

Psicologia e Serviço Social.

Equipe de Apoio: Nutrição, Farmácia, SADT, Higiene, Lavanderia e Manutenção.

CLÍNICA OBSTÉTRICA:

Composta por 06 leitos de alojamento conjunto e 01 sala de parto de risco habitual.

Equipe que prestará a assistência: Médico clínico, Enfermeira Obstétrica, Fisioterapia, Psicologia e Serviço Social.

Equipe de Apoio: Nutrição, Farmácia, SADT, Higiene, Lavanderia e Manutenção.

3.2 DESCRIÇÃO DAS UNIDADES DE SALAS DE CIRURGIA, URGÊNCIA, AMBULATÓRIO E SADT.

3.2.1 CENTRO CIRÚRGICO

O centro cirúrgico é um lugar especial dentro do hospital, onde são realizadas técnicas estéreis para garantir a segurança dos usuários quanto ao controle de infecção.

Por ser uma área crítica, requer controle de fluxo de pessoal e material, ficando o acesso ao público restrito aos profissionais que lá atuam.

O processo começa quando se agenda a cirurgia. Neste momento, são tomadas todas as providências para que a cirurgia ocorra de forma tranquila, conforme o previsto. Essa rotina busca minimizar riscos inerentes ao procedimento e mantém a equipe permanentemente preparada para dar respostas rápidas às diversas necessidades que possam se apresentar.

O centro cirúrgico do hospital deverá contar com 01 sala para realização dos procedimentos e 04 leitos de recuperação pós-anestésica.

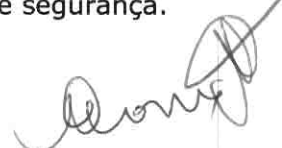
Agendamento Cirúrgico:

A cirurgia eletiva é agendada pelo médico, através do preenchimento de aviso de cirurgia, e será realizada em data e horário pré-determinados pelo Centro Cirúrgico, de acordo com a disponibilidade de salas e recursos.

Anterior à data da cirurgia, a equipe do Centro Cirúrgico entrará em contato com o médico cirurgião para agilizar o cadastro e fornecer orientações gerais.

Consulta pré-anestésica:

Com a consulta pré-anestésica, o médico anestesista tem o tempo necessário para organizar o atendimento e garantir todas as condições de segurança.



Encaminhamento:

O paciente será encaminhado ao Centro Cirúrgico cerca de 35 minutos antes do procedimento agendado. É imprescindível que os termos de consentimento para a realização da cirurgia e da anestesia estejam devidamente preenchidos e assinados. Cirurgias que envolvam lateralidade, os membros em questão serão demarcados pelo médico antes do paciente ser encaminhado ao Centro Cirúrgico.

Etapas de Atendimento:

Os pacientes que passam por cirurgia recebem atendimento em três etapas:

Indução Anestésica - Nesta etapa, conduzida pelo médico anesthesiologista e pela equipe de enfermagem, o paciente é monitorado para controle do traçado cardíaco, frequência cardíaca, pressão arterial, oxigenação sanguínea e nível de anestesia. Uma vez anestesiado, o paciente recebe as proteções necessárias, de acordo com a cirurgia a ser realizada.

Período Intraoperatório - A cirurgia propriamente dita, começa no momento em que o cirurgião inicia a incisão e vai até o seu fechamento. Da sala de cirurgia, o paciente poderá ser encaminhado para a Recuperação Anestésica, para o quarto, ou para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o que acontece caso precise de cuidados especiais, após cirurgias muito extensas ou com pacientes muito debilitados.

Recuperação Anestésica - O paciente conta com a alta tecnologia de monitoramento, sob observação e cuidados constantes da equipe de enfermagem e do médico anesthesiologista, até a plena recuperação da consciência e da estabilidade clínica. O período de permanência nesse setor varia de acordo com a complexidade da cirurgia.

Informações dos Médicos - Ocasionalmente, após o término do procedimento, o cirurgião pode solicitar a presença dos familiares ou acompanhantes, para informá-los da cirurgia e orientá-los quanto ao pós-operatório.

3.2.2 AMBULATÓRIO

No Hospital Municipalde SOLONÓPOLE disponibilizaremos consultas ambulatoriais, para usuários egressos do próprio hospital para as especialidades previamente definidas, após pactuação com o hospital, respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório. O serviço contará com enfermeiro, técnicos de

me:



enfermagem e auxiliar administrativo.

O atendimento ambulatorial funcionará das 8h às 17h, de segunda a sexta-feira.

Atendendo:

- Primeira consulta de egresso;
- Inter consulta;
- Consultas subsequentes (retornos).

Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento a especialidade referida.

Entende-se por Inter consulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto as subsequentes das Inter consultas.

3.3 DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO

A Unidade de Internação é o conjunto de dependências destinadas à acomodação do paciente internado e à prestação dos cuidados necessários ao atendimento específico que a enfermagem oferece, ajudando para uma breve reabilitação e ao seu reingresso à sociedade.

Objetivos da Unidade

- Receber o paciente no setor, procurando familiarizá-lo com o mesmo e fornecer ao mesmo todas as indicações necessárias para que ele esteja consciente da sua situação, dos serviços que lhe serão prestados, dos direitos que tem e das obrigações que deve colocar em prática enquanto estiver internado;
- Planejar as atividades de enfermagem proporcionando o perfeito atendimento às necessidades básicas dos pacientes;
- Proporcionar condições e ambiente que facilitam o restabelecimento dos pacientes;
- Registrar as atividades desenvolvidas, as queixas e observações dos pacientes e do período de trabalho, nos seus respectivos locais conforme rotina estabelecida.

Competência do Serviço

- Dar ao paciente o direito de viver e morrer com dignidade e respeito, e

promover assistência ao paciente e sua família de acordo com suas necessidades individuais;

- Prover assistência de enfermagem ao paciente, por meio da utilização racional de procedimentos, normas e rotinas, bem como de tratamentos terapêuticos específicos de enfermagem, num contexto multiprofissional;
- Prover condições de continuidade de assistência de enfermagem, visando à manutenção da assistência dentro dos padrões pré-estabelecidos;
- Prover apoio emocional e psicológico para encontrar as necessidades individuais do paciente e sua família;
- Acompanhar as mudanças e implementar novos conceitos relativos aos papéis dos membros da equipe de assistência de enfermagem.

3.4 Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

Visa sistematizar (direcionar, orientar, conduzir e humanizar) a assistência prestada ao usuário fazendo com que o cuidado seja planejado e organizado.

Para a implantação da assistência de enfermagem, devem ser considerados os aspectos essenciais em cada uma das etapas:

- Histórico: conhecer hábitos individuais e biopsicossociais visando a adaptação do usuário à unidade de tratamento, assim como a identificação de problemas.
- Exame físico: o Enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas: inspeção, ausculta, palpação e percussão, de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do usuário e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico.
- Diagnóstico de enfermagem: o Enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e o grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade aos problemas, processo de vidas vigentes ou potencias. No anexo I, se encontra o Manual de Diagnóstico de enfermagem, implantado no Hospital.

3.4.1 Registros de enfermagem

Os registros que são realizados nos prontuários dos usuários fornecem informação da assistência prestada nas 24 horas, refletem o trabalho da equipe de enfermagem, tornam-se documento legal, de defesa dos profissionais, devendo, portanto, ter autenticidade e significado legal.

- Evolução de Enfermagem: de responsabilidade exclusiva do Enfermeiro, complementando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);

- Anotação de Enfermagem: de responsabilidade do Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem, destinado ao registro, em prontuário do usuário, dos procedimentos e reações apresentadas pelo usuário, de acordo com o prescrito pelo enfermeiro, na SAE.

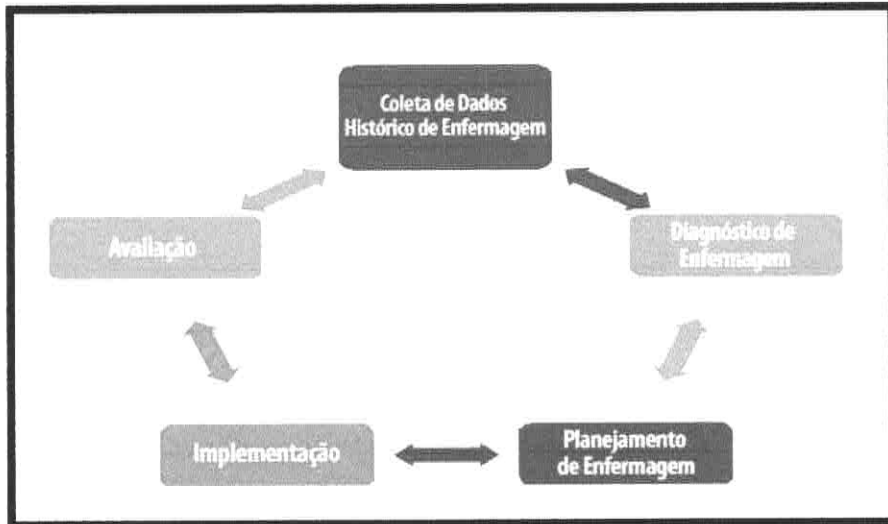


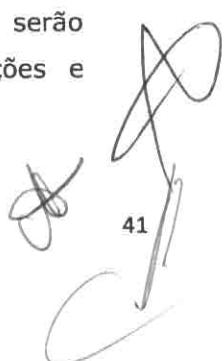
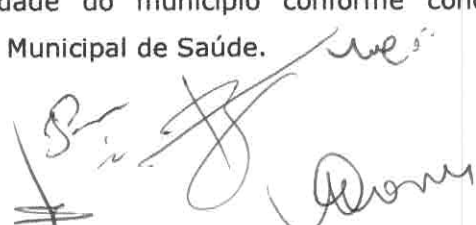
Figura 13: Etapas do Processo de Enfermagem

3.5 COMPATIBILIZAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO COM AS DIRETRIZES DA SMS

Considerando a política de saúde do Município de Solonópole, o Práxis manterá vínculo direto com a SMS para apresentação de prestação de contas. Estes documentos serão norteadores para a tomada de decisão conjunta uma vez que apresentaremos indicadores de desempenho e de perfil de atendimento.

A gestão do hospital será de responsabilidade do Instituto Práxis, porém toda tomada de decisão relativa à mudança de perfil de atendimento, novos investimentos ou mudança de escopo do contrato de gestão serão acordadas entre as partes com o objetivo de melhorar cada vez mais o atendimento à população local.

O apoio do Instituto Práxis junto a SMS será total quanto à melhoria continuada dos serviços e dos indicadores de atendimento à população. Os programas implantados no município e que terão de alguma forma a participação do hospital serão monitorados e adaptados a necessidade do município conforme condições e orçamento apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde.



3.5.1 FORMA DE ESTABELECIMENTO DA CONTRA REFERÊNCIA COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA E COM OUTROS HOSPITAIS.

O sistema de referência e contra referência de casos, visa a assistência integral às necessidades de saúde da população.

Entende-se por referência o ato de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade. A referência deverá sempre ser feita após a constatação de insuficiência de capacidade resolutive e segundo normas e mecanismos preestabelecidos. O encaminhamento deverá ser acompanhado com todas as informações necessárias ao atendimento do paciente (formulário com resumo da história clínica, resultado de exames realizados, suposição diagnóstica, etc.).

Por contra-referência entende-se o ato de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência. A contra referência do paciente deverá sempre ser acompanhada das informações necessárias ao seguimento ou acompanhamento do paciente no estabelecimento de origem onde, juntamente com seus familiares, será atendido nas suas necessidades básicas de saúde. Os pacientes que necessitem de avaliações especializadas, recursos diagnósticos e terapêuticos não disponíveis na unidade, devem ser, após o atendimento médico com estabilização do quadro clínico com transferência para unidade de referência. Deverá ser emitido solicitação/relatório médico, buscando a transferência com garantia de recursos e de recebimento do paciente pela Unidade de Destino. Deve haver retaguarda hospitalar previamente pactuada com fluxos e mecanismos de transferência claros. Caso estes leitos não estejam disponíveis ou não tenham o perfil assistencial contratualizado/conveniado, estes pacientes deverão ser transferidos a outros hospitais da rede pública ou complementar, a serem determinados pela SMS.

3.6 SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, FINANCEIROS E GERAIS

3.6.1 SERVIÇO DE FATURAMENTO

Serviço responsável pelo processamento das contas hospitalares dos clientes assistidos no Hospital de forma a garantir o correspondente afluxo de recursos financeiros que serão.

Finalidades do Faturamento:

- Confecção das contas de todos os pacientes.
- Conservação dos sistemas de registro de todas as despesas tais como; materiais de consumo, medicamentos e exames complementares.

- Confecção de relatórios estatísticos à administração, que dará subsídios para tomada de decisões, avaliação do desempenho e da produtividade da instituição.
- Preencher os sistemas de informações nacionais do DATASUS.
- Encaminhar, ao setor de documentação da instituição a documentação pertinente após o atendimento ou óbito.

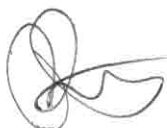
Atribuições Orgânicas:

- Recolher e ordenar toda a documentação que deve ser utilizada para serem faturados os débitos dos serviços que foram prestados a pacientes.
- Recolher os prontuários dos pacientes que tiveram alta e comparar as prescrições analisando a possibilidade da cobrança do mesmo respeitando os critérios estabelecidos pelo ministério da saúde.

Atribuições Funcionais: Compete ao Faturista

- Certificar-se quanto ao preenchimento correto de todos os campos cabíveis, nos documentos exigidos pelo órgão competente;
- Preparar e conferir as contas de pacientes internos;
- Zelar para que todas as contas sejam encerradas dentro dos prazos preconizados pelo órgão competente;
- Comunicar à chefia direta quaisquer informações julgadas necessárias.
- A execução das contas de todos os pacientes internos que usufruírem dos serviços prestados;
- A verificação da procedência de glosas, recorrendo às mesmas quando necessário;
- O fornecimento de todos os dados solicitados pela direção do serviço ou outrem autorizado pela mesma;
- A atualização quanto a novos procedimentos, oriundos da direção do hospital e órgãos competentes;
- Zelar pelo sigilo das informações contidas nos prontuários;
- Programar e desenvolver métodos de trabalho;
- Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;
- Cuidar para que o ambiente de trabalho seja higiênico e agradável;
- Realizar reuniões, sempre que necessário, com outras áreas ligadas às atividades de faturamento;
- Elaborar relatórios estatísticos mensais e anuais;
- Zelar pelo material de trabalho;

No serviço há um médico auditor da SMS avaliando e validando prontuários para faturamento.



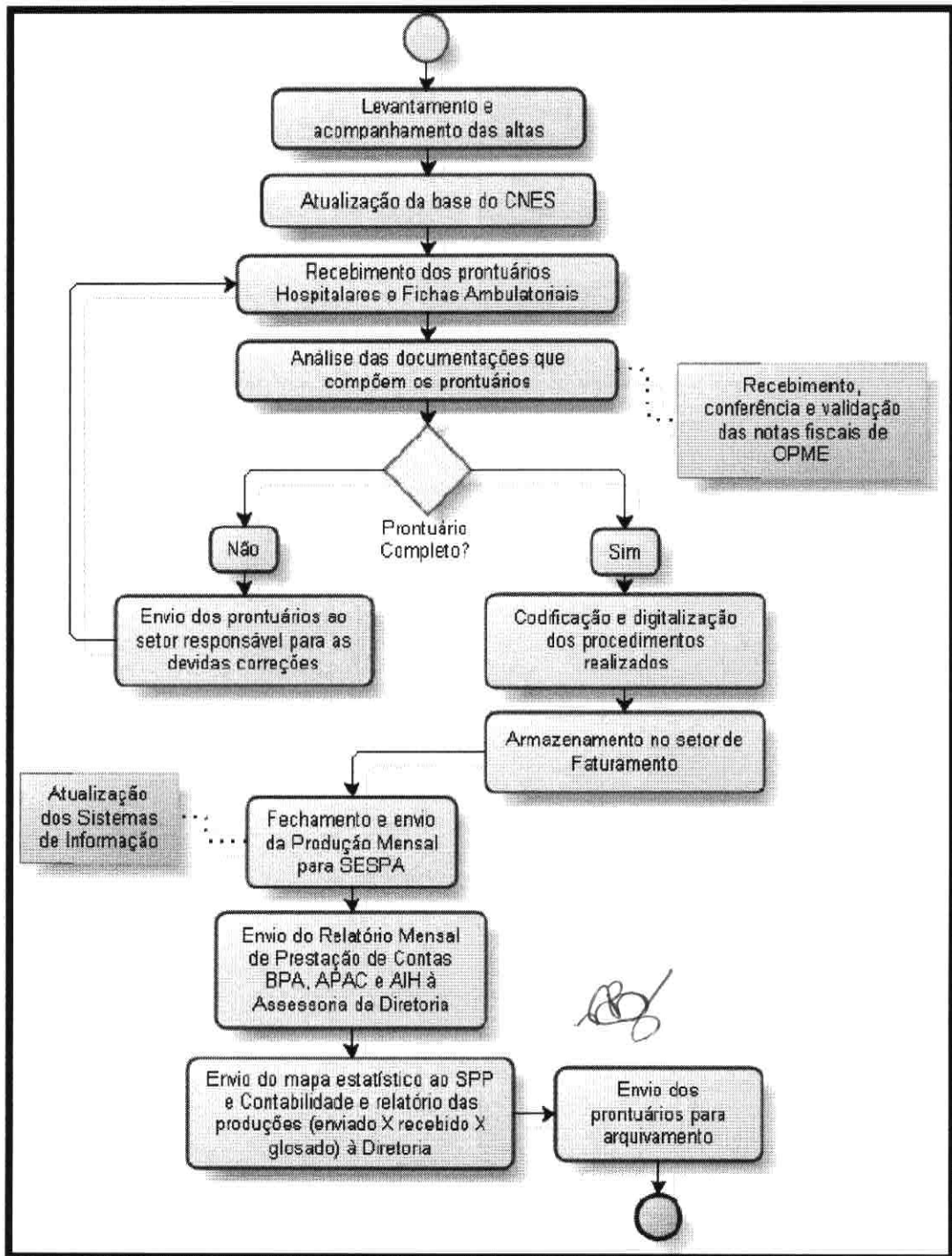


Figura 14: Fluxo do serviço de faturamento

Handwritten signatures and initials are present below the caption, including a large signature on the left, several smaller ones in the center, and a signature on the right.

04. ASPECTOS DE QUALIDADE

4.1 QUALIDADE OBJETIVA

4.1.1 COMISSÕES TÉCNICAS

As instituições hospitalares têm adotado as comissões hospitalares como um instrumento de gestão para oferecer serviços de qualidade aos usuários. As comissões hospitalares desempenham várias funções na instituição, destacando-se a produção de indicadores relevantes para a gestão hospitalar e também contribuir para a eficácia das organizações em prol dos usuários.

As Comissões que serão implantadas no Hospital são:

4.1.1 COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

A Lei Federal 9.431 de 06/01/97 instituiu a obrigatoriedade da existência da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e de um Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), definido como um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, tendo como objetivo a redução máxima possível da incidência e gravidade das infecções nosocomiais. Em 13/05/98, o Ministério da Saúde editou a Portaria 2.616/98, com diretrizes e normas para a execução destas ações, adequando-as à nova legislação.

Atribuições

- Propor diretrizes de atuação em assuntos relevantes para o controle de infecção hospitalar;
- Avaliar sistematicamente o Programa de Controle de Infecção Hospitalar - PCIH, e o Sistema Operacional de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológicas do hospital;
- Estimular o quadro técnico do Hospital ao desenvolvimento de pesquisas que venham a contribuir, direta ou indiretamente, para o controle da infecção Hospitalar.
- Elaborar, implementar, manter, avaliar e adequar aspectos de prevenção e controle propriamente dito;
- Planejar e implementar cursos de atualização em controle de infecção Hospitalar, objetivando estabelecer sistematicamente um programa de Educação



Médica Continuada para equipe multiprofissional que lida, direta ou indiretamente, com a comunidade Hospitalar;

- Planejar, padronizar, treinar e supervisionar técnicas, procedimentos, normatizações e medidas de prevenções universais relativas à prevenção e ao controle das infecções hospitalares no Hospital, em todos seus setores.

Composição da Comissão (à definir)

Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 1º. Semestre de Contrato

Fundamento:	Implantar a Comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição da Comissão e relatório do registro das investigações realizadas e providências adotadas. Rotina de notificação de reação adversa, queixa técnica e erros de medição implantada.
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 03 meses com realização de pelo menos uma reunião no trimestre. Manual de Rotinas e Procedimentos implantadas (Instruções de Trabalho – its)
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata e análise crítica dos casos notificados.

O modelo de regimento e cronograma de atividades encontram-se no Anexo I deste projeto.

4.1.2 COMISSÃO DE ÓBITO

O conhecimento das causas e dos processos envolvidos na ocorrência do óbito são aspectos de grande relevância e contribuem para o aprimoramento da atenção e do cuidado no hospital. Possibilitam ainda, o aperfeiçoamento dos registros hospitalares e especial do prontuário do cliente. A Comissão de Revisão de Óbitos é um órgão subordinado diretamente à Diretoria do Hospital e tem por finalidade analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

Atribuições

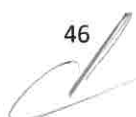
- Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos à óbitos que lhe forem enviados;









- Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas;
- Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);

Composição da Comissão (à definir)

Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 1º. Semestre de Contrato

Fundamento:	Implantar Comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição da Comissão e Relatório de Registro das investigações realizadas e providências adotadas.
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 03 meses e 50% dos óbitos ocorridos no trimestre investigados.
Meta Permanente	Reunião Mensal, com registro em ata e 80% dos óbitos investigados.

O modelo de regimento e cronograma de atividades encontram-se no Anexo I deste projeto.

4.1.3 COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

A Comissão de Ética Médica é o órgão supervisor da ética profissional na instituição, representando o Conselho Municipal Federal de Medicina. Este tem por atribuição julgar e disciplinar a classe médica nos aspectos referentes ao exercício profissional, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.

Atribuições:

- Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;
- Atuar como controle de qualidade das condições de trabalho e prestação de assistência médica na Instituição, sugerindo e acompanhando as modificações necessárias;
- Denunciar às instâncias superiores as eventuais más condições de trabalho na Instituição;
- Assessorar as diretorias clínicas, administrativas e técnica da Instituição, dentro de sua área de competência.

Composição da Comissão (à definir)

Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 1º. Semestre de Contrato

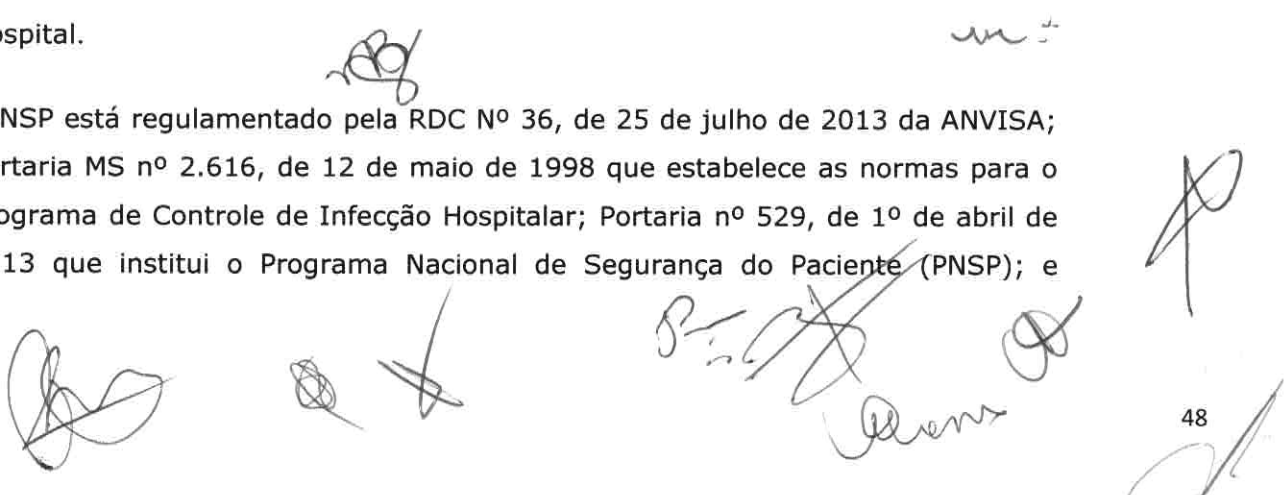
Fundamento	Implantar Comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Atas das Reuniões, Pareceres técnicos
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 45 dias com realização de pelo menos uma reunião no bimestre.
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata e dos casos solicitados

O modelo de regimento e cronograma de atividades encontram-se no Anexo I deste projeto.

4.1.4 NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O NSP é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, que deve estar diretamente ligado à Diretoria-Executiva do Instituto Práxis. Tem por finalidade assessorar a Diretoria-Executiva estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais do Hospital.

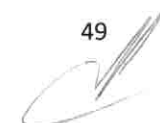
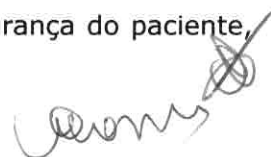

O NSP está regulamentado pela RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013 da ANVISA; Portaria MS nº 2.616, de 12 de maio de 1998 que estabelece as normas para o Programa de Controle de Infecção Hospitalar; Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP); e



Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013 que aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.

Atribuições

- Executar ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- Analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas recebidas;
- Planejar ações para intervir nos incidentes;
- Utilizar métodos ativos de identificação de riscos e incidentes;
- Selecionar eventos adversos a serem analisados pelo Núcleo de Segurança do Paciente;
- Executar ações de melhoria de qualidade, alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- Implantar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- Implantar o Plano de Segurança do Paciente estabelecido pelo Núcleo de Segurança do Paciente;
- Participar ativamente do processo de implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- Auxiliar na implantação do plano de capacitação em segurança do paciente;
- Implantar o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente;
- Executar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;
- Guardar e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos e os indicadores de segurança do paciente e de vigilância em saúde;
- Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias, e, quando pertinente, disseminando a informação na instituição;
- Notificar os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.
- Realizar alertas dentro das instituições, referente à segurança do paciente.



quando necessário.

Composição

O NSP será composto por um representante indicado pela da Diretoria-Executiva, um representante da Coordenação Médica, um representante da Coordenação de Enfermagem e um Farmacêutico.

Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 2º. Semestre de Contrato

Fundamento:	Implantar a Comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição e registro de atas, mapas de risco implantados
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 06 meses com realização de pelo menos uma reunião no semestre. Manual de Rotinas e procedimentos implantados (Instruções de Trabalho - ITS)
Meta Permanente:	Reunião Trimestral, com registro em ata e identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.

4.1.5 COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA é uma comissão constituída por representantes indicados pelo empregador e membros eleitos pelos trabalhadores, de forma paritária que tem por objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

A CIPA está Regulamentada pela Norma Regulamentadora - NR 5, Lei No. 6.514, de 22/12/1977 e Portaria 3.214 de 8/06/1978.

Atribuições

- Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores;
- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução






de problemas de segurança e saúde no trabalho;

- Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- Requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;
- Participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS;
- Garantir a aquisição e a utilização de equipamento de proteção individual e coletivo, de acordo com os requisitos técnicos para a segurança e saúde do trabalhador.

Composição

A CIPA será composta por representantes dos empregados e do empregador.

- O número de membros que comporão a CIPA será determinado pela proporção ao número de empregados do Hospital, conforme norma regulamentadora em vigor.
- Os representantes do empregador serão indicados pela direção do Hospital.
- Os representantes dos empregados serão eleitos em escrutínio secreto, em votação por lista nominal, sendo vedada a formação de chapas.



Funcionamento

A CIPA reunirá todos os seus membros uma vez por mês, em local apropriado e durante o horário normal de expediente, obedecendo ao calendário anual, não podendo sofrer restrições que impeçam ou dificultem seu comparecimento. O membro que tiver mais de três faltas injustificadas ou se recusar a comparecer às reuniões da CIPA perderá o mandato, sendo que, nesta hipótese, será convidado para assumir o candidato suplente mais votado.

Qualquer empregado poderá participar das reuniões da CIPA como convidado. As proposições da CIPA serão aprovadas em reunião, mediante votação, e será considerada aprovada aquela que obtiver maioria simples de votos.

Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 2º. Semestre de Contrato

Fundamento:	Implantar a Comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição e registro de atas, mapas de risco implantados
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 03 meses com realização de pelo menos uma reunião no trimestre. Manual de Rotinas e procedimentos implantados (Instruções de Trabalho – its)
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata e identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.

O modelo de regimento e cronograma de atividades encontram-se no Anexo I deste projeto.

4.2 PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Adotamos em nossas unidades totens com tablets interativos de pesquisa de satisfação, onde os usuários e acompanhantes são incentivados a responder questionários sobre a qualidade dos serviços prestados, instalações, tempo de espera para atendimento, dentre outros, de forma lúdica e espontânea. Os resultados das pesquisas são tratados por equipe especializada, que apresenta para a Direção e o corpo de funcionários da

Unidade relatórios e gráficos com o feedback dos usuários. Com base nesses dados, são elaboradas estratégias de melhoria contínua, onde são direcionadas as necessidades de capacitação e treinamento, adaptação das instalações e tudo mais o que for necessário para o aperfeiçoamento dos serviços e melhoria da qualidade para os usuários.

4.3 PROPOSTA EM EDUCAÇÃO PERMANENTE COM VISTA À CAPACITAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DA UNIDADE HOSPITALAR

A proposta de educação permanente do Instituto Práxis tem como base a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Essa portaria define as novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde.

Em nossa proposta consideramos as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

Considerando que a Educação Permanente (EP) é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. A EP dos profissionais da unidade de saúde constitui importante estratégia para desenvolver a reflexão crítica sobre as práticas dessa equipe. No entanto, para que haja um processo dialético entre os saberes dos profissionais e os saberes da comunidade, é preciso que o projeto de ensino esteja orientado para a transformação do processo de trabalho, englobando as necessidades de aprendizagem das equipes com conhecimentos, habilidades, atitudes e valores da comunidade.

A qualificação crescente dos profissionais das equipes irá se refletir na



53

maior qualidade da atenção oferecida à população, possibilitando-lhe melhores condições de saúde e de qualidade de vida.

O processo de desenvolvimento do programa de EP implica na reflexão sobre a conjuntura e as contingências institucionais, sob o ponto de vista ético e político. Assim, deve ser concebido dentro das premissas básicas de ser um processo constante de promoção e desenvolvimento integral e contextualizado da equipe, centrando-se nas circunstâncias e problemas de seu processo de trabalho, de modo crítico e criativo.

Em suma, saberes, habilidades e valores deverão ser apropriados pela equipe no contexto do trabalho, para que ela possa desempenhar suas atividades, de forma satisfatória para todos – profissionais e comunidade.

O planejamento de um processo de EP precisa estar adequado às necessidades loco-regionais, utilizando todos os recursos potenciais, especialmente o aparelho formador de recursos humanos.

Objetivos:

- Melhorar a qualidade dos serviços, mediante um processo de educação continuada e comprometido com a ética, a filosofia da instituição, e as boas práticas no trabalho;
- Priorizar, com as boas práticas, a qualidade da assistência prestada, promovendo e priorizando a segurança do paciente;
- Melhorar o diagnóstico e aumentar a resolutividade das ações frente aos agravos prevalentes;
- Fortalecer o processo de trabalho da equipe da unidade;
- Fortalecer o compromisso com a saúde da população por parte dos membros da equipe;
- Estabelecer como importante a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade entre as várias categorias profissionais na construção dos processos de trabalho.



Etapas do Projeto de Educação Permanente:

- Levantamento das necessidades da comunidade, dos profissionais e da equipe de gestores;
- b) Elaboração dos objetivos de aprendizagem;
- c) Seleção do conteúdo ou dos temas;
- d) Definição dos métodos e técnicas de ensino-aprendizagem;
- e) Organização sequencial do currículo/grade programática;
- f) Definição das atividades;
- g) Execução do programa com contínua avaliação do processo e dos resultados
- h) Utilização dos recursos tecnológicos, como plataformas de ensino, para a execução do projeto de Educação Permanente.

Anualmente é realizado levantamento junto às equipes técnicas assistenciais, equipes de apoio e gestores sobre as necessidades das rotinas de trabalho, dos processos de trabalho e fluxos estabelecidos, bem como, sugestões de temas a serem desenvolvidos nas ações de Educação Permanente.

Também poderá ser utilizado como base para as escolhas de temas, os resultados das avaliações de desempenho da equipe, agrupando os itens de maior prevalência ou de piores resultados, e os indicadores de qualidade hospitalar e da assistência que direciona para qual processo de trabalho deva ser realizada a capacitação.

Após o levantamento, os temas sugeridos pelos colaboradores e levantados pelas avaliações de desempenho e análise dos indicadores de qualidade são analisados pela equipe técnica, sendo elaborado um cronograma anual de atividades para cada categoria profissional. Os temas poderão ser revistos semestralmente.

Para os profissionais de quaisquer categorias e tipo será realizado o Curso Admissional como forma de acolhimento do novo colaborador e para alinhamento de filosofia e conduta durante seu período integrando a equipe. Nesse curso, serão abordados os temas técnicos de cada categoria e apresentados os principais protocolos executados na instituição.



Avaliação:

Na abordagem de treinamento, a avaliação é a forma mais utilizada para medir a eficácia e eficiência dos esforços aplicados.

Níveis de avaliação:

1. Reação ou Satisfação: reflete os sentimentos e opiniões dos treinandos sobre o treinamento. Essa avaliação é realizada logo após o treinamento e visa identificar as necessidades de melhoria dos materiais e métodos de instrução adotados.
2. Aprendizado: realizado antes do início do treinamento para avaliação do nível de conhecimento, o pré-teste, e o mesmo teste aplicado após o treinamento para avaliar a retenção de conhecimento pelos treinandos transmitido no treinamento, o pós-teste.
- Comportamento ou Aplicação: é observada a extensão da mudança de conduta e de procedimentos que ocorre após a participação em um programa
4. Resultados: enfatiza a contribuição do treinamento para o alinhamento com a filosofia e a realização da missão e objetivos organizacionais. Esse resultado também é avaliado com o acompanhamento dos indicadores de qualidade que seguirão sendo avaliados mensalmente.

Serão realizadas avaliações de reação junto aos funcionários. A avaliação será realizada logo após o treinamento com formulário próprio. Também será solicitado aos gestores um *feedback* dos resultados alcançados pelo treinamento.

De posse de todos esses resultados (pré-teste, pós teste, avaliação de reação, avaliação de resultados - comportamento e indicadores de qualidade -) a equipe definirá os temas que serão continuamente aplicados, os temas que deverão deixar a grade de palestras e os temas que deverão ser incluídos.

Deverão fazer parte permanente dos treinamentos os seguintes temas: humanização/acolhimento, gestão de risco e segurança do paciente, qualidade da assistência, experiência do paciente e temas frequentemente identificados na avaliação de desempenho dos funcionários.




me:



Modelo de Proposta de Treinamentos para a Equipe do Hospital:

PÚBLICO	TREINAMENTO PRETENDIDO	OBJETIVO DO TREINAMENTO	PÚBLICO ALVO
PROFISSIONAIS DE TODAS AS CATEGORIAS QUE SÃO RECÉM- ADMITIDOS À INSTITUIÇÃO	Apresentação à filosofia da Instituição, principais regras estabelecidas. Treinamento técnico com apresentação dos principais protocolos seguidos especificamente por cada categoria	Acolher os novos colaboradores. Apresentar a filosofia do Instituto Práxis. Alinhar com o plano estratégico da instituição (missão, visão, valores). Apresentar os principais protocolos utilizados nos processos de trabalho do colaborador	Colaboradores recém-admitidos
DIRETORIA GERAL	Qualidade e vida no trabalho (programa de desenvolvimento para colaboradores)	Motivar as equipes a adquirir um pensamento de qualidade ampla e melhoria continua na vida e no trabalho	Colaboradores administrativos
DIRETORIA GERAL	Excel básico /intermediário/ avançado	Treinamento direcionado as tarefas efetuadas nos setores	Colaboradores administrativos
DIRETORIA GERAL	Gestão do tempo	Melhoria na organização de tempo em relação aos prazos e processos	Colaboradores administrativos
DIRETORIA GERAL	Gestão 5 s	Melhor organização e cumprimento de prazos.	Colaboradores administrativos
DAF	Normas fluxos e procedimentos	Capacitar os colaboradores quanto a RDC nº 36 - Segurança do paciente, uso racional de antimicrobianos	Colaboradores da farmácia
DAF	Medicamentos potencialmente perigosos (MPP)	Capacitar os colaboradores quanto a RDC nº 36 - segurança do paciente, uso racional de antimicrobianos.	Colaboradores da farmácia

PÚBLICO	TREINAMENTO PRETENDIDO	OBJETIVO DO TREINAMENTO	PÚBLICO ALVO
DAF	Cumprimentos de requisito no regulamento de compras	Capacitar os participantes sobre os aspectos essenciais do regulamento de compras da central	Assistentes administrativos do setor de compras
DAF	Treinamento do PGRSS	Cumprimento do PPRA e da RDC 306- ANVISA	Assistencial-Técnicos e Enfermeiros
DAF	Acidente de Trabalho/Fluxo conduta pós acidente de Trabalho	Cumprimento do PPRA e NR 32	Assistencial-Técnicos e Enfermeiros
DAF	Treinamento -Normas e Procedimentos de Segurança (EPI/Acidente de Trab.)	Cumprimento do PPRA	Manutenção
DAF	Treinamento para brigadistas	Reciclar Brigadistas sobre Prevenção de Combate à Incêndios	Brigadistas
DAF	Treinamento -Normas e Procedimentos de Segurança (EPI/Acidente de Trab.)	Cumprimento do PPRA	SND

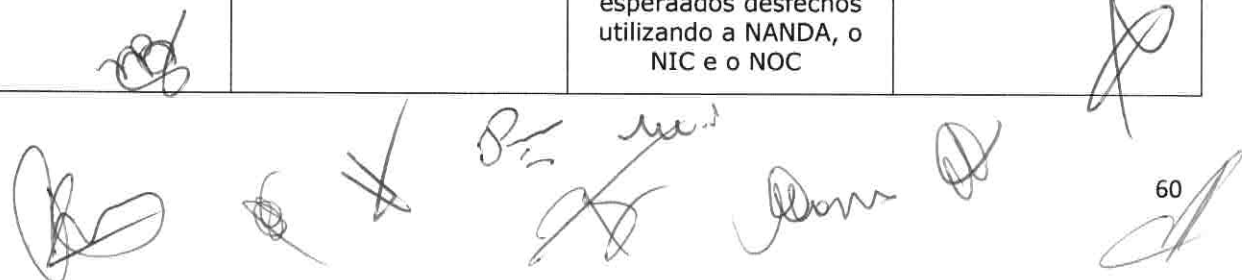


58

PÚBLICO	TREINAMENTO PRETENDIDO	OBJETIVO DO TREINAMENTO	PÚBLICO ALVO
APOIO	Comunicação institucional	Capacitar o profissional	Todos HOSPITAL
APOIO	Mapa de processo	Capacitar o profissional	Técnico de laboratório
APOIO	Mapa de risco	Capacitar o profissional	Técnico de laboratório
APOIO	Armazenamento de amostras	Capacitar o profissional	Técnico de laboratório
APOIO	Controle de qualidade interno e externo	Capacitar o profissional	Técnico de laboratório
APOIO	Limpeza de equipamentos	Capacitar o profissional	Técnico de laboratório



PÚBLICO	TREINAMENTO PRETENDIDO	OBJETIVO DO TREINAMENTO	PÚBLICO ALVO
APOIO	Comandos Elétricos e CLP	Capacitação	Funcionários da Manutenção (Operacional)
APOIO	NR-18	Capacitação	Funcionários da Manutenção (Operacional)
APOIO	Excelência no atendimento, humanização, segurança em hospitais	Qualidade no atendimento	Agentes de portaria, recepcionista, motorista de ambulância, telefonista
APOIO	Treinamento teórico e prático de rotinas de higienização hospitalar	Integrar e capacitar a equipe quanto ao as normas e rotinas do serviço de higienização hospitalar	Auxiliares de SHL (manhã) 13:00 as 15:00
ASSISTENCIAL	Principais protocolos assistenciais, normas e rotinas e fluxogramas estabelecidos para o Serviço de Enfermagem	Apresentar os protocolos, normas e rotinas que direcionarão o processo de trabalho do Enfermeiro e do Técnico de Enfermagem	Enfermeiros e técnicos de enfermagem
ASSISTENCIAL	Processo de Enfermagem e suas fases	Apresentar os os principais diagnósticos de Enfermagem que a população atendida apresenta, além das respectivas intervenções e esperados desfechos utilizando a NANDA, o NIC e o NOC	Enfermeiros e técnicos de enfermagem



PÚBLICO	TREINAMENTO PRETENDIDO	OBJETIVO DO TREINAMENTO	PÚBLICO ALVO
ASSISTENCIAL	NR 32	Apresentar as orientações sobre o uso de EPIs para a proteção do profissional e do paciente assistido	Enfermeiros e técnicos de enfermagem
ASSISTENCIAL	Avaliação e reconhecimento das principais lesões acometidas pelos pacientes	Elucidar quanto a avaliação, reconhecimento do tipo de lesão e a correta e específica utilização de curativos e coberturas para o perfil de usuário atendido	Enfermeiros e técnicos de enfermagem
ASSISTENCIAL	Atendimento inicial e/ou de urgência ao grande e médio queimado	Capacitar a equipe quanto ao atendimento específico.	Enfermeiros e técnicos de enfermagem
ASSISTENCIAL	Processo de limpeza e esterelização de materiais cirúrgico e hospitalares	Manter processamento adequado e eficaz de esterilização evitando eventos adverso como infecção de sítio cirúrgico	Enfermagem CME
ASSISTENCIAL	Gerenciamento de risco na CME, práticas de controle e fatores de risco.	Capacitar a equipe quanto aos riscos	Enfermagem CME
ASSISTENCIAL	Prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica	Divulgar as medidas de prevenção de infecção relacionados a ventilação mecânica (<i>bundles</i>)	Enfermagem, reabilitação, SADT

Handwritten signatures and initials are present at the bottom of the page, including a large signature on the left, several initials in the center, and a signature on the right.

PÚBLICO	TREINAMENTO PRETENDIDO	OBJETIVO DO TREINAMENTO	PÚBLICO ALVO
ASSISTENCIAL	Prevenção de Infecção relacionada a Corrente Sanguínea	Divulgar as medidas de prevenção de infecção relacionados ao cateter central (bundles)	Enfermagem, reabilitação, SADT
ASSISTENCIAL	Prevenção de Infecção relacionada a trato urinário	Divulgar as medidas de prevenção de infecção relacionados a SVD (bundles)	Enfermagem, reabilitação, SADT
ASSISTENCIAL	Prevenção de Infecção relacionada ao sítio cirúrgico	Divulgar as medidas de prevenção de infecção relacionados as cirurgias (bundles)	Enfermagem, reabilitação, SADT
ASSISTENCIAL	Protocolo de higienização das mãos	Disseminar a cultura de higienização / lavagem das mãos, prevenir e controlar as infecções relacionadas a assistência à saúde	Enfermagem, reabilitação, farmácia, SADT
ASSISTENCIAL	Emergências Clínicas/Cardíacas	Apresentar os principais diagnósticos médicos para clínica médica e cardiologia e os protocolos clínicos relacionados	Médicos
ASSISTENCIAL	Emergências Neurológicas	Apresentar os principais diagnósticos médicos para neurologia e os protocolos clínicos relacionados	Médicos

Handwritten signatures and initials are present at the bottom of the page, including a large signature on the left, several smaller initials in the center, and a signature on the right.

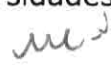
PÚBLICO	TREINAMENTO PRETENDIDO	OBJETIVO DO TREINAMENTO	PÚBLICO ALVO
ASSISTENCIAL	Emergências Pediátricas	Apresentar os principais diagnósticos médicos para pediatria e os protocolos clínicos relacionados	Médicos
ASSISTENCIAL	Emergências Gineco-Obstetras	Apresentar os principais diagnósticos médicos para ginecologia e obstetrícia e os protocolos clínicos relacionados	Médicos
ASSISTENCIAL	Emergências Traumatológicas	Apresentar os principais diagnósticos médicos para traumatologia e os protocolos clínicos relacionados	Médicos
ASSISTENCIAL	Reanimação CardioPulmonar	Aplicar as principais e mais atualizadas diretrizes AHA para uma RCP bem sucedida	Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Médicos

4.3.5 ESTRUTURAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE ENSINO E PESQUISA

O Departamento de Ensino e Pesquisa (DEP) oferece apoio ao ensino e a pesquisa e tem a responsabilidade de gerar e disseminar o conhecimento, proporcionando qualificação acadêmica e científica aos novos profissionais da saúde.

O DEP organiza e cria mecanismos de controle para as atividades de ensino e pesquisa, servindo de campo de estágio curricular obrigatório e não obrigatório para acadêmicos das Universidades Públicas e Privadas conveniadas.





O DEP estimula a participação dos colaboradores em eventos científicos locais, regionais, nacionais e internacionais para a aquisição de novos conhecimentos e divulgação da produção científica realizada na instituição. Faz parte dos princípios do Instituto Práxis o investimento, a valorização e o incentivo à capacitação constante e efetiva de todos os seus colaboradores em todas as instâncias da instituição, pois acreditamos que é somente respaldado no ensino que se pode fazer uma Gestão bem sucedida, com uma Assistência de Qualidade e Segurança do Paciente. Por isso a Educação Permanente é tão importante para a Gestão do Instituto Práxis, porque acreditamos que é o início de todo o trabalho realizado no atendimento ao usuário dos serviços de saúde.



Handwritten signatures and initials scattered across the bottom of the page, including a large scribble at the top center, a signature on the left, a signature in the middle, a signature on the right, and a signature at the bottom right.