

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN

2016 -2017

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN
Avenida Senador Filinto Muller, 355
Cidade Universitária Vila Ipiranga/ CEP: 79080190 | Campo Grande - MS
Telefone: (67) 3345-3000 | Site: www.ebserh.gov.br

EQUIPE DE ELABORAÇÃO:

ANA LÚCIA LYRIO DE OLIVEIRA
ANDRÉA CONCEIÇÃO MILAN BROCHADO ANTONIOLLI
ANDRÉ JESUS DO NASCIMENTO
CLÁUDIA EMÍLIA LANG
CLÁUDIO WANDERLEY LUZ SAAB
DÉBORA MARCHETTI THOMAZ
ELIZABETH ANTÔNIO VERÃO LOPES
MARIA JOSÉ MARTINS MALDONADO
TANIA CRISTINA GOMES BAKARGY

CAMPO GRANDE – MS
2016/ 2017

Índice

1	Contextualização.....	11
1.1	Histórico	11
1.2	Contexto interno	18
1.2.1	Modelo de Gestão	18
1.2.2	Atenção à Saúde	29
1.2.3	Ensino, Pesquisa e Extensão	40
1.3	Contexto externo	43
2	Objetivos.....	48
2.2	Objetivos específicos	48
3	Percurso Metodológico	49
4	Fundamentação – Diagnóstico situacional atual do HUMAP.....	53
4.1	Priorização dos Macroproblemas	58
4.1.1	Macroproblema 1: Modelo Assistencial Fragmentado	65
4.1.2	Macroproblema 2: Fragilidade de políticas institucionais entre HUMAP e SUS	71
4.1.3	Macroproblema 3: Inexistência de incentivo e inserção do ensino, pesquisa e inovação tecnológica.....	77
5	Plano de ação: Proposta de Intervenção	86
5.1	Relação de ações por nó crítico	86
6	Plano de ação consolidado.....	89
7	Análise de Viabilidade e Estratégias de Viabilização de Ações	95
8	Gestão do Plano, Metas e Indicadores de Monitoramento.....	98
8.1	Monitoramento do Cronograma.....	105
8.2	Análise Orçamentária	107
9	Conclusão.....	109
10	Referências Bibliográficas.....	110
Anexo A.	Plano de Ação Consolidado	114
Anexo B.	Análise de Viabilidade e Atores sociais	12728

Índice de Figuras

Figura 1-1 Município de Campo Grande	11
Figura 1-2 Organograma do HUMAP anterior à Ebserh	21
Figura 1-3 Organograma atual do HUMAP - Superintendência.....	22
Figura 1-4 Organograma da Gerência de Atenção à Saúde – HUMAP, 2015.	23
Figura 1-5 Organograma da Gerência de Ensino e Pesquisa – HUMAP, 2015.	24
Figura 1-6 Organograma da Gerência Administrativa – HUMAP, 2015.	24
Figura 1-7 Evolução das internações por alta complexidade, HUMAP, 20011-2015.	34
Figura 1-8 Produção Ambulatorial por grupo de procedimento – HUMAP, 2012 a 2014	38
Figura 4-1 Aderência do Humap UFMS por Modelo de Referência.....	55
Figura 4-2 Aderência do HUMAP por tema da Lista de Gaps Normativos	57
Figura 4-3 Arvore Explicativa construída com o grupo afinidade e equipe ampliada para o Macroproblema 1 – Modelo Assistencial Fragmentado.	69
Figura 4-4 Arvore Explicativa construída com o grupo afinidade e equipe ampliada para o Macroproblema 2 - Fragilidade de políticas institucionais entre HUMAP e SUS.	74
Figura 4-5 Arvore Explicativa construída com o grupo afinidade e equipe ampliada para o Macroproblema 3 – Inexistência de incentivo e inserção do ensino, pesquisa e inovação tecnológica.....	78

Índice de Tabelas

Tabela 1-1 Número de consultórios por especialidades assistenciais – HUMAP, 2015	30
Tabela 1-2 Número de Salas Cirúrgicas	31
Tabela 1-3 Número de leitos por especialidades existentes no HUMAP no ano de 2015.....	32
Tabela 1-4 Número de internações hospitalares por grau de complexidade- HUMAP, 2011 a 2015.....	33
Tabela 4-1 Declaração dos macroproblemas realizados durante o primeiro ciclo de visitas da equipe facilitadora no HUMAP em outubro 2014.....	58
Tabela 4-2 Priorização de macroproblemas de acordo com o valor e interesse relatado pelo grupo afinidade, ampliado. HUMAP (2015).	64
Tabela 4-3 Nós críticos evidenciados utilizando a construção da árvore de problema para os três macroproblemas priorizados pelo Grupo afinidade e equipe ampliada, HUMAP, 2015.	85
Tabela 7-1 Ações conflitivas relacionadas com os recursos necessários e ações para melhorar viabilidade, discutidas pelo grupo afinidade e estendido, HUMAP/UFMS, 2015.....	95
Tabela 8-1 Resultados das Análises das ações conforme viabilidade e impacto para decisão da precedência de execução.	99

Índice de Quadros

Quadro 1-1 Quantitativo consolidado de Recursos Humanos do HUMAP/EBSERH até Outubro de 2015.....	26
Quadro 1-2 Recursos recebidos pelo HUMAP/UFMS, no período de 2010 a 2015.....	28
Quadro 1-3 Repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde ao HUMAP/UFMS anualmente.	29
Quadro 1-4 Número de internações hospitalares de todas as causas de morbidades classificadas por meio do cid-10 por 10.000 habitantes – HUMAP, 2014.....	34
Quadro 1-5 Percentual representativo do HUMAP em relação às internações ocorridas no Município de Campo Grande/MS catalogadas por CID10, 2014	35
Quadro 1-6 Número de Óbitos por 10.000 habitantes.	36
Quadro 1-7 Perfil de Morbidade e Mortalidade Hospitalar pelo caráter de atendimento Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian-HUMAP, 2014.....	36
Quadro 1-8 Produção Ambulatorial por grupo de procedimento – HUMAP, 2012 a 2014.	37
Quadro 1-9 Média de permanência hospitalar de média e alta complexidade – campo Grande/MS e HUMAP, 2012 a 2014. Fonte: Datasus	38
Quadro 1-10 Indicadores de produção assistencial – HUMAP, 2014.	39
Quadro 4-1 Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças identificadas no HUMAP UFMS	60
Quadro 4-2 Nós críticos e oportunidades de melhoria identificadas	80
Quadro 5-1 Relação dos macroproblemas com nós críticos e respectivas ações, elaborada pelo Grupo afinidade e equipe ampliada, 2015, HUMAP	87
Quadro 8-1 Planejamento orçamentário resumido do PDE, biênio 2016-2017.....	108

1 Contextualização

1.1 Histórico

O município de Campo Grande, capital do Estado do Mato Grosso do Sul, tem papel fundamental para a saúde de sua população, com 843.120 habitantes (IBGE, 2014), além de ser referência para os municípios do interior do estado em muitas especialidades. Por ter gestão plena dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), o município de Campo Grande tem a função de operacionalizar e gerenciar todo o sistema de saúde pública. Como a grande maioria dos municípios brasileiros, apresenta muitos problemas de uma forma geral, como a falta de acesso da população ao sistema de saúde, um modelo clínico assistencial insuficiente frente às necessidades da população, falta de integralidade em suas diferentes dimensões (trabalhador, gestor, usuário), entre outros.

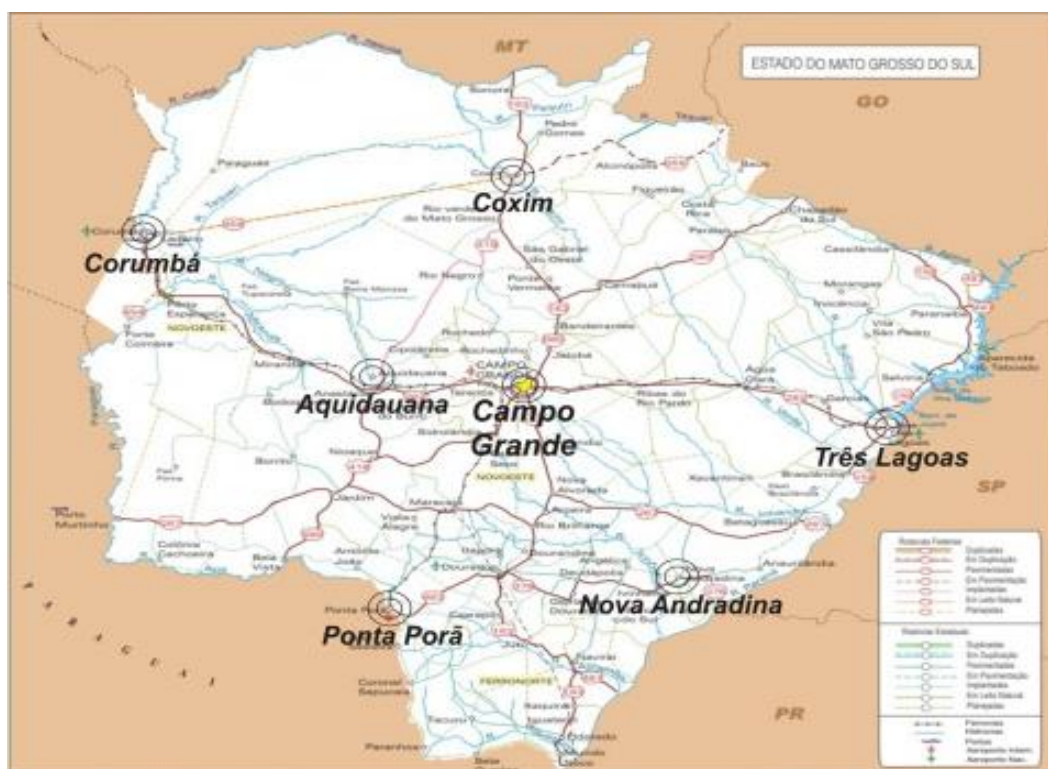


Figura 1-1 Município de Campo Grande

Com relação à rede hospitalar, o município de Campo Grande possuiu três hospitais públicos de referência, sendo estes a Associação Beneficente de Campo Grande (ABCG) – Santa Casa, o Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS) e o Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP/UFMS). Este último, figura entre os 47 Hospitais Universitários Federais (HUFs), vinculados às

universidades federais. Os Hospitais Universitários Federais são importantes centros de formação de recursos humanos na área da saúde e prestam apoio ao ensino, pesquisa e extensão das instituições federais de ensino superior às quais estão vinculados e, além disso, no campo de assistência à saúde, são centros de referência em média e alta complexidade para o SUS (EBSERH, site). Por ser um centro de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologias para a área de saúde, o HUMAP é referência importante para Campo Grande e para todo o Estado, sendo primordial o investimento adequado na efetiva prestação de serviços, possibilitando o aprimoramento constante da assistência, garantindo melhora nos padrões de eficiência que ficam à disposição da rede SUS para toda a população desta região.

O Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian” foi construído entre os anos 70 e 71 na Administração do Magnífico Reitor Dr. João Pereira da Rosa, período em que Pedro Pedrossian era o Governador do Estado, visando oferecer suporte ao curso de Medicina da então Universidade Estadual de Mato Grosso (UEMT). No dia 13 de março de 1971, às vésperas do fim do mandato do Governador Pedro Pedrossian (15/Março/1971), o hospital foi inaugurado. Porém, em virtude da falta de recursos financeiros, equipamentos e pessoal, foi fechado logo a seguir, já no governo de Jose Manuel Fontanillas Fragelli (Carta ao Cidadão – HUMAP/UFMS 2015).

O Hospital Universitário foi reaberto no dia 03 de abril de 1975 no governo de José Garcia Neto. Com a divisão do estado de Mato Grosso, foi concretizada a federalização da instituição, que passou a denominar-se Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por meio da Lei Federal nº 6.674, de 5 de julho de 1979.

O Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – HUMAP / UFMS, em operação desde 1975, foi criado com o objetivo fundamental de ser um hospital de ensino, voltado para a formação de recursos humanos na área de saúde, como campo prático para o curso de graduação de medicina e, posteriormente, para a pós-graduação, extensão e pesquisa, como núcleo vinculado à UFMS.

Iniciou suas atividades com 40 (quarenta) leitos para dar suporte às atividades do curso de medicina da então Universidade Estadual de Mato Grosso (UEMT),

atendendo, sobretudo, à população campo-grandense naquela época com cerca de 150.000 habitantes.

Historicamente, o modelo de Hospital Universitário (HU) foi aquele onde o hospital era usado somente como um campo de treinamento técnico, principalmente das equipes médicas, sem vínculo nenhum com o sistema de saúde, com gestão não profissionalizada e submetida ao mérito acadêmico, significando que os docentes mais graduados eram os mais influentes. Até a década de 80, os hospitais universitários tinham a única missão de serem hospitais-escola, sendo totalmente custeados pelo Ministério da Educação. O foco do atendimento eram pessoas não registradas no INPS. Nessa época, só aqueles que tinham carteira de trabalho assinada eram atendidos pela Previdência (TORO, 2005).

O HUMAP cresceu ao longo do tempo, principalmente, após a Divisão do Estado e a transformação de Campo Grande na Capital da recém-criada unidade da federação (em 11/10/77) e federalização da nossa universidade. Devido às transformações político-econômicas advindas da divisão do Estado, o Hospital Universitário sofreu uma expansão de suas atividades, além de um aumento em sua participação no contexto social da sociedade sul-mato-grossense. Com isso, também configurou-se uma inserção do hospital no Sistema Único de Saúde, na Coordenação Geral dos Hospitais Universitários da Secretaria de Ensino Superior (SESU) no MEC e na Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE).

Com o passar dos anos, o HUMAP passou a vivenciar problemas que já se refletiam em âmbito nacional, que vinham se agravando desde a década de 1970, e no início dos anos 2000 começou a comprometer o pleno funcionamento da maioria dos Hospitais de Ensino (HE) no país. Além da questão financeira, outros elementos críticos de caráter estrutural, organizativo e de gestão foram identificados.

Observou-se, então, ser indispensável o desenvolvimento de políticas específicas para o setor que considerassem suas peculiaridades assistenciais, de ensino e de pesquisa, e contemplassem os hospitais de ensino junto aos sistemas de saúde locais, com vistas à sua inserção definitiva e adequada ao SUS, respeitando as particularidades desses hospitais, uma parcela importante do gasto total com a saúde, por utilizarem alta tecnologia e desenvolverem ensino e pesquisa, mas que ao mesmo tempo corrigissem discrepâncias, uma vez que seu peso na despesa

com saúde é o dobro de sua participação no volume de atendimento, evidenciando uma relação não eficiente entre custos e resultados (MEDICI, 2001).

Diante desse cenário, o governo instituiu por meio da Portaria Interministerial MS-MEC-MCT-MPOG nº 562, de 12 de maio de 2003, a Comissão Interinstitucional dos Hospitais de Ensino, composta por representantes de instituições governamentais e da sociedade civil, a fim de avaliar e diagnosticar a situação desses hospitais no país visando a reorientação e reformulação da política para a saúde quanto à revisão dos critérios e do processo de certificação dos hospitais como HE, bem como a modalidade de financiamento a que fariam jus as instituições certificadas como hospitais de ensino (CALDAS, 2008).

Essa comissão criou as bases para a publicação dos requisitos para a certificação por meio da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000*, de 15 de abril de 2004 e para o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.006, de 27 de maio de 2004 e Portaria MS nº 1.702, de 17 de agosto de 2004).

Os hospitais de ensino foram estimulados a aderir ao processo de contratualização, uma ferramenta de compromisso entre os hospitais e o gestor do SUS, onde é redefinido seu papel na rede de serviços, sua qualificação e suas ações para o desenvolvimento nas áreas da assistência, da gestão, do ensino, da pesquisa e da avaliação tecnológica em saúde. Estabelece-se, assim, uma nova forma de remuneração baseada no cumprimento de metas quantitativas e qualitativas definidas e negociadas, nas áreas em questão (LAMPERT, 2013).

A certificação e a contratualização, duas ferramentas de gestão por objetivos, foram criadas para sanear o peso econômico, o maior da crise dos HE, com o objetivo de aperfeiçoar o gerenciamento dessas instituições e a distribuição de recursos proporcionais à produção de cada hospital (BARROS, 2013).

Assim sendo, por meio da Portaria nº 2.091 de 21 de outubro de 2005, o HUMAP, certificado como Hospital de ensino pelo MS/SAS, assumiu permanecer desenvolvendo todos os esforços possíveis para não se afastar dos princípios básicos do SUS, garantindo aos usuários do Sistema um “acesso integral e contínuo a todos os seus serviços”. Nesse contexto, o HUMAP em 08 de dezembro de 2005 elaborou seu primeiro Plano Operativo Anual (POA) (atual Documento Descritivo – DD), através do Convênio 403/2005, com o qual reafirma seu

compromisso de manter, de forma integral e contínua, o acesso dos usuários do Sistema a todos os serviços pactuados e contratados junto ao Gestor Municipal do SUS, admitindo que esse compromisso seja balizado pelas metas quantitativas e qualitativas e os indicadores de desempenho estabelecidos no referido Plano Operativo, comprometendo-se, ainda, em permanecer organizando suas ações conforme as normas e orientações contidas na Política Nacional de Humanização do SUS.

Entretanto, no processo de contratualização o HUMAP enfrenta dificuldades que interferem nas negociações e no alcance das metas pactuadas relativas a:

- Ausência ou insuficiência de informações necessárias à elaboração do plano operativo, ao monitoramento das metas pactuadas e ao adequado processo regulatório;
- Conciliação de interesses do hospital, do ensino, da assistência e do gestor do SUS;
- Deficiência na informatização;
- Fechamento de leitos por deficiência de profissionais, por falta de equipamentos, por problemas de infraestrutura, déficit de leitos de UTI, greves dos servidores, impossibilitando a utilização da sua real capacidade instalada;
- Suspensão de cirurgias de alta complexidade por falta de leitos de UTI; e
- Defasagem nos valores da tabela SUS que não possibilita a instituição atingir o equilíbrio econômico-financeiro, dificultando sua eficiência e a utilização racional dos recursos disponíveis.

Em relação à gestão de custos, DALLORA e FORSTER (2008) destacam o conhecimento dos custos como fundamental para a gestão dos hospitais, considerando que essas instituições estão inseridas num contexto de custos elevados, recursos escassos e pressão por qualidade e bons serviços, relacionados ao aumento do grau de consciência de cidadania da população, cada vez mais exigente quanto aos seus direitos. Desta forma, avaliação econômica em saúde e a utilização de instrumentos de gestão econômica assumem um papel de destaque nessas organizações sem as quais os gestores não poderão conseguir viabilizar a

sobrevivência institucional frente ao cenário de crescentes necessidades de saúde da população.

Sobre esse aspecto, BARROS (2013) afirma que a certificação e a contratualização trouxeram melhorias organizacionais aos hospitais universitários, mas que não foram suficientes para solucionar os problemas do modelo de gestão, como por exemplo, pouca flexibilidade e agilidade. Além disso, a autonomia desses hospitais vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) não sofreu alteração com essa reforma inicial (DALLORA e FORSTER, 2008).

Os gestores das instituições hospitalares de ensino, insatisfeitos com a falta de flexibilidade, agilidade e autonomia para exercer suas funções buscaram negociar junto ao Ministério da Educação (MEC) e ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) maior autonomia gerencial na tomada de decisão e na administração de seus recursos. Após várias discussões e negociações políticas, os Hospitais Universitários, por meio da Portaria MPOG nº 04, de 29 de abril de 2008 tornaram-se unidades orçamentárias independentes das universidades às quais são vinculados, havendo assim, uma redução no controle normativo e uma elevação na responsabilização dos gestores desses hospitais.

Com essa nova formatação e os avanços nas discussões sobre o modelo de gestão dessas instituições, o programa de reestruturação passa a ser chamado de Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), publicado em 27 de janeiro de 2010, por meio do Decreto nº 7.082. O referido instrumento dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais.

O Governo Federal, em virtude da necessidade imperiosa de ampliação da força de trabalho, instituiu por meio da Lei Nº 11.907, de 02 de fevereiro de 2009, o Adicional de Plantão Hospitalar (APH) aos servidores em efetivo exercício nas atividades desempenhadas, em regime de plantão em áreas indispensáveis ao funcionamento ininterrupto dos hospitais universitários vinculados ao Ministério da Educação. Assim, desde outubro de 2009 o MEC disponibiliza acesso ao Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle do MEC (SIMEC), módulo REHUF, para que os HUs realizem o cadastramento de plantões de APH.

Desde então, o HUMAP utiliza-se desse recurso, visando reduzir o déficit de pessoal e garantindo a cobertura das escalas de plantões e o funcionamento das unidades. Entretanto, com essa alternativa o Governo amplia a precarização do trabalho, uma vez que remunera atividades de plantão extra, utilizando o seu próprio quadro funcional, no regime de trabalho e carga horária atual de 40 horas. Além disso, não garante melhoria efetiva na qualidade do serviço prestado e nem melhoria nas condições de vida e de trabalho dos servidores.

Com o passar dos anos, o HUMAP incorporou novas tecnologias, transformando-se num complexo hospitalar e centro de referência estadual para doenças infectocontagiosas e parasitárias e procedimentos de alta complexidade (cuidados intensivos neonatais, hemodiálise, cirurgia cardiovascular, etc.). Ocupa uma área total de 35.350 m² com 28.300 m² de área construída, englobando leitos, ambulatorios de especialidades, centro cirúrgico, centro obstétrico, CTI adulto, CTI pediátrico, UTI neonatal, Unidade coronariana (UCO), pronto atendimento médico (PAM), diagnóstico por imagem (hemodinâmica, tomografia computadorizada, ultrassonografia), serviço de radiologia, banco de leite humano, hemonúcleo e hemodiálise. Trata-se de um Hospital Geral de referência terciária com assistência na maioria das especialidades médicas.

O Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, como hospital de ensino, tem por missão, ser referência de excelência na formação de profissionais de saúde, na atenção à saúde, na inovação tecnológica e sustentabilidade, atendendo com inserção e integração na rede de serviços de saúde e nas necessidades da população. Tem como visão manter a excelência no ensino, pesquisa e assistência em saúde, em todos os níveis de atenção, com foco na qualidade. E tem como valores o comprometimento com o ensino, comportamento ético e respeito ao código de conduta da instituição, cidadania, segurança, sustentabilidade, profissionalismo, gestão participativa, transparência, produção e socialização do conhecimento, assistência humanizada, qualidade, inovação e integralidade (Carta ao Cidadão – HUMAP / UFMS – 2015).

1.2 Contexto interno

1.2.1 Modelo de Gestão

Ao longo de sua história, o HUMAP foi conduzido por uma gestão hospitalar pouco qualificada, problema vivenciado também na maioria dos hospitais públicos brasileiros e até mesmo em alguns filantrópicos e particulares, uma vez que até pouco tempo estas instituições adotavam, mas não se enquadravam nos modelos teóricos das organizações clássicas descritas por Monteiro e Etzioni (1999) e, também, não se encontravam estudos mais detalhados de suas peculiaridades e modelos de gestão.

A administração das organizações para esses autores refere-se à produção mecanicista, que segue os princípios da autoridade legal e racional de Weber (1949), caracterizado por uma direção centralizada, uma separação entre direção e execução e uma coordenação realizada por meio de normas e regulamentos, cujo cumprimento é controlado pela hierarquia.

Esse modelo não se aplica à gestão dos hospitais por suas enormes diferenças. Henri Mintzberg em 1982, descreve a estrutura do hospital como uma burocracia profissional. Trata-se de uma organização muito diferenciada vertical e horizontalmente, em que o poder se situa no centro operacional, parte mais importante da organização. Os serviços de apoio existem apenas para servir o centro operacional. A tecnoestrutura e a hierarquia são embrionárias. Nesse contexto, já observamos que o próprio saber da gestão hospitalar é bem recente e seu conhecimento normalmente não faz parte dos currículos dos profissionais de saúde, diretores e chefias de setor, que ocupam a governança. A utilização do modelo mecanicista para as organizações hospitalares imputa em erros estratégicos, dificuldades de monitoramento e controle, além de não instrumentalizar e garantir o alcance das metas pela diretoria.

Cecílio publicou, no final do século vinte, vários artigos sobre a gestão dos hospitais públicos brasileiros e enfatizou a importância do processo de mudança dessas instituições para garantir o seu real papel no SUS do Brasil, como polo de educação permanente, formador e provedor de uma assistência de qualidade, bem inserido na rede de atenção aos cidadãos.

Esse autor enumera alguns pontos sobre as estruturas hospitalares brasileiras, importantes para a recuperação de sua eficiência:

1. Reposicionamento do hospital na rede do SUS como ponto de assistência ao cidadão, enfatizando a prioridade da atenção básica, promoção e prevenção de saúde;
2. Implantação da “boa prática”, medicina baseada em evidência, controlada com protocolos clínicos e processos operacionais padrão, ao invés da autonomia do médico e condutas personalizadas;
3. Garantia da integralidade da atenção;
4. Avaliação formal da assistência hospitalar ao invés da excelência individual do prestador de serviço;
5. Medicina tecnológica centrada no paciente e não centrada nos procedimentos;
6. Trabalho multidisciplinar em equipe e não intercorporacional;
7. Ênfase nas atividades assistenciais sem perder o valor do ensino e da pesquisa nas instituições;
8. Ênfase na eficácia/efetividade; e
9. Uma organização formal, mas com espaços públicos de discussão transparentes e abertos às diferenças entre os trabalhadores.

Campos aprofundou seus estudos nesses espaços de discussão, sugerindo o método da “Paidéia” para a cogestão dos coletivos, que passam a ser organizados para o trabalho em equipe, através da conscientização de cada um do seu papel de gestor. A Paidéia ocorre em todos os níveis de gestão, estratégico, tático e operacional, em forma de colegiados gestores.

Este formato de contratualização do trabalho é muito importante para garantir o compromisso de todos, desenvolver o valor da equipe e as corresponsabilidades de cada um, singularidade específica do trabalho em saúde. Como cita Mehry (2008), a assistência em saúde é “um trabalho vivo”.

Com o passar do tempo, houve um empobrecimento da dimensão cuidadora do HUMAP, insatisfação do usuário, ineficiência, ineficácia e baixo impacto

assistencial, dificultando, também, o ensino e a pesquisa da Instituição. A própria Residência Médica e Multiprofissional não conseguia compor o número de preceptores necessários para os seus programas por falta de recursos humanos nas várias especialidades.

A falta de pessoal nos setores de Engenharia Clínica e Infraestrutura dificulta a manutenção predial e de equipamentos, levando a desgastes entre os trabalhadores e ao não acolhimento adequado aos pacientes.

Enfrentamos grandes dificuldades em nos adequarmos às normas da agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) quando se atenta à estrutura física, visto que o prédio foi construído na década de 1970, época com poucos recursos de engenharia. Por exemplo, a Vigilância Sanitária está exigindo junto a rede de gases, o cabeamento para o sistema de aspiração à vácuo, para não utilizar o ar comprimido, evitando risco de contaminação. Essa é uma adequação que exigirá obras em todo o hospital e não temos previsão de recursos para isso.

Quanto às obras realizadas por meio do recurso REHUF, tivemos alguns problemas que vieram da gestão anterior, como por exemplo, obras realizadas sem licitação, carona de insumos aplicados em nosso hospital como execução de obra, enfim várias irregularidades que tivemos que sanear. Em 2013 conseguimos realizar a licitação de cinco obras com inúmeras dificuldades, pois não dispúnhamos na época, de equipe de engenheiros para realização dos projetos. Nesta época solicitamos ajuda do setor de projetos da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS). A empresa ganhadora, CERRADO, foi a mesma para os cinco lotes de nossa reforma. As obras iniciaram em marco de 2014 pela enfermaria de pediatria, Centro cirúrgico e setor de Neonatologia, as mais críticas do hospital.

Conseguimos a conclusão de 2 obras, a Enfermaria da Pediatria e o Setor de Neonatologia. Porém, neste ano de 2015, a construtora responsável pela reforma do centro cirúrgico e enfermaria da clínica médica entrou em falência, abandonando a obra com 50% do serviço realizado. Isso está gerando inúmeros transtornos ao hospital, visto que das nove salas de cirurgia previstas após a reforma, só estamos utilizando quatro e metade da enfermaria da clínica médica está bloqueada, acarretando uma gargalo importante nas internações cirúrgicas e clínicas, com grande estresse para toda a equipe.

O HUMAP apresentava anteriormente à assinatura do contrato com a EBSEH, uma estrutura administrativa própria e dependente do apoio da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul para algumas atividades como serviço jurídico, contabilidade, gestão de pessoas, entre outros. Agora estamos terminando a fase de transição de gestão entre a UFMS e a EBSEH, no mês de dezembro de 2015, quando toda a estrutura administrativa passará ao controle do HUMAP com apoio da EBSEH – sede. Nas figuras abaixo evidenciamos o organograma anterior à EBSEH e o organograma atual.

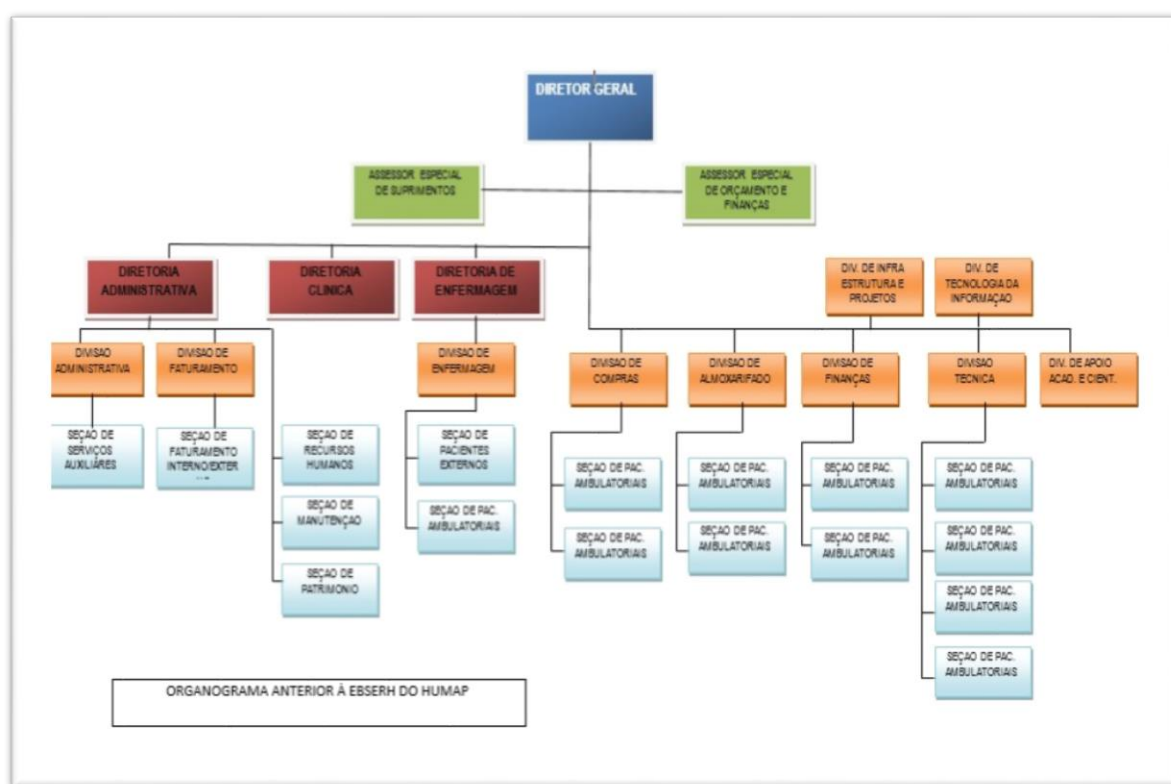


Figura 1-2 Organograma do HUMAP anterior à Ebserh

Hoje, o HUMAP/UFMS tem em sua governança central o superintendente que, com seus três gerentes, Gerência de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativa, formam o Colegiado Executivo que é apoiado pelos seguintes membros: Auditoria, Conselho Consultivo, Secretaria, Comissões, Ouvidoria, Assessoria Jurídica, Assessoria de Comunicação, Unidade de Planejamento, Setor de Gestão da Informação e Informática, conforme ilustra a figura 1-3.

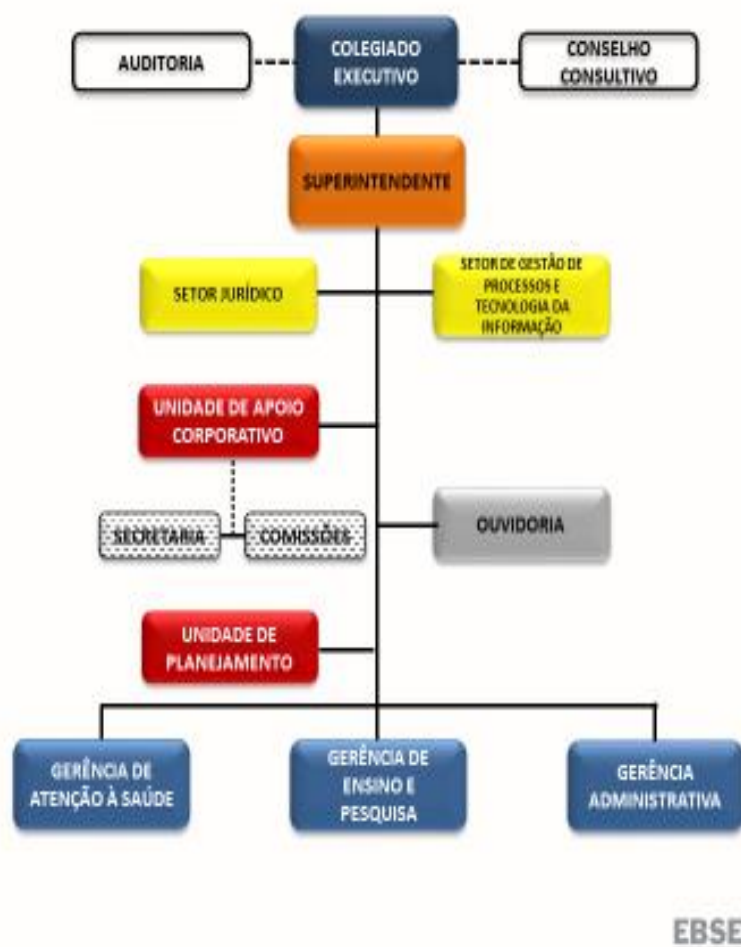


Figura 1-3 Organograma atual do HUMAP - Superintendência

Diferente da estrutura organizacional anterior, a proposta da EBSERH, que passou a vigorar a partir da assinatura do Contrato 251/2013 em 18 de dezembro de 2013, fortaleceu o núcleo operacional, que corresponde ao bloco no qual acontecem os processos de trabalho finalísticos, que produzem e entregam resultados finais do serviço. Assim, no núcleo operacional estão situados os Setores e Unidades, órgãos que facilitam a coordenação das atividades-fim e na linha intermediária, as Divisões, que estabelecem a integração horizontal (entre processos finalísticos) e integração vertical (entre os níveis operacionais), que sofreram algumas adaptações, como o demonstrado nas figuras 1-4, 1-5 e 1-6 a seguir:

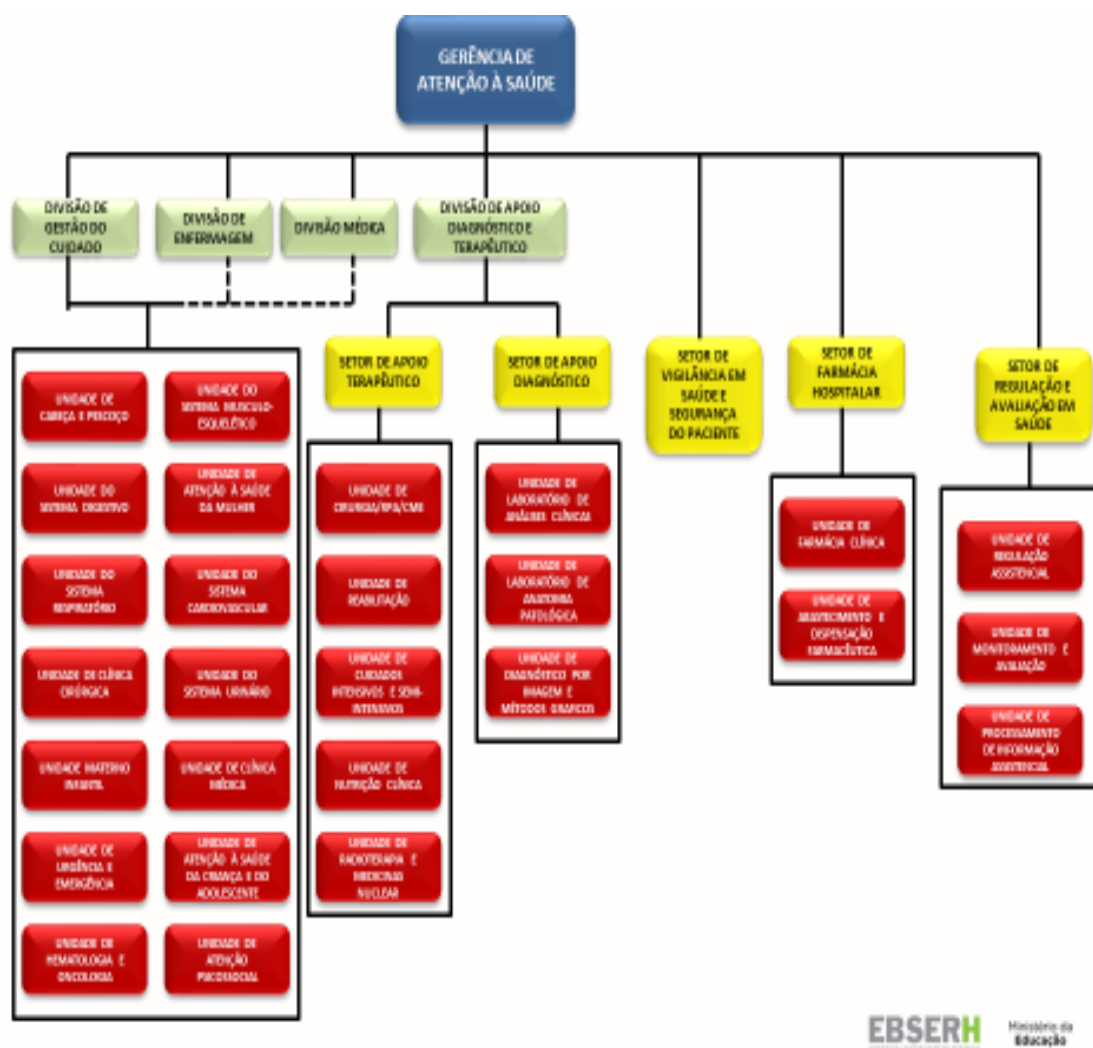


Figura 1-4 Organograma da Gerência de Atenção à Saúde – HUMAP, 2015.



Figura 1-5 Organograma da Gerência de Ensino e Pesquisa – HUMAP, 2015.

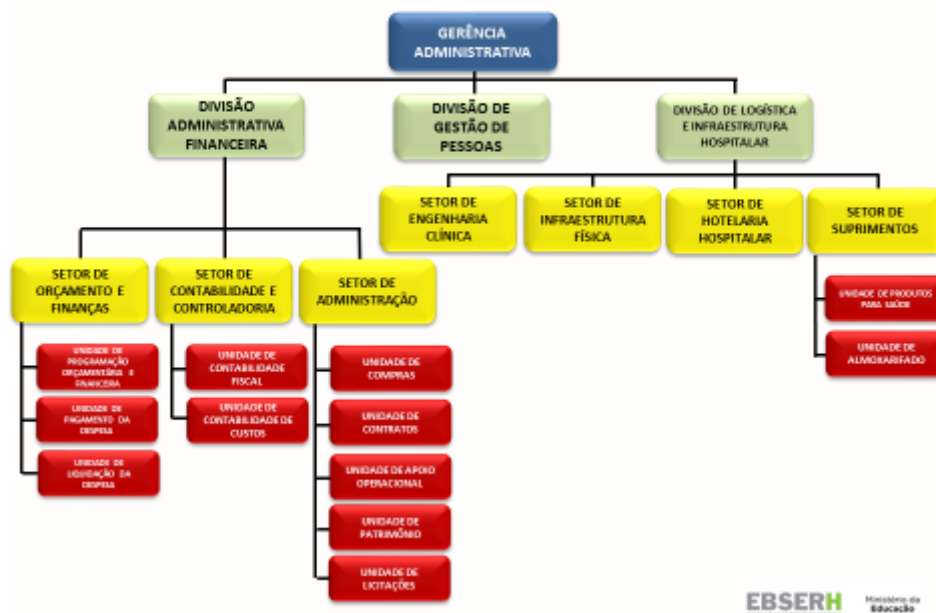


Figura 1-6 Organograma da Gerência Administrativa – HUMAP, 2015.

Nos últimos anos, o HUMAP vem enfrentando uma crise sem precedentes, que atinge todas as esferas (assistência, estrutura, gestão e ensino) e é comum à grande maioria dos hospitais universitários do Brasil. Em virtude da Operação Sangue Frio realizada pela Polícia Federal entre 2012 e 2013 para investigar suspeitas de lavagem de dinheiro e desvio de verba pública, parte do corpo diretivo e de suporte foi substituído e o hospital teve sua imagem desgastada na sociedade. Com o objetivo de reverter este quadro, em 18 de dezembro de 2013, a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) assinou um contrato com a Ebserh (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), transferindo a gestão do hospital para este órgão.

A criação da Ebserh integra um conjunto de ações empreendidas pelo Governo Federal no sentido de recuperar os hospitais vinculados às universidades federais.

Desde 2010, por meio do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), criado pelo Decreto nº 7.082, foram adotadas medidas que contemplam a reestruturação física e tecnológica das unidades, com a modernização do parque tecnológico, a revisão do financiamento da rede, com aumento progressivo do orçamento destinado às instituições, a melhoria dos processos de gestão, a recuperação do quadro de recursos humanos dos hospitais e o aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde (site da Ebserh).

Com a finalidade de dar prosseguimento ao processo de recuperação dos Hospitais Universitários Federais foi criada, em 2011, por meio da Lei nº 12.550, a Ebserh, uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação. Com isso, a empresa passa a ser o órgão do MEC responsável pela gestão do Programa de Reestruturação e que, por meio de contrato firmado com as universidades federais que assim optarem, atuará no sentido de modernizar a gestão dos hospitais universitários federais, preservando e reforçando o papel estratégico desempenhado por essas unidades de centros de formação de profissionais na área da saúde e de prestação de assistência à saúde da população integralmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (site da EBSEH).

Nesse contexto, o processo de adesão do HUMAP à Ebserh iniciou-se em março de 2013, com formação de uma equipe técnica de servidores do hospital, os quais disponibilizaram informações que subsidiaram a Ebserh na elaboração do diagnóstico consolidado e plano de reestruturação do hospital, no dimensionamento

de serviços assistenciais, de ensino e pesquisa do HUMAP, bem como na estruturação inicial do Contrato firmado entre a UFMS e a Ebserh. O contrato foi efetivamente assinado em 18 de dezembro de 2013, sendo previsto um período de transição de dois anos que se encerra em dezembro próximo.

Nesta proposta da Ebserh, já estão em andamento no HUMAP reformas de vários setores e previsão de outros nos próximos dois anos, modernização dos equipamentos e um concurso realizado em agosto de 2014 que deverá suprir o grande déficit de recursos humanos que o hospital enfrenta atualmente.

Um dos grandes problemas enfrentados pelo HUMAP nos últimos anos foi o déficit de recursos humanos em todas as áreas, limitando cada vez mais a assistência à população e a melhoria do ensino. Após a assinatura do contrato com a Ebserh, um concurso público foi realizado em agosto de 2014 com 842 vagas oferecidas para a área médica, assistencial e administrativa. Os novos colaboradores começaram a ser admitidos em fevereiro de 2015, com uma convocação mensal de 80 pessoas. Até setembro de 2015, 557 novos servidores já foram contratados no regime de CLT, perfazendo atualmente 34,8% do efetivo do nosso hospital como demonstrado no quadro abaixo.

Quadro 1-1 Quantitativo consolidado de Recursos Humanos do HUMAP/EBSERH até Outubro de 2015.

Fonte: Divisão de Gestão de Pessoas – HUMAP/EBSERH.

Vínculo	Recursos Humanos	Percentual
RJU/UFMS	692	43,3%
CLT/EBSERH	557	34,8%
TERCEIRIZADOS	349	21,8%
TOTAL	1598	100%

Ainda estão disponíveis 300 vagas com previsão de completar as chamadas em março de 2016, quando o efetivo de servidores CLT será maior em relação ao Regime Jurídico Único (RJU).

Temos ainda 349 servidores terceirizados para as atividades meio, como higienização, portaria e assistentes administrativos.

Esse quantitativo de recursos humanos demonstra o grande déficit de profissionais do quadro efetivo enfrentado pelo HUMAP até o início de 2015. O número de vagas oferecidas no concurso da Ebserh é maior do que todo o quantitativo de servidores RJU do hospital. Associado a essa carência de profissionais justifica-se o elevado número de adoecimento dos profissionais e afastamento dos servidores, muitos com mais de 20 anos de trabalho no hospital, enfrentando crises e dificuldades com estresses cumulativos; trabalho não sistematizado levando a retrabalho em determinados locais e carências em outros; autogerenciamento e liberdade das atribuições dos profissionais de nível superior, sem preocupação com metas e produção, levando, assim, à desorganização e, principalmente, evidenciando-se a falta dos profissionais nos fins de semana e feriados; constantes necessidades de profissionais para atenderem às novas portarias e políticas do Ministério da Saúde, comissões hospitalares, núcleos regulatórios, dentre outros.

O Financiamento do HUMAP é realizado com recursos oriundos do Ministério da Educação (MEC) e do Ministério da Saúde por meio de repasses do REHUF (Quadro 1-2) desde 2010 e, recursos provenientes do Ministério da Saúde (MS) por meio da contrapartida dos serviços assistenciais realizados pelo HUMAP junto ao Gestor Pleno Municipal (Contratualização) e que deve ser atualizado anualmente por meio de um Documento Descritivo (antigo plano operativo anual – POA). O último contrato do HUMAP com a Secretaria Municipal de Saúde vence em outubro de 2015 e já se iniciaram as tratativas para elaborar um novo contrato baseado nas novas diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde e, agora o contrato será assinado diretamente com a Ebserh e não mais com a Universidade.

No quadro 1-2 evidenciamos o montante de recursos do REHUF recebidos pelo HUMAP de 2010 até o primeiro semestre de 2015.

Quadro 1-2 Recursos recebidos pelo HUMAP/UFMS, no período de 2010 a 2015.
Fonte: REHUF

Descrição	Valor
RECURSOS PARA CUSTEIO	R\$ 46.741.176,79
RECURSOS PARA CAPITAL (EQUIPAMENTOS)	R\$ 14.790.195,37
RECURSOS PARA REFORMAS	R\$ 12.204.722,50
TOTAL	R\$ 73.736.094,66

Com relação ao repasse da contratualização com o gestor municipal, o valor estimado para o contrato vigente estipula remuneração da média complexidade, ambulatorial e hospitalar, de forma pré-fixada, no valor mensal de 914.166,00 (novecentos e catorze mil, cento e sessenta e seis reais); incentivos, entre eles, Rede Cegonha, IAPI, Reestruturação Hospital de Ensino, IGH, entre outros, no total de 1.355.257,21 (um milhão, trezentos e cinquenta e cinco mil, duzentos e cinquenta e sete reais e vinte e um centavos); da alta complexidade, ambulatorial e hospitalar, pelo sistema de pós-produção, no valor mensal de 450.069,70 (quatrocentos e cinquenta mil, sessenta e nove reais e setenta centavos); e do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) pelo sistema de valores de pós-produção, no valor mensal de 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais).

Quadro 1-3 Repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde ao HUMAP/UFMS
anualmente.

Fonte: Fundo Nacional de Saúde – www.fns2.saude.gov.br.

Componente	Mensal	Anual
Pré-fixado + incentivos	2.269.423,21	27.233.078,52
Pós-fixado	450.069,70	5.400.836,40
FAEC	150.000,00	1.800.000,00
TOTAL	2.869.492,91	34.433.914,92

Esses investimentos, infelizmente, estão muito aquém da necessidade do Hospital e da possibilidade apresentada pelo REHUF, pois não se consegue elaborar e licitar os projetos necessários para o empenho desses recursos, devido à falta de pessoal qualificado e à morosidade processual vigente. Apesar de toda necessidade e precariedade na sua infraestrutura, o HUMAP já teve que devolver parte dos recursos no final do ano, por sua ineficiência na finalização dos processos de compra em tempo hábil.

1.2.2 Atenção à Saúde

O HUMAP encontra-se atualmente com 220 leitos ativos, entre os quais 30 leitos de Tratamento Intensivo. Após o término de várias reformas (Clínica médica, Unidade ortopédica, Oncologia, UCO e Maternidade) chegará a 290 leitos. É referência para atendimento de alta complexidade no tratamento de pacientes com Doenças Infectocontagiosas, cirurgia cardiovascular, hemodiálise, neurologia, gestação de alto risco, urologia, e tratamento com tomografia e litotripsia, para o Sistema Único de Saúde no Estado de Mato Grosso do Sul, além de desenvolver atividades de pesquisa, extensão e servir de campo de estágio para os diversos cursos na área da saúde.

O hospital é referenciado e, em média, atende 850 internações por mês, realiza aproximadamente 400 cirurgias e 2500 consultas no ambulatório que dão suporte ao desenvolvimento do Ensino de Graduação e Pós-graduação de Pesquisa e da extensão.

Serviços oferecidos no ambulatório do HUMAP: acupuntura, Bucomaxilofacial, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia vascular, clínica médica, dermatologia, endocrinologia, fonoaudiologia, Gastroenterologia, ginecologia, hematologia,

infectologia, Mastologia, nefrologia, neurologia, nutrição, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, psicologia, psiquiatria, pneumologia, reumatologia e urologia.

Tabela 1-1 Número de consultórios por especialidades assistenciais – HUMAP, 2015

Especialidades	Número de consultórios
Médica	12
Cirúrgica	05
Oftalmologia/ Otorrino, Buco-Maxilo, Cardio – Torácica, Psicologia, Fonoaudióloga	10
Urologia	03
Pediatria	12
Ortopedia	04
Dermatologia	05
Reumatologia	07
Pneumologia	03
Saúde mental	01
Neurologia	02
Unidade renal	02
Ginecologia	09
Acupuntura	01
Total de consultórios	76

- Hospital Dia (DIP): seis consultórios e doze leitos.
- Hemodiálise: catorze aparelhos

Tabela 1-2 Número de Salas Cirúrgicas

Centro Cirúrgico			Centro Obstétrico			
Sala Cirúrgica	Cirurgia Ambulatorial	Sala Recuperação	Sala Cirúrgica	Sala Curetagem	Sala Parto Normal	Sala Pré-parto
09	03	01	02	01	02	03

O número de leitos de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrico e Neonatal está muito aquém do necessário para o funcionamento adequado da linha de urgência cardiovascular e AVE, suporte dos pacientes clínicos graves (imunossuprimidos, com doenças crônicas renais e pulmonares), cirurgias de alta complexidade, bariátricas, além de urgência obstétrica, neonatal e pediátrica por ser maternidade de alto Risco. Os conflitos pela vaga de CTI acontecem quase diariamente e, repercute, também, na falta de cumprimento das metas pactuadas com o gestor municipal. O Centro Cirúrgico apresenta um número de salas insuficientes ao potencial profissional de médicos especialistas, devido à reforma que está paralisada, gerando conflitos permanentes pela ocupação e horário das salas cirúrgicas.

Tabela 1-3 Número de leitos por especialidades existentes no HUMAP no ano de 2015.
 Fonte: (CARTA DE SERVIÇOS AO CIDADÃO – HUMAP, 2015)

Especialidades	Número de leitos
Clínica Cirúrgica	55
Clínica Médica	31
Clínica Pediátrica	23
Maternidade	28
DIP	10
UCIN	06
PAM Adulto	19
PAM Pediátrico	07
CTI Adulto	08
CTI Neonatal	06
CTI Pediátrico	06
UTI RCPO	04
UTI UCO	05
Hospital DIA	12
TOTAL	220

Exames e Serviços de Apoio: ecocardiograma e ecodoppler, eletrocardiograma e teste ergométrico, ultrassom geral e obstétrico, teste de função pulmonar, eletroencefalograma, endoscopia digestiva, hemodinâmica, tomografia computadorizada, polissonografia, laboratório de análises clínicas, raio X, litotripsia e estudo Urodinâmico, mamografia, psicologia, nutrição e banco de leite humano.

Um setor muito crítico no HUMAP é o Pronto Atendimento Médico (PAM). Teoricamente deveria atender apenas pacientes referenciados dentro dos 26 leitos pactuados na contratualização com o gestor. Entretanto, as centrais de regulação

estadual e municipal, que são independentes, não respeitam a nossa capacidade de atendimento, encaminhando um número excessivo de pacientes em vaga zero, levando a corredores lotados de pacientes em macas e alguns entubados de forma improvisada nas enfermarias, por falta de vagas na área vermelha ou CTI. Há uma sobrecarga enorme sobre os funcionários do PAM pelo excesso de pacientes, riscos enormes que comprometem a segurança do paciente, queda da qualidade na assistência e no ensino. Há pouco tempo implantamos o Núcleo Interno de Regulação (NIR) na tentativa de melhorar o fluxo de pacientes no PAM, entretanto, como a regulação não respeita nossa capacidade de atendimento, o corredor continua cheio, sendo motivo de conflitos constantes com o gestor e as centrais de regulação.

Devido à insuficiência da rede de saúde no estado, as internações no HUMAP ocupam a maior parte da sua capacidade operacional com atendimentos de média complexidade, comprometendo a assistência de alta complexidade. No período de 2011 a 2015, as internações de média complexidade corresponderam em média 87,4% do total dos atendimentos realizados, conforme a Tabela 1.4 e Figura 1.7 abaixo.

Tabela 1-4 Número de internações hospitalares por grau de complexidade- HUMAP, 2011 a 2015.

Complexidade	2011		2012		2013		2014		2015	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Média complexidade	52.325	90%	51.367	88%	56.505	87%	54.386	86%	28.572	86%
Alta complexidade	6.010	10%	6.960	12%	8.141	13%	8.650	14%	4.558	14%
Total	58.335	100%	58.327	100%	64.646	100%	63.036	100%	33.130	100%

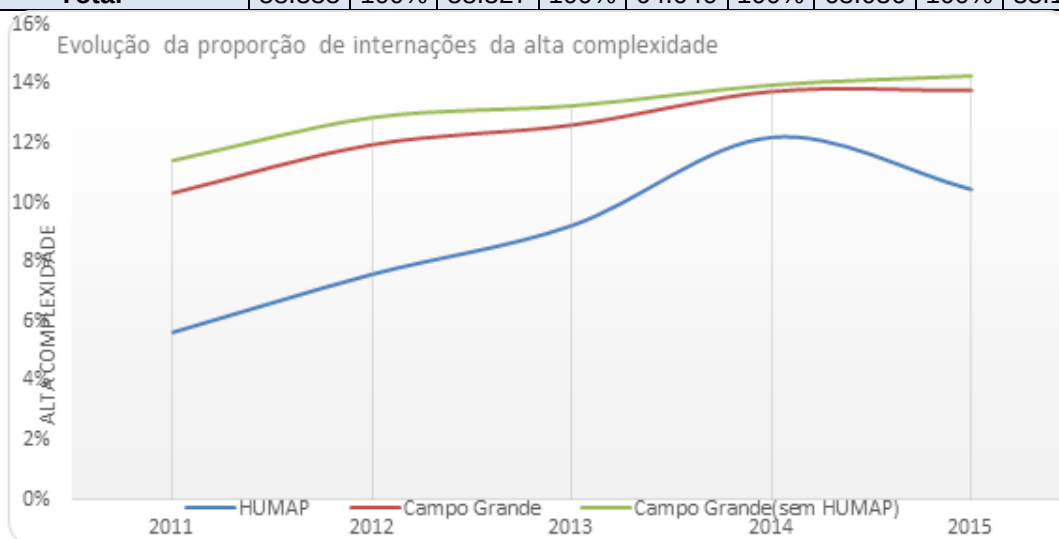


Figura 1-7 Evolução das internações por alta complexidade, HUMAP, 20011-2015.

No Quadro 1.4 abaixo está relacionado o número de internações hospitalares de todas as causas de morbidades classificadas por meio do cid-10 por 10.000 habitantes, tanto no município de Campo Grande quanto no estado do Mato Grosso do Sul, no ano de 2014, sendo as mais frequentes, as internações por lesões de causas externas, gravidez, parto e puerpério, doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho circulatório, entre outros.

Quadro 1-4 Número de internações hospitalares de todas as causas de morbidades classificadas por meio do cid-10 por 10.000 habitantes – HUMAP, 2014
Fonte: Datasus - População estimada para 2014 segundo IBGE

CID10 (Capítulo)	Campo Grande	Mato Grosso do Sul
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	34,8	35,7
II. Neoplasias (tumores)	60,0	32,8
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	5,1	4,4
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	8,9	18,1
V. Transtornos mentais e comportamentais	18,9	10,2
VI. Doenças do sistema nervoso	8,8	6,8
VII. Doenças do olho e anexos	27,0	10,4
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,5	0,7
IX. Doenças do aparelho circulatório	68,4	50,1
X. Doenças do aparelho respiratório	55,0	76,2
XI. Doenças do aparelho digestivo	73,7	60,6
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	22,0	13,2
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	11,9	8,9
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	47,3	48,9
XV. Gravidez parto e puerpério	145,7	133,6
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	24,5	12,6
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	5,6	2,6
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	8,5	5,4
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	113,6	76,4
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0,2	0,1
XXI. Contatos com serviços de saúde	7,4	9,2

Já no Quadro 1.5, podemos observar o percentual representativo do HUMAP em relação às internações ocorridas no município de Campo Grande, por CID 10 no ano de 2014. Sobressalta aos olhos que 38% dos casos de internação de doenças

infecciosas e parasitárias são no HUMAP. Somos a única referência estadual para Infectologia e temos apenas 10 leitos contratualizados, em ambiente adequado para atendimento a esses pacientes. Entretanto, rotineiramente temos de 20 a 30 pacientes internados, principalmente com HIV, tuberculose, leishmaniose e dengue, espalhados pela enfermaria da clínica médica e pronto socorro, inclusive nos corredores, trazendo enormes prejuízos à assistência.

Quadro 1-5 Percentual representativo do HUMAP em relação às internações ocorridas no Município de Campo Grande/MS catalogadas por CID10, 2014

CID10 (Capítulo)	Percentual
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	38%
II. Neoplasias (tumores)	3%
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	6%
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2%
V. Transtornos mentais e comportamentais	0%
VI. Doenças do sistema nervoso	7%
VII. Doenças do olho e anexos	0%
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	3%
IX. Doenças do aparelho circulatório	5%
X. Doenças do aparelho respiratório	3%
XI. Doenças do aparelho digestivo	7%
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	6%
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	9%
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	5%
XV. Gravidez parto e puerpério	3%
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	9%
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	11%
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	4%
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	4%
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0%
XXI. Contatos com serviços de saúde	5%

Com relação ao número de óbitos por 10.000 habitantes, tanto no município de Campo Grande, quanto no estado do Mato Grosso do Sul, as maiores causas estão relacionadas às doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas (trânsito e violência), seguindo a tendência nacional. Os números podem ser observados no Quadro 1.6.

Quadro 1-6 Número de Óbitos por 10.000 habitantes.
 Fonte: Datasus* Os dados populacionais referem-se a população projetada para 2013 segundo IBGE.

CID10 (Capítulo)	Campo Grande	Mato Grosso do Sul
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2,2	2,4
II. Neoplasias (tumores)	9,2	10,9
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,3	0,2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3,6	2,4
V. Transtornos mentais e comportamentais	0,6	0,5
VI. Doenças do sistema nervoso	1,6	2,3
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,0	0,0
IX. Doenças do aparelho circulatório	17,6	17,7
X. Doenças do aparelho respiratório	6,6	7,0
XI. Doenças do aparelho digestivo	3,1	3,0
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,2	0,2
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,3	0,4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1,3	1,3
XV. Gravidez parto e puerpério	0,1	0,1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1,0	0,8
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	0,6	0,6
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	0,9	0,5
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	8,5	6,4

Já o perfil de mortalidade do HUMAP é determinado, em sua maioria, por internações de urgências relacionadas a doenças infecciosas, do aparelho circulatório e aparelho respiratório, conforme descrito no Quadro 1.7 abaixo.

Quadro 1-7 Perfil de Morbidade e Mortalidade Hospitalar pelo caráter de atendimento Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian-HUMAP, 2014

Capítulo CID-10	Eletivo		Urgência		Total	
	Atendimento	Óbito	Atendimento	Óbito	Atendimento	Óbito
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5	1	1.118	142	1.123	143
II. Neoplasias (tumores)	132	0	152	11	284	11
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0	0	73	1	73	1
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	23	0	89	4	112	4
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	5	0	5	0
VI. Doenças do sistema nervoso	6	0	123	3	129	3

Capítulo CID-10	Eletivo		Urgência		Total	
	Atendimento	Óbito	Atendimento	Óbito	Atendimento	Óbito
VII. Doenças do olho e anexos	2	0	3	0	5	0
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	6	0	6	0
IX. Doenças do aparelho circulatório	16	0	647	53	663	53
X. Doenças do aparelho respiratório	3	1	587	63	590	64
XI. Doenças do aparelho digestivo	432	0	680	19	1.112	19
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	20	0	191	5	211	5
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	71	0	129	2	200	2
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	76	0	612	10	688	10
XV. Gravidez parto e puerpério	8	0	1.201	0	1.209	0
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	0	0	300	18	300	18
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	43	0	30	1	73	1
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	6	0	48	6	54	6
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	30	0	781	9	811	9
XXI. Contatos com serviços de saúde	50	0	78	0	128	0
Total	923	2	6.853	347	7.776	349

Já no Quadro 1.8 abaixo e Figura 1.8, estão relacionados os números de procedimentos ambulatoriais realizados no HUMAP entre os anos de 2012 a 2014, incluindo consultas, procedimentos e exames ambulatoriais, com uma média em torno de 500.000 procedimentos por anos.

Quadro 1-8 Produção Ambulatorial por grupo de procedimento – HUMAP, 2012 a 2014.
Fonte: Datásus

GRUPO PROCEDIMENTO	2012	2013	2014
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	1.680	1.888	3.389
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	434.520	456.205	433.448
03 Procedimentos clínicos	121.462	115.719	104.206
04 Procedimentos cirúrgicos	5.108	4.573	3.531
07 Órteses, próteses e materiais especiais	447	385	261
Total	563.217	578.770	544.835

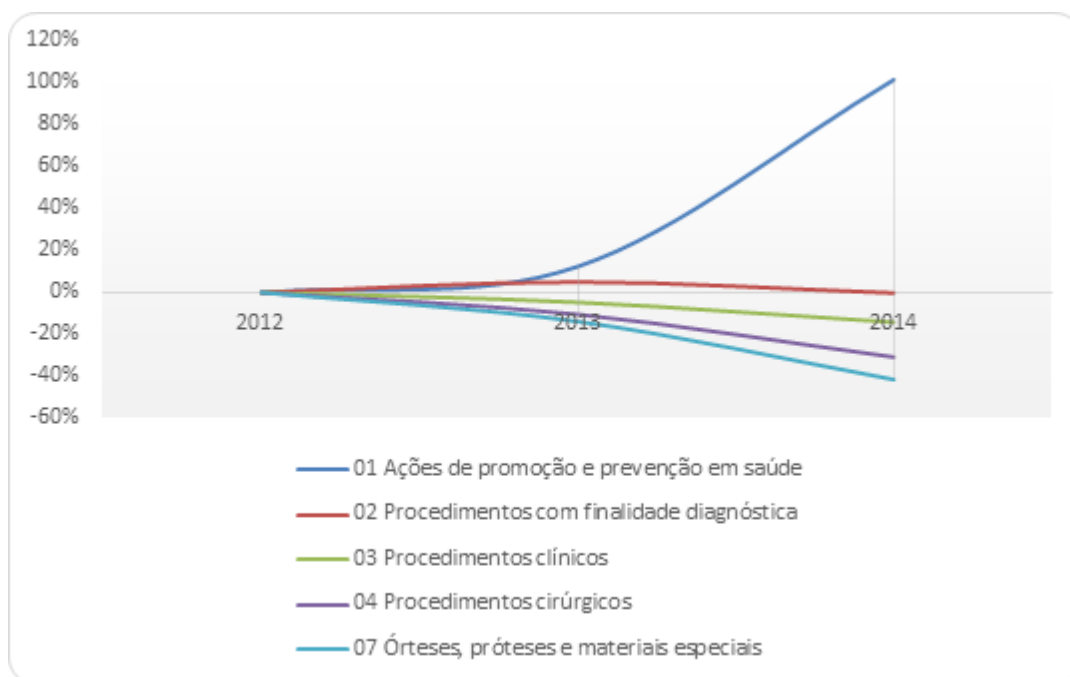


Figura 1-8 Produção Ambulatorial por grupo de procedimento – HUMAP, 2012 a 2014

Com relação à média de permanência hospitalar de média e alta complexidade, o Quadro 1.9 faz uma comparação entre a média do estado de Mato Grosso do Sul, o município de Campo Grande e o HUMAP, onde podemos observar que, tanto para média quanto para alta complexidade, a permanência hospitalar do HUMAP é maior, mostrando um ponto crítico a ser trabalhado no Plano Diretor Estratégico, assim como os nossos indicadores assistenciais evidenciados no Quadro 1.10.

Quadro 1-9 Média de permanência hospitalar de média e alta complexidade – campo Grande/MS e HUMAP, 2012 a 2014. Fonte: Datasus

Complexidade	MS			Campo Grande			HUMAP		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Média	4,6	4,7	4,7	6,7	6,5	6,6	6,4	6,8	7,2
Alta	7,7	7,4	7	8,2	7,7	7,4	11,6	15,2	18,3
Total	6,9	6,7	6,7	6,9	6,7	6,7	6,8	7,6	8,6

Quadro 1-10 Indicadores de produção assistencial – HUMAP, 2014.
Fonte: SIH/HUMAP/AGHU

Indicador Assistencial	Quantitativo	
Média de paciente Dia	205	Paciente
Média de Leito Dia	225	Leitos
Média de Permanência	10	Dias
Taxa de ocupação	91,2	%
Taxa de Mortalidade	4,2	%
Nº de Internações	7692	Internações
Nº de Consultas	70851	Consultas

A área de assistência do hospital enfrenta problemas diários pela morosidade dos processos, levando a conflitos, desmotivação e desassistência ao paciente. É rotineira e leva a descrédito a falta de material, insumo ou equipamento por ineficiência e problemas dos contratos. Esses problemas caminham em todo o trâmite processual, com dificuldades na elaboração dos termos de referência para compras, adequações à legislação, erros na pesquisa de preço, confecções dos pregões e contratos com situações não programadas.

A falta de gestão da clínica, cujo modelo é fragmentado e isolado, focado nos procedimentos, somada aos inúmeros problemas do modelo de gestão, morosidade dos processos, insuficiência de recursos humanos, insumos e área física impedem ao hospital de se adequar às novas políticas de segurança do paciente e buscar uma certificação de qualidade hospitalar.

As atividades assistenciais do HUMAP possibilitam a formação de profissionais de saúde dos vários cursos de graduação e pós-graduação da UFMS, sendo o maior fornecedor de mão de obra na área da saúde para o Estado de Mato Grosso do Sul. Diante de tal responsabilidade, faz-se necessário o primor da assistência como modelo na vida acadêmica dos alunos, que futuramente irão reproduzi-la no restante do sistema de saúde pública.

As atividades das comissões, por meio das ações de assessoria aos processos de gestão assistencial e de serviços no HUMAP, proporcionam a adequação das políticas de saúde e colaboram na obtenção de indicadores de qualidade e quantidade.

A Comissão de Humanização, cujo foco é efetivar os princípios do SUS, por meio de ações que garantam o direito dos usuários aos serviços de saúde em todas as dimensões do cuidado e a Ouvidoria, que busca soluções para as demandas dos usuários e oferece informações gerenciais, visando o aprimoramento de prestação de serviços, bem como contribuir para a formulação da política pública, juntamente com as demais assessorias de apoio, responsabilizam-se pela implementação das políticas e diretrizes do Ministério da saúde.

O HUMAP já foi classificado como Hospital Sentinela, porém, com o passar dos anos o envolvimento com esse programa foi se perdendo e com isso as ações que envolviam a satisfação do usuário e a segurança do paciente foram relegadas a segundo plano.

1.2.3 Ensino, Pesquisa e Extensão

Com relação ao ensino e pesquisa, o HUMAP tem papel extremamente relevante na formação de profissionais qualificados na área de saúde no estado de Mato Grosso do Sul e, atualmente, dispõe dos seguintes programas de residência médica e em área de saúde, totalizando 167 vagas:

- Residência Médica em 21 especialidades (Cardiologia, Clínica Médica, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Dermatologia, Infectologia, Infectologia Hospitalar, Medicina da Família e da Comunidade, Neonatologia, Obstetrícia e Ginecologia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Pediatria, Psiquiatria, Pneumologia, Radiologia, Reumatologia, Urologia e Medicina Intensiva Pediátrica);
- Residência Multiprofissional em Saúde - Atenção ao Paciente Crítico com 5 áreas profissionais a saber: Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Odontologia e Farmácia;
- Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial; e
- Residência em Enfermagem Obstétrica.

Além dos programas de residência, o HUMAP é campo de estágio para alunos da graduação de vários cursos como Medicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia e Psicologia, perfazendo um total de 900 alunos por ano que passam pelo hospital para desenvolvimento de atividades práticas.

O HUMAP se constitui de um excelente campo para o desenvolvimento de pesquisas, sejam elas experimentais, pré-clínica e clínica. Além disso, prima-se na instituição pela revelação dos centros de excelência em pesquisa já existentes no HUMAP bem como de seus coordenadores.

Atualmente, o HUMAP conta com o Centro de Estudo em Células Tronco, Terapia Celular e Genética Toxicológica que iniciou suas atividades em 15 de março de 2013 e tem se destacado na produção de conhecimento na área de células tronco, terapia celular, mutagênese e câncer; além da formação de recursos humanos altamente qualificados.

Outras importantes pesquisas são desenvolvidas em diversos departamentos do HUMAP, todas devidamente aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa/CEP em seres Humanos da UFMS e pelo Colegiado Executivo do HUMAP-UFMS.

Em 2014, o HUMAP serviu como cenário de pesquisa para desenvolvimento de diversos projetos e trabalhos acadêmicos, com 370 projetos aprovados na Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, dos quais 119 dissertações de Mestrado e 25 teses de Doutorado.

Apesar desse cenário que aparentemente se apresenta como positivo, encontramos, durante a confecção de nosso PDE, alguns nós críticos relacionados ao ensino, pesquisa e extensão, que precisam ser discutidos.

Para que o ensino e pesquisa se desenvolvam de maneira adequada e produtiva, é imperativo que aconteça articulação entre academia (UFMS) e assistência e técnicos administrativos do Hospital. Infelizmente, ao longo dos anos, pelo excesso de trabalho devido ao número reduzido de profissionais e docentes, somado a diferenças salariais de um lado e exigências como cumprimento de ponto eletrônico de outro, acabou criando um afastamento dos docentes das atividades dentro do hospital. Por outro lado, os técnicos administrativos, já sobrecarregados de trabalho, sem a devida capacitação e sem nenhum estímulo para exercer a preceptoria, muitas vezes não aceitam se envolver com ensino.

Quando assumimos a gerência de ensino e pesquisa do HUMAP, em julho de 2014, o grande problema das residências médica, multiprofissional e profissional era a deficiência de preceptoria. Com a entrada dos novos funcionários pelo concurso da EBSEH, e a grande investida da gerência de ensino e pesquisa junto as faculdades e aos professores, houve uma melhora significativa nesse cenário, mas

ainda estamos longe do ideal. Já traçamos algumas estratégias de articulação entre academia e assistência e estamos gradualmente colocando em prática, começando pelos programas mais críticos. Uma das ações de incentivo a volta dos professores as atividades juntos aos programas de residência foi uma articulação com a Pró-Reitoria de ensino onde conseguimos, por meio da ferramenta Siggpós, computar a carga horária que os preceptores destinarem as atividades das residências, como sua carga horária docente. Além disso, a medida do possível, estamos oferecendo cursos de capacitação para os preceptores, e oferecendo outros incentivos com a destinação de carga horária específica para o ensino.

Outro ponto a ser discutido, é a não priorização das estratégias de ensino, pesquisa e inovação tecnológica pela Ebserh sede. Os recursos financeiros vem para o hospital e não existe um percentual destinado aos assuntos do ensino. Dessa forma, as inúmeras demandas de infraestrutura e da assistência sempre se impõe, de modo que o ensino e a pesquisa acabam não sendo contemplados. Nesse sentido, os gerentes de ensino e pesquisa da rede Ebserh já estão preparando um documento que será encaminhado ao presidente da empresa, solicitando alguém que dialogue conosco na sede, e que nosso representante lá tenha vivência em ensino e pesquisa, e de preferência venha da academia, que nós tenhamos dois encontros anuais entre os gerentes para fortalecer nossas ações e também que seja definido um percentual de recurso financeiro para que as Gerências de Ensino e Pesquisa (GEP) possam implementar o ensino e pesquisa na instituição, tendo em vista que, por ser um hospital Universitário, de ensino, essa área deveria ocupar um lugar de protagonismo.

Ainda temos uma grande dificuldade em oferecer cursos para capacitação dos preceptores, entretanto, pretendemos formar um grupo de preceptores capacitadores, para que, em menor tempo e com menor custo, possamos oferecer esse importante recurso a todos os profissionais envolvidos com ensino. Nessa linha de pensamento, devemos iniciar a criação de protocolos clínicos, afim de organizar e fortalecer os serviços, e principalmente o ensino. Essa medida refletirá na assistência e administração, pois facilitará a implantação das linhas de cuidado e implicará em economia de recursos, sem falar na assistência de melhor qualidade. Será um longo caminhar, entretanto, estamos empenhados em desfazer os nós relacionados a ao ensino, pesquisa e inovação tecnológica.

1.3 Contexto externo

O cenário mundial no início do século XXI é marcado pela transição demográfica e epidemiológica e com o crescimento da desigualdade social e de saúde. O Brasil situa-se entre os países de maior nível de iniquidades, tanto na condição de saúde das populações, quanto ao acesso à atenção à saúde de boa qualidade. Enquanto país em desenvolvimento possui situação epidemiológica singular assinalada pela tripla carga de doenças, que consiste na sobreposição de etapas, onde coexistem doenças infecciosas, carências, aumento da violência e das causas externas, somadas às doenças crônicas (MENDES, 2003).

A Organização Mundial da Saúde define os sistemas de serviço de saúde como um conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população para atingir um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa com garantia de proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos, com acolhimento humanizado, provisão de serviços seguros e efetivos e a prestação de serviços eficientes. Nesse sentido, os sistemas de atenção à saúde devem responder às necessidades, expectativas e demandas das populações (MENDES, 2009).

A Comissão Intergestores Bipartite (CIB), instituída pela Resolução SES nº. 55, de 23 de junho de 1993, da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, é uma instância de negociação, articulação e pactuação entre os gestores do nível estadual e municipal de governo para a regulamentação e a operacionalização das políticas de saúde no âmbito estadual da gestão do Sistema Único de Saúde/SUS.

A CIB é constituída paritariamente por representação da Secretaria de Estado de Saúde/SES e Conselho de Secretários Municipais de Saúde/COSEMS.

Dentre as competências da CIB, destacamos: discutir e elaborar propostas e definir diretrizes e estratégias para a implementação e operacionalização do SUS no âmbito estadual e municipal; estabelecer condições para a reformulação do modelo assistencial vigente, tendo em vista os princípios norteadores e diretrizes operacionais do SUS, no âmbito estadual e municipal; promover a articulação entre Estado e Municípios, de forma a garantir a execução das ações e serviços de saúde e a direção única do SUS em cada instância; atuar como instância de aprovação de instrumentos, parâmetros e mecanismos de implementação e regulamentações complementares às normas operacionais do SUS nos aspectos comuns à atuação

do Estado e dos municípios; atuar como instância de pactuação das ações e serviços de saúde; aprovar as decisões das CIR (Comissão Intergestores Regionais), nos assuntos que envolverem mais de uma Macrorregião; pactuar, de acordo com as diretrizes nacionais, as diretrizes estaduais sobre Regiões de Saúde e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde dos entes federativos; pactuar as regras de continuidade do acesso, para o atendimento da integralidade da assistência, às ações e aos serviços de saúde da rede de atenção à saúde, mediante referenciamento em regiões de saúde intraestaduais.

Segundo decisão da CIB, publicada na Resolução nº 059/SES/MS, de 29/06/2012, ficam estabelecidas alterações no Plano Diretor de Regionalização de Mato Grosso do Sul, que será composta de quatro macrorregiões de saúde:

- Macrorregião de Campo Grande (34 municípios);
- Macrorregião de Corumbá (02 municípios);
- Macrorregião de Dourados (33 municípios); e
- Macrorregião de Três Lagoas (10 municípios).

Teoricamente, estas macrorregiões estão divididas em microrregiões, com referências estabelecidas, mas na prática, a maioria dos municípios do interior do estado encaminham seus pacientes para Campo Grande ou Dourados, sobrecarregando o sistema local, que não consegue atender de forma adequada nem os pacientes do próprio município nem os que vem do interior. É urgente uma política de fixação de profissionais da saúde nos municípios do interior, que até contam com hospitais regionais adequados em termos de estrutura física, no entanto, faltam equipamentos e profissionais.

Já a Rede Municipal de Saúde de Campo Grande – MS, é subdividida em quatro Distritos Sanitários e composta por:

- 4 Distritos Sanitários (Norte, Sul, Leste e Oeste);
- 27 Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- 35 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF);
- 90 Equipes de PSF (39% de cobertura);
- 5 Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF);

- Centro Municipal de Especialidades Médicas (CEM);
- Centro de Especialidades Infantil;
- Centro de Ortopedia (CENORT);
- Centro de Doenças Infecto-parasitárias (CEDIP);
- CAPS AD, CAPS pós-trauma, CAPS I;
- Centro do Homem;
- 9 Unidades de Atendimento 24 horas (3 UPAS e 6 CRS);
- 1 Hospital da Mulher;
- 1 CAPS 3; e
- 1 Laboratório Municipal.

Com relação a inserção do HUMAP/UFMS na Rede de Atenção à Saúde (RAS), atualmente, o HUMAP participa da RUE (Rede de Urgência e Emergência) e Rede Cegonha. A regulação do acesso tanto para as urgências quanto para o atendimento ambulatorial e cirurgias eletivas, é feita pelo SISREG (Sistema de Regulação), coordenado pelo gestor municipal e pela Central Estadual de Vagas, coordenada pelo gestor estadual. Desde de Dezembro de 2014, foi implantada a AIH eletrônica em todo o hospital, tanto para internações eletivas quanto de urgências, facilitando o controle das guias de internação pelo gestor e pelo Setor de Regulação e Avaliação em Saúde do hospital. O HUMAP enfrenta grande dificuldade de diálogo com os órgãos reguladores (SAMU e Central Estadual de Vagas), que não respeitam o que está pactuado na contratualização e nem a capacidade de atendimento do hospital, encaminhando um número muito maior de pacientes, que acabam ficando nos corredores do pronto atendimento médico, em macas. A contra referência não está estruturada, o que não garante a continuidade do cuidado que o paciente necessita após a alta hospitalar. As linhas de cuidado ainda estão incipientes no HUMAP, sendo um dos nós críticos que serão trabalhados. Existem as Linhas de Cuidado da DIP, Gestação de Alto Risco, AVC, Saúde da Criança, doenças cardiovasculares, entre outros, mas ainda de forma restrita ao hospital, sem comunicação efetiva com a Rede de Atenção   Saúde (RAS).

Além da reestruturação física, tecnológica e de recursos humanos, a Ebserh está investindo na capacitação de seus gestores, em parceria com o Hospital Sírio-Libanês (HSL), por meio do projeto "Programa de Desenvolvimento de Competências II e Planos Diretores Estratégicos". Este projeto representa a continuidade da parceria entre a Ebserh e o HSL, iniciada em julho de 2013 com o Projeto de Capacitação e Planos Diretores dos Hospitais Universitários Federais (HUFs).

Na primeira fase foi construído um referencial teórico que contempla: sete Modelos de Referência com melhores práticas de gestão aplicadas à esfera da saúde e Bases e Padrões aplicadas nestes âmbitos, que podem servir como direcionadores para o PDE desenvolvido por cada HUF.

A segunda fase iniciou-se em Setembro de 2014 com a análise situacional de 15 HUFs, incluindo o HUMAP, a Aderência à Lista de Contribuições aos sete Modelos, à Lista de Gaps Normativos e às Bases e Padrões, e este projeto representa sua continuidade.

Nesse contexto, o projeto tem como objetivo a capacitação de gestores de 15 HUFs em competências de gestão, tendo a participação de nove gestores do HUMAP / UFMS, com o propósito da construção deste Plano Diretor Estratégico (PDE / HUMAP), considerando as Diretrizes Estratégicas estabelecidas pela Ebserh, visando à qualificação da gestão, atenção e do ensino nos HUFs.

- Diretrizes Estratégicas – Ebserh:
 1. Viabilizar a assistência de excelência, favorecendo a evolução do ambiente de ensino: promover modelo assistencial focado no usuário e alunos, ofertando estruturas física, tecnológica e de pessoal adequadas, e compatibilizando as atividades de assistência e ensino.
 2. Promover a cultura da relevância dos HUFs no SUS e na formação de profissionais para o país: desenvolver linhas de cuidado estratégicas para a rede local de atenção à saúde e atuar como agente de disseminação de conhecimento, qualificando ações de melhoria da gestão e da assistência.
 3. Adotar padrões baseados nas melhores práticas, respeitando a autonomia responsável e a vocação dos hospitais universitários: exercer junto à Ebserh, um mundo compartilhado de gestão, orientado para o

aprimoramento de procedimentos e governança, com critérios claros de avaliação, monitoramento e controle.

4. Comprometer-se com a transparência das informações e com o cumprimento da missão pública, com qualidade e eficiência: promover a gesto orçamentária e a otimização de custos, além de garantir o cumprimento de metas e a disponibilidade de informações confiáveis sobre a atividade do hospital.

O HUMAP vive um momento de transição no seu modelo de gestão. Um momento de grandes desafios para seus gestores, que durante a construção do Plano Diretor Estratégico (PDE) e suas ações, promove, conforme a própria política da educação permanente, um espaço de debates na Instituição, onde os saberes, poderes, a cultura e estrutura organizacionais são reavaliadas e convidadas à reconstrução. Da mesma forma que esta potência transformadora leva a grandes avanços, também desencadeia grandes conflitos na instituição.

O HUMAP apresenta uma comunicação organizacional não estruturada, com vários interesses corporativos e individuais subliminares, que acabam interferindo no dia a dia do hospital. A mudança do modelo atual, médico-hegemônico, centrado em procedimentos, voltado para atenção aos quadros agudos, assistência fragmentada e desarticulada exige competências e habilidades dos gestores para sua reorganização.

O HUMAP/UFMS, apesar de tantas dificuldades a serem superadas, entende sua importância na Rede de Atenção à Saúde, nos princípios do SUS e na formação de profissionais da saúde, produção científica e tecnológica, o que o faz cada vez mais forte e motivado a implantar as mudanças, buscando como resultado um atendimento de qualidade e a satisfação do usuário.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Elaborar e implantar o plano diretor estratégico para solucionar os macroproblemas com o intuito de promover a mudança cultural, organizacional, comunicação e de liderança adequando o HUMAP a sua missão. Fortalecendo a qualidade de assistência, ensino e pesquisa integrando o hospital universitário a rede de assistência do Sistema Único de Saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Capacitar os gestores do HUMAP ao perfil de competência do gestor em área de gestão em saúde, atenção à saúde e educação em saúde.
- Identificar os macroproblemas, nós críticos, ações e atividades para melhoria da qualidade de atenção à saúde, ensino e pesquisa no âmbito do HUMAP.
- Construir um projeto organizacional do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian.

3 Percurso Metodológico

O percurso metodológico do Plano Diretor Estratégico (PDE) do HUMAP incluiu a participação de nove gestores do hospital no Programa de Desenvolvimento de Competências dos profissionais dos Hospitais Universitários Federais (HUF), que tem como objetivo contribuir para a qualificação da gestão dos HUF por meio da capacitação de profissionais e gestores, visando à integralidade do cuidado no SUS.

O programa utilizou o modelo construtivista de educação para adultos, que organiza a aprendizagem para o “aprender a aprender”, com prioridade para o trabalho em equipe, a ênfase na postura ética, colaborativa e compromissada dos profissionais com a sociedade, além de aprofundar o conhecimento produzido nas áreas de gestão, saúde e educação de modo crítico e reflexivo.

Em 1996, Morgan sugeriu que as organizações, uma vez submetidas a um processo racional de planejamento, organização, direção, coordenação e controle, poderiam funcionar como uma máquina, com a devida articulação entre as suas peças. O planejamento serve para organizar o coletivo e utiliza os conceitos de Matus (1987) que define o planejamento como o cálculo que precede e preside a ação, para criar o futuro e não predizê-lo e defende que a ação melhor planejada ocorre a partir de quem a executa. A gestão estratégica e seu planejamento prévio são ferramentas e técnicas utilizadas para escolhas de ações que permitam atingir as metas de forma mais eficaz.

A gestão estratégica só começou a ser utilizada pelos hospitais brasileiros no final da década de 1990 e o Planejamento Estratégico Situacional (PES), segundo diversos autores é o que mais se aplica à área de saúde (SIMON, 1982). O PES é um modelo de planejamento que considera a ação de vários atores que interagem dentro de uma realidade social que os condiciona ativamente, onde o sujeito (ator que planeja) e o objeto (a realidade que deve sofrer intervenção) estão entrelaçados (MORGAN, 1996).

O diagnóstico situacional sempre é multidimensional e totalizante, referindo-se às múltiplas dimensões da realidade política, econômica, ideológica, cultural, ecológica. Assim, necessita para ser alcançado de uma visão interdisciplinar e multissetorial dinâmica, articulando passado, presente e futuro, por meio do

descobrimiento dos processos causais, da expressão atual e da análise das tendências futuras.

O PES prevê quatro momentos para o processamento técnico-político dos problemas: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional.

Momento Explicativo : Substitui o antigo “diagnóstico”, quando é feita a análise do ator que planeja dentro dos limites e potencialidades, ambiente interno e externo, faz a identificação e seleção de problemas estratégicos, monta os fluxos de explicação dos problemas com suas cadeias causais respectivas, faz a seleção das causas fundamentais – chamadas de Nós Críticos – como centros práticos de ação na construção da Árvore de Problemas, a partir de uma Situação-Objetivo definida pelo grupo;

Momento Normativo: É quando são desenhadas as ações ou projetos concretos sobre cada Nó Crítico, também chamadas Ações do Plano. Nessa etapa são definidas para cada operação elencada, os recursos necessários, os produtos esperados e os resultados previstos, são construídos os cenários possíveis para a execução do plano, analisada a trajetória do conjunto das operações em cada cenário e, partindo desse pressuposto, tentando diminuir a vulnerabilidade do plano;

Momento Estratégico: Nesse ponto os atores sociais envolvidos no Plano são analisados em seus interesses, motivações e poder, em cada uma das Ações previstas e cenários imaginados. É definida a melhor estratégia possível para cada trajetória traçada, estabelecido um programa direcional para o Plano, e construída a viabilidade estratégica para atingir a Situação-Objetivo;

Momento Tático-Operacional: É o momento de debate sobre as formas organizativas, a cultura organizacional e o *modus operandi* da organização, como forma de garantir a execução do Plano. Reforçam este momento ações como funcionamento da agenda da direção, sistema de prestação de contas, participação dos envolvidos, gerenciamento do cotidiano, sala de situações e análise sistemática da conjuntura (TONI, 2004).

O Ator Social é um grupo de pessoas, ou até uma única pessoa, que é capaz de transformar uma realidade insatisfatória (problema) em favorável. O ator deve preencher três critérios: ter base organizativa, ter um projeto definido e controlar variáveis importantes para a situação.

O problema não pode ser apenas um “mal-estar” ou uma necessidade sentida pela população (MATUS, 1987). Um problema sempre deve suscitar uma ação, pois é uma realidade insatisfatória superável, que pode transformar em favorável com execuções de ações bem planejadas.

Em oficina de trabalho do grupo afinidade, ampliado com gestores do HUMAP, foram identificados os atores sociais que se relacionam com os macroproblemas e classificados conforme seu valor e interesse diante do cenário que envolve cada macroproblema.

A construção do fluxograma situacional e da “Árvore de Problemas” proporciona a participação de vários representantes da organização, obtendo uma maior consistência dos dados e legitimando o processo de planejamento com a comunidade da instituição. A Árvore de Problemas é um instrumento para o estudo dos problemas descritores, que resumem as grandes dificuldades da instituição, suas causas e consequências. A correlação dos nós críticos, as causas que mais impactam o sucesso da organização, com oportunidades de resolução dos problemas, levam a elaboração de ações estratégicas que orientarão os encaminhamentos dos gestores.

Os descritores de um problema cumprem quatro funções (ARTMANN, 2000):

- a) Fecha as distintas interpretações sobre o enunciado do problema em um só significado para os atores que o analisam;
- b) Estabelece os fatos que devem ser explicados;
- c) Verifica o problema de forma que se possa monitorar, a fim de acompanhar a sua evolução; e
- d) São utilizados como referência para avaliação do impacto do plano sobre o problema.

Os descritores serão suficientes a partir da resposta afirmativa à pergunta: “Eliminadas as cargas negativas expressas pelos descritores, fica eliminado o problema?” Caso contrário, se o problema se mantém, então, os descritores são incompletos ou inadequados, portanto, é necessário revê-los (ARTMANN, 2000). O passo seguinte é encontrar a causa da causa e assim sucessivamente, até que o grupo de trabalho se sinta satisfeito com a explicação. O outro passo é estabelecer

a relação dos descritores com as consequências. É importante ter o cuidado para não confundir causas com descrição e consequências.

Uma vez construída a árvore do problema, passa-se à identificação e seleção de causas chaves sobre as quais o ator deve e pode atuar, ou seja, identifica as causas que serão alvos de intervenção no plano de ação. Verifica-se quais são as causas que apresentam maior número de relações com outras e que sofrendo uma intervenção podem provocar mudanças positivas nas causas com as quais estão relacionadas. Essas causas são chamadas nós críticos do problema e devem cumprir, simultaneamente, três condições e responderem às seguintes perguntas (URIBE ET AL, 2012):

- 1) A intervenção sobre a causa tem impacto decisivo sobre os descritores do problema e no placar do jogo no sentido de modificá-los positivamente?
- 2) A causa é um centro prático de ação? Ou seja, há possibilidade de intervenção, mesmo que não seja pelos atores que a explicam?
- 3) É politicamente oportuno atuar sobre a causa identificada (viabilidade política e mudanças favoráveis nos problemas)?

Se as condições são cumpridas simultaneamente, ou seja, as questões são respondidas afirmativamente, a causa deve ser selecionada como nó crítico. A partir dos nós críticos identificados elaboram-se as operações ou demandas de operação, necessárias para a superação dos fatores identificados, ou seja, o que deve ou o que pode ser feito para um determinado período de gestão.

Quando o nó crítico possui governabilidade totalmente ligada ao gestor interno é mais fácil enfrenta-lo, pois este controla os principais recursos dos quais dependem sua solução. Mas, quando um nó crítico, cujo enfrentamento depende da modificação dos descritores do problema e a intervenção direta não está ao alcance do ator-eixo é necessário a busca e construção de soluções criativas que envolvem a negociação com outros atores. Assim, se a causa tem um alto impacto sobre o problema, se existe oportunidade política de atuação e é possível intervir sobre ela, mesmo que esteja fora do espaço de governabilidade do ator, vale a pena selecioná-la.

4 Fundamentação – Diagnóstico situacional atual do HUMAP

O diagnóstico situacional do HUMAP foi realizado em oficinas ocorridas em São Paulo pelo grupo afinidade e em visitas prévias pelos consultores do Hospital Sírio-Libanês e da Ebserh. Num primeiro momento, procurou-se identificar os MACROPROBLEMAS da instituição e, num segundo momento, ter uma visão consolidada da situação do HUMAP em relação às boas práticas dos Modelos de Referência de Gestão Hospitalar, Gestão da Clínica, Humanização da Saúde, Hotelaria Hospitalar, Compras Hospitalares, Prestação de Contas e Gestão de Obras e Engenharia Clínica (mediante a aplicação da Lista de Contribuições), o que permite demonstrar de forma quantitativa e qualitativa as principais oportunidades de melhoria relacionadas aos temas, gerando insumos para a construção do Plano Diretor Estratégico do hospital.

Os Modelos de Referência, modelos com as melhores práticas de gestão, estabelecem um conjunto de boas práticas para uso dos gestores dos HUF no desenvolvimento de ações capazes de melhorar a eficiência administrativa e assistencial. Essas boas práticas incluem ferramentas e técnicas que garantem um padrão de excelência e reduzem a variabilidade da qualidade entre os hospitais, ao mesmo tempo em que respeitam a individualidade de cada HUF.

Esses modelos auxiliaram no diagnóstico da situação do HUMAP bem como na definição das prioridades das ações a serem implementadas durante a execução do PDE. Estes modelos de referência foram calibrados quanto ao seu conteúdo por meio de visitas ao HUMAP e outros HUFs, por oficinas de trabalho no Programa de Desenvolvimento de Competências e em reuniões com trabalhadores da Ebserh. A calibragem teve como objetivo a adequação das melhores práticas listadas no documento à realidade dos HUF.

As descrições presentes nos 7 Modelos de Referência têm como referência pesquisas na literatura especializada e práticas aplicadas no Hospital Sírio-Libanês e nos Hospitais Universitários Federais, além de consensos obtidos em reuniões coordenadas pela Ebserh matriz, e serviram como diretrizes para a definição de critérios operacionais e ações de melhoria contínua dos hospitais.

A Lista de Contribuições e a Análise de Gaps (normativos e regulatórios) norteiam a equipe de gestão a definir a situação atual. Os Modelos de Referência são os balizadores e orientam o que fazer e como fazer. Já as Bases e Padrões nos

indicam para onde vamos, sugerindo objetivos mínimos comuns, indicadores e ganhos previstos. Com todos esses dados é possível construir o Plano Diretor Estratégico, por meio da definição e priorização de ações, planejamento da implantação dos padrões de gestão e definição e monitoramento dos objetivos e resultados específicos.

A construção das Bases e Padrões indicou para cada Grupo de Referência apresentado nos Modelos, Padrões de atuação para dois cenários, a saber:

- Base, que apresenta melhorias incrementais para o modelo de gestão, visando aperfeiçoar a administração hospitalar e torna-la mais eficiente; e
- Evolução, que identifica processos para se garantir a melhoria contínua e a busca por inovações no ambiente hospitalar. A separação de Padrões nestes cenários teve como objetivo mostrar o caminho usual da evolução de ações relacionadas à gestão de hospitais, a partir de melhores práticas levantadas pelos especialistas do Hospital Sírio Libanês.

Após a etapa de realização do diagnóstico situacional, com a definição de macroproblemas, nós críticos prioritários para abordagem, e a organização da proposta de ações, com seu devido cronograma, ocorrerá a fase de implementação do PDE, que pode ser entendida como um conjunto de ações (físicas, humanas, financeiras ou simbólicas) organizadas para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática. Os resultados passarão a ser mensurados pelo conjunto de indicadores elaborados e apresentados.

Para consolidação das informações foram realizadas entrevistas presenciais com gestores e funcionários do HUMAP em visitas de campo pelos consultores em Outubro e Novembro de 2014, complementadas com reuniões de proposição de problemas por parte dos interlocutores, balizadas pelos Modelos de Referência supracitados e pela Lista de Contribuições em sua plena aplicação. Desses instrumentos, o resultado apurado mostrou que o HUMAP apresenta 42% de aderência geral aos modelos de referência de Gestão, conforme apresenta a figura 4-1, consolidado no Relatório de Diagnóstico de aderência à Lista de Contribuições de abril de 2015.

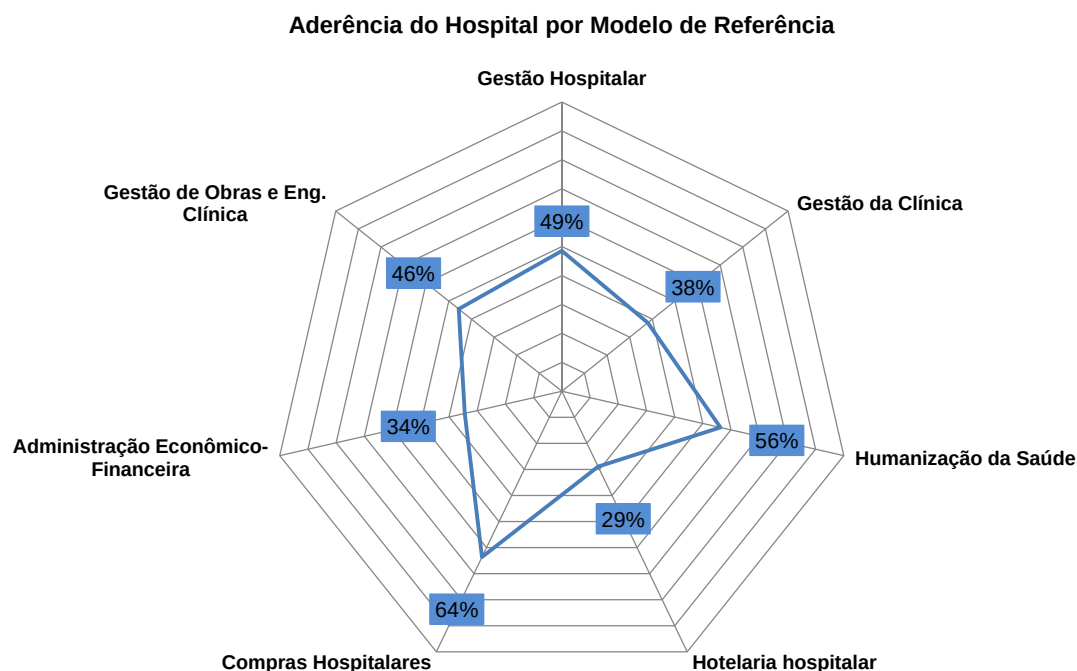


Figura 4-1 Aderência do HUMAP - UFMS por Modelo de Referência

Conforme se observa no gráfico, é observada maior aderência do HUMAP às boas práticas no Modelo de Referência de Compras Hospitalares, com 64%. O segundo modelo com maior aderência é o de Humanização da saúde, com 56%, seguido por Gestão Hospitalar, com 49%. Em seguida, têm-se os Modelos de Gestão de obras e Engenharia Clínica e Gestão da Clínica, com 46% e 38%, respectivamente. Por fim, têm-se os Modelos de Administração Econômico-Financeira com 34%, e Hotelaria Hospitalar com 29%.

É possível destacar como principais oportunidades de melhoria:

- Carência de protocolos multiprofissionais. O HUMAP deve buscar desenvolver protocolos clínicos e administrativos institucionalizados e integrados, de maneira a evitar descrição de rotinas isoladas;
- Necessidade de desenvolvimento de planos de capacitação. Necessidade de realização e monitoramento da capacitação para os funcionários, inclusive terceirizados;
- Desenvolvimento geral de boas práticas dos Modelos incipiente, principalmente em Hotelaria Hospitalar. Apesar de contar com equipes terceirizadas para a realização de atividades de Hotelaria, a gestão apontou

a falta de recursos humanos para a execução plena. Soma-se a isso a deficiência no controle e monitoramento interno das atividades executadas, que acaba por comprometer a visibilidade e qualidade dos serviços; e

- Carência em relação às boas práticas de Gestão da Clínica, associada, entre outros fatores, à não implementação completa do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, além de dificuldade de implementação dos processos regulatórios internos e de articulação com a RAS.

Além disso, o HUMAP não tem institucionalizado um ciclo de Planejamento Estratégico, bem como consequente desdobramento em programas para sua realização, de modo que, desde o estabelecimento do Plano de Reestruturação da Ebserh em 2010, o hospital não passou por nenhuma readequação do plano. Além disso, não é feito o acompanhamento rotineiro de indicadores nos diferentes setores. Em relação à capacidade de produção do HUMAP, é realizado anualmente o Documento Descritivo (Antigo Plano Operativo Anual - POA), avaliado trimestralmente pela secretaria municipal de saúde em relação às metas estipuladas. Entretanto, em função de reformas e insuficiência de pessoas, nem sempre é possível cumprir as normas e metas dos procedimentos habilitados pelo hospital.

As Linhas de Cuidado são muito incipientes e não há uma organização de processos na rede e internamente para operacionalização destas. Os setores não possuem protocolos clínicos que sustentem as atividades assistenciais, tampouco protocolos multiprofissionais ou práticas articuladas entre diversas áreas, como a orientação ao autocuidado, com exceção de algumas iniciativas isoladas de grupos de profissionais.

Ainda na fase de levantamento preliminar de macroproblemas do HUMAP, por meio de uma dinâmica de tempestades de ideia, a equipe ampliada do hospital elencou inúmeros problemas/desconfortos identificados: falta de gestão de leitos, falta de articulação com a regulação externa, baixa implementação de Linhas de Cuidado, deficiência na padronização de condutas, modelo assistencial focado no médico e não no paciente, a ausência de Projeto Terapêutico Singular, tensão entre os interesse de ensino e assistência entre os atores, contratualização com o gestor insatisfatória para o hospital, imagem de que o HU é ineficiente de acordo com as expectativas do SUS na região, baixo envolvimento dos servidores com ensino e

pesquisa, a inexistência de uma política de financiamento a pesquisas, a ausência de um polo de inovação e laboratório de pesquisa, ausência de estrutura mais adequada para os alunos em plantão, falta de estímulo à preceptoria, falta de processos padronizados na área administrativa, ineficácia da política de desenvolvimento do RH, de comunicação interna e externa e as dificuldades de gerenciamento e engessamento dos recursos financeiros, insuficiência de recursos humanos, deficiência de estrutura física, tanto para a administração quanto para os alunos e pacientes, e falta de uma estrutura adequada de TI.

Adicionalmente, o HUMAP apresenta 80% de aderência às exigências normativas referentes à Legislação de Gestão de Pessoas, Legislação de Suprimentos, Legislação Administrativo-Financeira e Legislação do SUS. O nível de aderência consolidada, por tema, é apresentado na figura a seguir:

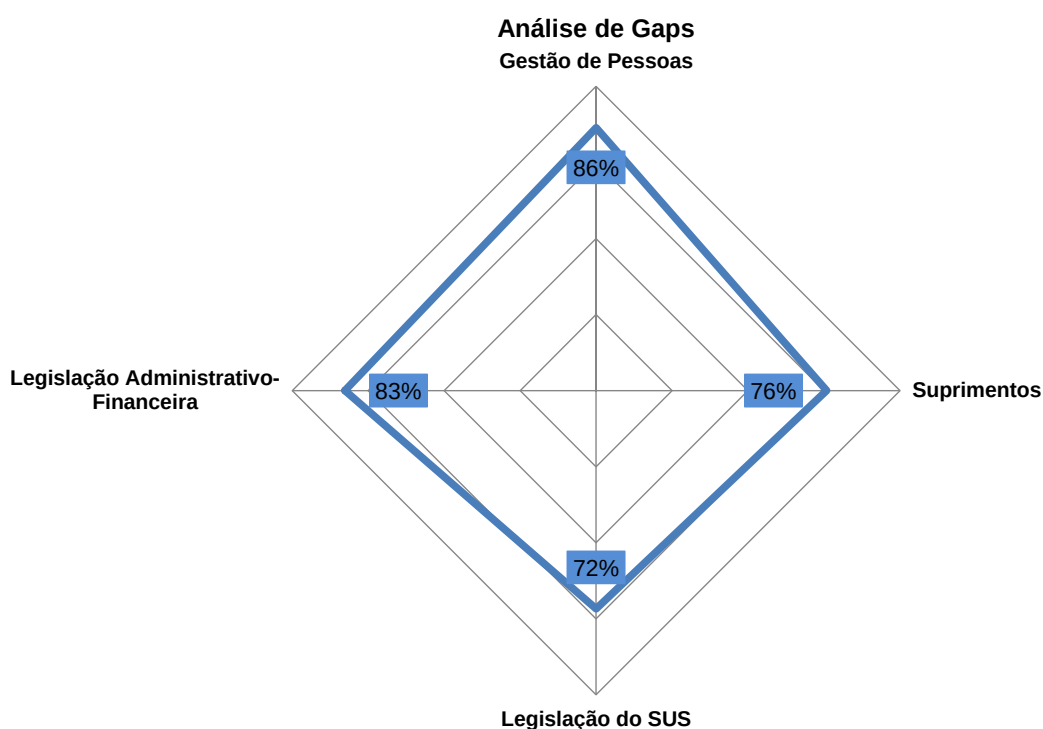


Figura 4-2 Aderência do HUMAP por tema da Lista de Gaps Normativos

A maior aderência observada foi em relação à Gestão de Pessoas, com 86%, seguida por Legislação Administrativo-Financeira, com 83%, ambas acima da aderência global. Os temas que apresentam maior oportunidade de melhoria são Suprimentos, com 76%, e Legislação do SUS, com 72%. As principais oportunidades de melhoria são:

- Melhoria nas condições de armazenamento e da infraestrutura para suprimentos, como: adequação das dimensões da área da Farmácia conforme os padrões mínimos da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde; e aquisição de equipamentos, como, por exemplo, termômetros e câmara fria para suprimentos de Nutrição.
- Regularização das reuniões mensais e dos trabalhos das Comissões Obrigatórias já instituídas e nomeadas no Humap, mas intermitentes, como Comissão de Ética Médica, CIPA e de Transplantes e Captação de Órgãos.

4.1 Priorização dos Macroproblemas

Os problemas citados foram agrupados conforme suas similaridades, obtendo cinco principais macroproblemas, que nortearão a construção do Plano Diretor do HUMAP. Em uma oficina de priorização de problemas, considerando o valor político do problema, o interesse dos demais atores sociais e recursos exigidos, governabilidade sobre o problema, impacto regional, exigência de inovação e custo de postergação, estabeleceu-se a seguinte ordem de prioridade:

Tabela 4-1 Declaração dos macroproblemas realizados durante o primeiro ciclo de visitas da equipe facilitadora no HUMAP em outubro 2014

Declaração do macroproblema

1. Ineficiência do modelo assistencial atual.
 2. Fragilidade de políticas institucionais entre o HUMAP e SUS.
 3. Inexistência de políticas de incentivo e inserção do ensino, pesquisa e inovação tecnológica.
 4. Ineficiência do modelo administrativo.
 5. Deficiência na infraestrutura física, de recursos humanos, equipamentos, tecnológica e de comunicação.
-

O macroproblema “Ineficiência do modelo assistencial atual” compreende, entre outros aspectos, a falta do Núcleo Interno de Regulação (NIR) e da articulação da regulação externa, baixa implementação das Linhas de Cuidado, deficiência da padronização das condutas, um modelo assistencial focado no médico e não no paciente e a inexistência do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O macroproblema “Fragilidade de políticas institucional entre o HUMAP e o SUS” relaciona-se, segundo a equipe, à tensão entre os interesses de ensino e assistência entre os atores. A equipe também apontou situações insatisfatórias na contratualização e uma imagem de que o HUF é ineficiente de acordo com as expectativas do SUS na região.

O macroproblema “Inexistência de políticas de incentivo e inserção do ensino, pesquisa e inovação tecnológica” inclui, mas não se limita, ao baixo envolvimento dos servidores com ensino e pesquisa, à inexistência de uma política de financiamento a pesquisas, à ausência de um polo de inovação e laboratório de pesquisa, além da ausência de estrutura básica para os alunos em plantão. Por parte dos professores, acreditam haver falta de estímulo à preceptoria.

O macroproblema “Ineficiência do modelo administrativo” relaciona-se, entre outros fatores, à falta de processos padronizados das áreas de, à ineficácia da política de desenvolvimento do RH, de comunicação interna e externa e a dificuldades de gerenciamento e engessamento dos recursos financeiros.

Por fim, o macroproblema “Deficiência na infraestrutura física, de recursos humanos, equipamentos, tecnológica e de comunicação” diz respeito aos desconfortos ligados diretamente à quantidade de pessoas, à estrutura física, tanto para a administração quanto para os alunos e pacientes e à falta de uma estrutura de TI.

Após análise realizada nas demais visitas foram recapitulados o macroplanejamento do projeto, os macroproblemas declarados na primeira visita, os objetivos estratégicos e fatores críticos de sucesso levantados na Oficina da Matriz SWOT e os resultados do Diagnóstico de Aderência à Lista de Contribuições.

Com a presença da equipe ampliada do hospital, foi realizada uma análise SWOT aprofundada, buscando a consideração de todos os aspectos internos e externos ao HUF que compõem sua situação atual.

Para melhor visualização, segue tabela abaixo.

Quadro 4-1 Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças identificadas no HUMAP UFMS

Forças	Fraquezas
• Tecnologia de ponta e proximidade com o ensino • Qualificação dos recursos humanos • Ampliação da formação especializada • Atendimento de casos de interesse clínico ensino e pesquisa • Diversidade de serviços especializados • Resgate da imagem institucional	• Processos de trabalho deficientes • Falta de comprometimento institucional • Fluxo licitatório moroso • Falta de fluxo e protocolos assistenciais
Oportunidades	Ameaças
• Estabilidade Profissional • Boa avaliação pelo usuário • Possibilidade de novas habilitações • Acesso à inovação tecnológica • Ampliação do quadro profissional	

	• Estabilidade profissional • Insuficiência de RH • Inexistência de assessoria jurídica • Limitação para crescimento e ampliação física • Demanda maior que a capacidade instalada • Limitação na legislação • Regulação arbitrária e ineficiente para modelo do hospital escola • Imagem institucional deteriorada perante a sociedade • Inexistência de recursos de ensino e pesquisa Tabela SIGTAP engessada
--	--

Observa-se a predominância de forças sobre as fraquezas e de ameaças em relação às oportunidades.

Dentre as Forças apontadas pelo grupo, destaca-se a qualificação dos recursos humanos, que, de acordo com a equipe, garantem o bom funcionamento da universidade e das atividades de assistência, mesmo sob condições adversas. Entre as Fraquezas, observa-se que a equipe sente falta de protocolos e fluxos que auxiliem e padronizem suas rotinas de trabalho, o que acaba por gerar outras fraquezas, como processo moroso de licitação e falta de comprometimento institucional.

No ambiente externo, em relação às oportunidades, a equipe apontou o aumento do quadro profissional devido ao concurso aberto pela Ebserh e a conseguinte estabilidade profissional gerada. Além disso, apontam o acesso à inovações tecnológicas e possibilidade de novas habilitações.

Em relação às ameaças, a equipe apontou um eixo relacionado à infraestrutura, configurado pela falta de recursos humanos, tanto para a assistência quanto para

ensino e pesquisa, e pela limitação de expansão física. Além disso, a equipe entende que a recente operação Sangue Frio acabou por deteriorar a imagem institucional do hospital perante a sociedade, trazendo fragilidade para seu posicionamento. Outro ponto entendido como limitante do trabalho do Humap foi a tabela Sigtap do SUS, considerada engessada, de acordo com a equipe.

Em seguida, as Forças e Fraquezas foram relacionadas com as Oportunidades e Ameaças.

Assim, com a formação da matriz qualificada, ficou evidente que o Humap tem um maior número de cruzamentos no quadrante “Crescimento”, que relaciona Fraquezas com Oportunidades, de maneira que o Humap acaba por não aproveitar oportunidades devido a suas fraquezas internas; e no quadrante “Sobrevivência”, que relaciona Fraquezas com Ameaças, ou seja, o hospital está propício a sofrer com estas ameaças por ter fraquezas que não protegem a instituição.

No entanto, a presença significativa de forças que impactam no aproveitamento de oportunidades externas e na mitigação de ameaças faz com o que o hospital tenha presença considerável nos quadrantes “Desenvolvimento”, que relaciona forças e oportunidades, e “Manutenção”, que relaciona forças com ameaças.

A análise quantitativa horizontal da tabela permite a inferência dos Fatores Críticos de Sucesso do Humap, por serem aqueles com maior número de cruzamentos e, portanto, com maior influência sobre o ambiente externo. Em relação às forças, destaca-se a “Diversidade de serviços especializados”, com 10 cruzamentos, por, entre outros fatores apontados na tabela, colaborar para a boa avaliação do usuário e para a possibilidade de novas habilitações para o Humap. Além disso, ajuda a controlar a ameaça da ausência de RH e da regulação arbitrária, por conseguir receber um número maior de pacientes. Outra força com destaque é o “Resgate da imagem institucional”, com 9 cruzamentos, por também colaborar para a conquista de novas habilitações e ampliação do quadro funcional do Humap. Em relação às ameaças, tem destaque para a mitigação da imagem deteriorada do hospital perante a sociedade, além de colaborar para a conquista de recursos para ensino e pesquisa.

Já em relação às fraquezas, tem-se “Processos de trabalho deficientes”, com 15 cruzamentos, ou seja, com influência em todos os fatores externos levantados, de maneira que fica evidente que esta fraqueza deve ser priorizada pelo seu impacto

negativo para o hospital, com destaque para seu impacto negativo na avaliação feita pelo usuário e em todos os fatores que requerem organização interna, como a busca por ampliação de espaço físico, acompanhamento da legislação e melhor aproveitamento da Tabela Sigtap. Além disso, destaca-se a “Falta de comprometimento institucional”, com 14 cruzamentos. Neste caso, além do impacto na avaliação do usuário, o hospital deixa de aproveitar a possibilidade de acesso à inovação tecnológica e agrava ameaças como a falta de recursos, inexistência de assessoria jurídica, ineficiência de recursos humanos, entre outros.

A partir desses cruzamentos, a equipe definiu seus objetivos estratégicos abaixo, de maneira a direcionar futuros planos de ação:

- Elaborar, implantar e fazer cumprir fluxos e protocolos assistenciais;
- Elaborar, implantar e fazer cumprir POPs em todas as áreas;
- Monitorar o desempenho através de indicadores e metas;
- Implantar Núcleo de Educação Permanente; e
- Reestruturar a política de comunicação externa e interna

O Macroproblema “Ineficiência do modelo assistencial atual” foi reformulado para “Modelo assistencial fragmentado”, pois a equipe apontou que o problema enfrentado hoje é a organização dos atores sociais envolvidos, que encontram-se dispostos de modo medicocêntrico e agem de modo fragmentado. Dessa forma, toda a cadeia de valor está organizada de modo fragmentado.

O Macroproblema “Ineficiência do modelo administrativo” foi reformulado para: “Dificuldade na implantação do novo modelo administrativo”, pois a equipe apontou que, com a intensificação da participação do HUMAP na rede EBSEH, o problema enfrentado hoje não é mais a ineficiência do modelo e sim a dificuldade em implementar o modelo proposto pela EBSEH, decorrente da morosidade da incorporação dos cerca de 800 concursados e da definição de atribuições entre a matriz e a filial.

Seguem abaixo os Macroproblemas ajustados:

- **Macroproblema 1:** Modelo assistencial fragmentado;
- **Macroproblema 2:** Fragilidade de políticas institucionais entre HUMAP e SUS;

- **Macroproblema 3:** Inexistência de políticas de incentivo e inserção do ensino, pesquisa e inovação tecnológica;
- **Macroproblema 4:** Dificuldades de Implantação do novo modelo administrativo; e
- **Macroproblema 5:** Deficiência na infraestrutura física, de recursos humanos, equipamentos, tecnológica e de comunicação.

Para priorizar os problemas que iremos atuar foram atribuídas notas de valor e interesse para cada problema de acordo com a seguinte referência: Para Interesse, foram atribuídas notas entre “Positivo”, “Neutro” e “Negativo”, conforme a posição face à alteração da realidade do Macroproblema. Para Valor, foi atribuído “Alto”, “Médio” ou “Baixo”, de acordo com a importância que o ator confere ao Macroproblema (tabela abaixo).

Tabela 4-2 Priorização de macroproblemas de acordo com o valor e interesse relatado pelo grupo afinidade, ampliado. HUMAP (2015).

	Macroproblema	Valor	Interesse
1	Modelo assistencial fragmentado	Alto	Positivo
2	Fragilidade de políticas institucionais entre HUMAP e SUS	Alto	Positivo
3	Inexistência de políticas de incentivo e inserção do ensino, pesquisa e inovação tecnológica	Médio	Positivo
4	Dificuldade na implantação do novo modelo administrativo	Alto	Positivo
5	Deficiência na infraestrutura física, de recursos humanos, equipamentos, tecnológica e de comunicação	Alto	Positivo

Para enfrentamento e desenvolvimento do plano de ações foram selecionados apenas os Macroproblemas que apresentaram valor “alto” e interesse “positivo”. Macroproblema A, B, C e E. Considerando, ainda a crise financeira em que o País se encontra, e a dificuldade de se viabilizar recursos em curto prazo de tempo, visto que a execução e conclusão do plano vem sendo planejada para dois anos, o grupo afinidade e a equipe ampliada optou por elaborar os planos de ação para resolução dos macroproblemas A, B, C.

Para evidenciar as ações utilizamos da ferramenta de construção da árvore explicativa para cada macroproblema priorizado.

Selecionados os problemas, passou-se à descrição dos mesmos por meio de indicadores ou descritores, considerando-se os DESCRITORES como indicadores que definem os problemas com clareza. Os descritores podem ser quantitativos ou qualitativos devem ser necessários e suficientes para expressar o problema sem confundi-los com outros ou com suas próprias causas e consequências (ARTMANN, 2000).

Sempre é importante assinalar a fonte de verificação do descritor, ou seja, a procedência da informação. A descrição, quando bem feita, resultará nos indicadores que serão utilizados para avaliar os impactos do plano. Os descritores devem permitir identificar as relações de determinação entre as causas, entre si e entre estas e o problema uma vez organizado o fluxograma situacional (Árvore Explicativa) (ARTMANN, 2000).

Os problemas estratégicos estão sempre entrelaçados com outros problemas, podendo-se identificar causas que são comuns a vários problemas que se manifestam, inclusive, em diferentes setores (MORGAN, 1996). Os nós críticos (NC) são as causas do problema que serão os pontos de enfrentamento do mesmo e sobre os quais serão elaboradas as propostas de ação. Na seleção dos nós críticos, observam-se três critérios representados pelas seguintes perguntas a serem aplicadas a cada causa do problema:

- A intervenção sobre esta causa trará um impacto representativo sobre os descritores do problema, no sentido de modifica-los positivamente?
- A causa constitui-se num centro prático de ação, ou seja, há possibilidade de intervenção direta e eficaz sobre este nó causal?
- É politicamente oportuno intervir?

Quando todas estas três questões são respondidas afirmativamente, o nó deve ser selecionado como crítico, ou seja, como ponto de enfrentamento sobre as quais serão elaboradas as propostas de ação.

4.1.1 Macroproblema 1: Modelo Assistencial Fragmentado

Segundo Mendes (2002), a Gestão da Clínica abrange o estabelecimento de mecanismos de governança para garantir a utilização das melhores práticas na

assistência e a melhoria contínua da qualidade da gestão da saúde, criando um ambiente propício para o desenvolvimento da excelência no atendimento e, consequentemente, do ensino.

Na Gestão da Clínica podemos destacar seis tópicos principais que compõe a cadeia de valor da atividade:

- **Gestão da Efetividade Clínica:** envolve a construção de diretrizes de efetividade clínica (medida da extensão em que uma intervenção clínica funciona, com base em evidências e em aspectos de eficiência e segurança), entre elas, as Linhas de Cuidado e os Protocolos Clínicos, como forma de viabilizar a integralidade de atenção à saúde;
- **Gestão do Cuidado Assistencial:** compreende a reorganização do modelo assistencial em um projeto de cuidado centrado nos usuários, que considera a alteração epidemiológica da população atendida pelo complexo hospitalar e é executado por equipes multiprofissionais, que atuam de forma integrada;
- **Educação Continuada e Permanente:** a Educação Continuada consiste em processo continuado que se inicia após a formação básica e tem como intuito atualizar e melhorar a capacidade de uma pessoa ou grupo, frente à evolução técnico-científica e às necessidades sociais. Já a Educação Permanente compreende política pública inovadora de construção do conhecimento, orientada para enriquecer a essência humana e suas atividades, formulada para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde;
- **Auditoria Clínico-assistencial:** consiste na gestão da informação assistencial (de forma a garantir transparência da comunicação aos trabalhadores, alunos e usuários) e a revisão do desempenho clínico para melhoria da prática, baseada na comparação entre resultados e padrões acordados;
- **Gestão das atividades de Regulação:** compreende a regulação interna dos leitos, consultas e de todos os recursos de saúde e realização da gestão de informação da capacidade interna de assistência da instituição, garantindo a disponibilização de consultas, serviços de apoio e leitos de internação. Neste contexto são produzidos insumos para contratualização com o gestor local;
- **Gestão da Segurança Assistencial:** engloba as boas práticas para diminuir os riscos relacionados à assistência à saúde e prevenir a ocorrência de

incidentes, representados por variâncias nas intervenções diagnósticas ou terapêuticas em relação a padrões pré-definidos, tendo como premissa padrões de referência definidos pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);

- Com relação à Padronização da Atenção à Saúde, as melhores práticas recomendadas são:
 - Adoção de Linhas de Cuidado em conformidade com a Rede de atenção à saúde;
 - Adoção de Protocolos Clínicos intra-hospitalar;
 - Implantação de um modelo de Classificação de Risco alinhado à rede de atenção à saúde;
 - Revisão/Implementação de Comissões Assessoras; e
 - Revisão/desenvolvimento de Indicadores de Efetividade Clínica.

As linhas de cuidado são modelos matriciais que integram ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, em resposta às necessidades de cuidado de grupos específicos. O desenho da Linha de Cuidado considera a atenção à saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e micro institucionais, em processos extremamente dinâmicos, nos quais está associada a imagem de uma linha de produção voltada ao fluxo de assistência ao beneficiário, centrada em seu campo de necessidades.

As linhas de cuidado se organizam no âmbito dos serviços e das redes de atenção. Nas redes a “linha de produção” relaciona-se ao fluxo de cuidado do usuário em todos os momentos de contato do cidadão com os serviços e sistemas de saúde; e reúne todos os recursos que devem ser disponibilizados para essa condição.

As Linhas de Cuidado, sob a perspectiva da gestão, articulam recursos e práticas de produção do cuidado, orientadas por diretrizes clínicas e precisam organizar, ampliar e contratar os pontos de atenção na mesma lógica, garantindo acesso integral em respostas as necessidades do cidadão. A identificação das melhores evidências contribui com o processo, mas deve ser analisada à luz da realidade da unidade de saúde no território específico. No processo de construção das linhas de cuidado é fundamental garantir recursos materiais e humanos necessários à sua efetiva operacionalização. É preciso ainda avançar na integração e

responsabilização das equipes de saúde, na interação entre equipes e serviços, nos processos de educação permanente e de apoio matricial e na gestão de compromissos de resultados pactuados.

O modelo assistencial no HUMAP está muito atrasado com relação às novas orientações do Ministério da Saúde. A falta de recursos humanos impede que tenhamos uma equipe multiprofissional atuante, os protocolos clínicos estão defasados por falta de uma auditoria clínica efetiva, a equipe atual está cansada, sobrecarregada e desmotivada, tanto para a assistência, quanto para o ensino, além de percebermos nitidamente a pouca eficiência da assistência quando avaliamos a média de permanência, a taxa de mortalidade, a taxa de infecção hospitalar e a taxa de cesarianas.

Outro ponto crítico é que o hospital não tem um programa de avaliação de desempenho real de seus servidores, sem estipulação nem cobrança de metas, além de deficiência importante na Educação Permanente como um todo.

A produtividade do centro cirúrgico deixa a desejar, com elevada taxa de suspensão de cirurgias, número total de cirurgias/mês abaixo da capacidade operacional, além da inexistência de um fluxo de cirurgias por complexidade, utilizando melhor as salas cirúrgicas.

A construção da Árvore Explicativa do Macroproblema 1: Modelo Assistencial Fragmentado encontrou os descritores, causas e consequências apresentados na figura 4-3.

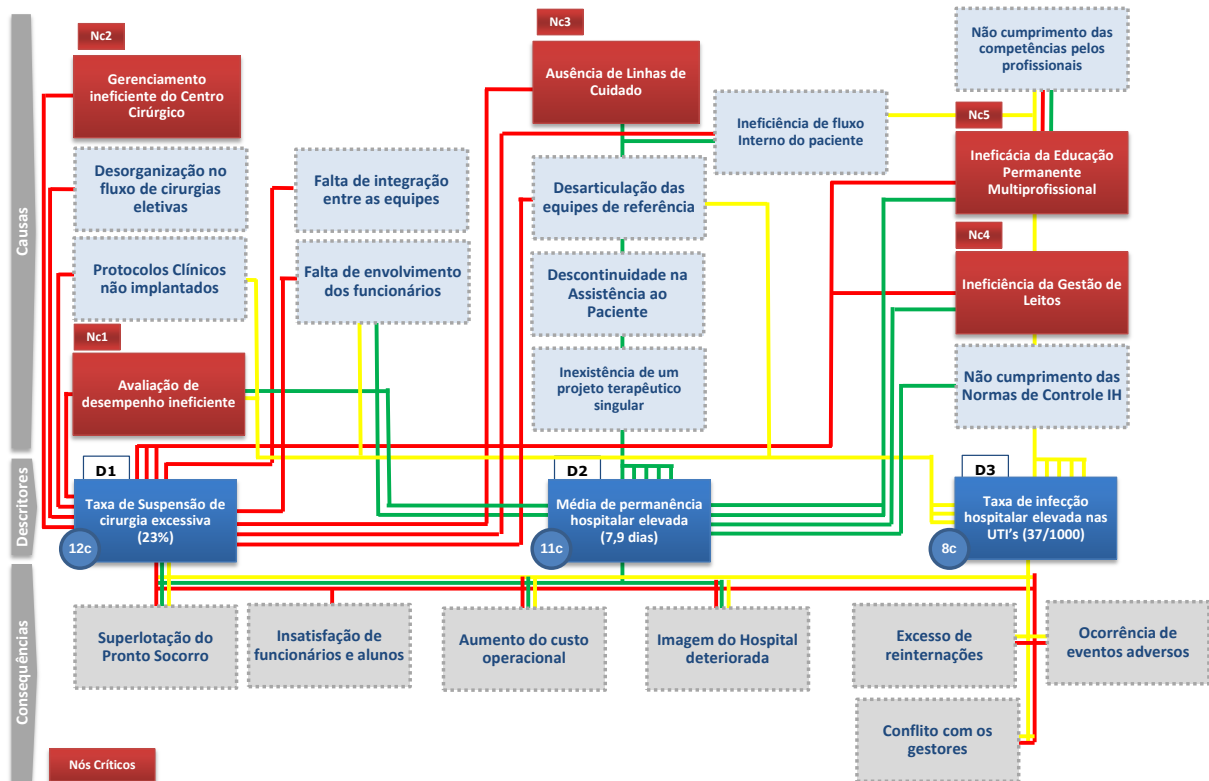


Figura 4-3 Arvore Explicativa construída com o grupo afinidade e equipe ampliada para o Macroproblema 1 – Modelo Assistencial Fragmentado.

Descritores:

D1: Taxa de suspensão de cirurgia excessiva (23%);

D2: Média de permanência hospitalar elevada (7,9 dias); e

D3: Taxa de infecção hospitalar elevada nas UTIs (37/1000).

Quinze causas com cinco nós críticos

- 1- Gerenciamento ineficiente do centro cirúrgico; (NC2)
- 2- Desorganização no fluxo de cirurgias eletivas;
- 3- Protocolos clínicos não implantados;
- 4- Avaliação de desempenho ineficiente; (NC1)
- 5- Falta de integração entre as equipes;
- 6- Falta de envolvimento dos funcionários;

- 7- Ausência de Linhas de Cuidado; (NC3)
- 8- Desarticulação das equipes de referência;
- 9- Descontinuidade na assistência ao paciente;
- 10- Inexistência de um Projeto Terapêutico Singular;
- 11- Ineficiência do fluxo interno de paciente;
- 12- Não cumprimento das competências pelos profissionais;
- 13- Ineficácia da educação permanente multiprofissional; (NC5)
- 14- Ineficiência da gestão de leitos; (NC4)
- 15- Não cumprimento das normas de controle de infecção hospitalar;

Tendo sete consequências:

- 1- Superlotação do pronto-socorro;
- 2- Insatisfação de funcionários e alunos;
- 3- Aumento do custo operacional;
- 4- Imagem do hospital deteriorada;
- 5- Excesso de reinternações;
- 6- Ocorrência de eventos adversos;
- 7- Conflito com os gestores;

Assim, avaliando o cruzamento dos “nós críticos” com as oportunidades, observamos possibilidades de desenvolvimento das linhas de cuidado e do desenvolvimento de protocolos para operacionalizar as linhas de serviços e desenvolver protocolos para operacionalizar essa produção, o que facilitará a regulação interna e, conseqüentemente, colaborará para a resolução do problema. O NC ineficiência da educação permanente multiprofissional, relaciona-se com os três descritores, tendo alto poder de melhora sobre todas as consequências. O mesmo ocorre com o NC avaliação de desempenho ineficiente que, se trabalhado em todas as suas potencialidades, terá grande influência na melhora de todos os descritores.

Outra oportunidade é o desenvolvimento do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, responsável pela gestão de leitos, fornecendo relatórios com indicadores gerenciais de movimentação de leitos, tempo de permanência hospitalar e indicadores contidos na contratualização. Definição de indicadores periódicos e permanentes, que hoje se limitam àqueles presentes na contratualização e não geram ações corretivas, mesmo para os que não atingem a meta esperada. Realização de auditoria clínico-assistencial para avaliação da qualidade da atenção à saúde em âmbito hospitalar e definição de fórum colegiado para avaliação dos relatórios gerados.

Adoção em todos os serviços da avaliação multiprofissional, abrangendo usuário e família, da gestão de caso no cuidado assistencial, do apoio ao autocuidado, da elaboração de planos terapêuticos individualizados, do controle do tempo de internação e da realização da alta responsável. Desenvolvimento de um sistema regular de educação permanente para colaboradores envolvidos com o cuidado assistencial e implementação de um programa de treinamento, capacitação e desenvolvimento de todas as categorias.

4.1.2 Macroproblema 2: Fragilidade de políticas institucionais entre HUMAP e SUS

Historicamente, principalmente antes de 1992, o modelo do Hospital Universitário foi aquele onde o hospital era usado somente como um campo de treinamento técnico, principalmente das equipes médicas, sem vínculo nenhum com o sistema de saúde, com gestão não profissionalizada e submetida ao mérito acadêmico, significando que os docentes mais graduados eram os mais influentes. Por isso, eram tratados, tanto pelo Ministério da Saúde como pelos gestores do SUS como hospitais não estratégicos na rede de atendimento. A partir da implementação da constituição de 1988, com consequente normatização do SUS, que garantia não só o atendimento a todos os brasileiros, mas também as noções de integralidade e equidade do tratamento, começou a haver um movimento de colocar para os HUs o papel de referência de atendimento de casos mais complexos (CAMPOS, 1999).

Em relação ao financiamento, os hospitais universitários federais (HUFs) o tinham garantido desde a sua criação e de forma integral pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), desvinculado da produção de serviços. Dessa forma, o financiamento dos HUFs era definido na lógica de orçamento, sem um sistema

contratual formal ou informal que vinculasse o repasse de recursos ao alcance de metas e ao cumprimento de compromissos com o sistema de saúde, confirmando sua missão primeira de ensino e pesquisa (CAMPOS, 1999).

A Lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080 de 1990/MS estabeleceu em seu Art. 45º que *[...] os serviços dos Hospitais Universitários e de Ensino integram-se ao SUS, mediante convênio, respeitada sua autonomia administrativa em relação ao patrimônio, os recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.*

A partir de então, os HUFs passaram, teoricamente, a integrar o SUS. Entretanto, o funcionamento dos HUFs, desde então, atravessa grave crise econômica e financeira, sendo cobrada dos HUFs incorporação tecnológica, estrutura para ensino, pesquisa e extensão, integração com a rede SUS, mas sem que ocorressem as transformações necessárias para o cumprimento de tais tarefas.

Nesse contexto, diversas alternativas de soluções para a crise dos HUFs foram apontadas. Havia segmentos que defendiam a transferência desses para os gestores do SUS; havia os que defendiam a transformação dos hospitais em Organizações Sociais (OS), cuja marca principal é a flexibilização de relações, especialmente relacionadas à gestão de recursos humanos e com o setor privado; e houve os que defenderam a privatização dos HUs, criando estruturas nesses para a prestação de serviços ao sistema suplementar. Esses segmentos da sociedade permanecem, ainda hoje, no cenário de busca de soluções com algumas das alternativas apontadas anos atrás (CARMO, 2006).

Com o pressuposto de que a principal qualidade dos médicos deveria ser a sua capacidade de resolver problema de saúde, o que implicaria sua competência para realizar o que se denominou de clínica ampliada (saber e prática, que envolveriam aspectos biológicos, subjetivos e sociais), conclui-se pela inadequação do atual modelo de ensino da prática clínica, centrado dos HUs. Recomenda-se que as escolas acadêmicas deveriam integrar-se ao SUS, realizando contratos de cogestão, de modo a propiciar maior integração docente –assistencial (CARMO, 2006). O objetivo central seria inventar novos dispositivos institucionais que estimulasse a produção de padrões de vínculo, responsabilidade e regaste da eficácia e humanização do trabalho em saúde. A contratualização com o gestor do SUS municia a administração do hospital com instrumentos (metas) que induzem a

caminhar na direção de um aumento de produtividade, de negociação mais efetiva com a academia e de participação de toda a comunidade (Lei Nº 8.080/1990).

Nesse cenário nacional, houve grande diversidade de atuação dos diferentes HUFs na construção das relações institucionais com o SUS. As negociações e formalização dessas parcerias podem ser realizadas com o estado ou diretamente com o município (nos municípios com gestão plena). Entretanto, há uma tendência dos gestores do SUS em considerar a relação com os HUs difícil, devido à morosidade nos processos desses hospitais, à baixa governabilidade da direção sobre determinados serviços, à predominância da lógica do ensino sobre a lógica assistencial, dentre outros fatores que limitariam a efetividade do investimento nos HUs. Por outro lado, existe uma clara dificuldade dentro dos Hospitais Universitários em romper com a visão antiga de ensino exclusivo, sem foco na assistência e em entender que o simples fato de atender aos usuários do SUS não significa integração adequada com o mesmo.

O HUMAP, especificamente, atravessa crise grave que tem origem multifatorial e de longa data. Nesses poucos mais de 20 anos da Lei nº 8.080/90, onde os HUs devem ser integrados ao SUS, serviços fundamentais do hospital foram fechados e reabertos diversas vezes, inúmeras greves ocorreram, sendo praticamente incluídas no calendário anual da instituição; parte da pactuação com o gestor do SUS foi construída sem condição operacional para sua realização de fato e o não cumprimento do plano operacional agravou a crise de credibilidade do hospital perante os gestores. Além disso, questões políticas internas e externas têm impactado sistematicamente o desempenho do HUMAP.

Na questão educacional, em paralelo com a proliferação de faculdades de Medicina e outros cursos da área de ciências da saúde em diversas instituições, a quase hegemonia da Universidade Federal na formação de recursos humanos para a rede assistencial, também, deixou de existir. Além disso, a formação dos alunos focada no HUMAP, nas especialidades médicas, tanto em nível ambulatorial quanto nas unidades de internação, não tem produzido egressos com formação acadêmica para atender à demanda da rede. Agravando ainda mais o descompasso entre as demandas do SUS (prioridade na rede de atenção básica e de urgência/emergência) e a produção de mão de obra do curso de Medicina da UFMS, que tem seu internato realizado em sua maior parte nas dependências do HUMAP.

A construção da Árvore Explicativa do Macroproblema 2: Fragilidade de políticas institucionais entre HUMAP e SUS encontrou os descritores, causas e consequências apresentados na figura 4-4.

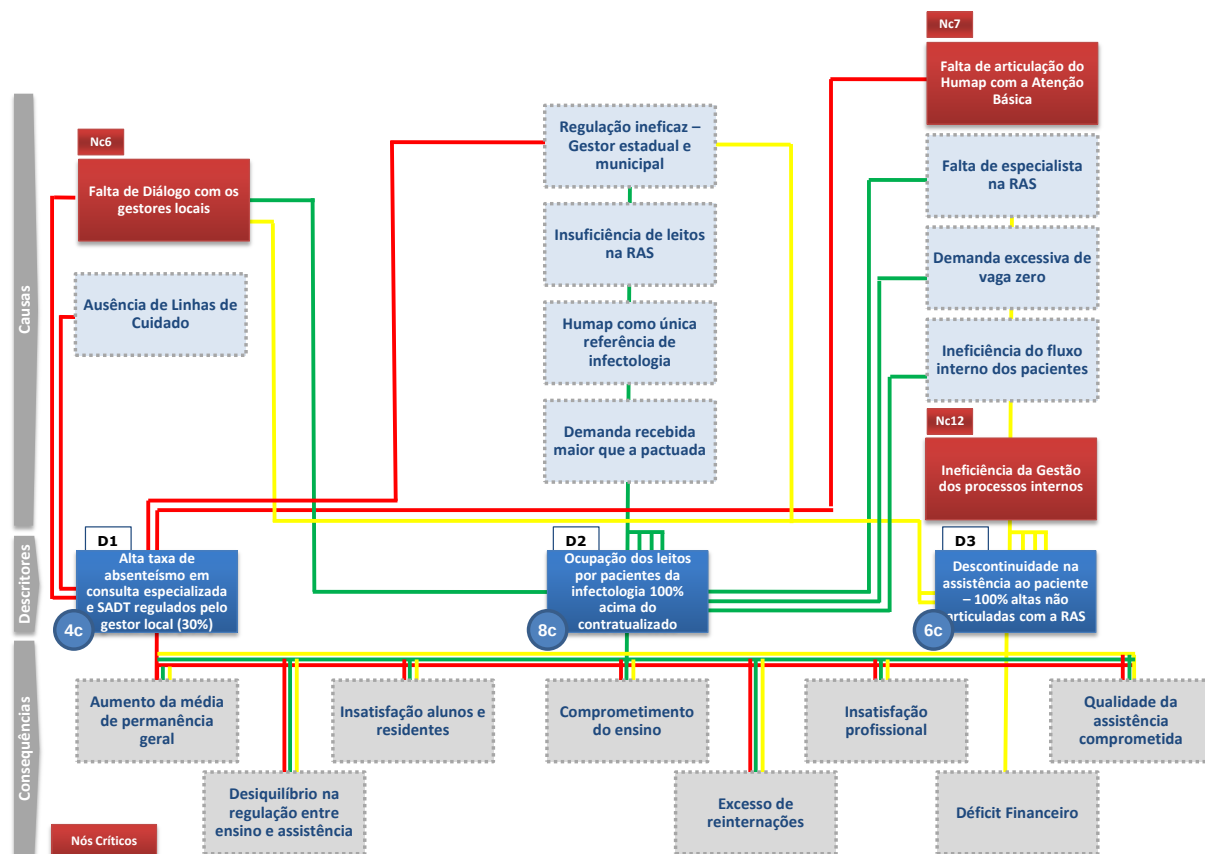


Figura 4-4 Arvore Explicativa construída com o grupo afinidade e equipe ampliada para o Macroproblema 2 - Fragilidade de políticas institucionais entre HUMAP e SUS.

Descritores:

D1: Alta taxa de absenteísmo em consulta especializada regulada pelo gestor local (30%);

D2: Ocupação dos leitos por pacientes da Infectologia 100% acima do contratualizado;

D3: Descontinuidade na assistência ao paciente – 100% das altas não articuladas com a RAS;

Onze causas com três nós críticos:

- 1- Falta de diálogo com os gestores locais; (NC1)

- 2- Ausência de Linhas de Cuidado;
- 3- Regulação ineficaz – Gestor estadual e municipal; (NC2)
- 4- Insuficiência de leitos na RAS;
- 5- HUMAP como única referência de Infectologia do estado de MS;
- 6- Demanda recebida maior que a pactuada;
- 7- Falta de articulação do HUMAP com a atenção básica; (NC3)
- 8- Demanda excessiva de vaga zero;
- 9- Falta de especialistas na RAS;
- 10- Ineficiência do fluxo interno de pacientes;
- 11-Ineficiência da Gestão dos processos internos.

Tendo oito consequências:

- 1- Aumento da média de permanência geral;
- 2- Desequilíbrio na regulação entre ensino e assistência;
- 3- Insatisfação de alunos e residentes;
- 4- Comprometimento do ensino;
- 5- Excesso de reinternações;
- 6- Insatisfação profissional;
- 7- Déficit financeiro;
- 8- Qualidade da assistência comprometida;

O fato de o HUMAP ser a única referência para Doenças Infecto Parasitárias do estado desde 2010, após o fechamento de leitos para essa especialidade nos outros hospitais, faz com que o número de pacientes atendimentos regularmente seja, no mínimo, o dobro do que está contratualizado, que são dez leitos dentro de enfermaria própria e adequada à legislação para atender este tipo de paciente. Com a Regulação, tanto municipal quanto estadual, encaminhando a maioria dos casos para o HUMAP, os pacientes que excedem a capacidade instalada, ficam em enfermarias não adequadas e pelos corredores do pronto-socorro, comprometendo muito a qualidade da assistência. A falta de diálogo com os gestores se agravou com o momento político muito instável que passa o município de Campo Grande

nos últimos dois anos, além de os outros dois hospitais de grande porte da cidade se recusarem a reabrir os leitos de DIP, justamente por serem internações de longa permanência e de custo elevado.

Outro ponto crítico é o fato de a Regulação estadual ser independente da municipal. Apesar de o prédio para receber o Complexo Regulador, como determina a norma do Ministério da Saúde, já estar pronto, ainda existe uma indefinição política muito grande sobre quem efetivamente irá coordenar a Regulação, além de ainda não existir um sistema informatizado único para esse controle. Com isso, o hospital fica à deriva das duas centrais de regulação, sendo que nenhuma respeita o que está contratualizado nem a nossa capacidade instalada, levando a todas as causas e consequências relatadas nesse macroproblema. A qualidade da assistência está comprometida e, conseqüentemente, a do ensino também.

A RAS no estado de MS ainda está muito desarticulada do ponto de vista prático. Não existe um fluxo estabelecido de contra referência na alta hospitalar para que o paciente tenha garantido a continuidade de cuidado, quando necessário. Na alta o paciente recebe os encaminhamentos por escrito, quando necessário, mas isso não garante que o mesmo receba o atendimento em tempo hábil. Como as Linhas de Cuidado no HUMAP estão muito incipientes, além de implantá-las de forma integral, é necessária uma aproximação com a RAS para que o paciente tenha garantida a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

O HUMAP precisa trabalhar de forma proativa com os gestores e as centrais de Regulação para melhorar o repasse financeiro na contratualização e respeitar o perfil de atendimento do mesmo. Manter um diálogo permanente com os outros grandes hospitais da cidade para que todos trabalhem em conjunto, visando a melhora da assistência à população.

A instrumentalização dos gestores com o conhecimento das políticas nacionais de saúde e seus diversos programas, leva o hospital a participar de forma ativa na rede SUS e nas suas diversas linhas de cuidado, fazendo com que a instituição possa cumprir seu papel e efetivamente atingir seus objetivos. Esta micropolítica, também, deverá estar inserida na gestão para garantir a integralidade da atenção ao usuário e permitir articulações de referência e contra referência nas linhas de cuidado da rede, bem como o contato direto entre os diretores dos hospitais e os gestores do município e do estado (FRANCO, 2006).

4.1.3 Macroproblema 3: Inexistência de incentivo e inserção do ensino, pesquisa e inovação tecnológica

O modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente frente aos desafios sanitários atuais e, insustentável para enfrentamentos futuros.

Desta forma, a integralidade do cuidado ao usuário dos serviços de saúde tem sido a tônica de ações recentes do Ministério da Saúde no Brasil, explicitada em portarias, tais como as Diretrizes para a Organização de Atenção à Saúde do SUS (Portaria nº 4.279 de 2010). Esta é definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

O termo integralidade pode ser empregado em dois contextos, tanto na definição das políticas de saúde quanto na caracterização dos cenários de aprendizagem dos estudantes das profissões de saúde. Neste sentido, também tem sido propostas ações governamentais voltadas para a formação de profissionais de saúde na integralidade ensino/assistência, dentre as quais se citam a Programa de Educação pelo Trabalho (PET/Saúde) e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pro-Saúde).

Cabe ressaltar que o ambiente universitário, por sua natureza, está construído sobre o tripé: Ensino, Pesquisa e Extensão. Entendendo que a extensão universitária também faz interface com a assistência, para as profissões de saúde espera-se que a academia perpassasse pelos pilares de ensino, pesquisa e extensão/assistência à saúde. A pesquisa aplicada tem sido o foco de instituições de ensino superior que essencialmente consideram o “professor como gerador e não só como transmissor de conhecimentos” (RODRIGUES, 2012). Nessa perspectiva, os hospitais universitários se apresentam como um cenário extremamente rico em oportunidades de se integrar ensino e pesquisa, utilizando a face assistencial do sistema de saúde tanto como um recurso pedagógico, quanto como fonte de informação científica.

Apesar deste Macroproblema não estar contemplado nos sete Modelos de Referência, na discussão dos macroproblemas com a equipe ampliada, decidiu-se

por priorizar o ensino e a pesquisa no HUMAP, resgatando um dos papéis principais na sociedade que é a formação de profissionais da área da saúde e a pesquisa, já que a integração Ensino & Pesquisa e Assistência, está dificultada tanto pela infraestrutura quanto pela ausência de políticas de incentivo.

A construção da Árvore Explicativa do Macroproblema 3: Inexistência de incentivo e inserção do ensino, pesquisa e inovação tecnológica encontrou os descritores, causas e consequências apresentados na figura 4-5.

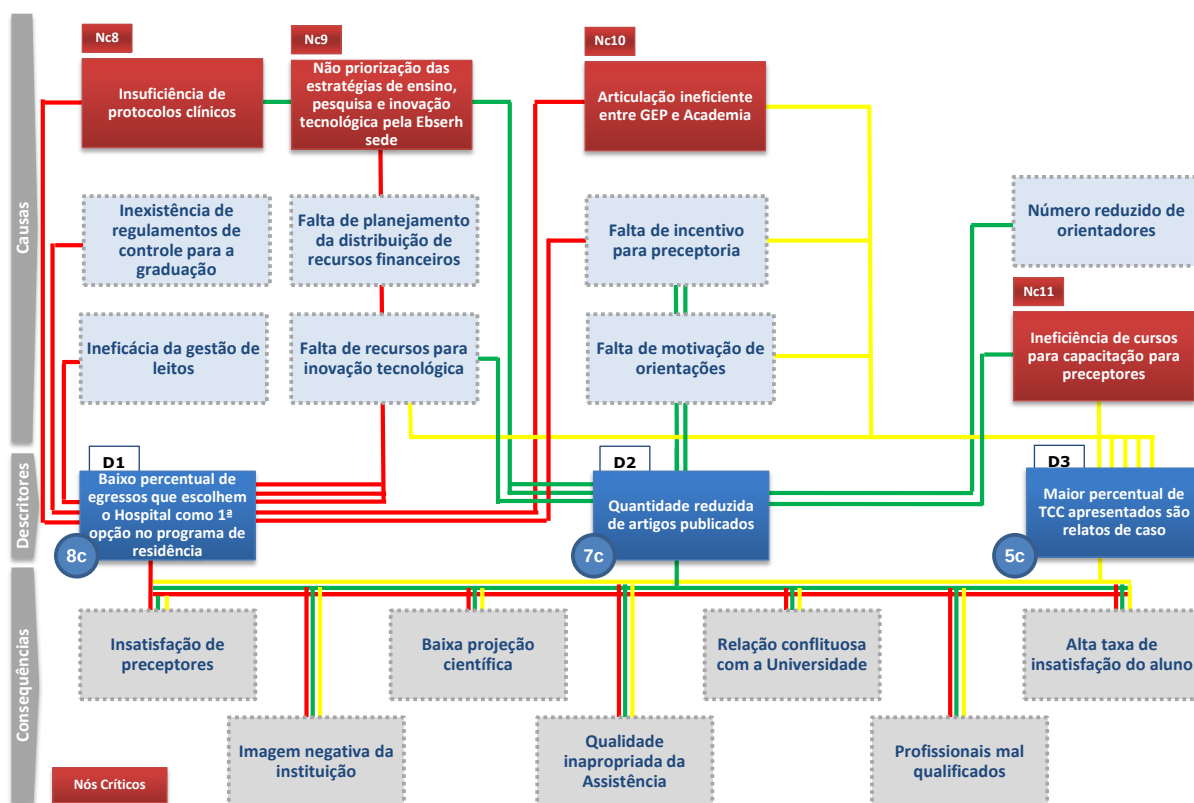


Figura 4-5 Arvore Explicativa construída com o grupo afinidade e equipe ampliada para o Macroproblema 3 – Inexistência de incentivo e inserção do ensino, pesquisa e inovação tecnológica.

Descritores:

- 1- Baixo percentual de egressos que escolhem o HUMAP como primeira opção no programa de residência;
- 2- Quantidade reduzida de artigos publicados;
- 3- Maior percentual de TCC apresentados são de relatos de caso;

Onze causas com cinco nós críticos:

- 1- Insuficiência de protocolos clínicos; (NC1)
- 2- Inexistência de regulamentos de controle para a graduação;
- 3- Ineficácia da gestão de leitos;
- 4- Inexistência de recurso financeiro para ensino e pesquisa; (NC2)
- 5- Falta de planejamento da distribuição de recursos financeiros;
- 6- Falta de recursos para inovação tecnológica;
- 7- Articulação ineficiente entre Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) e a Academia; (NC3)
- 8- Falta de incentivo para a preceptoria; (NC4)
- 9- Falta de motivação para orientações;
- 10- Número reduzido de orientadores;
- 11- Ineficiência de cursos para capacitação de preceptores; (NC5)

Tendo sete consequências:

- 1- Insatisfação de preceptores;
- 2- Imagem negativa da instituição;
- 3- Baixa projeção científica;
- 4- Qualidade inapropriada da assistência;
- 5- Relação conflituosa com a Universidade;
- 6- Profissionais mal qualificados;
- 7- Alta taxa de insatisfação do aluno;

No cruzamento dos nós críticos com as oportunidades, só o NC relacionado à insuficiência de protocolos clínicos foi contemplado, visto que este macroproblema não se enquadra completamente nos sete Modelos de Referência.

Devemos promover a institucionalização de protocolos clínicos desenvolvidos por equipes multiprofissionais, dado que hoje os Pops existentes dependem de iniciativas da enfermagem de cada setor.

No Quadro abaixo, discriminamos os três macroproblemas com seus respectivos nós críticos e as oportunidades de melhoria levantadas no diagnóstico situacional do HUMAP, utilizando-se os sete modelos de referência.

Quadro 4-2 Nós críticos e oportunidades de melhoria identificadas

Macro Problema	Nó Crítico	MRs	GRs	Oportunidades de melhoria associadas
Modelo Assistencial fragmentado	1. Avaliação de desempenho ineficiente	GC	GC05	Implementação de Programa de avaliação de desempenho profissional.
	2. Gerenciamento ineficiente do Centro Cirúrgico	GC	GC04	Adoção das medidas de segurança do paciente estabelecidas nos Protocolos, de acordo com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).
	3. Ausência de Linhas de Cuidado	GC	GC01	- Desenvolvimento de Linhas de Cuidado baseadas na epidemiologia local; - Institucionalização de protocolos clínicos desenvolvidos por equipes multiprofissionais, dado que hoje os POPs existentes dependem de iniciativas da enfermagem de cada setor; e - Reorganização das ações no âmbito hospitalar para atuação em Linhas de Cuidado.
		GC	GC02	- Adoção em todos os serviços da avaliação multiprofissional, abrangendo usuário e família, da gestão de caso no cuidado assistencial, do apoio ao autocuidado, da elaboração de planos terapêuticos individualizados, do controle de tempo de internação e da realização de alta responsável; e - Revisão e reformulação da rotinas assistenciais a partir do cuidado assistencial com foco no usuário.
		GH	GH02	Implementação do Modelo de gestão por processos.
	4. Ineficiência da Gestão de Leitos	GC	GC06	Desenvolvimento do setor de regulação, responsável pela gestão de leitos, fornecendo relatórios com indicadores gerenciais de movimentação de leitos, consultas, exames, tempo de permanência hospitalar e indicadores contidos na contratualização.

Macro Problema	Nó Crítico	MRs	GRs	Oportunidades de melhoria associadas
		HH	HIG	Realização dos procedimentos institucionalizados para a comunicação entre o gerenciamento de leitos e o serviço de higienização, com o apoio de um sistema de informação, dado que hoje se baseia na comunicação via telefone entre enfermeiro responsável e equipe de limpeza do setor.
Modelo Assistencial fragmentado	5. Ineficácia da Educação Permanente Multiprofissional	GC	GC07	- Desenvolvimento de sistema regular de educação permanente para colaboradores envolvidos com o cuidado assistencial; e - Implementação de um programa de treinamento, capacitação e desenvolvimento de todas as categorias.
		HH	HIG ROU SND AMB	Definição de um programa de treinamento aos trabalhadores dos serviços de hotelaria.
		EF	EF05	Realização de programa de desenvolvimento de profissionais em gestão de recursos públicos.
		Outros	-	Criação de Programa de Desenvolvimento de pessoas integrado em todo o Humap, com a incorporação de novos profissionais a partir do concurso.
Fragilidade de políticas institucionais entre Humap e SUS	6. Falta de Diálogo com os gestores locais	GC	GC06	Desenvolvimento do setor de regulação, responsável pela gestão de leitos, fornecendo relatórios com indicadores gerenciais de movimentação de leitos, consultas, exames, tempo de permanência hospitalar e indicadores contidos na contratualização.
	7. Falta de Diálogo com os gestores locais	GC	GC01	Definição de indicadores periódicos e permanentes, que hoje se limitam àqueles presentes na contratualização e não geram ações corretivas, mesmo para os que não atingem a meta esperada.

Macro Problema	Nó Crítico	MRs	GRs	Oportunidades de melhoria associadas
		GC	GC06	- Implementação dos Sistemas de Informação direcionados à regulação assistencial; - Desenvolvimento do setor de regulação, responsável pela gestão de leitos, fornecendo relatórios com indicadores gerenciais de movimentação de leitos, consultas, exames, tempo de permanência hospitalar e indicadores contidos na contratualização; e - Instituição de ações relativas à regulação do acesso, no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS).
	8. Falta de articulação do Humap com a Atenção Básica	GC	GC06	- Desenvolvimento do setor de regulação, responsável pela gestão de leitos, fornecendo relatórios com indicadores gerenciais de movimentação de leitos, consultas, exames, tempo de permanência hospitalar e indicadores contidos na contratualização; e - Instituição de ações relativas à regulação do acesso, no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS).
Inexistência de políticas de incentivo e inserção do ensino, pesquisa e inovação tecnológica	9. Insuficiência de protocolos clínicos	GC	GC01	Institucionalização de protocolos clínicos desenvolvidos por equipes multiprofissionais, dado que hoje os POPs existentes dependem de iniciativas da enfermagem de cada setor.
		GC	GC02	- Adoção em todos os serviços da avaliação multiprofissional, abrangendo usuário e família, da gestão de caso no cuidado assistencial, do apoio ao autocuidado, da elaboração de planos terapêuticos individualizados, do controle de tempo de internação e da realização de alta responsável; e - Atualização e disponibilização dos manuais de procedimentos e rotinas técnico-assistenciais.

Macro Problema	Nó Crítico	MRs	GRs	Oportunidades de melhoria associadas
	10. Inexistência de recurso financeiro para ensino e pesquisa	EF	EF01	- Elaboração de planejamento orçamentário com horizonte superior a um ano, e integrado ao planejamento estratégico, que considere as necessidades de investimentos de longo prazo; - Realização de planejamento orçamentário anual, elaborado de modo participativo; e - Programação orçamentária quadrimestral e financeira mensal, para além da visão dos recursos recebidos do Fundo Nacional de Saúde e considerando outras fontes, como o Rehuf.
		EF	EF04	Adoção de modelo de custeio gerencial.
		GH	GH01	Revisão dos valores de custeio e mecanismos de financiamento hospitalar.
		Outros	-	Integração entre Ensino & Pesquisa e Assistência, dificultada tanto pela infraestrutura quando pela ausência de políticas de incentivo.
	11. Articulação ineficiente entre GEP e Academia	HS	HS04	Definição e divulgação de política de comunicação na perspectiva do ensino, pesquisa e assistência
		GH	GH03	Construção do planejamento estratégico com a participação de atores da assistência, administrativos, de ensino e de pesquisa.
		Outros	-	Integração entre Ensino & Pesquisa e Assistência, dificultada tanto pela infraestrutura quando pela ausência de políticas de incentivo.
	12. Falta de incentivo para preceptoria	GC	GC05	Implementação de programa de avaliação de desempenho profissional.
		Outros	-	Integração entre Ensino & Pesquisa e Assistência, dificultada tanto pela infraestrutura quando pela ausência de políticas de incentivo.

Macro Problema	Nó Crítico	MRs	GRs	Oportunidades de melhoria associadas
	13. Ineficiência de cursos para capacitação para preceptores	GC	GC07	Implementação de um programa de treinamento, capacitação e desenvolvimento de todas as categorias

Após novas discussões da equipe ampliada, durante a construção do plano de ação, optou-se por retirar o NC “Inexistência de recurso financeiro para ensino e pesquisa” no MC3, visto a pouca governabilidade do hospital quanto a isso e a grave crise financeira instalada no país, além de alterar o NC “Falta de incentivo para a preceptoria”, também no MC3, para o NC “Não priorização das estratégias de ensino, pesquisa e inovação tecnológica pela Ebserh sede”.

Também resolvemos acrescentar o NC Ineficiência da Gestão dos processos internos no MC2 (Fragilidade de políticas institucionais entre HUMAP e SUS), aproveitando o momento em que a equipe da Ebserh sede da Diretoria de Gestão por Processo e Tecnologia de Informação (DGPTI), está no HUMAP com a proposta de fazer o diagnóstico dos principais fluxos de trabalho nos setores de Ambulatório, Urgência/Emergência, Farmácia, Regulação Interna de Leitos, Gestão de Pessoas, Suprimentos, Engenharia Clínica e Infraestrutura e Administração Econômico-financeira. Após o diagnóstico, em conjunto com as equipes locais, os Analistas de Processo auxiliarão na construção de novos fluxos de trabalho, buscando a eficiência e a satisfação do trabalhador e do usuário. A implantação e monitoramento desses novos fluxos será um grande desafio para a gestão do HUMAP, pois muitos processos vigentes há anos serão modificados radicalmente, trazendo insatisfação de muitos trabalhadores que deverão sair de sua zona de conforto, trazendo inúmeros conflitos interpessoais.

Portanto, finalizamos a construção de 12 Nós Críticos descritos na tabela 4-3:

Tabela 4-3 Nós críticos evidenciados utilizando a construção da árvore de problema para os três macroproblemas priorizados pelo Grupo afinidade e equipe ampliada, HUMAP, 2015.

NÓS CRÍTICOS	
NC1	Avaliação de desempenho ineficiente
NC2	Gerenciamento ineficiente do Centro Cirúrgico
NC3	Ausência de Linhas de Cuidado
NC4	Ineficiência da Gestão de Leitos
NC5	Ineficácia da Educação Permanente Multiprofissional
NC6	Falta de Diálogo com os gestores locais
NC7	Falta de articulação do HUMAP com a Atenção Básica
NC8	Insuficiência de protocolos clínicos
NC9	Não priorização das estratégias de ensino, pesquisa e inovação tecnológica pela EBSERH sede
NC10	Articulação ineficiente entre GEP e Academia
NC11	Ineficiência de cursos para capacitação de preceptores
NC12	Ineficiência da Gestão dos processos internos

Os nós críticos 1,2,3,4,5 estão relacionados ao macroproblema 1; os nós críticos 6, 7 e 12 ao macroproblema 2 e os nós críticos 8,9,10,11 ao macroproblema 3.

5 Plano de ação: Proposta de Intervenção

5.1 Relação de ações por nó crítico

Ao trabalharmos as causas que evidenciaram os nós críticos, evidenciamos as ações necessárias para solucionar as relacionadas abaixo.

- Ação 1 - Rever e estabelecer novas metas e resultados de desempenho de todos os serviços e setores do hospital.
- Ação 2 – Instituir um Programa de Avaliação de Desempenho.
- Ação 3 – Redefinir os fluxos do agendamento do Centro Cirúrgico.
- Ação 4 – Realizar as cirurgias por complexidade.
- Ação 5 – Implementar as Linhas de Cuidado Prioritárias do HUMAP.
- Ação 6 – Estruturar o Setor de Regulação e Avaliação em Saúde (SRAS).
- Ação 7 – Implementar os processos regulatórios intra hospitalares.
- Ação 8 – Implantar estratégias efetivas de Educação Permanente no HUMAP.
- Ação 9 – Melhorar os canais de diálogo com os gestores municipal e estadual.
- Ação 10 – Estabelecer critérios para continuidade do cuidado com a RAS.
- Ação 11 – Implantar protocolos clínicos assistenciais no HUMAP.
- Ação 12 – Desenvolver projetos de ensino, pesquisa e inovação em conjunto com as outras gerências dos HUFs.
- Ação 13 – Articular o relacionamento entre o HUMAP e a UFMS.
- Ação 14 – Ampliar as ações de capacitação dos preceptores.
- Ação 15 – Implantar a gestão por processos.

As ações 1 e 2 foram estabelecidas com o intuito de resolver o nó crítico 1, as ações 3 e 4 para resolver o nó crítico 2, ação 5 para resolver o nó crítico 3, as ações 6 e 7 para resolver o nó crítico 4, a ação 8 para resolver o nó crítico 5 e ação 15 para resolver o nó crítico 12, relacionados ao Macroproblema 1.

A ação 9 esta foi estabelecida com o intuito de resolver o nó critico 6 e a ação 10 para resolver o nó critico 7 relacionados ao Macroproblema 2.

As ações 11, 12, 13 e 14 foram estabelecidas com o intuito de resolver respectivamente os nós críticos 8,9,10 e 11.

Para estabelecer a viabilidade das ações, identificamos os Atores Sociais envolvidos: corpo clínico médico, outros profissionais de saúde não médico, anestesistas, o diretor da Faculdade de Medicina (FAMED), a Reitoria (UFMS), os representantes dos usuários o sindicato dos técnicos administrativos (SISTA), a Secretaria de Saúde do Município (SES) e a do Estado (SESAU) e a Ebserh sede; discutimos e estabelecemos o valor e interesse que cada ator para cada ação elencada.

A viabilidade foi considerada alta para as ações 4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14; considerada média para as ações 3, 5, 7, 10 e 15 e baixa para as ações 1 e 2.

Conforme a análise de viabilidade e do impacto estabelecemos a precedência das ações.

Quadro 5-1 Relação dos macroproblemas com nós críticos e respectivas ações, elaborada pelo Grupo afinidade e equipe ampliada, 2015, HUMAP

Macroproblema	Nó critico	Ações relacionadas
MCP I - Modelo assistencial Fragmentado	NC1: Avaliação de desempenho ineficiente	Ação 1 - Rever e estabelecer novas metas e resultados de desempenho de todos os serviços e setores do hospital.
		Ação 2 - Instituir um Programa de Avaliação de Desempenho
	NC2: Gerenciamento ineficiente do centro cirúrgico	Ação 3 - Redefinir os fluxos do agendamento do Centro Cirúrgico
		Ação 4 - Realizar as cirurgias por complexidade
	NC3: Ausência de linhas de cuidado	Ação 5 - Implementar as Linhas de Cuidado Prioritárias do HUMAP

Macroproblema	Nó crítico	Ações relacionadas
	NC4: Ineficiência de gestão de leitos, Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapêutico (SADT) e consultas	Ação 6 - Estruturar o Setor de Regulação e Avaliação em Saúde (SRAS)
		Ação 7 - Implementar os processos regulatórios intra hospitalares
	NC5: Ineficácia da educação permanente multiprofissional	Ação 8 - Implantar estratégias efetivas de Educação Permanente no HUMAP
	NC12: Ineficiência da Gestão dos processos internos	Ação 15 - Implantar a gestão por processos
MCP II - Fragilidade de políticas institucionais entre HUMAP e SUS	NC6: Falta de diálogo com os gestores locais	Ação 9 - Melhorar os canais de diálogo com os gestores municipal e estadual
	NC7: Falta de articulação do HUMAP com a Atenção Básica	Ação 10 - Estabelecer critérios para continuidade do cuidado com a RAS
MCP III - Inexistência de políticas de incentivo e inserção do ensino, pesquisa e inovação tecnológica	NC8: Insuficiência de protocolos clínicos	Ação 11 - Implantar protocolos clínicos assistenciais no HUMAP
	NC 9: Não priorização das estratégias de ensino, pesquisa e inovação tecnológica pela EBSERH sede	Ação 12 - Desenvolver projeto de ensino, pesquisa e inovação tecnológica em conjunto com as outras gerências dos HUF
	NC10: Articulação ineficiente entre GEP e academia	Ação 13 - Articular o relacionamento entre o HUMAP e a UFMS
	NC11: Pouca oferta de cursos para a capacitação de preceptores	Ação 14 - Ampliar as ações de capacitação dos preceptores

6 Plano de ação consolidado

Assim, foi elaborado o Plano de Ação consolidado para os doze nós críticos identificados, utilizando uma versão adaptada da ferramenta de construção de planos de ação apresentada durante encontro do Programa de Desenvolvimento de Competências – 5W3H. O Plano de Intervenção contempla as ações e desdobramento de atividades, precedência de implementação, responsáveis, prazos, recursos, Indicadores e metas a serem alcançadas. Desta forma, o plano de Intervenção foi desenvolvido conforme apresentado no ANEXO A.

As ações estabelecidas, as atividades pertinentes e os atores que estarão no comando das mesmas serão apresentadas a seguir.

Ação 1 - Rever e estabelecer novas metas e resultados de desempenho de todos os serviços e setores do hospital.

At1. Revisar a capacidade instalada

At2. Redefinir metas, prazo de produção e indicadores de cada serviço e setor

At3. Revisar o documento descritivo (DC) do Instrumento Formal de Contratualização (IFC)

At4. Divulgar e pactuar com as equipes os indicadores e as metas contratualizados

São responsáveis pela execução desta ação os gestores, atores internos, gerências e chefes de unidades.

Ação 2 - Instituir um Programa de Avaliação de Desempenho

At1. Definir Grupo de Trabalho responsável pelo Programa

At2. Construir o modelo de avaliação de desempenho que será adotado

At3. Definir política de incentivos conforme resultados obtidos da avaliações

At4. Divulgar e pactuar com as equipes o programa de avaliação de desempenho sistematizado

São responsáveis pela execução desta ação os gestores e atores internos, gerências e chefes de unidades.

Ação 3 - Redefinir os fluxos do agendamento do Centro Cirúrgico

At1. Definir grupo de trabalho

At2. Diagnosticar o fluxo atual de agendamento

At3. Definir, junto às equipes cirúrgicas, novo protocolo de agendamento

At4. Sensibilizar e Pactuar com as demais equipes envolvidas

At5. Implantar o novo o fluxo de agendamento definido e divulgado

At6. Desenvolver e implantar mecanismos e indicadores de monitoramento e desempenho do Centro Cirúrgico

At7. Monitorar, avaliar e divulgar

São responsáveis pela execução desta ação os gestores e atores internos, Mario Augusto Freitas, Maria do Carmo Freitas e Sabrina.

Ação 4 - Realizar as cirurgias por complexidade

At1. Classificar as salas cirúrgicas por complexidade

At2. Sensibilizar e pactuar com as equipes cirúrgicas o novo fluxo por complexidade

At3. Desenvolver e implantar mecanismos e indicadores de monitoramento e desempenho do Centro Cirúrgico

São responsáveis pela execução desta ação os gestores e atores internos, Gerência de Atenção à Saúde, Andreia Antonioli, Maria do Carmo e Sabrina.

Ação 5 - Implementar as Linhas de Cuidado Prioritárias do HUMAP

At1. Definir as Linhas de cuidado prioritário do HUMAP alinhadas à sua vocação (DIP, cardiovascular, Materno-infantil, ortopedia, AVE)

At2. Construir coletivamente e implantar os protocolos multiprofissionais que operacionalizem as Linhas priorizadas

At3. Definir e pactuar com a RAS as referências e contra referências

At4. Estabelecer o Projeto Terapêutico Singular nestes âmbitos

At5. Capacitar os profissionais do HUMAP com relação aos fluxos e protocolos estabelecidos

At6. Monitorar e avaliar

São responsáveis por estação ação atores internos articulando com atores externos, Gerência de Atenção à Saúde, Cláudia Lang, Marcelino Ibrahim e Mario Augusto Freitas.

Ação 6 - Estruturar o Setor de Regulação e Avaliação em Saúde (SRAS)

At1. Definir a equipe de trabalho e finalizar as nomeações

At2. Definir o regimento interno o SRAS

At3. Capacitar a equipe conforme necessidades identificadas

At4. Suprir o Setor com base nas necessidades físicas, equipamentos e de programas

São responsáveis por esta ação gestores e atores internos, Gerência de Atenção à Saúde e Heloisa Ernica.

Ação 7 - Implementar os processos regulatórios intra-hospitalar

At1. Estruturar e potencializar a equipe do NIR, de acordo com as diretrizes definidas para gestão de leitos

At2. Ampliar as atividades da Equipe de Gestão de alta (EGA) para maior articulação com a RAS

At3. Ampliar o atendimento do Núcleo pré-operatório ambulatorial- NPOA (Núcleo de Pré Operatório Ambulatorial) a todas as especialidades cirúrgicas

São responsáveis pela execução desta ação os gestores e atores internos, André Jesus, Cláudia Lang e Heloisa Ernica.

Ação 8 - Implantar estratégias efetivas de Educação Permanente no HUMAP

At1. Criar um núcleo de educação permanente (NEP)

At2. Identificar e capacitar os tutores de Educação Permanente

At3. Iniciar as atividades de Educação Permanente junto às chefias

São responsáveis pela execução desta ação atores internos articulando com atores externos, Gerência de Ensino e Pesquisa, Gerência Administrativa, Raquel e Simone Crispin.

Ação 9 - Melhorar os canais de diálogo com os gestores municipal e estadual

At1. Reativar a câmara técnica inter-hospitalar

At2. Participar efetivamente dos Fóruns, Colegiados, Comitês e Conselhos

São responsáveis pela execução desta ação atores internos articulando com atores externos. Superintendente Claudio Saab , Gerente de atenção a Saúde, Ana Lucia Lyrio e Gerente Administrativo, Maria Jose Maldonado.

Ação 10 - Estabelecer critérios para continuidade do cuidado com a RAS

At1. Implantar um GT de alta responsável

At2. Estabelecer o fluxo de alta responsável

At3. Pactuar os critérios de alta responsável com os gestores dos serviços, município e estado

São responsáveis pela execução desta ação os gestores e atores internos, Gerência de atenção à Saúde. Ana Lúcia Lyrio, André Jesus e Cláudia Lang.

Ação 11 - Implantar protocolos clínicos assistenciais no HUMAP

At1. Definir e articular os protocolos a serem produzidos com base nas Linhas de Cuidado priorizadas

At2. Instituir Grupo Técnico de Trabalho para gerenciamento dos protocolos clínicos

At3. Desenvolver os protocolos clínicos assistenciais

At4. Validar os protocolos e capacitar as equipes envolvidas

At5. Monitorar a utilização dos protocolos

São responsáveis pela execução desta ação os gestores e atores internos, Gerência de atenção à Saúde, André Jesus, Marcelino Ibrahim e Cláudia Lang.

Ação 12 - Desenvolver projeto de ensino, pesquisa e inovação em conjunto com as outras gerências dos HUFs

At1. Articular com as GEP dos demais HUF

At2. Desenvolver um projeto conjunto

At3. Encaminhar o projeto e articular com a EBSEH sede

São responsáveis pela execução desta ação atores internos articulando com atores externos, Gerência de Ensino e Pesquisa, Ana Paula e Rodrigo.

Ação 13 - Articular o relacionamento entre o HUMAP e a UFMS

At1. Criar políticas de acolhimento aos professores e alunos da UFMS

At2. Criar políticas de incentivo aos professores

São responsáveis pela execução desta ação atores internos articulando com atores externos. Gerência de Ensino e Pesquisa, Debora Thomaz, Cacilda Hildebrand e Simone Crispim.

Ação 14 - Ampliar as ações de capacitação dos preceptores

At1. Criar corpo próprio de capacitadores do HUMAP

At2. Formular agenda de capacitação dos preceptores

At3. Pactuar a grade horária dos profissionais

São responsáveis pela execução desta ação os gestores e atores internos. GEP, Rosana Leite, Debora Thomaz.

Ação 15 - Implantar a gestão por processos

At1. Analisar os fluxos existentes e os problemas identificados nestes processos (fins e meios): Ambulatório, urgência, farmácia, engenharia clínica, infraestrutura, gestão de pessoas, Internação e Suprimento

At2. Analisar os fluxos existentes e os problemas identificados no setor de hotelaria

At3. Analisar os fluxos existentes e os problemas identificados na Divisão Administrativa Financeira

At4. Construir novos fluxos de processos de trabalho destes setores

At5. Implantar, Executar e Monitorar o novo fluxo de trabalho estabelecido

São responsáveis pela execução desta ação os gestores e atores internos. Edeilson e Cláudia Lang.

7 Análise de Viabilidade e Estratégias de Viabilização de Ações

As ações classificadas como de baixa e média viabilidade, são consideradas conflitivas e merecem ser analisadas para aumentar sua viabilidade. Essa análise foi realizada por meio da matriz de análise da motivação dos atores frente às ações do plano (ANEXO B). Ao analisa-las observamos que as ações que aumentariam a viabilidade estão relacionadas a pactuação e para tal há necessidade na grande maioria das vezes em se descobrir e definir as lideranças, em melhorar comunicação, divulgação de metas e indicadores e pactuação, com exercício contínuo destas atividades será possível conseguir vencer as dificuldades e viabilizar estas ações. Como encontraremos resistência, serão ações trabalhadas no decorrer do ano, porém deixadas em segundo plano na ordem de precedência como já relatado.

Abaixo relacionamos tais ações, com os recursos necessários para viabilizá-las, identificação dos recursos que não temos e novas ações propostas para melhorar a viabilidade, também identificaremos os atores sociais contrários para que possamos agir sobre eles para tentar vencer a resistência (tabela 6-1).

Tabela 7-1 Ações conflitivas relacionadas com os recursos necessários e ações para melhorar viabilidade, discutidas pelo grupo afinidade e estendido, HUMAP/UFMS, 2015.

Ações conflitivas do plano de ação	Recursos necessários	Recursos que não temos	O que fazer para aumentar a viabilidade
Ação 1 - Rever e estabelecer novas metas e resultados de desempenho de todos os serviços e setores do hospital.	Político, Técnico Organizacional		Estabelecer a equipe ampliada para discussão de metas e indicadores. Divulgar dando ênfase a importância dos indicadores e o cumprimento das metas para aquisição de apoio financeiro e melhoria da relação com gestores.

Ações conflitivas do plano de ação	Recursos necessários	Recursos que não temos	O que fazer para aumentar a viabilidade
Ação 2 - Instituir um Programa de Avaliação de Desempenho	Técnico Organizacional		Estabelecer equipe ampliada para definir políticas de incentivo, de metas e indicadores e divulgar dando ênfase na importância do desenvolvimento individual para o coletivo HUMAP
Ação 3 - Redefinir os fluxos do agendamento do Centro Cirúrgico	Técnico Organizacional		Trabalhar com a equipe ampliada para redefinição dos fluxos. Divulgar indicadores atuais, lista de espera, metas contratualizadas, financiamento perdido quando desempenho HUMAP ficar aquém do esperado,
Ação 5 - Implementar as Linhas de Cuidado Prioritárias do HUMAP	Político Técnico Organizacional		Divulgar a definição de linhas de cuidado e projeto terapêutico singular e sua importância para o usuário e instituição (meios de comunicação) / panfletos, internet, reuniões científicas... Certificar-se do aprendizado destas na graduação e residência inserir o alunado na discussão.
Ação 7 - Implementar os	Técnico Organizacional		Estipular agenda de reuniões entre a EGA e

Ações conflitivas do plano de ação	Recursos necessários	Recursos que não temos	O que fazer para aumentar a viabilidade
processos regulatórios intra hospitalares			equipes de saúde da família. Divulgar os resultados positivos alcançados com o NPOA para obter a adesão das demais especialidades e identificar os recursos necessários para tal.
Ação 10 - Estabelecer critérios para continuidade do cuidado com a RAS	Político Organizacional Humano		Construir Projeto de Planos Terapêuticos Singulares convidando as equipes de saúde de família (especializadas) que garantam a continuidade de atendimento. Fazer uma agenda quinzenal de interlocução com os gestores
Ação 15 - Implantar a gestão por processos	Técnico Organizacional		Instituir GT, identificando indivíduos com experiência em cada setor estipulado na atividade, para análise dos fluxos, com agenda definida

8 Gestão do Plano, Metas e Indicadores de Monitoramento

A Gestão de um plano estratégico é um dos principais momentos do planejamento. É fundamental construir um sistema de gestão que coordene e acompanhe a execução das ações, promova a comunicação entre os planejadores, faça as correções de rumo necessárias e garanta, enfim, que ele seja efetivamente implementado.

A temática do Plano Diretor Estratégico traz em tela o uso de ferramentas para corrigir potenciais distorções em tempo adequado para garantir a eficiência e eficácia das suas ações. Trata-se, assim, de componentes de gestão adaptativa para o alcance de suas obrigações formalizadas, haja vista que as estratégias de viabilização dependem, em grande parte, de recursos externos a sua atuação.

O próprio limitador de espaço – tempo, traduzido em Cronogramas de Monitoramento das Ações do PDE, depende de um ambiente iterativo entre agentes internos e externos. Assim, tais elementos exógenos revelaram-se como potenciais na definição da ordem de procedência e tempo de maturação das atividades e ações.

Nessa esteira, a Gestão do Plano consistir-se-á nos processamentos e adequações das atividades contratualizadas pelos seus gestores no limite da sua previsão de duração, observando a relevância e procedência.

Para uma boa gestão de um plano de ação é importante ter um modelo de gestão e um processo de acompanhamento da implantação. O ideal que esse modelo de gestão seja colegiado, com participação da direção superior e instâncias diretivas intermediárias. É importante também criar mecanismos para que os responsáveis pelas ações informem periodicamente ao colegiado sobre o andamento das mesmas e que, em conjunto, promovam os ajustes necessários, consolidando um sistema de alta responsabilidade que abranja todos os envolvidos.

Com relação ao processo de acompanhamento deve-se considerar o conjunto de variáveis relacionadas à implementação das ações. Quais ações devem ser priorizadas? Quais podem ser desenvolvidas de forma simultânea, sequencial ou que precedem as demais? Quais ações devem ser institucionalizadas nos processos organizacionais (através de normas e regulamentos, por exemplo) e

quais são temporárias e necessitam da constituição de comissões ou núcleos específicos?

Para responder tais questões pode-se utilizar os seguintes critérios para classificar as ações/atividades que constam do plano:

1. **VIABILIDADE (alta, média e baixa):** ações para as quais a equipe de governança tem alta governabilidade e requerem menos recursos de implantação antecedem as demais por serem mais viáveis;
2. **IMPACTO (alto, médio e baixo):** ações que tragam maiores impactos (resultados esperados) para a organização tem obviamente uma importância maior;
3. **COMANDO:** gerentes e atores internos, comissões temporárias internas, atores internos articulados com atores externos;
4. **PRECEDÊNCIA (1ª, 2ª, 3ª, etc.):** por sua característica e escopo algumas devem preceder outras, devendo-se considerar antecedência obrigatória ou estratégica (acúmulo político) que uma tem em relação à outra.

As ações conforme especificado na tabela abaixo seguem a seguinte ordem de precedência:

Tabela 8-1 Resultados das Análises das ações conforme viabilidade e impacto para decisão da precedência de execução.
Fonte. Grupo afinidade e expandido, HUMAP/UFMS, 2015.

Ação	Viabilidade	Impacto	Precedência
Ação 6 - Estruturar o Setor de Regulação e Avaliação em Saúde (SRAS)	ALTA	ALTO	1
Ação 8 - Implantar estratégias efetivas de Educação Permanente no HUMAP	ALTA	ALTO	2
Ação 4 - Realizar as cirurgias por complexidade	ALTA	ALTO	3
Ação 14 - Ampliar as ações de capacitação dos preceptores	ALTA	ALTO	4
Ação 11 - Implantar protocolos clínicos assistenciais no HUMAP	ALTA	ALTO	5

Ação	Viabilidade	Impacto	Precedência
Ação 9 - Melhorar os canais de diálogo com os gestores municipal e estadual	ALTA	MÉDIO	6
Ação 13 - Articular o relacionamento entre o HUMAP e a UFMS	ALTA	MÉDIO	7
Ação 12 - Desenvolver projeto de ensino, pesquisa e inovação em conjunto com as outras gerências dos HUFs	ALTA	MÉDIO	8
Ação 15 - Implantar a gestão por processos	MÉDIA	ALTO	9
Ação 7 - Implementar os processos regulatórios intra-hospitalar	MEDIA	ALTO	10
Ação 5 - Implementar as Linhas de Cuidado Prioritárias do HUMAP	MÉDIA	ALTO	11
Ação 10 - Estabelecer critérios para continuidade do cuidado com a RAS	MÉDIA	ALTO	12
Ação 3 - Redefinir os fluxos do agendamento do Centro Cirúrgico	MEDIA	ALTO	13
Ação 2 - Instituir um Programa de Avaliação de Desempenho	BAIXA	ALTO	14
Ação 1 - Rever e estabelecer novas metas e resultados de desempenho de todos os serviços e setores do hospital.	BAIXA	ALTO	15

Com o desdobramento do Plano em ações e atividades, foi possível a caracterização dos responsáveis, parceiros, eventuais opositores, indicadores e recursos necessários. Trata-se, pois, da ótica formulada no processo de construção conjunta para enfrentamento dos macroproblemas, com definições claras e objetivas, mobilizando vários atores com os quais se entrelaçam na superação da realidade “insatisfatória” por que passa a instituição.

A despeito dos **responsáveis**, o modelo declara àqueles cuja base organizativa possibilita controlar variáveis importantes para respostas ativas aos problemas dentro do limite-cronograma realizável. Caracterizados em níveis estratégicos,

observa-se o entrelaçamento de problemas manifestando-se em diferentes setores, o que permitiu, com clareza, a definição dos responsáveis em comum de diferentes setores.

Do lado de fora da fronteira do HUMAP, mas envolvidos no cenário causal, os parceiros e eventuais opositores foram estrategicamente definidos como variáveis importantes na intervenção do Plano, pois participam com objetivos cooperativos ou conflitivos sobre os descritores dos problemas.

Como decorrência, é essencial a produção de informações que alimentem e orientem o processo de tomada de decisão em todas as suas instâncias, bem como, possibilitem o acompanhamento sistemático das ações desenvolvidas e os resultados produzidos.

Os descritores dos problemas se constituem, assim, nos indicadores que representam a situação inicial e permitem o monitoramento e a aferição dos resultados alcançados.

Seguidamente, identificaram-se os **indicadores** norteadores da avaliação dos resultados e monitoramento do Plano, capazes de propiciar uma mensuração dos esforços empreendidos e metas alcançadas pelos responsáveis e equipes.

O processo de construção atentou-se para uma análise correlacionada das variáveis dos Planos de Ação. Para isso, observa-se a interação entre responsáveis, parceiros/eventuais opositores e indicadores. São elementos que se integram e possibilitam a atuação enfrentativa dos nós críticos relacionados com respectivos resultados esperados.

Por fim, buscou-se caracterizar os recursos necessários que os atores dispõe para controlar as ações, possibilitando a projeção de cenários onde serão mapeadas as melhores possibilidades de implementação do plano, dada a aderência positiva ou negativa sobre o impacto nos vetores de descrição dos problemas.

Para cada ação foram estipulados metas e indicadores de resultados para que possamos avaliar a execução e a qualidade da ação desenvolvida. Serão relacionadas abaixo:

Ação 1 - Rever e estabelecer novas metas e resultados de desempenho de todos os serviços e setores do hospital.

Indicadores: Porcentagem de serviços com indicadores de acompanhamento de desempenho

Metas: 100% de todos os serviços devem determinar metas e indicadores

Ação 2 – Instituir um Programa de Avaliação de Desempenho

Indicadores: Índice de satisfação

Metas: 1. 80% de satisfação na avaliação do usuário e 2. 70% de satisfação na avaliação dos colaboradores

Ação 3 – Redefinir os fluxos do agendamento do Centro Cirúrgico

Indicadores: 1. Taxa de cirurgias suspensas 2. Taxa de ocupação das salas do Centro Cirúrgico 3. Tempo de realização da cirurgias de urgência

Metas: 1. Taxa de cirurgias suspensas $\leq 10\%$; 2. 90% de ocupação das salas do Centro Cirúrgico; 3. 80% das cirurgias de urgência realizadas no intervalo de 60 minutos a partir da notificação da necessidade cirúrgica

Ação 4 – Realizar as cirurgias por complexidade

Indicadores: 1. Porcentagem de cirurgias que seguiram a padronização por complexidade das salas

Metas: 100% de utilização das salas cirúrgicas utilizadas de acordo com a complexidade

Ação 5 – Implementar as Linhas de Cuidado Prioritárias do HUMAP

Indicadores: 1. Média de Permanência Hospitalar; 2. Taxa de mortalidade hospitalar; 3. Quantidade de usuários que foram incluídos no tratamento seguindo Linha de Cuidado

Metas: 1. Diminuir o tempo de permanência hospitalar em 1 dia; 2. Diminuir a morbimortalidade em 10% 3. 80% dos usuários seguindo as linhas de cuidado

Ação 6 – Estruturar o Setor de Regulação e Avaliação em Saúde (SRAS)

Indicadores: 1. Tempo médio de Permanência do pacientes; 2. Custo médio por paciente

Metas: Redução de 10% dos gastos e tempo de permanência

Ação 7 – Implementar os processos regulatórios intra-hospitalar

Indicadores: 1. Média de Permanência Hospitalar; 2. Taxa de ocupação operacional; 3. Satisfação do usuário

Metas: 1. Reduzir o tempo de permanência em 1 dia; 2. Reduzir para 100% a taxa de ocupação hospitalar; 3. Avaliação do usuário entre bom e ótimo acima de 70%

Ação 8 – Implantar estratégias efetivas de Educação Permanente no HUMAP

Indicadores: 1. Taxa de infecção hospitalar (%); 2. Taxa de mortalidade hospitalar; 3. consumo de insumos

Metas: 1. Redução da taxa de infecção hospitalar em 20%; 2. Redução de morbimortalidade em 10%; 3. Redução do consumo de antibióticos e outros insumos em 20%

Ação 9 – Melhorar os canais de diálogo com os gestores municipal e estadual

Indicadores: 1. Porcentagem de aumento dos recursos de contratualização

Metas: Aumento de recursos de contratualização em 30%

Ação 10 – Estabelecer critérios para continuidade do cuidado com a RAS

Indicadores: Porcentagem de pacientes contra referenciados com continuidade no atendimento

Metas: Atendimento Humanizado com critérios já estabelecidos e 50% de pacientes referenciados e contra referenciados

Ação 11 – Implantar protocolos clínicos assistenciais no HUMAP

Indicadores: 1. Tempo médio de Permanência do pacientes; 2. Custo médio por paciente

Metas: 1. Otimização de recursos financeiros em 30% ; 2. Diminuição do tempo de permanência no leito em 1 dia

Ação 12 -- Desenvolver projeto de ensino, pesquisa e inovação em conjunto com as outras gerências dos HUFs

Indicadores: 1. Variação percentual do número de pesquisas em relação ao ano anterior

2. Satisfação do corpo discente.

Metas: Aumento do número de publicações em 30% 2. Índice de satisfação superior 70%

Ação 13 – Articular o relacionamento entre o HUMAP e a UFMS

Indicadores: 1. Porcentagem de participação de docentes nos eventos do HUMAP

Metas: 1. Aumentar 50% da participação dos docentes nas atividades didáticas desenvolvidas no HUMAP

Ação 14 – Ampliar as ações de capacitação dos preceptores

Indicadores: 1. Número de docentes capacitados. 2. Melhoria no desempenho nas provas de avaliação

Metas: Capacitar 80% dos preceptores

Ação 15 – Implantar a gestão por processos

Indicadores: 1. Porcentagem de processos implantados

Metas: Implantar a Gestão dos Processos em 100% do HUMAP

Para uma gestão do plano diretor estratégico realmente efetiva, o HUMAP se utilizará de uma ferramenta de gestão criada pela superintendência em setembro de 2015, o **Colegiado de Gerenciamento Estratégico (CGE)**, que está sendo desenvolvido dentro do Corpo Diretivo do hospital, utilizando o organograma atual da EBSERH, sem alterar nenhuma descrição dos cargos já existentes, integrando as áreas assistenciais com as administrativas, criando como modelo um setor principal denominado Célula Mãe (CGE), que dará suporte as Sub Células (Setores Internos), onde todos os funcionários terão como objetivo, dar maior celeridade e transparência às ações desenvolvidas em cada um de seus setores no hospital, diminuindo assim retrabalho, perda e ou atraso de licitações, cumprindo as metas qualitativas e quantitativas, uma vez que a força de trabalho está sendo repostada com o concurso este ano. A equipe designada para a elaboração e desenvolvimento do CGE na instituição foi: da equipe da governança (Unidade de Planejamento – ligado a Superintendência), a chefia de unidade de controladoria, o Engenheiro Clínico, o Analista Administrativo Estatístico, e o Analista de Processo e Tecnologia de Informação, sendo estes os componentes da Célula Mãe, que dará suporte a todas as Sub Células do hospital (colegiados gestores nas unidades funcionais). Este

método que está sendo criado por essa equipe, deverá mensalmente se reportar ao Conselho de Administração, com os objetivos de: melhorar o desempenho através da eliminação do desperdício e das causas de defeitos nos processos administrativos, de fluxos e processos de produção, além de monitorar a implantação de todas as ações e atividades do PDE.

8.1 Monitoramento do Cronograma

As ações serão realizadas conforme a programação no decorrer dos dois próximos anos (2016 e 2017), conforme exposto abaixo:

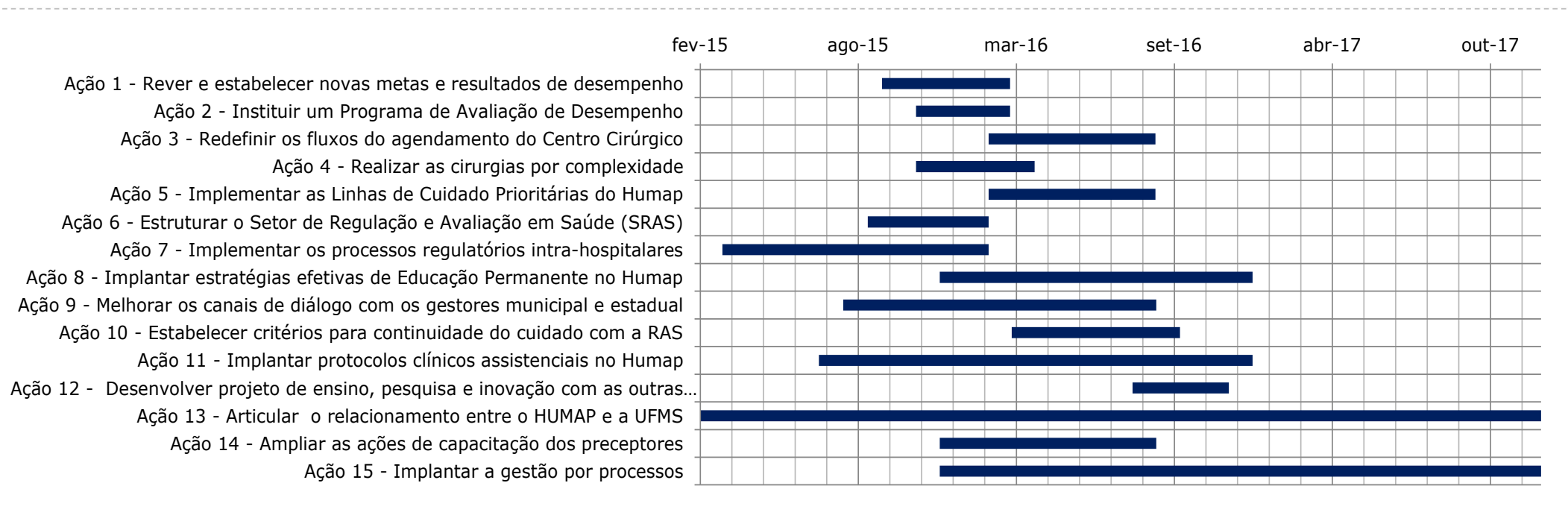


Figure 8-1 Cronograma de Implementação do Plano de Ação do HUMAP/UFMS biênio 2016-2017

8.2 Análise Orçamentária

O levantamento dos custos associados ao Plano de Ação construído pelas equipes gestoras dos HUMAP e a viabilização e o controle econômico do PDE frente a um cenário de restrição orçamentária especialmente forte devido à conjuntura econômica do país e do setor saúde, fez com que pensássemos em ações de relevância no contexto atual e necessárias para mudança de qualidade na assistência, ensino e pesquisa. Para tal estipulamos ações que necessitam de um mínimo de suporte financeiro para sua execução e resolução dos nós críticos elencados.

A maioria das atividades necessitam recursos considerados despesas de consumo não finalísticos (diárias, passagens e locomoção; materiais/serviços de consumo geral; outros), além de despesas de investimento (máquinas, equipamentos e mobiliários).

PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO DO PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO				DESPESAS DE CUSTEIO								DESPESAS DE INVESTIMENTO				TOTAL por Nó Crítico e por Ação
				Despesas de Consumo Não Finalístico								Obras em Andamento	Instalações	Máquinas, Equipamentos e Mobiliário	Mão de Obra e Outros Ativos Diversos	
Nós Críticos	Ações	Data Inicial da Ação (dd/mm/aa)	Data Final da Ação (dd/mm/aa)	Água, luz, esgoto, telefonia	Combustíveis e Lubrificantes	Diárias, Passagens e Locomoção	Limpeza, Cozinha e Vigilância	Materiais/ Serviços de Consumo Geral	Materiais/ Serviços de Tecnologia da Informação	Outros	Obras em Andamento	Instalações	Máquinas, Equipamentos e Mobiliário	Mão de Obra e Outros Ativos Diversos		
Nó Crítico 1	Ação 1 - Rever e estabelecer novas metas e resultados de desempenho de todos os serviços e setores do hospital.	19/09/15	28/02/16													-
	Ação 2 - Instituir um Programa de Avaliação de Desempenho	01/11/15	28/02/16													-
Total Nó Crítico 1				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nó Crítico 2	Ação 3 - Redefinir os fluxos do agendamento do Centro Cirúrgico	01/02/16	30/08/16										5.000,00			5.000,00
	Ação 4 - Realizar as cirurgias por complexidade	01/11/15	30/03/16													-
Total Nó Crítico 2				-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.000,00	-	-	5.000,00
Nó Crítico 3	Ação 5 - Implementar as Linhas de Cuidado Prioritárias do Humap	01/02/16	30/08/16			30.000,00		20.000,00		6.000,00						56.000,00
Total Nó Crítico 3				-	-	30.000,00	-	20.000,00	-	6.000,00	-	-	-	-	-	56.000,00
Nó Crítico 4	Ação 6 - Estruturar o Setor de Regulação e Avaliação em Saúde (SRAS)	01/09/15	01/02/16													-
	Ação 7 - Implementar os processos regulatórios intra-hospitalares	01/03/15	01/02/16					15.000,00								15.000,00
Total Nó Crítico 4				-	-	-	-	15.000,00	-	-	-	-	-	-	-	15.000,00
Nó Crítico 5	Ação 8 - Implantar estratégias efetivas de Educação Permanente no Humap	01/12/15	31/12/16			125.000,00		125.000,00		250.000,00						500.000,00
Total Nó Crítico 5				-	-	125.000,00	-	125.000,00	-	250.000,00	-	-	-	-	-	500.000,00
Nó Crítico 6	Ação 9 - Melhorar os canais de diálogo com os gestores municipal e estadual	01/08/15	31/08/16													-
Total Nó Crítico 6				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nó Crítico 7	Ação 10 - Estabelecer critérios para continuidade do cuidado com a RAS	01/03/16	30/09/16													
Total Nó Crítico 7				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nó Crítico 8	Ação 11 - Implantar protocolos clínicos assistenciais no Humap	01/07/15	31/12/16													
Total Nó Crítico 8				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nó Crítico 9	Ação 12 - Desenvolver projeto de ensino, pesquisa e inovação em conjunto com as outras gerências dos HUFS	01/08/16	01/12/16			30.000,00										30.000,00
Total Nó Crítico 9				-	-	30.000,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30.000,00
Nó Crítico 10	Ação 13 - Articular o relacionamento entre o HUMAP e a UFMS	01/02/15	31/12/17													
Total Nó Crítico 10				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nó Crítico 11	Ação 14 - Ampliar as ações de capacitação dos preceptores	01/12/15	31/08/16													
Total Nó Crítico 11				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nó Crítico 12	Ação 15 - Implantar a gestão por processos	01/12/15	31/12/17													
Total Nó Crítico 12				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL por tipo de Despesa				-	-	185.000,00	-	160.000,00	-	256.000,00	-	-	5.000,00	-	-	606.000,00

Quadro 8-1 Planejamento orçamentário resumido do PDE, biênio 2016-2017

9 Conclusão

A construção do Plano Diretor Estratégico permitiu aos gestores do HUMAP fazerem uma releitura da sua história, da sua missão e da sua visão. A análise situacional com identificação de cinco Macroproblemas, que por meio de oficinas de trabalho, foram priorizados e suas respectivas árvores explicativas construídas, conforme Planejamento Estratégico Situacional, com identificação dos nós críticos, sempre com orientações de facilitadores e consultores em módulos desenvolvidos no Curso de Desenvolvimento de Competências no Hospital Sírio Libanês e replicados no Hospital com o grupo ampliado.

Os modelos de referências definidos pelos especialistas e as oportunidades identificadas a partir destes, permitiram aos gestores do HUMAP traçar, a partir de seus 12 nós críticos, 15 ações que serão desenvolvidas nos dois próximos anos impulsionando o Hospital a recuperar seu papel de protagonista na formação de profissionais de saúde, na assistência de excelência e na fomentação de pesquisas e inovação tecnológica que irão fortalecer o SUS no estado de Mato Grosso do Sul.

Apesar da grave crise financeira que se abateu sobre o país neste ano de 2015 e do longo tempo que será necessário para sua recuperação, acreditamos que podemos utilizar todos os conhecimentos adquiridos no curso de gestão, para convencer toda a equipe do Hospital que temos condições de melhorar muito a assistência, o ensino e a pesquisa. Tornar o ambiente de trabalho mais desafiante e motivador, gerando satisfação e crescimento.

10 Referências Bibliográficas

- 1- ARTMANN, E. O Planejamento Estratégico Situacional no Nível Local: um instrumento a favor da visão multisetorial. **Cadernos da Oficina Social**: Série Desenvolvimento Local. Rio de Janeiro: Coppe/UFRJ; 2000.
- 2- BARROS, R.T. Modelos de gestão na administração pública brasileira: reformas vivenciadas pelos hospitais universitários federais. *Revista dos Mestrados Profissionais*, Recife, n.1, v.2, p. 252-280, jan-jun 2013.
- 3- BRASI. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Brasilsus**. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legilacoes/gm/107038-4279.html>. Acessado em 08 de dezembro de 2015.
- 4- Brasil. Decreto nº 7.082, de 27 de Janeiro de 2010 – Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. *Diário Oficial da União – Seção 1 – ed. Extra – 27/01/2010*, p.1.
- 5- Brasil. Lei nº 11.907 de 02 de fevereiro de 2009. Adicional de plantão hospitalar.
- 6- Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
- 7- Brasil. Ministério da Educação. Ministério de Ciência e Tecnologia. Portaria Interministerial MEC/MS/MCT/MPOG nº 562, de 12 de maio de 2003. Constitui a Comissão Interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários e de ensino no Brasil, visando reorientar e/ou reformular a política nacional para o setor.
- 8- Brasil. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.000 de 15 de abril de 2004. Dispõe sobre a certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. *Diário Oficial da União*. 2004 16 abr.

- 9- Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da educação. Portaria Interministerial nº 1006, de 27/05/2004; Diário Oficial da União. 2004 28 maio.
- 10- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.702 de 17 de agosto de 2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. 2004.
- 11- BRASIL. Ministério da Saúde. Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde / Ministério da Saúde, **Ministério da Educação.** – **Brasília: Ministério da Saúde**, 2005. 77 p.
- 12- Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Portaria nº 4, 29 de abril 2008. Diário Oficial da União – Seção 1. 2008 maio 12.
- 13- Caldas, BN. O papel do dirigente hospitalar: a percepção dos diretores de hospitais universitários vinculados às instituições federais do ensino superior. 1995. 141 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2008.
- 14- CAMPOS, G. W. S. Educação médica, hospitais universitários e o sistema único de **saúde. Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 15, nº 1, 187-193, 1999.
- 15-CAMPOS, GWS & CUNHA, GT. Método Paidéia para Cogestão de coletivos organizados para o trabalho. ORG & DEMO, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010.
- 16- CARMO, M. **Hospitais Universitários e integração ao Sistema Único de Saúde** – estudo de caso: Hospital das Clínicas da UFMG – 1996 a 2004. Dissertação (mestrado). Departamento de Medicina Preventiva e Social. Área de concentração: Saúde Pública. Defesa 2006.
- 17- Carta ao Cidadão – HUMAP/UFMS 2015.
- 18-CECÍLIO, LCO. Mudar Modelos de Gestão para mudar o Hospital: cadeia de apostas e engenharia de consensos. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/UNESCO. 2000.
- 19- DALLORA, M.E.L.; FORTERS, A. C. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino – considerações teóricas. Revista Medicina, Ribeirão Preto, n.41, v.2, p. 135-142, 2008.

- 20- FRANCO, T.B. **As Redes na Micropolítica de Trabalho em Saúde**, in Pinheiro e Mattos (Orgs.). *Gestão em Redes*; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.
- 21- <http://EBSERH.mec.gov.br/hospitais-universitarios/rede-federal>
<http://www.nhu.ufms.br/v2/downloads/Carta%20ao%20cidadao%20finalizada.pdf>
- 22- LAMPERT, J.B. et al. Hospitais de ensino: a trama da crise. *Revista brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, n.37, v.2, p.155-156, 2013.
- 23- MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA. 1987.
- 24- MEDICI, A.C. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, n.47, v.2, p. 149-156, 2001.
- 25- MENDES, E.V. *As Redes de Atenção à Saúde*; Belo Horizonte – ESP-MG, 2009, 848p. *Organización Mundial de La Salud – Informe sobre La salud em el mundo: forjemos el futuro*. Ginebra, Organización Mundial de La Salud, 2003.
- 26- MENDES, E.V. *As Redes de Atenção à Saúde*; Belo Horizonte – ESP-MG, 2009, 848p.
- 27- MERHY, E.E. SAÚDE: A cartografia do Trabalho vivo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008, 24(8): 1953-1957.
- 28- MINTZBERG, H. Structures et dynamique des organisations. (1982) apud Monteiro IP. *Hospital, uma organização de profissionais. Análise Psicológica*, 1999, 2: 317-325.
- 29- MONTEIRO, IP. *Hospital, uma organização de profissionais. Análise Psicológica*, 1999:317-325. Etzioni, A. *Análise comparativa das organizações complexas, sobre o poder, o engajamento e seus modelos correlatos* apud Monteiro IP. Rio de Janeiro: Zahar Editores. *Hospital, uma organização de profissionais. Análise Psicológica*, 1999, 2: 317-325.
- 30- MORGAN, G. **Imagens da Organização**. Atlas: São Paulo, 1996.
- 31- RODRIGUES, M.V.C. **Ações para a qualidade: Gestão Estratégica e Integrada para a Melhoria dos Processos na Busca da Qualidade e Competitividade**. Rio de Janeiro: 3ª ed, Ed Qualitymark, 2010.
- 32- SIMON, H. **Models of Bounded Rationality**. Cambridge. 1982.

- 33-TONI, J. O que é o Planejamento Estratégico Situacional? **Revista Espaço Acadêmico**. N. 32, jan. 2004.
- 34-TORO, IFC. O papel dos hospitais universitários no SUS: avanços e retrocessos. *Serviço Social & Saúde Campinas*. V.4 n. 4 p. 1-156. Maio, 2005.
- 35-URIBE, RFJ & ARTMANN, E. **Planejamento e Gestão em Saúde**: Conceitos, História e Propostas. Ed. Fiocruz, 2012:6.
- 36-WEBER, P. Hospital, uma organização de profissionais. *Análise Psicológica*, 1999, 2: 317-325).

Anexo A. Plano de Ação Consolidado

MP	NC	I.D.	(Ações e atividades)	Precedência	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Recursos (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta
MP1	NC1	1	Ação 1 - Rever e estabelecer novas metas e resultados de desempenho de todos os serviços e setores do hospital.	15	GAD - Maria José DGC - Claudia	19/09/2015	28/02/2016		1. Porcentagem de serviços com indicadores de acompanhamento de desempenho	1.((Número de indicadores)/(Número total de serviços))*100%	100% de todos os serviços devem determinar metas e indicadores
		1.1	Revisar a capacidade instalada	15.1	GAS, GAD, GEP e chefes de serviços e setores	01/11/2015	30/11/2015		Número de setores revisados/número de setores existentes	(Número de setores revisados/número de setores existentes)x100%	100% de todos os serviços devem revisar a capacidade instalada (leitos/salas de ambulatorio/salas de CC, exames)
		1.2	Redefinir metas, prazo de produção e indicadores de cada serviço e setor	15.3	GAS, GAD, GEP e chefes de serviços e setores	01/12/2015	20/12/2015				100% dos serviços com metas e indicadores definidos
		1.3	Revisar o documento descritivo (DC) do Instrumento Formal de Contratualização (IFC)	15.2	Ana Lucia e Heloísa	19/09/2015	10/10/2015				Aumentar o repasse da contratualização em 30%

MP	NC	I.D.	(Ações e atividades)	Precedência	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Recursos (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta
		1.4	Divulgar e pactuar com as equipes os indicadores e as metas contratualizadas	15.4	GAS, GAD, GEP e chefes de serviços	04/01/2016	28/02/2016				90% de adesão para cumprimento das metas
MP1	NC1	2	Ação 2 - Instituir um Programa de Avaliação de Desempenho	14	GAS, GAD, GEP e chefes de serviços e setores	01/11/2015	28/02/2016		1. Índice de satisfação	1. $((\sum \text{Bom} * 1 + \sum \text{regular} * 0,7 + \sum \text{ruim} * 0,4) / \sum \text{Respostas}) * 100\%$	1. 80% de satisfação na avaliação do usuário 2. 70% de satisfação na avaliação dos colaboradores
		3.1	Definir Grupo de Trabalho responsável pelo Programa	14.1	GT definido pelas gerências (GAS, GAD, GEP) e chefes de serviços e setores	01/11/2015	15/11/2015				GT definido
		3.2	Construir o modelo de avaliação de desempenho que será adotado	14.2	GT	01/11/2015	20/12/2015				Modelo de avaliação sistematizado concluído
		3.3	Definir política de incentivos conforme resultados obtidos da avaliações	14.3	Divisão de Gestão de Pessoas	01/11/2015	20/12/2015				100% dos colaboradores que atinjam as metas recebam incentivo

MP	NC	I.D.	(Ações e atividades)	Precedência	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Recursos (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta
		3.4	Divulgar e pactuar com as equipes o programa de avaliação de desempenho sistematizado	14.4	Divisão de Gestão de Pessoas	01/02/2016	28/02/2016				Divulgação e Pactuação com 100% das equipes
MP1	NC2	3	Ação 3 - Redefinir os fluxos do agendamento do Centro Cirúrgico	13	Gerente de Atenção à Saúde (GAS) - Ana Lúcia Gerente de Ensino e Pesquisa (GEP) - ANDREIA	01/02/2016	30/08/2016	5.000	1. Taxa de cirurgias suspensas 2. Taxa de ocupação das salas do Centro Cirúrgico 3. Tempo de realização da cirurgias de urgência	1. $((\sum \text{cirurgias suspensas})/(\sum \text{cirurgias agendadas}))*100\%$ 2. $((\sum \text{de salas ocupadas no período})/(\sum \text{salas total}))*100\%$ 3. $((\sum \text{de tempos de cirurgia de urgência})/(\sum \text{cirurgias de urgência}))*100\%$	1. Taxa de cirurgias suspensas $\leq 10\%$ 2. 90% de ocupação das salas do Centro Cirúrgico 3. 80% das cirurgias de urgência realizadas no intervalo de 60 minutos a partir da notificação da necessidade cirúrgica
		3.1	Definir grupo de trabalho	13.1	GAS/GEP	01/02/2016	15/02/2016				GT definido
		3.2	Diagnosticar o fluxo atual de agendamento	13.2	GT	16/02/2016	23/02/2016				Falhas do Fluxo atual definidas
		3.3	Definir, junto às equipes cirúrgicas, novo protocolo de agendamento	13.3	GT e Chefias de serviço de cirurgia	24/02/2016	03/03/2016				Protocolo definido
		3.4	Sensibilizar e Pactuar com as demais equipes envolvidas	13.5	GT e Chefia de Enfermagem, NIR e NPOA	04/03/2016	13/03/2016				Pactuação com 100% da equipe

MP	NC	I.D.	(Ações e atividades)	Precedência	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Recursos (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta
		3.5	Implantar o novo o fluxo de agendamento definido e divulgado	13.6	GAS, Chefias do Centro Cirúrgico	14/03/2016	14/05/2016				Novo Fluxo 100% implantado
		3.6	Desenvolver e implantar mecanismos e indicadores de monitoramento e desempenho do Centro Cirúrgico	13.4	GT	14/03/2016	14/05/2016				Mecanismos de monitoramento e indicadores definidos e implantados
		3.7	Monitorar, avaliar e divulgar	13.7	GAS, Chefia do Centro Cirúrgico	15/05/2016	30/08/2016 ...				Novo fluxo Implantado
MP1	NC2	4	Ação 4 - Realizar as cirurgias por complexidade	3	Enfermeiro do Centro Cirúrgico e NPOA	01/11/2015	30/03/2016		1. Porcentagem de cirurgias que seguiram a padronização por complexidade das salas	1. $((\sum \text{de cirurgias que seguiram a padronização}) / (\text{Total de cirurgias})) * 100\%$	100% de utilização das salas cirúrgicas utilizadas de acordo com a complexidade
		4.1	Classificar as salas cirúrgicas por complexidade	3.1	Enfermeiro do Centro Cirúrgico e NPOA	01/11/2015	30/11/2015				nível de complexidade definido
		4.2	Sensibilizar e pactuar com as equipes cirúrgicas o novo fluxo por complexidade	3.3	GAS, Chefia do Centro Cirúrgico, NIR	01/12/2015	30/03/2016				adesão de 100% dos colaboradores atuantes no CC
		4.3	Desenvolver e implantar mecanismos e indicadores de monitoramento e desempenho do Centro Cirúrgico	3.2	GAS, Chefia do Centro Cirúrgico, NIR	01/12/2015	30/03/2016				Mecanismos de monitoramento e indicadores definidos e implantados
MP1	NC3	5	Ação 5 - Implementar as Linhas de Cuidado Prioritárias do Humap	11	GAS/GEP/GAD	01/02/2016	30/08/2016	56.000	1. Média de Permanência Hospitalar 2. Taxa de mortalidade hospitalar	1. $(\sum \text{dos tempos de permanência dos pacientes}) / \sum n^{\circ} \text{ de pacientes})$ 2. $(\sum \text{óbitos em determinado})$	1. Diminuir o tempo de permanência hospitalar em 1 dia 2. Diminuir a morbimortalidade

MP	NC	I.D.	(Ações e atividades)	Precedência	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Recursos (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta
									3. Quantidade de usuários que foram incluídos no tratamento seguindo Linha de Cuidado	período/ $\sum$ nº de pacientes no período) 3. ($\sum$ usuários na Linha de Cuidado) / $\sum$ usuários elegíveis)	em 10% 3. 80% dos usuários seguindo as linhas de cuidado
		5.1	Definir as Linhas de cuidado prioritário do HUMAP alinhadas à sua vocação (DIP, cardiovascular, Materno-infantil, ortopedia, AVE)	11.1	GAS/GEP/GAD	01/02/2016	10/03/2016				linhas de cuidado definidas
		5.2	Construir coletivamente e implantar os protocolos multiprofissionais que operacionalizem as Linhas priorizadas	11.2	GAS/GEP/GAD	01/02/2016	10/03/2016				Protocolos elaborados
		5.3	Definir e pactuar com RAS as referências e contrarreferências	11.3	GAS/GEP	01/02/2016	10/03/2016				100% dos usuários com acesso garantido em todos os níveis
		5.4	Estabelecer o Projeto Terapêutico Singular nestes âmbitos	11.4	HUMAP/SES/SE SAU	01/02/2016	30/08/2016				100% dos usuários integrados em todos os níveis
		5.5	Capacitar os profissionais do Humap com relação aos fluxos e protocolos estabelecidos	11.5	GAS/GEP	10/03/2016	30/08/2016		Número de profissionais capacitados e os que tem para capacitar --> determinar a meta para tal		100% dos colaboradores capacitados na sua linha de cuidado
		5.6	Monitorar e avaliar	11.6	GAS/GEP	30/08/2016					100% metas atingidas

MP	NC	I.D.	(Ações e atividades)	Precedência	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Recursos (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta
MP1	NC4	6	Ação 6 - Estruturar o Setor de Regulação e Avaliação em Saúde (SRAS)	1	GAS/GAD/GEP	01/09/2015	01/02/2016		1. Tempo médio de Permanência do paciente 2. Custo médio por paciente	1. $(\sum (\text{Tempos de permanência dos pacientes internados})) / (\text{Número de pacientes internados})$ 2. $(\sum (\text{Custos de internação})) / (\text{Número de pacientes internados})$	Redução de 10% dos gastos e tempo de permanência
		6.1	Definir a equipe de trabalho e finalizar as nomeações	1.1		Concluído	Concluído				
		6.2	Definir o regimento interno o SRAS	1.2	GAS/GAD/GEP	01/11/2015	01/02/2016				100% das consultas reguladas
		6.3	Capacitar a equipe conforme necessidades identificadas	1.3	GAS/GEP	01/09/2015	01/02/2016				100% da equipe capacitada
		6.4	Suprir o Setor com base nas necessidades físicas, equipamentos e de programas	1.3		Concluído	Concluído				Setor equipado
MP1	NC4	7	Ação 7 - Implementar os processos regulatórios intra-hospitalar	10	GAS, DGC, Divisão Médica, Divisão de enfermagem, DITI	01/03/2015	01/02/2016	15.000	1. Média de Permanência Hospitalar 2. Taxa de ocupação	1. $(\sum \text{dos tempos de permanência dos pacientes}) / \sum \text{número de pacientes}$	1. Reduzir o tempo de permanência em 1 dia 2. Reduzir para 100% a taxa de

MP	NC	I.D.	(Ações e atividades)	Precedência	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Recursos (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta
									operacional 3. Satisfação do usuário	2. (($\sum$ número de usuários no período) / $\sum$ (número de leitos operacionais)) * 100% 3. (($\sum$ Bom*1+ $\sum$ regular*0,7+ $\sum$ ruim*0,4)/ $\sum$ Respostas)*100%	ocupação hospitalar 3. Avaliação do usuário entre bom e ótimo acima de 70%
		7.1	Estruturar e potencializar a equipe do NIR, de acordo com as diretrizes definidas para gestão de leitos	10.1	GAS	Concluído	Concluído				Equipe estruturada
		7.2	Ampliar as atividades da Equipe de Gestão de alta (EGA) para maior articulação com a RAS	10.2	GAS/GEP	01/09/2015	Concluído				Cumprir o documento descritivo (DD)
		7.3	Ampliar o atendimento do Núcleo pré-operatório ambulatorial- NPOA (Núcleo Pré operatório ambulatorial) a todas as especialidades cirúrgicas	10.2	GAS	01/10/2015	01/02/2016				Diminuir em 50% as cirurgias represadas
MP1	NC5	8	Ação 8 - Implantar estratégias efetivas de Educação Permanente no Humap	2	GEP/GAS/GAD/ Chefias de serviço	01/12/2015	31/12/2016	500.000	1. Taxa de infecção hospitalar (%) 2. Taxa de mortalidade hospitalar 3. consumo de insumos	1. (($\sum$ (Episódios de infecção hospitalar em determinado período))/ (Total de pacientes no período)) * 100% 2. ($\sum$ óbitos em determinado período/ $\sum$ número de pacientes no	1. Redução da taxa de infecção hospitalar em 20% 2. Redução de morbimortalidade em 10% 3. Redução do consumo de antibióticos e outros insumos em 20%

MP	NC	I.D.	(Ações e atividades)	Precedência	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Recursos (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta
										período)*100% 3. custo de insumos no período/custo médio de insumos	
		8.1	Criar um núcleo de educação permanente (NEP)	2.1	GEP/DIVGP	01/12/2015	30/12/2015				Equipe estruturada, nomeada e publicada em portaria.
		8.3	Identificar e capacitar os tutores de Educação Permanente	2.2	NEP	01/02/2016	31/12/2016		1. número de tutores capacitados /número total de tutores		100% de tutores capacitados
		8.4	Iniciar as atividades de Educação Permanente junto às chefias	2.2	NEP/Chefias de serviço	01/02/2016	31/12/2016				80% de atividades de capacitação iniciadas
MP2	NC6	9	Ação 9 - Melhorar os canais de diálogo com os gestores municipal e estadual	6		01/08/2015	31/0/2016	30.000	1. Porcentagem de aumento dos recursos de contratualização	1. ((Recursos obtidos após nova contratualização)/(Recursos obtidos pela atual contratualização))-1)*100%	Aumento de recursos de contratualização em 30%
		9.1	Reativar a câmara técnica inter-hospitalar	6.1	GAS e Superintendência	01/02/2016	31/08/2016				câmara técnica estabelecida e reuniões em todos os hospitais
		9.2	Participar efetivamente dos Fóruns, Colegiados, Comitês e Conselhos	6.1	GAS e Superintendência	01/08/2015	31/08/2015				Participação efetiva do HUMAP nos principais Conselhos e Comitês

MP	NC	I.D.	(Ações e atividades)	Precedência	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Recursos (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta
											relacionados a área da saúde
MP2	NC7	10	Ação 10 - Estabelecer critérios para continuidade do cuidado com a RAS	12	GAS	01/03/2016	30/09/2016		Porcentagem de pacientes contrarreferenciados com continuidade no atendimento	Atendimento humanizado com critérios estabelecidos e 50% de pacientes referenciados e contrarreferenciados	
		10.1	Implantar um GT de alta responsável	12.1	GAS	01/03/2016	30/09/2016			Grupo de trabalho definido e atuante	
		10.2	Estabelecer o fluxo de alta responsável	12.2	GAS/GT de Alta Responsável	01/03/2016	30/09/2016			Fluxo estabelecido em 100% das unidades assistenciais	
		10.3	Pactuar os critérios de alta responsável com os gestores dos serviços, município e estado	12.2	GAS/GAD	01/03/2016	30/09/2016		Média do Tempo de permanência/Taxa de Ocupação de Leito	Diminuição da média de permanência e rotatividade dos leitos	
MP3	NC8	11	Ação 11 - Implantar protocolos clínicos assistenciais no Humap	5	GEP/GAS	01/07/2015	01/07/2016		1.Tempo médio de Permanência do pacientes 2. Custo médio por paciente	1.Otimizacao de recursos financeiros em 30% 2. Diminuição do tempo de permanência no leito em 1 dia	

MP	NC	I.D.	(Ações e atividades)	Precedência	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Recursos (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta
		11.1	Definir e articular os protocolos a serem produzidos com base nas Linhas de Cuidado priorizadas	5.1	GEP/GAS	01/07/2015	09/03/2016			Protocolos definidos de acordo com as linhas de cuidado	
		11.2	Instituir Grupo Técnico de Trabalho para gerenciamento dos protocolos clínicos	5.2	GEP/GAS	01/07/2015	31/12/2015			Grupo publicado em Boletim de Serviço	
		11.3	Desenvolver os protocolos clínicos assistenciais	5.3	GEP/Divisão Médica/Divisão de Apoio diagnóstico e terapêutico/ divisão de enfermagem e Gestão de cuidado	01/09/2015	01/08/2016			Protocolos desenvolvidos	
		11.4	Validar os protocolos e capacitar as equipes envolvidas	5.4	GEP/GAS/GAD	01/08/2016	31/10/2016			Protocolos validados e pactuados	
		11.5	Monitorar a utilização dos protocolos	5.5	GEP/GAS/GAD	01/11/2016	31/12/2016			atingir a meta dos indicadores	
MP3	NC 9	12	Ação 12 - Desenvolver projeto de ensino, pesquisa e inovação em conjunto com as outras gerências dos HUFs	8	GEP	01/09/2015	01/12/2016	30.000	1. Variação percentual do número de pesquisas em relação ao ano anterior 2. Satisfação do corpo discente	1. Aumento do número de publicações em 30% 2. Índice de satisfação superior 70%	

MP	NC	I.D.	(Ações e atividades)	Precedência	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Recursos (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta
		12.1	Articular com as GEP dos demais HUF	8.1	GEP	01/11/2016	01/12/2016			Articulação com as outras GEP deficiente	
		12.2	Desenvolver um projeto conjunto	8.2	GEP	01/12/2016	31/07/2016			Aquisição de autonomia de recursos	
		12.2	Encaminhar o projeto e articular com a Ebserh sede	8.3	GEP	01/08/2016	31/08/2016			Conseguir o apoio da EBSEH	
MP3	NC10	13	Ação 13 - Articular o relacionamento entre o HUMAP e a UFMS	7	Chefe do setor Ensino e Chefia das Unidades de pós graduação e graduação e ensino Técnico	01/02/2015	31/12/2017		1. Porcentagem de participação de docentes nos eventos do HUMAP	1. Aumentar 50% da participação dos docentes nas atividades didáticas desenvolvidas no HUMAP	
		13.1	Criar políticas de acolhimento aos professores e alunos da UFMS	7.1	Chefe do setor Ensino e Chefia das Unidades de pós graduação e graduação e ensino Técnico, COREME e COREMU	01/03/2015	01/07/2016			Facilitar a articulação com os professores	
		13.2	Criar políticas de incentivo aos professores	7.2	Chefe do setor Ensino e Chefia das Unidades de pós graduação e graduação e ensino Técnico, COREME e COREMU					Aumentar o número de docentes no hospital	

MP	NC	I.D.	(Ações e atividades)	Precedência	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Recursos (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta
MP3	NC 11	14	Ação 14 - Ampliar as ações de capacitação dos preceptores	4	GEP/COREME/COREMU/FAMED	01/08/2015	31/08/2016		1. (Número de docentes capacitados) / melhoria no desempenho nas provas de avaliação	Capacitar 80% dos preceptores	
		14.1	Criar corpo próprio de capacitadores do Humap	4.1	GEP	01/12/2015	01/07/2016			Núcleo Capacitador Formado	
		14.2	Formular agenda de capacitação dos preceptores	4.3	GEP/ Grupo de capacitadores	01/07/2016	31/08/2016			Agenda concluída	
		14.3	Pactuar a grade horária dos profissionais	4.2	GEP/GAS	01/07/2016	31/08/2016			Pactuação efetiva com a GAS	
MP 2	NC1 2	15	Ação 15 - Implantar a gestão por processos	9	GAS/GEP/GAD	15/07/2015	31/12/2016		1. Porcentagem de processos implantados	Implantar a Gestão dos Processos em 100% do HUMAP	
		15.1	Analisar os fluxos existentes e os problemas identificados nestes processos (fins e meios): Ambulatório, urgência, farmácia, engenharia clínica, infraestrutura, gestão de pessoas, Internação e Suprimento	9.1	GAS/GEP/GAD	15/07/2015	31/12/2015			Analisar os fluxos dos processos de trabalho dos oito setores definidos nesta atividade	
		15.2	Analisar os fluxos existentes e os problemas identificados no setor de hotelaria	9.1	GAD	01/10/2015	31/12/2015			Melhorar a qualidade de atendimento dos serviços prestados pela hotelaria	

MP	NC	I.D.	(Ações e atividades)	Precedência	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Recursos (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta
		15.3	Analisar os fluxos existentes e os problemas identificados na Divisão Administrativa Financeira	9.1	GAD	01/08/2015	31/12/2015			Melhorar a qualidade de atendimento dos serviços prestados	
		15.4	Construir novos fluxos para os processos internos	9.2	GAS/GAD	03/11/2015	31/12/2015				
		15.5	Implantar, Executar e Monitorar o novo fluxo de trabalho estabelecido	9.3	GAS/GEP/GAD	01/03/2016	31/12/2016			Implantar a Gestão dos Processos em 100% HUMAP	

Anexo B. Análise de Viabilidade e Atores sociais

Atores/Ação	Corpo Clínico	Diretor FAMED	SES	Represent antes usuário	SISTA	Coordenador residência (COREME E COREMU)	Reitoria UFMS	SESAU	Ebserh sede	Grupo de anestesi- sistas	Coordena- dor dos PRM	Profissio- nais de saúde não medico	viabilidade
Ação 1 - Rever e estabelecer novas metas e resultados de desempenho de todos os serviços e setores do hospital.	A-	B+	B+	A+	A-	A+	BO	B0	A+	A-	M-	A-	BAIXA
Revisar a capacidade instalada	BO	BO	B+	A+	A-	A+	BO	BO	A+	BO	BO	B0	MÉDIA
Redefinir metas, prazo de produção e indicadores de cada serviço e setor	A-	B+	B+	A+	A-	A+	BO	B+	A+	A-	M-	A-	BAIXA
Revisar o documento descritivo (DC) do Instrumento Formal de Contratualização (IFC)	BO	B+	BO	A+	A-	BO	BO	A+	A+	BO	BO	B0	ALTA

Atores/Ação	Corpo Clínico	Diretor FAMED	SES	Represent antes usuário	SISTA	Coordenador residência (COREME E COREMU)	Reitoria UFMS	SESAU	Ebserh sede	Grupo de anestesistas	Coordenador dos PRM	Profissionais de saúde não medico	viabilidade
Divulgar e pactuar com as equipes os indicadores e as metas contratualizadas	A-	B+	BO	A+	A-	A+	BO	BO	A+	BO	M-	A-	BAIXA
Ação 2 - Instituir um Programa de Avaliação de Desempenho	A-	B0	B0	B0	A-	A+	B0	B0	A+	A-	A-	A-	BAIXA
Definir Grupo de Trabalho responsável pelo Programa	BO	BO	BO	BO	BO	A+	BO	BO	A+	BO	BO	BO	MEDIA
Construir o modelo de avaliação de desempenho que será adotado	BO	BO	BO	BO	BO	B0	BO	BO	A+	BO	BO	BO	MEDIA
Definir política de incentivos conforme resultados obtidos da avaliações	A-	BO	BO	B0	A-	A+	B0	B0	A+	A-	A-	A-	BAIXA
Divulgar e pactuar com as equipes o programa de avaliação de	A-	BO	BO	B0	A-	A+	B0	B0	A+	A-	A-	A-	BAIXA

Atores/Ação	Corpo Clínico	Diretor FAMED	SES	Represent antes usuário	SISTA	Coordenador residência (COREME E COREMU)	Reitoria UFMS	SESAU	Ebserh sede	Grupo de anestesiastas	Coordenador dos PRM	Profissionais de saúde não medico	viabilidade
desempenho sistematizado													
Ação 3 - Redefinir os fluxos do agendamento do Centro Cirúrgico	A-	B0	A+	A+	B0	M+	B0	A+	A+	A -	A-	A-	MÉDIA
Definir grupo de trabalho	B0	B0	B0	B0	B0	B0	B0	B0	A+	B0	B0	B0	ALTA
Diagnosticar o fluxo atual de agendamento	B0	B0	B0	B0	B0	B0	B0	B0	A+	B0	B0	B0	ALTA
Definir, junto às equipes cirúrgicas, novo fluxo de agendamento	A-	B0	B0	A+	A-	A+	B0	B0	A+	A-	A-	A-	BAIXA
Sensibilizar e Pactuar com as demais equipes envolvidas	A-	B0	B0	A+	A-	A+	B0	B0	A+	A-	A-	A-	BAIXA
Implantar o novo o fluxo de agendamento definido e divulgado	A-	B0	B0	A+	A-	A+	B0	B0	A+	A-	A-	A-	BAIXA

Atores/Ação	Corpo Clínico	Diretor FAMED	SES	Represent antes usuário	SISTA	Coordenador residência (COREME E COREMU)	Reitoria UFMS	SESAU	Ebserh sede	Grupo de anest-sistas	Coordena-dor dos PRM	Profissio-nais de saúde não medico	viabilidade
Desenvolver e implantar mecanismos e indicadores de monitoramento e desempenho do Centro Cirúrgico	A-	B0	B0	A+	A-	A+	B0	B0	A+	A-	A-	A-	BAIXA
Monitorar, avaliar e divulgar	A-	B0	B0	A+	A-	A+	B0	B0	A+	A-	A-	A-	BAIXA
Ação 4 - Realizar as cirurgias por complexidade	A+	B0	A+	A+	B0	A+	B0	A+	A+	B0	A-	A-	ALTA
Classificar as salas cirúrgicas por complexidade													
Sensibilizar e pactuar com as equipes cirúrgicas o novo fluxo por complexidade													
Desenvolver e implantar mecanismos e indicadores de monitoramento e desempenho do Centro Cirúrgico													

Atores/Ação	Corpo Clínico	Diretor FAMED	SES	Represent antes usuário	SISTA	Coordenador residência (COREME E COREMU)	Reitoria UFMS	SESAU	Ebserh sede	Grupo de anestesi-istas	Coordena- dor dos PRM	Profissio- nais de saúde não medico	viabilidade
Ação 5 - Implementar as Linhas de Cuidado Prioritárias do Humap	A-	M+	B0	A+	A-	M+	B0	M+	A+	B0	A-	A+	MÉDIA
Definir as Linhas de cuidado prioritário do HUMAP alinhadas à sua vocação (DIP, cardiovascular, Materno-infantil, ortopedia, AVE)	A-	M+	B0	A+	A-	M+	B0	A+	A+	B0	A-	A+	MEDIA
Construir coletivamente e implantar os protocolos multiprofissionais que operacionalizem as Linhas prioritizadas	A-	M+	B0	A+	A-	M+	B0	A+	A+	B0	A-	A+	MEDIA
Definir e pactuar com RAS as referências e contrarreferências	B0	M+	A-	A+	B0	M+	B0	A-	A+	B0	B0	B0	MEDIA

Atores/Ação	Corpo Clínico	Diretor FAMED	SES	Represent antes usuário	SISTA	Coordenador residência (COREME E COREMU)	Reitoria UFMS	SESAU	Ebserh sede	Grupo de anest-sistas	Coordena-dor dos PRM	Profissio-nais de saúde não medico	viabilidade
Estabelecer o Projeto Terapêutico Singular nestes âmbitos	A-	M+	B0	A+	A-	M+	B0	A-	A+	B0	A-	A+	BAIXA
Capacitar os profissionais do Humap com relação aos fluxos e protocolos estabelecidos	A-	M+	B0	A+	A-	M+	B0	B0	A+	B0	A-	A-	BAIXA
Monitorar e avaliar	A-	M+	B0	A+	A-	M+	B0	B0	A+	B0	A-	A-	BAIXA
Ação 6 - Estruturar o Setor de Regulação e Avaliação em Saúde (SRAS)	B0	B0	A+	A+	A-	B0	B0	A+	A+	B0	B0	B0	ALTA
Definir a equipe de trabalho e finalizar as nomeações													
Definir o regimento interno o SRAS													
Capacitar a equipe conforme													

Atores/Ação	Corpo Clínico	Diretor FAMED	SES	Represent antes usuário	SISTA	Coordenador residência (COREME E COREMU)	Reitoria UFMS	SESAU	Ebserh sede	Grupo de anest-sistas	Coordena-dor dos PRM	Profissio-nais de saúde não medico	viabilidade
necessidades identificadas													
Suprir o Setor com base nas necessidades físicas, equipamentos e de programas													
Ação 7 - Implementar os processos regulatórios intra-hospitalares	A-	M+	A+	A+	A-	A+	B0	A+	A+	B0	A-	A-	MÉDIA
Estruturar e potencializar a equipe do NIR, de acordo com as diretrizes definidas para gestão de leitos	A-	M+	A+	A+	A-	A+	B0	A+	A+	B0	A-	A-	MÉDIA
Ampliar as atividades da Equipe de Gestão de alta (EGA) para maior articulação com a RAS	A-	M+	A+	A+	A-	A+	B0	A+	A+	B0	A-	A-	MÉDIA

Atores/Ação	Corpo Clínico	Diretor FAMED	SES	Represent antes usuário	SISTA	Coordenador residência (COREME E COREMU)	Reitoria UFMS	SESAU	Ebserh sede	Grupo de anestesistas	Coordenador dos PRM	Profissionais de saúde não medico	viabilidade
Ampliar o atendimento do Núcleo pré-operatório ambulatorial - NPOA a todas as especialidades cirúrgicas	A-	M+	A+	A+	A-	A+	B0	A+	A+	B0	A-	A-	MÉDIA
Ação 8 - Implantar estratégias efetivas de Educação Permanente no Humap	A+	M+	M+	A+	A+	A+	B0	A+	A+	B0	A+	A+	ALTA
Criar um núcleo de educação permanente (NEP)													
Identificar as demandas de Educação Permanente													
Identificar e capacitar os tutores de Educação Permanente													

Atores/Ação	Corpo Clínico	Diretor FAMED	SES	Represent antes usuário	SISTA	Coordenador residência (COREME E COREMU)	Reitoria UFMS	SESAU	Ebserh sede	Grupo de anest-sistas	Coordena-dor dos PRM	Profissio-nais de saúde não medico	viabilidade
Iniciar as atividades de Educação Permanente junto às chefias													
Ação 9 - Melhorar os canais de diálogo com os gestores municipal e estadual	B0	B0	A+	A+	M-	B0	B0	A+	A+	B0	B0	B0	ALTA
Reativar a câmara técnica inter-hospitalar													
Participar efetivamente dos Fóruns, Colegiados, Comitês e Conselhos													
Ação 10 - Estabelecer critérios para continuidade do cuidado com a RAS	A+	B0	M+	A+	M-	M+	B0	M+	A+	B0	M+	M+	MÉDIA
Implantar um GT de alta responsável	B0	B0	B0	A+	B0	B0	B0	B0	A+	B0	B0	M+	MEDIA

Atores/Ação	Corpo Clínico	Diretor FAMED	SES	Represent antes usuário	SISTA	Coordenador residência (COREME E COREMU)	Reitoria UFMS	SESAU	Ebserh sede	Grupo de anestesistas	Coordenador dos PRM	Profissionais de saúde não medico	viabilidade
Estabelecer o fluxo de alta responsável	A-	B0	B0	A+	A-	M+	B0	M+	A+	B0	M+	M+	MEDIA
Pactuar os critérios de alta responsável com os gestores dos serviços, município e estado	A+	B0	A-	A+	B0	B0	B0	A-	A+	B0	M+	A+	MEDIA
Ação 11 - Implantar protocolos clínicos assistenciais no Humap	M+	A+	B0	A+	B0	A+	B0	M0	A+	A-	M-	A-	ALTA
Definir e articular os protocolos a serem produzidos com base nas Linhas de Cuidado prioritizadas													
Instituir Grupo Técnico de Trabalho para gerenciamento dos protocolos clínicos													

Atores/Ação	Corpo Clínico	Diretor FAMED	SES	Represent antes usuário	SISTA	Coordenador residência (COREME E COREMU)	Reitoria UFMS	SESAU	Ebserh sede	Grupo de anestesi-istas	Coordena- dor dos PRM	Profissio- nais de saúde não medico	viabilidade
Desenvolver os protocolos clínicos assistenciais													
Validar os protocolos e capacitar as equipes envolvidas													
Monitorar a utilização dos protocolos													
Ação 12 - Desenvolver projeto de ensino, pesquisa e inovação em conjunto com as outras gerências dos HUFs	A+	A+	A+	B0	B0	A+	M+	B0	A+	B0	M+	A+	ALTA
Articular com as GEP dos demais HUF													
Desenvolver um projeto conjunto													
Encaminhar o projeto e articular													

Atores/Ação	Corpo Clínico	Diretor FAMED	SES	Represent antes usuário	SISTA	Coordenador residência (COREME E COREMU)	Reitoria UFMS	SESAU	Ebserh sede	Grupo de anestesistas	Coordenador dos PRM	Profissionais de saúde não medico	viabilidade
com a Ebserh sede													
Ação 13 - Articular o relacionamento entre o HUMAP e a UFMS	A+	A+	B0	B0	A-	M+	M+	B0	M+	B0	A+	A+	ALTA
Montar um Grupo de Trabalho													
Criar políticas de acolhimento aos professores e alunos da UFMS													
Criar políticas de incentivo aos professores													
Ação 14 - Ampliar as ações de capacitação dos preceptores	A+	A+	B0	B0	B0	A+	B0	B0	A+	B0	A+	A+	ALTA
Criar corpo próprio de capacitadores do Humap													
Formular agenda de capacitação dos preceptores													

Atores/Ação	Corpo Clínico	Diretor FAMED	SES	Represent antes usuário	SISTA	Coordenador residência (COREME E COREMU)	Reitoria UFMS	SESAU	Ebserh sede	Grupo de anestésistas	Coordenador dos PRM	Profissionais de saúde não médico	viabilidade
Pactuar a grade horária dos profissionais													
Ação 15 - Implantar a gestão por processos	A-	B0	B0	B0	A-	B0	B0	B0	A+	B0	B0	A-	MEDIA
Analisar os fluxos existentes e os problemas identificados nestes processos (fins e meios): Ambulatório, urgência, farmácia, engenharia clínica, infraestrutura, gestão de pessoas, Internação e Suprimento	B0	B0	B0	B0	A-	B0	B0	B0	A+	B0	B0	B0	MEDIA
Analisar os fluxos existentes e os problemas identificados no setor de hotelaria	B0	B0	B0	B0	A-	B0	B0	B0	A+	B0	B0	B0	MEDIA

Atores/Ação	Corpo Clínico	Diretor FAMED	SES	Represent antes usuário	SISTA	Coordenador residência (COREME E COREMU)	Reitoria UFMS	SESAU	Ebserh sede	Grupo de anestesi-istas	Coordena- dor dos PRM	Profissio- nais de saúde não medico	viabilidade
Analisar os fluxos existentes e os problemas identificados na Divisão Administrativa Financeira	B0	B0	B0	B0	A-	B0	B0	B0	A+	B0	B0	B0	MEDIA
Implantar, Executar e Monitorar o novo fluxo de trabalho estabelecido	A-	B0	B0	B0	A-	B0	B0	B0	A+	A-	A-	A-	BAIXA

