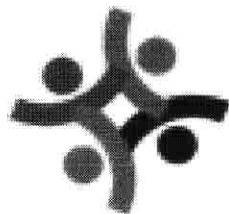


**PROPOSTA TÉCNICA E
ECONÔMICA PARA
ORGANIZAÇÃO,
ADMINISTRAÇÃO E
GERENCIAMENTO DO
HOSPITAL MUNICIPAL DE
SOLONÓPOLE (CE)**

371



INSTITUTO
Práxis

**SOLONÓPOLE - CE
OUTUBRO - 2022**

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

~~Handwritten scribble~~ ≠ ~~Handwritten scribble~~
P.S. ~~Handwritten scribble~~
re: ~~Handwritten scribble~~
~~Handwritten scribble~~ ~~Handwritten scribble~~ ~~Handwritten scribble~~

INTRODUÇÃO	07
01. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	07
1.1 ABRANGÊNCIA	08
1.2 Localização do Hospital	09
1.3 PERFIL DO HOSPITAL	09
1.4 ESTRUTURA DIRETIVA DO HOSPITAL	10
02. PROPOSTA DE CONSOLIDAÇÃO E MODELO GERENCIAL	12
2.1 CRONOGRAMA PROPOSTO	12
2.1.1 Proposta de consolidação (primeiro semestre)	12
2.1.2 Bloco Cirúrgico (segundo semestre)	12
2.2 O MODELO GERENCIAL A SER IMPLANTADO	13
2.2.1 Macroprocesso e Cadeia de Valor	13
2.2.2 Gestão por Processos	14
2.2.3 Plano de Ação	15
2.2.3.1 Avaliação da Eficácia com PDCA	15
2.4 DOCUMENTAÇÃO NORMATIVA E OPERACIONAL DA UNIDADE	17
2.5 MANUAL DE GESTÃO	18
2.6 REGIMENTO DE CORPO CLÍNICO	18
2.7 MAPA DE PROCESSOS	18
2.7.1 Ficha de Descrição de Processos	18
2.7.2 Ficha do Indicador	19
2.7.3 Protocolos Clínicos	19
2.7.4 Procedimentos de Gestão	19
2.7.5 Manuais Institucionais	19

B/S

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]







[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

2.7.6 Manuais Técnico-Assistenciais	20
2.8 ELEMENTOS OPERACIONAIS DO MODELO DE GESTÃO	21
2.8.1 Atuação da Equipe de Gestão	21
2.8.2 Governança Corporativa	22
2.8.3 Governança Clínica	22
2.8.4 SERVIÇOS DE ASSESSORIA TÉCNICA	23
2.9 NORMAS E ROTINAS PARA SELEÇÃO DE PESSOAL	25
2.9.1 Da Seleção de Pessoal	26
2.9.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE	27
2.10 EQUIPAMENTOS, MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA	28
2.10.1 SERVIÇO DE MANUTENÇÃO:	28
2.11 POLÍTICA ASSISTENCIAL	31
2.11.1 EFETIVIDADE CLÍNICA	32
2.11.2 Planejamento Terapêutico Multiprofissional e Individualizado	33
2.11.2 Gestão de Protocolos Clínicos	34
03. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	36
3.1 SERVIÇOS ASSISTENCIAIS	36
3.1.1 DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DAS DIFERENTES CLÍNICAS	36
3.2 DESCRIÇÃO DAS UNIDADES DE SALAS DE CIRURGIA, URGÊNCIA, AMBULATÓRIO E SADT.	37
3.2.1 CENTRO CIRÚRGICO	37
3.2.2 AMBULATÓRIO	38
3.3 DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO	39
3.4 Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)	40
3.4.1 Registros de enfermagem	40
3.5 COMPATIBILIZAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO COM AS DIRETRIZES DA SMS	41

8/11

3.5.1 FORMA DE ESTABELECIMENTO DA CONTRA REFERÊNCIA COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA E COM OUTROS HOSPITAIS.	42
3.6 SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, FINANCEIROS E GERAIS	375 42
3.6.1 SERVIÇO DE FATURAMENTO	42
04. ASPECTOS DE QUALIDADE	45
4.1 QUALIDADE OBJETIVA	45
4.1.1 COMISSÕES TÉCNICAS	45
4.1.1.1 COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	45
4.1.1.2 COMISSÃO DE ÓBITO	46
4.1.1.3 COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA	47
4.1.4 NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	48
4.1.5 COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA	49
4.2 PESQUISA DE SATISFAÇÃO	52
4.3 PROPOSTA EM EDUCAÇÃO PERMANENTE COM VISTA À CAPACITAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DA UNIDADE HOSPITALAR	53

Handwritten signatures and marks:

- Top center: *PS*
- Top right: *m*
- Middle left: *rg*
- Middle right: *+*
- Bottom left: *[Signature]*
- Bottom center: *[Signature]*
- Bottom right: *[Signature]*
- Bottom right: *05*

- I - Código de Ética e Condutas do Instituto Práxis (*Compliance*)
- II - Regulamento de Compras e Contratações de Serviços do Instituto Práxis
- III - Modelo de edital de processo seletivo
- IV - Modelo de edital de processos de compras e contratações
- V - Modelo de contrato administrativo para compras e contratações
- VI - Contrato de Gestão 04.2019-01 e CNES UPA Camocim
- VII - Contrato de Gestão 06.2020 Atenção Básica Camocim
- VIII - Contrato de Gestão e CNES Hospital Municipal de São Benedito
- IX - Contrato de Gestão e CNES Hospital Municipal e UPA São Gonçalo do Amarante
- X - Contrato de Gestão e CNES Hospital Municipal de Varjota
- XI - Atestados de capacidade técnica, Contratos, Convênios e CNES Praxis Fortaleza - Hospital Distrital Dr. Fernandes Távora
- XII - Contratos e Convênios e CNES Práxis Parnaíba
- XIII - Atestados de capacidade técnica
- XIV - Portaria MS nº 715, de 3 de outubro de 2022 - CEBAS
- XV - Relatórios de Pesquisa de satisfação

The bottom of the page contains several handwritten signatures and initials in black ink. There are approximately 10-12 distinct marks, including a large signature on the left, a signature in the center, a signature on the right, and several smaller initials or scribbles scattered below them.

PROPOSTA TÉCNICA

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do **Hospital e Maternidade Maria Suelly Nogueira Pinheiro** no Município de Solonópole, Estado do Ceará.

INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Solonópole, na busca do aprimoramento e da eficiência na prestação dos serviços públicos de saúde, resolveu dinamizar seu hospital municipal, adotando o modelo de gestão para o Hospital e Maternidade Maria Suelly Nogueira Pinheiro, que tem por objetivos:

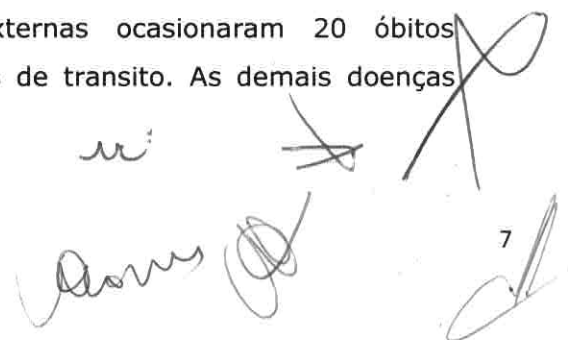
- Potencializar a qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento à população;
- Melhorar o serviço ofertado ao usuário do SUS com assistência humanizada;
- Implantar um modelo de gerência voltado para resultados.

O modelo gerencial adotado obedece aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde- SUS, observando as políticas públicas voltadas para a regionalização da Saúde no Município de SOLONÓPOLE, preservando-se a missão institucional e social do Instituto Práxis.

01. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

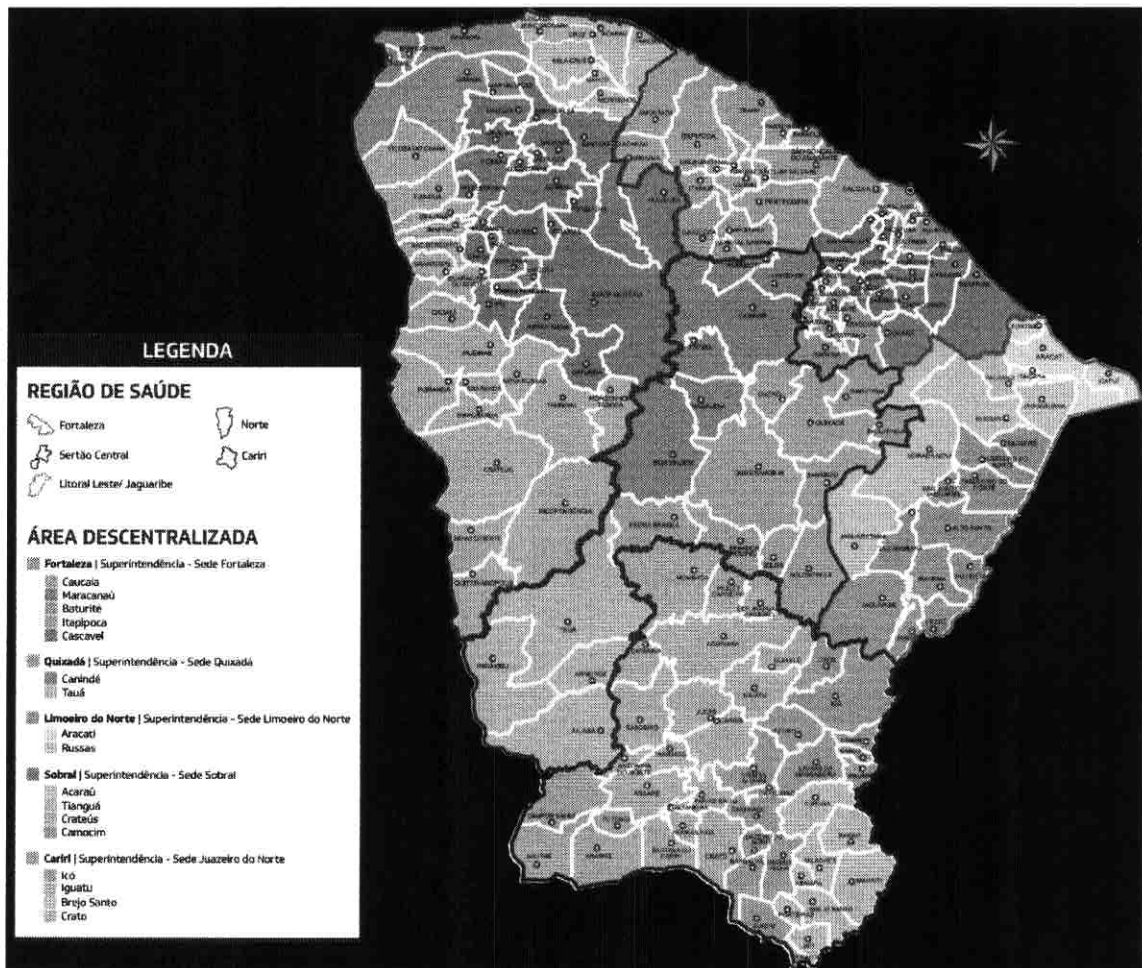
Em relação ao perfil epidemiológico do município de Solonópole, segundo o Relatório de Viabilidade do Hospital e Maternidade Maria Suelly Nogueira Pinheiro, o município apresenta de 3.686 hipertensos, 1.076 diabéticos e 123 gestantes. Segundo o SINAN, as principais doenças transmissíveis em 2020 ocorreram 27 casos de Dengue, 05 casos de Hanseníase e 06 casos de Tuberculose. Vale ressaltar que não houveram casos de AIDS, Sífilis Congênita e Hepatite Viral confirmados.

Quanto a morbimortalidade a realidade municipal é comum a outros municípios de pequeno porte, segundo o SIM - 2019 ocorreram 44 óbitos por doenças do aparelho circulatório correspondendo a 27%, seguido pelas neoplasias com um total de 25 óbitos correspondendo a 15%, as causas externas ocasionaram 20 óbitos corresponde a 12%, principalmente por acidentes de transito. As demais doenças ocasionaram 75 óbitos correspondendo a 45,7%.



1.1 ABRANGÊNCIA

O Hospital está sediado no Município de Solonópole – CE, que possui uma população estimada de 18.389 habitantes, de acordo com os dados do Censo de 2021 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), localizado na Macrorregião do Sertão Central e está vinculado à Área Descentralizada de Saúde - ADS de Quixadá, que abrange os municípios de: Quixadá, Choró, Ibaretama, Ibicuitinga, Quixeramobim, Banabuiú, Pedra Branca, Senador Pompeu, Milhã e Solonópole.



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. A small number '8' is written at the bottom right corner.

1.2 Localização do Hospital

O **Hospital e Maternidade Maria Suelly Nogueira Pinheiro** está construído próximo ao centro da sede do Município, às margens da BR-226, em local de fácil acesso para a população da sede e dos distritos na área rural.

O Hospital, destaca-se por um conjunto arquitetônico, com amplas instalações e podemos dizer que está bem dimensionada para a proposta. A área construída está dividida em blocos, bem espaçados com acessos internos e externos, o que facilita a entrada e remoção de pacientes em ambulância, além de toda a logística de implantação da rede de gases, recebimento de materiais e coleta de resíduos. Há um amplo estacionamento, espaços para construção de jardins e áreas de convivência para funcionários e acompanhantes.

1.3 PERFIL DO HOSPITAL

A proposta é a consolidação de um Hospital com características e estruturas de assistência secundária de pequeno porte, que contemple serviços de saúde, em média complexidade aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, sendo porta aberta bem como porta de entrada as internações de pacientes referenciados pelos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde do Município de Solonópole, para os seguintes serviços: Clínica Médica; Clínica Cirúrgica; Clínica Pediátrica, Clínica Obstétrica, Clínica Psiquiátrica e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

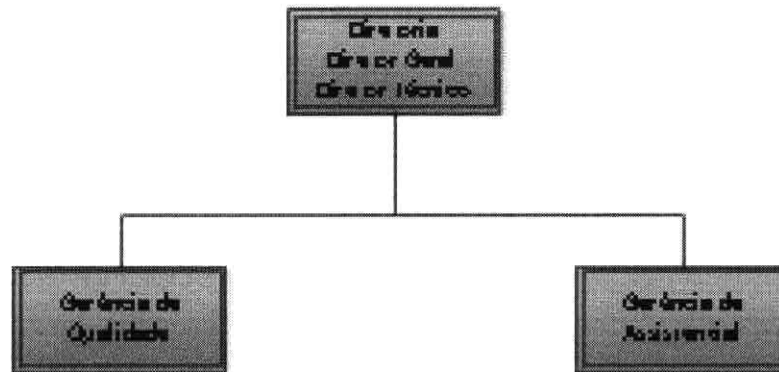
Para a tipologia compreendida no hospital em questão, compreende-se os seguintes leitos gerais de internação:

- a) Leitos Pediátricos: destinada a internações pediátricas no período pós-neonatal, ou seja, de crianças de 28 dias a 14 anos incompletos, compreendendo leitos Pediátricos Clínicos, destinados a internações para assistência pediátrica clínica;
- b) Leitos Clínicos Adulto: destinados às internações para assistência clínica a pacientes com idade igual ou superior a 14 anos;
- c) Leitos Cirúrgicos Adultos: destinados à internações para assistência cirúrgica a pacientes com idade igual ou superior a 14 anos, estratificadas em dois grupos: de 14 anos a 59 anos e de 60 anos e mais;
- d) Leitos Obstétricos: destinados às internações para procedimentos obstétricos, que compreendem o atendimento ao parto risco habitual, a curetagem pós-abortamento e puerperal e outros procedimentos obstétricos.



1.4 ESTRUTURA DIRETIVA DO HOSPITAL

O Organograma é a representação gráfica clássica de uma estrutura organizacional.
A seguir apresentamos o organograma proposto para o Hospital nos primeiros níveis:



DIRETORIA: DIRETOR GERAL/DIRETOR TÉCNICO: Área responsável pela condução das estratégias e políticas da Unidade, orientar e conduzir as demais áreas de acordo com o plano de trabalho traçado para a Unidade; Acompanhar as políticas de desenvolvimento de pessoal (plano de cargos, capacitações, avaliação de desempenho); acompanhar o desenvolvimento do Contrato de gestão com o Município; acompanhar a execução a prestação de serviços de fornecedores e prestadores, garantindo a qualidade de produtos e serviços; acompanhar a execução do orçamento de acordo com os valores definidos no Plano de Trabalho, promovendo os ajustes necessários a condução da Unidade.

REQUISITOS PARA O CARGO: Nível Superior, com graduação em Medicina e registro no CREMEC.

FORMA DE PROVIMENTO: Cargo em Confiança, vínculo preferencial CLT.

GERÊNCIA DE QUALIDADE: Unidade responsável por conduzir as estratégias de desenvolvimento de recursos humanos. Entre as principais atribuições estão: realizar, de modo sistematizado, pesquisas de clima organizacional e pesquisas de satisfação; analisar os resultados da pesquisa e propor programas de ações consequentes; desenvolver, recomendar e










aplicar, quando for o caso, metodologias para revelar e remover ou atenuar barreiras de atitude e comportamentais que interfiram no desenvolvimento institucional; elaborar e aplicar metodologias de matriz de competências e aferir resultados; estruturar e coordenar o programa de desenvolvimento profissional com base na avaliação de potencial e desempenho e na matriz de competências; criar e manter banco de talentos, em articulação com a Gerência de Recursos Humanos e com o Núcleo de Educação Permanente; analisar resultados e recomendar programas de capacitação e ações de desenvolvimento, visando a melhorias de desempenho; estabelecer critérios e gerenciar ações de avaliação de potencial, desempenho e desenvolvimento de pessoas do quadro de pessoal da Unidade; acompanhar a análise dos resultados de avaliações; planejar novas formas de desenvolvimento profissional; gerenciar o programa de recepção e ambientação de novos colaboradores.

REQUISITOS PARA O CARGO: Nível Superior e registro no Conselho de Classe competente.

FORMA DE PROVIMENTO: Cargo em Confiança, vínculo preferencial CLT.

GERÊNCIA ASSISTÊNCIAL: unidade responsável pelos apontamentos funcionais dos colaboradores da Unidade, suas principais atribuições são: Realizar o cadastro e a conferência da documentação de servidores admitidos; elaborar e fiscalizar escalas de serviço; acompanhar a frequência dos servidores e justificativas de faltas; prestar informações de servidores cedidos; realizar os apontamentos de faltas, abonos, férias, recessos, entre outros, na folha de pagamentos; fazer encaminhamento e apresentação de servidores; realizar a crítica na folha de pagamentos da Unidade; acompanhar a execução de protocolos e procedimentos definidos para a Unidade.

REQUISITOS PARA O CARGO: Nível Superior, com graduação preferencialmente em Enfermagem e registro no Conselho de Classe competente.

FORMA DE PROVIMENTO: Cargo em Confiança, vínculo preferencial CLT.



02. PROPOSTA DE CONSOLIDAÇÃO E MODELO GERENCIAL

Atendendo ao cronograma proposto no Edital e visando compatibilizar o orçamento proposto para a contratação com as necessidades e expectativas mais urgentes da população local, apresentamos a consolidação da Unidade em quatro etapas semestrais, sempre mantendo a estrutura proposta para a etapa anterior e acrescentando mais serviços nas etapas seguintes, conforme segue:

2.1 CRONOGRAMA PROPOSTO

2.1.1 Proposta de consolidação (primeiro semestre)

Nesta primeira etapa inicial serão consolidados um total de 31 (trinta e um) leitos, distribuídos da seguinte forma:

- a) **Acolhimento Hospitalar:** 06 (seis) leitos de observação breve;
- b) **Bloco de Internação:** 06 (seis) leitos de Clínica Pediátrica; 12 (doze) leitos de Clínica Médica adulta, 06 (seis) leitos de obstetrícia; 04 (quatro) leitos cirúrgicos; 01 (um) leito de psiquiatria; 01 (um) leito paciente crônico e 01 (um) leito de isolamento.
- c) **Serviços de Apoio e Diagnóstico Terapêutico – SADT:** serão continuados terceirizados o serviço de Imagem Hospitalar (Raio-X, Ultrassonografia), Eletrocardiografia (ECG), serviço de Laboratório de Análises Clínicas (Hematologia, Bioquímica), entre outros.

Serão estruturados, ainda, todos os serviços de apoio necessário para o funcionamento da unidade: Administração, Farmácia Hospitalar, Contas Médicas, SAME, Comissões Hospitalares, Recepção/Acolhimento, Nutrição e Dietética, Central de Material e Esterilização, Manutenção, Portaria e Vigilância, Morgue e Serviço de Lavanderia.

2.1.2 Bloco Cirúrgico (segundo semestre):

- a) **Bloco Cirúrgico:** 01 (uma) sala cirúrgica para cirurgias gerais de média complexidade; 01 (uma) sala para parto de risco habitual; 04 (quatro) leitos recuperação pós-anestésica, além de central de materiais e esterilização (CME).
- b) **Clínica Obstétrica:** o Hospital contará com no mínimo seis (06)

leitos de Clínica Obstétrica (alojamento conjunto) além uma (01) sala de Parto.

2.2 O MODELO GERENCIAL A SER IMPLANTADO

O Instituto Práxis utiliza como modelo gerencial a **Gestão por Processos**, que consiste em um modelo de gestão organizacional orientado para o gerenciamento da empresa com foco nos processos, com responsabilidades de ponta-a-ponta atribuídas ao gestor de cada processo, cuja função é dirigir a performance do mesmo e garantir que as necessidades dos clientes e do negócio sejam satisfeitas.

2.2.1 Macroprocesso e Cadeia de Valor:

Macroprocesso é um processo que geralmente envolve mais de uma função organizacional e cuja operação tem impacto significativo no modo como a organização funciona.

Cadeia de Valor é a representação do conjunto de atividades desempenhadas por uma organização desde as relações com fornecedores e ciclos de produção até a entrega final do produto ou serviço (Michel Porter – 1995).

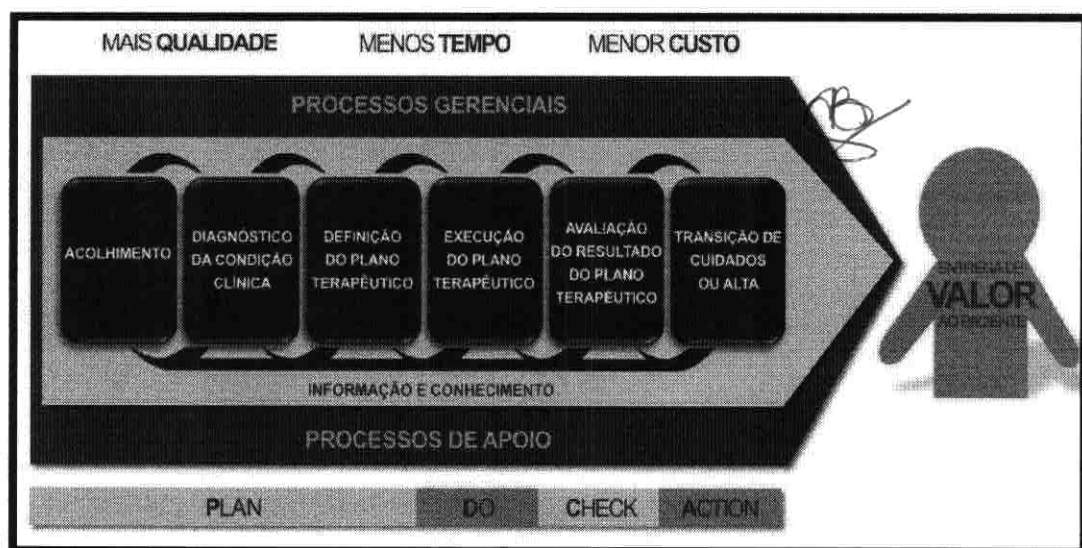


Figura 5: Representação de Cadeia de valores

Processos

Processo é qualquer atividade que recebe uma entrada (input), agrega-se valor e gera uma saída (output) para um cliente interno ou externo.

Processos são atividades logicamente relacionadas que, usando recursos (pessoas, equipamentos, materiais, entre outros), produzem resultados (produtos ou serviço), adicionando valor a cada etapa. Portanto, não existe um produto ou um serviço oferecido por uma empresa sem um processo.

Os processos gerenciais são aqueles que existem para coordenar os processos de apoio e assistencial, através de definição de estratégias, definição e monitoramento das metas, e melhorando os processos, quando necessário. Exemplos: Liderança (Diretoria Geral, Diretoria Assistencial e Diretoria de Apoio).

Os processos assistenciais são aqueles que se inter-relacionam diretamente com o cliente. Exemplos: Assistência Farmacêutica, Assistência Nutricional, Internação e Atendimento Cirúrgico.

Os processos de apoio são aqueles que sustentam os processos assistenciais, fornecendo produtos e serviços como: equipamentos, tecnologia, informações.

Exemplo: Gestão de Estrutura Física Funcional (Manutenção), Gestão de Equipamentos Médico-Hospitalares (Engenharia Clínica) e Sistema de Informação ao Paciente (T.I). Na integração dos processos de uma organização, um produto de um processo é o insumo de outro processo, e assim ocorre até o produto final entregue ao cliente.

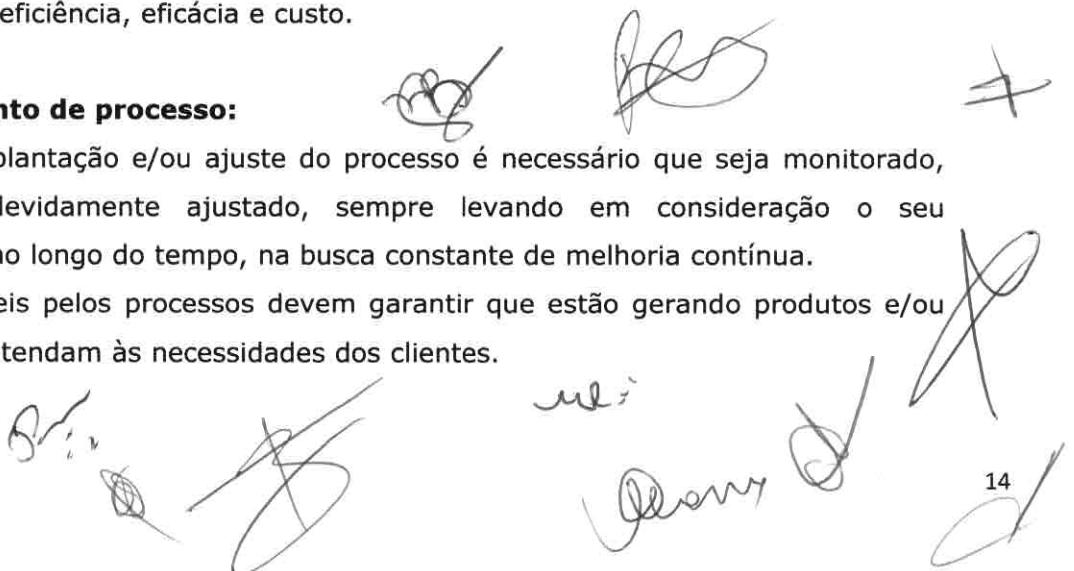
2.2.2 Gestão por Processos:

Gestão por Processos significa que os processos estão mapeados, monitorados, avaliados e revisados sempre que necessário importante ressaltar que os esforços devem ser com foco na melhoria contínua e no alcance dos objetivos da organização. Tem objetivo principal de estabelecer uma dinâmica de melhoria contínua, permitindo ganhos significativos às organizações, em termos de desempenho, eficiência, eficácia e custo.

Monitoramento de processo:

Depois da implantação e/ou ajuste do processo é necessário que seja monitorado, avaliado e devidamente ajustado, sempre levando em consideração o seu desempenho ao longo do tempo, na busca constante de melhoria contínua.

Os responsáveis pelos processos devem garantir que estão gerando produtos e/ou serviços que atendam às necessidades dos clientes.



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

Identificando e priorizando problemas e suas causas:

Os processos organizacionais sem controle têm a tendência natural de se deteriorar progressivamente, gerando como efeito, serviços de qualidade cada vez pior. E mais importante do que identificar os problemas é determinar as suas causas, haja vista que são sobre elas que devem ser tomadas medidas de correção ou prevenção, conforme o caso.

Ação Corretiva:

Ação corretiva é a ação tomada para eliminar as causas de um problema existente ou de situações indesejáveis de maneira a evitar o reaparecimento das mesmas. Possibilita determinar exatamente algum tipo de problema, tornando a sua resolução mais eficaz e direta, gerando desta forma mais economia para a organização e menor desperdício de energia em situações corriqueiras do dia-a-dia. O foco da ação corretiva é a origem do problema.

A ação corretiva baseia-se nas causas dos problemas identificados, buscando a eliminação da raiz do problema. Caso o problema volte a se repetir no futuro, a ação corretiva não foi eficaz.

Ação Preventiva:

Ação Preventiva é a ação tomada para eliminar as causas de problemas potenciais ou outra situação indesejável a fim de evitar o aparecimento das mesmas. Normalmente, é aplicada antes da implementação de novos produtos, processos ou sistemas, ou antes, de modificações já existentes. Ação preventiva é tomada antes de surgir o problema, baseando em informações coletadas durante a execução dos processos.

2.2.3 Plano de Ação:

Plano de ação é o planejamento das iniciativas necessárias para atingir um resultado desejado. Deve deixar claro tudo o que deverá ser feito e a que tempo, quem é o responsável por cada iniciativa. Além disso, deverá apontar o porquê de se realizar tal atividade e como ela será realizada, onde e quanto que isso custa.

2.2.3.1 Avaliação da Eficácia com PDCA

O PDCA pode ser definido como um valioso método de controle e melhoria dos processos organizacionais que, para ser eficaz deve estar disseminado e dominado conceitualmente e operacionalmente por todos os colaboradores da organização. É o caminho para se atingir as metas atribuídas aos diferentes processos

organizacionais.

O ciclo do PDCA é projetado de maneira a produzir uma sistematização do planejamento e execução das ações organizacionais, através do fluir contínuo do ciclo em uma espiral crescente de melhoria, no qual o processo ou padrão sempre pode ser reavaliado e um novo ou uma melhoria de processo poderá ser promovida. O PDCA é uma importante ferramenta para o processo de solução de problemas crônicos que prejudicam o desempenho de um projeto, processo ou serviço.

O PDCA aprofunda a capacidade de planejamento da organização. Deve ser encarado como um processo de tomada de decisão, associado com as demais ferramentas apresentadas nesta apostila. Utilizar o PDCA no dia-a-dia induz a adoção de medidas preventivas. A sua utilização é simples, o que pode tornar um perigo, pois as pessoas acham que o estão utilizando de forma eficaz e o adotam de qualquer maneira. Gerenciar exige conhecimento e, para isso, não há substituto.

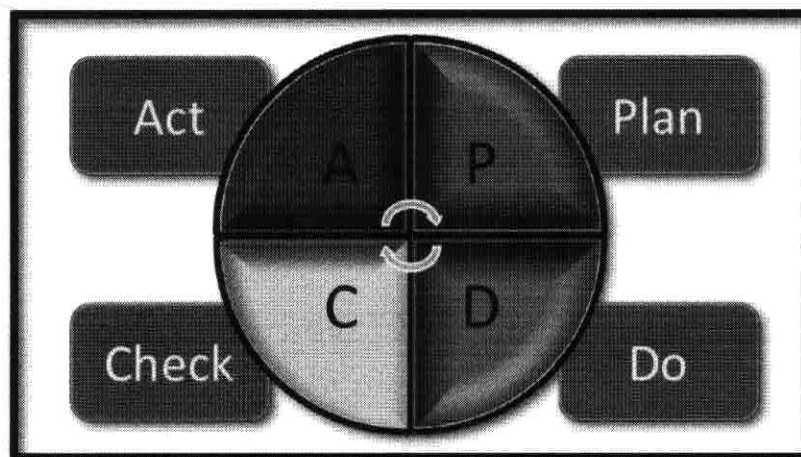


Figura 6: Representação Gráfica do Ciclo de PDCA

Plan (planejar) – Nesta etapa a atenção deve estar voltada para a definição dos objetivos/metapas, para a definição dos métodos e procedimentos a serem empregados, bem como a definição dos indicadores ou itens de controle que serão utilizados para monitorar a eficácia das soluções.

Do (fazer) – esta etapa depende da elaboração do planejamento. Consiste na execução dos planos de ação estabelecidos. Enquanto o planejamento está voltado para a eficácia das ações, a etapa de execução está relacionada à eficiência dos processos. Esta etapa pode ser subdividida em duas outras. Treinamento e a execução propriamente dita. Na etapa de treinamento, as pessoas devem ser preparadas para atuarem utilizando as soluções estabelecidas, enquanto que na

etapa de execução, as atividades devem ser colocadas em prática e o seu desempenho monitorado através de itens de controle (indicadores de processo).

Check (verificar) – a terceira etapa do ciclo está relacionada com a verificação das ações executadas. Esta etapa se relaciona ao processo de comparação entre os resultados obtidos através das práticas e os indicadores estabelecidos no planejar, com a finalidade de mensuração da eficácia da solução escolhida. Esta etapa é considerada como a fase mais importante do ciclo, devendo ser enfatizada dentro da organização, a fim de se obter resultados satisfatórios e eficazes ao final de cada ciclo. É nesta etapa que, a partir dos dados levantados à organização deve efetuar as análises críticas de suas ações, promovendo, se necessário, ações de correção ou melhoria, na solução adotada ou nos próprios processos.

Act (agir) – esta etapa está relacionada com a melhoria dos processos organizacionais e na correção dos padrões estabelecidos. Aqui surgem as desejadas inovações que afetam toda a organização e, às vezes, a sociedade.

2.4 DOCUMENTAÇÃO NORMATIVA E OPERACIONAL DA UNIDADE

Representa a organização dos processos de trabalho e introdução à melhoria contínua na gestão do Hospital. São elaborados, entre outros, documentos de cunho administrativo, de qualidade, procedimentos de gestão e manuais que dizem respeito à formalização de todo o funcionamento do Hospital.

Ainda no tocante as documentações inerentes ao Hospital são observadas a padronização do tipo, conteúdo e a forma de apresentação, assegurando que todos os processos normatizados sejam efetivamente gerenciados pela qualidade (rastreadabilidade, validade, entre outros).



Handwritten signatures and initials scattered across the bottom of the page, including a large signature on the left, several smaller ones in the center and right, and a signature with the number 17 below it on the far right.

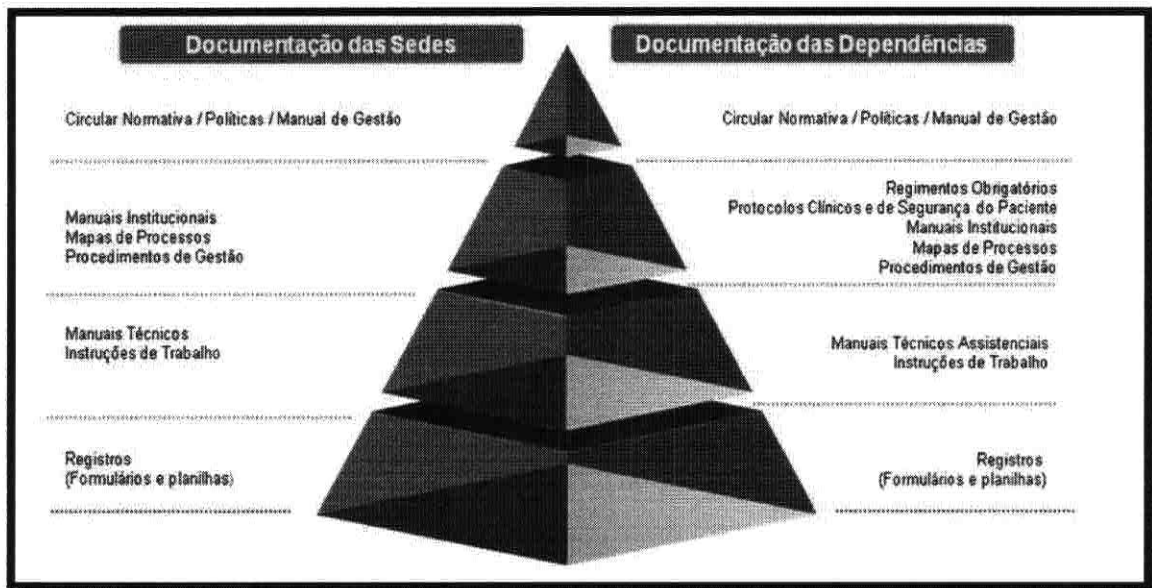


Figura 7: Hierarquia de documentos existente nos hospitais

Desta forma, segue o referencial da gestão de documentos aplicado pelo Instituto Práxis, passível de adaptação local, observados os controles formais necessários:

2.5 MANUAL DE GESTÃO

Primeiro documento institucional que rege e disciplina a gestão do Hospital como um todo e que formaliza a política de gestão da Práxis. Este documento contempla os seguintes tópicos:

2.6 REGIMENTO DE CORPO CLÍNICO

Documento que rege e direciona as ações, direitos e deveres do corpo médico e demais profissionais da assistência, dentro do Hospital. Com modelo elaborado a partir de estudo próprio, a minuta é submetida a análise e aprovação da equipe médica.

2.7 MAPA DE PROCESSOS

Desenho dos processos existentes no serviço, de forma a esclarecer os fluxos entre as principais atividades. Estes processos são descritos em subprocessos, com suas atividades detalhadas, na ficha de descrição de processos. Os processos dão origem aos indicadores, estratégico e

operacionais que são descritos na ficha de indicador.

2.7.1 Ficha de Descrição de Processos

É o modelo pelo qual se descreve, em texto e fluxograma, o processo em questão, fazendo referência aos fornecedores e clientes, bem como ao indicador do processo, se houver.

2.7.2 Ficha do Indicador

É o modelo no qual são definidos os indicadores da organização. Deve-se preencher a ficha do indicador com o intuito de padronizar fórmulas, definir responsáveis e o fluxo da informação daquele indicador dentro do Hospital.

2.7.3 Protocolos Clínicos

São como instruções de trabalho que descrevem o método de atendimento dos profissionais da saúde para cada situação específica. A equipe do Hospital elabora os seus protocolos, de acordo com sua realidade, devendo sempre contemplar o trabalho do corpo médico, a enfermagem e outros profissionais de assistência ao paciente.

2.7.4 Procedimentos de Gestão

São os procedimentos (semelhantes a instruções de trabalho) que são relevantes e interferem na organização de forma geral e sistêmica. Por exemplo: gestão dos eventos-sentinelas, gestão das não conformidades, etc. São procedimentos que não são específicos de uma só área, pois define a participação de todos os setores da mesma forma.

2.7.5 Manuais Institucionais

São manuais que regem o método de trabalho e as premissas principais de alguns macroprocessos dentro do Hospital, como por exemplo:

- Regulamento de Compras e Contratações de Serviços;
- Plano de Cargos e Normas de Contratação;
- Código de Ética e Condutas (Compliance).





Figura 8: Manuais e legislação: Disponível em www.ipraxis.org.br

2.7.6 Manuais Técnico-Assistenciais

São manuais específicos que descrevem as rotinas e tarefas de cada setor técnico- assistencial individualmente, sem se preocupar com as interações sistêmicas.

Instruções de Trabalho

A instrução de trabalho é o documento no qual são descritas as atividades e tarefas realizadas em determinado setor / departamento. Por meio dela define-se modo de fazer, referenciam-se documentos e estipulam-se responsáveis.

Registros / Planilhas / Tabelas / Formulários

São documentos de uso diário na vida hospitalar e que podem ser criados e colocados em uso e desuso de acordo com a necessidade. Os modelos de planilhas, tabelas e formulários são adaptados de acordo com a necessidade e demanda apresentadas pelo hospital. Ex.: Informe de Alta, Ata de abertura de Comissões.

Documentos Legais, Fiscais e Institucionais

O diretor geral do Hospital é responsável por cumprir a agenda de compromissos legais e fiscais da mesma sob sua responsabilidade junto a órgãos públicos e reguladores. Deve assegurar, por meio de prova documental, o efetivo cumprimento desta agenda.

2.8 ELEMENTOS OPERACIONAIS DO MODELO DE GESTÃO

2.8.1 Atuação da Equipe de Gestão

Atuação direta sobre todas as atividades da Unidade através da equipe de gestores que desenvolvem o papel executivo, com autoridade de mando para implementar deliberações da Diretoria da Práxis. Gradativamente serão introduzidos o Planejamento e a Gestão Estratégica. Entre outras a equipe de gestão será responsável por:

- Designar para a administração direta da Unidade profissional com experiência em administração hospitalar.
- Manter uma equipe de retaguarda à distância, composta de médicos, administradores hospitalares, enfermeiros, contadores e advogados, para prestarem assessoria à contratante quando solicitado.
- Colocar à disposição da Unidade toda a estrutura técnica necessária ao bom desempenho das atividades hospitalares, incluindo assessoria e consultoria jurídica, financeira, contábil, médica e de enfermagem.
- Administrar a Unidade com plena autonomia e independência para implantar sistemas administrativos, rotinas e procedimentos condizentes com as modernas normas de administração hospitalar.
- Organizar a estrutura indispensável para o bom funcionamento da Unidade.
- Elaborar os instrumentos administrativos e jurídicos compatíveis com as necessidades.
- Orientar quanto à instalação de novos serviços, adequação ou ampliação dos já existentes.
- Orientar e proceder a celebração e revisão de todos os contratos existentes e necessários.
- Definir os objetivos e estratégias de funcionamento da Unidade alinhadas ao contrato de gestão.
- Elaborar a prestação de contas mensal que contenha todos os elementos para a correta apreciação das atividades gerais no período, envolvendo aspectos administrativos, sociais e econômico-financeiros.
- Esclarecer sobre as atividades desenvolvidas na gestão da Unidade

sempre que for convocado pelo contratante.

2.8.2 Governança Corporativa

A Governança Corporativa é importante pelo seu papel de profissionalização das Organizações Sociais. A prática é relevante para a clareza e a transparência das informações, partindo do princípio que se o setor de saúde brasileiro praticar seus conceitos em sua essência, ele será muito melhor. O Instituto Práxis utiliza-se dos princípios básicos de Governança Corporativa definidos pelo Instituto Brasileiro de Governança Corporativa- IBGC, são eles:

- **Transparência:** disponibilização para as partes interessadas das informações que sejam do seu interesse;
- **Equidade:** Caracteriza-se pelo tratamento justo de todas as partes interessadas (*stakeholders*);
- **Prestação de Contas:** Os agentes de governança prestam contas de sua atuação, assumindo integralmente as consequências de seus atos e omissões;
- **Responsabilidade:** Os agentes de governança zelam pela sustentabilidade das organizações, visando à sua longevidade, incorporando considerações de ordem social e ambiental na definição dos programas, projetos e operações.

2.8.3 Governança Clínica

Para atingimento da excelência assistencial é necessário o estabelecimento de uma sistemática gerencial voltada às questões assistenciais, alinhada à Governança Corporativa, que garanta, na prática, a monitorização do processo de evolução contínua, servindo de apoio a implementação do referencial teórico do macroprocesso assistencial. A experiência mundial tem consagrado o padrão do *National Health System* (NHS), para este propósito. Neste modelo de gestão é estabelecida uma "abordagem sistêmica para manter e melhorar a qualidade no cuidado ao paciente em Serviços de Saúde" conhecida com a denominação de Governança Clínica. O Diretor Geral será responsável pela qualidade, incluindo a Governança Clínica, estabelecendo o elo fundamental com a Governança Corporativa. Desta forma a governança clínica torna-se um mecanismo poderoso e abrangente para assegurar, através do atendimento à Política Assistencial e ao Modelo de Excelência Assistencial, que os elevados padrões e a qualidade do atendimento clínico sejam alcançados e continuamente melhorados, entregando valor aos clientes.

