

**OS DESAFIOS E RESULTADOS DO PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO DE
UM HOSPITAL PÚBLICO JUNTO À ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE
ACREDITAÇÃO – ONA, EM 30 MESES.**

SUMÁRIO

1. DADOS DO CANDIDATO	04
2. APRESENTAÇÃO E PERFIL DA INSTITUIÇÃO	05
3. DESCRIÇÃO DO PROJETO	07
3.1. Introdução	07
3.2. Definição do Negócio, Missão, Visão e Valores	08
3.3. Elaboração do Organograma e Manual de Gestão	08
3.4. Definição do Planejamento Estratégico	09
3.5. Perspectiva financeira	11
3.5.1. Resultados Financeiros	11
3.6. Perspectiva de Aprendizagem e crescimento	12
3.6.1. Gestão de pessoas	12
3.7. Perspectiva Processos Internos	14
3.7.1. Gestão de Processos	14
3.7.1.1. Implantação do Software de Gestão da Qualidade (SAS)	15
3.7.1.2. Padronização e Gerenciamento de Documentos	15
3.7.1.3. Plano de Ação	15
3.7.1.4. Mapeamento dos Fluxos e Riscos	16
3.7.1.5. Gerenciamento de Riscos	16
3.7.1.6. Não conformidade e interação de processos	16
3.7.1.7. Auditorias Internas	17
3.7.1.8. Indicadores	18
3.7.1.9. Campanhas da Qualidade	18
3.7.2. Relação com fornecedores	18
3.7.3. Responsabilidade Social	20
3.7.3.1. Campanhas de doação de sangue	21
3.7.3.2. Dia da Saúde	21
3.7.3.3. Projeto Orientação é Prevenção	21
3.7.3.4. Projeto de Sustentabilidade	22
3.8. Perspectiva Sociedade e Cidadão	23
3.8.1. Foco no Cliente	23
3.9. Conquistas de Certificações, Acreditações e Prêmios	25

3.9.1. Acreditação Hospitalar	25
3.9.2. Certificação Global da Empresa 3M	25
4. ANEXOS	27

1. DADOS DO CANDIDATO

Nome: Danilo Oliveira da Silva

Contato: (41) 3614-8005/9247-3503

Formação:

- Bacharelado em Administração, com ênfase em Administração Hospitalar – Centro Universitário São Camilo;
- Pós-Graduado em Auditoria em Serviços de Saúde - Centro Universitário São Camilo;
- Pós-Graduando em Gestão de Pessoas (conclusão em junho/2011) - Faculdade Internacional de Negócios de Curitiba – IBPEX.

Experiência profissional:

2001

- Diretor Geral do Hospital Comunitário de Arapoema - TO

2002 – 2005

- Diretor Administrativo Hospital Regional de São Lourenço – MG

2005 - 2008

- Coordenador Hospitalar de 06 Hospitais pela Consultoria Técnica em Saúde – CTS.

2005 – 2008

- Consultor de custos pela **IDEAL CONSULTORIA e CTS – Consultoria Técnica em Saúde**, implantando processo de gestão de custos em Hospitais de Minas Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo.

2008-2009

- Diretor Administrativo – Hospital Municipal de Araucária - PR

2010 - 2011

- Diretor Geral – Hospital Municipal de Araucária – PR

2003 - 2009

- Professor do Curso de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da **UNINCOR – Universidade do Vale do Rio Verde - Três Corações**.

2. APRESENTAÇÃO E PERFIL DA INSTITUIÇÃO

O Hospital Municipal de Araucária está localizado na cidade de Araucária, estado do Paraná, a 40 Km da capital Curitiba. O início das atividades do Hospital foi a realização de um sonho da população de mais de 30 anos. Inaugurado no dia 7 de setembro de 2008 e instalado em uma área de 20.000 m², com 7.600 m² de área construída, em local de fácil acesso, Araucária pode se orgulhar de possuir um dos mais modernos hospitais do Estado.

No início, as atividades do HMA estavam concentradas nas consultas eletivas, partos e internações nas clínicas: médica e obstétrica, e nas Unidades de Terapia Intensiva (adulto e neonatal/pediátrica). No mês de outubro de 2008 foi inaugurada a unidade de internação pediátrica, e em novembro de 2008, o centro cirúrgico geral e clínica cirúrgica. Em janeiro de 2009, com a abertura do Pronto-Socorro, foi inaugurada a última unidade de atendimento da instituição, conforme o previsto no cronograma de implantação do Hospital.

Durante estes quase 3 anos de funcionamento, com sua resolutividade e alto grau de satisfação dos usuários, que na média dos últimos 12 meses ultrapassou os 97%, o HMA virou referência no atendimento à região. Com uma estrutura nova e moderna, equipamentos de última geração e equipe de profissionais qualificados, o HMA é hoje exemplo de atendimento público na área da saúde, tendo em vista que 100% dos atendimentos são realizados pelo SUS - Sistema Único de Saúde.

O Hospital faz parte da segunda regional de saúde, da região metropolitana de Curitiba, sendo referência para população de Araucária, Contenda e Lapa que juntos somam 180.035 habitantes (conforme censo do IBGE - 2010); oferecendo também atendimento nas Unidades de Terapia Intensiva (adulto e neopediátrica) a pacientes de Curitiba e região metropolitana.

A gestão do Hospital Municipal de Araucária, após processo de licitação pública realizado em 2008, foi concedida à Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, Organização Social de Saúde (OSS) especializada na gestão de serviços de saúde, administração e assistência social no País.

No Paraná, Araucária foi o primeiro município a adotar o modelo de gestão em parceria com OSS, e em quase 3 anos, pode confirmar a sua eficiência através dos seus excelentes resultados.

O HMA é o único do município e tem como escopo de atendimento, os casos de média e alta complexidade (somente para as Unidades de Terapia Intensiva); oferecendo suporte às Unidades Básicas de Saúde, 01 Pronto Socorro Adulto, 01 Pronto Socorro Infantil (ambos gerenciados pelo município em estruturas físicas distantes do Hospital), SIATE e procura direta para gestantes.

O atendimento no Hospital é efetuado mediante contra referência das Unidades Básicas e Prontos Socorros e por procura direta nos atendimentos ao SIATE e gestantes. Para as gestantes do município de Araucária, o Hospital também é referência para gestação de alto risco, sendo estas acompanhadas no ambulatório do Hospital durante o pré-natal, até a realização do parto.

Próximo ao município de Araucária temos hospitais nas seguintes cidades: Lapa (hospital de média complexidade, com 30 leitos), Campo Largo (Hospital Nossa Senhora do Rocio e Hospital São Lucas, hospitais de média e alta complexidade) e hospitais de Curitiba que também atendem média e alta complexidade.

Com 110 leitos para internação, sendo 19 de terapia intensiva, e 70% de ocupação, o Hospital realiza mensalmente a média de: 520 internações, 130 partos, 10.000 exames de SADT, 170 cirurgias e 2.000 atendimentos ambulatoriais.

O Hospital possui 433 colaboradores (entre profissionais próprios e terceirizados) e 119 profissionais médicos que atendem nas seguintes especialidades: anestesiologia, cardiologia, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia vascular, clínica médica, gestação de alto risco, ginecologia e obstetrícia, hematologia, neurologia, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, otorrinolaringologia, pediatria, proctologia e urologia.

Possui ainda serviço de imagem com radiologia simples e contrastada, ecografia, tomografia, mamografia, endoscopia, colonoscopia, serviço de métodos gráficos (ecocardiograma, eletrocardiograma e eletroencefalograma), análises clínicas e anatomia patológica.

Além destes serviços, visando prestar um atendimento de qualidade, possui ainda: assistência social, psicologia hospitalar, assistência nutricional e assistência farmacêutica aos pacientes internados.

3. DESCRIÇÃO DO PROJETO

3.1. Introdução

Conforme descrito no tópico 2, o Hospital iniciou suas atividades assistenciais em 07 de setembro de 2008, mas o início das atividades de administrativas se iniciaram em 18 de junho de 2008, data em que a equipe de diretores do Hospital juntamente com o diretor regional da Pró-Saúde começaram o planejamento para a abertura da nova instituição de saúde. Os passos e definições iniciais tiveram como foco:

- a) definição do Negócio, Missão, Visão e Valores;
- b) elaboração do Organograma e Manual de gestão;
- c) definição do Planejamento estratégico;
- d) estruturação e metodologia de acompanhamento do orçamento existente, de acordo com escopo de atendimento definido no contrato de gestão pela Prefeitura de Araucária.

Após estas definições, focou-se nas diretrizes e ações emergenciais para o início das atividades assistenciais, como a contratação de pessoal, aquisição de insumos, equipamentos, instalação e aquisição de sistemas, entre outros.

Durante todo o período, o plano de ação definido foi monitorado mensalmente, sendo realizados os devidos ajustes, de acordo com o transcorrer dos trabalhos.

Em janeiro de 2009, houve no município uma mudança político-partidária no governo que gerou a necessidade de revisão do planejamento, visando adequação das metas definidas pelo novo Secretário de Saúde com o projeto de certificação e planejamento inicial.

Esta nova situação gerou uma série de ações visando interar o gestor público local da importância da certificação do Hospital. Dentre as ações adotadas destacamos: definição de ações estratégicas de aproximação para interar o Secretário das etapas do processo de certificação; adequação dos processos internos visando o atendimento das novas demandas solicitadas pelo município (sem interrupção do processo de certificação) e apresentação de projetos que contribuíssem a solução de problemas e necessidades existentes na área da saúde em Araucária (como, por exemplo, a criação do serviço de mamografia no Hospital).

3.2. Definição do Negócio, Missão, Visão e Valores

De acordo com escopo e perfil de atendimento definido pela contratante (Secretaria Municipal de Saúde), foi definido o escopo do negócio, missão, visão e valores, sendo estes revistos anualmente, junto à revisão do planejamento estratégico. Na definição destes conceitos, procuramos mantê-los alinhados com a política institucional da gestora do Hospital (neste caso a Pró-Saúde) e políticas do município.

Este foi um importante passo, pois, durante o período, precisamos mostrar aos colaboradores o motivo desta entidade existir e por quais princípios manteríamos a mesma em funcionamento. O quadro com: Negócio, Missão, Visão e Valores está apresentado no anexo 1.

Cabe destacar que esta é a versão atual, revista no período, mais que teve poucas alterações. O passo seguinte foi divulgarmos estes conceitos para todos os colaboradores, procurando transformá-los em ações operacionais. Para isso, adotamos as seguintes estratégias:

- Divulgação destes princípios na integração dos novos colaboradores, inclusive médicos e terceiros. Nesta integração, era, e continua sendo, abordado o histórico da entidade, políticas adotadas, nossos princípios e objetivos estratégicos;
- Vínculo destes itens com os planos de ação e rotinas operacionais. Foi explicado aos colaboradores, destacando que temos determinadas rotinas e políticas operacionais, pois isto nos permite atender a nossa missão, visão e valores;
- Disponibilização do quadro, com os estes conceitos, por todo o Hospital.

O processo de certificação junto à ONA, tema deste trabalho, a todo o momento nos treinamentos com as equipes, foi vinculado a nossa **missão** de “(...) *promover assistência hospitalar com qualidade...*” que é um dos principais focos desta certificação; com nossa **visão** de “*conquistar reconhecimento público pela qualidade na assistência hospitalar*” e com nosso **valor** denominado **qualidade**: que nada mais é do que o compromisso institucional pela “(...) *busca de excelência e melhoria contínua*”.

3.3. Elaboração do Organograma e Manual de Gestão

O organograma da entidade foi definido considerando-se a necessidade de lideres agindo de maneira estratégica nos macros processos e disponibilidade

orçamentária. Durante o período, foi necessária a adaptação destes cargos, sendo que o atual organograma está disponível para consulta. (anexo 2).

Juntamente com a definição do organograma, elaboramos o Manual de Gestão e a descrição de cargos. O objetivo do Manual de Gestão foi de definir o papel de cada setor representado no organograma. Já a descrição de cargos teve a função de definir o papel de cada colaborador dentro da entidade. Com estes instrumentos e o organograma definimos: o papel dos setores, dos colaboradores, sua linha de comando e quem este deve procurar no caso da necessidade de discussão de problemas.

Estes documentos foram divulgados para todos os colaboradores do Hospital, estando disponíveis para consulta, através do sistema de gestão de qualidade.

O organograma, mapa estratégico e negócio, missão, visão e valores também são divulgados a todos os colaboradores, estando fixados em locais estratégicos por todo o Hospital (vide anexo 3).

3.4. Definição do Planejamento Estratégico

O planejamento estratégico do Hospital foi elaborado com base na metodologia BSC (*Balanced Scorecard*). Dentro das quatro perspectivas desta metodologia (Financeira, Aprendizado e Crescimento, Processos Internos e Satisfação dos clientes), definimos objetivos estratégicos para a instituição (anexo 4), nos quais foram incorporados os objetivos corporativos (definidos pela entidade mantenedora e representados pelos círculos amarelos no mapa estratégico) e objetivos locais, definidos de acordo com o planejamento do Hospital (círculos azuis no mapa estratégico).

Para a elaboração deste planejamento, criamos um grupo denominado de **Grupo de Apoio ao Planejamento Estratégico - GAPE** composto pelos: gerentes (administrativo/ financeiro, logística, qualidade, enfermagem e de hotelaria e SADT), diretores (geral, médico e assistencial), representantes da área médica (sendo coordenador médico da UTI adulto e clínica médica, coordenador médico da obstetrícia e coordenador médico da UTI neonatal e pediatria) e setores estratégicos, como Recursos Humanos, Comunicação e Assessoria da Diretoria, visando a discussão detalhada deste. A composição deste grupo visou termos a maior representatividade possível dos vários setores do Hospital.

Este processo aconteceu em quatro etapas, sendo:

1. Palestra de sensibilização sobre a importância e elaboração do planejamento estratégico, conceitos do BSC, realizada por facilitador externo;
2. Reunião para definição dos objetivos estratégicos;
3. Reunião para definição das metas, dos indicadores estratégicos e responsáveis pelos planos de ação;
4. Reunião de fechamento e validação dos objetivos, metas, indicadores e planos de ação.

Cada plano de ação tinha como responsáveis:

- 01 membro do GAPE, cujo papel era acompanhar a sua evolução, dando feedback do seu andamento nas reuniões mensais;
- 01 responsável em operacionalizar a ação.

Cada ação possuía um prazo definido para que o objetivo maior, que era a certificação fosse alcançado. A data para pré-auditoria da certificação foi agendada para o segundo semana de agosto de 2010 e a visita oficial para a última semana de outubro de 2010.

Finalizada esta etapa, criamos um calendário de reuniões mensais para análise crítica dos indicadores e evolução dos planos de ação.

Nestas reuniões, participavam todos os representantes do GAPE, sendo verificado a efetividade das ações, evolução dos indicadores, necessidade de revisão do plano, inclusão de novas ações, entre outros.

Todo este trabalho foi acompanhado através do software de gestão da qualidade adquirido pelo Hospital, no início dos trabalhos, facilitando bastante este acompanhamento.

Concomitantemente, os indicadores e planos foram divulgados aos supervisores de área, médicos e demais colaboradores. Para os supervisores, foram detalhadas as ações e indicadores, ficando cada gerente de área responsável pela análise das mesmas junto com eles. Para os colaboradores, foi divulgado o mapa estratégico, a importância do planejamento estratégico e a evolução deste no decorrer do período.

Apesar da certificação do Hospital junto à ONA configurar como um objetivo estratégico, as ações para alcançar este objetivo tiveram impacto nas quatro perspectivas e nos demais objetivos estratégicos, como veremos a seguir.

Observação: usualmente o BSC inicia com a perspectiva “Sociedade e Cidadão” na base e termina com a “Financeira” no topo. Entretanto, tendo em vista o escopo do negócio da Pró-Saúde, que recebe um recurso fixo para realizar todo o atendimento, as perspectivas foram invertidas, considerando que a preocupação maior da instituição é com o atendimento aos seus usuários.

3.5. Perspectiva financeira

3.5.1. Resultados Financeiros

Dentro da perspectiva financeira definimos dois objetivos estratégicos de grande importância para alcançarmos a certificação, que foram:

- **Garantir cumprimento orçamentário;**
- **Assegurar fluxo financeiro.**

Sem os recursos financeiros devidamente orçados e acompanhados, seria impossível alcançarmos o objetivo ora proposto.

Como o Hospital é público, gerenciado através de um contrato de gestão, temos um orçamento fixo pré-definido contratualmente, sendo todas as despesas devidamente orçadas, de acordo com recurso previamente definido.

No final de cada ano, definimos nosso orçamento detalhadamente. Este orçamento é acompanhado mensalmente, com análise crítica da sua evolução (inclusive “evolução das despesas” foi um dos indicadores estratégicos definidos em nosso planejamento) e ações de correção, caso necessário.

Além deste, tivemos outro importante objetivo, que é **assegurar o fluxo financeiro adequado**. Este visava garantir que as receitas necessárias para a operacionalização do Hospital e, conseqüentemente, para a realização do projeto de certificação fossem creditadas nas datas previamente estabelecidas, evitando o atraso no mesmo.

A interrupção do fluxo financeiro foi mapeada como risco do processo financeiro (no processo de gerenciamento de risco do Hospital), sendo previsto no **plano de contingência institucional**. Nesta, foram descritas ações específicas para tratativa deste risco caso o mesmo viesse a acontecer.

Ambos objetivos foram acompanhados minuciosamente durante o período, e foram de grande importância para o sucesso desta empreitada.

O resultado nesta área foi: o fechamento do período, com a conquista da certificação e com o cumprimento do orçamento global previamente estabelecido, não possuindo o Hospital nenhum débito em atraso e nenhuma duplicata protestada.

3.6. Perspectiva de Aprendizagem e crescimento

3.6.1. Gestão de pessoas

Dentro desta perspectiva também definimos dois importantes objetivos estratégicos:

- **Promover a qualificação e o desenvolvimento profissional;**
- **Promover a satisfação do colaborador.**

Na promoção da qualificação e desenvolvimento profissional, focamos no preparo de nossos profissionais, do ponto de vista técnico para atendimento aos requisitos do programa de certificação.

Criamos o **Núcleo de Educação Permanente – NEP**, que é um setor, coordenado por uma pedagoga, cuja função é promover a qualificação e educação permanente na Instituição. Para facilitar o trabalho deste núcleo, fizemos a previsão dentro do orçamento de uma rubrica específica para treinamento e desenvolvimento, visando evitar que o entrave financeiro fosse uma barreira para atingirmos este objetivo.

Realizamos no período de 2010, 21.835 horas homem de treinamento, sendo estes, em mais de 90% dos casos, realizados dentro do horário de trabalho. Também foi investido durante o ano o valor direto de R\$ 415.510,62 em treinamentos e capacitação de nossa equipe, visando qualificar nosso pessoal para obtenção da certificação. Foi realizada a revisão da descrição de cargos e mapeamento das competências, visando desenvolver cada colaborador.

Neste período efetivamos várias promoções internas, por mérito, para cargos de supervisão e gerência. Mais de 90% dos cargos de supervisão, gerência e direção foram e estão ocupados por profissionais desenvolvidos dentro do próprio Hospital.

Para motivação e sensibilização dos colaboradores foram desenvolvidas diversas ações e campanhas (mais detalhes no tópico 3.7.1 sobre Gestão de Processos), com a realização de almoço e café da manhã especial para marcar o início da campanha intitulada: ***Você Acredita? Nós acreditamos! HMA rumo à Acreditação.***

O setor de Comunicação desenvolveu algumas estratégias para manter os colaboradores informados sobre o andamento do projeto como: informativo rápido no refeitório, camisetas, boletim informativo e jornal do colaborador (vide anexo 5). Criamos

também, um canal de comunicação entre os colaboradores e a direção, através de caixas de sugestão e e-mail “Fale com o Diretor” (fale.diretoria.hma@prosaude.org.br). Estes canais foram criados para que o colaborador pudesse expressar suas ideias, opiniões e reclamações.

Já os treinamentos e assuntos específicos do processo de certificação foram desenvolvidos e padronizados, a fim de que todos recebessem as orientações. Todos os dias, durante 10 minutos, todas as equipes recebiam orientações rápidas e básicas sobre os seguintes temas:

- Registro de ocorrência: objetivo, para que serve e como preencher;
- Interação de processos: o que é e para que serve;
- Gerenciamento de risco: o que é, para que serve, quais foram os riscos mapeados no setor, as práticas de controle e os indicadores de acompanhamento;
- Mapa estratégico, missão visão e valores: qual é a sua importância para o processo;
- Instruções de trabalho: o que é, importância e onde se encontrava para consulta;
- Perfil epidemiológico do Hospital e protocolos multiprofissionais (para equipes assistenciais): quais são e onde estavam disponíveis para consulta;
- Indicadores existentes nas áreas: quais são, para que servem e evolução.

Estes treinamentos foram desenvolvidos tanto para colaboradores contratados em regime celetista, quanto para médicos e prestadores de serviços.

Efetivamos a integração obrigatória para todos os prestadores de serviços e médicos. Nesta integração, foram abordados assuntos relativos ao processo de certificação, bem como demais informações pertinentes sobre rotinas da instituição. Para maior interação dos profissionais médicos com o processo, foi criado o Manual do Médico (anexo 6), cujo conteúdo explicativo e objetivo deixava o mesmo interessado de todas as etapas deste para a conquista da certificação.

Para qualificação de nossos profissionais médicos, também promovemos dois cursos de grande importância no ano. O primeiro foi o de Ventilação Mecânica, realizado no próprio Hospital sem custo para os médicos e fisioterapeutas. O outro foi o ALSO, sobre emergências obstétricas, também realizado no próprio Hospital com valor 60% menor que o praticado no mercado.

Usamos também como estratégia a participação do Hospital no programa de certificação da empresa 3M do Brasil. Esta ação teve importante papel no auxílio à adequação dos protocolos e motivação da equipe, pois, a cada certificação conquistada (foram 5 ao todo), foi realizado o reconhecimento da equipe na festa de premiação. Outra forma de reconhecimento foi através da criação do mural dos colaboradores elogiados pelos pacientes, com destaque para foto de todos aqueles que receberam elogios. (anexo 7). Além de ter as fotos fixadas no mural, alguns colaboradores que receberam grande número de elogios foram premiados com folgas e matérias no jornal do Hospital e boletim informativo.

3.7. Perspectiva Processos Internos

3.7.1. Gestão de Processos

A gestão dos processos no Hospital é coordenada pelo Núcleo de Gestão da Qualidade (NGQ), setor composto por dois profissionais, e apoiado por consultores externos e pela Comissão da Qualidade, formada por profissionais de diferentes setores do Hospital, cujo objetivo é auxiliar o NGQ na disseminação dos conceitos e procedimentos adotados na instituição, além de conscientizar e motivar o público interno a aplicá-los no trabalho.

Desde a abertura do Hospital, todos os processos e rotinas foram implantados com base nas diretrizes preconizadas pela Pró-Saúde, que têm como escopo principal o Manual Brasileiro de Acreditação, da ONA. Tudo isso, com o objetivo de conquistar a Acreditação Hospitalar nível 1 no período de até 30 meses.

Todo o processo de gestão da qualidade foi estruturado e divulgado à instituição através dos Procedimentos de Gestão (PG). Ao todo são trabalhados quatro PGs: Controle de Documentos e Registros; Relato de Não Conformidade e Ação Corretiva / Preventiva; Auditoria interna; e Gerenciamento de Riscos. Cada PG é um documento no qual são descritos os procedimentos e diretrizes para o desenvolvimento de cada uma das atividades acima descritas.

Abaixo serão relatadas as principais atividades executadas pelo NGQ que culminaram na estruturação e adequação da instituição para a conquista da Acreditação Hospitalar Nível 1.

3.7.1.1. Implantação do Software de Gestão da Qualidade (SAS)

O SAS, software desenvolvido pela empresa Interact, especializado em armazenamento e controle de dados para a gestão da qualidade, foi implantado em fases. A primeira foi o módulo de documentos, implantado em maio de 2009, que permite armazenar, ler, organizar e atualizar as informações dos documentos da instituição. Já em setembro de 2009, foi implantado o módulo de ocorrências, que permite ao usuário o registro e análise das não conformidades identificadas pelos demais usuários. Na sequência, em janeiro de 2010, foi implantado o módulo de riscos, que permite o mapeamento dos riscos e suas práticas de controle, bem como a realização de auditorias baseadas nestas informações. Por último, em julho de 2010, foi implantado o módulo Performance, que contempla a criação de planos de ação e a alimentação e controle de indicadores.

3.7.1.2. Padronização e Gerenciamento de Documentos

Todos os documentos utilizados no Hospital foram elaborados de maneira padronizada, conforme diretrizes da Pró-Saúde e do PG do HMA. Todo material oficial da instituição, entre eles Instruções de Trabalho, Interações de Processo, Formulários, Manuais, Fluxogramas, e outros, foram formatados e desenvolvidos de maneira uniforme, contemplando informações como: nome do documento, código, versão, elaborador, verificador e data da elaboração.

Todos foram avaliados e arquivados pelo NGQ através do SAS e também de forma impressa em pastas. Os documentos foram disponibilizados para consulta de todos os colaboradores através do Sistema ou através das pastas, que também estão disponíveis nos setores. Assim, cada colaborador tem acesso à descrição das rotinas de sua área e também das demais normas preconizadas para toda a instituição.

3.7.1.3. Plano de Ação

O HMA adotou como política para controle das atividades desenvolvidas nas áreas a criação de planos de ação. As atividades desenvolvidas nos setores e pelas comissões, foram estruturadas no SAS, possibilitando monitorar o andamento das atividades realizadas e facilitar a interação dos processos nas atividades que envolvem mais de um setor em sua execução.

Com esta ferramenta, para o processo de Acreditação, foi possível, monitorar todos os itens que ainda precisavam ser executados para atender as exigências da ONA.

3.7.1.4. Mapeamento dos Fluxos e Riscos

Todos os fluxos de trabalho nos setores, bem como os riscos das atividades, foram mapeados em toda a instituição. Com base nestas informações, foram criados os fluxogramas das áreas, que descrevem as etapas das atividades realizadas e como o profissional deve proceder em determinada situação. Já no caso dos riscos, foram levantadas todas as possibilidades de riscos em potencial na instituição e adotadas práticas de controle para cada uma delas.

3.7.1.5. Gerenciamento de Riscos

Através de práticas de controle e auditorias permanentes, todas as atividades que pudessem representar algum tipo de risco para o usuário, colaborador, fornecedor ou para a própria instituição, foram monitoradas pelo NGQ e Diretoria.

Os profissionais podiam visualizar o risco de suas atividades e as práticas de controle através do mural do setor. O resultado da auditoria de risco realizada era apresentado em formato de escala de cores, que indicam a probabilidade de incidência do risco em questão (anexo 8). Para assegurar o entendimento, 100% da equipe foi treinada sobre este processo de trabalho.

Além disso, o HMA instituiu uma comissão de gerenciamento de risco, constituída por todos os diretores e gerentes, coordenação do serviço de controle de infecção Hospitalar, um técnico em segurança do trabalho, um profissional da área de comunicação, uma farmacêutica e um representante da área médica. Que analisam mensalmente, através de reuniões, as ocorrências relacionadas aos riscos e os resultados das auditorias, definindo ações de melhoria a fim de evitá-los.

3.7.1.6. Não conformidade e interação de processos

O HMA adotou como prática de melhoria nos processos o sistema de ocorrências, que permite aos colaboradores registrarem as situações que não foram realizadas conforme os procedimentos, fazendo com que o responsável da área cuja reclamação foi registrada execute ações de melhoria, evitando nova ocorrência do ato.

As ocorrências foram classificadas em não conformidade; evento adverso e evento sentinela. As não conformidades estavam relacionadas aos contratos definidos na interação de processos, no qual foram definidos em todos os setores quem são os seus fornecedores e clientes internos. Com base nesta definição, os responsáveis de todos os setores do hospital negociaram com seus fornecedores e clientes prazos, rotinas e

procedimentos, que foram denominados “contratos”, a fim de atender a demanda e necessidades de ambas as partes. Toda vez que algum contrato não era cumprido uma ocorrência era registrada no sistema.

Já os Eventos Adversos são aqueles que com ou sem danos, podem acontecer devido a fatores humanos, organizacionais ou técnicos, como: complicação, incidente, iatrogenia, erro médico, entre outros. Os Eventos Sentinela são qualquer acontecimento imprevisto que pode resultar em dano, morte ou ferimento físico e/ou psicológico para os pacientes, acompanhantes ou colaborador.

Para que este processo fosse democrático, além do registro através do sistema, era possível registrar uma ocorrência através de formulário impresso, respeitando também o direito a privacidade do colaborador. Além do registro de não conformidades, eventos adversos e sentinela, o sistema também foi utilizado para monitorar os elogios e sugestões registradas por usuários e colaboradores.

Todas as ocorrências foram monitoradas pelo NGQ e avaliadas periodicamente através de reuniões envolvendo a diretoria e gerenciais, que analisavam as causas de maior incidência e planejavam ações corretivas a fim de reduzi-las ou evitá-las. Desta forma foi possível reavaliar a execução da atividade e encontrar maneiras de melhorá-la continuamente.

3.7.1.7. Auditorias Internas

Outra ferramenta utilizada para o monitoramento das atividades relacionadas à qualidade nos setores foi a auditoria interna. Em outubro de 2009 foi formada a primeira turma de auditores internos, composta por colaboradores de diferentes setores do Hospital que realizaram avaliações nos setores baseados no RAG (requisitos de apoio à gestão) documento criado pela Pró-Saúde que contempla a rotina e normas para o funcionamento de todos os setores, com base nas exigências da ONA. Desde a primeira auditoria até a conquista da certificação foram realizadas 2 auditorias internas e uma auditoria contínua de acompanhamento.

Além das auditorias internas, também foram feitas auditorias de risco, realizadas pela coordenadora de segurança assistencial e gerente do NGQ. Esta avaliação foi realizada com base nas práticas de controle estipuladas no mapeamento dos riscos. As auditorias de risco aconteciam trimestralmente, podendo acontecer em um período menor conforme o resultado.

Com base no resultados destas auditorias, o NGQ e a Diretoria puderam ter um dimensionamento do cenário da instituição e planejar-se quanto à adequação das exigências, focando no essencial e simplificando os processos.

3.7.1.8. Indicadores

Para o monitoramento do projeto e processos das áreas, adequando-se às exigências do Manual da ONA, foram criados dois grupos de indicadores: de processo e de risco.

O primeiro tinha o objetivo de monitorar o andamento dos processos das áreas e do projeto de certificação. Ao todo foram criados 36 indicadores de processo. Já o segundo, foi utilizado para monitorar os riscos mapeados, sendo criados 24 indicadores.

Para acompanhar a evolução mensal destes dados e do projeto, foram realizadas reuniões periódicas entre diretores e gerentes, nas quais eram realizadas as análises críticas e discutidas as ações necessárias para adequação.

3.7.1.9. Campanhas da Qualidade

Para motivar e conscientizar os colaboradores sobre a necessidade de colocar em prática os conceitos da Qualidade, o NGQ e a Comissão da Qualidade realizaram durante o período diversas campanhas e ações. Entre elas destacou-se a “Campanha + Qualidade”, realizada no início de 2010.

Nesta Campanha foram fixados *mobílies* nos corredores do Hospital com perguntas sobre conceitos de Qualidade. Além disso, foi realizado um quizz, uma peça teatral e blitz de perguntas e respostas. (anexo 9).

Posteriormente, no período próximo à Auditoria de avaliação da IAC, foi criado o slogan: “Você Acredita? Nós Acreditamos!”, com a distribuição de canecas e camisetas personalizadas com o mesmo e o manual da Qualidade. (anexo 10).

3.7.2. Relação com fornecedores

Nossa relação com os fornecedores, desde o início das atividades do Hospital, foram pautadas em um princípio básico: a transparência. Temos praticado este princípio a todo o momento, por entender que isto é o principal fator que mantém firme nossa relação de parceria.

No processo de certificação, procuramos trabalhar os nossos fornecedores com focos bastante distintos, separando estes em duas classificações:

- Fornecedores/prestadores de serviços terceirizados que atuam dentro da entidade, ou com processos que geram impacto na assistência (como lavanderia, laboratório de anatomia patológica);
- Fornecedores de insumos (material e medicamento reembolsável e não reembolsável, gêneros alimentícios, gases medicinais, dentre outros).

Nosso processo de aquisição de serviços e insumos foi baseado em um regulamento de compras de bens e serviços, regulamento este que foi publicado em jornal local de grande circulação, para ciência pública, mostrando os critérios e procurando dar maior transparência possível ao processo de compras.

Para os prestadores de serviços que atuam dentro do Hospital (Laboratório de Análises Clínicas, Engenharia Clínica, Cooperativa de Técnicos de Radiologia, Tecnologia da Informação) e outros com impacto na assistência como: lavanderia e serviço de anatomia patológica, ofertamos todos os treinamentos referente ao processo de certificação como: notificação de ocorrências, indicadores, gerenciamento de riscos e processos da qualidade. Estes prestadores foram avaliados em nossas auditorias internas, onde era repassado a este prestador o relatório das não conformidades detectadas. A equipe de consultoria externa, contratada pelo Hospital, ficava à disposição para passar orientações e dar sugestões de melhorias. Efetuamos a orientação e treinamento destes prestadores quanto à elaboração, acompanhamento e análise crítica de indicadores de processos e riscos.

Também procuramos envolver estes trabalhadores com se fossem membros da nossa equipe, sendo o resultado alcançado a adequação destes serviços às normas do Manual Brasileiro de Acreditação, conforme relatório oficial da auditoria da Instituição Certificadora.

Destacamos também como aspectos positivos deste trabalho: a avaliação do serviço de engenharia clínica, classificado como nível dois durante o processo de auditoria de certificação, devido ao grau de estruturação dos seus processos; O laboratório de análises clínicas, que após a certificação do Hospital, motivou-se e iniciou o processo para certificação de suas outras unidades externas (o prestador possui uma unidade dentro do Hospital e mais duas unidades fora, sendo autônomas entre si) e a lavanderia, classificada com situação crítica na auditoria interna realizada em junho de 2010, se adequando de forma surpreendente para a auditoria oficial.

Quanto aos fornecedores de insumos, elaboramos um manual de homologação de fornecedores onde constam todos os critérios para qualificação de fornecedores que desejam fornecer insumos ao Hospital.

Foi promovido um treinamento para explanação dos critérios do manual, sendo dado prazo de 60 dias para adequação destes fornecedores quanto à entrega de documentação básica, como: alvará de funcionamento, alvará de autorização da Vigilância Sanitária (quando necessário), cartão de CNPJ, certidões de regularidade de impostos, contrato social da empresa, etc.

Neste manual, definimos critérios de avaliação dos fornecedores de insumos, que envolveram indicadores como: pontualidade na entrega, apresentação física dos produtos, conformidade entre pedido de compras e nota fiscal, condição de acondicionamento (para itens com necessidade de acondicionamento especial); podendo o fornecedor, de acordo com a sua pontuação, ser suspenso ou até deixar de fornecer ao Hospital por período de 06 a 12 meses.

Para fornecedores de serviços, o critério de avaliação foi o desempenho de pelo menos 70% de processos conformes, nas auditorias internas. Caso a meta especificada não fosse atingida e não houvesse um planejamento para adequação das não conformidades, seu contrato poderia ser rescindido ou não ser renovado.

3.7.3. Responsabilidade Social

A prática de ações de responsabilidade social está diretamente relacionada com um dos valores do hospital e da Pró-Saúde e em consonância com o planejamento estratégico da instituição.

Todas as ações executadas estão direta ou indiretamente relacionadas ao negócio da instituição: a assistência hospitalar. Quando as ações voltadas à comunidade ou em respeito ao meio ambiente foram planejadas, o hospital procurou sempre associá-las a alguma atividade voltada para a área da saúde, ou que tivesse algum impacto em nosso processo, envolvendo sempre os seus colaboradores nelas.

Os projetos abaixo relacionados foram classificados com pontos fortes do Hospital na auditoria de certificação, onde destacamos:

3.7.3.1. Campanhas de doação de sangue

Como em Araucária não existe um banco de sangue ou centro de coleta, sendo que as bolsas de sangue utilizadas para os tratamentos hemoterápicos são concedidas pelo HEMEPAR - Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado do Paraná, o HMA promoveu durante o período 5 campanhas de doação de sangue, abertas à população do município.

Esta ação foi realizada, em parceria com o HEMEPAR, justamente por impactar diretamente no nosso processo de atendimento. Com esta ação, que teve a participação de mais de 300 doadores, o Hospital pode facilitar a doação daqueles que tinham interesse, porém, não tinham disponibilidade de ir até Curitiba para realizar a coleta. Por esta iniciativa, o HEMEPAR concedeu ao HMA o certificado de Doador Sangue Azul, destinado às instituições que apóiam o Centro. (anexo 11)

3.7.3.2. Dia da Saúde

Sempre em comemoração ao aniversário do Hospital, no mês de setembro, é realizado o “Dia da Saúde”, ação de cunho social na qual os colaboradores do Hospital realizam gratuitamente, na praça central do município, testes de glicemia, aferição da pressão arterial, avaliação nutricional e postural, além de outras orientações sobre saúde à população.

Todos os moradores cujo resultado do exame apresentou alguma alteração foram orientados a procurar uma unidade básica de saúde. Com isso, foi possível identificar potenciais problemas de saúde e iniciar o tratamento, evitando que estes moradores chegassem ao hospital com o estado de saúde mais agravado, visto que é o único do município.

Nas duas edições realizadas tivemos a participação de 400 pessoas.

3.7.3.3. Projeto Orientação é Prevenção

O maior fluxo de atendimentos no HMA é na maternidade e um grande problema detectado é a alta incidência de adolescentes grávidas. Isso não é apenas um problema para a saúde dessas meninas, mas, principalmente, um problema social.

Pensando nisso e atendendo uma demanda do município, o HMA em parceria com a Secretaria de Assistencial Social de Araucária promoveu o projeto Orientação é Prevenção, no qual adolescentes alunas do Espaço Meninas (projeto social do município) participam de encontros com a equipe multidisciplinar da instituição. Em cada encontro

são apresentados, de forma descontraída, os problemas comuns da idade e ensinado como elas devem se comportar em relação à sexualidade, relacionamentos, prevenção de doenças, estudo e mercado de trabalho.

Anualmente o grupo de aproximadamente 70 meninas de 13 a 17 anos foi dividido em 4 turmas. Cada turma participou de 10 encontros realizados no próprio Hospital.

Além da satisfação das meninas participantes do projeto e da avaliação positiva por parte da Secretaria Municipal de Assistência Social e das professoras do Espaço Meninas, um indicador pode ser considerado como positivo para o projeto: nenhuma das meninas engravidou após a participação.

Ao todo tivemos a participação de 133 adolescentes, sendo que este projeto ganhou destaque na comunidade e imprensa local. (anexo 12).

3.7.3.4. Projeto de Sustentabilidade

O HMA iniciou em 2010 a implantação de um projeto com ações voltadas ao desenvolvimento sustentável, abrangendo nelas aspectos sociais, econômicos e ambientais.

Como o Hospital é mantido através de recursos públicos fixos, o objetivo deste projeto consiste em otimizar este recurso e consolidar ações de melhoria para os processos, respeitando sempre os três pilares da sustentabilidade citados acima.

Durante o ano foram monitorados mensalmente indicadores relacionados aos 3 aspectos. Com base nestas informações, foram desenvolvidas ações para melhoria como: campanhas de conscientização para uso racional de energia elétrica; utilização de poço artesiano para abastecer o Hospital; eliminação de materiais com mercúrio (termômetros e esfigmomanômetros); realização de parcerias com agências de emprego locais a fim de contratação de mão de obra local; homologação de fornecedores; campanha de substituição de copos descartáveis por canecas e utilização do verso da folha de sulfite utilizada; blitz de redução de custos, entre outras.

Com o objetivo de disseminar este conceito e ampliar o discurso da sustentabilidade às demais instituições e profissionais da saúde da região, foi promovido o I Fórum de Sustentabilidade Hospitalar - Responsabilidade & Gestão: Novos Caminhos para a Saúde, que aconteceu na Faculdade Educacional de Araucária – FACEAR, nos dias 10 e 11 de setembro. (Anexo 13)

No Fórum foram apresentadas palestras abordando diferentes informações sobre o tema e apresentadas alternativas viáveis que os Hospitais podem adotar para gerenciar

suas atividades com foco no desenvolvimento sustentável. O Fórum teve a participação de mais de 150 pessoas e foi reconhecido pela ONA como uma ação válida dentro do contexto e um diferencial positivo da instituição.

Além disso, todas as ações realizadas no Hospital e os indicadores monitorados estão sendo divulgados em abril de 2011 no relatório de sustentabilidade do Hospital, criado com base na metodologia da GRI - Global Report Initiative, respeitada ONG internacional, com sede em Amsterdã - Holanda, que padronizou uma metodologia para elaboração de relatórios de sustentabilidade.

3.8. Perspectiva Sociedade e Cidadão.

3.8.1. Foco no Cliente

Dentro desta perspectiva do planejamento estratégico, definimos um objetivo estratégico chamado: **ampliar a satisfação do usuário**. Este objetivo foi escolhido, pois, como prestadores de serviço em um Hospital público, nosso maior “termômetro” é a satisfação dos clientes. Além deste objetivo impactar diretamente na renovação do contrato de gestão com a Prefeitura de Araucária.

Optamos em usar a nomenclatura **usuários** e não pacientes, pois esta engloba tanto o doente, quanto familiares, visitantes e acompanhantes.

Focando sempre neste objetivo, planejamos e executamos várias ações para atingir o mesmo. A primeira delas foi a criação e divulgação junto aos setores e usuários do **SAU – Serviço de Atendimento ao Usuário**.

Este setor, formado por um colaborador administrativo e uma assistente social, tem como objetivo: ser intermediário nas situações de conflitos que envolva usuários, visando resolução de seu problema da maneira mais satisfatória possível, ainda coletando e tabulando as pesquisas de opinião.

Nossas pesquisas são classificadas em:

- **Registro de procura direta** → acontece quando o usuário (paciente, acompanhante, familiar) procura o serviço para registro de alguma reclamação, sugestão ou elogio;
- **Pesquisa de satisfação** → realizada após atendimento ou na alta do paciente, através de um questionário pré-estabelecido. Temos questionários separados para avaliação do atendimento nas unidades de

internação, no ambulatório e no serviço de diagnóstico e terapêutica - SADT. Estas pesquisas são tabuladas e analisadas separadamente;

- **Pesquisa fonada** → realizada por telefone após alta do paciente (realizada somente para pacientes que foram internados).

Para acompanhamento deste processo foram criados os seguintes indicadores para monitoramento:

- **Índice de satisfação de paciente internado;**
- **Índice de satisfação do paciente atendido no ambulatório**
- **Índice de satisfação do paciente atendido no SADT.**

Mensalmente, através de um cronograma pré estabelecido, realizamos reunião com os gerentes e diretores, onde são analisadas a evolução dos indicadores e todas as reclamações do mês, visando a verificação da procedência ou não desta reclamação ou sugestão. Após esta análise é dado a devida tratativa, através de um plano de ação, com data e responsável para correção do problema detectado.

Temos também reunião mensal com o Serviço de Ouvidoria da Saúde do Município, onde são analisadas as reclamações, sugestões e elogios registrados, sendo dado na sequência tratativa às não conformidades detectadas. Acompanhamos a evolução deste processo através de um indicador específico criado para isto, chamado de: **índice de reclamação gerado junto à Ouvidoria do Município.**

O Serviço de Ouvidoria Da Saúde é um serviço do Município ligado diretamente ao Secretário Municipal de Saúde, que tem como objetivo registrar e dar tratativas a todas as reclamações, sugestões e elogios dos serviços de saúde públicos do Município. Além destas ações, para desenvolvimento do plano de ação de 2010, visando atingirmos estas metas e objetivo estratégico definidos, efetuamos o levantamento das reclamações com maior frequência no ano anterior, que serviram de base para desenvolvermos ações preventivas.

Para todos as reclamações, elogios e sugestões foi dado retorno ao cliente, sendo este retorno despachado no processo gerado pelo registro do usuário.

Todo o processo de registro e tratativa das reclamações, elogios e sugestões foram monitorados através do software de gestão da qualidade (SAS), visando facilitar a geração dos relatórios e acompanhar a evolução das ações e indicadores.

As boas sugestões também foram valorizadas, através da implantação destas, quando viáveis, e sempre com retorno ao usuário. Como exemplos, podemos citar a

criação de um cronograma de visita de líderes ecumênicos, visando oferecer um conforto espiritual para nossos doentes, e a criação de um cadastro com nome, e-mail e telefone nas campanhas de doação de sangue, para que estes doadores sejam comunicados nos próximos eventos.

O resultado das ações podem ser comprovados pela evolução do índice de satisfação do usuário no período conforme anexo 14.

Concluimos que estas ações e resultados tiveram importante papel para atingirmos o proposto em nosso planejamento estratégico e para alcançarmos a certificação, já que esta visa a adequação de processos internos para segurança e satisfação do paciente. Entendemos também que não teríamos êxito no projeto de certificação se não tivéssemos o nosso principal cliente satisfeito com o serviço ofertado.

3.9. Conquistas de Certificações, Acreditações e Prêmios.

3.9.1. Acreditação Hospitalar

Conquistamos em dezembro de 2010 a certificação de Hospital Acreditado Nível 1, tornando-se o primeiro Hospital público do Estado do Paraná a conquistar esta importante certificação de Qualidade.

A conquista deste título foi resultado de um trabalho que aconteceu desde a abertura do Hospital, quando todos os processos de trabalho foram estruturados com foco em Qualidade e segurança de pacientes e colaboradores, baseando-se nas exigências do manual da ONA. Para esta certificação, a Fundação Carlos Alberto Vanzolini, realizou auditorias nos processos adotados na instituição. As auditorias aconteceram nos meses de agosto e outubro, quando o resultado positivo foi comunicado à instituição, sendo esta a principal certificação conquistada no período. (anexo 15).

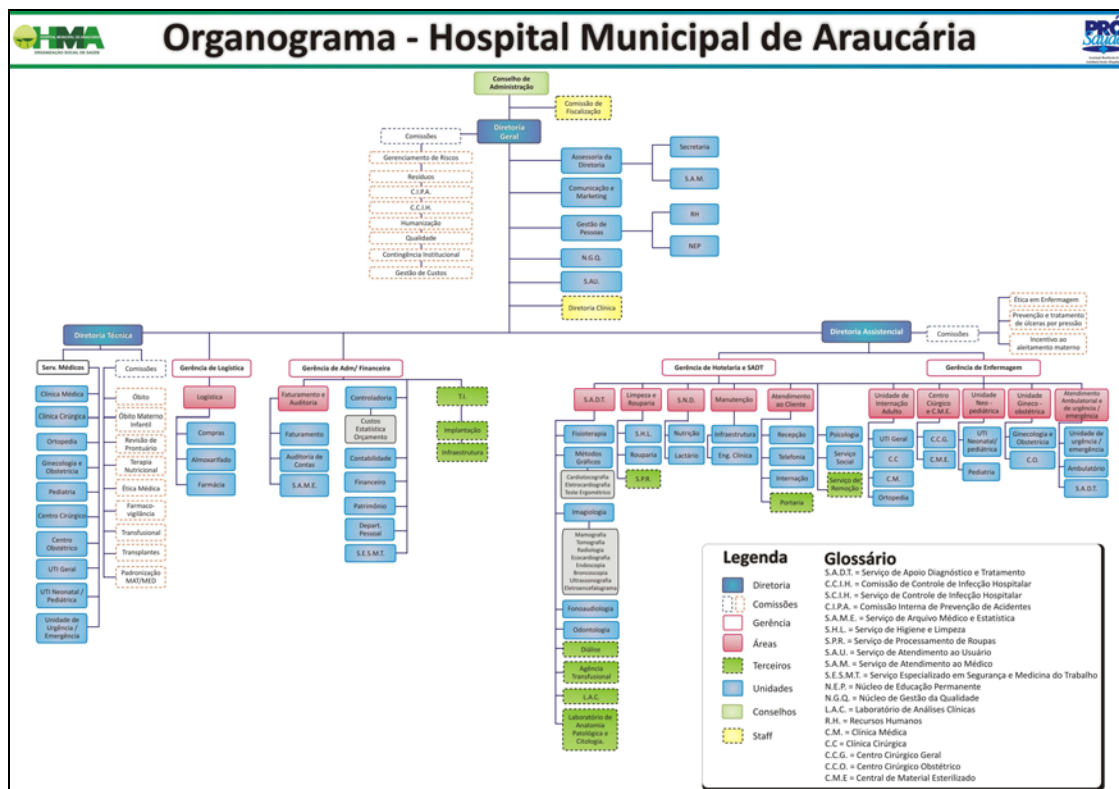
3.9.2. Certificação Global da Empresa 3M

A empresa 3M do Brasil possui um programa de certificações chamado “Soluções Integradas para Saúde”, que contempla cinco certificações nas modalidades de: Fixação segura; Prevenção de lesões de pele; Monitorização da esterilização; Eletrocirurgia segura e Tricotomia segura. Todos são classificados nas categorias Ouro, Prata e Bronze, concedido conforme o grau de excelência do processo.

O Hospital Municipal de Araucária foi o 1º Hospital do Sul do Brasil a receber a Certificação Global da 3M, que representa a conquista da categoria Ouro nas cinco modalidades. Em todo país, apenas 6 Hospitais já conquistaram este reconhecimento.

A primeira certificação conquistada foi a de Monitorização da Esterilização, recebida em junho de 2009. Depois deste certificado, o HMA conquistou em março de 2010 a categoria ouro pelas práticas de prevenção de lesões de pele. O terceiro certificado recebido foi o de Eletrocirurgia segura, concedido pela 3M ao HMA, em junho de 2010. E as duas últimas certificações foram recebidas juntas em novembro de 2010. O HMA recebeu a auditoria da empresa 3M para avaliar as práticas e protocolos adotados para a fixação de acessos intravenosos e na tricotomia pré-cirúrgica.

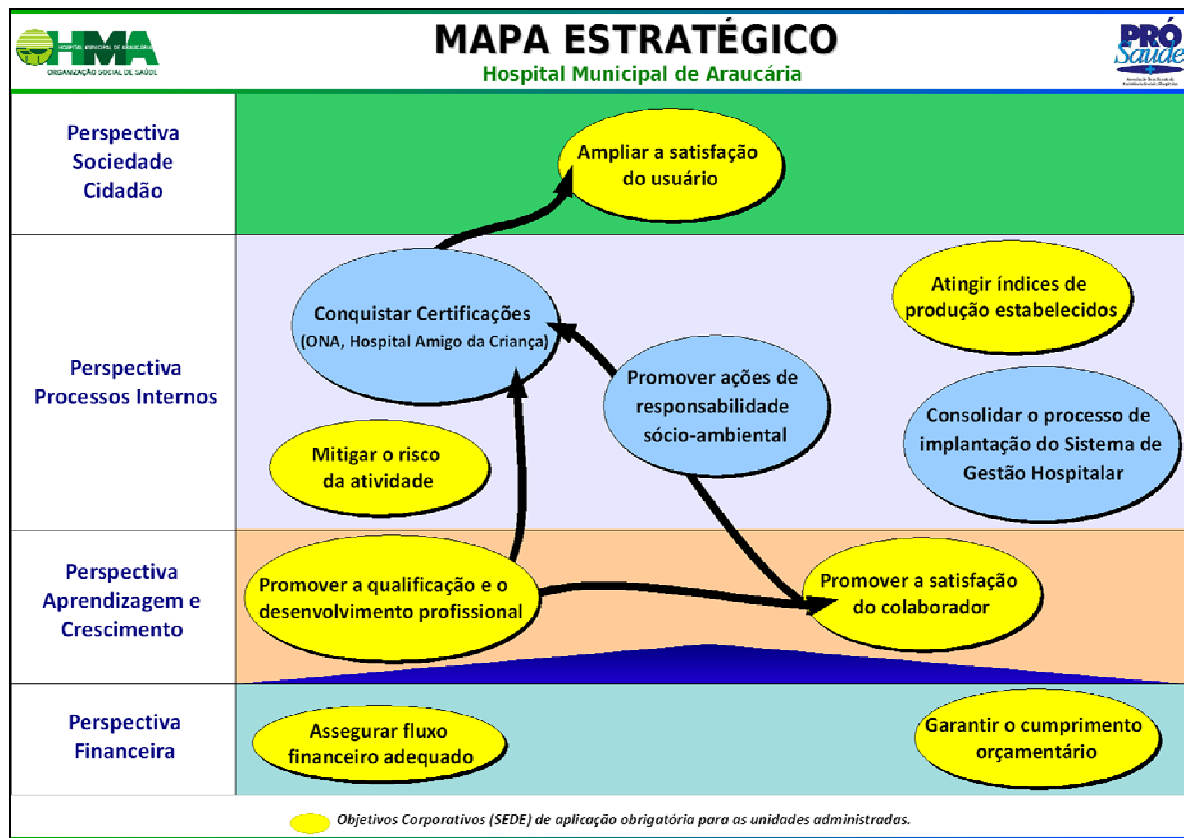
Com a conquista dos dois últimos certificados o HMA recebeu da 3M a certificação Global. Este é mais um motivo de orgulho para a equipe do HMA, pois atesta, mais uma vez, a qualidade no serviço prestado à população (anexo 16).



Anexo 3



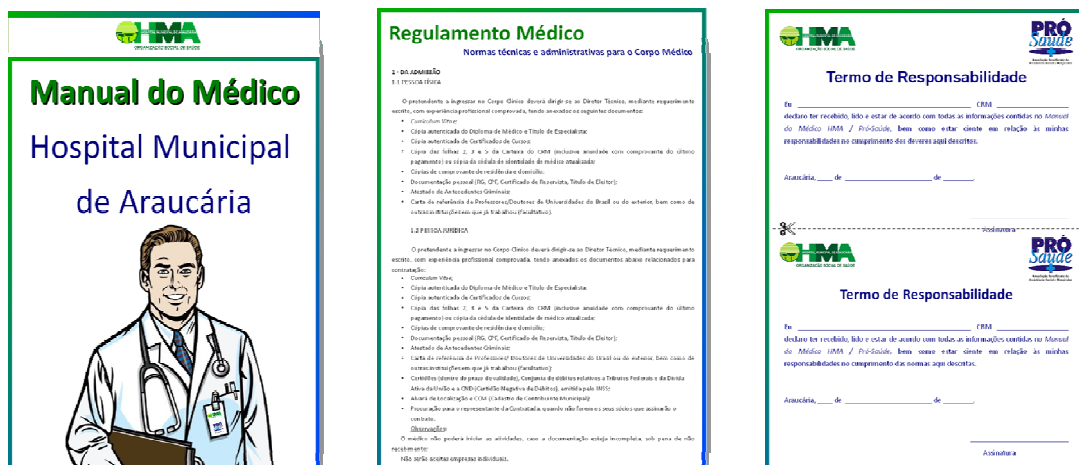
Anexo 4



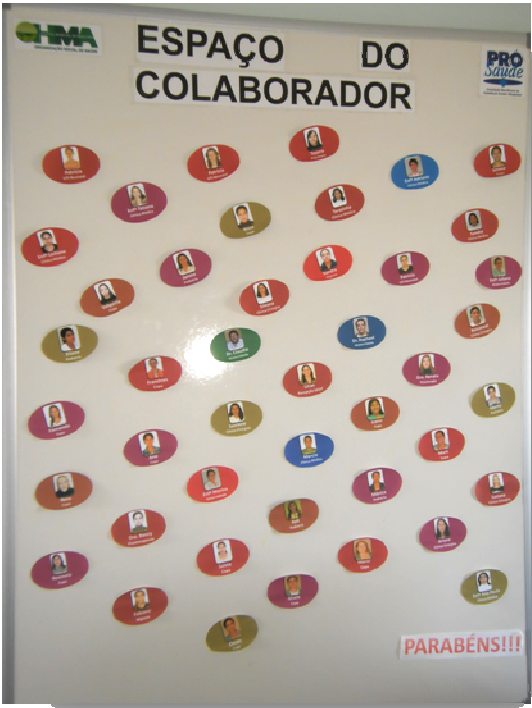
Anexo 5



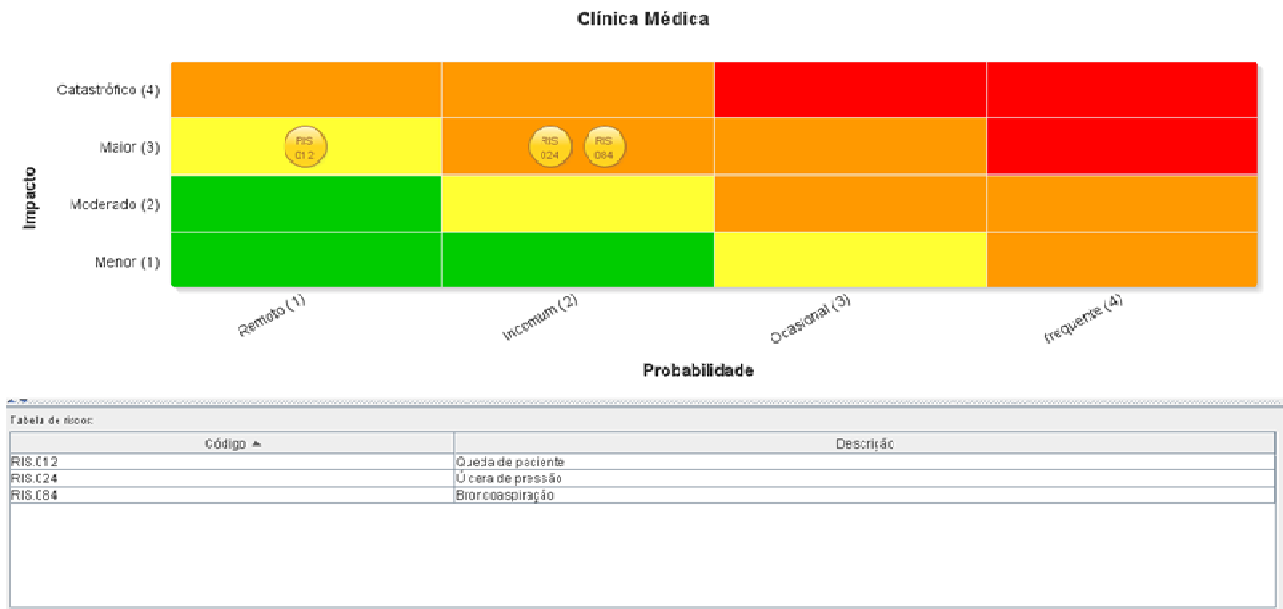
Anexo 6



Anexo 7



Anexo 8



Anexo 9



Anexo 10



GERENCIAMENTO DE RISCOS

GERENCIAMENTO DE RISCO é aquilo que fazemos para diminuir nossos riscos ou fazer com que eles não ocorram.

RISCO é a probabilidade de ocorrência de um evento adverso que, no caso dos serviços de saúde, afeta a integridade do paciente, da equipe de saúde ou da comunidade onde o serviço está inserido.

No mural do seu setor há um quadro com o gerenciamento de riscos, igual ao do modelo abaixo.

	Alto	Médio	Baixo
Alto	X	X	X
Médio	X	X	X
Baixo	X	X	X

LEMBRE-SE!!!

Para gerenciar os riscos, evitá-los, fazer com que não ocorram ou diminuir o seu impacto, nós usamos práticas de controle e auditorias

MAPA DE RISCO

Esta no seu setor o Mapa de Riscos (como o exemplo a seguir) que contém os riscos ocupacionais, com recomendações para minimizar a possibilidade de ocorrência de cada um dos tipos de acidentes de trabalho.

Atividade	Risco	Probabilidade	Impacto	Medidas de Controle
Atividade 1	Risco 1	Alto	Grave	Medida 1
Atividade 2	Risco 2	Médio	Moderado	Medida 2
Atividade 3	Risco 3	Baixo	Leve	Medida 3

FLUXO DE ACIDENTES DE TRABALHO

Em casos de acidentes de trabalho, existe um fluxo adequado que o colaborador deverá seguir para receber o atendimento necessário.

Este fluxo está disponível atrás do mapa de risco e também no SAS (FLU.HMA.SESMT.003).

Em caso de dúvidas procure o SESMT ou o seu supervisor.

Anexo 11



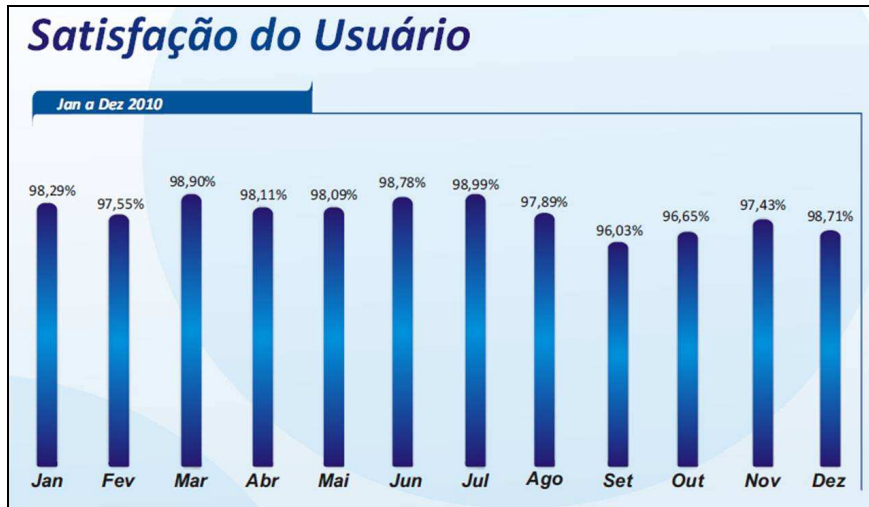
Anexo 12



Anexo 13



Anexo 14



Anexo 15



Anexo 16



Danilo Oliveira da Silva