarah ...	Diretoria Admi...	Notif...	Notifi...	May M...	28/03/2014	28/03/...	Cadastro	0	0	0
77	NC - 1888	Elogio	Sarah ...	Diretoria Admi...	Notif...	Notifi...	May M...	28/03/2014	28/03/...	Cadastro	0	0	0

Registros 1801 a 1877 de 1877

Ajustar colunas  Listar minhas Ocorrências

Revisão Nova Aceita Em Análise Analisada A Executar Em Andamento Concluída Efetiva

Print da tela Software Interact - Gerenciamento do tratamento às manifestações do cliente: cadastro /investigação/disposição e retorno

SA Strategic Adviser | Enterprise  
Performance Manager - Administrador

HOSPITAL MADRE TERESA

Operacional

Planejamento Estratégico do Hospital Madre Teresa 2011-2014

- 1 Processos Estratégicos
  - 1 Ambulatório
  - 2 Atendimento 24h
  - 3 Bloco Cirúrgico
  - 4 Gestão de Leitos
  - 5 CDI - Centro de Diagnóstico por Imagem
    - 1 Indicador
      - 1 Indicador de Estrutura
      - 2 Indicador de Processo
        - 1 CDI - Tempo Médio de Atendimento na Recepção
        - 2 CDI - Tempo Médio de Atendimento na Recepção
        - 3 CDI - Tempo Médio de Atendimento Enfermagem
        - 4 CDI - Tempo Médio de Permanência para Realização de Exames
        - 5 CDI - Tempo Médio de Permanência para Realização de Exames
        - 6 CDI - Tempo Médio para Exame de RNM
        - 7 CDI - Tempo Médio para Exame de TC
        - 8 CDI - Número de Manifestações de Clientes
        - 9 CDI - Número de Orientações aos Enfermeiros

Anexos Análise Crítica Mensagens Anotações

Resumo Diagrama Ações Relações

Período: AC CDI - Número de Reclamações de Clientes | Janeiro 2014

Resumo Diagrama Ações Anexos

AC CDI - Número de Reclamações de Clientes | Janeiro 2014 Plano de Ação

Itens Planejados		
D início	Descrição	Responsável
n/d	<a href="#">Promover reuniões mensais e feedback aos colaboradores</a>	Leticia Nogueira Lima Nobli Gomes

Itens Concluídos		
D Conclusão	Descrição	Responsável
07/02/2014	<a href="#">Ministrar treinamento do Projeto Exelência no Atendimento</a>	Leticia Nogueira Lima Nobli Gomes

Print da tela Software Interact - Acompanhamento do status das ações provenientes das análises críticas dos indicadores de manifestação dos clientes

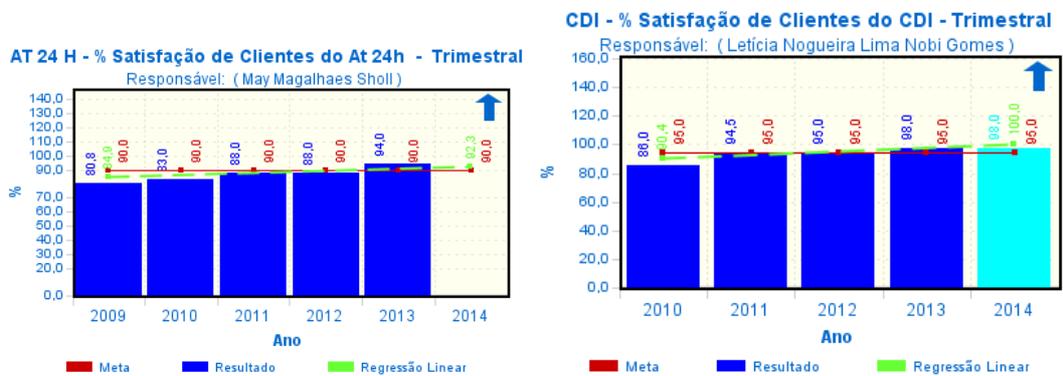
## Anexo 4 – Novo Modelo de Pesquisa

### Pesquisas de satisfação - Ambulatório, Atendimento 24 e CDI

The image displays three versions of patient satisfaction questionnaires, each with a distinct color scheme: light blue for CDI, light red for Ambulatory, and light green for 24h services. Each form includes a header with the service name and logo, followed by an introductory paragraph. The main body contains several sections: 1. 'QUAL O MOTIVO QUE O LEVAMOS A ESCOLHER O HOSPITAL MADRE TERESA?' with radio button options; 2. 'CATEGORIA' with radio button options; 3. 'ITEMS DE AVALIAÇÃO' with a table for 'BOM', 'BOM BASTANTE', and 'RUIM'; 4. 'RECOMENDAMOS O HOSPITAL' with radio button options; 5. 'QUAL O SEU GRAU DE SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO AO PROCEDIMENTO REALIZADO?' with radio button options; and 6. 'COMENTÁRIOS/SUGESTÕES'. At the bottom, there is a section for 'IDENTIFIQUE-SE COMO DESEJA' with fields for name, telephone, and email, and a footer with 'SOU' logo and contact information.

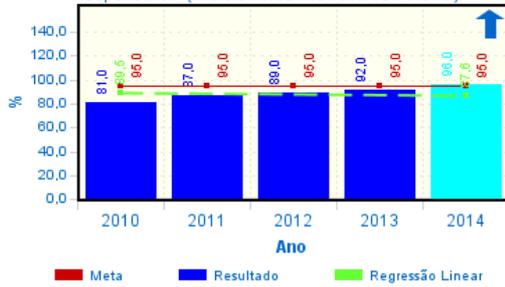
Novo layout em 2012 com a reestruturação do conteúdo e método de realização da pesquisa de satisfação dos clientes

## Anexo 5 – Resultado e Gerenciamento das Pesquisas



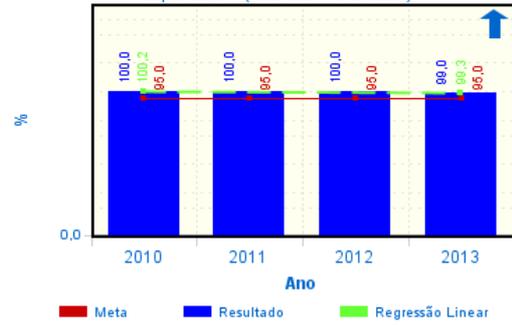
### AMB - % Satisfação de Clientes do Ambulatório - Trimestral

Responsável: ( Marcia Terezinha Tavares Pereira )



### SOU - % Satisfação do Cliente Internado - Trimestral

Responsável: ( Joana D'Arc Sousa )



SA Strategic Adviser | Enterprise  
Performance Manager - Administrador

HOSPITAL MADRE TERESA

Operacional

Causa-Efeito | Anexos | Análise Crítica | Mensagens | Anotações

Resumo | Diagrama | Ações | Relações

Período: AC CDI - % Satisfação de Clientes do CDI - Trimestral | Fevereiro 2014

Resumo | Diagrama | Ações | Anexos

Pesquisa de Satisfação. Neste mês houve 3 038 atendimentos e a amostra definida, com margem de confiança de 95%, foi de 342, e o total de clientes entrevistados neste mês foi 533.

O resultado geral foi de 98% de satisfação conforme pode ser verificado no gráfico abaixo:

**O Sr (a) Recomendaria o Hospital Madre Teresa para amigos e parentes?**

1  
0,5

98%

Print da tela do Software Interact - Análises críticas dos resultados das pesquisas de satisfação realizadas pelos gestores responsáveis

## Anexo 6 – Alguns Canais de Comunicação com o Cliente

Jornal Escriba de circulação interna e externa para informar aos clientes sobre as práticas e os serviços do Hospital Madre Teresa

### Jornal Escriba



## Cartilha de orientação ao paciente e familiar Apartamento e Enfermaria



**APARTAMENTO**

**GOVERNANÇA**  
Serviço de Internação

**SERVIÇO DE COPA**  
Serviço de Alimentação

**TELEFONIA**

Para ligar para o Departamento de Atendimento ao Paciente e Família, ligue para:

Atendimento Geral	4
Atendimento de Urgência	8017
Atendimento de Emergência	8011
Atendimento de Internação em Clínica	8012
Atendimento de Pronto Socorro	8013
Atendimento de Internação em Clínica	8012
Atendimento de Pronto Socorro	8013
Atendimento de Internação em Clínica	8012
Atendimento de Pronto Socorro	8013

**SERVIÇOS ESPECIAIS**

**LABORATÓRIO DE COLESTERÓL**

Este serviço está disponível para pacientes e familiares. Para mais informações, consulte o setor de atendimento ao paciente e familiar.

**ORIENTAÇÃO AOS FAMILIARES**

Este folheto foi preparado para lhe fornecer informações importantes a respeito da Unidade de Internação.

Para maior conforto e bem-estar de nosso paciente, contamos com a sua colaboração e pedimos que alguns aspectos sejam observados.



**APARTAMENTO**

**HOSPITAL MADRE TERESA**

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EM SAÚDE

**ENFERMARIA**

**GOVERNANÇA**  
Serviço de Internação

**SERVIÇO DE COPA**  
Serviço de Alimentação

**TELEFONES ÚTEIS**

Atendimento Geral	011-241-4011
Atendimento de Urgência	011-241-4017
Atendimento de Emergência	011-241-4011
Atendimento de Internação em Clínica	011-241-4012
Atendimento de Pronto Socorro	011-241-4013
Atendimento de Internação em Clínica	011-241-4012
Atendimento de Pronto Socorro	011-241-4013
Atendimento de Internação em Clínica	011-241-4012
Atendimento de Pronto Socorro	011-241-4013

**SERVIÇOS ESPECIAIS**

**LABORATÓRIO DE COLESTERÓL**

Este serviço está disponível para pacientes e familiares. Para mais informações, consulte o setor de atendimento ao paciente e familiar.

**ORIENTAÇÃO AOS FAMILIARES**

Este folheto foi preparado para lhe fornecer informações importantes a respeito da Unidade de Internação.

Para maior conforto e bem-estar de nosso paciente, contamos com a sua colaboração e pedimos que alguns aspectos sejam observados.



**ENFERMARIA**

**HOSPITAL MADRE TERESA**

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EM SAÚDE

"Nosso trabalho visa promover assistência segura ao cliente".



VOCÊ CONHECE  
**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO?**

Esta é a nova proposta do ATENDIMENTO 24 HORAS do Hospital Madre Teresa para melhorar o atendimento




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

AV. BARRA CARÁCTER, 1.002  
CATERBEEZ - BELO HORIZONTE MG  
TEL.(31) 3339 8000

**AT24h**  
**HOSPITAL MADRE TERESA**  
INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSIÓNIERAS DE MARIA IMACULADA

*"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 Imaculado

# AT24h

## SAIBA COMO É REALIZADO O ACOLHIMENTO

**1** Ao chegar ao ATENDIMENTO 24 HORAS do Hospital Madre Teresa, o agente de acolhimento emitirá uma senha eletrônica e o cliente será chamado pelo Enfermeiro através de um painel eletrônico para uma rápida entrevista.

**2** O cliente deverá informar sua principal queixa para que o Enfermeiro faça a classificação de acordo com as cores pré-estabelecidas.

**3** Devido a gravidade, alguns clientes serão atendidos de forma "imediate", sendo encaminhados à sala de emergência ou observação; o seu acompanhante deverá proceder à realização da ficha de atendimento.

**4** Os demais, depois de classificados, deverão aguardar na sala de espera a solicitação da senha no painel eletrônico para realizar a ficha de atendimento na recepção. A partir daí, aguardarão pelo atendimento, "por ordem de classificação".

*Inicialmente a CLASSIFICAÇÃO DE RISCO será realizada de segunda a sexta-feira (exceto feriados) no horário de 8h30 às 21h.*

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO é uma avaliação realizada pelo Enfermeiro, que prioriza o atendimento de acordo com seu potencial de gravidade, obedecendo aos protocolos clínicos aprovados pela equipe médica do Hospital Madre Teresa e não por ordem de chegada, o que proporciona os devidos encaminhamentos.**

**A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO é uma tentativa de solucionar quadros urgentes que muitas vezes, necessitam de procedimentos imediatos e ficam sujeitos a filas de espera.**

Cartilha informativa distribuída aos clientes quando da implantação da classificação de risco no Atendimento 24h

## Aspecto 4 – Gestão de Processos

### Anexo 7- Equipe de Auditores do Programa 5S



Primeira Equipe de Auditores Internos do Programa 5S – 2005



Equipe atual estruturada em agosto/2013

## Anexo 8 – Modelo do Relatório de Auditoria do Programa 5S


GESTÃO DA QUALIDADE

---

**Relatório de Avaliação – 5S**  
 Setor: Bloco Cirúrgico  
 Data: 14/07/2010  
 Responsável pelo 5S: Flávia  
 Auditores: Emerson



---

**FIQUE D'OLHO NA QUALIDADE TOTAL**



Descarte

Disciplina

Limpeza

Organização

Higiene

**LEGENDA**

● → Atende 3 Pontos

● → Atende Parcialmente: 2 Pontos

● → Não Atende: 1 Ponto

Foi observado na auditoria interna a perfeita aplicação do senso de utilização, ordenação, limpeza, saúde e auto disciplina.

**I**  
 Responsável pelo setor auditado: \_\_\_\_\_

Auditores: \_\_\_\_\_

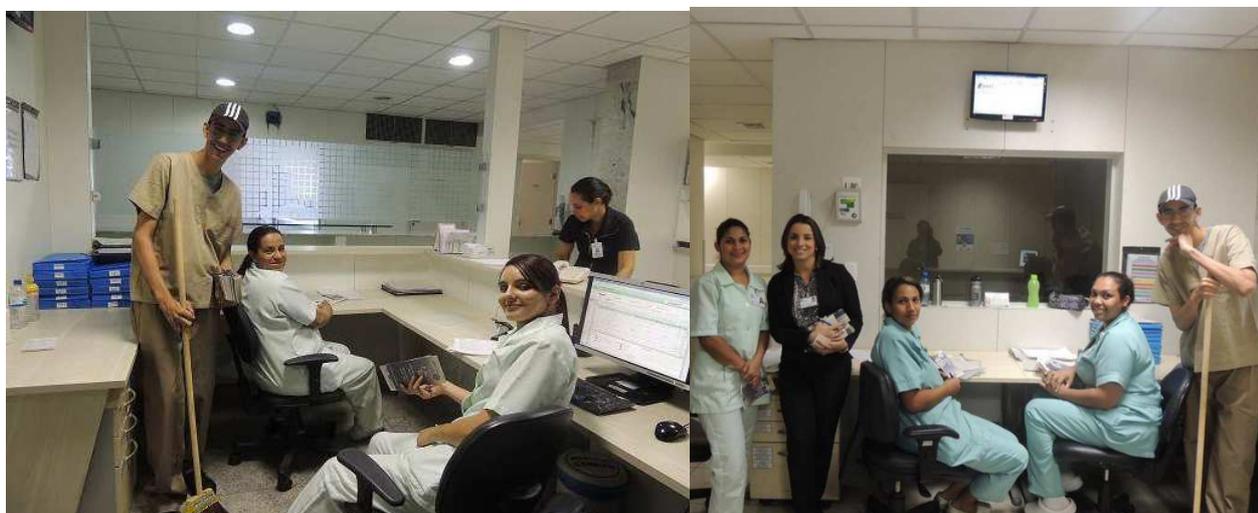
## Anexo 9 – Divulgação Programa 5S

Cartilha do programa 5S



The brochure is divided into several sections:

- 5S Introduction:** Explains the purpose of the 5S program to improve work environment and productivity.
- 2 SEITON (Organização):** Focuses on identifying and organizing work areas to facilitate movement and reduce waste.
- 3 SEISO (Limpeza):** Emphasizes the importance of cleanliness in maintaining safety and quality.
- 5S Game:** Includes a word search (CAÇA PALAVRAS) and a crossword puzzle (PALAVRAS CRUZADAS) with 5S-related terms.
- BOAS PRÁTICAS NO TRABALHO:** Lists five key practices:
  - 1 - Melhorar a qualidade de vida.
  - 2 - Ter em sua área somente o que for útil.
  - 3 - Buscar constantemente a melhoria.
  - 4 - Ter tudo ordenado e organizado.
  - 5 - Manter a sua área limpa.
- Logo and Slogan:** "CADA COISA EM SEU LUGAR E UM LUGAR PARA CADA COISA" (Everything in its place and a place for everything).



Entrega de forma lúdica das cartilhas do Programa 5S aos colaboradores nos setores – agosto/13

## Anexo 10 – Print da tela do Software Interact - Gerenciamento dos Relatórios e Ações de Melhoria das Não Conformidades Evidenciadas nas Auditorias Internas do Programa 5S

**Operacional**

Planejamento Estratégico do Hospital Madre Teresa 2011-2014

- 1 Processos Estratégicos
- 2 Processos Primários
- 1 Agência Transfusional
- 3 Endoscopia
  - 1 Indicador
  - 2 Plano de Ação
  - 3 Ata de Reunião
  - 4 Relatórios de Auditoria
    - 1 END - Auditoria Interna SCH
    - 2 END - Auditoria Interna Programa 5S
- 4 Farmácia
- 5 Hospital Dia
- 6 Laboratório de Análises Clínicas
- 8 UND - Unidade Nutrição e Dietética
- 9 Métodos Complementares
- 11 Medicina Nuclear
- 12 Unidade de Internação
- 3 Processos de Apoio
- 4 Processos Gerenciais
- 5 Times de Trabalho
- 6 Protocolo Institucional

**Relatório Auditoria Interna Programa 5S - 10/09/13** Plano de Ação

**Relatório de Avaliação - 5S**  
 Setor: Endoscopia  
 Data: 10/09/13  
 Responsável pelo setor: Valéria  
 Auditores: Bruno, Karine

**FIQUE D'OLHO NA QUALIDADE TOTAL**

Disciplina: Descarte, Organização, Limpeza, Higiene Saúde

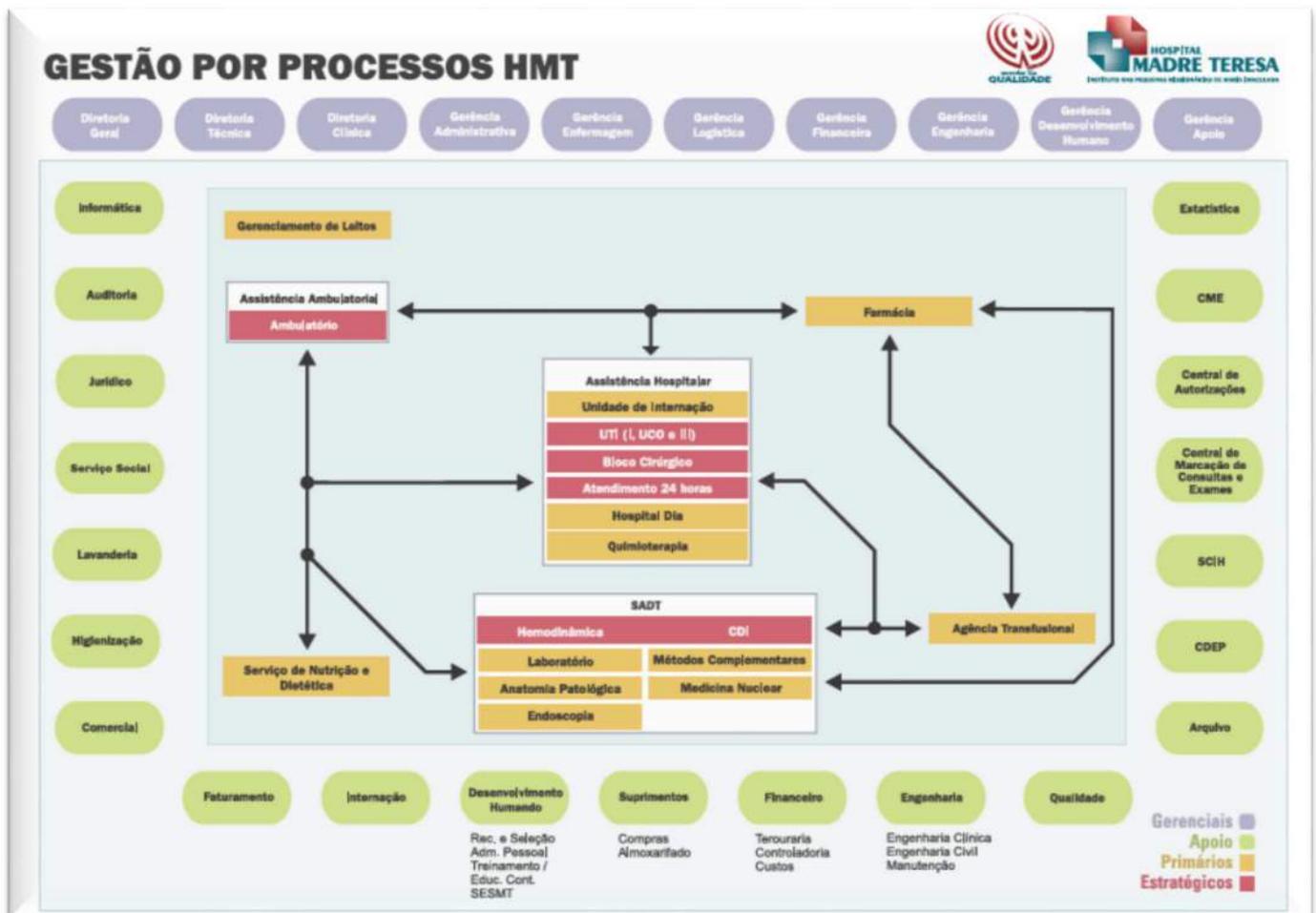
**LEGENDA**

- Atende: 3 Pontos
- Atende Parcialmente: 2 Pontos
- Não Atende: 1 ponto

**Não Conformidade**

- Evidenciado que as identificações não correspondem aos itens guardados.
- Evidenciado que armários não estão devidamente sinalizados, pois as etiquetas estão muito gastas dificultando a identificação.

## Anexo 11 – Estruturação da Cadeia de Processos



## Anexo 12 – Modelo do Mapeamento de Processo

		Gerenciamento de Processo			Emissão: 11/12/2003
		Versão 09			Página: 1 de 4
1-Processo: <b>BLOCO CIRÚRGICO</b>		PROCESSO PRIMÁRIO <b>ESTRATÉGICO</b>			
2- Tarefa	3-Sistema Gerencial				
	3.1-Quando	3.2-Onde	3.3-Quem	3.4-Como	
Agendar Cirurgia	Diariamente	Marcação de Cirurgia	Auxiliar Administrativo	Protocolo da cirurgia segura Protocolo transporte <u>intra</u> hospitalar Critérios de priorização de urgência Protocolo de controle e manejo da dor Protocolo terapia medicamentosa Padronização do atendimento ao paciente alérgico ao látex Uso do antibiótico profilático Protocolo de posicionamento Transposição da mesa para maca Segurança na Anatomia Patológica Protocolo <u>Uso de hemocomponentes</u> <small>** Procedimentos Administrativos e Técnicos e Manuais</small>	
Receber o Cliente	Imediatamente a chegada do paciente	Sala de Pré-Operatório	Técnico de Enfermagem		
Realizar ações <u>intra-operatórias</u>	De acordo com a agenda	Salas Cirúrgicas	Equipe Médica e de Enfermagem		
Recuperar o Cliente Pós- <u>Anestésia/RPA</u>	Após a realização do procedimento cirúrgico	RPA	Equipe de Enfermagem e <u>Anestesiologista</u>		
<b>4-Produto:</b> Paciente Operado com qualidade e segurança.		<b>5- -Resultado Esperado:</b> Obter 900 cirurgias realizadas/mês; Alcançar 100% efetividade Cirurgia Segura; Obter 90% conformidade auditoria clínica dos prontuários			

		Gerenciamento de Processo			Emissão: 15/03/2014
		Versão 07			Página: 1 de 4
1-Processo: <b>CDI - CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM</b>		PROCESSO PRIMÁRIO <b>ESTRATÉGICO</b>			
2- Tarefa	3-Sistema Gerencial				
	3.1-Quando	3.2-Onde	3.3-Quem	3.4-Como	
Recepcionar o Cliente	Imediatamente a chegada do paciente	Recepção	Auxiliar Administrativo	Protocolo de exames contrastados. Protocolo para prevenção do extravasamento de contraste. Protocolo de prevenção à reação alérgica. Protocolo para atendimento às emergências. Protocolo de transporte interno.  <b>** Procedimentos técnicos e Administrativos e Manuais.</b>	
Realizar o Procedimento	De acordo com horário agendado	Área Técnica	Equipe Médica e Enfermagem Técnico de Radiologia		
Elaborar o Laudo	Após a realização do procedimento	Setor de elaboração de Laudos e Digitação	Equipe Médica Digitador		
Embarcar e Entregar os Laudos	Após a liberação do laudo	Sala de Embalagem e Entrega de Resultado	Auxiliar Administrativo		
<b>4-Produto:</b> Laudo com qualidade, confiabilidade e em tempo hábil.		<b>5- -Resultado Esperado:</b> Obter 90% dos laudos de TC e 95% dos laudos de RNM e Medicina Nuclear entregues ao cliente externo em até 03 dias.			

1-Processo: **HEMODINÂMICA**

PROCESSO PRIMÁRIO ESTRATÉGICO

2- Tarefa	3-Sistema Gerencial			3.4Como
	3.1-Quando	3.2-Onde	3.3-Quem	
Receber o Cliente	Imediatamente a chegada do paciente	Recepção CDI	Auxiliar administrativo	Protocolo identificação paciente alérgico Protocolo de Prevenção e tratamento de alergia ao contraste Protocolo de reprocessamento de materiais
Realizar o Procedimento	De acordo com horários agendados	Sala I Sala II	Equipe Médica e Enfermagem	Protocolo prevenção <del>retroca</del> induzida por contraste Protocolo tratamento a hematoma Protocolo infecção sítio cirúrgico Protocolo higiene de mãos
Reprocessar os Materiais	Após a realização do procedimento	Sala de Materiais	Equipe de Enfermagem	Protocolo identificação do paciente Prática segurança na utilização de medicamentos
Elaborar Folha de Sala/Laudo Médico	Em até 48h após a realização do procedimento	Secretaria	Equipe Médica e Enfermagem Auxiliar Administrativo	Protocolo cuidados no pré e pós procedimento Hemodinâmica Protocolo conferência materiais estéreis
Liberar o paciente	Após alta médica	Hospital Dia	Equipe Médica e de Enfermagem	** Outros Procedimentos Administrativos e Técnicos e Manuais
<b>4-Produto:</b> 1) Laudo com qualidade, confiabilidade e em tempo hábil. 2) Paciente Submetido a intervenção terapêutica sem intercorrência e com alta hospitalar em menor tempo.	<b>5-Resultado Esperado:</b> 1) Obter 90% dos laudos entregues em até 72h. 2) Obter 100% dos pacientes submetidos a angioplastia eletiva com permanência de até 48h.			

Anexo 13 – Resultado do Projeto Grupo Gestor do Prontuário

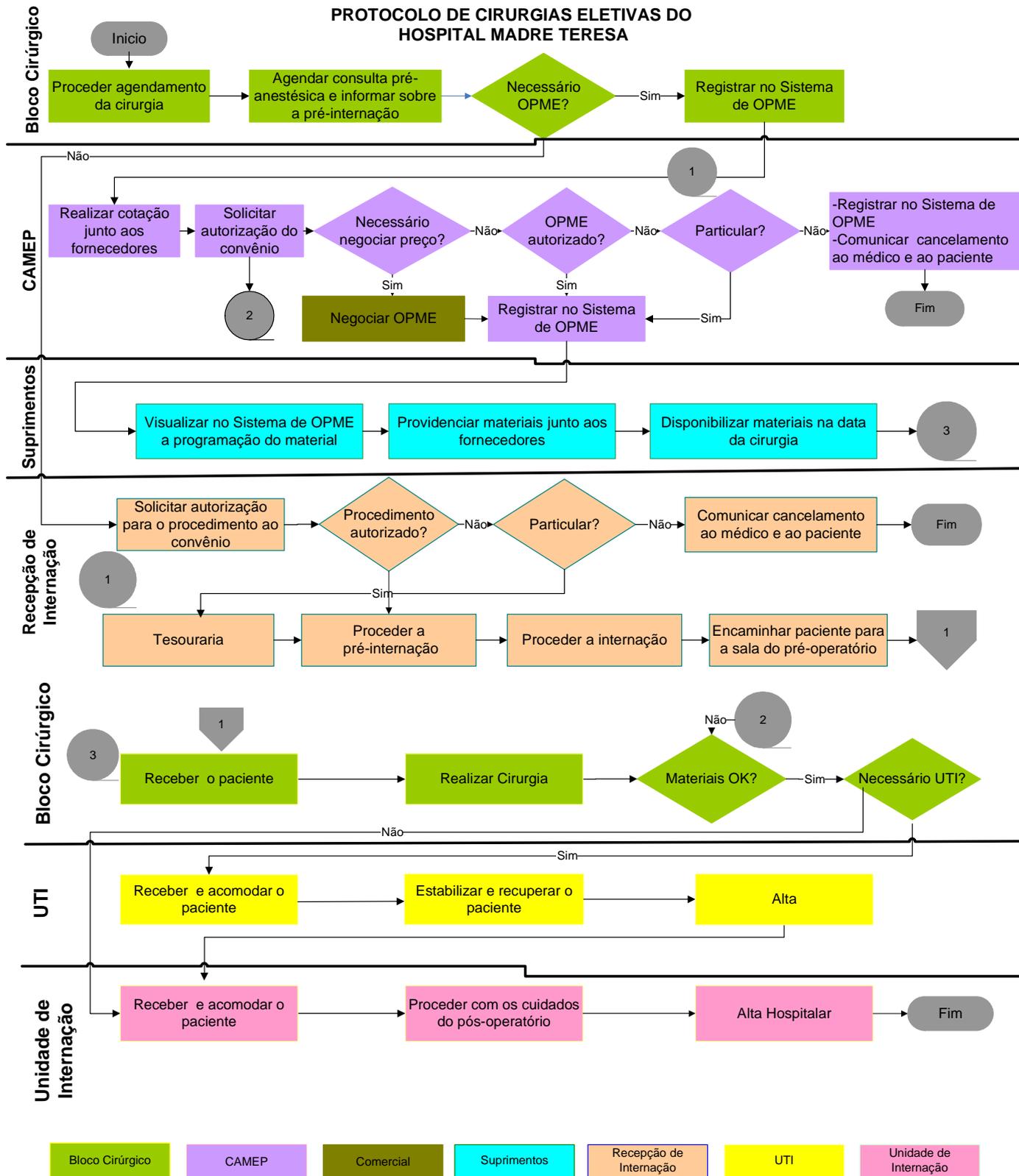


Anexo 14 – Otimização do Tempo de Encaminhamento dos Pacientes ao Bloco Cirúrgico



## Anexo 15 – Projeto Fluxo de Cirurgia com OPME

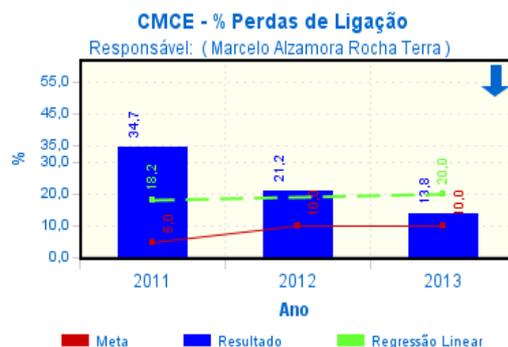
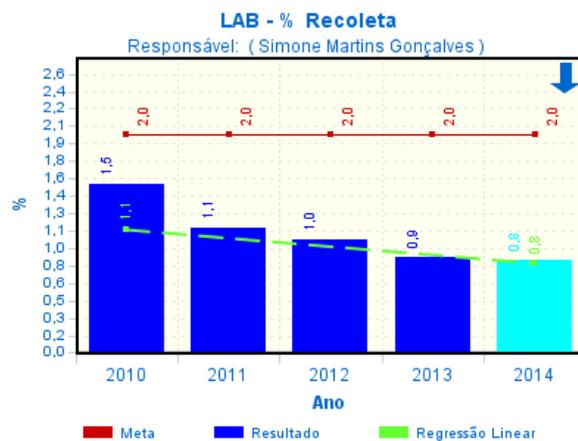
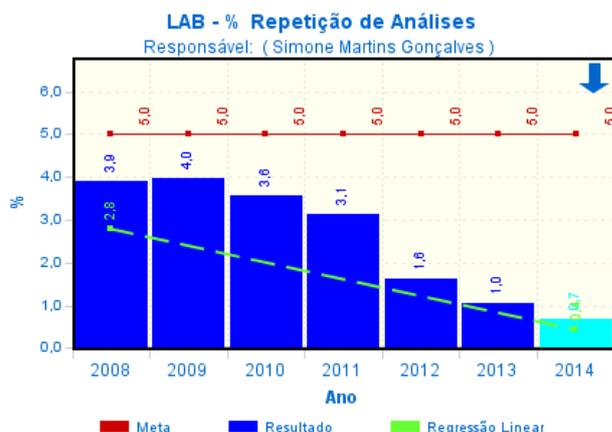
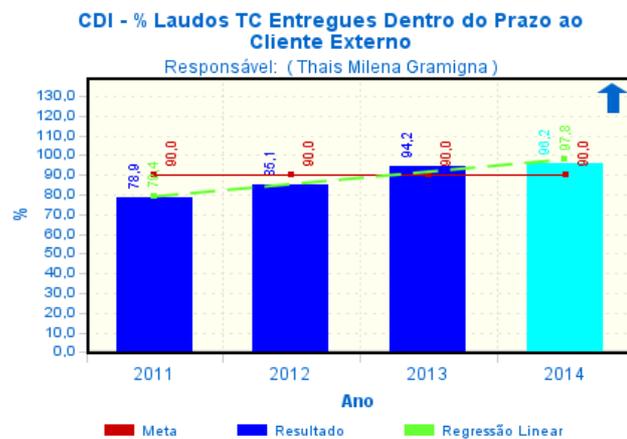
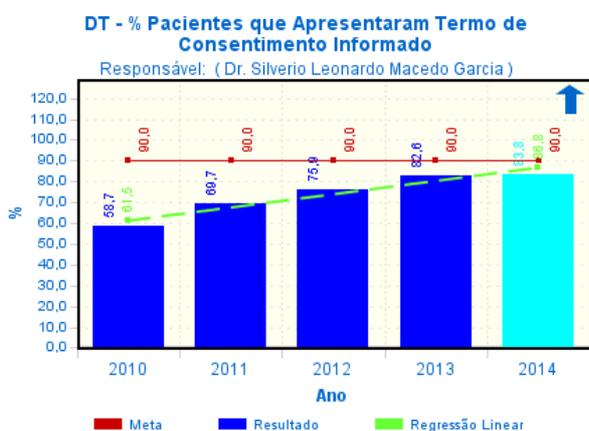
### Fluxo de Cirurgia Eletiva com OPME (Órtese Prótese e Material Especial)



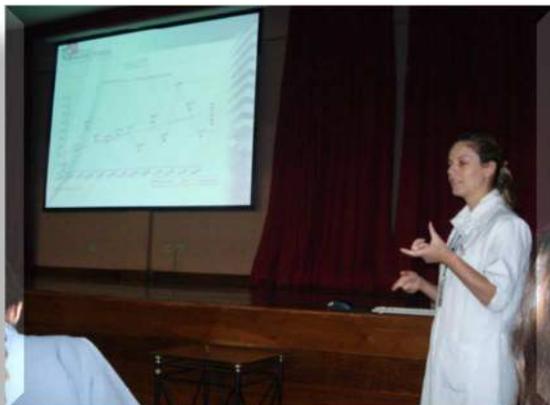


Resultados do Projeto: Fluxo de Cirurgia com OPME

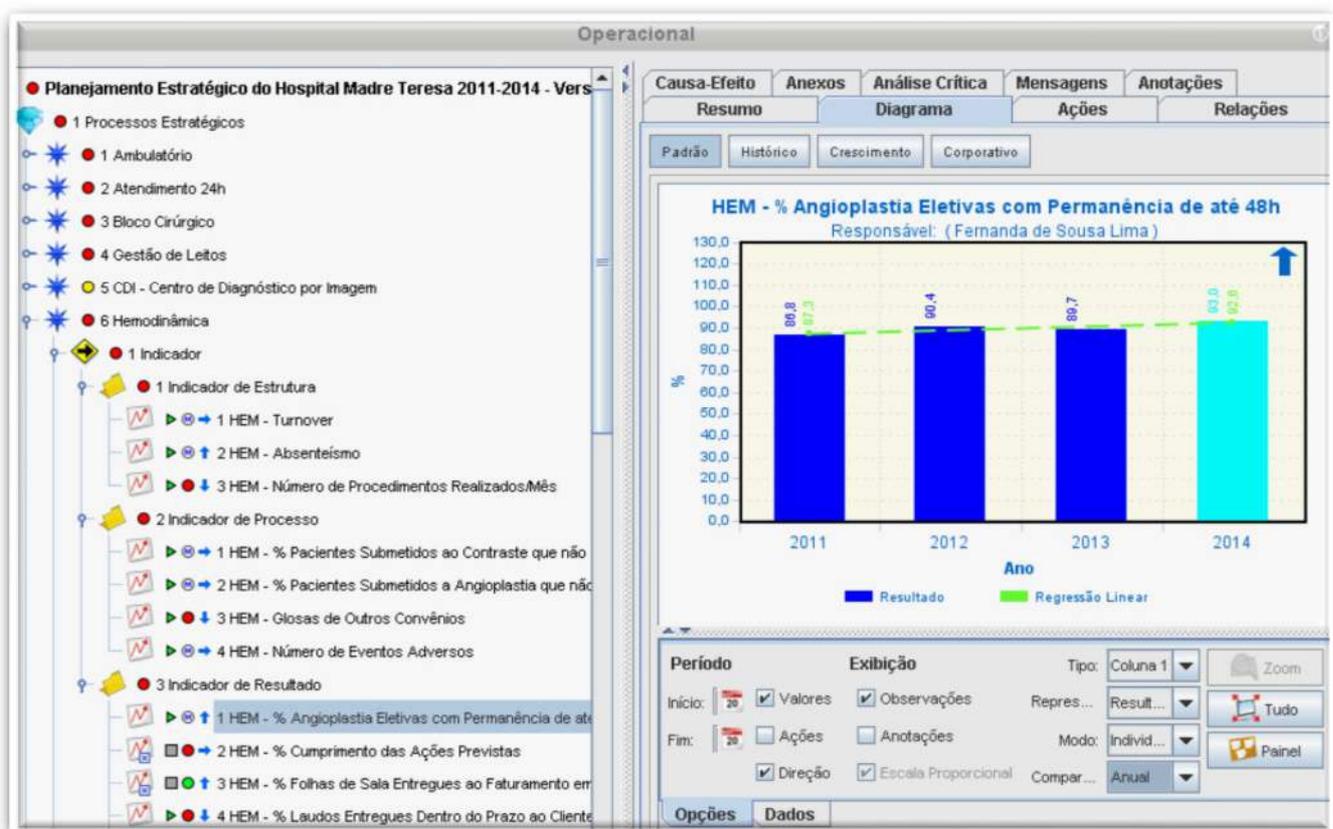
Anexo 16 - Anexos Resultados do Gerenciamento de Processos



## Anexo 17 – Seminário de Análise Crítica de Indicadores



## Anexo 18 – Print da Tela do Software Interact - Gestão de Indicadores



## Anexo 19 – Print da Tela do Software ISOSYSTEM – Controle de Documentos

Cadastro | Revisão | Distribuição | Consulta | Pendências | Auxiliares | Manutenção | Sair

**Consulta de Documentos**

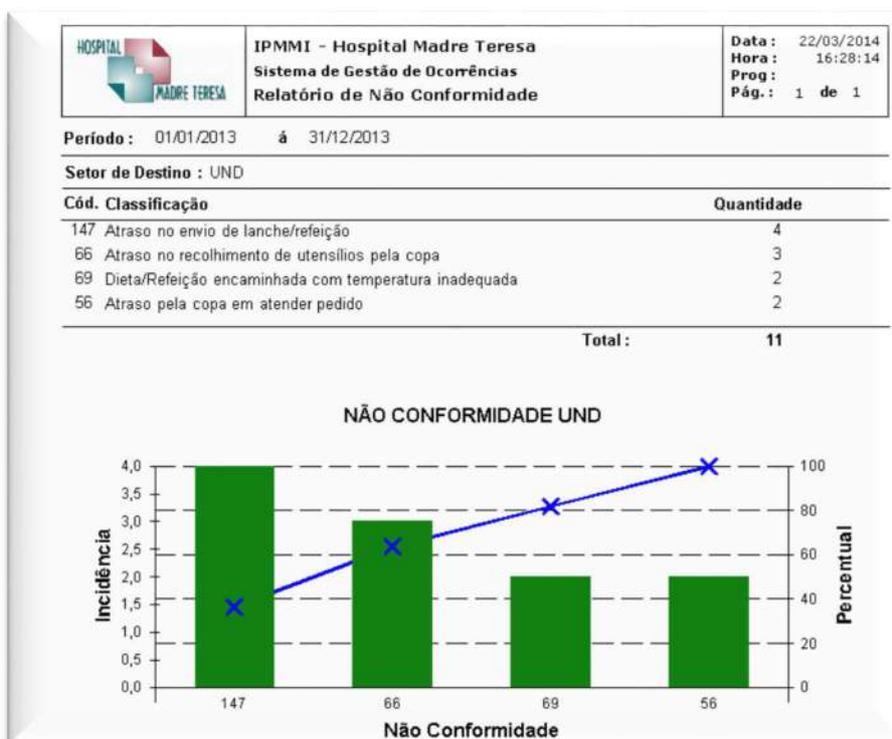
Registros por Página: 45 | FTS

Hierarquia	Filtros	Atributos	Cat	Número	Revisão	Título
✓ Incluir Subníveis	Categoria		SEG	PROT SEG ALG000001	00	PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO
✓ Geral			SEG	PROT SEG ALG000002	00	PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES ALÉRGICOS
FLUXOG - FLUXOGRAMA			SEG	PROT SEG ALG000003	00	PROTOCOLO DE SONDAGEM ENTERAL/GASTRICA
ALG - ASSISTENCIAL			SEG	PROT SEG ALG000004	00	PROTOCOLO DE TERAPIA INTRAVENOSA
FLUXO - EMERGÊNCIA			SEG	PROT SEG ALG000005	00	PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO E INFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE
FORM - FORMULÁRIOS			SEG	PROT SEG ALG000006	01	PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS
GP - GERENCIAMENTO DE PROCESSOS			SEG	PROT SEG ALG000007	00	PROTOCOLO DE LATERALIDADE DA RNM
FLUX - MACROFLUXO			SEG	PROT SEG ALG000008	01	PROTOCOLO DE REPROCESSAMENTO DE MATERIAIS CME
GER - GERENCIAMENTO			SEG	PROT SEG ALG000009	00	PROTOCOLO DE REPROCESSAMENTO DE MATERIAIS HEMODINÂMICOS
GR - MAPEAMENTO DE RISCO			SEG	PROT SEG ALG000010	00	PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ALERGIA AO CONTRASTE HEMODINÂMICO
IP - INTERAÇÃO DE PROCESSOS			SEG	PROT SEG ALG000011	01	PROTOCOLO DE CONTROLE DA EFICÁCIA E SEGURANÇA DO PROCESSO CME
MAN - MANUAL			SEG	PROT SEG ALG000012	00	PROTOCOLO DE SONDAGEM VESICAL
PC - PLANO DE CONTINGÊNCIA			SEG	PROT SEG ALG000013	01	PROTOCOLO DESINFECÇÃO DE ALTO NÍVEL CME
POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			SEG	PROT SEG ALG000014	00	PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO DO BISTURI ELÉTRICO
POP ADM - PROCEDIMENTO OPERACIONAL ADMINISTRATIVO			SEG	PROT SEG ALG000015	00	PROTOCOLO PARA IDENTIFICAÇÃO, ARMAZENAMENTO E ENCAMINHAMENTO DE MATERIAIS CME
POP GQL - PROCEDIMENTO DA QUALIDADE						
POP TEC - PROCEDIMENTO OPERACIONAL TÉCNICO						
PROT - PROTOCOLOS						
INS - PROTOCOLO INSTITUCIONAL						
DM - DIRETRIZES MÉDICAS						
ENF - ENFERMAGEM						
FIS - FISIOTERAPIA						
PSIC - PSICOLOGIA						
REG - REGIMENTO e POLITICAS						
TR - TARFI AS						

## Anexo 20 – Modelo Interação de Processos

Interação Sistêmica entre Processos Aprovado por Irmã Ana Rita		
	<b>Interação de Processo</b> <b>BLOCO CIRÚRGICO</b>	Data: 01/03/2012
		Página 1 de 7
		Revisão: 05
<b>Objetivo:</b> Estabelecer negociação entre clientes e fornecedores de modo a assegurar a conformidade com os requisitos de entrada e saída do processo.		
<b>Fornecedores:</b> Unidade de Internação, Internação, Atendimento 24h, Laboratório, Farmácia, Central de Material e Esterilização, Lavanderia, Engenharia, UTI, CAMEP e Agência Transfusional, Laboratório de Anatomia Patológica.		
<b>Clientes:</b> Unidade de Internação, Laboratório, Laboratório de Anatomia Patológica, Faturamento SUS, Lavanderia, UTI, CAMEP, Agência Transfusional.		
Resultado da Negociação com Fornecedores		
<b>1- Unidade de Internação</b>	Encaminhar prontuário, conforme Manual do Prontuário e a prescrição médica juntamente com o cliente. Transportar cliente conforme PROT SEG00007, em até 20 min após a solicitação do Bloco Cirúrgico. Buscar o paciente em até 15 minutos após a solicitação do Bloco Cirúrgico e devolver a maca imediatamente.	
<b>2- Internação</b>	Folha de rosto do prontuário, assinada pelo cliente ou responsável, com lateralidade e sinalizado quando houver evidência de alergia e termo de consentimento livre esclarecido, assinado pelo paciente ou responsável e pelo médico cirurgião ou assistente por ele delegado.	

## Anexo 21 – Pareto de Não Conformidades de Processo



## Anexo 22 – Gestão do Relatório de Auditoria Interna da Qualidade e Ações de Melhorias

**UCO - Relatório de Auditoria Interna da Qualidade**  
13/07/2012 Plano de Ação

**Relatório de Auditoria Interna da Qualidade**

**Oportunidades de Melhoria**

- Manter quadro de gestão a vista atualizado com relatório de média anual
- Assegurar o registro das ações, quando do não atingimento das metas estabelecidas.
- Manter ações atualizadas no Interact.
- Manter relatório de eventos atualizados.
- Envolver/Conscientizar os colaboradores para a gestão de risco, notificação de eventos e não conformidades.
- Refinar o registro das análises críticas com o uso das ferramentas da qualidade.

**Itens em Atraso**

D	Início/Fim	Descrição	Responsável	P
	15/08/2013	<a href="#">Envolver/Conscientizar os colaboradores para a gestão de risco, notificação de eventos e não conformidades.</a>	Patricia Gislene Dias	50%

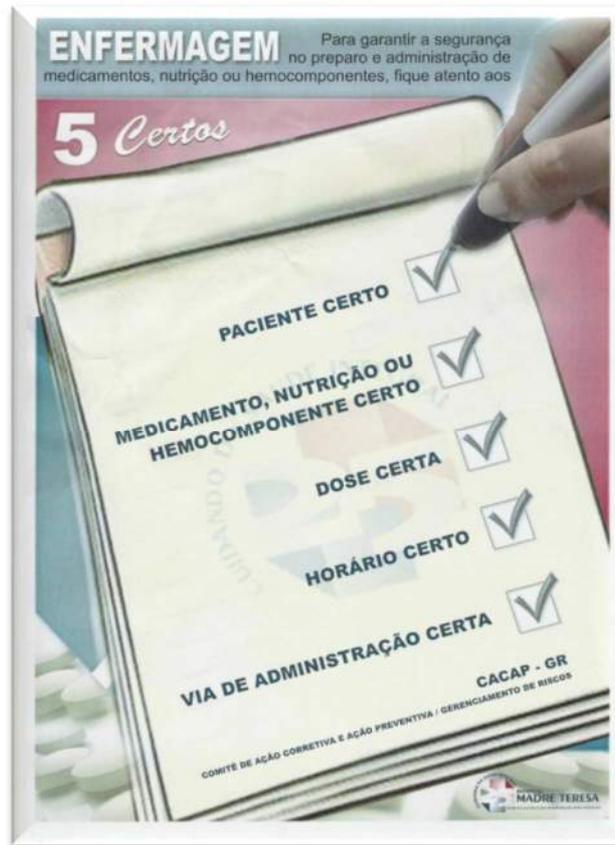
**Itens Concluídos**

D	Conclusão	Descrição	Responsável
	30/07/2012	<a href="#">Manter quadro de gestão a vista atualizado com relatório de média</a>	Patricia Gislene Dias

## Anexo 23 – Logo do Gerenciamento de Risco



## Anexo 24 – Campanhas do Gerenciamento de Risco



Campanha 5 Certos da Administração de Medicamento

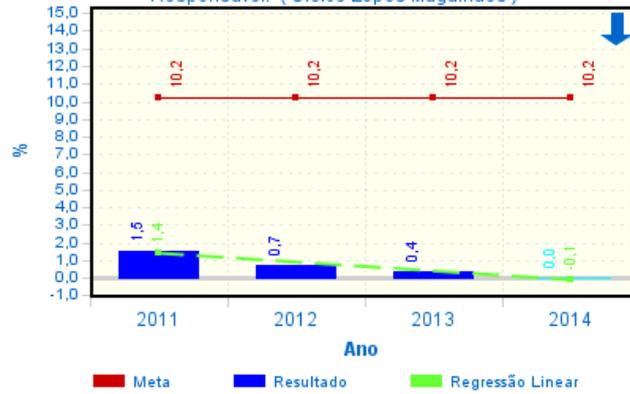


Filipeta entregue aos pacientes a partir da implantação do Protocolo de Prevenção de Queda

## Anexo 25 – Resultados da Efetividade dos Protocolos de Segurança

**UTI 1 - % Infecção de Corrente Sanguinea por 1000 CVC / Dia**

Responsável: ( Gleice Lopes Magalhaes )



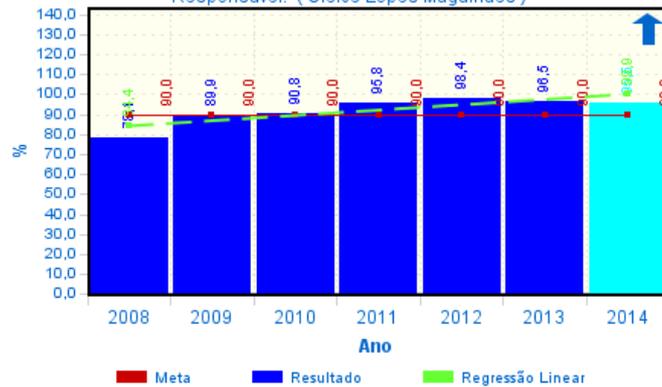
**UTI 1 - % Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica por 1000 Respiradores / Dia**

Responsável: ( Gleice Lopes Magalhaes )



**UTI 1 - % Pacientes de Moderado a Muito Alto Risco para UPP que não Desenvolveram Lesão**

Responsável: ( Gleice Lopes Magalhaes )



## Aspecto 5 – Gestão de Pessoas

### Anexo 26 - Palestra para toda a Força de Trabalho sobre a Gestão da Qualidade



Palestras ministradas a toda a força de trabalho para informar sobre as mudanças que ocorreriam, a implantação da Gestão da Qualidade e o processo de Acreditação.

## Anexo 27 - Cursos de Especialização



Turma de Especialização em Tecnologia e Gestão da Qualidade do Hospital Madre Teresa  
Parceria com o CEFET/MG – Curso In Company- Formatura em 2006



Turma de MBA em Auditoria e Gestão da Saúde do Hospital Madre Teresa  
Parceria com FGV – Curso In Company - Formatura em 2010.

## Anexo 28 – Cursos In Company



Treinamento da Equipe de Auditores Internos da Qualidade – IQG 2005



Curso ministrado sobre Gerenciamento de Risco  
Dra Helidea Lima - Professora FGV e Gestora da Qualidade da Rede Dor/2010



Curso Avaliador Externo ONA, promovido pelo IQG, no Hospital Madre Teresa - 2012 e 2013.

## Anexo 29 - Práticas de Endomarketing



Selo da Qualidade definido por meio de concurso interno entre os colaboradores/2004



Logomarca da Qualidade/ 2005



Mascote da Qualidade, que utiliza várias roupagens de acordo com a demanda. Criado por um colaborador do Departamento de Informática/2005



Fotografias para divulgação da Acreditação no Jornal Nossa Voz/2005

*"Nada realizamos na vida se não temos um ideal,  
mas para realizá-lo é preciso que tenhamos o amor dele,  
o desejo de realizá-lo.  
Agir sem amor não é digno da grandeza da alma humana.  
Se queremos realizar o nosso ideal,  
temos que AMAR, temos que nos apaixonar  
por aquilo que queremos realizar.  
Ninguém faz bem uma coisa se não lhe tem amor,  
ninguém realiza um ideal se não o ama."*

*Madre Maria Teresa de Jesus Eucarístico*



**HOSPITAL  
MADRE TERESA**

AV. BARRA CARVALHO, 1000  
GUARULHAS/SP - JARDIM OSO  
Belo Horizonte/MS  
FONE: (11) 3229-8000  
www.hospitalmadreteresa.org.br



Vamos Acreditar?

### Vamos Acreditar ONA!

**O que é ONA?**

A ONA - Organização Nacional de Acreditação é uma organização não governamental, que tem por objetivo promover a **implementação de um processo permanente** de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde.

**O que é Acreditação?**

A Acreditação ONA refere-se a um certificado que atesta a qualidade de uma empresa prestadora de serviços de saúde, pelo cumprimento de itens constantes no Manual Brasileiro de Acreditação.

**Por que Acreditar?**

A Acreditação será o reconhecimento público da qualidade existente no HMT. Ela comprovará que os nossos serviços proporcionam segurança para os clientes, colaboradores e corpo clínico.

### Como Acreditar?

Pelo atendimento às exigências legais e aos itens de orientação do Manual Brasileiro de Acreditação:

- Qualidade na assistência prestada ao cliente;
- Qualificação do colaborador e do corpo clínico;
- Infra-estrutura para garantir a eficácia da assistência;
- Procedimentos escritos, documentados e disponíveis;
- Interação de processos;
- Gerenciamento de processos;
- Implementação dos planos de ação decorrentes do diagnóstico.

**Quando?**  
Nos dias 04, 05 e 06 de julho/07, receberemos os avaliadores da Qualisa, que farão uma auditoria para a Acreditação do HMT.

**Todos nós seremos beneficiados com a Acreditação.**

**Faça a sua parte! Acredite nesta idéia!**

Em 2006, cartilhas distribuídas aos colaboradores após as palestras para divulgar a estratégia de Acreditação do Hospital.



Ir. Araceli Rosell Barberá  
Vice-Diretora do HMT

Vamos acreditar!

“O trabalho de toda a equipe é indispensável para o atendimento humanizado e com qualidade no HMT. A Acreditação virá confirmar que nossa atendimento é realizado com eficiência, segurança e conforto aos nossos clientes.”



Dr. Dário Antunes Martins  
Otorrinolaringologista

Vamos acreditar!

“Acreditação: um pouco que cada um faz, faz muita pelo nosso Hospital.”



Dr. Pedro Rousseff  
Cardiologista

Vamos acreditar!

“Sinto que o processo de empenho da melhoria de qualidade de serviço, em todas as esferas, aqui no Madre Teresa, seja fruto de uma administração firme, equipes coesas e colaboradores capacitados, todos vestindo com orgulho esta camisa.”

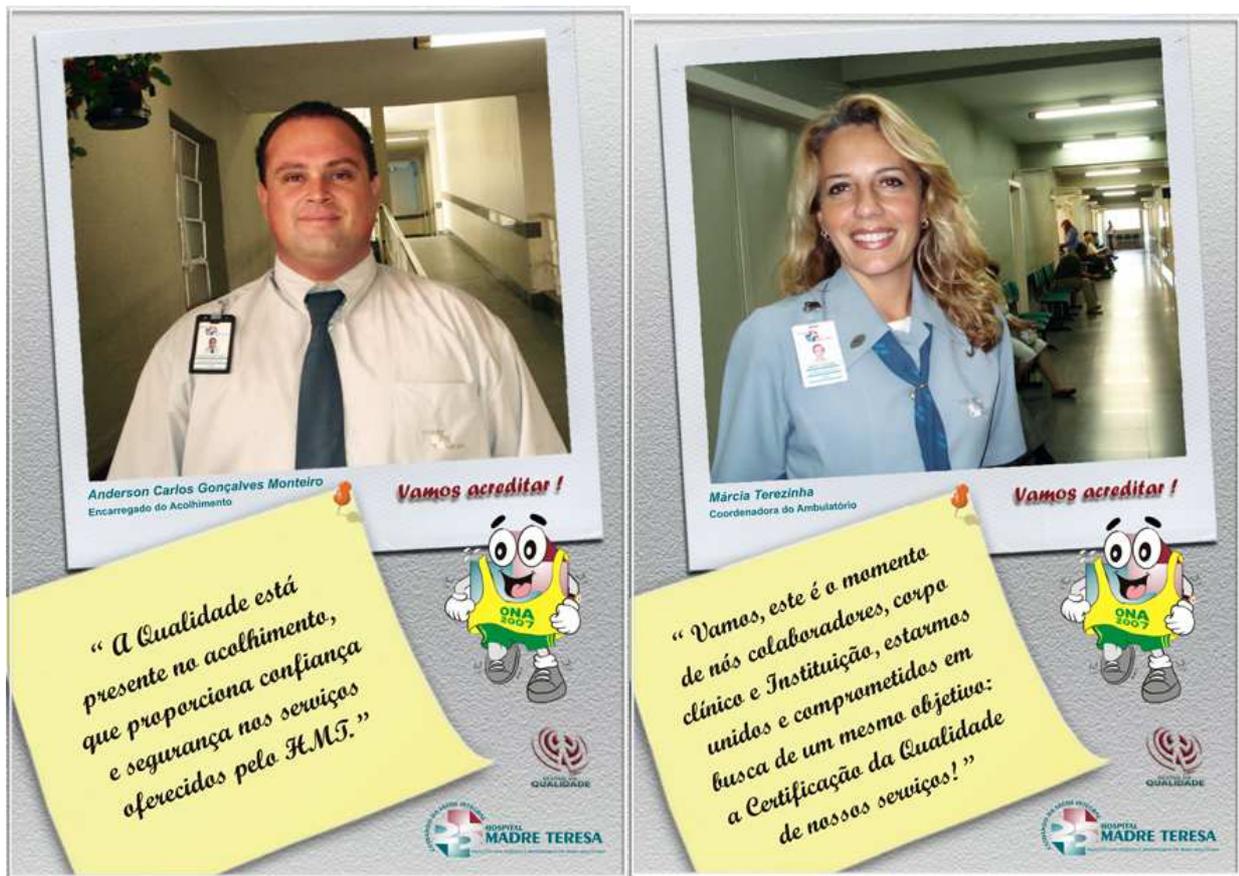


Ana Amélia Batista Gomes  
Higienizadora

Vamos acreditar!

“Cada colaborador deve estar consciente do seu compromisso na qualificação do Hospital para a Acreditação ONA. No entanto, devemos estar unidos neste objetivo!”





Cartazes com depoimentos de vários profissionais para incentivar a implementação da Gestão da Qualidade/Acreditação Hospitalar/2006/2007



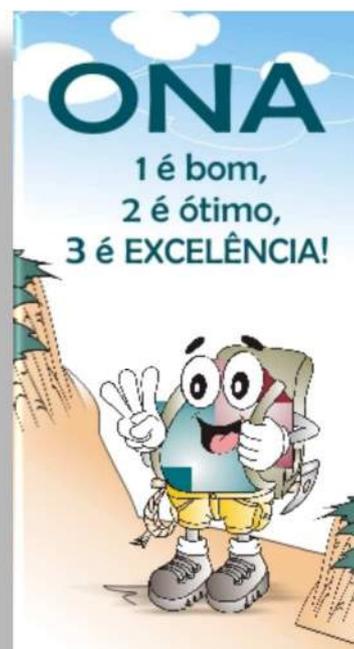
Gincanas intersetoriais rumo ao processo da Acreditação – 2007



Dia da Acreditação ONA Nível 2 – Julho/2007



Campanha interna em 2011 para a conquista do nível 3 da Acreditação



Premiação da colaboradora que ganhou o concurso interno para definição do slogan rumo ao nível 3 da Acreditação em 2011.

## Anexo 30 - Visita Benchmarking



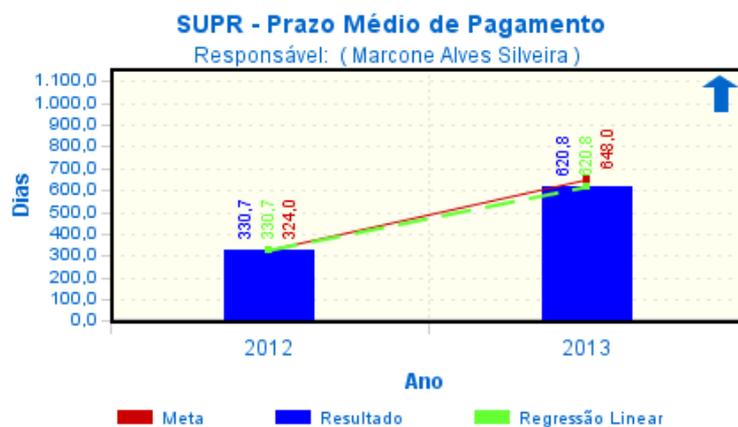
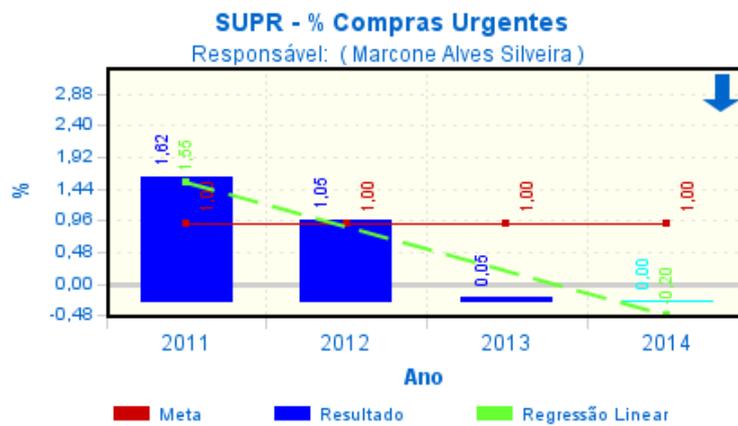
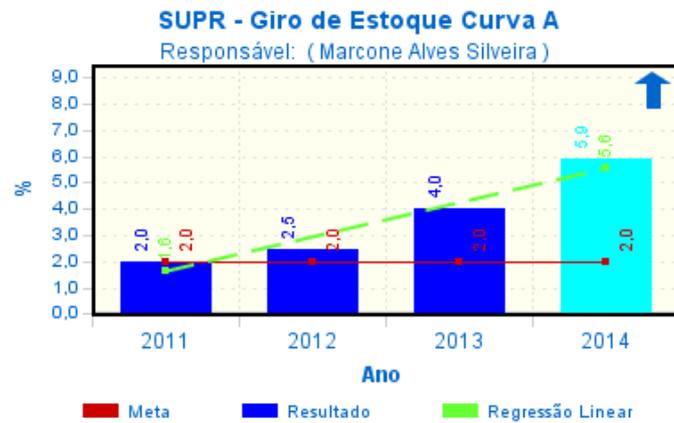
Equipe do Hospital Madre Teresa visitando o Hospital Monte Sinai/MG em 2009.



O Hospital Madre Teresa recebendo representantes de outras Instituições, para compartilhar suas práticas de gestão e assistenciais.

## Aspecto 6 – Relação com Fornecedores

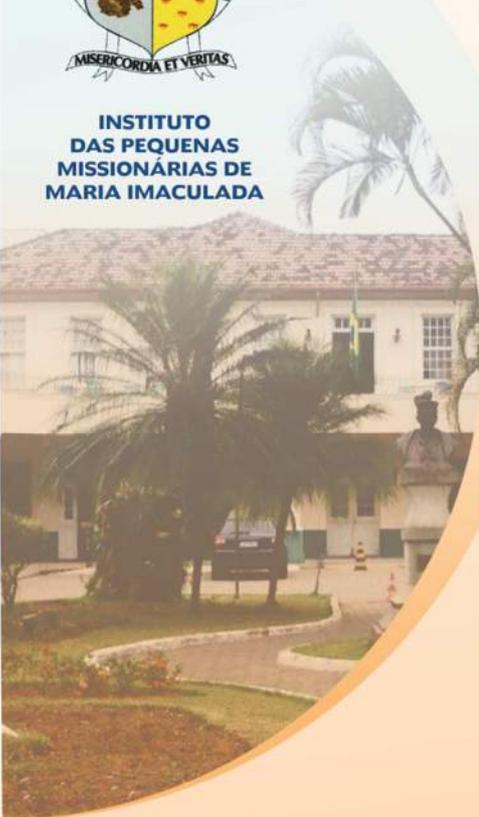
### Anexo 31 – Indicadores de Desempenho





**1º SIMPÓSIO**  
**GESTÃO HOSPITALAR DO IPMMI**  
**9 DE DEZEMBRO 2011**  
CASA DE RETIROS BETSAIDA | SÃO JOSÉ DOS CAMPOS/SP

**INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSIONÁRIAS DE MARIA IMACULADA**  
MISERICORDIA ET VERITAS



**A GESTÃO HOSPITALAR COM FOCO NA SEGURANÇA DO PACIENTE**

**9h** Credenciamento e Entrega do Material

**9h30** Abertura  
Madre Teresa Isabel e Irmã Regina Leite

**10h** **SEGURANÇA DO PACIENTE X SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA**  
Dra. Helideia de Oliveira Lima  
Professora Fundação Getúlio Vargas

**11h30** **PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDA**  
Raquel Bosco  
Fisioterapeuta do Hospital Madre Teresa

**12h** Almoço

**13h** **A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO CAMPO DA OBSTETRÍCIA**  
Irmã Denise Alves de Freitas  
Gerente de Enfermagem do Hospital Materno-Infantil da Rocha Marmo  
Antoninho

**13h30** **O PAPEL DA ALTA DIREÇÃO NO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO**  
Irmã Sandra Zanotto  
Diretora Administrativa do Hospital Marieta Konder Bornhausen

**14h** **PRÁTICAS DE GESTÃO PARA A MELHORIA DA QUALIDADE**  
Kelly Ribeiro Correa  
Coordenadora da Qualidade Hospital São Paulo

**14h30** **CAMPANHA DA NOTA FISCAL PAULISTA**  
Amauri Barbosa Toledo  
Casa de Saúde Stella Maris

**15h** Coffee Break

**15h30** **PROGRAMA BRASILEIRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**  
Roberta Rocha Dias  
Enfermeira do SCIH do Hospital Madre Teresa

**16h** **O PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E GERENCIAMENTO DE RISCO**  
Elaine Cristina Virginio  
Coordenadora Enfermagem do Hospital Pio XII

**16h30** **O PERCURSO PARA A EXCELÊNCIA**  
Irmã Marilúcia Gonçalves  
Gerente de Enfermagem do Hospital Madre Teresa

**17h** Encerramento

**VAGAS LIMITADAS**

**INSCRIÇÕES E INFORMAÇÕES | ESCRITÓRIOS DA QUALIDADE DOS HOSPITAIS PARTICIPANTES**

**APOIO**



## 2º SIMPÓSIO GESTÃO HOSPITALAR DO IPMMI

17 E 18 DE MAIO 2013  
HOSPITAL MADRE TERESA | BELO HORIZONTE MG

### GESTÃO INTEGRADA: QUALIDADE, MEIO AMBIENTE E RESPONSABILIDADE SOCIAL

17  
SEXTA

- 07h30 Credenciamento e Entrega do Material  
08h Abertura  
08h30 **A ESTRATÉGIA E A INTEGRAÇÃO**  
Rodrigo Meister - Meister Consultoria  
09h10 Coffee Break  
09h30 **DESAFIOS NA CAPACITAÇÃO MULTIPROFISSIONAL**  
Tatiana Dias Furtado | Educação Continuada - HMT  
10h **SEGURANÇA NA ÁREA DA SAÚDE**  
Andrea Maria Ribeiro | Segurança Assistencial - HMT  
10h30 **PROGRAMA CIRURGIA SEGURA**  
Irmã Sabrina | Gerente Enfermagem - HMT  
11h **PROGRAMA DE ATENDIMENTO A MÚLTIPLAS VÍTIMAS  
PLANO DE ABANDONO**  
Marianna Leite de Oliveira | SESMT - HMT  
11h30 Almoço  
13h **PROHUMA | PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO**  
Cristina Aparecida Correa | Gestão de Pessoas - HMT  
13h30 **GINÁSTICA LABORAL | PROMOVENDO SAÚDE E  
QUALIDADE DE VIDA AOS COLABORADORES**  
Hamilton Barwinski Junior | Educador Físico - HMKB  
14h **GERENCIAMENTO DE RISCO NA TRANSFUÇÃO DE SANGUE**  
Dr. Mário Soares de Azevedo Neves | Agência Transfusional - HMT  
14h30 **AUDITORIA CLÍNICA | TÉCNICA DE RASTREABILIDADE  
ASSISTENCIAL**  
José Raniel da Silva | Gestão da Qualidade - HARM  
15h Coffee Break  
15h30 **MODELO DE GESTÃO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO | BSC**  
Irmã Sandra Maciel Notolini | Coordenadora Grupo Planejamento  
Estratégico - HRHDS

18  
SÁBADO

- 08h30 **O DESAFIO DA INCLUSÃO DO DEFICIENTE NO MERCADO  
DE TRABALHO**  
Irmã Lidiane Madalena Eufrásio - Sanatório Maria Imaculada  
09h10 Coffee Break  
09h30 **A INSERÇÃO DA EDUCAÇÃO AMBIENTAL NA ESCOLA RURAL  
MADRE TERESA**  
Irmã Ana Cláudia Melo da Silva | Diretora da Escola Madre Teresa  
10h10 **PROJETO REFLORESTA AMPLIANDO A QUALIDADE  
AMBIENTAL**  
Mary Lucy da Costa | Engenheira Agrônoma - IPMMI  
10h50 **PGRSS | APLICABILIDADE DA GESTÃO DE RESÍDUOS DOS  
SERVIÇOS DE SAÚDE**  
Alessandra Bontorim Souza | Enfermeira Coordenadora de  
Hotelaria - HPIO XII  
12h Encerramento



INSTITUTO DAS PEQUENAS  
MISSIONARIAS DE  
MARIA IMACULADA



HOSPITAIS IPMMI



IPMMI  
HOSPITAL REGIONAL - HOSPITAL  
ANTONINHO DA ROCHA MARINHO



IPMMI  
Casa de Saúde Stella Maris



HOSPITAL REGIONAL  
HANS DIETER SCHMIDT



HOSPITAL  
MADRE TERESA



Marieta  
Konder Bornhausen



HPIO  
XII



HOSPITAL  
SÃO PAULO

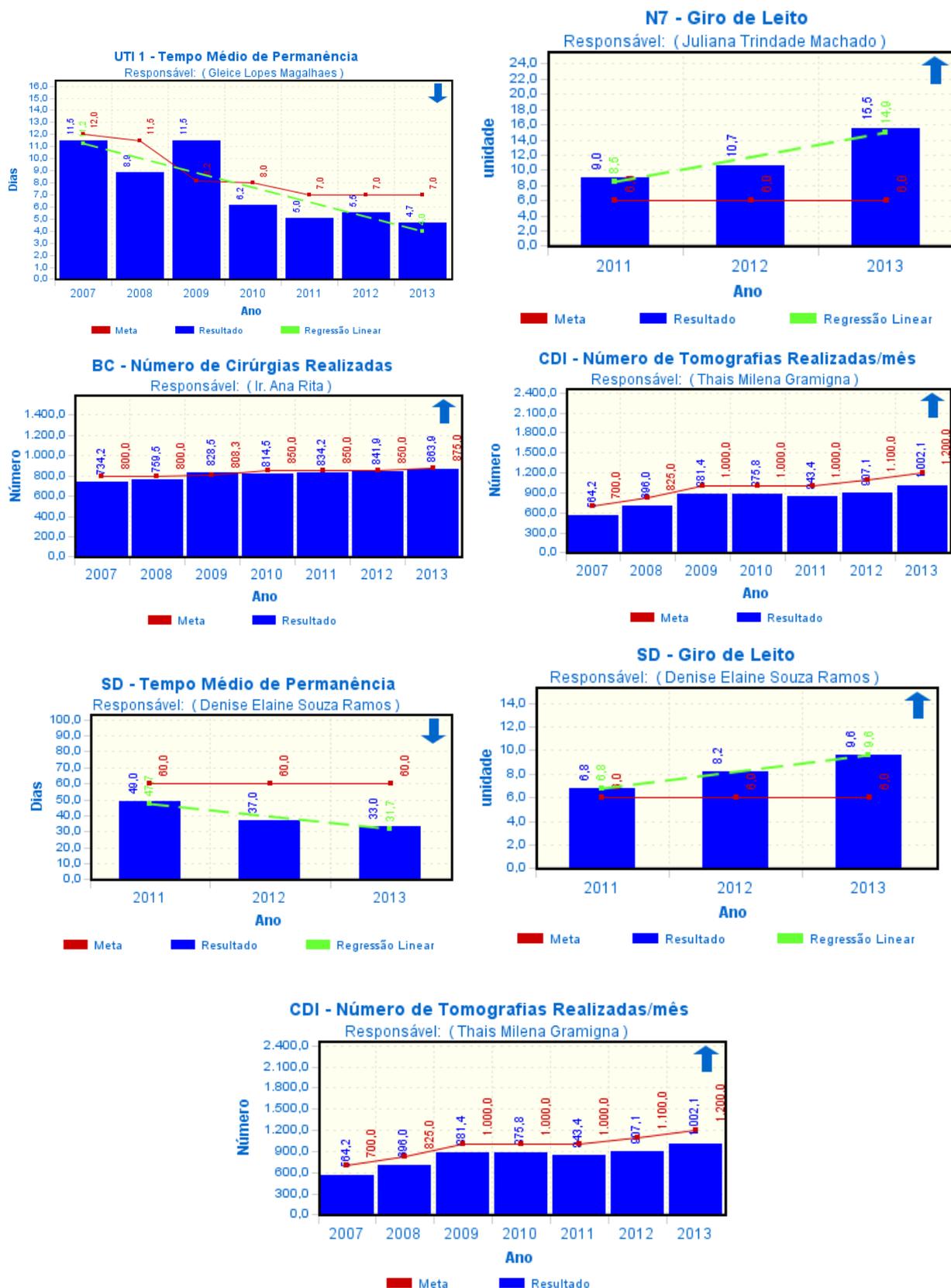
APOIO



INSCRIÇÕES E INFORMAÇÕES | ESCRITÓRIO DA QUALIDADE DO HMT E  
CDEP|HMT (31) 3339 8340 - VAGAS LIMITADAS

## Aspecto 8 – Resultados Financeiros

### Anexos 33 – Alguns Resultados que Impactaram Diretamente a Gestão financeira da Instituição



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

### Anexo 34 – Certificados Obtidos com a Implantação do Modelo de Gestão da Qualidade no

#### Hospital Madre Teresa



Primeiro Certificado em Julho/2007 – Acreditado Pleno ONA nível 2



**Recertificação em julho /2009 – Nível 2**



Obtido o Nível 3 da Acreditação em agosto/2011