



EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO

PDE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (PDE/HUUFMA)

ALESSANDRA ENES ROCHA
ERIVAN DOS SANTOS LIMA
JEANNE LILIANE MICHEL
JOÃO DE DEUS NOGUEIRA CANTANHEDE
JOYCE SANTOS LAGES
ODAIR TEODORO TOSTES
PAULO CRUZ NUNES
RITA DA GRAÇA CARVALHAL FRAZÃO CORREA
SILVIA HELENA CAVALCANTE DE SOUSA
SIRLEI GARCIA MARQUES

**PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO (PDE/HUUFMA)**

São Paulo 2013-2014

ALESSANDRA ENES ROCHA
ERIVAN DOS SANTOS LIMA
JEANNE LILIANE MICHEL
JOÃO DE DEUS NOGUEIRA CANTANHEDE
JOYCE SANTOS LAGES
ODAIR TEODORO TOSTES
PAULO CRUZ NUNES
RITA DA GRAÇA CARVALHAL FRAZÃO CORREA
SILVIA HELENA CAVALCANTE DE SOUSA
SIRLEI GARCIA MARQUES

**PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO (PDE/HUUFMA)**

Plano Diretor Estratégico do HUUFMA
apresentado ao Instituto Sírio Libanês de
Ensino e Pesquisa para certificação como
especialista em Gestão de Hospitais
Universitários Federais no SUS.

Orientadora: Marilda Siriani de Oliveira
Co-orientadora: Viviane de Oliveira Luna

São Paulo 2013-2014

Equipe Responsável pela Elaboração do PDE

ESPECIALIZANDOS	APOIADORES
Joyce Santos Lages Superintendente	Natalino Salgado Filho Reitor da Universidade Federal do Maranhão
Sílvia Helena Cavalcante de Souza Gerente de Atenção à Saúde	Alexsandra Jácome Castelo Gomes Torres Chefe da Unidade de Comunicação
Odair Teodoro Tostes Gerente de Administração	Ana Luíza Rodrigues Bezelga Chefe do Setor de Apoio Diagnóstico
Rita da Graça Carvalho Frazão Correa Gerente de Ensino e Pesquisa	Antônio Raposo Filho Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde
Sirlei Garcia Marques Chefe da Unidade de Planejamento	Artur Serra Neto Chefe da Divisão Médica
Paulo Cruz Nunes Chefe do Setor de Gestão da Qualidade	Erina Angelin Moreira Técnica de Planejamento
Alessandra Enes Rocha Chefe da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Eurico Santos Neto Chefe da Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar
Erivan dos Santos Lima Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas	Geísa Beltrão dos Reis Viana Assistente Social
João de Deus Nogueira Cantanhede Chefe da Divisão Administrativa Financeira	Humberto de Oliveira Serra Chefe da Unidade de Telessaúde
Jeanne Liliane Marlene Michel Diretora de Gestão de Pessoas da EBSEH	Jacione Lemos Botelho Maia Chefe da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais
	Jorgiléia Braga de Melo Chefe do Setor de Apoio Terapêutico
	Lourineide de Jesus Nunes Chefe da Unidade de Apoio Corporativo
	Maria de Lourdes Carvalho Chefe da Divisão de Enfermagem
	Rosângela Fernandes Lucena Batista Chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente
	Vânia do Perpétuo Socorro Bastos Cantanhede Holanda Chefe da Divisão de Gestão do Cuidado

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 CONTEXTUALIZAÇÃO	15
1.1 Situação Sanitária da área de abrangência/influência do HUUFMA	15
1.2 Identidade Institucional	17
1.3 Histórico	19
1.4 O HUUFMA e o REHUF	21
1.5 Adesão do HUUFMA à EBSERH.....	25
1.5.1 HUUFMA após a assinatura do contrato	25
1.6 Sistema de Governança do HUUFMA	26
1.7 Força de Trabalho	36
1.8 Infraestrutura Hospitalar	43
1.9 Desempenho do HUUFMA	47
1.9.1 Atenção à Saúde	47
1.9.2 Ensino e Pesquisa	54
1.10 Inserção no Sistema Único de Saúde – Contratualização	55
2 OBJETIVOS	60
2.1 Geral	60
2.2 Específicos	60
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	61
4 FUNDAMENTAÇÃO.....	67
4.1 Diretrizes Estratégicas e o PDC.....	67
4.2 Referencial Teórico: a opção pelo Planejamento Estratégico Situacional...	70
4.3 Modelos de Referência e a Aplicação da Lista de Contribuições	78
4.3.1 Gestão Hospitalar:	79
4.3.2 Gestão da Clínica:	80
4.3.3 Humanização na Saúde:	82
4.3.4 Hotelaria Hospitalar:.....	83
4.3.5 Compras Hospitalares:	83
4.3.6 Administração Econômico-Financeira:.....	86
4.3.7 Gestão de Obras e Engenharia Clínica:	87
4.4 Aplicação da Lista de Contribuição	88
4.5 Aplicação da Lista de Análise de Gaps	91
4.5.1 Legislação de Gestão de Pessoas	93

4.5.2 Legislação de Suprimentos.....	93
4.5.3 Legislação Administrativo-Financeira.....	95
4.5.4 Legislação e Normas do SUS e Regulação do SUS	96
5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	98
6 GESTÃO E MONITORAMENTO DO PLANO	128
6.1 Monitoramento do Cronograma.....	144
6.2 Matriz de Monitoramento do PDE do HUUFMA	149
6.3 Resultados esperados após a conclusão do PDE	150
7 REFERÊNCIAS CONSULTADAS	161
8 APÊNDICE.....	164
Apêndice 1 Identificando os macroproblemas do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HUUFMA.....	164
Apêndice 2 Quadro Consolidado de Ações HUUFMA, maio de 2014.	167

LISTA DE SIGLAS

AGHU	Aplicativo de Gestão de Hospitais Universitários
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância em Saúde
APH	Adicional por Plantão Hospitalar
BTMA	Banco de Tumores do Maranhão
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPEC	Centro de Pesquisa Clínica
CFN	Conselho Federal de Nutrição
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COMIC	Comissão Científica
CONSAD	Conselho de Administração
CPDR	Centro de Prevenção de Doenças Renais
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas de Compensação
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino
FJM	Fundação Josué Montello
FUM	Fundação Universidade do Maranhão
GAS	Gerência de Atenção à Saúde
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
HSE	Hospital dos Servidores do Estado
HSL	Hospital Sírio Libanês
HUUFMA	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IEP	Instituto de Ensino e Pesquisa
IFES	Instituição Federal de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social
INCOR	Instituto do Coração
IPEM	Instituto de Previdência do Estado do Maranhão
LAC	Laboratório de Análises Clínicas
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NIR	Núcleo Interno de Regulação
OPM	Órtese, Prótese e Materiais
PAPADOR	Casa do Programa de Assistência ao Paciente Asmático e da Dor
PDC	Programa de Desenvolvimento de Competências
PDE	Plano Diretor Estratégico
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais

RAS	Rede de Atenção à Saúde
REHUF	Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RJU	Regime Jurídico Único
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SCB	Serviço de Cirurgia Bariátrica
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira
SOMACS	Sociedade Maranhense de Cultura Superior
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SUL	Serviço de Urologia e Litotripsia
SUS	Sistema Único de Saúde
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (Forças, Fraquezas, Oportunidades, Ameaças)
TR	Termo de Referência
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UCB	Unidade Campus do Bacanga
UDP	Unidade de Desenvolvimento de Pessoas
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UMI	Unidade Materno Infantil
UPD	Unidade Presidente Dutra
USP	Universidade de São Paulo
VDP	Vetor de Descrição do Problema

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Instalações prediais que integram o complexo hospitalar HUUFMA.	18
Quadro 2 Status das ações definidas pelo HUUFMA, integradas ao REHUF, Junho de 2014.	24
Quadro 3 Proposta de readequações no Organograma apresentado pela EBSEH, de acordo com a origem e destino das unidades/setor remanejados, maio de 2014.	27
Quadro 4 Composição atual da Força de Trabalho. HUUFMA, maio de 2014.	38
Quadro 5 Número de funcionários por categoria profissional e por vínculo. HUUFMA, maio, 2014.	39
Quadro 6 Número e percentual de servidores capacitados. HUUFMA-UDP, 2013.	41
Quadro 7 Número de leitos segundo Unidade Assistencial. HUUFMA, 2014.	44
Quadro 8 Distribuição da capacidade instalada por salas. HUUFMA, maio de 2014.	44
Quadro 9 . Números de salas cirúrgicas, segundo Unidade Assistencial. HUUFMA, maio de 2014.	45
Quadro 10 Distribuição quantitativa dos Equipamentos Médico-hospitalares segundo tipos. HUUFMA, 2014.	45
Quadro 11 Número de auditórios disponíveis para atividades de ensino. HUUFMA, maio de 2014.	46
Quadro 12 Tipos de Habilitação e respectivos códigos. HUUFMA, maio de 2014.	47
Quadro 13 Serviços Especializados. HUUFMA, maio de 2014.	48
Quadro 14 Indicadores assistenciais do HUUFMA referentes ao ano de 2013.	53
Quadro 15 Indicadores referentes ao Ensino e Pesquisa. HUUFMA, 2013.	54
Quadro 16 Levantamento dos macroproblemas do HUUFMA, 2013.	63
Quadro 17 Plano de ação do PDE. HUUFMA, maio de 2014 – Nó crítico 1.	99
Quadro 18 Plano de ação do PDE. HUUFMA, maio de 2014 – Nó crítico 2.	100
Quadro 20 Plano de ação do PDE. HUUFMA, maio de 2014 - Nó crítico 4.	104
Quadro 21 Plano de ação do PDE. HUUFMA, maio de 2014 - Nó crítico 5.	106
Quadro 22 Plano de ação do PDE. HUUFMA, maio de 2014 - Nó crítico 6.	107
Quadro 23 Plano de ação do PDE. HUUFMA, maio de 2014 - Nó crítico 7.	108
Quadro 24 Plano de ação do PDE. HUUFMA, maio de 2014 - Nó crítico 8.	110
Quadro 25 Plano de ação do PDE. HUUFMA, maio de 2014 - Nó crítico 9.	111
Quadro 26 Plano de ação do PDE. HUUFMA, maio de 2014 - Nó crítico 10.	114
Quadro 27 Plano de ação do PDE. HUUFMA, maio de 2014 - Nó crítico 11.	116
Quadro 28 Plano de ação do PDE. HUUFMA, maio de 2014 - Nó crítico 12.	118

Quadro 29 Plano de ação do PDE. HUUFMA, maio de 2014 - Nó crítico 13.....	119
Quadro 30 Plano de ação do PDE. HUUFMA, maio de 2014 - Nó crítico 14.....	121
Quadro 31 Planilha Orçamentária do PDE. HUUFMA, maio de 2014	124
Quadro 32 Síntese dos Recursos Orçamentários necessários para o PDE. HUUFMA, maio de 2014.....	127
Quadro 33 Matriz de indicadores para o Monitoramento do Plano de Ação. HUUFMA, maio de 2014.	129
Quadro 34 Matriz de Monitoramento do PDE do HUUFMA.....	149

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Procedimentos ambulatoriais segundo tipo e quadrimestre, no período de janeiro a dezembro de 2013. HUUFMA	51
Tabela 2 Internações realizadas segundo Clínica no período de janeiro a dezembro de 2013. HUUFMA.....	51

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribuição da perda da Força de Trabalho segundo vínculo do MS e UFMA, no período de 2000 a 2013. HUUFMA, 2014.....	37
Gráfico 2 Distribuição da Força de Trabalho segundo vínculo MS, UFMA e FJM, no período de 2000 a 2013. HUUFMA, 2014.....	38
Gráfico 3 Número de consultas realizadas segundo quadrimestre no período de janeiro a dezembro de 2013. HUUFMA.....	50
Gráfico 4 Leitos operacionais e desativados segundo quadrimestre, no período de janeiro a dezembro de 2013	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Diretrizes Estratégicas para a capacitação de gestores dos hospitais universitários federais no SUS, EBSEH/HSL, 2013	14
Figura 2 Organograma proposto pelo HUUFMA, maio de 2014.	30
Figura 3 Organograma proposto pelo HUUFMA, maio de 2014 (cont.)	32
Figura 4 Organograma proposto pelo HUUFMA, maio de 2014 (cont.)	32
Figura 5 Organograma proposto pelo HUUFMA, maio de 2014 (cont.)	34
Figura 6 Organograma proposto pelo HUUFMA, maio de 2014 (Cont)	35
Figura 7 Fluxograma das etapas para o desenvolvimento das atividades de capacitação. HUUFMA-UDP, 2014.	43
Figura 8 Atores Sociais relevantes para o macroproblema “Modelo de Gestão pouco qualificado para a missão do HU”	64
Figura 9 Atores Sociais relevantes para o macroproblema “Modelo Clínico Assistencial insuficiente frente às necessidades da população”	64
Figura 10 Atores Sociais relevantes para o macroproblema “Estrutura física, Tecnológica e de Pessoas insuficiente para garantir o funcionamento do HUUFMA”.	65
Figura 11 Árvore de Problema referente ao macroproblema “Modelo de Gestão pouco qualificado para a missão do HU”. HUUFMA, 2014.	74
Figura 12 Árvore de Problema referente ao macroproblema “Modelo Clínico Assistencial insuficiente às necessidades da população”. HUUFMA, 2014.	75
Figura 13 Árvore de Problema referente ao macroproblema “Estrutura Física, Tecnológica e de Pessoas insuficiente para garantia do funcionamento do HU”. HUUFMA, 2014.	76
Figura 14 Aderência do HUUFMA por Modelo de Referência.	89
Figura 15 Aderência do HUUFMA por tema da Lista de Aderência às Normativas.....	92
Figura 16 Gráfico de monitoramento do cronograma de execução do Plano de Ação do HUUFMA, no período de Setembro de 2014 a Agosto de 2016.	144
Figura 17 Gráfico de monitoramento do cronograma de execução do Plano de Ação do HUUFMA, no período de Setembro de 2014 a Agosto de 2016 – Cont.....	145
Figura 18 Gráfico de monitoramento do cronograma de execução do Plano de Ação do HUUFMA, no período de Setembro de 2014 a Agosto de 2016 – Cont.....	146
Figura 19 Gráfico de monitoramento do cronograma de execução do Plano de Ação do HUUFMA, no período de Setembro de 2014 a Agosto de 2016 – Cont.....	147
Figura 20 Gráfico de monitoramento do cronograma de execução do Plano de Ação do HUUFMA, no período de Setembro de 2014 a Agosto de 2016 – Cont.....	148

Figura 21 Previsão global de aderência ao Cenário Base e Cenário Evolução do HUUFMA.	150
Figura 22 Previsão global de aderência a Cenário Base e Cenário Evolução – Gestão Hospitalar	151
Figura 23 Previsão global de aderência a Cenário Base e Cenário Evolução – Gestão da Clínica	152
Figura 24 Previsão global de aderência a Cenário Base e Cenário Evolução – Humanização da Saúde	155
Figura 25 Previsão global de aderência a Cenário Base e Cenário Evolução – Hotelaria Hospitalar	156
Figura 26 Previsão global de aderência a Cenário Base e Cenário Evolução – Compras Hospitalares	157
Figura 27 Previsão global de aderência a Cenário Base e Cenário Evolução – Administração Econômico-Financeira	158
Figura 28 Incidência média de nós críticos e oportunidades de melhoria abordadas nos PDEs – Gestão de Obras e Eng ^a Clínica	159
Figura 29 – Lista de ações consolidadas do HUUFMA	183

APRESENTAÇÃO

Este documento visa apresentar a sistematização do produto “Plano Diretor Estratégico (PDE) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA)”, construído em parceria com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês (IEP/HSL). O curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS teve início em agosto de 2013, com término previsto para julho de 2014. O curso permitiu o desenvolvimento das capacidades das áreas de competência de gestão em saúde, assistência à saúde e de educação na saúde, possibilitando à equipe de governança do HUUFMA ampliar seus conhecimentos, articulados com as habilidades e atitudes, para uma gestão competente traduzida em ações planejadas no PDE, numa trajetória estratégica, compromissada com a melhoria da realidade da assistência à saúde, ensino e pesquisa.

A construção do PDE do HUUFMA está orientada por Diretrizes Estratégicas construídas pelo IEP/HSL com a EBSEH, proponente do Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários no SUS, conforme ilustrado na figura 1¹.

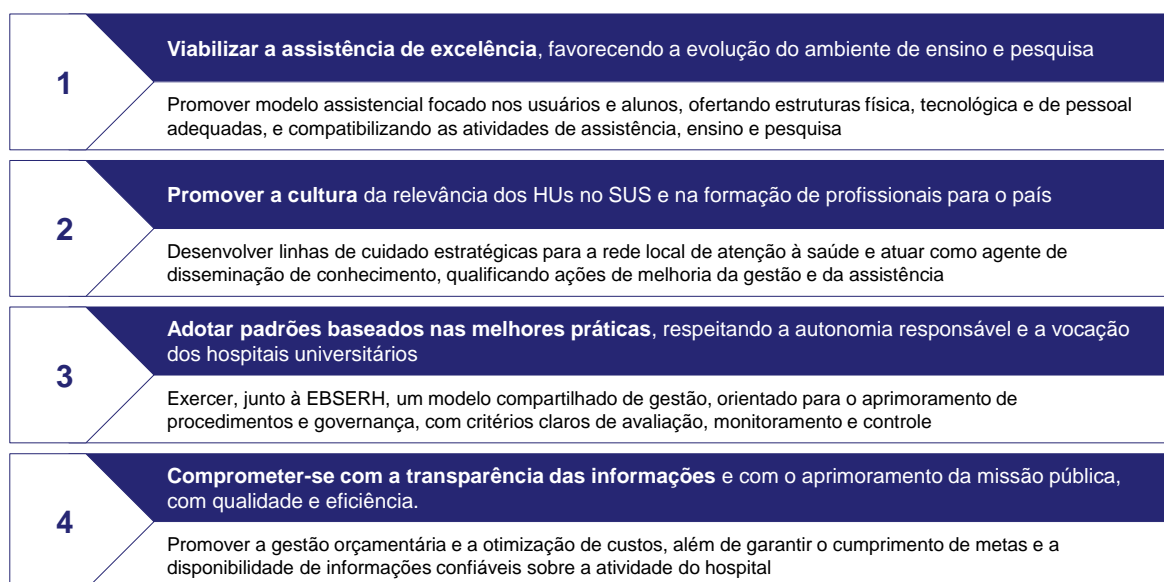


Figura 1 Diretrizes Estratégicas para a capacitação de gestores dos hospitais universitários federais no SUS, EBSEH/HSL, 2013

¹ Caderno do Curso: Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS, 2013/2014.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

1.1 Situação Sanitária da área de abrangência/influência do HUUFMA

O Estado do Maranhão, localizado na extremidade ocidental da Região Nordeste do Brasil, corresponde à área de transição entre o clima nordestino e o da região amazônica, possuindo cobertura vegetal que varia de florestas tropicais a caatingas e cerrados, em um território onde os rios maranhenses Mearim, Pindaré, Itapecuru, Munim e seus afluentes oferecem uma equilibrada e rica hidrografia. Conta com uma área de 331.983,293 km², sendo a população atual de 6.714.314 (IBGE, 2012) com uma densidade populacional de 18,43 hab./km².

Um dos mais pobres Estados do país, tradicionalmente com os piores índices de desenvolvimento social, o Maranhão alcançou um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,639 no ano 2000, colocando-o no 26º lugar no ranking nacional. A esperança de vida ao nascer geral é de 70,23 anos, sendo 66,62 anos para os homens e 74,11 anos para as mulheres. O Estado tem hoje uma proporção de idosos na população Geral de 8,6%, taxa bruta de natalidade de 20,21% e taxa de fecundidade total de 2,16 filhos (BRASIL, 2011).

O Maranhão ocupa a 26ª posição quanto à renda *per capita*, com renda média domiciliar *per capita* de R\$ 496,73, taxa de desemprego de 5,38% e uma taxa de trabalho infantil de 13,13%. O estado possui também uma taxa de analfabetismo de 20,44% na população de 15 e mais anos de idade, na população masculina de 23,67% e de 18,11% na feminina. Os níveis de escolaridade da população de 18 a 24 anos com menos de 4 anos de estudo (analfabetismo funcional) é 6,99% e 37,87% da população maranhense tem 11 e mais anos de estudo. Com relação aos indicadores de saneamento básico temos (i) uma proporção da população servida por esgotamento sanitário urbano de 63,16%, (ii) 79,00% com coleta de lixo urbano e (iii) 87,53% dos maranhenses é servida por rede de abastecimento de água (BRASIL, 2011).

No Maranhão a taxa de médicos, chega a sete médicos por 10 mil habitantes, taxa equivalente à da Índia ou do Iraque (OMS, 2013). De acordo com Cadastro Nacional de

Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Maranhão tem número de leitos hospitalares por habitante de 1,85 no total (BRASIL, 2011).

Um percentual de 59,0% dos maranhenses refere ter consultado com médico nos últimos 12 meses. No ano de 2012, o número de consultas médicas (SUS) por habitante foi de 3,11 e o número de internações hospitalares (SUS) por habitante 5,96. Conforme o IBGE (2012), uma proporção de apenas 6,0% da população maranhense é coberta por planos de saúde (BRASIL, 2011).

Um total de 49,8% das maranhenses de 50 a 69 anos referem nunca ter realizado mamografia e 33,3% das mulheres na mesma faixa etária referem ter realizado a última mamografia em até 2 anos. Um total de 20,8% das mulheres com idade de 25 a 64 anos afirmam nunca ter realizado exame preventivo do câncer do colo do útero (BRASIL, 2011).

Em 2011, o Maranhão teve uma taxa de mortalidade infantil de 20,0%, sendo o componente neonatal de 13,9% e o pós-neonatal de 6,1%. As taxas de mortalidades proporcionais em 2012 foram: doenças do aparelho circulatório (31,7%), causas externas de morbidade e mortalidade (16,3%), neoplasias (11,1%), doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (8,2%) e doenças do aparelho respiratório (6,8%) (BRASIL, 2014).

As causas de morbidade mais prevalentes no Estado em 2013 foram gravidez parto e puerpério (23,4%), doenças infecciosas e parasitárias (16,4%), doenças do aparelho respiratório (13,6%), doenças do aparelho digestivo (9,3%), doenças do aparelho circulatório (7,0%) (BRASIL, 2014).

É dentro desse contexto sociodemográfico e epidemiológico que o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) está inserido, como único hospital da Administração Pública Federal de nível terciário, com 100% de sua oferta de serviços para o SUS local e regional, certificado como Hospital de Ensino e referência para Cirurgia Cardiovascular, Neurocirurgia e Traumatologia, Cirurgia Bariátrica, Transplante, Litotripsia e Terapia Renal Substitutiva (TRS).

De acordo com os registros internos do HUUFMA, em 2013, foram atendidos, em nível ambulatorial e hospitalar, pacientes oriundos de 181 dos 217 municípios que compõem o Estado do Maranhão. Os municípios que tem maior demanda de pacientes são:

São José de Ribamar e Paço do Lumiar e Raposa. Além dessa clientela, registrou-se o atendimento de usuários procedentes de outras unidades da Federação (Pará, Piauí, São Paulo, Pernambuco, Goiás, Tocantins e Mato Grosso).

1.2 Identidade Institucional

O HUUFMA é um órgão da Administração Pública Federal que tem por finalidade desenvolver ações de atenção à saúde, ensino, pesquisa e extensão. É certificado como hospital de ensino pelo Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1000 de 15 de abril de 2004.

É um hospital de referência estadual para os procedimentos de alta complexidade, desenvolvendo ainda, procedimentos de média complexidade e alguns programas estratégicos de atenção básica, integrados à rede do Sistema Único de Saúde (SUS), e um centro de ensino e de pesquisa para a formação de profissionais da área de saúde e outras áreas correlatas, planejando e executando suas atividades pautadas pela missão, visão e valores abaixo explicitadas.

Missão

Formar profissionais da saúde e atender os usuários do SUS com qualidade.

Visão

Ser reconhecido como referência nacional no âmbito da gestão, assistência, ensino e pesquisa na área da saúde.

Valores

- Respeito ao ser humano e aos seus direitos;
- Compromisso com sua função socioambiental na formação profissional e assistência à saúde gratuita, humanitária e solidária;
- Ética nas relações pessoais, profissionais e institucionais.

✚ Política da qualidade

O Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão se compromete em fortalecer a formação de pessoal e prestação de serviços na área da saúde, garantindo a sua qualidade, por meio da capacitação constante de seus colaboradores e melhoria contínua do seu Sistema de Gestão da Qualidade, visando sempre à satisfação do usuário.

✚ Identificação Hospitalar

O HUUFMA localiza-se no município de São Luís-MA e compreende um complexo hospitalar, composto por treze edificações cuja área construída total é de **33.325.93 m²**, especificadas no Quadro 1.

Cumprido ressaltar que as informações a seguir são frequentemente modificadas, posto que a expansão do complexo vem ocorrendo de forma ininterrupta, evidenciando uma política de melhoria contínua dos serviços oferecidos em termos quantitativos e qualitativos. Há um firme direcionamento nesse sentido, sendo mesmo uma característica marcante da gestão do HUUFMA, de tal forma que nem as limitações do espaço físico têm sido obstáculos para a efetivação dessa política, superadas com a criação das chamadas unidades externas ambulatoriais.

Quadro 1 Instalações prediais que integram o complexo hospitalar HUUFMA.

Tipo	Nome	Localização	Status	Desde
Unidades Hospitalares	Unidade Presidente Dutra (UPD)	Rua Barão de Itapary, nº 227, Centro	Cedido pelo MS	1991
	Unidade Materno Infantil (UMI)	Rua Silva Jardim, nº 215, Centro	Cedido pelo MS	1991
Unidades externas ambulatoriais	Unidade Campus do Bacanga (UCB)	Avenida dos Portugueses, s/n, Campus do Bacanga	Próprio	2009
	Banco de Tumores do Maranhão (BTMA)	Rua Coelho Neto, nº 311, Centro	Cedido pela FJM	2009
	Centro de Prevenção de Doenças Renais (CPDR)	Rua dos Prazeres, nº 83, Centro	Cedido pela FJM	2006
	Centro de Pesquisa Clínica (CEPEC)	Rua Almirante Tamandaré, nº 01, Centro	Próprio	2006
	Serviço de Urologia e Litotripsia (SUL)	Travessa do Currupira, nº 47, Centro	Alugado pela HUUFMA	2007
	Serviço de Coleta do LAC			
	Casa do Programa de	Rua Barão de Itapary, nº 282,	Alugado pelo	2007

Tipo	Nome	Localização	Status	Desde
	Assistência ao Paciente Asmático e da Dor (PAPADOR)	Centro	HUUFMA	
	Serviço de Cirurgia Bariátrica (SCB)	Rua Viana Vaz, nº 41, Centro	Alugado pela UFMA	2012
	Serviço de Dermatologia			
	Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)	Rua da Alegria, nº 193, Centro.	Alugado pelo HUUFMA	2013
	Centro de Doenças Hepáticas e Endócrinas	Rua das Hortas, nº 239, Centro	Próprio	Em construção
	Centro Oftalmológico	Rua dos Prazeres, nº 81, Centro	Cedido pela FJM	2014
	Prédio Lílian Flores Ambulatórios	Rua das Hortas nº 114	Alugado pelo HUUFMA	2014

² Situação em maio de 2014.

1.3 Histórico

A Faculdade de Ciências Médicas do Maranhão foi fundada em 28 de fevereiro de 1957, vinculada à Sociedade Maranhense de Cultura Superior (SOMACS), sendo incorporada à Fundação Universidade do Maranhão (FUM) em 20 de janeiro de 1961. Na época, não possuía um hospital de ensino próprio, sendo utilizada a estrutura do Hospital Tarquínio Lopes Filho, conhecido como Hospital Geral, pertencente ao Governo do Estado (NASCIMENTO et al., 2005).

Outras unidades de saúde da rede estadual, por serem referências em determinadas especialidades médicas, também foram utilizadas, pela UFMA, como apoio à formação profissional na área de saúde. Dentre eles, citam-se: o Hospital Nina Rodrigues, o Hospital Getúlio Vargas e o Hospital Aquiles Lisboa (inaugurado em 1990, na antiga Colônia do Bonfim), destinados a pacientes psiquiátricos ou com diagnóstico de Tuberculose ou Hanseníase, respectivamente.

Por volta de 1987, com uma proposta interessante de cogestão, que não se efetivou na prática, o Hospital Carlos Macieira - Hospital dos Servidores do Estado (HSE) - pertencente ao Instituto de Previdência do Estado do Maranhão (IPEM) – então com 300 leitos, passou a ser o principal hospital de ensino para os graduandos da UFMA.

Assim, a lacuna histórica, de um hospital universitário próprio, levou a UFMA a utilizar como cenários de prática os hospitais da rede estadual, gerenciados por outros

atores, o que suscitou nessa ocasião, insatisfações na comunidade acadêmica, mobilizando médicos, graduandos, sindicatos e gestores na busca de uma solução definitiva para o problema, inclusive por meio de movimentos grevistas.

Diante desse cenário, a Direção do Centro de Ciências da Saúde da UFMA, a Coordenação do Curso de Medicina, a Diretoria Geral do Hospital e a Reitoria da UFMA organizaram-se para pleitear junto ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), órgão que estava sendo extinto, a cessão de dois hospitais então gerenciados por esse órgão. Foi, então, nomeada uma Comissão formada por professores do Curso de Medicina, para a elaboração de um projeto, apresentado ao Ministério da Saúde, no qual o Hospital Presidente Dutra (inaugurado em 28 de julho de 1961 pelo presidente da República, Jânio Quadros) e o Hospital Materno Infantil (inaugurado em 05 de agosto de 1984 pelo presidente da República, General João Batista Figueiredo), passariam a ser gerenciados pela UFMA, compondo o primeiro hospital universitário do Maranhão.

Finalmente, em 17 de janeiro de 1991, o Ministro da Saúde, Alcení Guerra, assinou o Termo de Cessão e Uso de ambos os hospitais do antigo INAMPS, dando um passo decisivo para a instituição definitiva de um hospital universitário para a UFMA.

Ressalta-se que, embora fossem considerados os melhores do Estado, esses hospitais eram essencialmente assistenciais e seu financiamento ocorria por meio de dotações orçamentárias, não apresentando, portanto, uma estrutura administrativa e financeira condizente com as necessidades do seu novo perfil, direcionado também ao ensino, pesquisa e extensão.

Esse desafio abraçado pela UFMA, de transformar duas unidades assistenciais distintas em um hospital universitário único, eficiente e eficaz, exigiu estratégias de gestão que incluíram a criação, em 11 de setembro de 1996, da Fundação Josué Montello (FJM), com função específica de dar apoio ao HUUFMA, nos moldes da Fundação Zerbini, da Universidade de São Paulo/Instituto do Coração (USP/INCOR). Ressalta-se que a criação da FJM ocorreu por meio da doação de bens livres de professores, de profissionais do HUUFMA e de cidadãos da comunidade maranhense, comprometidos com a melhoria do funcionamento do hospital universitário recém-instituído.

A FJM - organização de direito privado, sem fins lucrativos, dotada de autonomia administrativa, patrimonial e financeira, devidamente credenciada junto ao MEC e ao Ministério de Ciência e Tecnologia (MCT) como Fundação de Apoio - ao longo do tempo, consolidou-se como uma entidade importante para a administração do HUUFMA. Com ela, foi possível um maior controle dos recursos financeiros e a contratação de novos profissionais, pois o quantitativo do MS e da UFMA não supria as necessidades e não havia a possibilidade de concurso público. A FJM permitiu, também, a implantação de novos serviços assistenciais e a expansão das ações ligadas ao ensino e a pesquisa.

1.4 O HUUFMA e o REHUF

O Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) foi criado por meio do Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010 e definiu as diretrizes e os objetivos para a reestruturação e revitalização dos hospitais universitários federais, integrados ao SUS, visando à criação de condições materiais e institucionais para que esses hospitais pudessem desempenhar plenamente suas funções nas áreas do ensino, pesquisa e extensão e de assistência à saúde da população.

O REHUF orientou-se pelas seguintes diretrizes:

- I. Instituição de mecanismos adequados de financiamento, igualmente compartilhados entre as áreas da educação e da saúde, progressivamente, até 2012;
- II. Melhoria dos processos de gestão;
- III. Adequação da estrutura física;
- IV. Recuperação e modernização do parque tecnológico;
- V. Reestruturação do quadro de recursos humanos dos hospitais universitários federais;
- VI. Aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde, com base em avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias em saúde.

No âmbito do HUUFMA, as ações do REHUF tiveram início em 2010. Ao longo de dois anos, o Programa proporcionou ao hospital, de forma progressiva, a efetivação dos quatro primeiros pontos supracitados, sem, contudo trazer uma solução definitiva para a grave crise de *deficit* de recursos humanos existente, não obstante as várias solicitações ao MEC, para recompor a força de trabalho do HUUFMA. Nesse período, como alternativa a esse problema, também vivenciado por outros hospitais universitários, o MEC propôs o Adicional de Plantão Hospitalar (APH).

Ressalta-se que tal medida, longe de resolver a demanda por recursos humanos, possibilitou apenas uma ampliação da carga horária semanal de algumas categorias de profissionais de saúde, proporcionando o funcionamento mais adequado de alguns serviços assistenciais. Porém, veio agudizar as discrepâncias salariais e as insatisfações já existentes causadas pela diversidade de vínculos, uma vez que se destinava exclusivamente aos servidores do MEC, não contemplando os servidores do MS e da FJM.

Para definir e operacionalizar as melhorias da gestão, estrutura física e tecnológica, o HUUFMA utilizou como base a análise situacional realizada em 2009, além do “Plano Diretor 2008 a 2012” e “Plano Diretor 2012 a 2016”, ambos incorporados ao Planejamento Estratégico da UFMA. Tais documentos nortearam as solicitações dos investimentos do REHUF, sendo priorizadas as áreas com inadequações ou já referenciadas em termos de ajustes pela Vigilância Sanitária local. O REHUF possibilitou, assim, a ampliação e/ou melhoria da estrutura física em várias edificações que compõem o complexo hospitalar. Possibilitou, também, a aquisição de novos equipamentos, resultando na otimização dos serviços prestados aos usuários do hospital.

O projeto de fortalecimento do HUUFMA, integrado ao REHUF, contemplava os seguintes pontos:

- I. Instituição de mecanismos adequados de financiamento global, igualmente compartilhado entre as áreas da educação e da saúde, progressivamente, até 2012, para o HUUFMA;
- II. Garantia do fortalecimento do SUS, mantendo o atendimento da assistência voltado 100% ao SUS, obedecendo aos princípios de universalidade, integralidade e equidade;
- III. Melhoria dos processos de gestão, com a ampliação do Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários (AGHU) que é um programa elaborado pelo MEC em parceria com o MS e o Ministério do Planejamento;
- IV. Adequação da estrutura física em concordância com o Plano Diretor do HUUFMA e financiamento do MEC e do MS onde se destaca: Estruturação do Núcleo do Fígado, Dermatologia e Endocrinologia, Instituto do Coração (INCOR), Centro de Referência em Oftalmologia, Reforma das enfermarias do quarto andar da UMI, Serviço de Pronto Atendimento (SPA) Obstétrico, Ambulatórios, Refeitório das duas Unidades UPD e UMI, Lavanderia, Enfermarias e Conclusão das obras da Central de Material da UPD e UMI;
- V. Recuperação e modernização do parque tecnológico para promoção do incremento do potencial tecnológico e de pesquisa em benefício do atendimento das dimensões

assistencial e de ensino com aquisição de equipamentos para as Unidades de Terapia Intensiva e Centro Cirúrgico, Equipamentos para área de Estrutura básica e Segurança. Instalação imediata de equipamentos para modernização na área de Imagenologia (processo em fase de adjudicação no MEC) Tomógrafo *multislice*; segundo equipamento de Hemodinâmica, Mamógrafo Digital; Raio X Digital;

- VI. Reestruturação do quadro de recursos humanos do HUUFMA;
- VII. Consolidação do ensino, pesquisa e extensão com base na assistência à saúde, com ampliação dos programas de residências em saúde: oftalmologia, radiologia, proctologia e neurocirurgia.

Nesse contexto, identificaram-se necessidades internas que são convergentes com as propostas do REHUF, a saber:

- **Acréscimo de recursos financeiros no contrato vigente com os gestores** (entre estes, o da manutenção do SUS) para a garantia do equilíbrio econômico e financeiro de todas as instituições, tanto para a execução dos processos assistenciais como para as atividades do ensino, considerando o perfil de cada hospital, seus resultados técnicos contábeis e os contratos/convênios firmados com os gestores do SUS;
- **Recursos humanos para os hospitais públicos:** abertura de vagas para contratação de trabalhadores vinculados diretamente às atividades fim, com alternativas jurídicas de rápidas reposições futuras dos recursos humanos;
- **Renovações e incorporações tecnológicas:** plano de investimentos com disponibilidade de recursos a fundo perdido, para renovações e incorporação tecnológicas, bem como para adequações de estruturas físicas;
- **Autonomia administrativa,** com controle pelas Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) de forma a possibilitar o gerenciamento das ações e dos serviços de forma mais ágil e eficaz para solução dos problemas de saúde.

No que concerne à infraestrutura física, as ações propostas estão listadas nos quadro 2.

Quadro 2 Status das ações definidas pelo HUUFMA, integradas ao REHUF, Junho de 2014.

Unidade	Ação	Área (m ²)	Status
UMI	Modernização do elevador de serviço	---	Em andamento
	Reforma e adaptação/adequação		
	· Enfermarias da Ala E	430,00	Em andamento
	· SPA do Serviço de Tocoginecologia	341,44	Concluído
	· Estação de Tratamento de Água	---	---
	Área para expansão do Almojarifado Central	---	Projeto
	Instalação de brisas em toda extensão das janelas	---	Substituído (refrigeração)
UPD	Modernização do elevador de serviço e do elevador da recepção	---	Em andamento
	Reforma dos Vestiários Masculinos e Femininos	107,00	---
	Construção do Núcleo de Tecnologia da Informação e Divisão de Engenharia e Manutenção	791,00	Concluído
	Reforma e adaptação/adequação		
	· Laboratório de Análise Clínicas	491,40	Concluído
	· Ambulatórios	340,93	Em andamento
	· Unidade de Internação Clínica Cirúrgica	1.213,72	Concluído
	· Unidade de Internação Clínica Médica	749,85	Concluído
	· Central de Marcação de Consulta	214,71	Redefinido
· Serviço de Cardiologia – INCOR	2.306,60	Em andamento	
· Centro Cirúrgico Especializado	618,32	Redefinido por norma da VISA	
UMI e UPD	Ampliação da rede de gases medicinais - Fase II	---	---
	Reforma e modernização das Subestações	---	Concluído
	Reforma, ampliação e adaptação do prédio da Central de Esterilização	611,48	Concluído UMI
	Reforma e adaptação/adequação:		
	· Refeitórios	832,73	Em andamento
	· Serviços de Imagenologia	607,56	Concluído
	· Serviço de Acolhimento /Recepção/Protocolo	520,38	---
· Telhado	---	Em andamento	
Unidades externas ambulatoriais	Conclusão da obra do Serviço de Oftalmologia - Aditivo referente ao 3º pavimento	208,00	Concluído
	· Estruturação do Núcleo do Fígado, Dermatologia e Endocrinologia	---	Em andamento
Geral	Ampliação do circuito interno de TV - Fase II	---	Concluído
	· Expansão do número de contratos de manutenção predial e de equipamentos – Fase II	---	Concluído
	· Implantação da Central de Equipamentos - Fase II	---	Em andamento
	· Aquisição de instrumental/equipamentos para a calibração de aparelhos médicos hospitalares.	---	Em andamento
	Substituição dos seguintes equipamentos:		
	· Três Câmaras Frigoríficas	---	Em andamento
· Tanque de combustível (óleo diesel) da caldeira.	---	Redefinido	

Unidade	Ação	Área (m ²)	Status
			(Desativação)
	· Tubulação de aço galvanizado p/ PVC das Unidades - Fase II	---	Em andamento
	Reforma e adaptação/adequação · Lavanderia	323,84	Terceirizada
	· Reforma do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)	---	Em andamento
	• Estacionamento e controle de acesso	---	Redefinido

1.5 Adesão do HUUFMA à EBSEH

Recentemente, com o objetivo de superar a fragilidade administrativa e institucional e a vulnerabilidade jurídica das fundações de apoio das universidades, no que tange à contratação da força de trabalho, o governo federal criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), à qual as Instituições Federais de Nível Superior deveriam aderir mediante contrato. A EBSEH é uma empresa pública vinculada ao MEC, criada pela Lei Federal 12.550, de 15 de dezembro de 2011, e cujos objetivos são: prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar-ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública observada nos termos do artigo 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária.

Em 17 de janeiro de 2013, a UFMA assinou o contrato de adesão à EBSEH. Por ser uma empresa pública, o HUUFMA manterá 100% da prestação de serviços à saúde da população no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e funcionará com recursos 100% públicos.

1.5.1 HUUFMA após a assinatura do contrato

A adesão à gestão da EBSEH tem proporcionado ganhos para o HUUFMA, no sentido da qualificação da gestão e fortalecimento do papel de referência na Rede de Atenção, com conseqüente melhoria do cuidado prestado aos usuários, da formação de profissionais de saúde e do desenvolvimento de pesquisas. Dentre algumas ações relevantes destacam-se:

a. Processo seletivo para contratação de Recursos Humanos para o HUUFMA, (1.877 vagas) realizado em novembro de 2013, válido por dois anos, contados a partir da data de homologação do resultado final do certame, podendo ser prorrogado uma vez, por igual período, por conveniência ou não da administração.

b. Participação da equipe de governança no Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS, promovido em parceria com o Hospital Sírio-Libanês, que visa à elaboração de um Plano Diretor Estratégico para cada HU e à profissionalização da gestão. As ferramentas utilizadas para o diagnóstico situacional, tais como árvore de problemas, matriz de aderência, visitas de consultores e outras têm favorecido as discussões internas, a identificação e análise de problemas, o que facilita a tomada de decisões e os ajustes necessários.

c. Realização de Oficinas de Regulação Assistencial, envolvendo gestores municipais e estaduais, que representam um grande avanço para a reestruturação da regulação na rede de atenção à saúde local.

d. Gerenciamento das Ouvidorias, que tem viabilizado: a integração entre as Ouvidorias dos hospitais universitários; a definição e uniformização de metas; o alinhamento de ações, documentos e procedimentos; a relevância dada à participação em eventos de capacitação. Ressalta-se aqui, a elaboração do regimento interno da Ouvidoria do HUUFMA.

e. Liberação de recursos financeiros para a execução de antigos projetos, para reformas nas instalações físicas do HUUFMA, e para aquisição de equipamentos.

1.6 Sistema de Governança do HUUFMA

De acordo com o Regimento Geral do Hospital Universitário alterado pela RESOLUÇÃO Nº 05/94 – CONSAD (Conselho de Administração da UFMA), de 04 de novembro de 1994, a alta direção do HUUFMA era composta pelo Conselho de Finanças e Patrimônio; Conselho de Administração; Diretoria Geral; Diretoria Adjunta de Serviços Assistenciais; Diretoria Adjunta de Administração e Finanças; Diretoria Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão e Diretoria Adjunta de Planejamento.

Em 17 de janeiro de 2013, a UFMA assinou contrato de gestão, aderindo à EBSEERH. Como instrumento anexo a esse contrato foi elaborado o “Plano de

Reestruturação do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão”, onde está exposto o organograma do HUUFMA até 2012 e um novo organograma a ser implantado. O HUUFMA encontra-se, portanto, em uma fase de transição, aonde a nova estrutura administrativa vem sendo gradativamente inserida, substituindo cargos e funções anteriores.

Nessa nova estrutura administrativa, há um Conselho Consultivo, a Auditoria, e um Colegiado Executivo também identificado como equipe de Governança, que é integrado pela Superintendência e as três Gerências: Atenção à Saúde, Ensino e Pesquisa e Administrativa. Conta ainda com uma equipe de apoio à gestão. O Conselho Consultivo está em fase de estruturação. A Superintendência foi designada pela Reitoria da UFMA e os demais cargos indicados pela Superintendência, com posterior aprovação pela EBSEH mediante avaliação curricular. O cargo de auditor foi preenchido mediante indicação da EBSEH. Ressalta-se que há nomeações em andamento.

A fim de readequar o organograma elaborado pela EBSEH à realidade do HUUFMA, doze unidades e dois setores foram remanejados conforme demonstrado no quadro 3.

Quadro 3 Proposta de readequações no Organograma apresentado pela EBSEH, de acordo com a origem e destino das unidades/setor remanejados, maio de 2014.

Origem das Unidades/Setor	Destino das Unidades/Setor
Unidade de Pronto Socorro (GAS)	Unidade de Apoio Corporativo (Superintendência)
Unidade de Reabilitação (GAS)	Unidade de Comunicação Social (Superintendência)
Unidade de Abastecimento Farmacêutico (GAS)	Unidade de Farmácia UPD (GAS)
Unidade de Dispensação Farmacêutica (GA)	Unidade de Farmácia UMI (GAS)
Unidade de Medicina Nuclear (Setor de Apoio Diagnóstico/GAS)	Unidade de Laboratório de Hemodinâmica (Divisão de Gestão de Cuidado/GAS)
Unidade de Cuidados Intensivos e Semi Intensivos (Setor de Apoio Terapêutico/GAS)	Unidade de Cuidados Intensivos e Semi Intensivos Adulto (Divisão de Gestão de Cuidado/GAS)
Unidade de Quimioterapia (Setor de Apoio Terapêutico/GAS)	Unidades de Cuidados Intensivos Neonatal (Divisão de Gestão de Cuidado/GAS)
Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (Setor de Apoio Terapêutico/GAS)	Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos (Divisão de Gestão de Cuidado/GAS)
Unidade de Radioterapia (Setor de Apoio Terapêutico/GAS)	Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (Divisão de Gestão de Cuidado/GAS)
Setor de Urgência e Emergência (GAS)	Setor de Farmácia (Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico/GAS)
Unidade de Hematologia	Integrada à Unidade Transfusional
Unidade de Oncologia (Divisão de Gestão de Cuidado/GAS).	Unidade Renal (Divisão de Gestão de Cuidado/GAS).
Unidade de Cirurgia Reparadora	Unidade de Clínica Cirúrgica Pediátrica

Origem das Unidades/Setor	Destino das Unidades/Setor
(Divisão de Gestão de Cuidado/GAS).	(Divisão de Gestão de Cuidado/GAS)
Unidade de Planejamento (Superintendência)	Unidade de Suporte da Qualidade (Superintendência)

- ✓ Criação de uma Gerência de Planejamento Estratégico, com duas Divisões - o Planejamento Estratégico é uma atividade administrativa essencial dentro de qualquer organização, da qual dependem todas as áreas fins. No âmbito do HUUFMA adquire especial relevância, dada às características e à diversidade e magnitude das ações deste hospital: hospital universitário público direcionado ao ensino, pesquisa, extensão e assistência; 100% SUS; referência em alta complexidade, atendendo a todo o Estado do Maranhão e principal centro formador de profissionais da área de saúde e afins da região. As ações dessa nova Gerência são transversais e perpassam todas as demais áreas do HUUFMA, na perspectiva de organização, coordenação, monitoramento, avaliação, redirecionamento e inovação das ações dessas áreas, dando-lhes subsídios para trabalharem de forma mais técnica e planejada, contribuindo para a eficiência e eficácia dos processos. Ressalta-se que antes da adesão à EBSERH, o HUUFMA já possuía no seu organograma uma Diretoria Adjunta de Planejamento, compondo a Alta Direção. Assim, essa nova definição, como uma Unidade, certamente limitaria as ações e comprometeria os avanços do HUUFMA.

- ✓ Implantação de duas unidades para compor o Setor de Gestão da Informação e Informática, sendo uma de suporte e outra para gerir a informação. A tecnologia da informação é uma ferramenta poderosa de grande valor que contribui para agilizar e integrar o fluxo de informação e conhecimento que é uma das maiores riquezas de uma organização, auxiliando na minimização de custos, promovendo marketing, acesso rápido e disponível de informações em tempo real.

- ✓ Criação do Setor de Desenvolvimento da Qualidade (SDQ) com duas unidades que ficarão ligados à Superintendência. Ressalta-se que este setor é resultante da ampliação do Núcleo de Gestão da Qualidade que já atua no HUUFMA desde 2003. Este setor fará a gestão das unidades de Humanização e Gestão da Qualidade, que são serviços já existentes no âmbito deste hospital. Este setor conta com um quadro de 22 colaboradores e as seguintes atribuições:

- a. Implantação e manutenção do Sistema de Gestão da Qualidade em todas as áreas operacionais do HUUFMA.
- b. Desenvolvimento de Programas de Humanização alinhados com a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde e o Termo de Referência Calibrado de Humanização da EBSEH. Tem ainda o objetivo de promover uma mudança de cultura nos profissionais da assistência, voltada para uma atenção mais humanizada aos usuários SUS, bem como seus familiares e acompanhantes, que procuram tratamento no HUUFMA.
- c. Elaboração e implementação de um programa para desenvolvimento de gestores internos, no que se refere aos processos de gestão da qualidade.
- d. Monitoramento do trabalho das comissões assistenciais.

O Sistema de Gestão da Qualidade visa à promoção da melhoria contínua e aprimoramento dos processos, no tocante à qualidade dos serviços prestados. Está estruturado a partir de um conjunto de documentos que incluem:

- 01 Manual da Qualidade
 - 09 Procedimentos Gerais que definem diretrizes de gestão da qualidade para os processos e abordam o controle de documentos e registros, ações corretivas e preventivas, análise crítica do SGQ (resultado e indicadores), organização ambiental, melhoria contínua e auditorias internas.
 - Procedimento Operacional Padrão (POP), Instrução de Trabalho, Protocolo Clínico Assistencial e instruções Normativas, que são documentos do nível operacional, sob a responsabilidade das áreas.
- ✓ Criação da Unidade de Biblioteca – compreende uma unidade essencial à estrutura do HUUFMA, devido ao fato de este ser certificado como hospital de ensino, ser campo de estágio para diversos cursos de graduação da UFMA, possuir 34 programas de residência (Médica e Multiprofissional). Além disso, o HUUFMA constitui-se em um espaço de pesquisa por excelência na área de saúde. Dispõe de duas bibliotecas, certificadas pela norma ISO 9001/2008.
- ✓ Outras adequações no organograma poderão ser necessárias, devido à mudança de cenários que poderão ocorrer.



Figura 2 Organograma proposto pelo HUUFMA, sujeito à aprovação da EBSEH, maio de 2014.

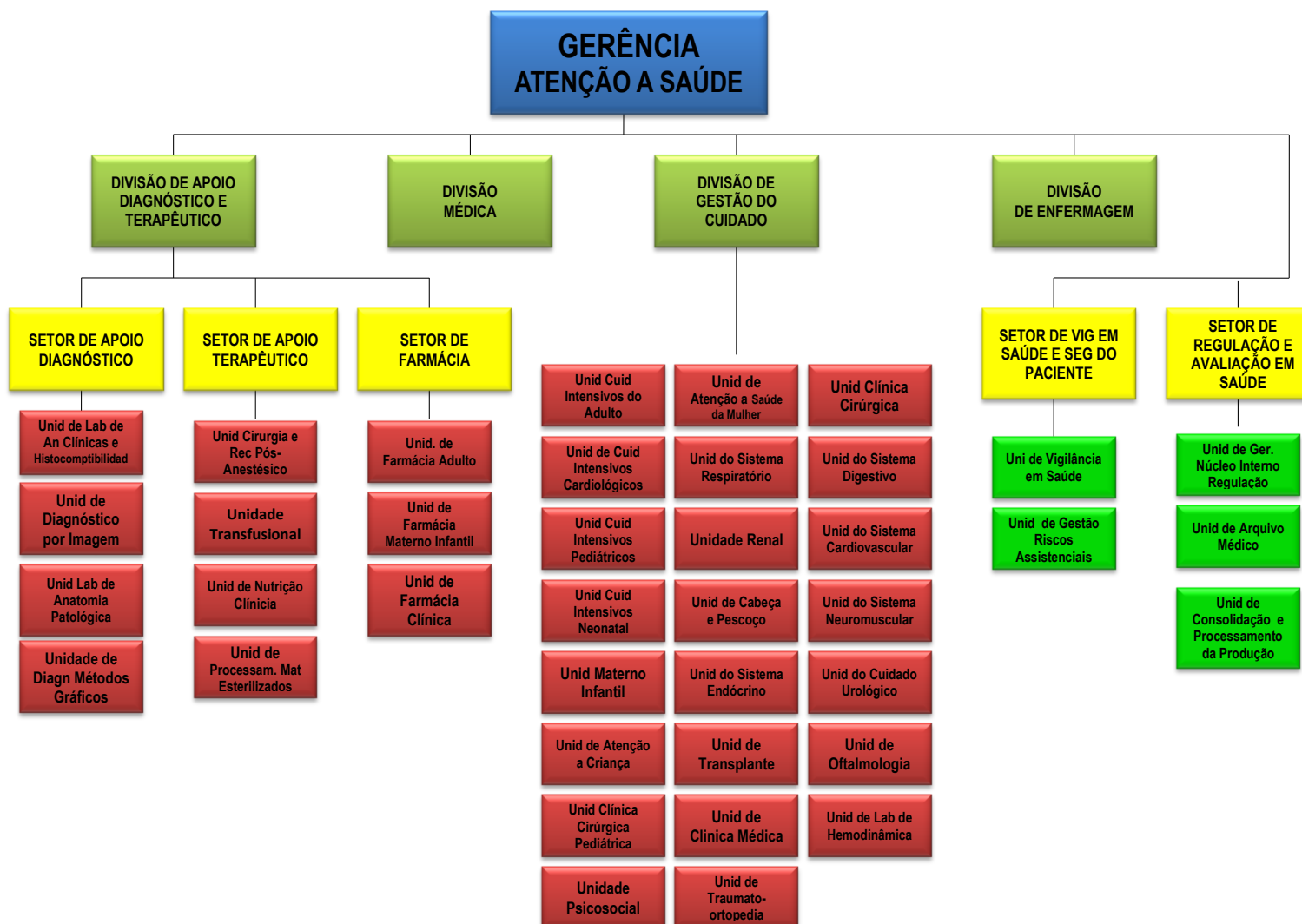


Figura 3 Organograma proposto pelo HUUFMA, sujeito à aprovação da EBSEH, maio de 2014 (cont.)

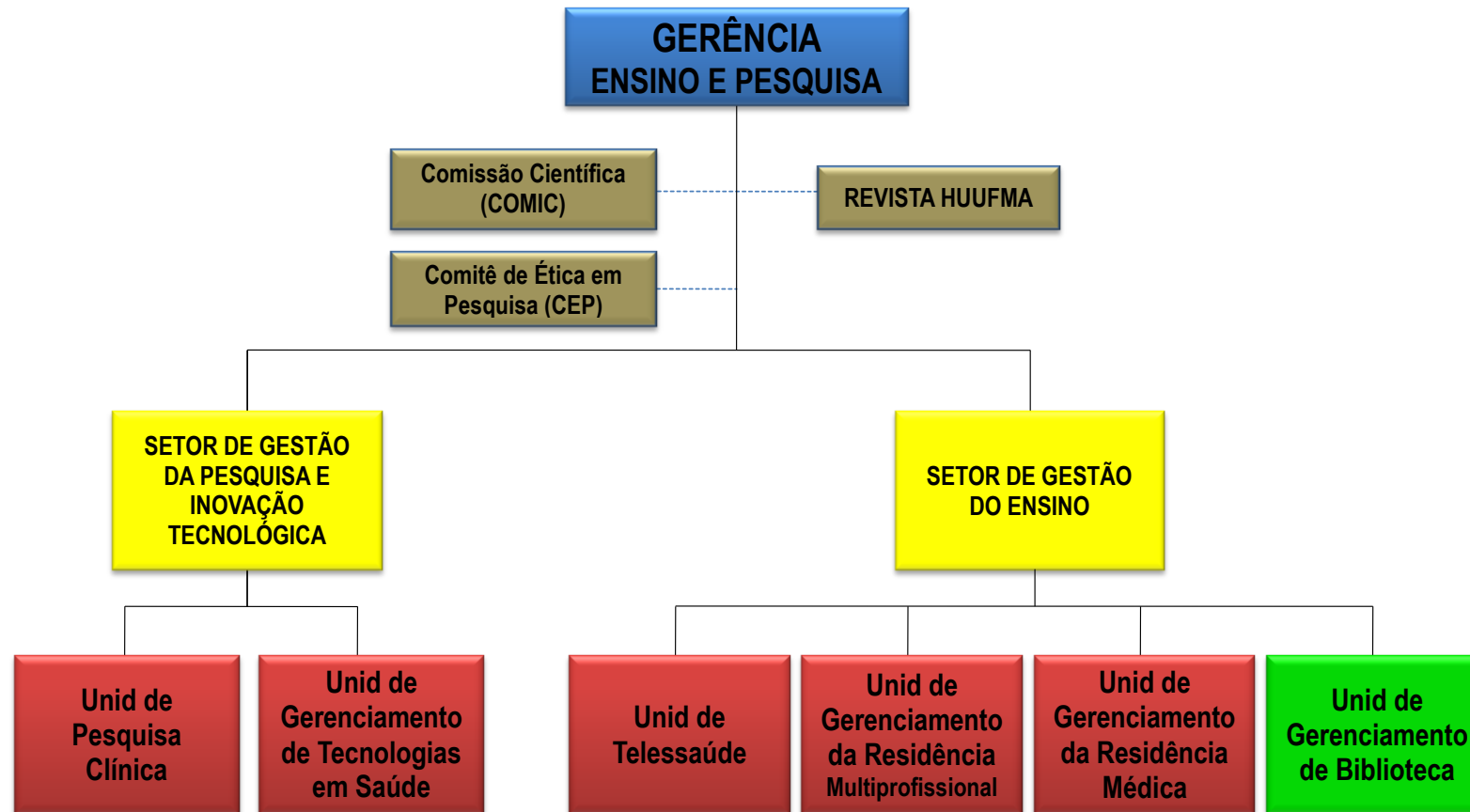


Figura 4 Organograma proposto pelo HUUFMA, sujeito à aprovação da EBSEH, maio de 2014 (cont.)

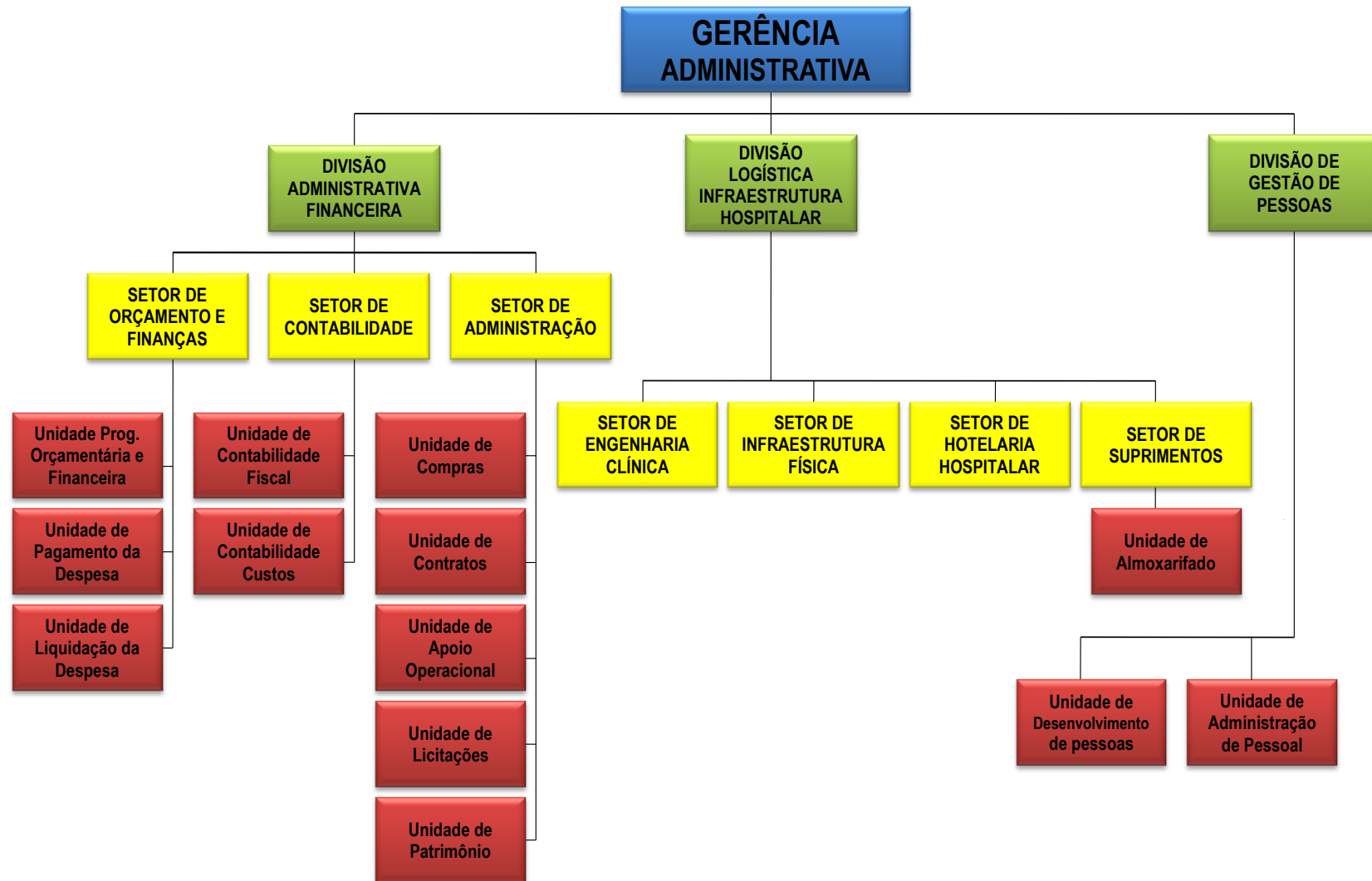


Figura 5 Organograma proposto pelo HUUUFMA, sujeito à aprovação da EBSEH maio de 2014 (cont.)

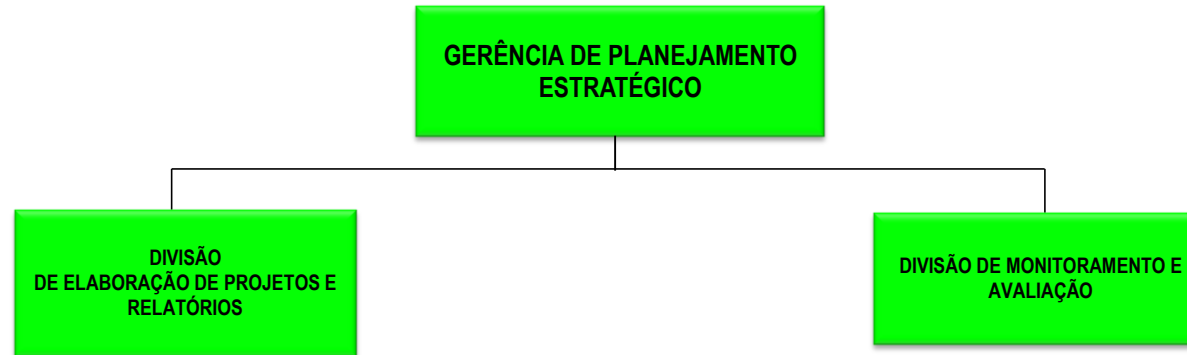


Figura 6 Organograma proposto pelo HUUFMA, sujeito à aprovação da EBSEH maio de 2014 (Cont).

LEGENDA:



Embora o HUUFMA esteja passando por uma fase de transição administrativa, a gestão permanece ativa nas suas ações. A governança do HUUFMA e equipe de apoio à gestão, reúnem-se semanalmente para discussão dos assuntos de interesse da instituição, informes, deliberações e ajustes necessários. Todas as reuniões são registradas em ata com as respectivas listas de frequências.

Ressalta-se, a importante integração da UFMA ao HUUFMA, apoiando as ações de gestão, ensino, pesquisa e assistência e vice-versa, em uma sólida parceria que contribui para o desenvolvimento de ambas as instituições e fortalecimento das políticas públicas destinadas a seus usuários.

O corpo docente da UFMA está inserido nas ações assistenciais e de ensino do HUUFMA, tanto em nível de graduação quanto pós-graduação. Por outro lado, o HUUFMA contribui com a formação dos estudantes, sendo campo de estágio curricular para diversos cursos de graduação da UFMA (Hotelaria, Enfermagem, Farmácia, Ciências da Computação, Ciências Biológicas, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Comunicação Social, Pedagogia, Administração, Engenharia Elétrica). No que se refere à pós-graduação, tem-se o curso de Especialização em Engenharia Clínica e Programas de Residências Médica e Multiprofissional.

1.7 Força de Trabalho

No período da criação do HUUFMA os servidores cedidos do Ministério da Saúde foram aproximadamente 2.111. Decorridos 23 anos, foram realizados quatro concursos públicos (1994, 1996, 2004 e 2006) para o preenchimento de cargos técnico-administrativos. Apesar desses concursos as necessidades mínimas de recursos humanos não foram atendidas.

Um levantamento da diminuição da força de trabalho realizado pelo Tribunal de Contas da União revelou que de 1991 a 2011 houve grande déficit de servidores. A projeção de aposentadoria esperada para os dois próximos anos prevê que mais servidores do MS/MEC lotados no HUUFMA passarão para a inatividade. O gráfico¹ demonstra a tendência da perda da força de trabalho do HUUFMA, segundo vínculo do MS e UFMA, no período de 2000 a 2013.

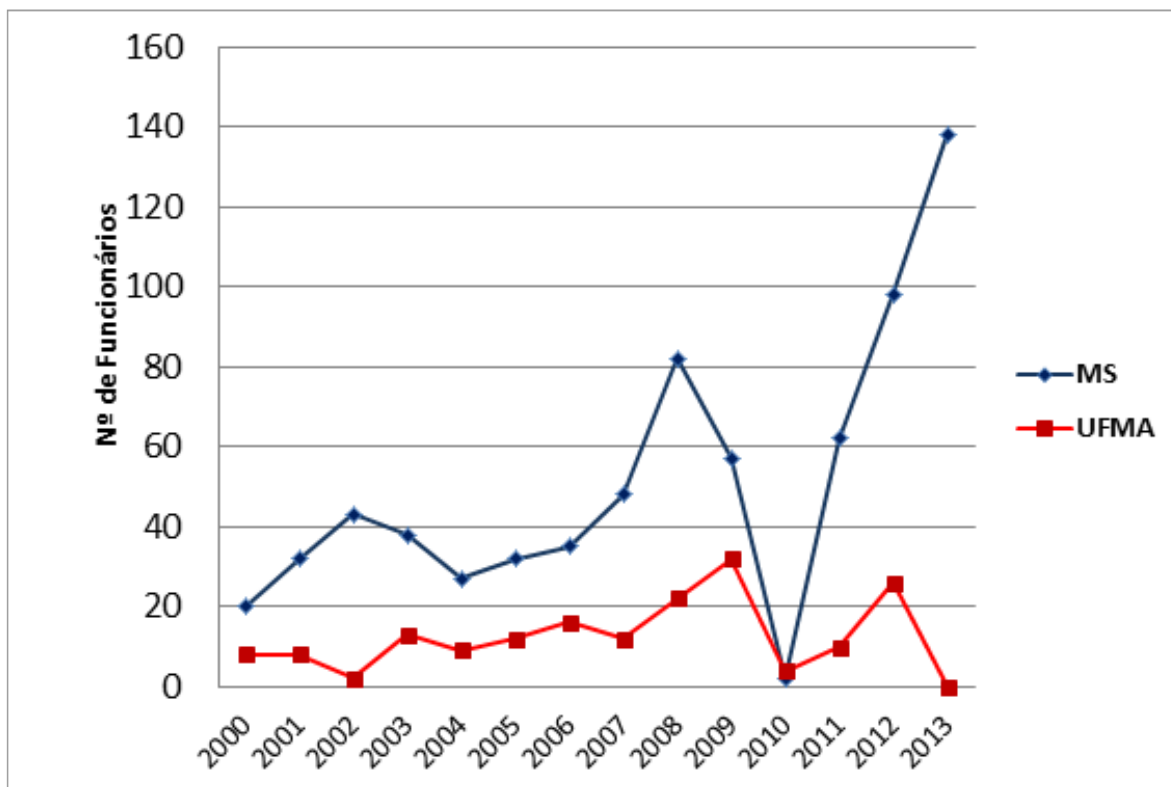


Gráfico 1 Distribuição da perda da Força de Trabalho segundo vínculo do MS e UFMA, no período de 2000 a 2013. HUUFMA, 2014

Avaliando a tendência da força de trabalho segundo os vínculos UFMA, MS e FJM, verificou-se que no período de 2000 a 2013 houve um aumento de servidores alocados pela FJM, passando de 519 para 1.281. O mesmo ocorreu com a UFMA, cujo quantitativo passou de 253 para 672. Pelo vínculo do MS houve uma diminuição significativa do número de servidores, passando de 1.290 para 624, sendo os anos de 2002, 2008, 2012 e 2013 os mais comprometidos. Essa oscilação não ocorreu com os servidores UFMA, tendo uma pequena variação entre os anos de 2009 a 2011 (Gráfico 2).

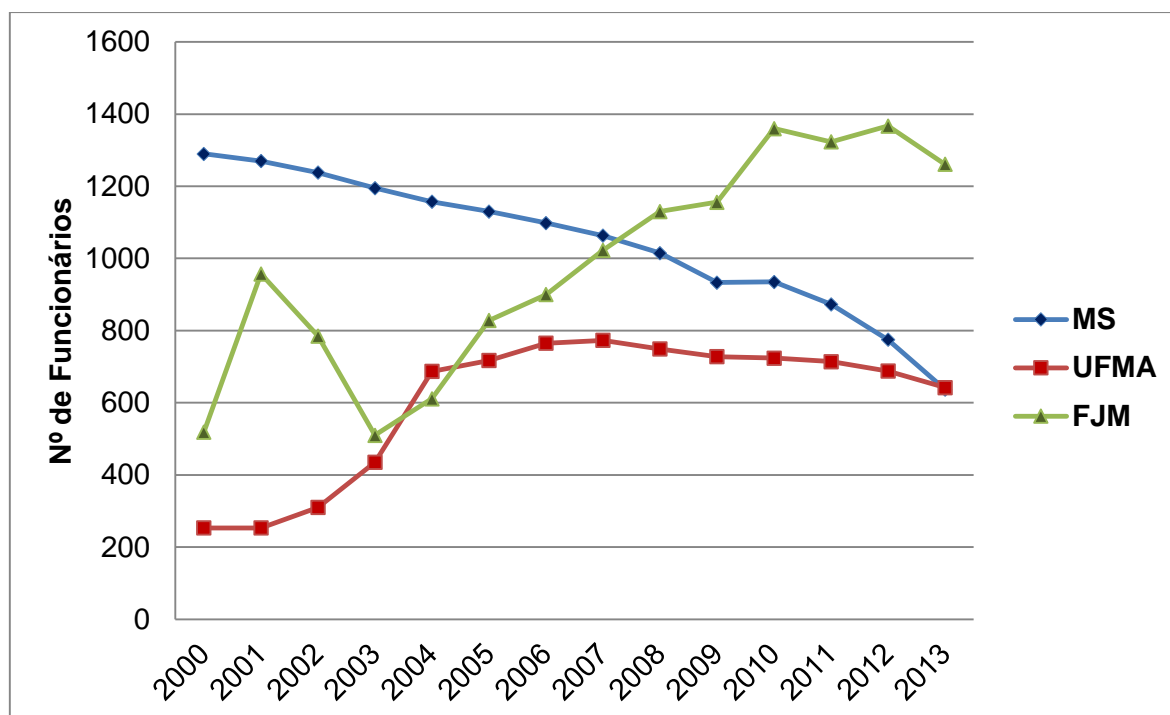


Gráfico 2 Distribuição da Força de Trabalho segundo vínculo MS, UFMA e FJM, no período de 2000 a 2013. HUUFMA, 2014.

No mês de maio de 2014 o HUUFMA totalizava 2.978 servidores, sendo que a maioria 1.220 (41,0%) é vinculada a FJM, enquanto que o quantitativo de trabalhadores do MEC e MS é de 642 (21,5%) e 633 (21,2%) respectivamente. Ressalta-se que neste período iniciou-se a contratação dos novos trabalhadores procedentes do concurso realizado pela EBSEH 217 (7,3%). O HUUFMA conta ainda no seu quadro de pessoal com funcionários da SEMUS 14 (0,5%) e terceirizados 252 (8,5%) (Quadro 5).

Quadro 4 Composição atual da Força de Trabalho. HUUFMA, maio de 2014.

Instituição/Vínculo	Número de Trabalhadores	%
Universidade Federal do Maranhão	642	21,5
Ministério da Saúde	633	21,2
Fundação Josué Montello	1.220	41,0
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares	217	7,3
Secretaria Municipal de Saúde	14	0,5
Terceirizados	252	8,5
Total	2.978	100,0

Várias categorias profissionais dos diversos vínculos compõem o quadro de pessoal do HUUFMA, sendo os Auxiliares de Enfermagem, Enfermeiros e Médicos em maior número. Apesar de haver no quadro de pessoal a categoria de contador, no momento não tem funcionário ocupando este cargo. (Quadro 5).

Quadro 5 Número de funcionários por categoria profissional e por vínculo.
HUUFMA, maio, 2014.

Categoria Profissional	Vínculos		
	MEC	MS	FJM
Agente Administrativo	0	90	35
Agente de Portaria	0	24	6
Agente de Vigilância	0	18	1
Almoxarife	1	0	10
Analista de Sistema	0	0	2
Artífice de Artes Gráficas (Cadista de desenho)	0	0	1
Artífice de Carpintaria e Marcenaria (Marceneiro)	0	2	4
Artífice de Eletricidade (Eletricista)	0	3	11
Artífice de Estrutura e Obras Metálicas	0	3	0
Artífice de Mecânica (Mecânico)	0	2	3
Assistente de Laboratório	1	0	0
Assistente de Administração	4	0	4
Assistente Social	9	2	6
Auxiliar de Enfermagem	205	187	35
Auxiliar em Administração	0	0	85
Auxiliar Operacional de Serviços Diversos	0	115	33
Auxiliar Operacional	10	0	0
Bibliotecário	1	0	1
Contador	0	0	0
Cozinheiro	2	0	8
Datilógrafo (Digitador)	0	16	35
Economista	1	0	0
Enfermeiro	133	31	48
Engenheiro	0	0	1
Estatístico	1	0	0
Farmacêutico	11	0	10
Farmacêutico/Bioquímico	13	6	0
Fisioterapeuta	6	0	17
Fonoaudiólogo	2	0	4
Instrumentador Cirúrgico	1	0	3
Laboratorista	0	4	0
Médico	126	88	136
Motorista Oficial	0	7	16

Categoria Profissional	Vínculos		
	MEC	MS	FJM
Nutricionista	12	2	9
Odontólogo	1	0	1
Professor 3º grau	3	0	0
Psicólogo	5	0	6
Químico	1	0	1
Técnico em Anatomia-Necrópsia	2	0	0
Técnico em Arquivologia	1	0	0
Técnico em Ass. Educacionais	1	0	0
Técnico em Contabilidade	0	0	0
Técnico em Eletromecânica	0	0	8
Técnico em Enfermagem	34	1	261
Técnico em Enfermagem Trabalho	1	0	0
Técnico em Equipamentos Médico Odontológicos	1	0	0
Técnico em Laboratório	38	15	8
Técnico em Nutrição e Dietética	2	0	0
Técnico em Radiologia	8	13	18
Técnico em Tecnologia Informação	2	0	3
Telefonista	0	4	3
Terapeuta Ocupacional	3	0	3
Administrador	0	0	4
Advogado	0	0	1
Arquiteto Urbanista	0	0	1
Assessor	0	0	4
Atendente de Farmácia	0	0	26
Auditor	0	0	1
Auxiliar de Almoarifado	0	0	5
Auxiliar de Costuraria	0	0	2
Auxiliar de Cozinha	0	0	18
Auxiliar de Lavanderia	0	0	17
Auxiliar de Manutenção	0	0	15
Biólogo	0	0	6
Bombeiro Hidráulico	0	0	10
Calculista de Custo	0	0	1
Copeiro	0	0	52
Costureiro	0	0	7
Educador Físico	0	0	1
Engenheiro Eletricista	0	0	1
Engenheiro de Segurança do Trabalho	0	0	1
Faturista	0	0	1
Físico Nuclear	0	0	1
Mestre de Obra	0	0	3
Operador de Caldeira	0	0	3

Categoria Profissional	Vínculos		
	MEC	MS	FJM
Padioleiro	0	0	31
Pedreiro	0	0	12
Pintor	0	0	12
Programador de Sistema	0	0	2
Recepcionista	0	0	15
Relações Públicas	0	0	2
Secretário	0	0	15
Servente de Limpeza	0	0	18
Supervisor	0	0	9
Técnico Administrativo	0	0	29
Técnico em Áudio Visual	0	0	1
Técnico em Citologia	0	0	2
Técnico em Edificação	0	0	8
Técnico em Gesso	0	0	2
Técnico em Informática	0	0	3
Técnico em Anatomia Patológica	0	0	2
Técnico em Óptica e Optometria	0	0	1
Técnico em Planejamento	0	0	3
Técnico em Química	0	0	2
Técnico em Refrigeração	0	0	6
Técnico em Segurança do Trabalho	0	0	3
Técnico em Telecomunicação	0	0	1
Outros	0	0	24
Subtotal	0	0	221
Total Geral	642	633	1.220

Para capacitar os seus funcionários a Unidade de Desenvolvimento de Pessoas (UDP) do HUUFMA promove diversos cursos. No ano de 2013, foram inscritos 1.037 servidores, sendo 931 (89,7%) capacitados. Observa-se que a meta estabelecida de 80% não foi superada apenas nos meses de fevereiro e março, devido à evasão dos servidores (Quadro 6).

Quadro 6 Número e percentual de servidores capacitados. HUUFMA-UDP, 2013.

Mês	Número de servidores			
	Inscritos	Capacitados	%	Meta (%)
Janeiro	106	91	85,8	80
Fevereiro	69	49	71,0	
Março	111	65	58,5	
Abril	149	133	82,2	

Mês	Número de servidores			Meta (%)
	Inscritos	Capacitados	%	
Maio	126	117	98,8	
Junho	144	144	100,0	
Julho	37	37	100,0	
Agosto	-	-	-	
Setembro	104	104	100,0	
Outubro	76	76	100,0	
Novembro	90	90	100,0	
Dezembro	25	25	100,0	
Total	1.037	931	89,7	

Atualmente a UDP estabeleceu as etapas e atividades necessárias para capacitação de pessoas descritas no fluxograma abaixo:

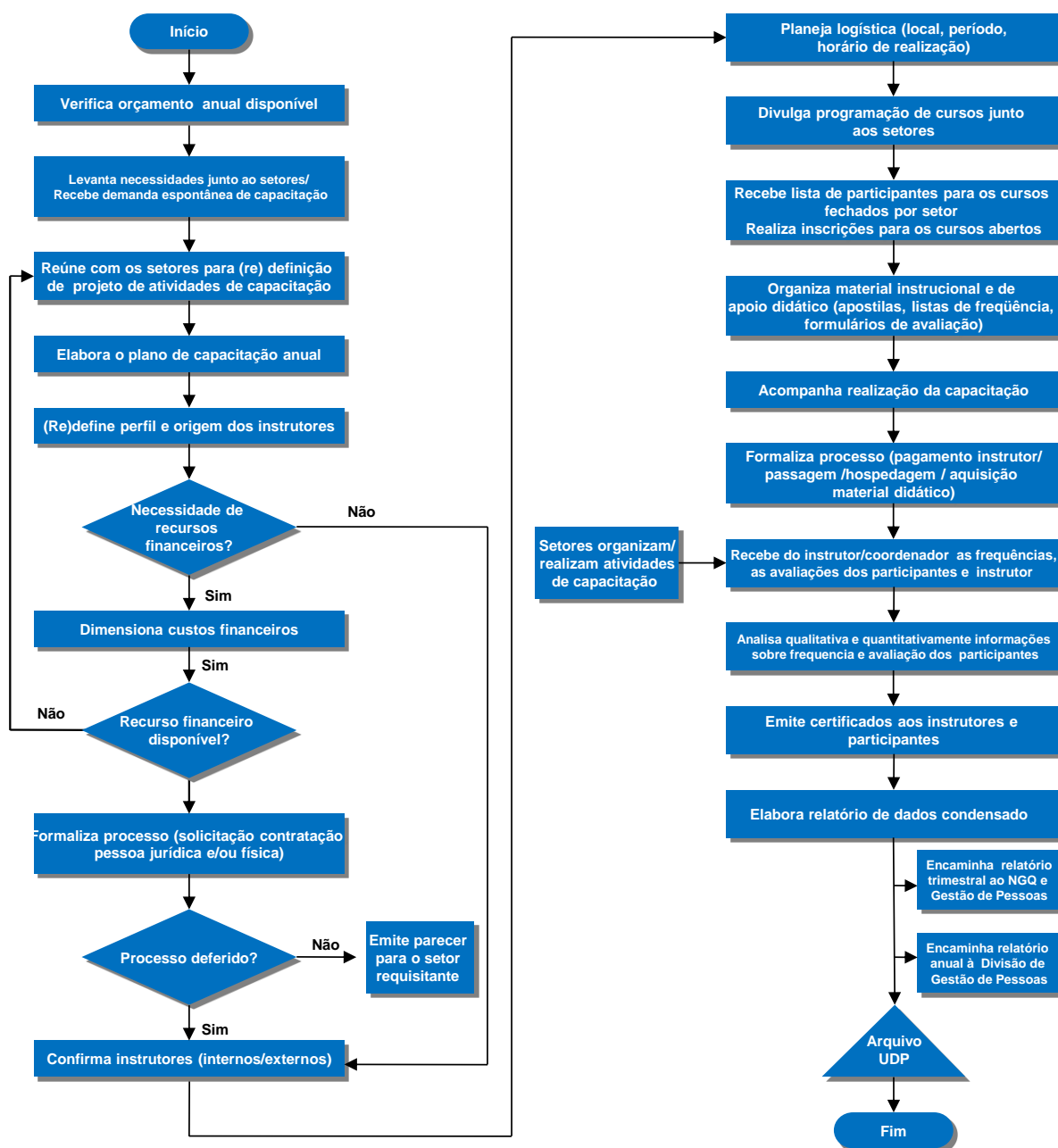


Figura 7 Fluxograma das etapas para o desenvolvimento das atividades de capacitação. HUUFMA-UDP, 2014.

1.8 Infraestrutura Hospitalar

Em relação à infraestrutura, o HUUFMA conta com treze edificações, possuindo um total de 573 leitos distribuídos em 10 unidades assistenciais com um percentual maior nas clínicas cirúrgica e médica respectivamente (Quadro 7).

Quadro 7 Número de leitos segundo Unidade Assistencial. HUUFMA, 2014.

Unidade	Unidade Assistencial	Nº de leitos	Subtotal	Total de Leitos
UPD	UTI adulto	15	312	573
	Clínica Médica	137		
	Clínica Cirúrgica	160		
UMI	UTI pediátrico	10	261	
	UTI neonatal	38		
	Clínica Pediátrica	87		
	Clínica Ginecológica	20		
	Obstetrícia Clínica	42		
	Obstetrícia Cirúrgica	42		
	Unidade de Isolamento	22		

A capacidade instalada, considerando salas de atendimentos, o HUUFMA, possui 177 salas, sendo que desse total, 111 (62,7%) são consultórios (Quadro 8).

Quadro 8 Distribuição da capacidade instalada por salas. HUUFMA, maio de 2014.

Salas	Nº
Salas de reanimação	03
Salas de gesso	02
Salas de cirurgias ambulatoriais ativas	04
Consultórios	111
Salas de cirurgias ativas	15
Salas de parto	06
Salas de recuperação	06
Total	147

O HUUFMA possui na sua infraestrutura um total de 29 salas cirúrgicas, sendo o maior quantitativo localizado na Unidade Presidente Dutra (15), seguida de (14) na Unidade Materno Infantil (Quadro 9).

Quadro 9 . Números de salas cirúrgicas, segundo Unidade Assistencial. HUUFMA, maio de 2014.

Tipo de sala	UPD	UMI	Total de salas cirúrgicas
Sala cirúrgica – Centro Cirúrgico	09	07	16
Sala cirúrgica ambulatorial	04	01	05
Sala de parto normal	00	02	02
Sala de pré-parto	00	02	02
Sala de recuperação	02	02	04
Total	15	14	29

Quanto aos equipamentos médico-hospitalares, o HUUFMA possui equipamentos adequados ao perfil do hospital, necessários para o atendimento dos seus usuários conforme descrito no (Quadro 10). Entre estes, destaca-se os de diagnóstico por imagem, infraestrutura, manutenção da vida, métodos ópticos, métodos gráficos e outros equipamentos utilizados na cardiologia, otorrinolaringologia e hemodiálise. Ressalta-se que, os equipamentos de Circulação Extracorpórea e 350 bombas de Infusão são em comodato.

Quadro 10 Distribuição quantitativa dos Equipamentos Médico-hospitalares segundo tipos. HUUFMA, 2014.

Tipo de Equipamento		Quantitativo
Imagem	Mamógrafo com Comando Simples	02
	Raio X ate 100 mA/Raio X dentário	05
	Raio X de 100 a 500 mA	02
	Raio X mais de 500mA	03
	Raio X com Fluoroscopia	03
	Raio X para Hemodinâmica	02
	Tomógrafo Computadorizado	02
	Ressonância Magnética	01
	Ultrassom Doppler Colorido	10
	Ultrassom Ecógrafo	10
	Ultrassom Convencional	04
	Infraestrutura	Ar Condicionado Central
Grupo Gerador		10
Equipamento de Odontologia		01
Equipo Odontológico		01
Compressor Odontológico		01
Caneta de Alta Rotação		05
Caneta de Baixa Rotação		05
Bomba/Balão Intra-Aórtico		02

Tipo de Equipamento		Quantitativo
Suporte à vida	Bomba de Infusão*	390
	Berço Aquecido	31
	Bilirrubinômetro	01
	Debitômetro	01
	Desfibrilador	21
	Equipamento de Fototerapia	25
	Incubadora	26
	Marcapasso Temporário	05
	Monitor de ECG	50
	Monitor de Pressão Invasivo	31
	Monitor de Pressão Não-Invasivo	40
	Reanimador Pulmonar/AMBU	130
	Respirador/Ventilador	90
	Eletrocardiógrafo	12
	Métodos ópticos Métodos gráficos	Endoscópio das Vias Urinárias
Endoscópio Digestivo		05
Equipamentos para Optometria		02
Laparoscópio/Vídeo		03
Microscópio Cirúrgico		07
Eletroencefalógrafo		02
Endoscópio das Vias Respiratórias		02
Outros equipamentos	Aparelho de Eletroestimulação	01
	Equipamento para Audiometria	04
	Equipamento de Circulação Extracorpórea*	02
	Equipamento para Hemodiálise	36

*Os equipamentos de Circulação Extracorpórea e 350 Bombas de Infusão são em comodato.

Para garantir as atividades de ensino, o HUUFMA conta com um número de 13 auditórios com capacidade para 715 lugares (Quadro 11). Conta também, com três salas equipadas para atividades de vídeo conferência.

Quadro 11 Número de auditórios disponíveis para atividades de ensino. HUUFMA, maio de 2014.

Auditórios / Sala de aula	Localização	Capacidade
Auditório Central	UPD - 4º andar	90
Vermelho	UPD – 4º andar	60
Verde	UPD – 4º andar	50
Videoconferência - Azul	UPD – 4º andar	60
Amarelo	UPD – 4º andar	50
Patologia	UPD – Subsolo	40
Nefrologia	UPD – Térreo	30

Auditórios / Sala de aula	Localização	Capacidade
Núcleo de Gestão da Qualidade	UMI – Térreo	15
Radiologia	UPD – 1º andar	30
Unidade Externa Ambulatorial - Centro de Prevenção de Doenças Renais	Rua dos Prazeres, nº 81, Centro 2º andar	40
Unidade Externa Ambulatorial - Centro Oftalmológico	Rua dos Prazeres, nº 83, Centro 3º andar	100
Auditório Central	UMI – 4º andar	120
COREME	UMI – 2º andar	30
Total		715

1.9 Desempenho do HUUFMA

O HUUFMA, por ser um hospital de referência em média e alta complexidade, disponibilizando todos os seus leitos para os usuários do SUS, tem desempenhado ao longo dos anos a sua missão que é formar profissionais da saúde e atender os usuários do SUS com qualidade.

1.9.1 Atenção à Saúde

a) Perfil Assistencial

O perfil assistencial do HUUFMA compreende procedimentos de alta e média complexidade, além de algumas ações da atenção básica. Ressalta-se, ainda, que este hospital está habilitado para execução de diversos serviços especializados, conforme descritos nos quadros 12.

Quadro 12 Tipos de Habilitação e respectivos códigos. HUUFMA, maio de 2014

Código	Tipos de Habilitação
202	Unidade de assistência de alta complexidade ao paciente portador de obesidade grave
802	Centro de referência em alta complexidade cardiovascular
803	Cirurgia cardiovascular e procedimentos em cardiologia intervencionista
804	Cirurgia cardiovascular pediátrica
805	Cirurgia vascular
806	Cirurgia vascular e procedimentos endovasculares extracardíacos
807	Laboratório de eletrofisiologia, cirurgia cardiovascular e procedimentos de cardiologia intervencionista
1101	Serviço hospitalar para tratamento AIDS
1402	Referência hospitalar em atendimento terciário à gestação de alto risco
1404	Hospital amigo da criança
1501	Unidade de assistência de alta complexidade em nefrologia (serviço de nefrologia)

Código	Tipos de Habilitação
1601	Unidade de assistência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia
2301	Unidade de assistência de alta complexidade em terapia nutricional
2304	Enteral e parenteral
2502	Centro de referência de alta complexidade em traumatologia-ortopedia
2602	UTI II neonatal
2604	UTI III adulto
2606	UTI III pediátrica
2901	Videocirurgias

Quadro 13 Serviços Especializados por área. HUUFMA, maio de 2014.

Área	Serviços existentes
Neurocirurgia	<ul style="list-style-type: none"> · Coluna e nervos periféricos; · Investigação e cirurgia de epilepsia; · Neurocirurgia do Trauma e anomalias do desenvolvimento; · Neurocirurgia funcional estereotáxica; · Neurocirurgia vascular; · Polissonografia. · Tratamento endovascular; · Tratamento neurocirúrgico da dor funcional; · Tumores do sistema nervoso;
Atenção a DST/HIV/AIDS	<ul style="list-style-type: none"> · Testagem e aconselhamento; · Diagnóstico e tratamento; · Capacitação técnica.
Atenção a Saúde Auditiva	<ul style="list-style-type: none"> · Diagnóstico, tratamento e reabilitação auditiva na média complexidade.
Atenção ao Paciente com Tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> · Diagnóstico e Tratamento.
Neonatologia	<ul style="list-style-type: none"> · Assistência Domiciliar
Atenção ao Pré-Natal, Parto e Nascimento.	<ul style="list-style-type: none"> · Acompanhamento do pré-natal de baixo risco; · Acompanhamento do pré-natal de alto risco; · Parto em gestação de baixo risco; · Parto em gestação de alto risco; · Centro de parto normal.
Atenção em Saúde Bucal	<ul style="list-style-type: none"> · Cirurgia Buco-Maxilo-Facial.
Cirurgia Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> · Cirurgia Cardiovascular (Criança); · Cirurgia Vascular; · Cardiologia Intervencionista (Hemodinâmica); · Endovascular Extracardíaca.
Cirurgia Torácica	<ul style="list-style-type: none"> · Cirurgia Torácica.
Controle de Tabagismo	<ul style="list-style-type: none"> · Abordagem e Tratamento do Fumante.
Dispensação de órteses, próteses e materiais especiais	<ul style="list-style-type: none"> · OPM auditivas; · OPM oftalmológicas; · OPM em Urologia; · OPM buco-maxilo-facial; · Substituição/Troca em órteses/próteses; · OPM em Nefrologia.

Área	Serviços existentes
Endocrinologia	<ul style="list-style-type: none"> · Diagnóstico/Tratamento das doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais; · Cirurgia de glândulas endócrinas.
Farmácia	<ul style="list-style-type: none"> · Farmácia Hospitalar.
Gastroenterologia/Cirurgia Bariátrica	<ul style="list-style-type: none"> · Tratamento clínico, cirúrgico, reparador e acompanhamento ao paciente portador de obesidade grave.
Hemoterapia	<ul style="list-style-type: none"> · Diagnóstico em Hemoterapia; · Procedimentos especiais em Hemoterapia; · Medicina transfusional; · Procedimentos destinados à obtenção do sangue p/ fins de assistência hemoterápica.
Nefrologia/Urologia	<ul style="list-style-type: none"> · Tratamento Dialítico; · Litotripsia; · Confecção/Intervenção de acessos para Diálise; · Tratamento em Nefrologia em Geral.
Oftalmologia	<ul style="list-style-type: none"> · Diagnóstico em Oftalmologia; · Tratamento Clínico do aparelho da visão; · Tratamento Cirúrgico do aparelho da visão.
Pneumologia	<ul style="list-style-type: none"> · Tratamento de doenças das vias aéreas inferiores.
Práticas Integrativas e Complementares.	<ul style="list-style-type: none"> · Acupuntura.
Suporte Nutricional	<ul style="list-style-type: none"> · Enteral; · Enteral/Parenteral; · Enteral/Parenteral com Manipulação/Fabricação.
Triagem Neonatal	<ul style="list-style-type: none"> · Tratamento recém nascido com hipotireoidismo e fenilcetonúria; · Tratamento recém nascido doenças falciformes; · Tratamento recém nascido fibrose cística; · Tratamento recém nascido com outras doenças congênitas.
Vigilância em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> · Vigilância Epidemiológica; · Vigilância Sanitária; · Núcleo de Vigilância Hospitalar.
Móvel de Urgência (Exceto SAMU)	<ul style="list-style-type: none"> · Transporte Terrestre.
Videolaparoscopia	<ul style="list-style-type: none"> · Diagnóstica; · Cirúrgica.
Transplante	<ul style="list-style-type: none"> · Rim; · Medula Óssea; · Coração; · Córnea/Esclera; · Retirada de órgãos; · Válvulas Cardíacas; · Separação/Avaliação biomicroscópica e conservação da córnea/esclera. · Contagem endotelial corneana; · Acompanhamento de paciente transplantado executando exames de radiologia, hemoterapia ultrassonografia, anatomia patológica.
Cirurgia Vascular	<ul style="list-style-type: none"> · Fístula Arteriovenosa sem enxerto; · Fístula Arteriovenosa com enxerto.
Serviço de Traumatologia Ortopedia	<ul style="list-style-type: none"> · Serviço de Traumatologia e Ortopedia Pediátrica (até 21 anos de idade);

Área	Serviços existentes
	<ul style="list-style-type: none"> Serviço de Traumatologia e Ortopedia.
Serviço de Atenção à saúde das pessoas ostomizadas	<ul style="list-style-type: none"> Atenção às pessoas ostomizadas I; Atenção às pessoas ostomizadas II.
Serviço de Atenção Integral em Hanseníase	<ul style="list-style-type: none"> Serviço de Atenção integral em Hanseníase Tipo III.
Atenção Básica	<ul style="list-style-type: none"> Atenção Básica; Atenção Básica com Saúde Bucal.

c) Produção Hospitalar

Em relação a produção hospitalar, em 2013 o HUUFMA realizou um total de 282.854 consultas com uma média de 23.571 consultas por mês distribuídos nas diversas especialidades. As especialidades médicas destacaram-se com 200.762 (71%) consultas, enquanto que as não médicas (Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Odontologia) tiveram um total de 82.092 (29%). A maior redução foi na clínica pediátrica que no primeiro quadrimestre teve um total de 13.991 consultas, passou para 4.174 no terceiro quadrimestre. A única especialidade que teve aumento do número de consultas por quadrimestre foi a obstetrícia que no primeiro quadrimestre teve 8.642 e passou para 10.915 consultas (Gráfico 3).

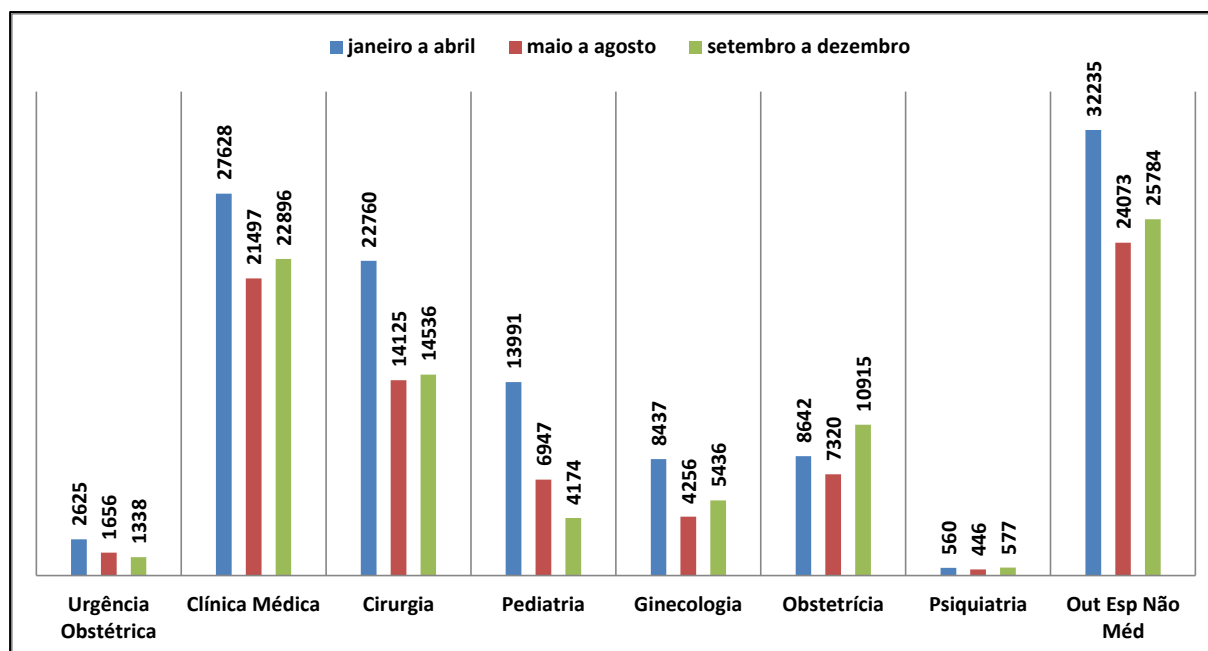


Gráfico 3 Número de consultas realizadas segundo quadrimestre no período de janeiro a dezembro de 2013. HUUFMA.

Fonte: Setor de Controle e Avaliação do HUUFMA

Em relação aos tipos de procedimentos diagnósticos, em 2013 o HUUFMA realizou um total de 487.855 procedimentos, sendo que o percentual maior foi de exames laboratoriais (84,01%) seguido pelos exames de diagnósticos por imagem (Tabela 1).

Procedimento	Janeiro a Abril	Mai a Agosto	Setembro a Dezembro	Total	%
Exames Laboratoriais	135.441	137.046	137.358	409.845	84,01
Diagnóstico por via endoscópica	1.898	792	458	3.148	0,65
Diagnóstico por imagem	14.471	19.787	17.647	51.905	10,64
Terapia Renal Substitutiva	6.063	6.332	6.276	18.671	3,83
Exames de Histocompatibilidade	725	692	491	1.908	0,39
Diagnóstico via Hemodinâmica	779	826	773	2.378	0,49
Total	159.377	165.475	163.003	487.855	100,00

Tabela 1 Procedimentos ambulatoriais segundo tipo e quadrimestre, no período de janeiro a dezembro de 2013. HUUFMA

Fonte: Setor de Controle e Avaliação do HUUFMA

No ano de 2013, o HUUFMA realizou um total de 11.634 internações, com a média de 969,5/mês. O maior quantitativo foi realizado pelo serviço de obstetrícia e o menor pela clínica pediátrica (Tabela 2).

Mês	Internação segundo Clínica				Total
	Cirúrgica	Médica	Obstétrica	Pediátrica	
Janeiro	327	140	391	88	946
Fevereiro	283	111	378	95	867
Março	304	124	469	100	997
Abril	330	121	440	92	983
Mai	347	124	438	102	1011
Junho	329	122	441	88	980
Julho	297	131	471	108	1007
Agosto	322	147	464	101	1034
Setembro	283	105	435	110	933
Outubro	373	115	447	93	1028
Novembro	298	139	373	95	905
Dezembro	312	156	399	76	943
Total	3.805	1.535	5.146	1.148	11.634

Tabela 2 Internações realizadas segundo Clínica no período de janeiro a dezembro de 2013. HUUFMA.

Fonte: Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários (AGHU)

O HUUFMA possui um total de 573 leitos sendo que as clínicas que possuem os maiores números de leitos são respectivamente as clínicas cirúrgicas, médicas e pediátrica. Atualmente o hospital possuem 118 leitos desativados por obra (gráfico 4).

Gráfico 4. Leitos operacionais e desativados segundo quadrimestre, no período de janeiro a dezembro de 2013,

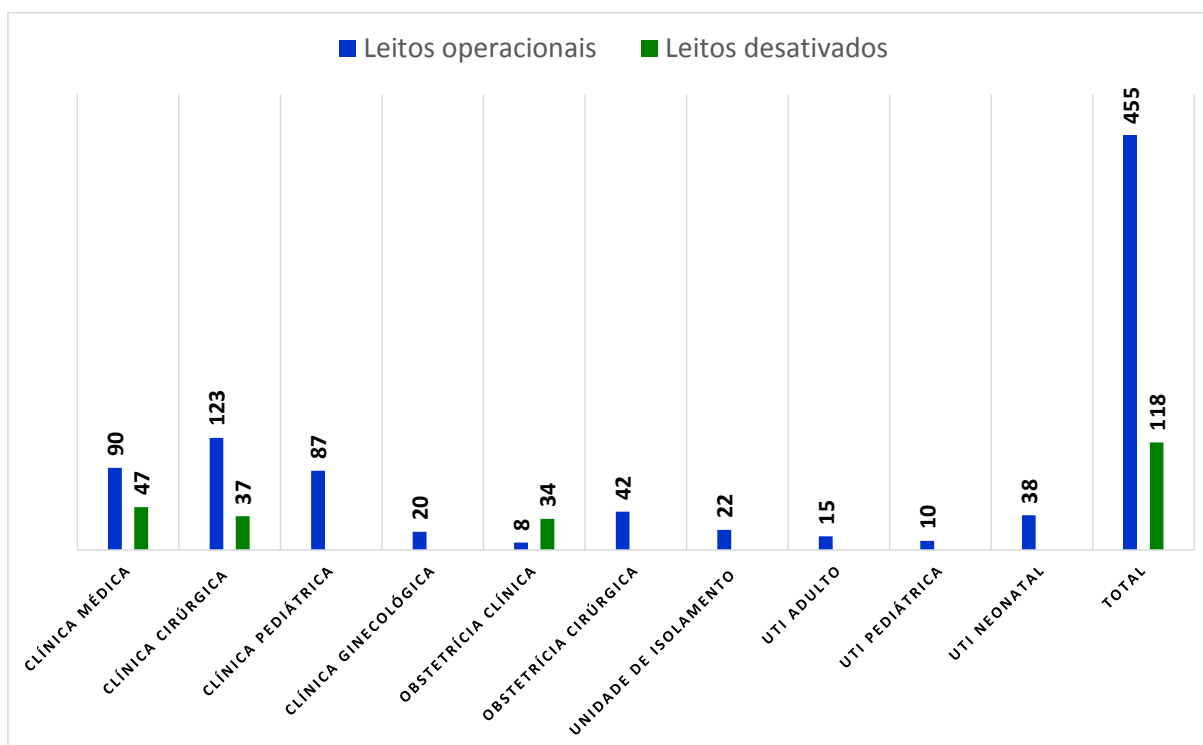


Gráfico 4 Leitos operacionais e desativados segundo quadrimestre, no período de janeiro a dezembro de 2013

Fonte: Setor de Controle e Avaliação do HUUFMA.

O HUUFMA apresentou alguns indicadores assistenciais registrados em 2013. É importante salientar alguns dados representados no quadro 14.

- Alta capacidade hospitalar apresentada pelo HUUFMA, porém em 2013 apresentou baixa taxa de ocupação hospitalar de 59,66% devido às reformas realizadas nas clínicas nesse período.
- Alta taxa de permanência hospitalar, de 8,53 dias, número acima da média brasileira de 5,98 dias, conforme portaria nº 1101/GM de 12/06/2002. Este

cenário pode ser justificado, entre outras causas, pela alta taxa de permanência hospitalar de pacientes na Clínica Médica, em consequência da dificuldade de contra referência para rede de atenção que não conta com assistência domiciliar efetiva na região;

- Alta taxa percentual de cesárea (39,25%), devido à grande quantidade de partos de alto risco realizados pelo hospital – porém mesmo para este cenário o limite percentual máximo de tolerância é de 30%;
- Taxa de mortalidade hospitalar (2,75%) próxima à média brasileira de 2,63%, conforme portaria nº 1101/GM de 12/06/2002 e;
- Índice de funcionários assistenciais/leito calculado incluindo os funcionários para atendimento ambulatorial, não representando assim o número de trabalhadores exclusivos para atendimento ao paciente internado.

Quadro 14 Indicadores assistenciais do HUUFMA referentes ao ano de 2013

Indicadores	Valor
Pacientes-dia do HUUFMA no último ano	99.079
Média de permanência	8,53 dias
Taxa de cesárea	39,25%
Taxa de mortalidade hospitalar	2,75%
Capacidade hospitalar planejada	573 leitos
Capacidade hospitalar operacional	455 leitos
Leitos-dia foram oferecidos no último ano	166.065
Taxa de ocupação	59,66%
Índice de funcionário por leito	4,50
Índice de enfermeiras por leito	0,70
Índice de pessoal de enfermagem por leito	3,02
Índice de nutricionista por leito	0,04
Índice de fisioterapeuta por leito	0,09
Índice de psicólogo por leito	0,03
Índice de interno por leito	3,33
Índice de postos de enfermagem por leito	0,03
Taxa de ocupação de Vagas de Residência	87,50%

1.9.2 Ensino e Pesquisa

O quadro abaixo mostra alguns dados referentes ao ensino e pesquisa do HUUFMA no ano de 2013. O HUUFMA possui programas de residência médica e multiprofissional e programas de intercâmbios nacional e internacional (Itália, Venezuela, Peru, México, Quênia, África, Espanha e Tunísia). Possui 35 ligas acadêmicas além de duas comissões ligadas à área de pesquisa: Comissão Científica do HUUFMA (COMIC) e o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Estas comissões têm como objetivo a apreciação e aprovação dos projetos de pesquisa a serem realizados no âmbito do HUUFMA.

A Gerência de Ensino e Pesquisa é também responsável pela publicação do periódico científico, denominado “Revista de Pesquisa em Saúde / *Journal of Health Research*”. ISSN2179-6238. As versões impressas e *online* estão indexadas no sistema Latindex (Sistema Regional de *Información en Línea* para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal).

Quadro 15 Indicadores referentes ao Ensino e Pesquisa. HUUFMA, 2013

Indicadores	Nº
Alunos recebidos para intercâmbio Nacional	06
Alunos recebidos para intercâmbio Internacional	13
Alunos inseridos em campo de estágio no HUUFMA	1.348
Cursos / Campo de Estágio para graduação: Hotelaria, Enfermagem, Farmácia, Ciências da computação, Medicina, Medicina internato, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço social, Biblioteconomia, Pedagogia, Comunicação social, Engenharia elétrica, Administração.	15
Programas de residência médica: Anestesiologia, Clínica médica, Cirurgia geral, Obstetrícia e Ginecologia, Ortopedia e Traumatologia, Oftalmologia, Patologia, Pediatria, Radiologia e Diagnóstico Por Imagem, Cardiologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Medicina Intensiva, Nefrologia, Pneumologia, Cirurgia Vascular, Coloproctologia, Urologia, Infectologia Pediátrica, Medicina Intensiva Pediátrica, Neonatologia, Ecocardiografia, Transplante renal urologia, Transplante renal nefrologia.	26
Vagas em Programas de residência médica	91
Programas de residência multiprofissional em saúde: Atenção a Saúde Renal, Atenção em Clínicas Médica e Cirúrgica, Atenção em Terapia Intensiva, Atenção Cardiovascular, Atenção em Saúde Renal, Atenção em Saúde da Criança, Atenção em Saúde da Mulher, Atenção em Neonatologia.	08
Vagas do Programa de residência multiprofissional em saúde: Enfermagem, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Odontologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social.	72
Profissionais egressos da Residência Médica (1980 a 2013)	1250
Profissionais egressos da Residência Multiprofissional (2009 a 2013)	172
Ligas Acadêmicas	35
Projetos de pesquisa aprovados pela COMIC	115
Projetos de pesquisa avaliados pela CEP	224
Pesquisas desenvolvidas no BIOBANCO	38

Fonte: Gerência de Ensino e Pesquisa HUUFMA (GEP).

1.10 Inserção no Sistema Único de Saúde – Contratualização

Os serviços de saúde deste Hospital de Ensino integram-se ao SUS mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados, conforme regulamentação do SUS.

No período de 1991 a 2003, o HUUFMA, a exemplo dos demais hospitais federais de ensino vinculados ao SUS, enfrentou grave crise financeira em razão da falta de uma adequada e justa política de financiamento para os hospitais universitários e de ensino. Vigorava nessa época, a modalidade **Pagamento por Produção de Serviços**, acrescido de um valor fixo chamado Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino (FIDEPS), pagamentos estes que ficavam na dependência dos gestores do SUS.

Neste contexto nem sempre todos os procedimentos realizados eram pagos, por falta de recursos financeiros, o que aumentava cada vez mais o déficit de custeio e as dívidas do HUUFMA. Além disto, não havia uma definição clara do perfil do Hospital Universitário, de acordo com o nível hierárquico da atenção à saúde, obrigando o hospital a realizar, também, ações típicas da atenção básica, que deveriam e poderiam ser realizadas na rede municipal de atenção à saúde.

Esse cenário começou a mudar a partir da edição da Portaria Interministerial nº 1.000, de 15/04/2004, dos Ministérios da Educação e da Saúde, que define a certificação dos Hospitais de Ensino, seguidas de outras importantes Portarias, como a de nº 1006/MEC/MS, de 27/05/2004, que cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS, que por sua vez estabelece o processo de contratualização, meio pelo qual o gestor local do SUS e o representante legal do Hospital de Ensino estabelecem metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar, que deverão ser acompanhadas e validadas pela Comissão Permanente de Acompanhamento dos Contratos.

Em 17 de agosto de 2004, a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.704, certificou o HUUFMA como Hospital de Ensino.

Como a Portaria nº 2.892, de 09/09/1998, dispôs, como regra geral, que nos municípios habilitados na condição de gestão plena do SUS, os Hospitais Universitários devem ficar sob gestão municipal, com vista ao processo de contratualização, em 02 de

dezembro de 2004, a Secretaria Municipal de Saúde de São Luís e o HUUFMA assinaram um Convênio, com prazo de vigência de 5 (cinco) anos, com a finalidade de integrar o HUUFMA no SUS.

Um **Plano Operativo, parte integrante do Convênio**, definiu as metas qualitativas e quantitativas pactuadas nas áreas de Atenção à Saúde, Gestão Hospitalar, Formação e Educação, Pesquisa e Avaliação Tecnológica em Saúde e Recursos Financeiros. Ao longo desses cinco anos foram assinados nove Termos Aditivos ao Convênio 012/2004-SEMUS, e atualizado anualmente o Plano Operativo.

Os instrumentos normativos dos Ministérios da Educação e da Saúde, assim como o próprio Convênio estabeleceram o redirecionamento das ações de atenção básica, ainda realizadas pelo HUUFMA, para a rede básica de saúde locorregional, em face da redefinição clara do perfil assistencial e da missão institucional deste Hospital de Ensino, como média e alta complexidade, observado, entre outros, a hierarquização e os fluxos assistenciais denominados nessa ocasião de referência e contra-referência.

A relação Secretaria Municipal de Saúde de São Luís (SEMUS) e Hospital Universitário foi bastante difícil e conflituosa, uma vez que o gestor municipal buscou pactuar serviços incompatíveis com o perfil assistencial do HUUFMA e com as ações e serviços pactuados no Convênio. Em dificuldade para manter sua rede em funcionamento e sob a pressão das necessidades demandadas pela população, a alternativa da SEMUS era a utilização dos serviços do HUUFMA.

Uma das dificuldades até hoje enfrentadas está ligada ao **Complexo Regulador do Município de São Luís**, formado pela Central de Regulação de Consultas e Exames e pela Central de Regulação de Internações Hospitalares, sob a gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, cuja missão é regular o acesso da população às unidades de saúde sob a gestão municipal, em São Luís. Na realidade, esse complexo regulador funciona de forma muito incipiente e não abrange todos os prestadores locais.

Com a evidente desorganização do sistema de saúde e diante do bom desempenho e credibilidade pública do HUUFMA, a tendência do gestor municipal é exigir cada vez mais do Hospital de Ensino e sobrecarregá-lo com encaminhamentos de casos que poderiam ser resolvidos em outras unidades pública e/ou privadas contratadas e/ou conveniadas de menor complexidade da rede SUS.

Em termos concretos, diante da inércia e fragilidade do complexo regulador da SEMUS, o HUUFMA teve que regular o acesso aos seus próprios serviços, sujeito às críticas da gestão municipal, pois, a mesma ressalta que esta é uma atribuição da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís (SEMUS).

Em dezembro de 2009, expirou o prazo de vigência do Convênio de Contratualização nº 012/2009. Foram em vão todas as iniciativas, tentativas e tratativas do HUUFMA com a SEMUS no sentido de que fosse assinado novo Convênio. O gestor municipal, apesar da intermediação do Ministério da Saúde e do Ministério Público Federal, protelou continuamente o processo e não assinou o novo convênio.

Como a prestação dos serviços pactuados entre SEMUS e HUUFMA não foi interrompida, embora sem a formalidade do convênio, que havia expirado, o gestor municipal do SUS processava a produção do HUUFMA para fins de pagamento pelo Fundo Nacional de Saúde.

Decorridos quatro anos, por iniciativa do HUUFMA, sob a gestão da EBSEH, foram retomados os entendimentos com a Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, que está sob uma nova gestão, visando à assinatura de um novo convênio de contratualização.

Finalmente, após várias reuniões, chegou-se a um consenso, culminando com a assinatura do Termo de Convênio de Contratualização nº 001/2012-SEMUS, datado de 23 de janeiro de 2014, acompanhado do Documento Descritivo que especifica a capacidade instalada do Hospital, compromissos assumidos e metas a serem cumpridas, análise de desempenho das metas, indicadores de qualidade, programação orçamentária, monitoramento e avaliação.

Compõem os recursos orçamentários e financeiros do atual Convênio um **valor Pré-fixado**, composto pela média complexidade e incentivos, sendo o repasse da **média complexidade** vinculado ao alcance de metas qualitativas e quantitativas, e um valor **pós-fixado**, composto pelo valor de remuneração dos serviços de **alta complexidade** e pelos procedimentos pagos pelo Fundo de Ações Estratégicas de Compensação (FAEC), calculado a partir de estimativa de meta física (quantitativa) e remunerado de acordo com a produção autorizada pelo gestor.

A execução do Convênio, cujo prazo de vigência é de cinco anos, é monitorada e avaliada pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização e pelas instâncias competentes de gestão do SUS, mediante análise de documentos, de dados produzidos pelo HUUFMA e registrados nos sistemas nacionais de informação, bem como por supervisão *in loco*.

O novo Convênio abriu caminho para o reinício de novas conversações e entendimentos com os gestores estadual e local do SUS, contando como apoio e participação de representantes da EBSEH e Ministério da Saúde.

Como resultado dessas primeiras negociações, o HUUFMA disponibilizou para o complexo regulador do gestor municipal 100% das **consultas médicas** deste Hospital. No entanto, esta cota não vem sendo usada integralmente pelo gestor municipal, muito embora a pactuação do quantitativo de vagas ofertadas pelo HUUFMA tenha tomado como referência estudos de demanda efetuados entre as partes (concedente/SEMUS e conveniente/HUUFMA) e a oferta de primeiras consultas reguladas pelo gestor municipal. O esperado é que o número de primeiras consultas aumente progressivamente, o que realmente vem ocorrendo.

No que se refere à regulação do acesso de leitos, o gestor municipal (SEMUS) ainda não assumiu o sistema. As internações continuam sob o controle da **Central de Internação e Alta** do próprio HUUFMA, em consequência da precariedade do funcionamento da rede hospitalar como um todo, desorganização e desarticulação do complexo regulador estadual, regional e municipal do SUS.

Na expectativa de que as questões relativas à política de regulação do SUS sejam resolvidas, tanto no âmbito estadual quanto municipal, o HUUFMA contemplou no PDE e está implementando o seu **Núcleo Interno de Regulação (NIR)**, de acordo com o novo modelo de gestão, que tem como um de seus papéis a interface com a Central de Regulação.

Um dos pontos críticos na relação entre o HUUFMA e a SEMUS é a regulação dos leitos, agravado pela grande necessidade e enorme dificuldade da contra-referência de pacientes, pois os usuários ficam vinculados ao HUUFMA, por falta de opção de fluxo assistencial para continuidade do atendimento, após a alta hospitalar, comprometendo a integralidade do cuidado.

Conforme prevê o Convênio 001/2004-SEMUS são encargos comuns dos partícipes pactuar mecanismos que assegurem o acesso da população às ações e serviços do hospital de forma regulada, por meio do Complexo Regulador do Município de São Luís e implementar protocolos assistenciais, administrativos e de referência e contra-referência de usuários entre os estabelecimentos da rede para as ações e serviços de saúde.

Os gestores do SUS e o HUUFMA precisam aprofundam o debate dessas questões, até porque o Ministério da Saúde, na Portaria nº 3.410, de 30/12/2013, estabeleceu diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar.

A reaproximação entre a SEMUS e o HUUFMA marca a retomada de um diálogo, que se for produtivo reverterá para a qualificação e resolutividade do sistema de saúde e, conseqüentemente, para a melhoria da saúde dos usuários do SUS e qualidade de vida da população.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Construir e operacionalizar um Plano Diretor Estratégico, estruturado em ações para um horizonte de dois anos, valorizando e estimulando o desenvolvimento do sistema de governança do HU no processo de construção e seus desdobramentos, voltados ao enfrentamento dos problemas priorizados e ao alcance da situação desejada e da missão institucional.

2.2 Específicos

- Profissionalizar a gestão a partir da institucionalização de ciclos de planejamento estratégico;
- Melhorar o desempenho do HUUFMA;
- Promover maior transparência de seus projetos e suas práticas perante a sociedade;
- Fortalecer a inserção do HUUFMA no SUS, orientado pelas necessidades da população;
- Promover a participação coletiva no planejamento estratégico fortalecendo o contexto interno da instituição;
- Construir e negociar estrategicamente o plano de ação para o enfrentamento dos macroproblemas selecionados e priorizados: (i) Modelo de Gestão pouco qualificado para a missão do HU; (ii) Modelo clínico assistencial insuficiente frente às necessidades da população; e (iii) Estrutura Física, tecnológica e de pessoas insuficiente para garantia do funcionamento do HU.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso metodológico do planejamento estratégico do HUUFMA teve início em agosto/2013, a partir do aprendizado e das contribuições obtidas no curso de especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS, com término previsto para julho/2014 e trazendo como principal produto o PDE, construído pela equipe de governança do HUUFMA, orientado pelo contexto local e necessidades de saúde da população do Maranhão para um horizonte de dois anos.

Nessa perspectiva, levou em consideração o contexto interno e externo do HUUFMA e os atores sociais relevantes para a construção e implementação do PDE, observando-se e delineando-se o papel ou a possível influência e motivação, inclusive política, de cada um deles, que pudesse impactar na viabilidade do plano de ação, de forma a potencializar positivamente ou de rejeição às propostas formuladas.

Dentro do possível, caracterizou-se por uma construção coletiva, democrática e dialética que envolveu internamente a equipe afinidade (integrantes do Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS) gestores estratégicos e colaboradores do HUUFMA, além de consultores, uma facilitadora e uma cofacilitadora do Hospital Sírio-Libanês (HSL).

Nesse processo, foram utilizadas ferramentas, dispositivos e métodos, trabalhados nos encontros do PDC (Programa de Desenvolvimento de Competências), no HSL, no formato de oficinas, de visitas técnicas monitoradas no HSL, diálogo com especialistas, plenárias com especialistas e em discussões locais: reuniões da equipe afinidade com o grupo de apoio à gestão e de cada integrante com seus pares em cada serviço; reuniões e oficinas com consultores/facilitadores, reuniões da governança com gestores de serviços e aplicação de questionários.

As visitas técnicas ao HUUFMA pelos facilitadores possibilitaram ampliar a leitura da realidade, com base nos Modelos de Referência, Listas de Contribuições, Análise de GAPs, e oficinas com a equipe de governança ampliada para instrumentalização e validação dos subprodutos do PDE.

O processo de construção do PDE compreendeu os seguintes passos:

- a. Análise situacional do HUUFMA com identificação dos problemas enfrentados e agrupados em 05 macroproblemas;
- b. Seleção e descrição dos problemas priorizados;
- c. Elaboração do plano de intervenção, incluindo análise de sua viabilidade;
- d. Gestão e Monitoramento do Plano.

A análise da situação atual do HUUFMA, no que se refere a suas ações primordiais (assistência, ensino e pesquisa) e à gestão - elemento essencial do qual dependem diretamente essas ações - foi efetuada em várias etapas, com metodologias diversificadas e por grupos também distintos, possibilitando o confronto de informações produzidas e tornando mais sólida tal análise.

Neste processo, destacam-se, as seguintes estratégias: a oficina de situação inicial e desejada; oficina de identificação dos problemas agrupados em macroproblemas; seleção e priorização dos macroproblemas com utilização da matriz decisória; mapeamento de atores sociais relevantes e sua motivação em relação ao PDE; o 2º Relatório de Progresso – elaborado a partir de entrevistas com gestores locais de áreas estratégicas e visitas *in loco*, o que possibilitou o levantamento de dados quantitativos e qualitativos referentes à aderência do HUUFMA às boas práticas de gestão em diversas áreas, descritas nos modelos de referência calibrados; o 3º Relatório de Progresso – consistiu em um diagnóstico situacional relativo aos *gaps* normativos e legais, cuja ferramenta foi a Lista de Aderência às Normativas, preenchida de forma autônoma pela equipe gestora, havendo também reuniões de apoio e esclarecimento. Ambos foram construídos por consultores do HSL e pontuaram aspectos positivos e lacunas, oportunidades de melhorias e não conformidades de áreas chaves em relação à infraestrutura, processos ou recursos humanos.

Outra ferramenta relevante usada nesta fase foi a “Árvore de Problemas”, que permitiu identificar dez descritores, bem como as causas por meio dos eixos explicativos e possíveis consequências dos 03 macroproblemas selecionados e priorizados, que resultaram na identificação de 14 nós críticos, objetos do Plano de Intervenção/Ação (Quadro 14).

Quadro 16 Levantamento dos macroproblemas do HUUFMA, 2013

Macroproblemas selecionados segundo ordem de priorização
Estrutura Física, tecnológica e de pessoas insuficiente para garantir o funcionamento do HUUFMA
Modelo de Gestão pouco qualificado para a missão do HU
Modelo clínico assistencial insuficiente frente às necessidades da população
Dificuldade de articulação entre os interesses acadêmicos (ensino/pesquisa) e a assistência
Baixa articulação com o SUS

Para dar continuidade ao processo de construção do PDE a equipe de governança entendeu ser de fundamental importância fazer uma escuta dos gestores estratégicos acerca desta priorização. Para tanto, utilizou como instrumento um questionário com as seguintes variáveis: valor atribuído a cada macroproblema, interesse e priorização (Apêndice 1). Este questionário foi aplicado em duas etapas: a primeira direcionada à equipe afinidade e a segunda aos demais gestores do HUUFMA, com a finalidade de envolvê-los na elaboração do PDE.

Assim, com base em critérios de priorização e capacidade do HUUFMA em solucioná-los no prazo fixado no PDE, foram selecionados três macroproblemas para serem trabalhados neste PDE. O 1º - Modelo de gestão pouco qualificado para a missão do HU; o 2º - Modelo clínico assistencial insuficiente frente às necessidades da população e o 3º - Estrutura física, tecnológica e de pessoas insuficiente para garantir o funcionamento do HUUFMA.

Ressalta-se que os macroproblemas “Dificuldade de articulação entre os interesses acadêmicos (ensino/pesquisa) e a assistência” e “Baixa articulação com o SUS”, identificados durante este processo, não serão trabalhados neste momento, ficando para o próximo PDE, em que pese que algumas ações construídas no Plano de Ação podem impactar positivamente em causas explicativas destes macroproblemas, considerando a pouca estruturação dos problemas no setor saúde.

A partir da seleção e priorização dos macroproblemas identificaram-se os atores relevantes para cada um dos macroproblemas (Figuras 8,9 e 10).



Figura 8 Atores Sociais relevantes para o macroproblema “Modelo de Gestão pouco qualificado para a missão do HU”.



Figura 9 Atores Sociais relevantes para o macroproblema “Modelo Clínico Assistencial insuficiente frente às necessidades da população”.



Figura 10 Atores Sociais relevantes para o macroproblema “Estrutura física, Tecnológica e de Pessoas insuficiente para garantir o funcionamento do HUUFMA”.

Partiu-se, então, para a etapa seguinte de elaboração das propostas de intervenção, ou seja, a construção dos planos de ação. Para tanto, adotou-se como ferramenta a Metodologia 5W3H, que foi adaptada pela equipe com a introdução do item “Resultado Esperado” de modo a ficar claramente delineado o resultado do conjunto das ações e atividades desenhadas para o enfrentamento de cada nó crítico. O Plano de Ação (será apresentado neste documento no item Proposta de Intervenção) resultou em 28 ações e 122 atividades com seus respectivos responsáveis, prazos, identificação de recursos necessários, indicadores, dentre outros.

Em síntese, as ferramentas/planilhas utilizadas para construção deste PDE e ofertadas através de oficinas de trabalho foram:

- Situação Inicial e Situação Objetiva: identificação de macroproblemas;
- Árvore de problemas;
- Matriz Decisória;
- Identificação e análise de motivação dos atores sociais relevantes para o plano de intervenção de cada macroproblema;
- Análise de SWOT;

- *Benchmarking*;
- Modelos de referência calibrados: Melhores práticas de gestão em saúde como referência para atuação nas áreas de Gestão Hospitalar, Gestão da Clínica, Humanização da Saúde, Hotelaria, Compras Hospitalares, Administração Econômico-Financeira e Gestão de Obras e Engenharia Clínica;
- Lista de contribuições para autoavaliação: Ferramenta para o levantamento de informações sobre a situação atual dos HUUFMA, no que se referem à infraestrutura, processos e estratégias, que serviram como insumos para a auto-avaliação institucional;
- Matriz 5W3H;
- Matriz de análise de viabilidade e matriz de estratégias de viabilidade do PDE;
- Matriz de Indicadores;
- Planilha Orçamentária;
- Planilha de classificação das ações de acordo com sua viabilidade, impacto, comando e precedência (ordem sequencial);
- Matriz de Monitoramento do Plano;
- Gráfico de Monitoramento do Cronograma e;
- Outras pertinentes: elaboração e aplicação de formulários aos gestores de serviços.

Considera-se que essa trajetória metodológica foi um marco no âmbito da gestão do HUUFMA, pois permitiu o desenvolvimento de um PDE específico, com participação coletiva, objetivo, pragmático e, sobretudo, viável, que busca em um prazo de dois anos a superação de obstáculos significativos para a consolidação da excelência institucional do HUUFMA.

4 FUNDAMENTAÇÃO

Os avanços que se apresentam na área do conhecimento no início deste século XXI, com toda sua complexidade e dinamicidade, tornam mais desafiante à missão de realizar uma gestão de qualidade que atenda plenamente as exigências do cenário atual, e que permitam às organizações, sejam elas da esfera pública ou privada, estarem alinhadas e atualizadas no sentido de alcançar suas metas e objetivos.

Nesse contexto as instituições públicas estão se organizando e buscando uma otimização e qualificação dos serviços que oferecem ao público, através de investimento na área tecnológica e principalmente em seus profissionais, objetivando qualificá-los por meio de uma política de educação permanente que potencialize o colaborador a sempre oferecer um atendimento qualificado que ofereça plena satisfação ao usuário.

Nesse sentido a EBSEH, como parte do seu Projeto de Capacitação e Planos Diretores dos Hospitais Universitários Federais – HUs firmou parceria com o HSL, referência no país na prestação de serviços na área de saúde, para oferecer capacitação para os gestores dos HUs, baseado em modelos de referência de boas práticas de gestão na prestação de serviços nessa área.

Como fruto dessa parceria o HSL por meio do seu Instituto de Ensino e Pesquisa (IEP/HSL) disponibilizou o curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários no SUS. Esse curso está orientado para o desenvolvimento de competências do grupo de governança dos hospitais universitários, a partir das necessidades de gestão, assistência à saúde e educação.

4.1 Diretrizes Estratégicas e o PDC

A parceria HSL e EBSEH possibilitou a construção deste PDE, cujo percurso metodológico, foi fundamentado no processo de capacitação, orientado para o desenvolvimento de competências de governança dos hospitais universitários. Esse processo foi constituído considerando as Diretrizes Estratégicas estabelecidas pela EBSEH (2013), fundamentais para viabilizar essa proposta inovadora no serviço público.

As Diretrizes Estratégicas estabelecidas têm como objetivo:

- **Viabilizar a assistência de excelência, favorecendo a evolução do ambiente de ensino e pesquisa** - buscando promover um modelo de assistência focado nos usuários e alunos, ofertando estrutura física, tecnológica e de pessoal adequadas, e compatibilizando as atividades de assistência, ensino e pesquisa.

- **Promover a cultura da relevância dos HUs 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.

- **Adotar padrões baseados nas melhores práticas respeitando a autonomia responsável e a vocação dos hospitais universitários** - exercer, junto à EBSEH, um modelo compartilhado de gestão, orientado para o aprimoramento de procedimentos e governança, com critérios claros de avaliação, monitoramento e controle.

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

Essas diretrizes serviram como apoio à elaboração do PDE que a partir do aporte de conhecimento dos especialistas e nas melhores práticas evidenciadas em referenciais teóricos e empíricos, desenvolveram Modelos de Referência, que selecionando as melhores práticas em gestão aplicáveis aos HUs, priorizaram as linhas de atuação, quais sejam: Gestão de Clínica, Gestão Hospitalar, Humanização do atendimento à saúde, Compras hospitalares, Administração Econômico-Financeira, Hotelaria, Gestão de obras e engenharia clínica.

A partir dessas diretrizes, iniciou-se um caminho onde saberes e ferramentas foram agregados na busca do processo de construção do PDE do HUUFMA. Destacam-se como um dos principais desafios as discussões para a organização do processo, com a utilização de uma ferramenta gerencial com contribuição para a transformação do modelo gestor atual para um modelo transformador, onde a cada dia o HUUFMA se constitua em um referencial de excelência em saúde para o Estado do Maranhão.

Esse contexto de construção foi iniciado tendo como fundamento a representação dos movimentos do processo de construção do PDE, EBSEH/IEP/2013, constituindo-se no principal instrumento de desenvolvimento para a organização da nova proposta de modelo de gestão hospitalar.

Como processo inicial foi fundamental o conhecimento da realidade do HUUFMA, identificando as necessidades e os principais problemas como subsídios para a elaboração de propostas de intervenção. Nesta atividade de conhecimento foi necessário discussões sobre a realidade da atual inserção do HU no sistema de saúde e a definição do perfil de atenção; aspectos relevantes na definição das reais necessidades e na condução para a construção de um novo modelo de gestão não dissociado do tripé de competências onde a assistência, gestão e ensino trabalham articulados na formação de profissionais para a rede SUS.

Foi necessário, portanto a utilização das teorias explicativas do processo saúde/ doença/intervenção que deve constituir o acervo básico e fundamental de todos os campos científicos e de todas as práticas que compõem o campo mais amplo da saúde. Na realidade, seria importante combinar as duas perspectivas: tanto socializar saberes e práticas, quanto assegurar a existência de especialistas capazes de produzir saberes mais sofisticados sobre saúde pública e de intervir em situações mais complexas (CAMPOS, 2000).

Assim utilizando uma metodologia inovadora (Aprendizado baseado em problemas), fundamentado na espiral construtivista do processo de ensino-aprendizagem, didaticamente o curso foi formatado nas equipes: **Diversidade**, que tem suas atividades educacionais orientadas para eixo simulado, buscando desenvolver no gestor competências gerenciais, através de discussões em plenárias, pesquisas e processamento de situações-problemas e narrativas; **Afinidade** que concentra suas atividades na construção do Plano Diretor Estratégico do Hospital, com atividades educacionais no eixo real do mundo do trabalho, com orientação dos facilitadores e utilização das ferramentas de gestão apreendidas no trabalho das equipes diversidade. Vale ressaltar que esse PDE vai nortear as ações dos HUs nos anos 2014-2016.

4.2 Referencial Teórico: a opção pelo Planejamento Estratégico Situacional

A partir de agora, passa-se a discorrer sobre as bases teóricas que fundamentaram o percurso metodológico do PDE do HUUFMA.

Para Matus (1997), planejar significa pensar antes de agir, pensar sistematicamente, com método, explicando cada uma das possibilidades e analisando suas respectivas vantagens e desvantagens. Para o autor, o planejamento é a ferramenta para pensar e criar o futuro: uma ferramenta vital, a mão visível, que explora as possibilidades em circunstâncias nas quais a mão invisível é incompetente ou não existe.

O PDE, conforme definido por Carlos Matus (1997), é tanto um método quanto uma forma de governo. Desenhado como instrumento de planejamento público e político, um de seus pressupostos fundamentais consiste em dar, a qualquer dirigente, a livre escolha de seu projeto de governo, mas não das circunstâncias ou cenários em que estará inserido (Huertas, 2004). Neste particular, este autor coloca que a realidade a ser planejada é apresentada ao planejador repleta de questões difusas, complexidades e conflitos entre atores sociais diversos, incertezas e escassez de recursos. Mais além, é informado ao planejador que nenhum ator social possui hegemonia para controlar todas as variáveis desta realidade - ou seja, o controle pleno, neste contexto, configura-se como grande ilusão a ser evitada pelo planejador.

Em termos práticos, o processo de construção do PDE pode ser visto como uma articulação dinâmica de quatro momentos distintos, complementares e constantes, os quais permitem abordar de forma metodológica e sistemática os instrumentos práticos de planejamento (MATUS, 1993/1997).

a) **Momento Explicativo: como explicar a realidade?**

A questão principal nesse momento é entender e explicar como se apresenta a realidade do jogo na situação inicial do planejamento. Trata-se, pois, do momento em que o problema declarado é explicado e descrito em suas manifestações imediatas, suas causas e consequências. Isso é feito por meio da explicação situacional, que implica levantar e analisar os problemas relevantes na conjuntura inicial. Para que se possa explicar como nascem e se desenvolvem os problemas, torna-se necessário que sejam descritos e que se enumerem suas causas. Este método descritivo é chamado de Vetor de Descrição do Problema (VDP), ou placar de um problema. Tão logo é estabelecido o VDP do problema,

devem-se enumerar suas causas. Para tanto, faz-se necessário diferenciá-las quanto ao grau de relação com o problema e quanto ao grau de controle do planejador sobre as causas. O propósito de todo este aparato é apresentar a explicação do problema como um modelo sistêmico causal, diferenciando e relacionando as causas.

b) Momento Normativo: como conceber o plano?

O momento normativo lida com a situação-objetivo e com o modo pela qual poderá ser alcançada. De forma geral, para que se possa provocar uma mudança no VDP dos problemas, é preciso agir sobre cada nó crítico, procurando-se alterar o placar do jogo e contribuir para a mudança situacional pretendida em relação à situação-objetivo. Os nós críticos são as causas dos problemas e devem satisfazer três condições (HUERTAS, 2004): (i) a eliminação de sua carga negativa deve provocar um efeito significativo sobre o VDP do jogo; (ii) a causa detectada não deve ser uma mera consequência de outra causa; (iii) Deve ser politicamente oportuno agir sobre a causa identificada.

c) Momento Estratégico: como tornar o plano viável?

O momento estratégico é o momento responsável pela avaliação e construção da viabilidade de um plano (HUERTAS, 2004). Para tanto, esse momento deve responder a quatro questões fundamentais (MIGLIATO, 2004): (i) quais são as operações inviáveis na situação inicial? (ii) com que atores deve-se lidar na tentativa de construir viabilidade para as operações inviáveis? (iii) quais os meios estratégicos que podem se aplicar às operações e aos atores para a criação de situações futuras favoráveis à viabilidade de meu plano? (iv) qual é a sequência e qual é o tempo em que se devem situar as operações e lidar com os adversários para tornar mais eficaz o processo de construção da viabilidade?

d) Momento Tático-operacional: como agir a cada dia de forma planejada?

O momento tático-operacional é o momento do jogo em si, a execução do plano simultaneamente à análise dos problemas emergentes. É o ponto central na mediação entre o conhecimento e a ação (MIGLIATO, 2004).

Na busca por priorização dos problemas e identificação dos atores sociais utilizou-se a matriz decisória. Essa ferramenta foi utilizada como suporte para priorização

dos macroproblemas e caracterização do valor e interesse dos atores sociais relevantes para implementação do PDE, em relação ao problema priorizado.

Assim na construção do PDE os trabalhos foram iniciados realizando uma **leitura da realidade do HUUFMA**, visualizando a complexidade dos processos sociais; **identificação das necessidades; seleção e priorização de problemas e construção da intervenção**, observando recursos e prazos.

Nessa construção a atividade de identificação foi realizada por meio de análise situacional feita, em uma primeira etapa, por consultores do HSL e posteriormente pelos gestores do HUUFMA que foram estimulados a revelarem suas leituras sobre a realidade, identificando seus incômodos ou desconfortos em relação à situação atual do HU, levantando as dificuldades encontradas no modelo de gestão atual e avaliando os problemas apresentados para o processo de gestão.

Os resultados desse trabalho, após consolidação, foram a identificação das dificuldades caracterizadas em três grandes Macroproblemas relacionados ao *Modelo de Gestão pouco qualificado para a missão do HU (Macroproblema 1)*, *Modelo clínico assistencial insuficiente frente às necessidades da população (Macroproblema 2)* e *Estrutura Física, tecnológica e de pessoas insuficiente para a garantia do funcionamento do HU (Macroproblema 3)*. A definição dos Macroproblemas representou o ponto inicial para traçar estratégias de fortalecimento e buscas de caminhos para se alcançar as propostas de melhorias. Além disso, auxilia os gestores a estabelecer os objetivos estratégicos institucionais.

Outra ferramenta utilizada para Leitura da realidade do HUUFMA visando obter uma melhor visão e contextualização da instituição tanto no contexto interno quanto externo foi a Matriz SWOT.

A SWOT é uma ferramenta utilizada para análise do ambiente ou de cenários, porém sua utilização é bastante diversificada. Devido a sua simplicidade há registros de aplicação dessa técnica desde para processos de planejamento estratégico, até para estudos específicos. É, em última instância, uma ferramenta de apoio à tomada de decisão e, nesse sentido, tem sido bastante difundida no ambiente da inteligência de gestão. (TR OT SWOT, IEP/HSL, 2013).

É uma técnica que auxilia a elaboração do planejamento estratégico das Organizações que começou a ser desenvolvida nos anos 1960-70, nas escolas americanas. O objetivo é focalizar a combinação das forças ou fortalezas e fraquezas (internas) da organização com as oportunidades e ameaças (externas). O objetivo da SWOT é levantar estratégias para, no contexto do planejamento estratégico, manter pontos fortes, reduzir a intensidade de pontos fracos, aproveitando-se de oportunidades e protegendo-se de ameaças. A análise também é útil para revelar fortalezas que ainda não foram plenamente utilizadas e identificar fraquezas que podem ser corrigidas.

Portanto, a utilização dessa ferramenta além de oferecer a identificação das fortalezas e fraquezas, e de oportunidades e ameaças possibilita o uso de estratégias que visem o crescimento, desenvolvimento, manutenção e otimização do desempenho da organização.

Segundo Coral, Ogliari e Abreu (2008) Árvore de Problemas é uma ferramenta que serve para identificar causas e consequências de uma situação que precisa de soluções. O objetivo dessa ferramenta é encontrar as causas dos problemas para desenvolver projetos que as eliminem.

De acordo com Buvnich (1999), pode ser definida como Árvore de problemas a representação gráfica de uma situação-problema (tronco), suas principais causas (raízes) e os efeitos negativos que ela provoca na população-alvo do projeto (galhos e folhas).

Essa ferramenta, também chamada de Fluxograma Situacional contribui na construção no PDE à medida que norteia a análise do problema e define: as manifestações que melhor descrevem o problema, expressando-o em forma de descritores; as causas que determinam o problema; as consequências do problema e a cadeia lógica multicausal entre os descritores, causas e consequências, ou seja, a árvore de problemas deve ser desenhada de maneira clara, sintética e precisa, a partir da identificação dos descritores, das causas e consequências do problema e da forma como estão relacionadas entre si. (TR-ÁRVORE DE PROBLEMAS, IEP-HSL, 2013).

Dessa forma, foram construídas três árvores problemas, referentes aos três macroproblemas priorizados (figuras 11, 12 e 13). Esta ferramenta permitiu identificar dez descritores, bem como as causas por meio dos eixos explicativos e suas possíveis consequências, que resultaram na identificação de 14 nós críticos, objetos do Plano de

Intervenção/Ação. Os outros dois macroproblemas serão trabalhados posteriormente no próximo PDE (2016).

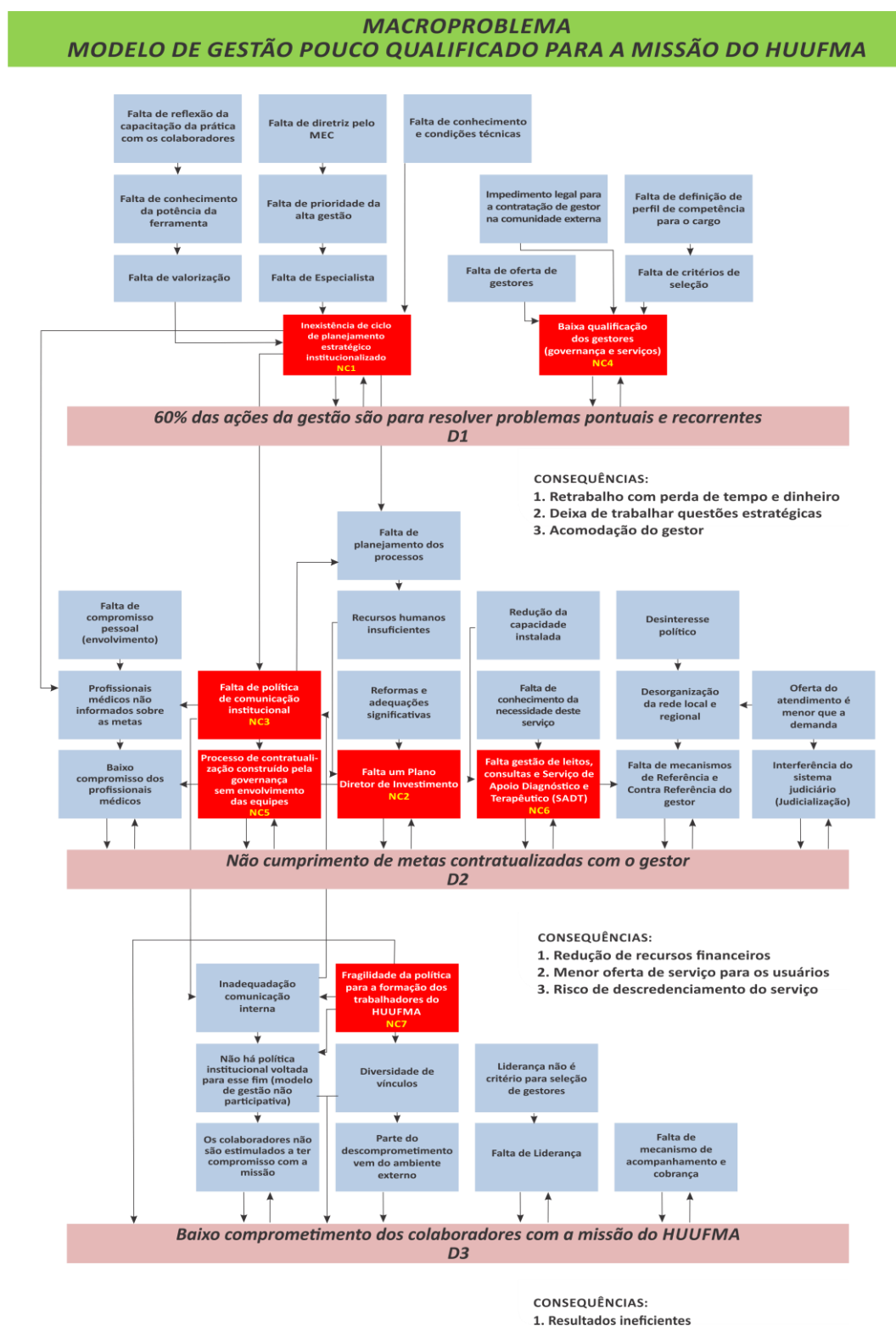


Figura 11 Árvore de Problema referente ao macroproblema “Modelo de Gestão pouco qualificado para a missão do HU”. HUUFMA, 2014.

MACROPROBLEMA
MODELO CLÍNICO ASSISTENCIAL INSUFICIENTE FRENTE AS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO

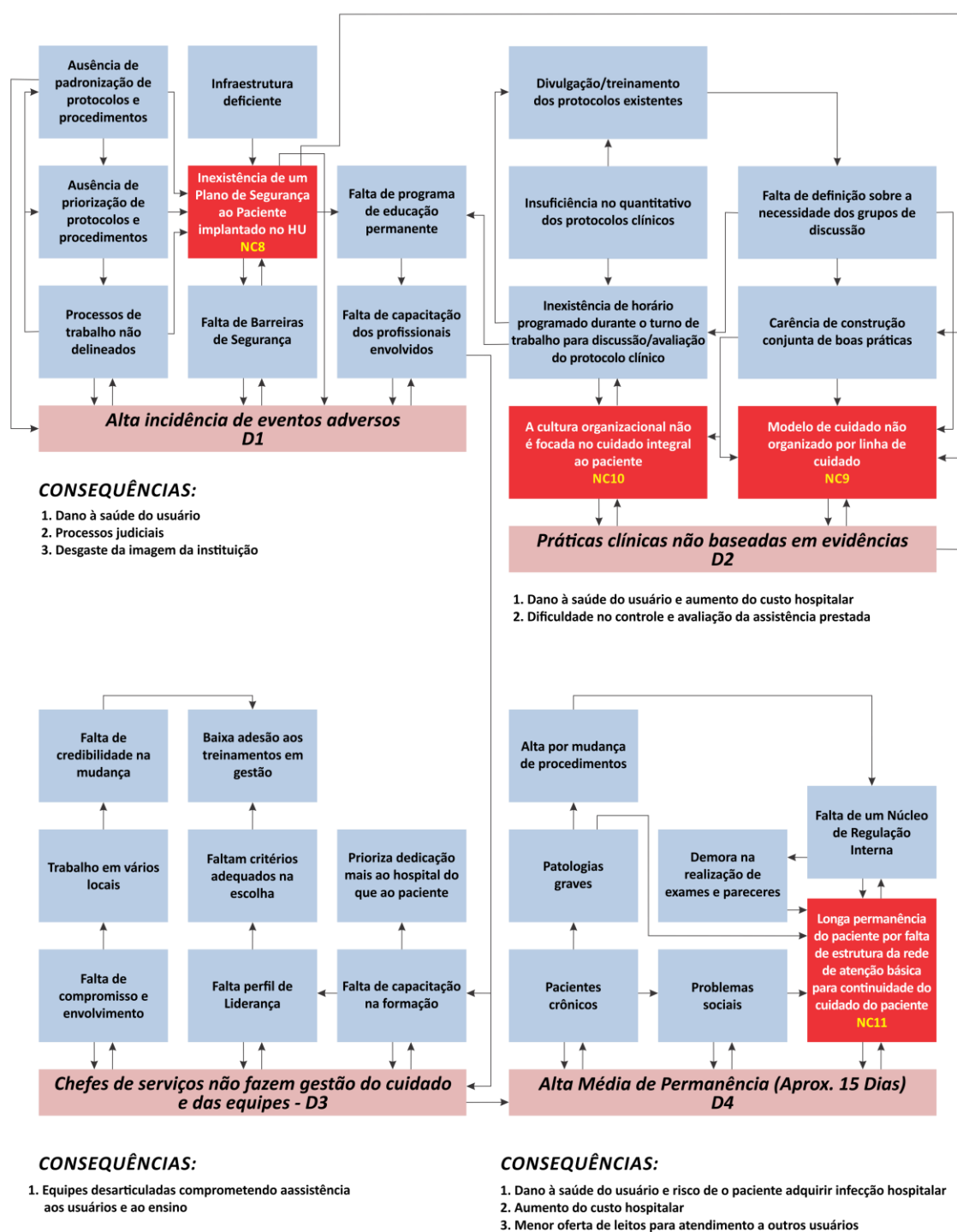


Figura 12 Árvore de Problema referente ao macroproblema “Modelo Clínico Assistencial insuficiente às necessidades da população”. HUUFMA, 2014.

MACROPROBLEMA
ESTRUTURA FÍSICA, TECNOLÓGICA E DE PESSOAS INSUFICIENTE PARA GARANTIA DO FUNCIONAMENTO DO HUUHFMA

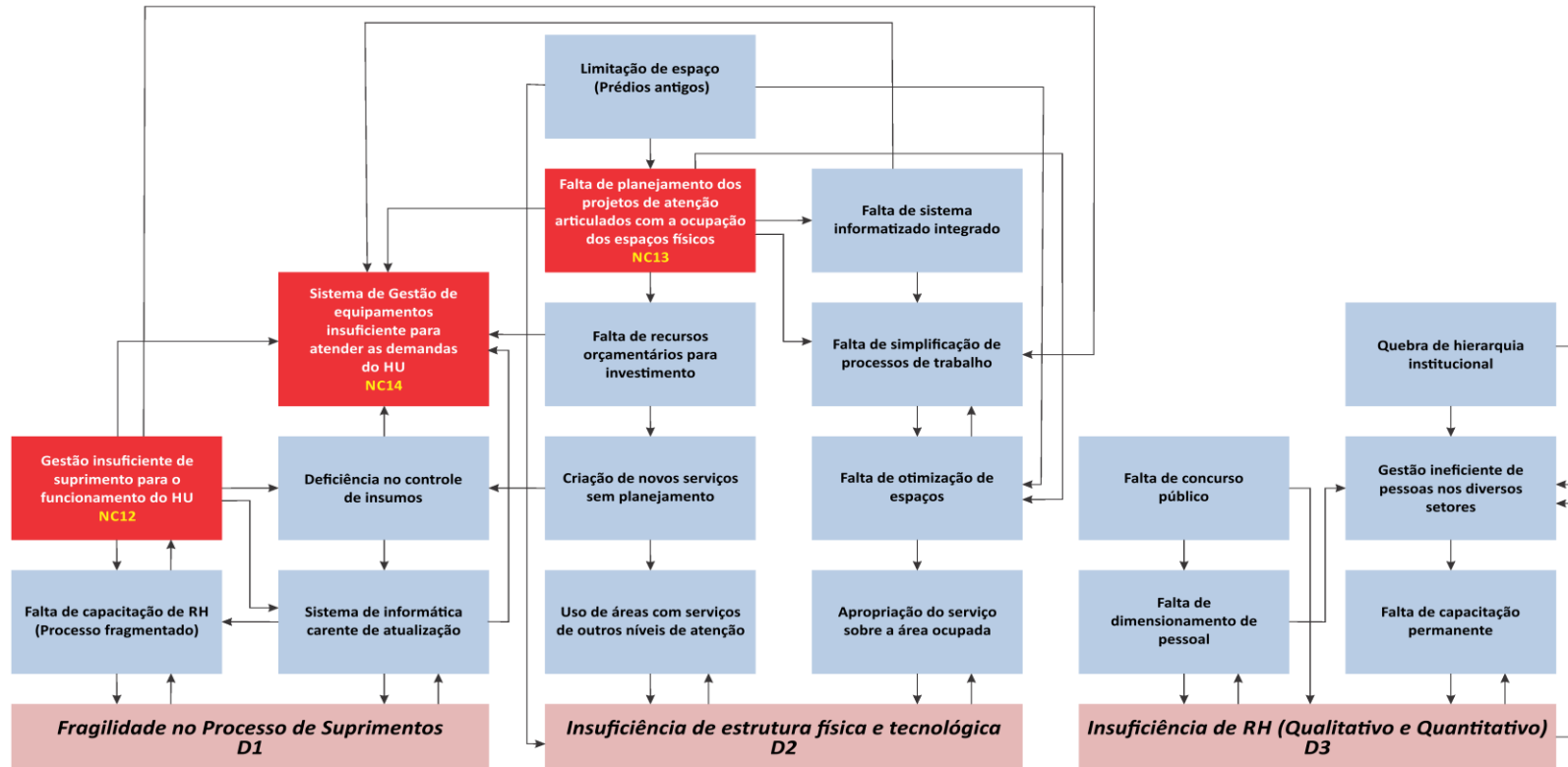


Figura 13 Árvore de Problema referente ao macroproblema “Estrutura Física, Tecnológica e de Pessoas insuficiente para garantia do funcionamento do HU”. HUUFMA, 2014.

A utilização da ferramenta foi sem dúvida fundamental para a definição quanto à identificação e priorização dos principais problemas presentes na realidade do nosso hospital, suas causas e localização dos respectivos nós críticos, formalização de estratégias visando às resoluções que contribuam com a eliminação dos problemas.

Segundo o percurso de construção do PDE, buscou-se a desenvolver ações com o objetivo de encontrar soluções e elaborar uma proposta de intervenção visando enfrentar os nós críticos identificados.

Nesse sentido foi desenvolvido um plano de ação visando soluções para os nós críticos destacados como principais causadores dos macroproblemas.

Para isso optou-se pela utilização da metodologia 5W3H, acrescentando o campo resultado esperado da metodologia PES simplificada.

Segundo IEP-HSL, (2014) o 5W3H é um *checklist* de determinadas ações/atividades que precisam ser desenvolvidas a partir da identificação e priorização dos **Nós Críticos**. A ferramenta funciona como um mapeamento destas atividades, onde ficará estabelecido o que será feito, quem o fará o quê, em qual período de tempo, em qual área da instituição e todos os motivos pelos quais essa atividade deve ser feita. Também deverá figurar nesta planilha como será feita a atividade e, quando possível, quanto custará aos cofres da instituição tal processo. Para o acompanhamento dos resultados sugere-se estabelecer pelo menos um indicador (*howmeasure*) por ação planejada. Atribuiu-se a essa ferramenta o campo “Resultado Esperado” da metodologia PES simplificada que serve como referência para definição das ações.

Após a elaboração do plano de ação para enfrentamento dos nós críticos dos três macroproblemas priorizados, seguiu a etapa de verificação de viabilidade do PDE.

Para tanto, a equipe de governança passou a realizar uma análise de viabilidade do PDE e de construção de estratégias de viabilidade do plano.

De acordo com IEP-HSL (2014) a análise de viabilidade configura o Momento Estratégico do Planejamento Estratégico Situacional.

De acordo com Carlos Matus (1997) a análise de estratégias deve responder a duas questões para tornar viável a grande aposta do plano no que diz respeito a: Que operações do plano são viáveis hoje? Posso construir viabilidade às operações inviáveis e, se sim, quais as estratégias devo desenvolver para isso?

Na mesma linha devem também ser considerados os seguintes domínios da viabilidade estratégica: **viabilidade política**, que tem a ver com a produção de ações que acrescentem recursos de poder; **viabilidade econômica**, diz respeito a disponibilidade de recursos econômicos e financeiros; **viabilidade técnica** que tem a ver com disponibilidade da capacidade técnica e **viabilidade organizacional** que se refere às capacidades institucionais do sistema e às capacidades pessoais e de liderança dos gestores envolvidos no processo de planejamento.

O PDE representa, portanto um instrumento gerencial e organizacional do espaço físico, do uso e ocupação do território, aplicações dos padrões legais, a fim de interagir as ações dos gestores, dos operadores e dos usuários. Sendo planejamento estratégico é, portanto, um referencial de orientação fundamental, que nos aponta não apenas o futuro desejado, mas o caminho para construí-lo, em um contexto caracterizado pela rapidez com que as novas tecnologias de informação transformam os processos de trabalho e padrões de conduta.

Ressalta-se, finalmente, que o documento que resulta do processo de planejamento estratégico visa se tornar-se um instrumento que almeja dar consistência estratégica e transparência para as atividades de assistência, gestão e ensino nos próximos dois anos, devendo ser uma referência para todos os servidores, conscientes da responsabilidade e comprometimento que devem ter com a missão, visão e valores do HUUFMA.

4.3 Modelos de Referência e a Aplicação da Lista de Contribuições

Para apoiar a elaboração do Planejamento Diretor Estratégico foi utilizada uma Lista de Contribuições constituída por um guia com aspectos chaves para a promoção da qualidade no ambiente hospitalar, compondo sete modelos de referência utilizados como ferramenta de levantamento da situação dos HU.

Essa trajetória foi constituída tendo como base os Modelos de Referências Calibrados (EBSERH, 2013) a partir do Curso de Especialização em Gestão dos Hospitais

Universitários Federais no SUS, elaborado em conjunto entre EBSEH, HSL e Fundação Dom Cabral, buscando estabelecer um conjunto de boas práticas de gestão para orientação dos HU no desenvolvimento de ações administrativa e assistencial. As boas práticas, cujas orientações constam dos Modelos de Referências, constitui ferramentas e técnicas de incorporação pelos Hospitais Universitários, visando a reduzir a variabilidade, respeitar a individualidade e garantir um padrão de excelência para os HU.

Os Modelos de Referência calibrados foram sistematizados nas áreas: Gestão Hospitalar, Gestão da Clínica, Humanização da Saúde, Hotelaria Hospitalar, Compras Hospitalares, Administração Econômico-Financeira, e Gestão de Obras e Engenharia Clínica. Nesse contexto faz-se uma síntese dos modelos para compreensão dos processos.

4.3.1 Gestão Hospitalar:

O Modelo de Referência de Gestão Hospitalar abrange a governança, as ferramentas de gestão da atividade hospitalar e os processos de avaliação de desempenho institucional, cujo resultado aciona planos de melhoria contínua e ações corretivas, garantindo assim o compromisso com a qualidade e segurança dos serviços realizados.

Além disso, a gestão das movimentações de materiais e medicamentos também entra como elemento deste Modelo, devido sua importância para o processo assistencial e para a continuidade lógica dos conceitos envolvidos nos demais Modelos de Referência.

Desta forma, o Modelo de Gestão Hospitalar abrange três grandes tópicos que tratam os principais objetivos do Modelo, compostos pelos agrupamentos funcionais:

- **Gestão da regulação** – abrange a gestão do relacionamento e pactos estabelecidos com os gestores locais de saúde, a fim de promover a melhor articulação do HUF na Rede de Atenção à Saúde;
- **Gestão Estratégica** – envolve a definição do posicionamento, dos objetivos e metas do hospital, derivando fundamentos para todas as áreas da instituição, de forma a construir uma cultura organizacional e garantir a convergência, entre as áreas de assistência, de apoio e administrativas, para os objetivos estabelecidos;
- **Gestão das Movimentações de Materiais e Medicamentos** – consiste no gerenciamento logístico de materiais e medicamentos.

4.3.2 Gestão da Clínica:

O Modelo de Referência de Gestão da Clínica abrange o estabelecimento de mecanismos de governança para garantir a utilização das melhores práticas na assistência e a melhoria da qualidade da gestão da saúde. No projeto foram selecionados seis tópicos como foco do Modelo de Referência, destacando: *Gestão da Efetividade Clínica*, envolvendo a construção de diretrizes de efetividade entre elas, as Linhas de Cuidado e os Protocolos Clínicos, como forma de viabilizar a integralidade da atenção à saúde; *Gestão do Cuidado Assistencial*, compreendendo a reorganização do modelo assistencial centrado nos usuários, considerando a alteração epidemiológica da população atendida; *Educação Continuada e Permanente*, onde a Educação Continuada consiste em processo continuado de capacitação, frente à evolução técnico-científica e às necessidades sociais e Educação Permanente como uma política pública inovadora de construção do conhecimento; *Auditoria Clínico-assistencial* que consiste na gestão da informação assistencial e a revisão do desempenho clínico para melhoria da prática, baseada na comparação entre resultados e padrões acordados; *Gestão das atividades de Regulação* que compreende a regulação interna dos leitos, consultas e realização da gestão de informação da capacidade interna de assistência da instituição, garantindo a disponibilização de consultas; *Gestão da Segurança Assistencial*, englobando as boas práticas para diminuir os riscos relacionados à assistência à saúde e prevenir a ocorrência de incidentes, tendo como premissa padrões de referência definidos pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP); *Gestão das atividades de Regulação* que 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.

A Gestão da Clínica possui contribuição direta para as quatro Diretrizes Estratégicas do projeto ao disseminar a efetividade clínica, redefinindo a prática assistencial baseada em evidências de efetividade, ao considerar aspectos de segurança na perspectiva individual, por meio da promoção de trabalho colaborativo multiprofissional com modelo assistencial focado no usuário. Além disso, a Gestão da Clínica tem como pilares a transparência e seu papel na Rede de Atenção à Saúde (RAS), promovendo relacionamentos que garantam a otimização dos fluxos de ocupação hospitalar e alinhamento do HU às Políticas da Rede de Atenção à Saúde. Nesse contexto surge a Adoção de Linhas de Cuidado que devem estar em conformidade com a rede de atenção à saúde.

As Linhas de Cuidado normalizam todo o processo de saúde ao longo de sua história natural; assim, incorporam ações de prevenção primária, secundária e terciária relativas a uma condição particular nas Redes de Atenção à Saúde. Já os protocolos clínicos oferecem as diretrizes para o processo de condição de saúde intra-hospitalar (MENDES, 2007).

Para adoção das Linhas de Cuidado, é importante a articulação com a rede, de modo que seja garantida a integralidade do atendimento onde os processos devem transpor a referência e contra-referência. Assim, para criar as condições necessárias à implantação de um modelo de atenção à saúde padronizado, baseado em Linhas de Cuidado, é necessário que sejam implementados protocolos clínicos com definição e avaliação de indicadores bem como a implantação de um Modelo de Classificação de Riscos alinhado à rede de atenção à saúde. Garantir o monitoramento e controle de indicadores de efetividade clínica é indispensável para assegurar assistência de qualidade e padrões de desempenho das Linhas de Cuidado e Protocolos Clínicos.

De acordo com Mendes (2011), o sistema de monitoramento de indicadores envolve três critérios: (i) a importância do que está sendo medido, que abrange o impacto do que está sendo medido na saúde da população e dos usuários do hospital, e a importância política para os gestores e para as pessoas usuárias do sistema de atenção à saúde; (ii) a solidez científica do indicador e a viabilidade de se obterem informações comparáveis; e (iii) a viabilidade, o custo dos indicadores e o valor financeiro para se obter e processar em rotina o indicador, onde as rotinas assistenciais devem exercer o cuidado assistencial centrado no usuário.

O Estabelecimento de padrões e metas para segurança assistencial, deve atender a implementação das diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com foco na Implementação dos Protocolos de Segurança do Usuário: Cirurgia segura; Prática de higiene das mãos em serviços de saúde; Prevenção de úlceras por pressão; Prevenção de quedas em usuários hospitalizados; Identificação do usuário; e Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

Para a implementação destes protocolos, o Ministério recomenda a criação de Núcleos de Segurança do Usuário, uma área responsável pela promoção de uma assistência segura e também pela orientação aos usuários, familiares e acompanhantes de pessoas internadas (ANVISA, RDC Nº 36, 2013). São destacados a padronização das atividades de auditoria clínico-assistencial, representando uma ferramenta aplicada de forma

periódica para avaliar a qualidade dos resultados, a efetiva implementação das medidas planejadas e a adequação dos objetivos previstos.

4.3.3 Humanização na Saúde:

Abrange o conjunto de princípios éticos que devem orientar o atendimento e a gestão em saúde, visando garantir condições satisfatórias de acolhimento, comunicação e respeito às características individuais implicados no processo de produção de saúde. Foram contemplados os modelos de referências: *Gestão do Atendimento Humanizado*, compreendendo o conjunto de processos para prover atendimento ao usuário de forma cordial e respeitosa, gerenciando os tempos de espera e a sensação de desconforto do usuário durante o seu período de estadia no hospital e monitorando a satisfação e o *feedback* do mesmo; *Integração de Trabalhadores e Gestão de Feedback Interno*, orienta os processos referentes à coleta, tratamento e monitoramento de *feedbacks* internos, além da integração dos trabalhadores do hospital nas diversas áreas; e *Gestão da Comunicação*, engloba os processos que garantem a eficácia da comunicação com usuários e trabalhadores (sinalização, padronização de uniformes, etc.).

Como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. Assim, a Humanização representa uma estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades (BRASIL, 2004).

Humanizar na atenção à saúde, segundo Rech (2003), é tratar as pessoas levando em conta seus valores e vivências como únicos, evitando quaisquer formas de discriminação negativa, de perda da autonomia, enfim, é preservar a dignidade do ser humano.

O conhecimento das condições por que passa grande parte dos serviços de saúde nos mostra que é necessário que se reformule as práticas cotidianas de gestão e de atenção à saúde, substituindo culturas institucionais, que tendem a “coisificar” e buscar atender as pessoas que buscam os serviços de saúde tentando a satisfação de suas necessidades (FORTES, 2004).

Neste sentido, garantir o atendimento humanizado ao usuário e o monitoramento da sua satisfação são mecanismos que ajudam a viabilização da assistência de excelência e promovem a qualidade e eficiência da mesma (EBSERH, 2013).

4.3.4 Hotelaria Hospitalar:

A referência que tem como objetivo o estabelecimento da construção de normas e boas práticas de gestão para orientação e desenvolvimento das ações sob o controle do serviço. Por definição o Serviço de Hotelaria abrange a governança dos serviços de suporte que oferecem aos usuários e trabalhadores o conforto, segurança e bem estar nas instalações do hospital, tendo como foco a qualidade da assistência prestada e a satisfação do cliente.

Segundo Boeger (2009), a gestão hospitalar preocupa-se com a estratégia, padronização e qualidade dos serviços oferecidos, para que um hospital seja associado à saúde e não à doença. Nesse sentido, a hospitalidade hospitalar também pode ser entendida como a humanização do atendimento do cliente de saúde, configurando-se como um relacionamento de hospitalidade social (GONZALEZ et al., 2012).

Cumpramos ressaltar aqui que o Modelo de Hotelaria Hospitalar, não obstante a sua relevância, não foi priorizado pelo HUUFMA devido à grande complexidade de ações priorizadas no Modelo de Gestão da Clínica e em menor grau para outros modelos. Assim, nenhuma ação no Modelo de Hotelaria Hospitalar foi incluída neste PDE, decisão essa consensuada por toda a equipe. No entanto, existem ações fora do escopo deste Plano que estão sendo desenvolvidas e planejadas pela equipe responsável pela área de Hotelaria.

4.3.5 Compras Hospitalares:

O Modelo orienta a aquisição de materiais, medicamentos, equipamentos e serviços essenciais ao funcionamento e operação do hospital, conforme os requisitos de qualidade estabelecidos pelo processo produtivo, no tempo correto e com os melhores preços e condições de pagamento de acordo com os dispositivos legais para Empresas Públicas.

A utilização de documentos Balizadores resultante de uma análise cruzada das Diretrizes Estratégicas do projeto foi condutor de orientação e ajustes no processo para o alcance das melhores práticas para o Modelo de Referência de Compras Hospitalares. A

partir dos elementos Balizadores foram definidos quatro Grupos de Referência para o tema sendo destacado:

Classificação e Padronização dos Insumos, composto por uma equipe técnica com responsabilidade da *Padronização de Materiais*, onde este grupo é responsável pela criação de um catálogo padronizado de insumos e materiais hospitalares, a sua atualização periódica, a despadronização de itens obsoletos ou com relativa falta de uso, a definição de itens alternativos em resposta à inviabilidade de aquisição de itens do catálogo, a homologação de novos insumos e materiais, e o suporte à especificação técnica e à elaboração de Termos de Referência; *Comissão de Farmácia e Terapêutica*, onde as atribuições deste grupo são aplicadas ao âmbito de medicamentos com a responsabilidade pela criação de um manual padronizado de medicamentos, a sua atualização, a homologação de novos medicamentos e laboratórios, a despadronização de medicamentos, a definição de itens alternativos, e o suporte à especificação técnica e à elaboração de Termos de Referência (VECINA NETO; REINHARDT FILHO, 1998).

De acordo com Barbieri (2004) a gestão eficiente de materiais exige por parte dos responsáveis constantes esforços. A diretoria não pode escapar de estabelecer diretrizes básicas, como por exemplo, não deixar faltar qualquer item vital para a saúde do paciente. Outros parâmetros que a cúpula da instituição necessita definir são os estoques mínimo e máximo que se devem manter para garantir a qualidade da assistência.

Definição da estratégia e modalidades de Compras, compreendem as orientações para a definição de compras com garantia de ganhos de escala e otimização dos processos de gestão, orientados pelo correto enquadramento da aquisição nas modalidades previstas na Lei 8.666/93. Como forma de promover uma maior eficiência e transparência do processo de compra e garantir as melhores condições para os hospitais deve ser priorizado iniciativas definidas pelos elementos balizadores para as melhores práticas destacando: a *Definição da estratégia de compra*, onde inicialmente são avaliados quanto ao tipo de aquisição do material e onde os itens podem ser adquiridos de forma coletiva ou localmente por cada hospital; *Seleção e padronização da modalidade de consumo*, esta etapa consiste na definição da estratégia de compra para cada tipologia de item padronizado, o modelo de licitação atendendo as modalidades prevista na Lei 8.666/93 e aos protocolos de orientação da EBSEH; *Planejamento de compras*, trata do planejamento de uma forma organizada e estruturada observando a necessidade de consumos de material, necessidade de consumo de medicamentos, necessidade de contratualização dos serviços e a necessidade de investimento em equipamentos.

Utilização de instrumentos padronizados no processo de compra contempla a adoção de modelos utilizados no processo de compra, visando o aumento da eficiência na condução do processo e a redução do risco associado a erros operacionais, sendo destacado como as melhores práticas: *Utilização de editais de licitação, termos de referência e Projetos Básicos padronizados*, trata-se da padronização dos Editais de Licitação como um dos elementos que ajuda a tornar o processo de compra mais eficiente, tanto no que concerne o tempo consumido no processo, quanto o custo dos recursos envolvidos e *a utilização de instrumentos legais de formalização de compra padronizados*, neste modelo possibilita a utilização de instrumentos legais tanto na compra de equipamentos, materiais hospitalares, e medicamentos, e de serviços, permitindo um trabalho mais eficiente por parte da área de compras e da área jurídica.

Disponibilização de informação e monitoramento de fornecedores e contratos, este grupo visa garantir que o processo de compras seja conduzido de forma transparente sendo destacado como melhores práticas: *Utilização de ambiente eletrônico de compras, representando*, um dos principais fatores de sucesso para um maior controle e uma gestão mais eficiente do processo de compras destacando o uso de plataformas online; *Potencialização da visibilidade dos editais publicados e dos respectivos resultados* que contempla o ato de publicação de editais em ambiente público propiciando transparência, oferecendo visibilidade e publicidade da licitação; *Constituição de cadastro único de fornecedores* que orienta a constituição de um cadastro único de fornecedores como facilitador ao processo de gestão compras trazendo benefícios quer para a entidade compradora ou para os próprios fornecedores; *Monitoramento do processo de compras sendo* essencial não só para garantir o cumprimento com as normativas legais, mas também para que o hospital possa assegurar que as suas compras estão sendo realizadas de forma eficiente e adequadas às necessidades do hospital; *Utilização de checklists de execução de contrato* que é um dos mecanismos para assegurar o monitoramento do cumprimento de níveis de serviço por parte dos fornecedores.

Para o processo das Compras Hospitalares não basta a elaboração de normas, é fundamental o constante aperfeiçoamento dos mecanismos de controle e a efetiva observância das normas aplicáveis. De acordo com Mourão e Couto (2011) vários fatores podem levar à ocorrência de fraudes em licitação, tais como o universo restrito de competidores e a cartelização. Além disso, deve-se atentar para os fatores que podem fazer com que determinado processo licitatório, em concreto, venha a ser objeto de fraude, como, por exemplo, a estrutura e o despreparo dos servidores da Administração contratante e a inadequada elaboração do edital.

Ainda em relação à compra de material hospitalar, Michelin et al., (2005) afirma que é fundamental a organização na forma de um manual técnico que contemple as informações básicas sobre os artigos e que sirva de instrumento de referência para a equipe técnica.

4.3.6 Administração Econômico-Financeira:

O Modelo de Referência de Administração Econômico-Financeira engloba a forma de administração dos recursos financeiros empregados pelas instituições de saúde, os instrumentos de planejamento e gestão orçamentária, bem como a consolidação de indicadores financeiros e indicadores operacionais para fins de Administração Econômico-Financeira (EBSERH, 2013).

São destacados como foco do modelo de referência os aspectos relacionados ao: *Controles Gerais de Gestão*, abrangendo a elaboração e implantação de políticas de gestão, procedimentos de mitigação de riscos e pontos de controle sobre movimentações financeiras; *Planejamento*, compreendendo atividades intrinsecamente relacionadas ao planejamento estratégico da instituição, com foco nas previsões de curto, médio e longo prazo de receitas e despesas, além de acompanhar a execução orçamentária; *Contabilidade* que envolve as atividades de registro, controle e conciliação das contas do hospital; *Gestão Financeira* que consiste na gestão das movimentações de caixa do hospital (contas a pagar, contas a receber e fluxo de caixa), nos estudos de viabilidade econômico-financeira e na gestão de tesouraria; *Controladoria e transparência* que engloba a gestão das informações de desempenho finalístico e financeiro, reporte às instâncias de acompanhamento pertinentes e controle social e geração de insumos para planejamento estratégico e orçamentário de exercícios posteriores; e *Gestão do Conhecimento* que contempla os programas de desenvolvimento de administradores e contadores, com o objetivo de integrá-los no corpo de administrativo-financeiro do hospital.

Por fim, conforme a Portaria MEC/EBSERH Nº 125/2012, o planejamento orçamentário anual deve ser detalhado trimestralmente, nas programações orçamentárias, e as necessidades de fluxo de caixa detalhadas mensalmente, na programação financeira mensal. A programação financeira mensal é essencial para a descentralização de recursos ao hospital, operação esta realizada por meio do Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI).

4.3.7 Gestão de Obras e Engenharia Clínica:

Esse Modelo de Referência abriga atividades relacionadas à Gestão de Obras, responsável pelo planejamento técnico de construção, reforma e manutenção de instalações prediais do hospital; e Engenharia Clínica que tem como foco gerenciar os equipamentos médico-hospitalares, abrangendo o planejamento, a execução e o monitoramento, garantindo o funcionamento seguro e correto, prezando pela qualidade e pela segurança da assistência sendo selecionados tópicos para o modelo de referência de acordo com Figura 4-1: da Cadeia de valor do Modelo de Referência de Gestão de Obras e Engenharia Clínica (EBESERH, 2013).

Dentre os modelos para as melhores práticas, foram destacados: *Planejamento de Obras* que orienta a avaliação da capacidade atual da infraestrutura predial, a identificação das necessidades e iniciativas de implementação futura garantindo o plano de manutenção da estrutura; *Gestão de Obras* que contempla a gestão dos diversos aspectos associados a um projeto de obra de infraestrutura; *Manutenção Predial* que aborda a gestão e execução da manutenção da infraestrutura predial, para assegurar a adequada prestação dos serviços de saúde; *Planejamento da Engenharia Clínica* que faz referência sobre a avaliação das capacidades tecnológicas do hospital e a identificação das necessidades de implementação futura. *Aquisição, Recebimento e Instalação de Equipamentos*, que trata das especificações das necessidades de compra de equipamentos médico-hospitalares e acessórios e a definição e monitoramento do processo de recebimento e instalação dos equipamentos médico-hospitalares; *Manutenção, Substituição e Renovação de Equipamentos* que aborda a gestão, execução da manutenção e calibração dos equipamentos médico-hospitalares, para assegurar a adequada prestação dos serviços de saúde; *Gerenciamento de Riscos* que cuida da definição da estratégia de gestão de riscos na área de obras e de engenharia clínica e a implementação de iniciativas para mitigá-los, minimizando o impacto aos trabalhadores e aos usuários; *Gestão do Conhecimento* que contempla a capacitação dos trabalhadores das áreas de obras e engenharia clínica, assim como a educação permanente dos operadores de equipamentos médico-hospitalares na correta utilização da tecnologia.

4.4 Aplicação da Lista de Contribuição

A partir da abordagem de cada Modelo de Referência foram realizadas visitas de diagnósticos no HUUFMA que permitiram acompanhar o desenvolvimento do Hospital no âmbito dos Modelos de Referências por meio da aderência relacionada à Lista de Contribuições.

A aderência à lista foi resultado da aplicação de um conjunto de ferramentas e ações durante visitas *in loco* ao HUUFMA, descritas a seguir:

- Visitas guiadas às instalações do Hospital – Realização de visitas às diversas áreas do hospital, acompanhadas por responsáveis de área, com explicações *in loco* da operação e dos principais pontos fortes e críticos das áreas;
- Reuniões direcionadas pela Lista de Contribuições – Realização de sessões exploratórias de discussão com as diversas áreas responsáveis pelos sete temas dos Modelos de Referência, utilizando a Lista de Contribuições como roteiro de discussão; e
- Reuniões de proposição de problemas por parte dos interlocutores do Hospital – Realização de reuniões com interlocutores do Hospital para exposição de problemas que impactam a atividade do hospital em todas as suas dimensões.

As visitas ao hospital permitiram identificar as principais oportunidades de melhoria associadas a cada um dos temas dos Modelos de Referência.

O HUUFMA apresentou 65% de aderência global aos itens relacionados à Lista de Contribuições. Já os percentuais individuais para cada Modelo de Referência foram: 61% para Gestão Hospitalar, 50% Gestão da Clínica, 77% Humanização da Saúde, 69% Hotelaria Hospitalar, 80% Compras Hospitalares, 53% Administração Econômico-Financeira e 71% Gestão de Obras e Engenharia Clínica conforme ilustrado na figura 14.

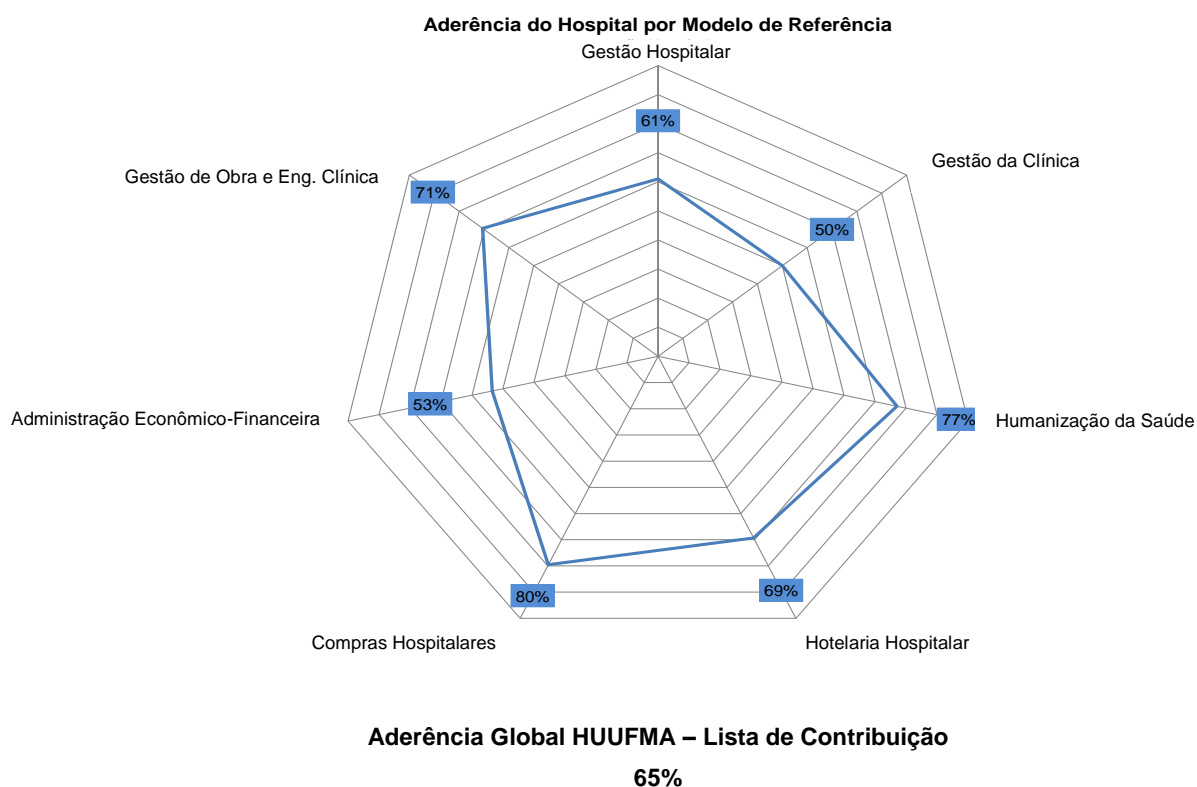


Figura 14 Aderência do HUUFMA por Modelo de Referência.

O HUUFMA está inserido em uma Rede de Atenção à Saúde que não possui os fluxos assistenciais estabelecidos de referência e contra referência e nem protocolos de acesso baseados em prioridade de riscos definidos. Este cenário associado à alta demanda de internações e ambulatorial, a ausência de regulação interna articulada à macrorregião e à divisão de leitos ainda associada às especialidades médicas acarretam impacto negativo à atenção à saúde.

Outro ponto que pode ser observado é o cenário equilibrado de aderência às boas práticas descritas nos sete temas dos Modelos de Referência. Este equilíbrio está relacionado às rotinas padronizadas e ao acervo documental já existente, desenvolvidos pela Gestão da Qualidade bem estruturada no hospital.

Desta forma, o gráfico retrata o cenário atual, destacando-se:

- Resultados de Gestão Hospitalar e Gestão da Clínica como pontos de atenção ao cenário atual, envolvendo a dificuldade do processo regulatório supracitado associado ao modelo assistencial apresentado;
- Cultura de Humanização desenvolvida no hospital com grande quantidade de ações já implementadas aos usuários e trabalhadores pelo Comitê instituído em 2005;
- Presença de procedimentos padrões definidos e capacitação dos trabalhadores de higiene e processamento de roupas, porém sofrendo impacto negativo pela falta de indicadores de monitoramento dos serviços de Hotelaria Hospitalar;
- Processos padronizados de Compras Hospitalares, porém impactados pela realidade local de falta de fornecedores que atendam às necessidades do HU;
- Processo de adaptação e desenvolvimento de Administração Econômico-Financeira, porém já com realização de controle financeiro eficiente; e
- Boa estruturação das áreas de Gestão de Obras e Engenharia Clínica, porém evidenciada dificuldade de realização de suas atribuições face ao porte do hospital e conseqüente alta demanda de obras e manutenção de equipamentos.

4.5 Aplicação da Lista de Análise de Gaps

A aplicação da **Lista de Gaps** permitiu complementar a visão de diagnóstico situacional obtida com a aplicação da Lista de Contribuições. Desta forma, para além da análise de aderência do hospital às boas práticas definidas nos Modelos de Referência, passa a ser possível obter uma visão da aderência aos principais pontos das legislações e normativas aplicadas aos Hospitais Universitários nos temas de: Legislação de Gestão de Pessoas, Legislação de Suprimentos, Legislação Administrativo-Financeira, Legislação e Normas do SUS e Regulação.

A aplicação da Lista permitiu a identificação dos pontos de não conformidade relativos à infraestrutura, processos ou recursos humanos que não possibilitam o cumprimento das legislações e normas.

O preenchimento da lista foi realizado de forma autônoma pelas equipes gestoras do HUUFMA, tendo sido posteriormente realizadas reuniões de apoio e esclarecimento de dúvidas conceituais relativas a pontos específicos da lista.

As visitas dos consultores aos hospitais permitiram também identificar os pontos de não conformidade em relação à infraestrutura, processos ou recursos humanos que não possibilitam o cumprimento das legislações e normas, assim como outros pontos de atenção que não se enquadram diretamente no escopo dos Modelos de Referência ou dos temas tratados na Lista de Aderência às Normativas.

As informações e análises associadas à Lista de Aderência às Normativas estão apresentadas nas seções seguintes de acordo com a aderência global às exigências normativas, sendo posteriormente apresentada a aderência para cada grupo, dentro de cada tema avaliado: Legislação de Gestão de Pessoas, Legislação de Suprimentos, Legislação Administrativo-Financeira, Legislação e Normas do SUS e Regulação do SUS.

O HUUFMA apresenta 85% de aderência às exigências normativas referentes à Legislação de Gestão de Pessoas, Legislação de Suprimentos, Legislação Administrativo-Financeira, Legislação e Normas do SUS e Regulação do SUS. O nível de aderência consolidado por tema é apresentado no gráfico a seguir (Figura 15).

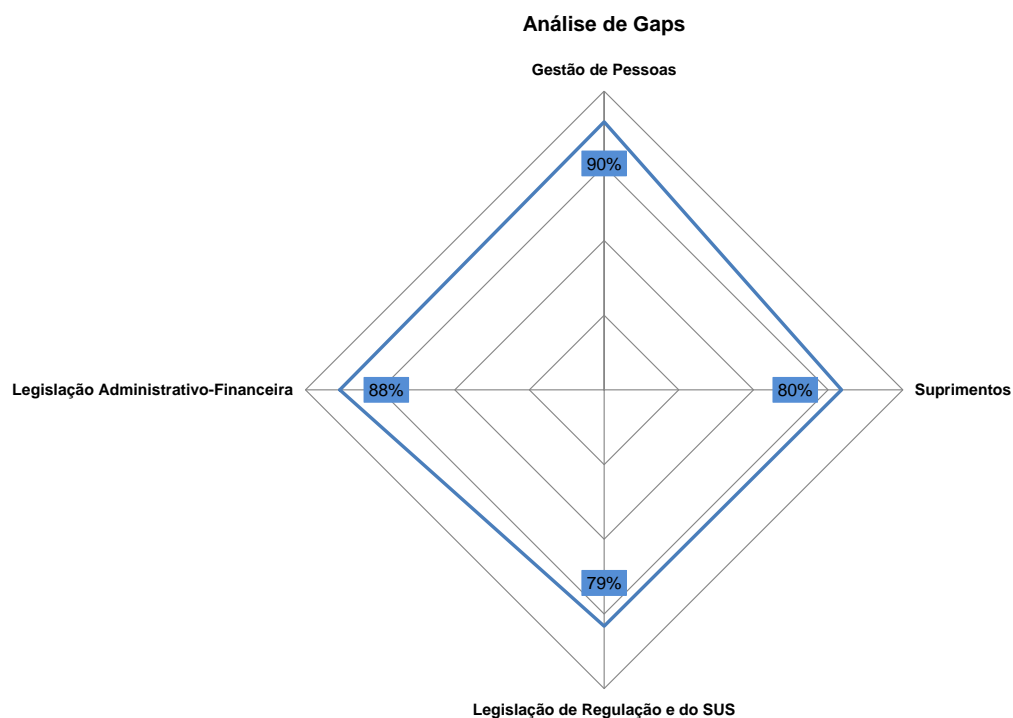


Figura 15 Aderência do HUUFMA por tema da Lista de Aderência às Normativas

Em síntese, o HUUFMA apresentou os maiores índices de aderência nas normativas de Gestão de Pessoas (90%) e Legislação Administrativo-Financeira (88%). Há, no entanto, um maior potencial de melhoria com relação às normativas de Legislação de Regulação e do SUS (79%) e Suprimentos (80%).

De forma global, verifica-se um conjunto de fatores que influenciam a obtenção de um melhor resultado de aderência às normativas dos quatro temas analisados, destacando-se:

- Ausência de uma política adequada de Cuidado ao Trabalhador que atenda às exigências normativas de benefícios dos três grupos de trabalhadores (RJU, CLT e Fundação);
- Infraestrutura e equipamentos dos Serviços de Nutrição e Farmácia não aderente a todas as exigências normativas e;

- Oportunidades de melhorias em compras públicas, na modalidade de concorrência.

4.5.1 Legislação de Gestão de Pessoas

No contexto de Gestão de Pessoas, evidenciou-se uma boa porcentagem de aderência às normativas, resultando em 90% de atendimento. A Gestão de pessoas no HUUFMA é realizada pelo departamento de Recursos Humanos do hospital (para trabalhadores contratados pelo regime RJU), e pela Fundação Josué Montello (para trabalhadores contratados no regime CLT), que também possui departamento de Recursos Humanos próprio.

O HUUFMA está na 2ª fase de acolhimento aos aprovados no concurso realizado pela EBSEH.

A aderência total sofreu impacto negativo principalmente devido ao não cumprimento de normativas para auxílio e benefícios e segurança do trabalho para os trabalhadores RJU e processos de admissão para os Celetistas.

Quanto ao auxílio e benefícios, o HUUFMA não possui um procedimento definido e institucionalizado para o controle de compensação de horas quando existe a necessidade. Em relação à segurança do trabalho, não há uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e um Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA). E por fim, no que tange à admissão, o hospital não possui um controle de vagas e os contratos de experiências são renovados mais de uma vez.

4.5.2 Legislação de Suprimentos

No consolidado sobre Materiais e Medicamentos o índice de aderência atingiu 75%. No âmbito da Legislação de Suprimentos, a análise evidenciou grandes oportunidades de melhoria no grupo de armazenamento, além do destaque de algumas melhorias, em menor grau, nos itens recebimento, unitarização, infraestrutura e gestão de suprimentos.

No que se refere ao “Armazenamento”, destacou-se a necessidade de adaptação do almoxarifado para atender às condições de armazenamento e controles determinados nas normativas, tais como: armazenamento de soluções parenterais (grandes

volumes) em áreas climatizadas, existência de área segregada e específica para produtos químicos perigosos e empilhamento adequado de materiais.

Quanto ao “Recebimento”, identificou-se a necessidade de inspeção do transporte em docas de recebimento da farmácia, e quanto à infraestrutura, a necessidade de controle de acesso eletrônico para as áreas de Serviço de Farmácia.

Em relação à “Unitarização”, não há uma área específica para sua realização, porém a mesma já está em implantação.

Com respeito à “Gestão de Suprimentos”, verificou-se que o HU não possui a quantidade de trabalhadores necessários (SBRAFH 2007) para atividades de dispensação para pacientes internados e logística, o que deve ser normalizado com o ingresso de novos trabalhadores após o concurso da EBSEH.

Em contrapartida, destacaram-se positivamente, com resultados de excelência nos percentuais de aderência, os grupos: “Controle das Entregas”, “Identificação de Produtos” e “Gerenciamento de Resíduos”, o que está associado à atuação do HUUFMA no acompanhamento da entrega de produtos e insumos ao hospital, a correta e criteriosa identificação de produtos e insumos e o eficiente controle de distribuição e gerenciamento de resíduos.

De acordo com o diagnóstico realizado em conjunto com a equipe gestora, os pontos críticos deste tema a serem trabalhados como prioritários são:

- Adequação do dimensionamento da quantidade de trabalhadores destinados à logística de suprimentos e processos do Serviço de Farmácia, de acordo com as recomendações normativas e;
- Adequação da estrutura física para o correto armazenamento dos produtos e insumos do hospital.

Para os Gêneros Alimentícios, dietas Enterais e Fórmulas Lácteas, no consolidado, o índice de aderência atingiu 88%. Neste âmbito, a análise evidencia oportunidades de melhoria nos grupos de controle de qualidade, armazenamento e gestão.

Quanto ao “Controle de Qualidade”, destaca-se a necessidade de coletar amostras dos pratos prontos para análise microbiológica e armazená-las adequadamente.

No que se refere ao “Armazenamento”, destaca-se a necessidade de possuir um gerador que garanta a conservação dos produtos refrigerados em caso de falta de energia. Segundo a equipe de governança o gerador existe, mas não garante a conservação dos produtos. O setor encontra-se em fase de reformas, aguardando a finalização.

Por fim, com relação à “Gestão”, o hospital não apresenta a quantidade de nutricionistas/pacientes suficientes para atender a legislação CFN 380/2005, tanto para produção do Serviço de Nutrição como para o atendimento ao usuário.

Destacam-se positivamente, com resultados de excelência nos percentuais de aderência, para os itens “Recebimento”, “Produção e Manipulação”, “Gerenciamento de Resíduos” e “Infraestrutura”, o que está associado à boa atuação do hospital na produção e manipulação de dietas enterais e no armazenamento de gêneros alimentícios em temperatura controlada.

De acordo com o diagnóstico realizado para Legislação de Suprimentos – Gêneros alimentícios, dietas enterais e fórmulas lácteas, destacam-se as seguintes oportunidades de melhoria:

- Adequação do dimensionamento de nutricionistas necessários para o serviço de produção e de nutrição clínica, conforme recomendação normativa e;
- Adequação da área de armazenagem, que deve possuir gerador ou medidas que garantam a conservação dos produtos refrigerados em caso de falta de energia, garantindo as boas práticas exigidas para o serviço de alimentação.

4.5.3 Legislação Administrativo-Financeira

Para a Legislação Administrativo-Financeira, no consolidado, o índice de aderência atingiu 88%.

No contexto Administrativo-Financeiro a análise evidencia oportunidades de melhorias nos grupos de compras públicas e da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

Quanto às “Compras Públicas”, destacou-se a necessidade de realizar concorrência, independente do valor, nos casos de compra e alienações de imóveis, concessão de direito de uso, licitações internacionais, empreitada integral, concessão de serviço público e registro de preço.

Quanto a “Lei de Responsabilidade Fiscal”, na modalidade de planejamento, destaca-se a necessidade do hospital elaborar uma análise de riscos orçamentários. Ainda nesse item, na modalidade de execução orçamentária, o hospital informou que não realiza o reporte da execução orçamentária quadrimestralmente.

Em contrapartida, destaca-se positivamente com o percentual de 93% de aderência ao item “Compras Públicas”, o que está associado à capacidade do hospital de executar corretamente as concorrências para os bens e insumos adquiridos para o hospital.

4.5.4 Legislação e Normas do SUS e Regulação do SUS

Para a Legislação e Normas do SUS e Regulação SUS no consolidado, a aderência atingiu 79%. Neste contexto a Legislação de Regulação e do SUS a análise evidencia oportunidades de melhorias no grupo de comissões técnicas.

Com relação às “Comissões Técnicas”, destacou-se a necessidade de instituir comissões técnicas obrigatórias. A partir da análise realizada foi verificado que o hospital possui: Comitê de Ética em Pesquisa, Comitê Transfusional e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

O percentual de aderência desse grupo no hospital aumentará sensivelmente com a operacionalização de Comissões Técnicas já existentes, que poderão ser trabalhadas no futuro para a busca de um maior grau de aderência, a saber:

- Comissão de Documentação Médica e Estatística;
- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Mortalidade Materna e de Mortalidade Neonatal;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;
- Comissão de Revisão de Óbitos;

- Comissão de Revisão de Prontuários;
- Comissão de Transplantes e Captação de Órgãos;
- Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional e;
- Buscar a participação de alunos nas comissões obrigatórias.

No que tange aos “Trabalhadores Clínicos”, devem ser observadas algumas oportunidades de melhoria como: a busca de um processo eletivo para o cargo de Diretor Clínico e a busca de especialização de medicina intensiva para os médicos plantonistas.

Destacou-se positivamente com resultados de excelência na aderência os “Processos Assistências e de Apoio” e com 92% de aderência o item “Infraestrutura Física e Tecnológica”, o que está associado à atuação do hospital no correto dimensionamento e instalações de infraestrutura para o atendimento ao paciente e ao ensino e pesquisa, assim como no controle de validade dos medicamentos.

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Como proposta de intervenção foi construído um plano de ação utilizando como ferramenta estratégica a matriz 5W3H acrescida de um campo “Resultado Esperado”. Foram determinadas ações/atividades a serem desenvolvidas a partir da identificação e priorização dos **Nós Críticos**. Dessa forma foram mapeadas as ações e respectivas atividades, ficando estabelecido o que será feito, o responsável pela ação, o período de tempo, a área da instituição onde a ação será realizada e todos os motivos pelos quais essa atividade deverá ser feita. Também constou nesta planilha como será feita a atividade e o custo para a execução da mesma. O Plano de Ação resultou em 28 ações e 122 atividades com seus respectivos responsáveis, prazos, identificação de recursos necessários, indicadores, dentre outros, conforme demonstrado no quadro 17.

Quadro 17 Plano de ação do PDE. HUUFMA, maio de 2014 – Nó crítico 1

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO PLANO DE AÇÃO ²							
MACROPROBLEMA 1		Modelo de Gestão pouco qualificado para a missão do HU					
NÓ CRÍTICO 1		Inexistência de ciclo de planejamento estratégico institucionalizado					
RESULTADO ESPERADO		Alcance de eficiência, eficácia e efetividade na gestão: compatibilização das necessidades da assistência e de ensino e pesquisa; alinhamento organizacional, permitindo que todos tenham a mesma visão sobre o futuro da instituição; racionalização do processo de tomada de decisão; e estímulo ao comprometimento de todas as áreas do hospital no atingimento dos objetivos e metas definidas.					
O que fazer? [Ação(es)]	Porque fazer? (Nós Explicativos)	Quem vai fazer? (Responsável/área)	Quando fazer? (Início e Duração)	Onde?	Como fazer? (Atividades)	Quanto custa? (Recursos Críticos)	Qual indicador?
1.1 ³ Institucionalização de ciclo de Planejamento Estratégico	Faltam: Eixos orientadores para o trabalho das equipes. Prioridades, ações e metas estabelecidas. Ações planejadas construídas coletivamente	Unidade de Planejamento em parceria com a governança.	Ciclo de dois anos a partir de agosto 2014.	UUFMA	1.1.1 ⁴ Instituir equipe condutora do processo 1.1.2 Definir diretrizes estratégicas e percurso metodológico 1.1.3 Elaborar o plano estratégico 1.1.4 Negociar com a EBSEH 1.1.5 Acompanhar e monitorar com indicadores trimestralmente 1.1.6 Divulgar o andamento do plano para comunidade interna semestralmente	Poder Conhecimento Capacidade organizativa	Implantação do ciclo de Planejamento Estratégico Percentual da execução das atividades do PDE

² Metodologia utilizada: 5W3H adaptado pela equipe de governança do HUUFMA.

³ 1.1 trata da ação planejada para o macroproblema 1 e nó crítico 1.

⁴ 1.1.1 significa macroproblema 1; nó crítico 1 e atividade 1.

Quadro 18 Plano de ação do PDE. HUUFMA, maio de 2014 – Nó crítico 2

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO PLANO DE AÇÃO							
MACROPROBLEMA 1		Modelo de Gestão pouco qualificado para a missão do HU					
NÓ CRÍTICO 2		Falta um Plano Diretor de Investimento					
RESULTADO ESPERADO		Plano Diretor de Investimento que viabilize uma assistência de excelência, favorecendo a evolução do ambiente de ensino e pesquisa, assegurando a disponibilidade, a funcionalidade e a segurança da infraestrutura e dos equipamentos médico-hospitalares do HU aos trabalhadores e usuários.					
O que fazer? [Ação(es)] Nota: as ações estão articuladas às ações dos Nós Críticos 14 e 15	Porque fazer? (Nós Explicativos)	Quem vai fazer? (Responsável/área)	Quando fazer? (Início e Duração)	Onde?	Como fazer? (Atividades)	Quanto custa? (Recursos Críticos)	Qual indicador?
1.2.1 Construção de um Plano Diretor de Investimento/Físico	<p>O HU não dispõe de forma estruturada de uma avaliação de todas as demandas de reforma/expansão de infraestrutura e de aquisição de equipamentos médicos hospitalares</p> <p>Não existe uma avaliação de adequação e de viabilidade de projetos de obras e de aquisição de equipamentos médico-hospitalares</p> <p>As demandas de investimento não estão projetadas em curto, médio e longo prazo.</p>	Gerência administrativa e setor de Engenharia Clínica com apoio da Superintendência	Ano de 2015, articulado às ações planejadas para o enfrentamento do nó crítico 14.	Em todo âmbito do HUUFMA	<p>1.2.1.1 Definir princípios e regras orientadoras da construção e utilização do espaço do hospital e aquisição de equipamentos médicos hospitalares com base na análise de demandas prioritizadas pelo Grupo Permanente de Avaliação de Demandas.</p> <p>1.2.1.2 Definir um plano de organização do espaço hospitalar e de incorporação tecnológica a partir do mapeamento e inventário realizado</p> <p>1.2.1.3 Contratar um escritório de arquitetura especializado para elaboração do PDI/PDF</p>	Político Capacidade organizativa Conhecimento Econômico-financeiro	Status do Plano Diretor de Investimento (*) (* Entende-se por investimento nessa ação o contexto de Equipamentos e Obras.
1.2.2 Aprovação do Plano Diretor de Investimento/Físico junto a EBSERH					1.2.2.1 Enviar o PDI/PDF com um pré-orçamento para a EBSEH, visando aprovação.	Político Capacidade organizativa	

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO PLANO DE AÇÃO							
MACROPROBLEMA 1		Modelo de Gestão pouco qualificado para a missão do HU					
NÓ CRÍTICO 2		Falta um Plano Diretor de Investimento					
RESULTADO ESPERADO		Plano Diretor de Investimento que viabilize uma assistência de excelência, favorecendo a evolução do ambiente de ensino e pesquisa, assegurando a disponibilidade, a funcionalidade e a segurança da infraestrutura e dos equipamentos médico-hospitalares do HU aos trabalhadores e usuários.					
O que fazer? [Ação(es)] Nota: as ações estão articuladas às ações dos Nós Críticos 14 e 15	Porque fazer? (Nós Explicativos)	Quem vai fazer? (Responsável/área)	Quando fazer? (Início e Duração)	Onde?	Como fazer? (Atividades)	Quanto custa? (Recursos Críticos)	Qual indicador?
1.2.3 Execução do Plano Diretor de Investimento/Físico					1.2.3.1 Elaborar o projeto executivo dos investimentos aprovados pela EBSERH, comparando o orçamento detalhado com o pré-orçamento e com análise de impactos. 1.2.3.2 Gerenciar o recebimento e instalação dos equipamentos; e os projetos de obras utilizando o Módulo Interno do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle do Ministério da Educação (SIMEC).	Conhecimento Capacidade organizativa	

Quadro 19 Plano de ação do PDE. HUUFMA, maio de 2014 - Nó crítico 3

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO PLANO DE AÇÃO							
MACROPROBLEMA 1		Modelo de Gestão pouco qualificado para a missão do HU					
NÓ CRÍTICO 3		Falta de política de comunicação institucional					
RESULTADO ESPERADO		Plano de Comunicação, nas áreas internas e no contexto externo, bem definido, possibilitando a transparência das informações e cumprimento da missão pública, com qualidade e eficiência.					
O que fazer? [Ação(es)]	Porque fazer? (Nós Explicativos)	Quem vai fazer? (Responsável/área)	Quando fazer? (Início e Duração)	Onde?	Como fazer? (Atividades)	Quanto custa? (Recursos Críticos)	Qual indicador?
1.3 Construção e implantação de um Plano de Comunicação Institucional	<p>Fragilidade das ações de qualificação da imagem institucional</p> <p>Distanciamento da equipe de governança do conjunto dos trabalhadores do HU</p> <p>Baixa integração das diferentes áreas/setores do HU</p> <p>Ações pouco efetivas de socialização das informações e divulgação de resultados</p> <p>Atuação reativa da equipe de comunicação predominante em detrimento de uma ação proativa</p>	Assessoria de Comunicação com apoio da Assessoria de Planejamento	Início em agosto/2014 (duração 06 meses)	HUUMA	<p>1.3.1 Adotar o modelo de gestão à vista e comunicação de resultados no contexto interno:</p> <p>1.3.1.1 Planejar e divulgar em vários pontos do hospital os resultados da gestão, com foco nos trabalhadores e usuários.</p> <p>1.3.1.2 Definir a forma de disposição das informações, linguagem visual e os locais onde serão expostos.</p> <p>1.3.1.3 Estabelecer rotina de manutenção e atualização das informações.</p> <p>1.3.1.4 Elaborar e divulgar o Manual de Identidade Visual.</p> <p>1.3.2 Comprometer-se com a transparência das informações:</p> <p>1.3.2.1 Estabelecer canais direto e indireto, ativo e passivo, de comunicação com as principais instâncias de acompanhamento e controle social do HU, (EBSERH/Conselho Municipal de Saúde/Gestão Municipal/Gestão Estadual/Ministério Público) para socializar informações, definindo a periodicidade segundo informação, visando à transparência: Plano Diretor; Relatório de Gestão; Informações orçamentário-financeiras; compras; plano operativo; alcance de metas da contratualização, dentre outros).</p> <p>1.3.2.2 Construir uma agenda positiva para a divulgação de ações e resultados do HU junto a mídia falada e escrita;</p> <p>1.3.2.3 Compartilhar os resultados do HU com a Rede de Atenção à Saúde local e regional.</p> <p>1.3.2.4 Monitorar diariamente matérias publicadas</p>	Poder Conhecimento Capacidade organizativa Econômico-financeiro	<p>Percentual de matérias divulgadas na mídia de forma pró-ativa *</p> <p>Percentual de divulgação das contas hospitalares no site do hospital *</p> <p>Percentual de publicação do resultado das metas contratualizadas</p>

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO PLANO DE AÇÃO							
MACROPROBLEMA 1		Modelo de Gestão pouco qualificado para a missão do HU					
NÓ CRÍTICO 3		Falta de política de comunicação institucional					
RESULTADO ESPERADO		Plano de Comunicação, nas áreas internas e no contexto externo, bem definido, possibilitando a transparência das informações e cumprimento da missão pública, com qualidade e eficiência.					
O que fazer? [Ação(es)]	Porque fazer? (Nós Explicativos)	Quem vai fazer? (Responsável/área)	Quando fazer? (Início e Duração)	Onde?	Como fazer? (Atividades)	Quanto custa? (Recursos Críticos)	Qual indicador?
					que façam conexão com as atividades do HU. 1.3.2.5 Monitorar e Divulgar eventos realizados no HU relevantes para sociedade.		

Quadro 19 Plano de ação do PDE. HUUFMA, maio de 2014 - Nó crítico 4

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO PLANO DE AÇÃO							
MACROPROBLEMA 1		Modelo de Gestão pouco qualificado para a missão do HU					
NÓ CRÍTICO 4		Baixa qualificação dos gestores (governança e serviços)					
RESULTADO ESPERADO		Equipe de governança e gestores das diferentes áreas do HU com perfil de competência (conhecimentos, habilidades e atitudes) para uma atuação de excelência da governança/gerência que valoriza a excelência técnica e a humanização nas relações com pacientes, familiares, trabalhadores e estudantes, destacando-se o cuidado centrado/focado nas necessidades das pessoas, o trabalho em equipe, a responsabilidade pela integralidade do cuidado e a agregação de valor à saúde.					
O que fazer? [Ação(es)]	Porque fazer? (Nós Explicativos)	Quem vai fazer? (Responsável/área)	Quando fazer? (Início e Duração)	Onde?	Como fazer? (Atividades)	Quanto custa? (Recursos Críticos)	Qual indicador?
1.4.1 Construção do perfil de competência do gestor das diferentes áreas do HU	<p>Seleção de gestores privilegia o critério de confiança em detrimento aos critérios técnicos</p> <p>Fragilidades das habilidades gerenciais das chefias</p> <p>Atuação gerencial com baixa visão sistêmica e pouca inovação nos processos de trabalho</p>	Superintendência e gerência administrativa através da Unidade de Desenvolvimento de Pessoas	Início no primeiro semestre 2014 com prazo de duração de 02 anos	Em todas as áreas/setores do HUUFMA, iniciando pela área assistencial.	<p>1.4.1.1 Definir, a partir do organograma institucional, as competências desejadas para os gestores, construído no horizonte deste plano considerando os níveis hierárquicos.</p> <p>1.4.1.2 Identificar profissional consultor, especialista na área para apoiar o trabalho.</p> <p>1.4.1.3 Iniciar a construção de forma gradativa até completar a totalidade dos gestores, priorizando as áreas assistenciais.</p>	Poder Conhecimento Capacidade Organizativa Econômico-financeiro	<p>Percentual de Perfis dos gestores construídos *</p> <p>Percentual de cargos dos gestores com critérios para ocupação estabelecidos *</p>
1.4.2 Criação de critérios de seleção e indicação para ocupação de cargos de gestores no HU (podendo ser em conjunto com a sede)	<p>A gestão é pouco instrumentalizada e não é orientada pelas boas práticas disponíveis nas</p>				<p>1.4.2.1 Construir critérios para ocupação dos cargos de gestão considerando o perfil de competência construído.</p>		<p>Poder Capacidade organizativa</p> <p>Percentual de adesão dos gestores aos encontros de Educação Permanente</p>

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO PLANO DE AÇÃO							
MACROPROBLEMA 1		Modelo de Gestão pouco qualificado para a missão do HU					
NÓ CRÍTICO 4		Baixa qualificação dos gestores (governança e serviços)					
RESULTADO ESPERADO		Equipe de governança e gestores das diferentes áreas do HU com perfil de competência (conhecimentos, habilidades e atitudes) para uma atuação de excelência da governança/gerência que valoriza a excelência técnica e a humanização nas relações com pacientes, familiares, trabalhadores e estudantes, destacando-se o cuidado centrado/focado nas necessidades das pessoas, o trabalho em equipe, a responsabilidade pela integralidade do cuidado e a agregação de valor à saúde.					
O que fazer? [Ação(es)]	Porque fazer? (Nós Explicativos)	Quem vai fazer? (Responsável/área)	Quando fazer? (Início e Duração)	Onde?	Como fazer? (Atividades)	Quanto custa? (Recursos Críticos)	Qual indicador?
1.4.3 Construção e implantação de um programa de Educação Permanente (EP) para os gestores	melhores evidências				1.4.3.1 Elaborar o programa de EP e divulgar na comunidade interna 1.4.3.2 Definir grupos multidisciplinares e de diferentes áreas, tantos quantos forem necessários, compostos de no máximo 10 gerentes para encontros de Educação Permanente, com periodicidade quinzenal. 1.4.3.3 Identificar profissional para facilitação dos encontros, com conhecimento em problematização a partir da reflexão da prática.	Poder Conhecimento Capacidade Organizativa Custo Financeiro	

Quadro 20 Plano de ação do PDE. HUUFMA, maio de 2014 - Nó crítico 5

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO PLANO DE AÇÃO							
MACROPROBLEMA 1		Modelo de Gestão pouco qualificado para a missão do HU					
NÓ CRÍTICO 5		Processo de contratualização construído pela governança sem envolvimento das equipes					
RESULTADO ESPERADO		Integração efetiva do HU com a Rede de Atenção a partir de um processo de contratualização interna que potencialize o alcance de metas estabelecidas com o gestor municipal, orientado pelas necessidades da população e o perfil assistencial do HU.					
O que fazer?	Porque fazer? (Nós Explicativos)	Quem vai fazer? (Responsável/área)	Quando fazer? (Início e Duração)	Onde?	Como fazer? (Atividades)	Quanto custa? (Recursos Críticos)	Qual indicador?
1.5.1 Elaboração de um Plano de divulgação para comunidade interna da contratualização recém-formalizada com o gestor municipal	Falta de clareza das equipes do HU sobre a relação estabelecida com a gestão do SUS Baixa implicação das equipes com as metas estabelecidas no processo de contratualização	Equipe da Unidade de Planejamento conjuntamente com a gerência de Assistência, Ensino e Administração apoiados pela Superintendência.	2º semestre de 2014	Em todo o âmbito do HUUFMA	1.5.1.1 Elaborar um instrumento que possibilite na OT uma análise situacional do potencial de alcance das metas, estabelecidas na contratualização, considerando a capacidade de produção das equipes. 1.5.1.2 Realizar Oficinas de Trabalho (OT), tantas quantas necessárias, com grupos de até 20 trabalhadores, contemplando todas as áreas assistenciais e administrativas apresentando o plano operativo (documento descritivo) estabelecido na contratualização com o gestor municipal. 1.5.1.3 Sistematizar os produtos das Oficinas, orientado pelas necessidades de ajuste no plano operativo. 1.5.1.4 Pactuar com as equipes o processo de monitoramento das metas do plano operativo.	Poder Conhecimento Capacidade organizativa	Percentual de adesão dos gestores aos encontros de Educação Permanente Percentual de trabalhadores presentes nas oficinas de trabalho
1.5.2 Planejamento e Implantação do processo de contratualização interna com as equipes assistenciais do HU, coerente com as necessidades de ensino e aprendizado.	Baixo cumprimento das metas contratualizadas		1º Semestre de 2015		1.5.2.1 Planejar o processo de contratualização interna com as equipes adotando metodologias participativas 1.5.2.2 Desenhar o instrumento de contratualização (capacidade das equipes x necessidades da população) considerando os produtos das OT da ação 1.5.1. 1.5.2.3 Desencadear o processo de contratualização para o ano 2015 1.5.2.4 Desenhar o processo avaliativo da contratualização interna		Percentual de equipes contratualizadas

Quadro 21 Plano de ação do PDE. HUUFMA, maio de 2014 - Nó crítico 6

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO PLANO DE AÇÃO							
MACROPROBLEMA 1		Modelo de Gestão pouco qualificado para a missão do HU					
NÓ CRÍTICO 6		Falta de Gestão de leitos, consultas e SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico)					
RESULTADO ESPERADO		Ampliação do acesso aos serviços do HU considerando os critérios de classificação de risco: alcançar as metas de contratualização através da maior rotatividade dos leitos, redução do tempo de permanência, diminuição da fila de espera no atendimento dos pacientes fortalecendo a articulação com a rede loco regional de atenção à saúde.					
O que fazer? [Ação(es)]	Porque fazer? (Nós Explicativos)	Quem vai fazer? (Responsável/área)	Quando fazer? (Início e Duração)	Onde?	Como fazer? (Atividades)	Quanto custa? (Recursos Críticos)	Qual indicador?
1.6 Implantação do Núcleo Interno de Regulação (NIR)	<p>Não cumprimento de Metas Contratualizadas</p> <p>Existência de uma cultura de leito sob o controle do médico.</p> <p>Tempo de permanência de internação elevado.</p> <p>Agenciamento por terceiros de atendimento no HUUFMA.</p> <p>Falta de equidade no acesso.</p>	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde	Início em agosto/14 (prazo de seis meses)	Em todo o âmbito do HUUFMA, mantendo interface com a Central de Regulação Obstétrica, Neonatal e Pediátrica (CRONP).	<p>1.6.1 Instituir o NIR a partir de uma Instrução Normativa</p> <p>1.6.2 Elaboração de um plano de ação do gerenciamento dos serviços e das filas de espera</p> <p>1.6.3 Constituir equipe com função matricial</p> <p>1.6.4 Discussão com equipes utilizando oficinas de trabalho (OT), garantindo a participação das equipes ligadas ao ensino.</p> <p>1.6.5 Elaborar protocolos de acessos e fluxos</p> <p>1.6.6 Negociar protocolos de acesso com o Gestor Municipal</p> <p>1.6.7 Iniciar o gerenciamento dos leitos pela Unidade Materno Infantil, estendendo para as demais clínicas a cada três meses ("case")</p>	Poder Conhecimento Capacidade organizativa Econômico-financeiro	<p>Taxa de internações reguladas pelo NIR *</p> <p>Taxa de ocupação hospitalar *</p> <p>Média de permanência hospitalar na Clínica Médica *</p> <p>Média de permanência hospitalar na Pediatria *</p> <p>Percentual de protocolos de acesso ambulatoriais construídos *</p> <p>Percentual de absenteísmo ambulatorial</p>

Quadro 22 Plano de ação do PDE. HUUFMA, maio de 2014 - Nó crítico 7

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO PLANO DE AÇÃO							
MACROPROBLEMA 1		Modelo de Gestão pouco qualificado para a missão do HU					
NÓ CRÍTICO 7		Fragilidade de política para a formação de trabalhadores do HU					
RESULTADO ESPERADO		Melhoria da qualidade do cuidado prestado aos usuários do HU, a partir do fortalecimento do trabalho das equipes, utilizando como estratégia processos de ensino-aprendizagem orientados pelo perfil de competência dos profissionais, e em serviço, que possibilite a reflexão das práticas; redução de custos operacionais e alcance de processos de trabalho mais eficientes; e engajamento dos trabalhadores reduzindo absenteísmo e licenças.					
O que fazer? [Ação(es)]	Porque fazer? (Nós Explicativos)	Quem vai fazer? (Responsável/área)	Quando fazer? (Início e Duração)	Onde?	Como fazer? (Atividades)	Quanto custa? (Recursos Críticos)	Qual indicador?
1.7.1 Construção dos perfis de competência, inclusive para preceptores, dos núcleos profissionais que atuam no HU.	Processos educativos que privilegiam ações de Educação Continuada em detrimento dos processos de Educação Permanente				1.7.1.1 Estabelecer uma agenda de construção do perfil de competência que considere os núcleos profissionais com maior quantitativo, iniciando pela área de enfermagem. 1.7.1.2 Contratar especialista para apoiar a construção do perfil de competência dos núcleos profissionais que atuam no HU		Percentual de perfis de competência das categorias profissionais construídos * Participação nos programas de integração por categoria profissional *
1.7.2 Aperfeiçoamento de um Programa de desenvolvimento de trabalhadores recém-ingressantes/admitidos no HU, incluindo residentes.	Falta de programas estruturados para o Acolhimento de novos trabalhadores Não existe definição do perfil de competência (conhecimento, habilidades e atitudes) para cada profissional que atua no HU Fragilidade dos processos de avaliação de desempenho	Gerência Administrativa e Divisão de Gestão de Pessoas (DGP) com apoio/parceria da Gerência de Ensino e Pesquisa / Gerência de Atenção a Saúde	iniciar em agosto de 2014 até o horizonte deste plano	m todo âmbito do HUUFMA	1.7.2.1 Identificar ou formar trabalhadores do HU que conheçam os processos de trabalho e possuam perfil educador para constituir a equipe de desenvolvimento dos novos trabalhadores 1.7.2.2 Elaborar e executar o Programa de desenvolvimento dos novos trabalhadores (Integração), orientados pelo perfil de competência e com uso de metodologias ativas que inclua os residentes. 1.7.2.3 Programar avaliações com prazos pré-determinados para o feedback e construção o plano de ação se necessário	Poder Conhecimento Capacidade organizativa Econômico financeiro	Percentual de adesão dos trabalhadores e residentes aos encontros de Educação Permanente * Satisfação com as ações/programas de capacitação e desenvolvimento

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO PLANO DE AÇÃO							
MACROPROBLEMA 1		Modelo de Gestão pouco qualificado para a missão do HU					
NÓ CRÍTICO 7		Fragilidade de política para a formação de trabalhadores do HU					
RESULTADO ESPERADO		Melhoria da qualidade do cuidado prestado aos usuários do HU, a partir do fortalecimento do trabalho das equipes, utilizando como estratégia processos de ensino-aprendizagem orientados pelo perfil de competência dos profissionais, e em serviço, que possibilite a reflexão das práticas; redução de custos operacionais e alcance de processos de trabalho mais eficientes; e engajamento dos trabalhadores reduzindo absenteísmo e licenças.					
O que fazer? [Ação(es)]	Porque fazer? (Nós Explicativos)	Quem vai fazer? (Responsável/área)	Quando fazer? (Início e Duração)	Onde?	Como fazer? (Atividades)	Quanto custa? (Recursos Críticos)	Qual indicador?
1.7.3 Implantação de um Programa de desenvolvimento técnico multiprofissional, incluindo os residentes.					<p>1.7.3.1 Elaborar um Programa de Educação Permanente orientado pelas Linhas de Cuidado construídas e implantadas</p> <p>1.7.3.2 Identificar e formar profissionais no uso de metodologias problematizadoras para facilitarem grupos de educação permanente</p> <p>1.7.3.3 Implantar programas de avaliação de desempenho identificando gaps de competência que possibilite intervenção em tempo oportuno</p>		Percentual de preceptores qualificados
1.7.4 Instituição de um programa de Formação de preceptores	Preceptores com pouco preparo pedagógico para o exercício da preceptoría	Gerência de Ensino e Pesquisa com apoio da Gerência de Atenção à Saúde	Iniciar em 2015	Em todo âmbito do HUUFMA	<p>1.7.4.1 Identificar iniciativas educacionais para formação de preceptores</p> <p>1.7.4.2 Identificar profissionais no exercício da preceptoría dos residentes médicos e multiprofissionais</p> <p>1.7.4.3 Desenvolver programas de capacitação para os profissionais do HU</p>		

Quadro 23 Plano de ação do PDE. HUUFMA, maio de 2014 - Nó crítico 8

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO PLANO DE AÇÃO							
MACROPROBLEMA 2		Modelo clínico assistencial insuficiente frente às necessidades da população					
NÓ CRÍTICO 8		Inexistência de um Plano de Segurança ao Paciente implantado no HU					
RESULTADO ESPERADO		Redução dos eventos adversos e incidentes no cuidado promovendo a cultura de segurança ao paciente.					
O que fazer? [Ação(es)]	Porque fazer? (Nós Explicativos)	Quem vai fazer? (Responsável/área)	Quando fazer? (Início e Duração)	Onde?	Como fazer? (Atividades)	Quanto custa? (Recursos Críticos)	Qual indicador?
2.8 Construção e implantação do Plano de Segurança do Paciente	<p>Não há registro sistematizado dos eventos adversos e incidentes</p> <p>Subnotificação das ocorrências de eventos adversos pelas equipes</p> <p>Inexistência de ações focadas na segurança do paciente</p>	Núcleo de Segurança do Paciente recém-instituído – NSP	Início em agosto/14 (prazo de dois anos)	Todas as áreas assistenciais do HU	<p>2.8.1 Adequar a composição do NSP às diretrizes da EBSEH/PNSP</p> <p>2.8.2 Adequar o plano elaborado às diretrizes da EBSEH/PNSP, priorizando as estratégias de segurança.</p> <p>2.8.3 Selecionar como área estratégica para disparar a implantação dos protocolos de segurança do paciente o Centro Oftalmológico (“case”).</p> <p>2.8.4 Estabelecer o passo a passo para a implantação dos protocolos de segurança no Centro Oftalmológico (cirurgia segura, prática de higiene das mãos e identificação do usuário).</p> <p>2.8.5 Promover ações visando construir a cultura de segurança do paciente (divulgação de resultados, mídia interna e externa, comparação com outras instituições).</p> <p>2.8.6 Monitorar, através de implantação de um sistema de vigilância a eventos adversos, avaliando a implantação na área selecionada e priorizada, estendendo para as demais áreas a partir deste resultado.</p>	Conhecimento Capacidade organizativa Econômico- financeiro	<p>Grau de efetividade de implementação das iniciativas de Segurança do paciente.</p> <p>* Incidentes adversos com dano ao paciente notificados no âmbito do HU.</p>

Quadro 24 Plano de ação do PDE. HUUFMA, maio de 2014 - Nó crítico 9

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO PLANO DE AÇÃO							
MACROPROBLEMA 2		Modelo clínico assistencial insuficiente frente às necessidades da população					
NÓ CRÍTICO 9		Modelo de Cuidado não organizado por linha de cuidado					
RESULTADO ESPERADO		Modelo de governança clínica, estruturado a partir de Linhas de Cuidado, que possibilite aos usuários (i) itinerários Terapêuticos seguros e resolutivos; (ii) cuidado, contínuo, integral e humanizado.					
O que fazer? [Ação(es)]	Porque fazer? (Nós Explicativos)	Quem vai fazer? (Responsável/área)	Quando fazer? (Início e Duração)	Onde?	Como fazer? (Atividades)	Quanto custa? (Recursos Críticos)	Qual indicador?
2.9.1 Implantação de Linhas de Cuidado (LC)	<p>Falta definição de fluxo assistencial interno e externo aos pacientes portadores de agravos/condição específicos.</p> <p>Percepção do processo saúde doença com ênfase no biológico e um cuidado fragmentado, não orientado pelas necessidades.</p> <p>Desconhecimento das equipes do HU do potencial desta forma de organizar o cuidado.</p> <p>A gestão do cuidado é focada no médico.</p> <p>Falta de insumos e quebra de equipamentos que ocasionam interrupção do caminhar do usuário na Linha de Cuidado.</p> <p>Falta um sistema de informação que</p>	Gerência de Atenção à Saúde com apoio das demais áreas gerenciais e as Superintendência.	2º semestre de 2014 e durante todo horizonte do PDE	Em todo o âmbito do HUUFMA	<p>2.9.1.1 Organizar Oficinas de Trabalho com a equipe da Secretaria Municipal de Saúde/Gestor para definição das Linhas de Cuidado prioritárias, buscando formalizar um processo de corresponsabilização e definição do papel do HU em cada uma das LC prioritizadas.</p> <p>2.9.1.2 Construir um cronograma de construção e implantação das Linhas de Cuidado em parceria com o gestor municipal e estadual.</p> <p>2.9.1.3 Organizar Oficinas de Trabalho com as equipes do HU buscando implicá-las na construção coletiva das Linhas de Cuidado prioritizadas.</p> <p>2.9.1.4 Definir Comissão de Protocolos Clínicos, multiprofissional e fixa, para suporte das Linhas de Cuidado prioritizadas, utilizando a literatura para busca das melhores evidências.</p> <p>2.9.1.5 Desenhar os fluxos assistenciais das Linhas de Cuidado de forma coletiva com todas as equipes envolvidas.</p> <p>2.9.1.6 Desenvolver materiais informativos e fluxograma das Linhas de Cuidados construídas e</p>	Poder Capacidade organizativa Conhecimento Econômico-financeiro	<p>Percentual de Linhas de cuidado implantadas *</p> <p>Fluxograma analisador do itinerário terapêutico *</p> <p>Taxa de usuários contra referenciados com êxito</p>

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO PLANO DE AÇÃO							
MACROPROBLEMA 2		Modelo clínico assistencial insuficiente frente às necessidades da população					
NÓ CRÍTICO 9		Modelo de Cuidado não organizado por linha de cuidado					
RESULTADO ESPERADO		Modelo de governança clínica, estruturado a partir de Linhas de Cuidado, que possibilite aos usuários (i) itinerários Terapêuticos seguros e resolutivos; (ii) cuidado, contínuo, integral e humanizado.					
O que fazer? [Ação(es)]	Porque fazer? (Nós Explicativos)	Quem vai fazer? (Responsável/área)	Quando fazer? (Início e Duração)	Onde?	Como fazer? (Atividades)	Quanto custa? (Recursos Críticos)	Qual indicador?
	possibilite monitorar o itinerário do paciente no hospital.				os Protocolos Clínicos a serem adotados. 2.9.1.7 Implantar piloto em área específica para avaliação e possíveis ajustes, replicando para as demais Unidades. 2.9.1.8 Definir os mecanismos/indicadores de monitoramento da implantação das LC. 2.9.1.9 Capacitar as equipes assistenciais e administrativas envolvidas na Linha de Cuidado.		
2.9.2 Implantação das Equipes multiprofissionais Horizontais e as de apoio matricial nas Unidades de Internação Hospitalar.	Equipes assistenciais incompletas.				2.9.2.1 Definir a composição da equipe multiprofissional referência segundo a especificidade de cada Unidade de Internação em conjunto com os profissionais das Unidades e considerando o perfil epidemiológico dos usuários internados. 2.9.2.2 Definir a composição das equipes matriciais, estabelecendo o quantitativo segundo demanda e número de leitos. 2.9.2.3 Revisar e reformular as rotinas assistenciais a partir do cuidado focado no usuário, trabalho das equipes de referência e matriciais, considerando as LC implantadas. 2.9.2.3.1 Definir equipe responsável para elaboração dos manuais de procedimentos e rotinas técnico-assistenciais. 2.9.2.3.2 Elencar as principais rotinas assistenciais de cada		Número de equipes multiprofissionais implantadas nas Unidades de Internação Hospitalar

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO PLANO DE AÇÃO							
MACROPROBLEMA 2		Modelo clínico assistencial insuficiente frente às necessidades da população					
NÓ CRÍTICO 9		Modelo de Cuidado não organizado por linha de cuidado					
RESULTADO ESPERADO		Modelo de governança clínica, estruturado a partir de Linhas de Cuidado, que possibilite aos usuários (i) itinerários Terapêuticos seguros e resolutivos; (ii) cuidado, contínuo, integral e humanizado.					
O que fazer? [Ação(es)]	Porque fazer? (Nós Explicativos)	Quem vai fazer? (Responsável/área)	Quando fazer? (Início e Duração)	Onde?	Como fazer? (Atividades)	Quanto custa? (Recursos Críticos)	Qual indicador?
					Unidade de Internação e alinhar com as equipes multiprofissionais estabelecendo diretrizes. 2.9.2.3.3 Elaborar os manuais e rotinas coerentes com o modelo de atenção focado no usuário e fundamentado nas melhores práticas evidenciadas na literatura. 2.9.2.3.4 Desenvolver um plano de revisão e atualização dos manuais definindo metodologia e periodicidade, ao mesmo bianual.		

Quadro 25 Plano de ação do PDE. HUUFMA, maio de 2014 - Nó crítico 10

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO PLANO DE AÇÃO							
MACROPROBLEMA 2		Modelo clínico assistencial insuficiente frente às necessidades da população					
NÓ CRÍTICO 10		A cultura organizacional não é focada no cuidado integral ao paciente					
RESULTADO ESPERADO		Mudança do modelo vigente, médico e procedimento centrado, para um modelo pautado pelo trabalho interdisciplinar, orientado pelas necessidades dos usuários e humanizado, com incorporação das práticas da gestão da clínica, focalizando a efetividade, eficácia e eficiência, e padrões ótimos de qualidade.					
O que fazer? [Ação(es)]	Porque fazer? (Nós Explicativos)	Quem vai fazer? (Responsável/área)	Quando fazer? (Início e Duração)	Onde?	Como fazer? (Atividades)	Quanto custa? (Recursos Críticos)	Qual indicador?
2.10 Construção de processos assistenciais multiprofissionais humanizados e focados na integralidade do cuidado, articulados com as Linhas de Cuidado.	<p>O modelo de atenção atual não atende às necessidades do usuário</p> <p>As intervenções terapêuticas são centradas no profissional médico</p> <p>O cuidado não é pautado pela integralidade</p> <p>Baixa incorporação das práticas de gestão da clínica</p>	Equipe da Gerência de Atenção à Saúde e Gerência de Ensino e Pesquisa	Iniciar em agosto/14 na Clínica Médica e depois expandir para Cirúrgica e HUMI (prazo de seis meses a 01 ano)	Nas áreas assistenciais do HUUFMA, mantendo interface entre a assistência e o ensino e a pesquisa.	<p>2.10.1 Realizar Oficinas de Trabalho com as equipes assistenciais de referência e multiprofissionais sobre o modelo de cuidado e a necessidade de mudança, propondo uma agenda de trabalho coletiva.</p> <p>2.10.2 Definir as diretrizes para implementação e acompanhamento dos planos terapêuticos e os focos atribuídos a cada membro da equipe multiprofissional; ficando a gestão do cuidado para as equipes de referência.</p> <p>2.10.3 Capacitar as equipes para utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como ferramenta/dispositivo para construção de Plano de Cuidado.</p> <p>2.10.4 Definir a periodicidade das visitas multiprofissionais minimamente duas vezes/semana e na UTI visitas diárias visando à construção de projetos terapêuticos individualizados.</p> <p>2.10.5 Estabelecer participação da família às visitas agendadas para discussão do plano terapêutico.</p> <p>2.10.6 Priorizar a construção de PTS para usuários portadores de</p>	Poder Conhecimento Capacidade organizativa Econômico-financeiros	<p>Visitas das equipes multiprofissionais *</p> <p>Integração dos impressos assistenciais *</p> <p>Reinternações pelo mesmo agravo *</p> <p>Profissionais capacitados na construção do Plano Terapêutico Singular (PTS). *</p> <p>Nº de manifestações dos usuários quanto ao cuidado prestado pela equipe multiprofissional categorizados como denúncia ou reclamação</p>

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO PLANO DE AÇÃO							
MACROPROBLEMA 2		Modelo clínico assistencial insuficiente frente às necessidades da população					
NÓ CRÍTICO 10		A cultura organizacional não é focada no cuidado integral ao paciente					
RESULTADO ESPERADO		Mudança do modelo vigente, médico e procedimento centrado, para um modelo pautado pelo trabalho interdisciplinar, orientado pelas necessidades dos usuários e humanizado, com incorporação das práticas da gestão da clínica, focalizando a efetividade, eficácia e eficiência, e padrões ótimos de qualidade.					
O que fazer? [Ação(es)]	Porque fazer? (Nós Explicativos)	Quem vai fazer? (Responsável/área)	Quando fazer? (Início e Duração)	Onde?	Como fazer? (Atividades)	Quanto custa? (Recursos Críticos)	Qual indicador?
					<p>condições de saúde crônicas e agudas de alto risco.</p> <p>2.10.7 Desenvolver programas para alta de acordo com patologias/tratamentos que abranjam os cuidados a serem continuados no pós-alta.</p> <p>2.10.8 Desenvolver material didático orientado a continuidade dos cuidados em casa de forma acessível aos usuários.</p> <p>2.10.9 Capacitar as equipes assistenciais para as práticas educativas com foco nas de autocuidado.</p> <p>2.10.10 Estabelecer a alta responsável, realizando agendamentos necessários em interface com o Núcleo Interno de Regulação e em parceria com a equipe de atenção domiciliar.</p> <p>2.10.11 Elaborar protocolo de alta multiprofissional, com definição de cronograma de tratamento e tempos previstos de alta hospitalar responsabilizando a equipe de referência pelo gerenciamento das altas.</p>		

Quadro 26 Plano de ação do PDE. HUUFMA, maio de 2014 - Nó crítico 11

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO PLANO DE AÇÃO							
MACROPROBLEMA 2		Modelo clínico assistencial insuficiente frente às necessidades da população					
NÓ CRÍTICO 11		Longa permanência do paciente por falta de estrutura da rede de atenção básica para continuidade do cuidado do paciente					
RESULTADO ESPERADO		Redução da permanência hospitalar, com a desospitalização de pacientes crônicos, garantindo a continuidade do cuidado através de fluxos assistenciais bem definidos e pactuados com o gestor.					
O que fazer? [Ação(es)]	Porque fazer? (Nós Explicativos)	Quem vai fazer? (Responsável/área)	Quando fazer? (Início e Duração)	Onde?	Como fazer? (Atividades)	Quanto custa? (Recursos Críticos)	Qual indicador?
2.11.1 Implantação da Alta Hospitalar Regulada	Existência de grande quantidade de pacientes crônicos internados Necessidade de encaminhamento para a Rede Básica de Saúde ou outras referências nos casos de média complexidade	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde	Iniciar em agosto/14 (prazo de seis meses)	Em todo o âmbito do HUUFMA, mantendo interface com a Central de Regulação Obstétrica, Neonatal e Pediátrica (CRONP).	2.11.1.1 Mapear a Rede Básica de Saúde municipal	Poder Conhecimento Capacidade organizativa	
					2.11.1.2 Elaborar Fluxos assistenciais para paciente após alta hospitalar, articulado com as equipes de referência		
					2.11.1.3 Pactuar os fluxos assistenciais com o Gestor Municipal		
					2.11.1.4 Pactuar internamente com as equipes de referência		
					2.11.1.5 Implantar a rotina do resumo de alta multiprofissional		
2.11.2 Implantação de uma equipe de Atenção Domiciliar	Necessidade de desospitalização de casos crônicos/moradores do hospital Necessidade de otimização dos leitos	Equipe da Gerência de Atenção à Saúde e Gerência de Ensino e Pesquisa	Iniciar em março/15 (prazo de seis meses)	Unidades de Clínica Médica e Cirúrgica	2.11.2.1 Conhecer uma experiência exitosa	Poder Conhecimento Capacidade organizativa Econômico-financeiro	Índice de Giro do leito * Status da implantação da Equipe de Atenção Domiciliar
					2.11.2.2 Definir diretrizes do serviço		
					2.11.2.3 Elaborar o projeto, credenciando junto ao Ministério da Saúde, considerando a RDC nº 11 da ANVISA, de 26 de janeiro de 2006.		
					2.11.2.4 Definir a composição da equipe		
					2.11.2.5 Adquirir um veículo tipo utilitário para locomoção da equipe		
					2.11.2.6 Aquisição de equipamentos médico-hospitalares para o cuidado no domicílio		
					2.11.2.7 Elaborar o Manual de Rotinas e Procedimentos		
					2.11.2.8 Definir modelo de prontuário		
					2.11.2.9 Elaborar um programa de capacitação do cuidador		

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO PLANO DE AÇÃO							
MACROPROBLEMA 2		Modelo clínico assistencial insuficiente frente às necessidades da população					
NÓ CRÍTICO 11		Longa permanência do paciente por falta de estrutura da rede de atenção básica para continuidade do cuidado do paciente					
RESULTADO ESPERADO		Redução da permanência hospitalar, com a desospitalização de pacientes crônicos, garantindo a continuidade do cuidado através de fluxos assistenciais bem definidos e pactuados com o gestor.					
O que fazer? [Ação(es)]	Porque fazer? (Nós Explicativos)	Quem vai fazer? (Responsável/área)	Quando fazer? (Início e Duração)	Onde?	Como fazer? (Atividades)	Quanto custa? (Recursos Críticos)	Qual indicador?
					2.11.2.10 Elaborar uma proposta de monitoramento do serviço		

Quadro 27 Plano de ação do PDE. HUUFMA, maio de 2014 - Nó crítico 12

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO PLANO DE AÇÃO							
MACROPROBLEMA 3		Estrutura Física, tecnológica e de pessoas insuficiente para garantia do funcionamento do HU.					
NÓ CRÍTICO 12		Gestão insuficiente de suprimentos para o funcionamento do HU					
RESULTADO ESPERADO		Estrutura de logística e suprimentos com abastecimento regular, e no tempo oportuno, de materiais e Contratos de Serviços executados conforme estabelecido no edital, atendendo a demanda das equipes e reduzindo a judicialização.					
O que fazer? [Ação(es)]	Porque fazer? (Nós Explicativos)	Quem vai fazer? (Responsável/área)	Quando fazer? (Início e Duração)	Onde?	Como fazer? (Atividades)	Quanto custa? (Recursos Críticos)	Qual indicador?
3.12 Reestruturação da gestão dos processos da área de compras e contratos.	Fragilidade no controle de insumos e na interface do setor de compras com áreas demandantes.	Gerência Administrativa e equipe	Segundo semestre de 2014 (03 meses)	Administração, Divisão de Logística e Suprimentos.	3.12.1 Adequar estrutura da área segundo proposta da EBSERH.	Capacidade organizativa	Percentual de pregões eletrônicos fracassados * Nº de processos de compras de materiais e contratos de serviços de caráter emergencial encerrados no mês * Percentual de Materiais Padronizados
	Os processos de compras não atendem às necessidades da demanda.				3.12.2 Montar nove (09) equipes para compras segundo classificação/grupo e expertise de trabalhadores já em atividade, incorporando os novos profissionais da área da saúde advindos do concurso realizado pela EBSERH.	Conhecimento Capacidade organizativa	
					3.12.3 Elaborar, de forma participativa com os profissionais da área de compras, as normas e procedimentos operacionais dos processos de aquisição e contratação de serviços.	Conhecimento Capacidade organizativa	
	Falta de sistema de monitoramento de processo de compras de materiais e contratos de serviços.				3.12.4 Instituir uma comissão permanente de padronização de materiais.	Poder Capacidade organizativa	
					3.12.5 Atualizar a lista de padronização dos materiais utilizados no hospital.	Poder Conhecimento Capacidade organizativa	
					3.12.6 Viabilizar novo sistema informatizado para acompanhar todos os processos de aquisição, articulando com as áreas fins.	Conhecimento Econômico-financeiro	
	3.12.7 Estabelecer formas de monitoramento dos sistemas de compras e contratos incluindo fornecedores.				Conhecimento Capacidade organizativa		

Quadro 28 Plano de ação do PDE. HUUFMA, maio de 2014 - Nó crítico 13

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO PLANO DE AÇÃO							
MACROPROBLEMA 3		Estrutura Física, tecnológica e de pessoas insuficiente para garantia do funcionamento do HU.					
NÓ CRÍTICO 13		Falta de planejamento dos projetos de atenção articulados com a ocupação dos espaços físicos					
RESULTADO ESPERADO		Maior compreensão do espaço físico e dos fluxos atuais e planejados do hospital, permitindo avaliar quais são as melhores opções de obras considerando o crescimento de longo prazo do hospital e os projetos assistenciais programados; maior segurança no armazenamento e maior rapidez no acesso e compartilhamento de informações do acervo técnico; avaliação de maiores detalhes quanto aos custos e retornos de uma iniciativa de infraestrutura, permitindo melhor avaliação dos benefícios destas para o hospital; otimização da ocupação dos espaços.					
O que fazer? [Ação(es)]	Porque fazer? (Nós Explicativos)	Quem vai fazer? (Responsável/área)	Quando fazer? (Início e Duração)	Onde?	Como fazer? (Atividades)	Quanto custa? (Recursos Críticos)	Qual indicador?
3.13.1 Avaliação da infraestrutura física considerando o perfil assistencial atual e o planejado.	Atualmente não há um acervo técnico da ocupação física Não existe um fluxo bem estabelecido de pleitos de obras de infraestrutura	Gerência Administrativa com apoio da divisão de logística e infraestrutura	1º semestre de 2015	Todo complexo hospitalar do HU	3.13.1.1 Realizar mapeamento da infraestrutura física considerando: o Termo de Referência de Análise de Riscos da EBSEH; o perfil assistencial do HU e adequação da ocupação atual a finalidade da área. 3.13.1.2 Desenvolver acervo técnico preferencialmente digital 3.13.1.3 Estabelecer periodicidade para atualização do mapeamento realizado. 3.13.1.4 Fazer ajustes na ocupação do espaço, considerando o mapeamento realizado.	Poder Capacidade organizativa Conhecimento Econômico-financeiro	Obras executadas e analisadas pelo grupo Permanente de Avaliação de demandas * Status do Acerto Técnico *
3.13.2 Implantação do fluxo de pleitos de obras de equipamentos infraestrutura	Inexistência de mapeamento de riscos relacionados à infraestrutura física Inexistência de um Plano Diretor Físico				3.13.2.1 Criar Grupo Permanente de Avaliação de Demandas visando analisar as iniciativas prioritárias, considerando os projetos assistenciais, custos diretos, o orçamento previsto e disponível e as necessidades do hospital. 3.13.2.2 Adotar fluxo de pleitos referentes a reformas e ampliações		

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO PLANO DE AÇÃO							
MACROPROBLEMA 3		Estrutura Física, tecnológica e de pessoas insuficiente para garantia do funcionamento do HU.					
NÓ CRÍTICO 13		Falta de planejamento dos projetos de atenção articulados com a ocupação dos espaços físicos					
RESULTADO ESPERADO		Maior compreensão do espaço físico e dos fluxos atuais e planejados do hospital, permitindo avaliar quais são as melhores opções de obras considerando o crescimento de longo prazo do hospital e os projetos assistenciais programados; maior segurança no armazenamento e maior rapidez no acesso e compartilhamento de informações do acervo técnico; avaliação de maiores detalhes quanto aos custos e retornos de uma iniciativa de infraestrutura, permitindo melhor avaliação dos benefícios destas para o hospital; otimização da ocupação dos espaços.					
O que fazer? [Ação(es)]	Porque fazer? (Nós Explicativos)	Quem vai fazer? (Responsável/área)	Quando fazer? (Início e Duração)	Onde?	Como fazer? (Atividades)	Quanto custa? (Recursos Críticos)	Qual indicador?
3.13.3 Implantação de gestão de riscos relacionados à infraestrutura física					3.13.3.1 Implantar Comissão de Riscos, estabelecendo as atribuições de cada um de seus integrantes. 3.13.3.2 Mapear e classificar riscos 3.13.3.3 Elaborar procedimento para identificação e notificação de riscos 3.13.3.4 Elaborar relatórios trimestrais sobre notificação e medidas tomadas de gerenciamento de riscos		

Quadro 29 Plano de ação do PDE. HUUFMA, maio de 2014 - Nó crítico 14

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO PLANO DE AÇÃO									
MACROPROBLEMA 3		Estrutura Física, tecnológica e de pessoas insuficiente para garantia do funcionamento do HU.							
NÓ CRÍTICO 14		Sistema de Gestão de equipamentos insuficiente para atender as demandas do HU.							
RESULTADO ESPERADO		Consolidação, acessibilidade e disponibilização de informações atualizadas sobre os equipamentos médico-hospitalares, permitindo consultas e análises da situação atual do parque tecnológico; padronização e formalização dos pleitos do hospital no que tange à aquisição de equipamentos médico-hospitalares; maior qualidade na especificação técnica e na avaliação dos impactos diretos de uma iniciativa relacionada a equipamentos médico-hospitalares, permitindo melhor acompanhamento das iniciativas e maior compreensão do orçamento dos projetos; parque tecnológico em condições de apoiar o itinerário terapêutico dos usuários nas diferentes Linhas de Cuidado.							
O que fazer? [Ação(es)]	Porque fazer? (Nós Explicativos)	Quem vai fazer? (Responsável/área)	Quando fazer? (Início e Duração)	Onde?	Como fazer? (Atividades)	Quanto custa? (Recursos Críticos)	Qual indicador?		
3.14.1 Avaliação do parque tecnológico do HU considerando o perfil assistencial atual e o planejado.	Atualmente não há um inventário dos equipamentos médicos hospitalares. Não há um fluxo efetivo de aquisição planejada de equipamentos médico-hospitalares, articulado ao perfil assistencial do HU.	Gerência Administrativa, Setor de Engenharia Clínica e NATS.	1º semestre de 2015	Todo complexo hospitalar do HU	3.14.1.1 Realizar inventariação do parque tecnológico do HU considerando o perfil assistencial do HU e a atual condição de uso dos equipamentos médico-hospitalares.	Poder Conhecimento Capacidade organizativa Econômico-financeiro	Taxa de manutenções realizadas versus planejadas * Percentual de demandas atendidas de aquisição de novos equipamentos médico-hospitalares versus as solicitadas * Disponibilidade percentual do equipamento médico hospitalar		
3.14.2 Implantação do fluxo de pleitos de aquisição de equipamentos médico-hospitalares	Não existe um programa de manutenção preventiva e corretiva para totalidade dos equipamentos médico hospitalares. Ocorre interrupção na execução dos planos				3.14.1.2 Desenvolver acervo técnico preferencialmente digital			3.15.1.3 Estabelecer periodicidade para atualização do inventário realizado.	3.14.2.1 Criar Grupo Permanente de Avaliação de Demandas visando analisar as iniciativas prioritárias, considerando os projetos assistenciais, custos diretos, o orçamento previsto e disponível e as necessidades do hospital.
3.14.3 Reestruturação de um programa de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos	3.14.2.2 Adotar fluxo de pleitos referentes à aquisição de equipamentos médico-hospitalares.				3.14.2.3 Dimensionar as iniciativas de aquisição de equipamentos médico-hospitalares visando um planejamento.			3.14.3.1 Planejar as manutenções preventivas a partir do inventário do parque tecnológico realizado.	3.14.3.2 Estabelecer rotinas de gerenciamento da manutenção preventiva e corretiva

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO PLANO DE AÇÃO							
MACROPROBLEMA 3		Estrutura Física, tecnológica e de pessoas insuficiente para garantia do funcionamento do HU.					
NÓ CRÍTICO 14		Sistema de Gestão de equipamentos insuficiente para atender as demandas do HU.					
RESULTADO ESPERADO		Consolidação, acessibilidade e disponibilização de informações atualizadas sobre os equipamentos médico-hospitalares, permitindo consultas e análises da situação atual do parque tecnológico; padronização e formalização dos pleitos do hospital no que tange à aquisição de equipamentos médico-hospitalares; maior qualidade na especificação técnica e na avaliação dos impactos diretos de uma iniciativa relacionada a equipamentos médico-hospitalares, permitindo melhor acompanhamento das iniciativas e maior compreensão do orçamento dos projetos; parque tecnológico em condições de apoiar o itinerário terapêutico dos usuários nas diferentes Linhas de Cuidado.					
O que fazer? [Ação(es)]	Porque fazer? (Nós Explicativos)	Quem vai fazer? (Responsável/área)	Quando fazer? (Início e Duração)	Onde?	Como fazer? (Atividades)	Quanto custa? (Recursos Críticos)	Qual indicador?
	terapêuticos em função de atraso na reparação de equipamentos.				preenchendo com periodicidade pré-definida. 3.14.3.5 Adquirir um sistema informatizado para apoio às atividades de manutenção		

Para garantir a execução do Plano de Ação, foi feito um levantamento das despesas de custeio e investimentos para cada ação a ser trabalhada, bem como a fonte de procedência dos recursos a serem utilizados. As informações estão listadas na Planilha Orçamentária descrita abaixo (Quadro 31). Ressalta-se que:

- 1- Os valores são estimados prevendo toda a despesa para implantação e implementação do PDE. Quando a ação significa somente planejamento de novas ações os custos previstos se atêm tão somente ao seu planejamento e não à execução. Portanto todos os investimentos futuros estarão previstos e orçados quando da elaboração e aprovação do Plano Diretor de Investimentos (PDI), ação que já compõe este PDE;
- 2- Entende-se que grande parte das ações previstas, realizadas pelo próprio pessoal do HUUFMA, dentro de suas instalações e utilizando-se dos materiais de consumo com custos mínimos, não apresentam grande impacto de custos, visto que diz respeito em sua maioria à construção de planos e processos, implantação de fluxos, avaliações, etc.;
- 3- Os valores apresentados para custeio significam o valor total planejado para os dois anos de vigência do PDE aprovado;
- 4- Os recursos previstos nesta planilha terão como fontes os recursos ordinários utilizados para custeio, oriundos do Fundo Nacional de Saúde, bem como recursos para capital (equipamentos e material permanente) e aquisição de sistema informatizado os quais necessitarão de negociações junto à EBSEH como forma de viabilizá-los;
- 5- Na ação: “Implantação do Núcleo Interno de Regulação – NIR” está previsto um valor de investimento da ordem de R\$ 30.000,00 que será utilizado para aquisição de móveis e equipamentos que garantam a melhor instalação do NIR nas dependências do HUUFMA e;
- 6- Na ação: “Implantação de uma equipe de Atenção Domiciliar” está previsto um valor de investimento da ordem de R\$ 250.000,00 que será utilizado para aquisição de equipamentos que garantam a melhor instalação das equipes nos domicílios, bem como a aquisição de dois veículos com as condições necessárias para tal atividade.

Quadro 30 Planilha Orçamentária do PDE. HUUFMA, maio de 2014

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) - Plano Diretor Estratégico (PDE)					
Período: agosto de 2014 a agosto de 2016					
Planilha Orçamentária ⁵					
Macroproblema	Nó Crítico	Ação	Despesa		Fonte
			Custeio (\$)	Investimento (\$)	
Modelo de Gestão pouco qualificado para a missão do HU	Falta um Plano Diretor de Investimento/Físico	Construção de um Plano Diretor de Investimento (Ação 1.2.1)	5.000,00 (MC) ⁶	0	Recursos FNS
	Falta de política de comunicação institucional	Construção e implantação de um Plano de Comunicação Institucional (Ação 1.3)	5.000,00 (OST-PJ) ⁷	0	Recursos FNS
	Baixa qualificação dos gestores (governança e serviços)	Construção do perfil de competência do gestor das diferentes áreas do HU (Ação 1.4.1)	10.000,00 (2.000,00 MC) (8.000,00 OST-PF) ⁸	0	Recursos FNS
		Construção e implementação de um programa de educação permanente para gestores (Ação 1.4.3)	100.000,00 (OST-PJ)	0	Recursos Ebserh
	Falta de Gestão de leitos, consultas e SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico)	Implantação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) (Ação 1.6)	12.000,00 (2.000,00 MC) (10.000,00 OST-PF)	30.000,00	Recursos FNS/ Ebserh/ MS
Modelo clínico assistencial insuficiente frente às necessidades	Inexistência de um Plano de Segurança ao Paciente implantado no HU	Construção e implantação do Plano de Segurança do Paciente (Ação 2.8)	15.000,00 (5.000,00 MC) (10.000,00 OST-PF)	0	Recursos FNS

⁵ Estimativa orçamentária⁶ Material de Consumo⁷ Outros serviços de terceiros - pessoa jurídica⁸ Outros serviços de terceiros - pessoa física

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) - Plano Diretor Estratégico (PDE)
Período: agosto de 2014 a agosto de 2016
Planilha Orçamentária⁵

Macroproblema	Nó Crítico	Ação	Despesa		Fonte
da população	Modelo de Cuidado não organizado por linha de cuidado	Implantação de Linhas de Cuidado (LC) (Ação 2.9.1)	8.000,00 (2.000,00 MC) (6.000,00 OST-PJ)	0	Recursos FNS
		Implantação das Equipes multiprofissionais Horizontais e as de apoio matricial nas Unidades de Internação Hospitalar. (Ação 2.9.2)	5.000,00 (1.000,00 MC) (4.000,00 OST-PJ)	0	Recursos FNS
	A cultura organizacional não é focada no cuidado integral ao paciente	Construção de processos assistenciais multiprofissionais, humanizados e focados na integralidade do cuidado, articulados com as Linhas de Cuidado. (Ação 2.10)	8.000,00 (1.000,00 MC) (7.000,00 OST-PJ)	0	Recursos FNS
	Longa permanência do paciente por falta de estrutura da rede de atenção básica para continuidade do cuidado do paciente	Implantação de uma equipe de Atenção Domiciliar (Ação 2.11.12)	60.000,00 (40.000,00MC) (20.000,00 OST-PJ)	250.000,00	Recursos FNS/ Ebserh/ MS
Estrutura Física, tecnológica e de pessoas insuficiente para garantia do funcionamento do HU.	Gestão insuficiente de suprimentos para o funcionamento do HU	Viabilizar novo sistema informatizado para acompanhar todos os processos de aquisição, articulando com as áreas fins. (Ação 3.12)	150.000,00 (OST-PJ)	0	Recursos Ebserh
	Falta de planejamento dos projetos de atenção articulados com a ocupação dos espaços físicos	Avaliação da infraestrutura física considerando o perfil assistencial atual e o planejado. (Ação 3.13.1)	180.000,00 (170.000,00 OST) (PJ/1.000,00 MC)	0	Recursos Ebserh
		Implantação do fluxo de pleitos de obras de infraestrutura (Ação 3.13.2)	10.000,00 (2.000,00 MC) (8.000,00 OST-PJ)	0	Recursos FNS

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) - Plano Diretor Estratégico (PDE)
Período: agosto de 2014 a agosto de 2016
Planilha Orçamentária⁵

Macroproblema	Nó Crítico	Ação	Despesa		Fonte
		Implantação de gestão de riscos relacionados à infraestrutura física (Ação 3.13.3)	10.000,00 (1.000,00 MC) (9.000,00 OST-PJ)	0	Recursos FNS
		Avaliação do parque tecnológico do HU considerando o perfil assistencial atual e o planejado. (Ação 3.14.1)	10.000,00 (OST-PJ)	0	Recursos FNS
	Sistema de Gestão de equipamentos insuficiente para atender as demandas do HU.	Implantação do fluxo de pleitos de aquisição de equipamentos médico-hospitalares (Ação 3.14.2)	10.000,00 (3.000,00 MC) (7.000,00 OST-PJ)	0	Recursos FNS
		Reestruturação de um programa de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos (Ação 3.14.3)	30.000,00 (20.000,00 OST-PJ) (10.000,00 OST-PF)	0	Recursos Ebserh
Total			628.000,00	280.000,00	908.000,00

Quadro 31 Síntese dos Recursos Orçamentários necessários para o PDE. HUUFMA, maio de 2014

Descrição	Custeio	Capital	Total
Outros Serviços de Terceiros (Pessoa Física)	28.000,00	-	28.000,00
Outros Serviços de Terceiros (Pessoa Jurídica)	516.000,00	-	516.000,00
Material de Consumo	84.000,00	-	84.000,00
Equipamentos e Material Permanente	-	280.000,00	280.000,00
Total	628.000,00	280.000,00	908.000,00

6 GESTÃO E MONITORAMENTO DO PLANO

A gestão e monitoramento do plano 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 os ajustes necessários e garanta, enfim, que ele seja efetivamente implementado. Este processo de acompanhamento da implantação e execução do plano será de responsabilidade da equipe de governança do HUUFMA e dos gestores das diversas áreas da assistência, administração e ensino, e ocorrerá por meio de reuniões periódicas onde estes apresentarão os resultados de acordo com as ferramentas a seguir:

I. Matriz de indicadores para o Monitoramento do Plano de Ação

Para o acompanhamento dos resultados estabeleceu-se uma matriz de indicadores por ação planejada, na qual constam os indicadores selecionados, o método de cálculo, fonte de busca das informações, periodicidade de monitoramento e parâmetros como referência para a avaliação. Foram delineados 44 indicadores que serão monitorados na vigência deste PDE. (Quadro 33).

No apêndice 2 é disponibilizado (Figura 29) um Quadro Consolidado de Ações do PDE construído pelo HUUFMA, este formato foi utilizado como padrão para todos os Hospitais Universitários participantes do projeto. A figura apresenta de forma consolidada todas as ações definidas pelo Hospital, assim como as áreas responsáveis, datas inícios e fim, orçamento e indicadores envolvidos em cada ação.

Quadro 32 Matriz de indicadores para o Monitoramento do Plano de Ação. HUUFMA, maio de 2014.

Ações	Denominação	Conceituação	Método de Cálculo	Fonte	Periodicidade de Monitoramento	Parâmetro
1.1 Institucionalização de ciclo de Planejamento Estratégico.	Implantação do ciclo de Planejamento Estratégico	Verificar a elaboração do Planejamento estratégico pela equipe de governança a cada dois anos	Constatar a existência do PDE materializado em um documento de acesso público	Disponível no site do HUUFMA para consulta pública	2 anos	Não se aplica
	Percentual da execução das atividades do PDE	Medir o número de ações concluídas considerando a totalidade das ações planejadas.	(Nº de ações concluídas num determinado período/número de ações planejadas no mesmo período) X 100	PDE, Matriz de Monitoramento e Gestão do Plano.	Trimestral	70%
1.2.1 Construção de um Plano Diretor de Investimento.	Status do Plano Diretor de Investimento (*)	Determinar o status de execução do acerto técnico do PDI	(Nº de ações de investimento realizadas/número de ações de investimento inseridas no PDI) X 100	PDE, Registros no Setor de Engenharia Clínica e Civil.	Anual	80%
1.2.2 Aprovação do Plano Diretor de Investimento junto a EBSEH.						

Ações	Denominação	Conceituação	Método de Cálculo	Fonte	Periodicidade de Monitoramento	Parâmetro
1.2.3 Execução do Plano Diretor de Investimento.	(*) Entende-se por investimento nessa ação o contexto de Equipamentos e Obras.					
1.3 Construção e implantação de um Plano de Comunicação Institucional.	Percentual de matérias divulgadas na mídia de forma proativa.	Medir o número de matérias divulgadas na mídia por iniciativa da equipe de comunicação na busca de uma agenda positiva.	$(N^{\circ} \text{ de matérias divulgadas num determinado período} / N^{\circ} \text{ de matérias enviadas num mesmo período}) \times 100$	Registros na Unidade de Comunicação	Semestral	30%
	Percentual de divulgação das contas hospitalares no site do hospital.	Medir o número de publicações no site pela equipe da Unidade de Comunicação na busca da socialização de resultado e transparência pública	$(N^{\circ} \text{ publicações das contas hospitalares quadrimestral} / N^{\circ} \text{ de quadrimestres do ano}) \times 100$	Planilha elaborada pelo Setor de Orçamento e Finanças	Quadrimestral	100%

Ações	Denominação	Conceituação	Método de Cálculo	Fonte	Periodicidade de Monitoramento	Parâmetro
1.3 Construção e implantação de um Plano de Comunicação Institucional.	Percentual de publicação do resultado das metas contratualizadas.	Medir o número de matérias divulgadas nas mídias, relacionadas ao cumprimento de metas contratualizadas pelo Gestor Municipal, por iniciativa da equipe de comunicação na busca de socialização de resultados e agenda positiva.	$(N^{\circ} \text{ de matérias divulgadas quadrimestral} / N^{\circ} \text{ de matérias enviadas num mesmo período}) \times 100.$	Planilha das metas apresentada a Comissão de Avaliação da Contratualização elaboradas pelo Núcleo de Avaliação e Controle e Planejamento.	Quadrimestral	25%
1.4.1 Construção do perfil de competência do gestor das diferentes áreas do HU.	Percentual de perfis de competência dos gestores construídos.	Medir a quantidade de perfis de competência de gestores construídos.	$(\text{Quantidade de Perfis de competência construídos} / \text{Total de Cargos do HU}) \times 100.$	Organograma da Instituição e Divisão de Gestão de Pessoas.	Anual	40%

Ações	Denominação	Conceituação	Método de Cálculo	Fonte	Periodicidade de Monitoramento	Parâmetro
1.4.2 Criação de critérios de seleção e indicação para ocupação de cargos de gestores no HU.	Percentual de cargos dos gestores com critérios para ocupação estabelecidos.	Avalia a adesão aos critérios estabelecidos para seleção e indicação para ocupação de cargos de gestores no HUUFMA.	$(N^{\circ} \text{ de cargos dos gestores nomeados de acordo com os critérios estabelecidos } / n^{\circ} \text{ total de gestores nomeados para ocupação de cargos do HUUFMA}) \times 100.$	Divisão de Pessoas	Anual	50%
1.4.3 Construção e implantação de um programa de Educação permanente (EP) para os gestores.	Percentual de adesão dos gestores aos encontros de Educação Permanente.	Mensurar a adesão dos gestores aos encontros de educação permanente.	$(N^{\circ} \text{ de gestores participantes nos encontros de educação permanente realizados } / n^{\circ} \text{ total de gestores indicados para participar dos encontros}) \times 100.$	Divisão de Gestão de Pessoas	Semestral	70%
1.5.1 Divulgação para comunidade interna da contratualização recém-formalizada com o gestor municipal.	Percentual de trabalhadores presentes nas oficinas de trabalho.	Mensurar a presença dos trabalhadores nas oficinas de trabalho.	$(N^{\circ} \text{ de trabalhadores presentes nas OTs } / n^{\circ} \text{ total de trabalhadores para OTs}) \times 100.$	Divisão de Gestão de Pessoas	Quadrimestral	70%
1.5.2 Planejamento e implantação do processo de contratualização interna com as equipes assistenciais do HU.	Percentual de equipes contratualizadas.	Mensurar as propostas de metas das equipes internamente, considerando o documento descritivo da contratualização com o	$(N^{\circ} \text{ de equipes contratualizadas internamente } / N^{\circ} \text{ de equipes envolvidas na contratualização}) \times 100$	Unidade de Planejamento (Contrato das equipes) e Setor de Regulação e Avaliação em Saúde	Quadrimestral	100%

Ações	Denominação	Conceituação	Método de Cálculo	Fonte	Periodicidade de Monitoramento	Parâmetro
		Gestor Municipal.		(descritivo da contratualização)		
	Taxa de internações reguladas pelo NIR	Medir o número de internações reguladas pelo NIR	(Nº de internações reguladas pelo NIR, em um determinado período / Nº de internações realizadas, no mesmo período) X 100	AGHU e Registros do NIR	Trimestral	80%
	Taxa de ocupação hospitalar	Medir a utilização dos leitos hospitalares	(Nº de usuário-dia no período / nº de leitos operacionais) X 100	AGHU	Mensal	85%
	Média de permanência hospitalar na Clínica Médica	Medir a média de dias de internação das especialidades clínicas	(Nº de usuários-dia no período / Nº de saídas no período) X 100	AGHU	Mensal	8 dias
	Média de permanência hospitalar na Pediatria	Medir a média de dias de internação da Pediatria	(Nº de usuários-dia no período / Nº de saídas no período) X 100.	AGHU	Mensal	15 dias
	Percentual de protocolos de acesso ambulatoriais construídos	Medir a construção dos protocolos de acesso às consultas ambulatoriais ofertadas pelo hospital	(Nº de protocolos de acesso construídos / Nº de ambulatorios ofertados à Gestão Municipal) X 100	Registros do NIR	Trimestral	50%
	Percentual de absenteísmo ambulatorial	Medir o absenteísmo de comparecimento em consultas ambulatoriais agendadas	(Nº de consultas realizadas / Nº de consultas agendadas) X 100.	AGHU	Trimestral	15%

Ações	Denominação	Conceituação	Método de Cálculo	Fonte	Periodicidade de Monitoramento	Parâmetro
1.7.1 Construção dos perfis de competência, inclusive para preceptores, das categorias profissionais que atuam no HU.	Percentual de perfis de competência das categorias profissionais construídos	Medir a quantidade de perfis de competência de categorias profissionais construídos	(Quantidade de Perfis de competência construídos / Total de categorias profissionais do HU) X 100	Divisão de Gestão de Pessoas	Anual	50%
1.7.2 Implantação de um Programa de desenvolvimento de trabalhadores recém-ingressantes/admitidos no HU, incluindo residentes.	Participação nos programas de integração por categoria profissional	Medir a quantidade de trabalhadores e residentes que participaram do programa de integração	(Nº de trabalhadores e residentes recém-ingressantes participantes do programa / Nº de recém-ingressantes) X 100	Divisão de Gestão de Pessoas	Trimestral	100%
1.7.3 Implantação de um programa de desenvolvimento técnico multiprofissional, incluindo os residentes.	Percentual de adesão dos trabalhadores e residentes aos encontros de Educação Permanente	Mensurar a adesão dos trabalhadores e residentes aos encontros de Educação Permanente	(Nº de trabalhadores e residentes participantes nos encontros de Educação Permanente realizados/ Nº total de trabalhadores e residentes indicados para participar dos encontros) X 100	Divisão de Gestão de Pessoas	Semestral	70%
	Satisfação com as ações/programas de capacitação e desenvolvimento	Analisar a satisfação dos colaboradores e gestores com o programa/ações de capacitação e desenvolvimento	(Nº de avaliações com conceito satisfatório / Nº de avaliações aplicadas) X 100	Divisão de Gestão de Pessoas	Semestral	80%
1.7.4 Instituição de programa para a formação de preceptores	Percentual de preceptores qualificados	Mensurar os profissionais de saúde capacitados para o exercício da preceptoría	(Nº de profissionais capacitados para o exercício da preceptoría em um determinado período/ Nº de preceptores) X 100	Gerência de Ensino e Divisão de Gestão de Pessoas	Semestral	20%

Ações	Denominação	Conceituação	Método de Cálculo	Fonte	Periodicidade de Monitoramento	Parâmetro
2.8 Construção e implantação do Plano de Segurança do Paciente	Grau de efetividade de implementação das iniciativas de Segurança do paciente	Mensurar o percentual de ações em execução e ações implantadas face ao planejado, considerando os 6 passos e todas as áreas assistenciais.	$(N^{\circ} \text{ ações implantadas no período} / N^{\circ} \text{ de ações previstas no programa para o período}) \times 100$	Setor Vigilância em Saúde Fonte: Sistema VIGHOSP	Trimestral	50%
	Incidentes adversos, com dano ao paciente, notificados no âmbito do HU.	Medir a ocorrência de eventos adversos notificados.	$(N^{\circ} \text{ de eventos adversos notificados num determinado período} / \text{paciente-dia no mesmo período}) \times 100$	Setor Vigilância em Saúde Fonte: Sistema VIGHOSP	Trimestral	<10%
2.9.1 Implantação de Linhas de Cuidado (LC)	Percentual de Linhas de cuidado implantadas	Mensurar as linhas de cuidado implantadas	$(N^{\circ} \text{ de linhas de cuidado implantadas} / N^{\circ} \text{ de linhas planejadas}) \times 100$	Divisão de Gestão do Cuidado	Semestral	50%
	Fluxograma analisador de itinerário terapêutico	Avaliar o itinerário terapêutico de um paciente selecionado aleatoriamente em cada uma das linhas de cuidado implantada, buscando identificar as não conformidades.	Não se aplica - indicador qualitativo	Divisão de Gestão do cuidado	Não se aplica	Não se aplica

Ações	Denominação	Conceituação	Método de Cálculo	Fonte	Periodicidade de Monitoramento	Parâmetro
	Taxa de usuários contra referenciados com êxito	Mensurar as altas hospitalares, dos pacientes das Linhas de Cuidado implantadas, contra referenciadas para a Rede de Atenção de forma exitosa.	$(N^{\circ} \text{ de altas hospitalares contra referenciadas com êxito de uma LC específica} / N^{\circ} \text{ total de altas hospitalares de uma LC específica, no mesmo período}) \times 100$	Divisão de Gestão do Cuidado/NIR/Gestor da Linha	Semestral	50%
2.9.2 Implantação das Equipes Multiprofissionais horizontais e as de apoio matricial nas Unidades de Internação Hospitalar	Número de equipes multiprofissionais implantadas nas Unidades de Internação Hospitalar	Mensurar o quantitativo de equipes multiprofissionais implantadas nas Unidades de Internação Hospitalar	$(N^{\circ} \text{ de equipes multiprofissionais implantadas} / n^{\circ} \text{ de equipes multiprofissionais planejadas}) \times 100$	Divisão de Gestão do cuidado	Semestral	50%
2.10 Construção de processos assistenciais multiprofissionais, humanizados e focados na integralidade do cuidado, articulados com as Linhas de Cuidado.	Visitas das equipes multiprofissionais	Mensurar o número de visitas multiprofissionais realizadas orientadas a construção do PTS	$(N^{\circ} \text{ usuários visitados pela equipe multiprofissional} / N^{\circ} \text{ usuários internados numa determinada unidade de cuidado e num determinado período}) \times 100$	Chefe da Unidade de Cuidado	Mensal	50%

Ações	Denominação	Conceituação	Método de Cálculo	Fonte	Periodicidade de Monitoramento	Parâmetro
	Integração dos impressos assistenciais	Mensurar o nº de Unidades de Cuidado onde o impresso integrado com as informações assistenciais foi implantado.	Nº de Unidades de Cuidado onde o impresso integrado foi implantado/ Nº Unidades de Cuidado planejadas) X 100	Divisão de Gestão do cuidado	Semestral	50%
	Reinternações pelo mesmo agravo	Avaliar se o PTS construído de forma pactuada com o paciente foi eficaz	Nº de reinternações pelo mesmo agravo/Nº total de internações numa determinada Unidade de Cuidado e num determinado período.	Chefe da unidade de cuidado/Divisão de Gestão do cuidado	Trimestral	<15%
	Profissionais capacitados na construção do Plano Terapêutico Singular (PTS).	Mensurar o número de profissionais capacitados na construção do PTS	(Nº de profissionais capacitados na construção do PTS /Nº de profissionais da equipe multiprofissional por unidade de cuidado)X100	Unidade de Desenvolvimento de Pessoas/Chefe de Unidade de Cuidado	Semestral	40%

Ações	Denominação	Conceituação	Método de Cálculo	Fonte	Periodicidade de Monitoramento	Parâmetro
	Nº de manifestações dos usuários quanto ao cuidado prestado pelas equipes multiprofissionais categorizados como denúncia ou reclamação	Avaliação das manifestações dos usuários segundo categoria: reclamações, sugestões, elogios, solicitações e denúncias, buscando avaliar o grau de satisfação com o cuidado prestado. *Observar tendência das manifestações referentes às categorias (reclamações e denúncias)	(Nº de manifestações de reclamações e denúncias dos usuários/Nº total de manifestações num determinado período)X100	Ouvidoria	Mensal	Tendência de queda de reclamações e denúncias

Ações	Denominação	Conceituação	Método de Cálculo	Fonte	Periodicidade de Monitoramento	Parâmetro
2.11.1 Implantação da Alta Hospitalar Regulada	Índice de Giro do leito	Relação entre o número de usuários internados que saíram (altas e óbitos) durante determinado período, no hospital, e o número de leitos postos à disposição dos mesmos, nesse período. Representa a utilização do leito hospitalar durante o período considerado.	(Número de usuários internados que saíram num determinado período/Número de leitos no mesmo período)	NIR	Mensal	5 a 6 utilizações/mês
2.11.2 Implantação de uma equipe de Atenção Domiciliar	Status da implantação da Equipe de Atenção Domiciliar	Medir o andamento do processo de implantação da equipe de internação domiciliar	Constatar a existência de um projeto "Programa da AD" materializado em um documento de acesso público	Divisão de Gestão de Cuidado	Semestral	Não se aplica

Ações	Denominação	Conceituação	Método de Cálculo	Fonte	Periodicidade de Monitoramento	Parâmetro
3.12 Reestruturação da gestão de processos da área de compras e contratos	Percentual de pregões eletrônicos fracassados	Avaliar o número de pregões cuja participação de fornecedores foi deserta (nula), ou foi cancelado por algum motivo.	$(N^{\circ} \text{ de pregões desertos ou cancelados} / N^{\circ} \text{ de pregões realizados}) \times 100$	Comissão permanente de licitação	Mensal	10%
	Nº de processos de compras de materiais e contratos de serviços de caráter emergencial encerrados no mês	Avaliar o uso da modalidade de compra emergencial que pode estar representando um planejamento de baixa eficiência e eficácia	$(N^{\circ} \text{ de processos de compra em caráter emergencial no mês} / n^{\circ} \text{ total de processos de compras homologados no mês}) \times 100$	Divisão Administrativa e Financeira	Mensal	10%
	Percentual de Materiais Padronizados	Avaliar o grau de padronização de todos os materiais que são consumidos no Hospital	$N^{\circ} \text{ de materiais padronizados} / N^{\circ} \text{ total de materiais consumidos no hospital}$	Unidade de compras/Divisão Administrativa e Financeira	Semestral	95%

Ações	Denominação	Conceituação	Método de Cálculo	Fonte	Periodicidade de Monitoramento	Parâmetro
3.13.1 Avaliação da infraestrutura física considerando o perfil assistencial atual e o planejado	Obras executadas e analisadas pelo grupo Permanente de Avaliação de demandas	Medir o número de obras executadas que foram analisadas com parecer favorável pelo Grupo Permanente de Avaliação	(Nº de obras analisadas com parecer favorável e executadas/Nº total de obras executadas) X100	Divisão de Logística e Infraestrutura hospitalar	Semestral	100%
3.13.2 Implantação do fluxo de pleitos de obras e infraestrutura	Status do Acervo Técnico	Avaliar se o mapeamento do acervo técnico quanto a infraestrutura física está atualizado	Constatar se o acervo técnico está atualizado.	Unidade de Patrimônio/Gerência de Administração	Semestral	Não se aplica
3.13.3 Implantação de gestão de riscos relacionados à infraestrutura física	Nº de eventos adversos relacionados à infraestrutura física	Medir a ocorrência de eventos adversos em função de riscos da infraestrutura física.	(Nº de eventos adversos [acidentes] de pacientes e trabalhadores relacionados à infraestrutura física/Nº total de eventos adversos no hospital)X100	SESMT e Unidade de Vigilância em Saúde	Trimestral	0%

Ações	Denominação	Conceituação	Método de Cálculo	Fonte	Periodicidade de Monitoramento	Parâmetro
<p>3.14.1 Avaliação do parque tecnológico do HU considerando o perfil assistencial atual e o planejado</p>	<p>Taxa de manutenções realizadas versus planejadas</p>	<p>Mensurar o cumprimento da agenda de manutenção preventiva de equipamentos do parque tecnológico realizado no período em relação à quantidade planejada de manutenções</p>	<p>(Nº de manutenções preventivas realizadas / Nº total de manutenções preventivas planejadas num determinado período) X 100</p>	<p>Setor de Engenharia Clínica</p>	<p>Semestral</p>	<p>70%</p>
<p>3.14.2 Implantação do fluxo de pleitos de aquisição de equipamentos médico-hospitalares</p>	<p>Percentual de demandas atendidas de aquisição de novos equipamentos médico-hospitalares versus as solicitadas</p>	<p>Medir a quantidade de solicitações de aquisição de equipamentos médico hospitalares atendidas em relação às demandadas.</p>	<p>(Nº de solicitações de aquisição de equipamentos atendida/nº de solicitações de equipamentos recebidas) X 100</p>	<p>Divisão de Logística e Infraestrutura hospitalar</p>	<p>Semestral</p>	<p>70%</p>

Ações	Denominação	Conceituação	Método de Cálculo	Fonte	Periodicidade de Monitoramento	Parâmetro
3.14.3 Implantação de um programa de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos	Disponibilidade percentual do equipamento médico hospitalar	Mensurar o tempo que o equipamento médico hospitalar esteve disponível em bom funcionamento	(Nº de horas do equipamento em manutenção ou danificado/ nº total de horas necessárias de funcionamento) X100	Setor de engenharia Clínica	Semestral	<20%

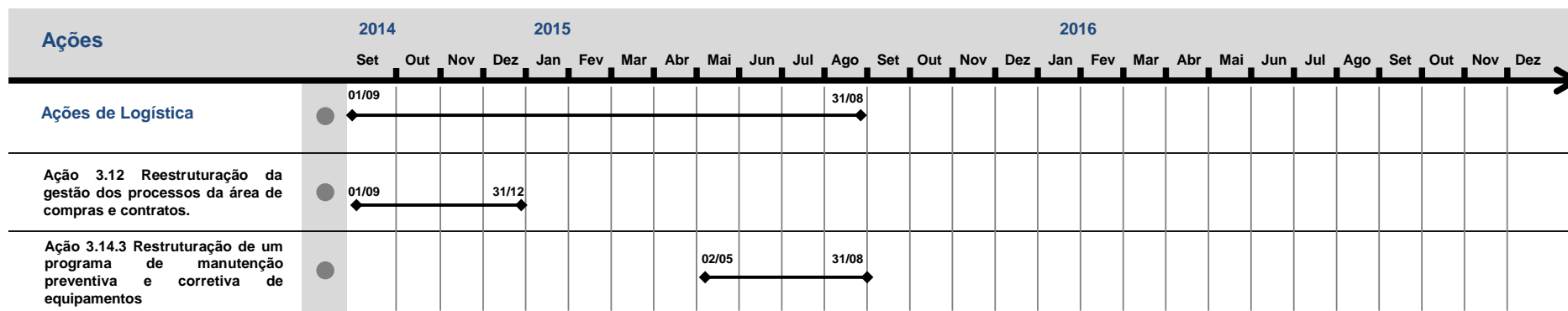


Figura 18 Gráfico de monitoramento do cronograma de execução do Plano de Ação do HUUFMA, no período de Setembro de 2014 a Agosto de 2016 – Cont.

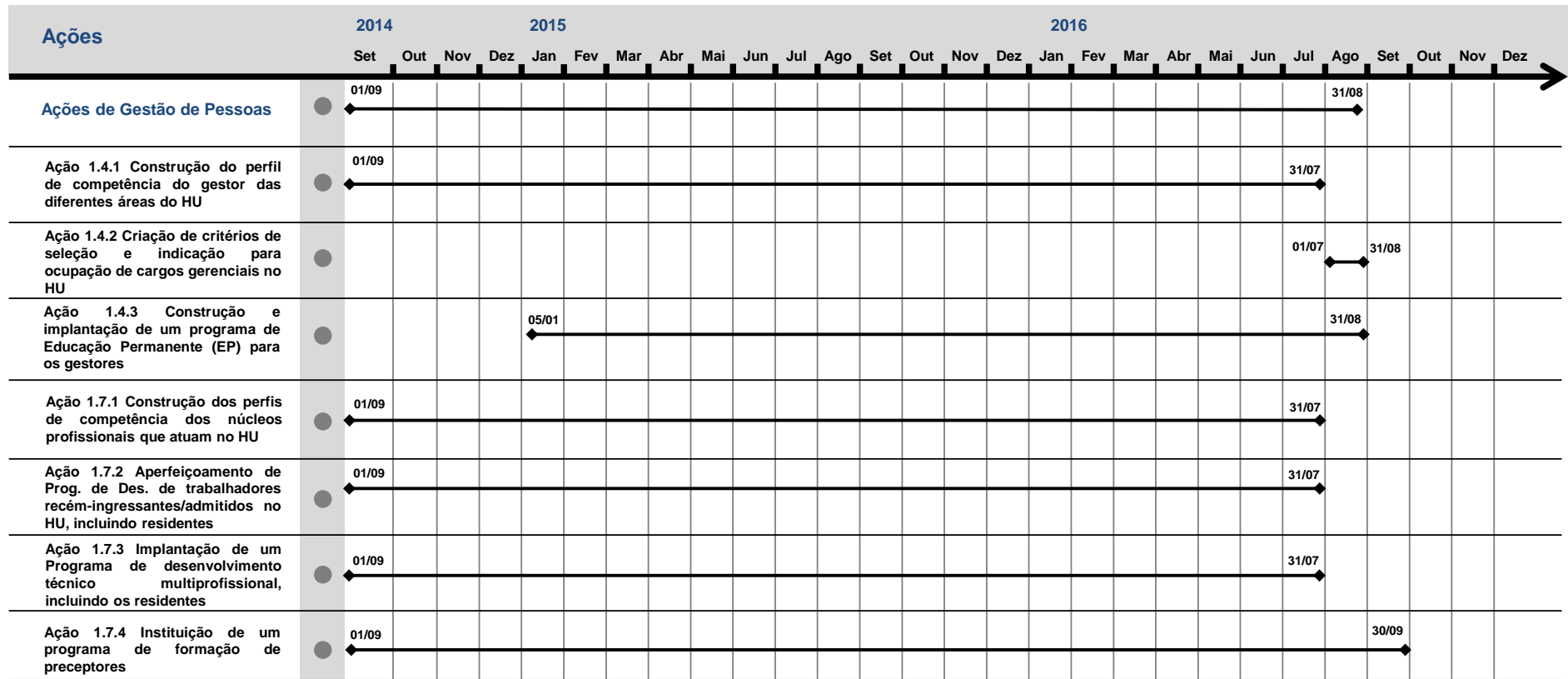


Figura 19 Gráfico de monitoramento do cronograma de execução do Plano de Ação do HUUFMA, no período de Setembro de 2014 a Agosto de 2016 – Cont.

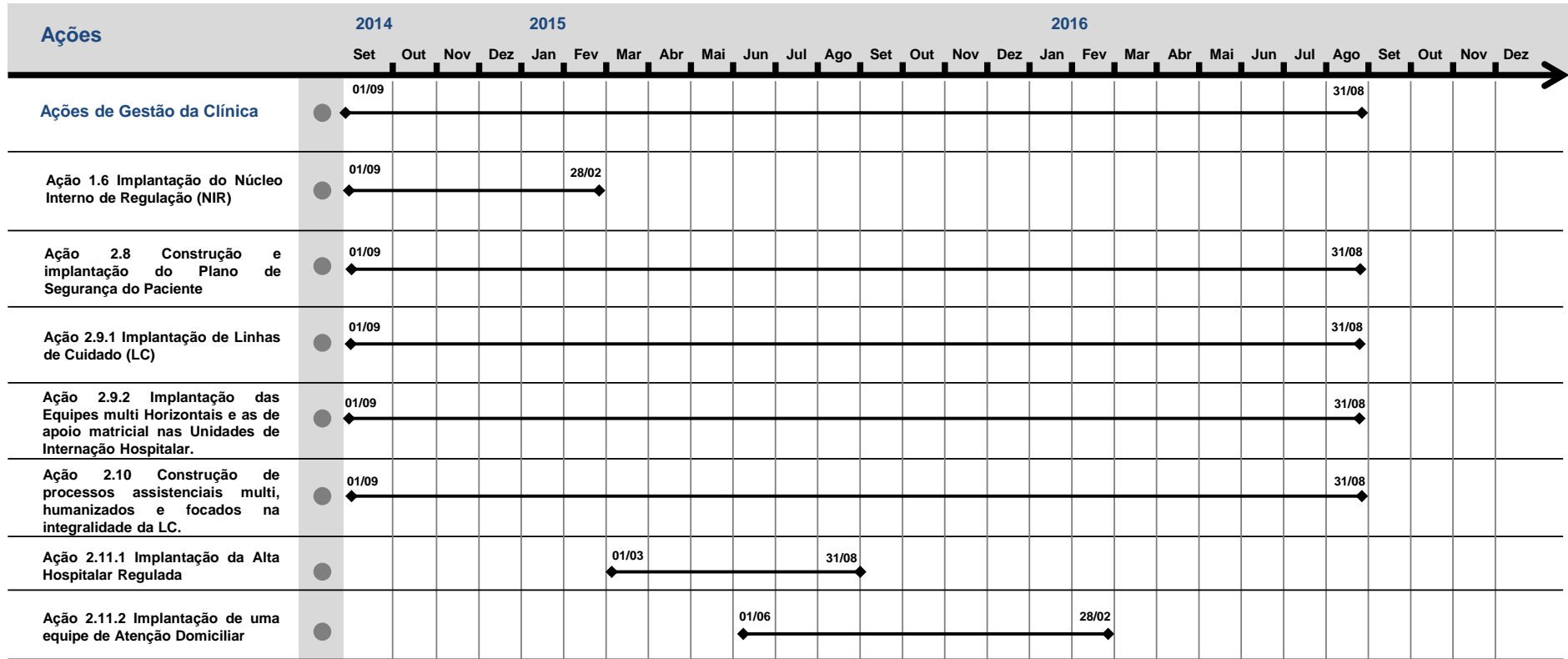


Figura 20 Gráfico de monitoramento do cronograma de execução do Plano de Ação do HUUFMA, no período de Setembro de 2014 a Agosto de 2016 – Cont.

- Desvio relativo de até 5%
Não há issues
- Desvio relativo entre 5% e 10%
Issues de Baixo e Médio impacto
- Desvio relativo maior que 10%
Issues de Alto impacto
- Atividade finalizada
- Atividade não iniciada

6.2 Matriz de Monitoramento do PDE do HUUFMA

O HUUFMA fará uso da Matriz de Monitoramento para verificar o andamento e o cumprimento das ações do PDE. O formato proposto para a realização do monitoramento está disponível no quadro 34.

Quadro 33 Matriz de Monitoramento do PDE do HUUFMA

Ação em ordem de precedência	Situação	Resultados	Dificuldades	Novas ações e /ou ajustes

- Situação: (i) Concluída – C; (ii) Não concluída – NC; (iii) Em andamento – EA
- Resultados: fazer uma síntese dos resultados alcançados para as ações concluídas
- Dificuldades: fazer uma síntese dos obstáculos caso existam para implementação do plano

6.3 Resultados esperados após a conclusão do PDE

De acordo com a análise realizada pelos consultores de Hospital Sírio Libanês, ao concluir as ações planejadas no PDE do HUUFMA para os seus nós críticos, o Hospital deve alcançar um percentual de 69% no Cenário Base, e um percentual de 40% no Cenário Evolução, conforme ilustra a figura a seguir:

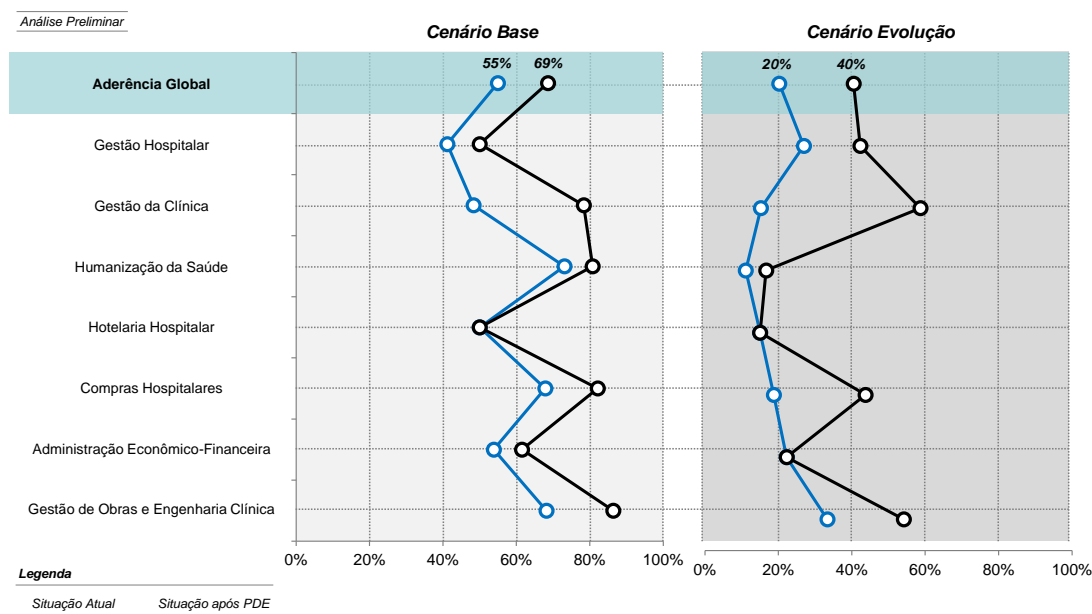


Figura 21 Previsão global de aderência ao Cenário Base e Cenário Evolução do HUUFMA.

Consideram-se os seguintes conceitos para os cenários de Base e Evolução:

- Cenário Base - identificado pelo cenário que apresenta melhorias incrementais para o modelo de gestão, visando aperfeiçoar a administração hospitalar e torná-la mais eficiente; e
- Cenário Evolução – que identifica processos para garantir a melhoria contínua e a busca por inovações no ambiente hospitalar.

A separação de padrões nestes cenários tem 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.

A seguir será apresentada a forma de intervenção que HUUFMA elegeu para alavancar os percentuais do Cenários Base e Evolução para cada Modelo de Referência.

➤ **Análise da previsão de aderência a Cenário Base e Cenário Evolução do Modelo de Gestão Hospitalar**

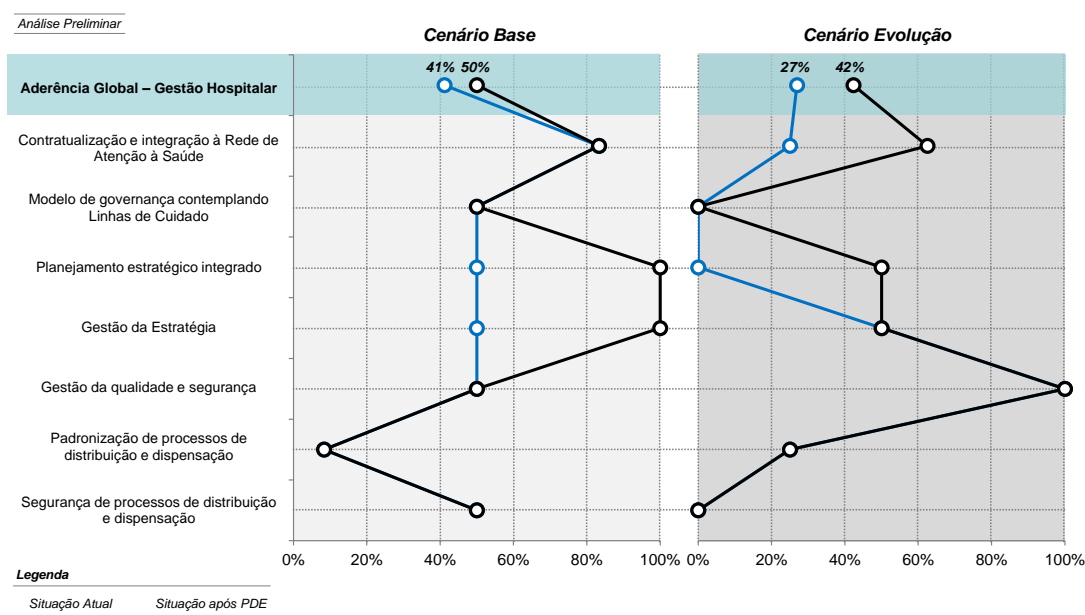


Figura 22 Previsão global de aderência a Cenário Base e Cenário Evolução – Gestão Hospitalar

O Modelo de Referência de Gestão Hospitalar apresenta atualmente uma aderência de 41% ao Cenário Base. Após a implementação do PDE, é esperado que o Modelo aumente o seu nível de aderência em 9p.p. no Cenário Base e 15p.p. no Cenário Evolução.

A evolução dos pontos percentuais no Modelo de Gestão Hospitalar está diretamente relacionada com os nós críticos: NC1 - Inexistência de ciclo de planejamento estratégico institucionalizado e o NC3 - Falta de política de comunicação institucional. No entanto, o Modelo também possui influência de alguns pontos percentuais de ações do Modelo de Gestão da Clínica que são horizontais ao Modelo de Gestão Hospitalar.

O desdobramento de ações para o NC1 - Inexistência de ciclo de planejamento estratégico institucionalizado, pelo HUUFMA busca o alcance da eficiência, eficácia e efetividade na gestão do hospital com o intuito de compatibilizar as necessidades da assistência, ensino e pesquisa no alinhamento organizacional. As ações definidas para este nó crítico tem o intuito de desenvolver a participação e o envolvimento dos trabalhadores do hospital, promovendo uma visão de futuro, racionalização do processo de tomada de decisão, estímulo e o comprometimento das áreas do hospital facilitando o alcance de metas e objetivos. Para alcançar esse objetivo o hospital irá promover a Institucionalização do Ciclo de Planejamento Estratégico.

As ações definidas para o NC3 - Falta de política de comunicação institucional, tem o objetivo de criar um Plano de Comunicação para as áreas internas e o contexto externo do hospital que possibilite a transparência das informações e o cumprimento da missão pública, com qualidade e eficiência. Para atender essa demanda, o HUUFMA definiu a ação de Construção e implantação de um Plano de Comunicação Institucional.

As ações definidas nos NC1 e NC3 são responsáveis pelo o aumento percentual no Grupo de Referência “Planejamento estratégico integrado” do Modelo de Gestão Hospitalar. Enquanto que o aumento percentual nos Grupos: “Contratualização e integração à Rede de Atenção à Saúde” e “Gestão da estratégia” possui relacionamento direto com algumas das ações definidas no Modelo de Gestão da Clínica que contribuem com um aumento de pontos percentuais no Modelo de Gestão Hospitalar.

➤ Análise da previsão de aderência a Cenário Base e Cenário Evolução do Modelo de Gestão da Clínica

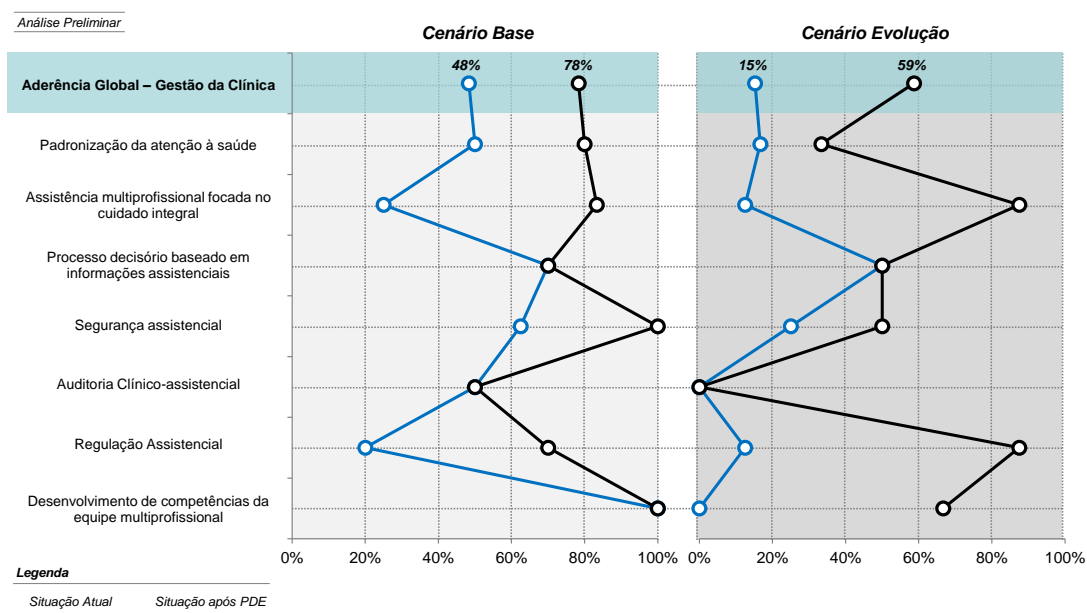


Figura 23 Previsão global de aderência a Cenário Base e Cenário Evolução – Gestão da Clínica

O Modelo de Referência de Gestão da Clínica apresenta atualmente uma aderência de 48% ao Cenário Base. Após a implementação do PDE, é esperado que o Modelo aumente o seu nível de aderência em 30p.p. no Cenário Base e 44p.p no Cenário Evolução.

O Modelo de Gestão da Clínica concentra a maioria das ações definidas pelo HUUFMA no PDE (cerca de 60% das ações). Esta decisão está pautada na preocupação do hospital em melhorar significativamente o seu modelo assistencial assim como a gestão de

seus profissionais e o foco no cuidado ao paciente. Diante desse contexto o hospital priorizou as ações explicitadas a seguir para cada nó crítico.

O desdobramento das ações do NC4 - Baixa qualificação dos gestores (governança e serviços) demonstra a preocupação do hospital em melhorar a sua atuação no âmbito da gestão do HUUFMA. Para este nó, o hospital desenhou ações que permitem a busca por uma atuação de excelência da equipe de governança e gerentes, valorizando a técnica, o aperfeiçoamento da humanização nas relações existentes com os pacientes, familiares, trabalhadores e estudantes levando em consideração também a valorização do trabalho em equipe. Com o objetivo de buscar o cumprimento dessa prática, a construção do perfil de competência do gestor nas áreas do HUUFMA, a criação de critérios de seleção e indicação para a ocupação de cargos e a construção e implantação de um Programa de Educação Permanente para os gestores são exemplos das ações que o hospital desenhou para cumprir a demanda desse nó crítico.

Ações sobre a contratualização foram abordadas no NC5 - Processo de contratualização construído pela governança sem envolvimento das equipes. No detalhamento desse nó, o HUUFMA busca a integração e o envolvimento dos trabalhadores do hospital na definição de metas no processo de contratualização, que deve potencializar o alcance das metas estabelecidas com o gestor municipal. Para cumprir esse objetivo o hospital estabeleceu as ações: elaboração de um Plano de divulgação para a comunidade interna com o intuito de divulgar a contratualização recém-realizada (Jan/2014) com o gestor municipal; e planejamento e implantação do processo de contratualização interna com as equipes assistenciais do HUUFMA.

O desdobramento das ações do NC6 - Falta de Gestão de leitos, consultas e SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico), permite que o hospital busque a ampliação dos serviços ofertados pelo HUUFMA, por meio da maior rotatividade de leitos, redução do tempo de permanência, diminuição do tempo de espera em filas que deve fortalecer a articulação com a rede loco regional de atenção a saúde. Para cumprir essa demanda o hospital priorizou a ação de implantação do Núcleo de Interno de Regulação (NIR).

As ações para o NC7 - Fragilidade de política para a formação de trabalhadores do HU, busca a melhoria da qualidade do cuidado prestado aos usuários do HUUFMA, a partir do fortalecimento do trabalho em equipe utilizando como estratégia processos de ensino-aprendizagem (orientados pelo perfil de competência dos profissionais), com o objetivo de gerar reflexões de práticas, redução de custos operacionais e o alcance de trabalhos e processos mais eficientes. Esses objetivos devem ser alcançados a partir das ações: construção de perfis de competências (inclusive preceptoria); implantação de um

Programa de desenvolvimento de trabalhadores (recém-admitidos, residentes e preceptores); e implantação de Programa de desenvolvimento técnico multiprofissional.

O desdobramento das ações do NC8 - Inexistência de um Plano de Segurança ao Paciente implantado no HU deve ajudar o HUUFMA a promover a redução dos eventos adversos e incidentes no cuidado promovendo a cultura de segurança ao paciente no hospital. Para cumprir com esse objetivo o HUUFMA irá realizar a construção e implantação do Programa de Segurança ao Paciente.

As ações desenhadas para o NC9 - Modelo de Cuidado não organizado por linha de cuidado tem por objetivo buscar um Modelo de Governança Clínica, estruturado por linhas de cuidado que possibilite itinerários terapêuticos seguros, resolutivos e um cuidado contínuo, integral e humanizado aos usuários. Para atender a implantação desse nó o hospital estabeleceu as ações: implantação de Linhas de Cuidado; e implantação de equipes multiprofissionais horizontais e de apoio matricial nas unidades de internação hospitalar.

As ações para o NC10 - A cultura organizacional não é focada no cuidado integral ao paciente, visa mudar o modelo vigente no hospital buscando um modelo pautado no trabalho interdisciplinar, orientado pelas necessidades dos usuários com a incorporação de práticas de gestão da clínica com foco na efetividade, eficácia e eficiência e padrões de qualidade. Para cumprir esse objetivo o HUUFMA irá realizar a construção de processos assistenciais multiprofissionais, humanizados com foco na integralidade do cuidado e articulado com as Linhas de Cuidado.

O desdobramento de ações do NC11 - Longa permanência do paciente por falta de estrutura da rede de atenção básica para continuidade do cuidado do paciente, possui o objetivo de reduzir a permanência hospitalar, com a desospitalização de pacientes crônicos, promovendo a continuidade do cuidado por meio de fluxos assistenciais pactuados com o gestor. Para cumprir esse objetivo o HUUFMA desenhou as ações: implantação da alta hospitalar regulada; e implantação de uma equipe de atenção domiciliar.

Com base nas informações apresentadas é possível verificar que as ações definidas pelo HUUFMA permeiam quase que em sua totalidade os Grupos de Referência do Modelo de Referência de Gestão da Clínica, sendo abordados nesse PDE os Grupos: “Padronização da atenção à saúde”, “Assistência multiprofissional focada no cuidado integral”, “Segurança assistencial”, “Regulação Assistencial” e “Desenvolvimento de competências da equipe multiprofissional”. O desdobramento de todas as ações apresentadas para esse PDE contribui de forma significativa para a evolução do HUUFMA no Modelo de Gestão da Clínica revertendo o baixo percentual diagnosticado para o modelo na aplicação da Lista de Contribuições (50%).

➤ **Análise da previsão de aderência a Cenário Base e Cenário Evolução do Modelo de Humanização da Saúde**

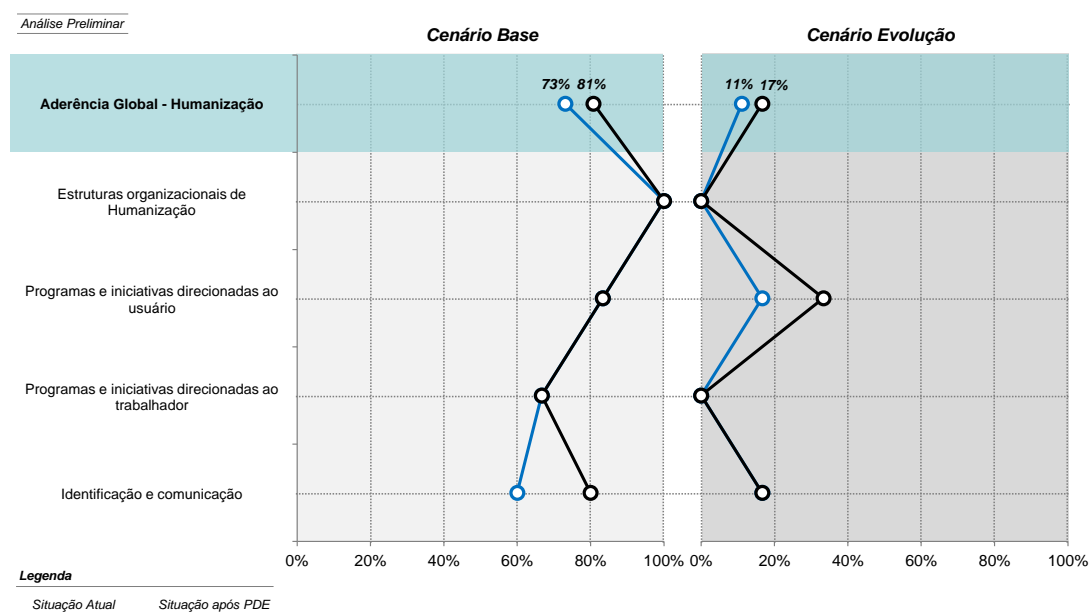


Figura 24 Previsão global de aderência a Cenário Base e Cenário Evolução – Humanização da Saúde

O Modelo de Referência de Humanização da Saúde apresenta atualmente uma aderência de 73% ao Cenário Base. Após a implementação do PDE, é esperado que o modelo aumente o seu nível de aderência em 8p.p. no Cenário Base e 6p.p. no Cenário Evolução.

O HUUFGMA não possui nenhum nó crítico dedicado exclusivamente ao Modelo de Humanização da Saúde, no entanto o aumento de pontos percentuais no cenário Base e Evolução ocorre devido a definição de algumas ações no Modelo de Gestão da Clínica que são horizontais ao Modelo de Humanização da Saúde.

Os Grupos do Modelo de Humanização da Saúde que são diretamente influenciados por essas ações são: “Programas e iniciativas direcionadas ao usuário” e “Identificação e comunicação”.

O NC10 – A cultura organizacional não é focada no cuidado integral ao paciente, é o nó que contribui para o aumento percentual no Modelo de Humanização da Saúde.

➤ **Análise da previsão de aderência a Cenário Base e Cenário Evolução do Modelo de Hotelaria Hospitalar**

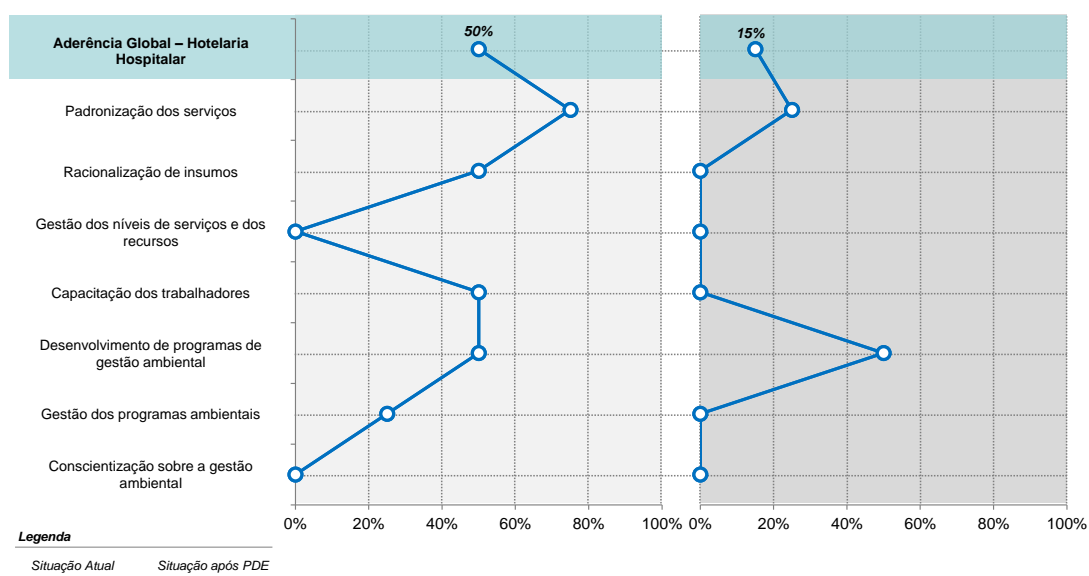


Figura 25 Previsão global de aderência a Cenário Base e Cenário Evolução – Hotelaria Hospitalar

O Modelo de Referência de Hotelaria Hospitalar apresenta atualmente uma aderência de 50% ao Cenário Base e 15% ao Cenário Evolução. Não é esperado, nesse Modelo, o aumento no nível de aderência nos Cenários Base e Evolução.

Diante das demais ações priorizadas no Modelo de Gestão da Clínica e em menor grau para outros modelos, o HUUFMA não priorizou, de forma consciente, nenhuma ação no Modelo de Hotelaria Hospitalar para ser abordada nesse PDE, decisão essa consensuada por toda a equipe.

No entanto, o Hospital possui ações, fora do escopo do PDE, que estão sendo desenvolvidas e planejadas pela equipe responsável pela área de Hotelaria.

➤ **Análise da previsão de aderência a Cenário Base e Cenário Evolução do Modelo de Compras Hospitalares**

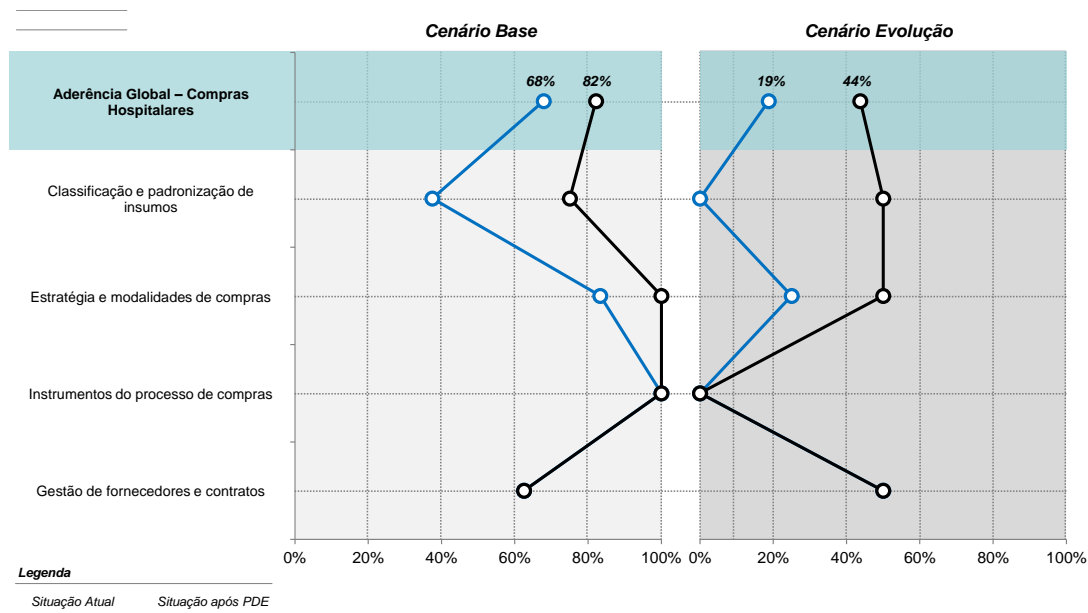


Figura 26 Previsão global de aderência a Cenário Base e Cenário Evolução – Compras Hospitalares

O Modelo de Referência de Compras Hospitalares apresenta atualmente uma aderência de 68% ao Cenário Base. Após a implementação do PDE, é esperado que o Modelo aumente o seu nível de aderência em 14p.p. no Cenário Base e 25p.p. no Cenário Evolução.

A evolução dos pontos percentuais no Modelo de Compras Hospitalares, para as ações definidas, está relacionada com as ações do NC12 - Gestão insuficiente de suprimentos para o funcionamento do HU. Neste nó crítico o HUUFMA espera promover a estruturação de logística e suprimentos com o abastecimento regular e no tempo oportuno de materiais e contratos de serviços para o hospital. Com esse objetivo o hospital planejou a ação de reestruturação da gestão dos processos da área de compras e contratos. As ações definidas possibilitam a evolução do hospital tanto no Cenário Base quanto no Cenário Evolução.

Dessa forma, dos quatro Grupos de Referência que compõem o Modelo de Compras Hospitalares, o foco de desenvolvimento de ações pelo hospital está distribuído nos Grupos “Classificação e padronização de insumos” e “Estratégia e modalidades de compras”.

Os demais Grupos do Modelo de Compras Hospitalares não estão sendo contemplados no PDE nesse momento, visto a moderada aderência do Modelo apresentada atualmente no hospital.

➤ **Análise da previsão de aderência a Cenário Base e Cenário Evolução do Modelo de Administração Econômico-Financeira**

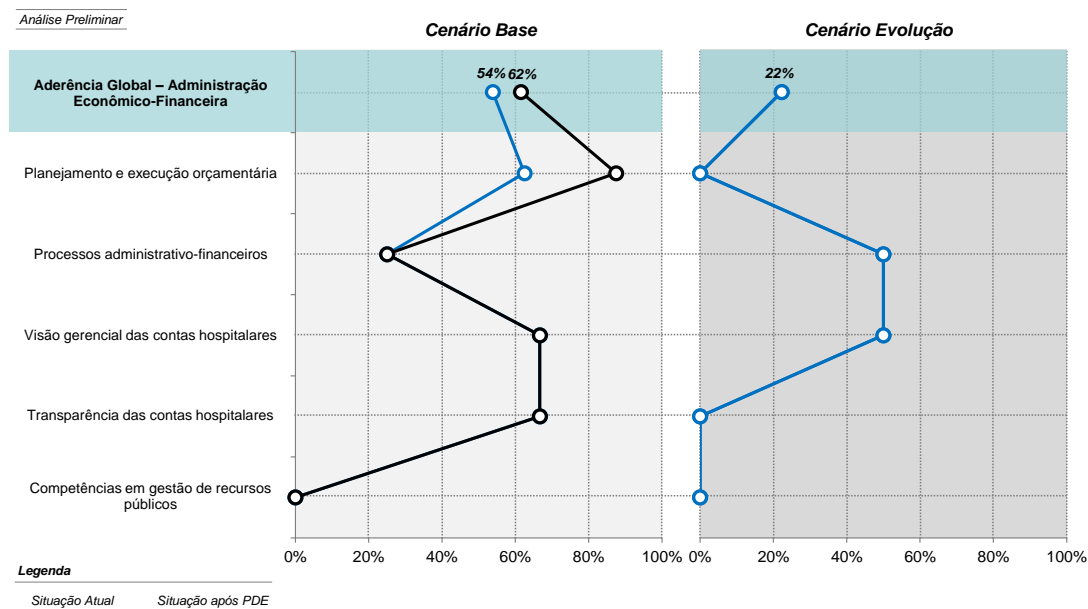


Figura 27 Previsão global de aderência a Cenário Base e Cenário Evolução – Administração Econômico-Financeira

O Modelo de Referência de Administração Econômico-Financeira apresenta atualmente uma aderência de 54% e 22% aos Cenários Base e Evolução, respectivamente. Após a implementação do PDE, é esperado que o Modelo aumente o seu nível de aderência em 8p.p. no Cenário Base.

A evolução dos pontos percentuais no Modelo Administração Econômico-Financeira, está relacionada com a ação do NC2 - Falta um Plano Diretor de Investimento/Físico. Para esse nó o HUUFMA direciona suas forças na criação de um PDI que viabilize uma assistência de excelência, favorecendo a evolução do ambiente de ensino e pesquisa, assegurando a disponibilidade, funcionalidade e a segurança da infraestrutura dos equipamentos médico-hospitalares aos trabalhadores e usuários do HUF. Para cumprir esse objetivo o HUUFMA irá instituir as ações: construção de um Plano Diretor de Investimento/Físico; aprovação do Plano junto a EBSEH; e Execução do Plano Diretor.

Dessa forma, o hospital apresentou evolução no Grupo de Referência que compõe o Modelo Administração Econômico-Financeira - “Planejamento e execução orçamentária”.

➤ **Análise da previsão de aderência a Cenário Base e Cenário Evolução do Modelo de Gestão de Obras e Engenharia Clínica**

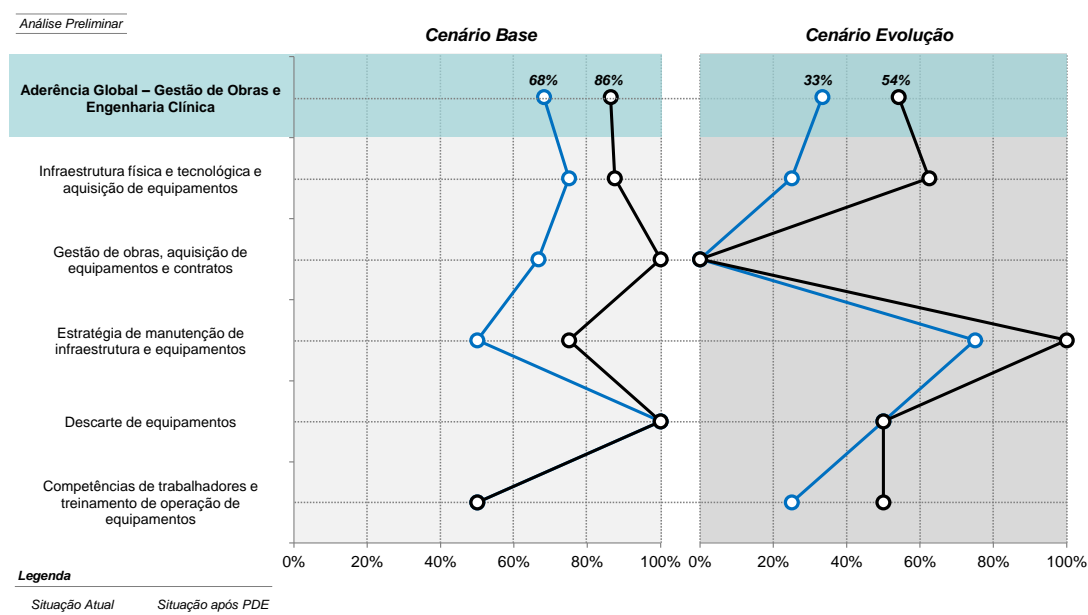


Figura 28 Incidência média de nós críticos e oportunidades de melhoria abordadas nos PDEs – Gestão de Obras e Eng^a Clínica

O Modelo de Referência de Gestão de Obras e Engenharia Clínica apresenta atualmente uma aderência de 68% e 33% ao cenário Base e Evolução, respectivamente. Após a implementação do PDE, é esperado que o modelo aumente o seu nível de aderência em 18p.p. no Cenário Base e 21p.p. no Cenário Evolução.

A evolução dos pontos percentuais no Modelo Gestão de Obras e Engenharia Clínica, está relacionada com as ações do NC13 - Falta de planejamento dos projetos de atenção articulados com a ocupação dos espaços físicos e NC14 - Sistema de Gestão de equipamentos insuficiente para atender as demandas do HU.

O desdobramento das ações do NC13 - Falta de planejamento dos projetos de atenção articulados com a ocupação dos espaços físicos, têm por objetivo buscar o melhor aproveitamento dos espaços físicos do hospital permitindo avaliar quais são as melhores opções de obras, considerando o crescimento do hospital e a execução de projetos assistenciais (com maior segurança e agilidade). Para atender a essa demanda o hospital desenhou as ações: avaliação da infraestrutura física considerando o perfil assistencial atual e o planejado; implantação de fluxos de pleitos de obras e; implantação de Gestão de Riscos relacionados à infraestrutura.

O NC14 - Sistema de Gestão de equipamentos insuficiente para atender as demandas do HU, visa buscar uma consolidação, acessibilidade e disponibilização de forma eletrônica sobre os equipamentos médico-hospitalares, permitindo agilidade na consulta de

informações sobre o parque tecnológico. Para cumprir essa demanda o HUUFMA desenhou as ações: avaliação do Parque Tecnológico do hospital (considerando o perfil assistencial); implantação do fluxo de pleitos de aquisição; e implantação de Programa de Manutenção Preventiva e Corretiva de equipamentos.

Dessa forma, o hospital apresentou evolução em 4 Grupos de Referência que compõe o Modelo Gestão de Obras e Engenharia Clínica dos 5 Grupos existentes: “Infraestrutura física e tecnológica e aquisição de equipamentos”, “Gestão de obras, aquisição de equipamentos e contratos”, “Estratégia de manutenção de infraestrutura e equipamentos” e “Competências de trabalhadores e treinamento de operação de equipamentos”.

7 REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- BARBIERI, J. C. Gestão ambiental e empresarial: Conceitos, métodos e Instrumentos. São Paulo: Saraiva. 2004.
- BOEGER, M. A. M. Hotelaria hospitalar: Gestão em Hospitalidade e Humanização. São Paulo: Senac, 2009.
- BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Portaria n. 125, de 11 de dezembro de 2012. Delega competências aos Superintendentes dos Hospitais Universitários administrados pela EBSEH para a prática dos atos de gestão que especifica. Diário Oficial da União, 13 de dezembro de 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, janeiro de 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2011. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2011/matriz.htm>>. Acesso em: 24 Abr.2014.
- BUVINICH, M. R. **Ferramentas para monitoramento e avaliação de programas e projetos sociais**. Cadernos de Políticas Sociais. n. 10. Brasília: UNICEF, 1999.
- CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciência & Saúde Coletiva, : 2000; 5(2):219-230.
- CORAL, E; OGLIARI, A.; ABREU, A. F. de. Gestão integrada da inovação: estratégia, organização e desenvolvimento de produtos. São Paulo: Atlas, 2008.
- EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. **2º Relatório de Progresso Fase 4 Análise Situacional - Lista de Contribuições** - Relatório Final. Dezembro/2013.
- EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. **3º Relatório de Progresso Fase 4 Análise Situacional - Módulo de Análise de Gaps** - Relatório Final. Fevereiro/2014.
- FORTES, P. A. de C. Ética, Direitos dos Usuários e Políticas de Humanização da Atenção à Saúde. Revista Saúde e Sociedade v.13, no 3, p.30-35, 2004.
- FUNDAÇÃO JOSUÉ MONTELO. **Relatório de Atividades 2011**. 82 p.
- GONZALEZ, A.; SILVA, A. C.V.; SILVA, E. P.; RESENDE, G.T.; SILVA. I.F.;
- HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. **Termo de referência para a sistematização do PDE**. Setembro/ 2013.
- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. O Hospital /História. Disponível em: <http://www.huufma.br/site/estaticas/mostra_estat.php?id=2#.U1-OUKxguf4>. Acesso em: 14 Abr.2014.

- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Relatório de Atividades 2010. Disponível em: <http://www.huufma.br/site/estaticas/mostra_estat.php?id=78#.U1-Ntqxquf4>. Acesso em: 22 Abr.2014.
- HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. **Termo de referência para a sistematização do PDE.** Setembro/ 2013
- HUERTAS, F. Entrevista com Matus: o método PES. São Paulo: Fundap, 2004.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ma>>. Acesso em: 24 Abr.2014.
- Manual de material médico-hospitalar. Informa: 2005; v.17 n 3/4 pag.66-68
- MATUS, C. Adeus, senhor presidente. São Paulo: Fundap, 2007.
- MATUS, C. Chimpanzé, Maquiavel e Ghandi: estratégias políticas. São Paulo: Fundap, 1996.
- MATUS, C. O líder sem estado maior. São Paulo: Fundap, 2000.
- MATUS, C. O método PES: roteiro de análise teórica. São Paulo: Fundap, 1997.
- MATUS, C. O plano como aposta. São Paulo em Perspectiva, , São Paulo, p. 28-42, out./dez. 1991.
- MATUS, C. Política, planejamento e governo. Brasília: Ipea, 1993. v. I e II.
- MATUS, C. Teoria do jogo social. São Paulo: Fundap, 2005.
- MICHELIN, A.F; BONIFÁCIO, N.A.;DIAS, R.B.; MICHELIN, D.C. Gestão de material médico-hospitalar em um serviço de farmácia de um hospital geral e elaboração de um
- MIGLIATO, A.L.T. Planejamento estratégico situacional aplicado à pequena empresa: estudo comparativo de casos de empresas do setor de serviço (hoteleiro) da região de Brotas — SP. Dissertação (mestrado em engenharia de produção) — Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. EMI nº00383/2010/MP/MEC de 23/12/2010. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil.../EMI-383-MP-MEC-MPV-520-10.htm>>. Acesso em: 26 Abr.2014.
- MOURÃO, L.; COUTO, D. U. C. A fiscalização dos processos licitatórios na Administração Pública. Revista do tribunal de contas de Minas gerais. 2011,v. 78, numero 01 pag. 41 -59
- NASCIMENTO, M.D.S.B.N e colaboradores. **O Resgate da Produção Científica do Curso de Medicina da UFMA: Monografias de conclusão de curso - 1998 a 2002.** São Luís: EDUFMA, 2005. 421 p.
- Oficina de Trabalho – Atores Sociais. IEP-HSL, São Paulo. 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Alerta para o baixo número de médicos no Brasil. Disponível em: <<http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2013-05-20/oms-alerta-para-o-baixo-numero-de-medicos-no-brasil.html>>. Acesso em: 24 Abr.2014.

RECH C. M. F. Humanização hospitalar: o que pensamos tomadores de decisão a respeito? São Paulo 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

SOUSA, M.A.A. Hotelaria hospitalar: uma visão gastronômica sobre a nutrição hospitalar. Um estudo sobre o hospital infantil Sabará. Revista de Iniciação Científica: 2012; número 7, pag. 4-11

Termo de Referência da Oficina de Trabalho: Análise de Viabilidade do PDE. IEP-HSL, São Paulo. 2014.

Termo de Referência do Plano de Ação – PDE. IEP-HSL, São Paulo. 2014.

Termo de Referência OT SWOT. IEP-HSL, São Paulo. 2014.

VECINA NETO, G., REINHARDT FILHO. Gestão de recursos materiais e de medicamentos. São Paulo: IDS, 1998. 93 p.

8 APÊNDICE

Apêndice 1 Identificando os macroproblemas do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HUUFMA

Este questionário faz parte desenvolvimento do Plano Diretor Estratégico (PDE) do HUUFMA. Sua participação, juntamente com a sua equipe, é imprescindível à construção deste PDE.

Problema: é uma realidade insatisfatória que gera desconforto e mal estar, mas pode ser superável pela mudança para uma realidade considerada mais favorável. O problema traz uma carga negativa que aponta a insatisfação; é um obstáculo ou desafio entre a realidade atual e a situação desejada.

Macroproblema: É o conjunto de problemas que estão associados a uma mesma causa.

Solicitamos o preenchimento dos quadros abaixo:

Quadro 1 – Valores atribuídos aos macroproblemas

Determine o valor que **você atribui** a cada macroproblema, marcando com um “X” as opções abaixo relacionadas:

Macroproblema	Valor		
	Alto	Médio	Baixo
Estrutura Física, tecnológica e de pessoas insuficiente para garantia do funcionamento do HU			
Baixa articulação com o SUS			
Modelo clínico assistencial insuficiente frente às necessidades da população			
Modelo de Gestão pouco qualificado para a missão do HU			
Dificuldade de articulação entre os interesses acadêmicos (ensino/pesquisa) e a assistência			

*Valor diz respeito à importância que você atribui ao problema

Quadro 2 – Interesse que você atribui aos macroproblemas

Marque com um “X” no quadro abaixo a sua opinião sobre o seu interesse em trabalhar esses macroproblemas.

Macroproblema	Interesse		
	Sim (+)	Não (-)	Indiferente (0)
Estrutura Física, tecnológica e de pessoas insuficiente para garantia do funcionamento do HU			
Baixa articulação com o SUS			
Modelo clínico assistencial insuficiente frente às necessidades da população			
Modelo de Gestão pouco qualificado para a missão do HU			
Dificuldade de articulação entre os interesses acadêmicos (ensino/pesquisa) e a assistência			

***Interesse** diz respeito à necessidade de mudar a realidade, superando problemas ou reforçando potencialidades. A necessidade de mudar a realidade, superando problemas ou reforçando potencialidades recebe interesse com o sinal positivo. O desejo de manter a realidade, rechaçando mudanças, recebe interesse com sinal negativo. A posição de indiferença, ou seja, não se preocupa com o assunto, recebe o sinal neutro (0).

Quadro 3 – Priorização dos macroproblemas

Atribua uma nota na escala de “0” a “10” para expressar o grau de prioridade que **você confere** para resolução de cada macroproblema. (0 a menor nota e 10 a maior nota).

Macroproblema	Grau de prioridade
Estrutura Física, tecnológica e de pessoas insuficiente para garantia do funcionamento do HU.	
Baixa articulação com o SUS.	
Modelo clínico assistencial insuficiente frente às necessidades da população.	
Modelo de Gestão pouco qualificado para a missão do HU.	
Dificuldade de articulação entre os interesses acadêmicos (ensino/pesquisa) e a assistência.	

*A **priorização** do macroproblema a ser abordado no PDE do HUUFMA deve levar em consideração, pelo menos três critérios: (i)- Possibilidade de intervenção no problema, mesmo que sejam necessárias parcerias com atores externos ao HU; (ii) viabilidade política para intervenções no problema; (iii) interesse da equipe em atuar no problema.

Liste abaixo outros macroproblemas segundo a sua percepção.

Apêndice 2 Quadro Consolidado de Ações HUUFMA, maio de 2014.

Quadro consolidado das ações

Macroproblema	Nó crítico	ID	Ações e atividades	Ação Precedente ID	Responsável	Data Início	Data Fim	Recursos financeiros (R\$ mil)	Indicadores de monitoramento	Indicadores de resultado	Resultado esperado / Meta
MP1	NC1	1.1	1.1 - Institucionalização de ciclo de Planejamento Estratégico	-	Unidade de Planejamento em parceria com a governança	01/09/14	31/08/16	-	Constatar a existência do PDE materializado em um documento de acesso público	(Nº de ações concluídas num determinado período/número de ações planejadas no mesmo período) X 100	70%
MP1	NC1	1.1.1	1.1.1 - Instituir equipe condutora do processo	-	-	-	-	-			
MP1	NC1	1.1.2	1.1.2 - Definir diretrizes estratégicas e percurso metodológico	-	-	-	-	-			
MP1	NC1	1.1.3	1.1.3 - Elaborar o plano estratégico	-	-	-	-	-			
MP1	NC1	1.1.4	1.1.4 - Negociar com EBSERH	-	-	-	-	-			
MP1	NC1	1.1.5	1.1.5 - Acompanhar e monitorar com indicadores trimestralmente	-	-	-	-	-			
MP1	NC1	1.1.6	Atividade 1.1.6 - Divulgar o andamento do plano para comunidade interna semestralmente	-	-	-	-	-			

Quadro consolidado das ações

Macroproblema	Nó crítico	ID	Ações e atividades	Ação Precedente ID	Responsável	Data Início	Data Fim	Recursos financeiros (R\$ mil)	Indicadores de monitoramento	Indicadores de resultado	Resultado esperado / Meta
MP1	NC2	1.2.1	1.2.1 - Construção de um Plano Diretor de Investimento/Físico	3.13.1 3.14.1 3.13.3 3.14.2 3.13.2	Gerência Adm., Setor de Engenharia Clínica com apoio da Superintendência	01/09/14	30/04/15	R\$ 5.000,00	N/A	(Nº de ações de investimento realizadas/número de ações de investimento inseridas no PDI) X 100	80%
MP1	NC2	1.2.1.1	1.2.1.1 Definir princípios e regras orientadoras da construção e utilização do espaço do HU e aquisição de equipamentos médicos hospitalares com base na análise de demandas prioritizadas pelo Grupo Permanente de Avaliação de Demandas.	-	-	-	-	-			
MP1	NC2	1.2.1.2	1.2.1.2 Definir um plano de organização do espaço hospitalar e de incorporação tecnológica a partir do mapeamento e inventário realizado	-	-	-	-	-			
MP1	NC2	1.2.1.3	1.2.1.3 Contratar um escritório de arquitetura especializado para elaboração do PDI/PDF	-	-	-	-	-			
MP1	NC2	1.2.2	1.2.2 - Aprovação do Plano Diretor de Investimento/Físico junto a EBSEH	1.2.1	Gerência Adm., Setor de Engenharia Clínica com apoio da Superintendência	03/01/15	31/05/15	-			
MP1	NC2	1.2.2	1.2.2.1. Enviar o PDI/PDF com um pré-orçamento para a EBSEH, visando aprovação	-	-	-	-	-			
MP1	NC2	1.2.3	1.2.3 - Execução do Plano Diretor de Investimento/Físico	1.2.2	Gerência Adm., Setor de Engenharia Clínica com apoio da Superintendência	01/03/16	30/09/16	-			
MP1	NC2	1.2.3.1	1.2.3.1 Elaborar o projeto executivo dos investimentos aprovados pela EBSEH, comparando o orçamento detalhado com o pré-orçamento e com análise de impactos	-	-	-	-	-			
MP1	NC2	1.2.3.2	1.2.3.2 Gerenciar o recebimento e instalação dos equipamentos; e os projetos de obras utilizando o Módulo Interno do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle do Ministério da Educação (SIMEC)	-	-	-	-	-			

Quadro consolidado das ações

Macroproblema	Nó crítico	ID	Ações e atividades	Ação Precedente ID	Responsável	Data Início	Data Fim	Recursos financeiros (R\$ mil)	Indicadores de monitoramento	Indicadores de resultado	Resultado esperado / Meta		
MP1	NC3	1.3	1.3 Construção e implantação de um Plano de Comunicação Institucional	-	Assessoria de Com. com apoio da Assessoria de Planejamento	01/09/14	31/04/15	R\$ 5.000,00	N/A	(Nº de matérias divulgadas num determinado período / Nº de matérias enviadas num mesmo período) X 100	30%		
MP1	NC3	1.3.1	1.3.1 Adotar o modelo de gestão à vista e comunicação de resultados no contexto interno:	-	-	-	-	-					
MP1	NC3	1.3.1.1	1.3.1.1. Planejar e divulgar em vários pontos do hospital os resultados da gestão, com foco nos trabalhadores e usuários.	-	-	-	-	-					
MP1	NC3	1.3.1.2	1.3.1.2 Definir a forma de disposição das informações, linguagem visual e os locais onde serão expostos.	-	-	-	-	-					
MP1	NC3	1.3.1.3	1.3.1.3 Estabelecer rotina de manutenção e atualização das informações.	-	-	-	-	-					
MP1	NC3	1.3.1.4	1.3.1.4 Elaborar e divulgar o Manual de Identidade Visual.	-	-	-	-	-					
MP1	NC3	1.3.2	Atividade 1.b Comprometer-se com a transparência das informações:	-	-	-	-	-					
MP1	NC3	1.3.2.1	1.3.2.1 Estabelecer canais direto e indireto, ativo e passivo, de comunicação com as principais instâncias de acompanhamento e controle social do HU (EBSERH/Conselho Municipal de Saúde/Gestão Municipal/Gestão Estadual/Ministério Público) para socializar informações, definindo a periodicidade segundo informação, visando à transparência: Plano Diretor; Relatório de Gestão; Informações orçamentário-financeiras; compras; plano operativo; alcance de metas da contratualização, dentre outros).	-	-	-	-	-				(Nº publicações das contas hospitalares quadrimestral / Nº de quadrimestres do ano) X 100	100%
MP1	NC3	1.3.2.2	1.3.2.2 Construir uma agenda positiva para a divulgação de ações e resultados do HU junto a mídia falada e escrita;	-	-	-	-	-				(Nº de matérias divulgadas quadrimestral / Nº de matérias enviadas num mesmo período) X 100	25%
MP1	NC3	1.3.2.3	1.3.2.3 Compartilhar os resultados do HU com a Rede de Atenção à Saúde local e regional.	-	-	-	-	-					
MP1	NC3	1.3.2.4	1.3.2.4 Monitorar diariamente matérias publicadas que façam conexão com as atividades do HU.	-	-	-	-	-					
MP1	NC3	1.3.2.5	1.3.2.5 Monitorar e Divulgar eventos realizados no HU relevantes para sociedade.	-	-	-	-	-					

Quadro consolidado das ações

Macroproblema	Nó crítico	ID	Ações e atividades	Ação Precedente ID	Responsável	Data Início	Data Fim	Recursos financeiros (R\$ mil)	Indicadores de monitoramento	Indicadores de resultado	Resultado esperado / Meta
MP1	NC4	1.4.1	1.4.1 Construção do perfil de competência do gestor das diferentes áreas do HU	-	Superintendência e Gerência Adm. através da UDP	01/09/14	31/07/16	R\$ 10.000,00	N/A	(Quantidade de Perfis de competência construídos / Total de Cargos do HU) X 100	40%
MP1	NC4	1.4.1.1	1.4.1.1 Definir, a partir do organograma institucional, as competências desejadas para os gestores, construído no horizonte deste plano considerando os níveis hierárquicos.	-	-	-	-	-			
MP1	NC4	1.4.1.2	1.4.1.2 Identificar profissional consultor, especialista na área para apoiar o trabalho.	-	-	-	-	-			
MP1	NC4	1.4.1.3	1.4.1.3 Iniciar a construção de forma gradativa até completar a totalidade dos gestores, priorizando as áreas assistenciais.	-	-	-	-	-			
MP1	NC4	1.4.2	1.4.2 Criação de critérios de seleção e indicação para ocupação de cargos de gestores no HU	1.4.1	Superintendência e Gerência Adm. através da UDP	01/07/16	31/08/16	-	N/A	(Nº de cargos dos gestores nomeados de acordo com os critérios estabelecidos / nº total de gestores nomeados para ocupação de cargos do HUUFMA) x100	50%
MP1	NC4	1.4.2.1	1.4.2.1 Construir critérios para ocupação dos cargos de gestão considerando o perfil de competência construído.	-	-	-	-	-			
MP1	NC4	1.4.3	1.4.3 Construção e implantação de um programa de Educação Permanente (EP) para os gestores	1.4.1 1.4.2	Superintendência e Gerência Adm. e UDP	05/01/15	31/08/16	R\$ 100.000,00	N/A	(Nº de gestores participantes nos encontros de educação permanente realizados/nº total de gestores indicados para participar dos encontros) X 100	70%
MP1	NC4	1.4.3.1	1.4.3.1 Elaborar o programa de EP e divulgar na comunidade interna	-	-	-	-	-			
MP1	NC4	1.4.3.2	1.4.3.2 Definir grupos multidisciplinares e de diferentes áreas, tantos quantos forem necessários, compostos de no máximo 10 gerentes para encontros de Educação Permanente, com periodicidade quinzenal.	-	-	-	-	-			
MP1	NC4	1.4.3.3	1.4.3.3 Identificar profissional para facilitação dos encontros, com conhecimento em problematização a partir da reflexão da prática.	-	-	-	-	-			

Quadro consolidado das ações

Macroproblema	Nó crítico	ID	Ações e atividades	Ação Precedente ID	Responsável	Data Início	Data Fim	Recursos financeiros (R\$ mil)	Indicadores de monitoramento	Indicadores de resultado	Resultado esperado / Meta
MP1	NC5	1.5.1	1.5.1 Elaboração de um Plano de divulgação para comunidade interna da contratualização recém-formalizada com o gestor municipal	1.1 1.3	Unidade de Planejamento junto da Gerência de Assistência, Ensino e Adm. com apoio da Superintendência.	05/01/15	30/06/15	-	N/A	(Nº de trabalhadores presentes nas OTs/nº total de trabalhadores para OTs) X 100	70%
MP1	NC5	1.5.1.1	1.5.1.1 Elaborar um instrumento que possibilite na OT uma análise situacional do potencial de alcance das metas, estabelecidas na contratualização, considerando a capacidade de produção das equipes.	-	-	-	-	-			
MP1	NC5	1.5.1.2	1.5.1.2 Realizar Oficinas de Trabalho (OT), tantas quantas necessárias, com grupos de até 20 trabalhadores, contemplando todas as áreas assistenciais e administrativas apresentando o plano operativo (documento descritivo) estabelecido na contratualização com o gestor municipal.	-	-	-	-	-			
MP1	NC5	1.5.1.3	1.5.1.3 Sistematizar os produtos das Oficinas, orientado pelas necessidades de ajuste no plano operativo.	-	-	-	-	-			
MP1	NC5	1.5.1.4	1.5.1.4 Pactuar com as equipes o processo de monitoramento das metas do plano operativo.	-	-	-	-	-			

Quadro consolidado das ações

Macroproblema	Nó crítico	ID	Ações e atividades	Ação Precedente ID	Responsável	Data Início	Data Fim	Recursos financeiros (R\$ mil)	Indicadores de monitoramento	Indicadores de resultado	Resultado esperado / Meta
MP1	NC5	1.5.2	1.5.2 Planejamento e Implantação do processo de contratualização interna com as equipes assistenciais do HU, coerente com as necessidades de ensino e aprendizado	1.1 1.3	Unidade de Planejamento junto da Gerência de Assistência, Ensino e Adm. com apoio da Superintendência.	01/07/15	31/08/16	-	N/A	(Nº de equipes contratualizadas internamente / Nº de equipes envolvidas na contratualização) X 100	100%
MP1	NC5	1.5.2.1	1.5.2.1 Planejar o processo de contratualização interna com as equipes adotando metodologias participativas	-	-	-	-				
MP1	NC5	1.5.2.2	1.5.2.2 Desenhar o instrumento de contratualização (capacidade das equipes x necessidades da população) considerando os produtos das OT da ação 1.5.1.	-	-	-	-				
MP1	NC5	1.5.2.3	1.5.2.3 Desencadear o processo de contratualização para o ano 2015	-	-	-	-				
MP1	NC5	1.5.2.4	1.5.2.4 Desenhar o processo avaliativo da contratualização interna	-	-	-	-				

Quadro consolidado das ações

Macroproblema	Nó crítico	ID	Ações e atividades	Ação Precedente ID	Responsável	Data Início	Data Fim	Recursos financeiros (R\$ mil)	Indicadores de monitoramento	Indicadores de resultado	Resultado esperado / Meta
MP1	NC6	1.6	1.6 Implantação do Núcleo Interno de Regulação (NIR)	-	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde	01/09/14	28/02/15	R\$ 42.000,00	N/A		
MP1	NC6	1.6.1	1.6.1 Instituir o NIR a partir de uma Instrução Normativa	-	-	-	-	-			
MP1	NC6	1.6.2	1.6.2 Elaboração de um plano de ação do gerenciamento dos serviços e das filas de espera	-	-	-	-	-			
MP1	NC6	1.6.3	1.6.3 Constituir equipe com função matricial	-	-	-	-	-			
MP1	NC6	1.6.4	1.6.4 Discussão com equipes utilizando oficinas de trabalho (OT), garantindo a participação das equipes de ensino	-	-	-	-	-			
MP1	NC6	1.6.5	1.6.5 Elaborar protocolos de acessos e fluxos	-	-	-	-	-			
MP1	NC6	1.6.6	1.6.6 Negociar protocolos de acesso com o Gestor Municipal	-	-	-	-	-			
MP1	NC6	1.6.7	1.6.7 Iniciar o gerenciamento dos leitos pela Unidade Materno Infantil, estendendo para as demais clínicas a cada três meses ("case")	-	-	-	-	-			

Quadro consolidado das ações

Macroproblema	Nó crítico	ID	Ações e atividades	Ação Precedente ID	Responsável	Data Início	Data Fim	Recursos financeiros (R\$ mil)	Indicadores de monitoramento	Indicadores de resultado	Resultado esperado / Meta
MP1	NC7	1.7.1	1.7.1 Construção dos perfis de competência, inclusive para preceptores, dos núcleos profissionais que atuam no HU	1.4.1 1.4.2 1.4.3	Gerência Adm. e Divisão de Gestão de Pessoas com apoio da Gerência de Ensino e Pesquisa / Gerência de Atenção a Saúde	01/09/14	31/07/16	-	N/A	(Quantidade de Perfis de competência construídos / Total de categorias profissionais do HU) X 100	50%
MP1	NC7	1.7.1.1	1.7.1.1 Construir uma agenda de construção do perfil de competência que considere os núcleos profissionais com maior quantitativo, iniciando pela área de enfermagem	-	-	-	-				
MP1	NC7	1.7.1.2	1.7.1.2 Contratar especialista para apoiar a construção do perfil de competência dos núcleos profissionais que atuam no HU	-	-	-	-				
MP1	NC7	1.7.2	1.7.2 Aperfeiçoamento de um Programa de desenvolvimento de trabalhadores recém-ingressantes/admitidos no HU, incluindo residentes	1.4.1 1.4.2 1.4.3 1.7.1	Gerência Adm. e Divisão de Gestão de Pessoas com apoio da Gerência de Ensino e Pesquisa / Gerência de Atenção a Saúde	01/09/14	31/07/16	-	N/A	(Nº de trabalhadores e residentes recém ingressantes participantes do programa /Nº de recém ingressantes) X 100	100%
MP1	NC7	1.7.2.1	1.7.2.1 Identificar ou formar trabalhadores do HU que conheçam os processos de trabalho e possuam perfil educador para constituir a equipe de desenvolvimento dos novos trabalhadores	-	-	-	-				
MP1	NC7	1.7.2.2	1.7.2.2 Elaborar e executar o Programa de desenvolvimento dos novos trabalhadores (Integração), orientados pelo perfil de competência e com uso de metodologias ativas que inclua os residentes	-	-	-	-				
MP1	NC7	1.7.2.3	1.7.2.3 Programar avaliações com prazos pré-determinados para o feedback e construção o plano de ação se necessário	-	-	-	-				

Quadro consolidado das ações

Macroproblema	Nó crítico	ID	Ações e atividades	Ação Precedente ID	Responsável	Data Início	Data Fim	Recursos financeiros (R\$ mil)	Indicadores de monitoramento	Indicadores de resultado	Resultado esperado / Meta
MP1	NC7	1.7.3	1.7.3 Implantação de um Programa de desenvolvimento técnico multiprofissional, incluindo os residentes	1.4.1 1.4.2 1.4.3 1.7.1 1.7.2	Gerência Adm. e Divisão de Gestão de Pessoas com apoio da Gerência de Ensino e Pesquisa / Gerência de Atenção a Saúde	01/09/14	31/07/16	-	N/A	(Nº de trabalhadores e residentes participantes nos encontros de Educação Permanente realizados/ Nº total de trabalhadores e residentes indicados para participar dos encontros) X 100	70%
MP1	NC7	1.7.3.1	1.7.3.1 Elaborar um Programa de Educação Permanente orientado pelas Linhas de Cuidado construídas e implantadas	-	-	-	-	-			
MP1	NC7	1.7.3.2	1.7.3.1 Identificar e formar profissionais no uso de metodologias problematizadoras para facilitarem grupos de educação permanente	-	-	-	-	-		(Nº de avaliações com conceito satisfatório / Nº de avaliações aplicadas) X 100	80%
MP1	NC7	1.7.3.3	1.7.3.3 Implantar programas de avaliação de desempenho identificando gaps de competência que possibilite intervenção em tempo oportuno	-	-	-	-	-			

Quadro consolidado das ações

Macroproblema	Nó crítico	ID	Ações e atividades	Ação Precedente ID	Responsável	Data Início	Data Fim	Recursos financeiros (R\$ mil)	Indicadores de monitoramento	Indicadores de resultado	Resultado esperado / Meta	
MP1	NC7	1.7.4	1.7.4 Instituição de um programa de Formação de preceptores	1.4.1 1.4.2 1.4.3 1.7.1 1.7.2	Gerência de Ensino e Pesquisa com o apoio da Gerência de Atenção à Saúde	01/09/14	30/09/16	-		(Nº de profissionais capacitados para o exercício da preceptorial em um determinado período/ Nº de preceptores) X 100	20%	
MP1	NC7	1.7.4.1	1.7.4.1 Identificar iniciativas educacionais para formação de preceptores	-	-	-	-	-				
MP1	NC7	1.7.4.2	1.7.4.2 Identificar profissionais no exercício da preceptorial dos residentes médicos e multiprofissionais	-	-	-	-	-				
MP1	NC7	1.7.4.3	1.7.4.3 Desenvolver programas de capacitação para os profissionais do HU	-	-	-	-	-				
MP2	NC8	2.8	2.8 Construção e implantação do Plano de Segurança do Paciente	-	Núcleo de Segurança do Paciente recém-instituído – NSP	01/09/14	31/08/16	R\$ 15.000,00	N/A	(Nº ações implantadas no período / Nº de ações previstas no programa para o período) X 100	50%	
MP2	NC8	2.8.1	2.8.1 Adequar a composição do NSP às diretrizes da EBSERH.	-	-	-	-	-				
MP2	NC8	2.8.2	2.8.2 Adequar o plano elaborado às diretrizes da EBSERH, priorizando as estratégias de segurança.	-	-	-	-	-				
MP2	NC8	2.8.3	2.8.3 Selecionar como área estratégica para disparar a implantação dos protocolos de segurança do paciente o Centro Cirúrgico ("case").	-	-	-	-	-			(Nº de eventos adversos notificados num determinado período / paciente-dia no mesmo período) x 100	<10%
MP2	NC8	2.8.4	2.8.4 Estabelecer o passo a passo para a implantação dos protocolos de segurança no Centro Cirúrgico (cirurgia segura, prática de higiene das mãos e identificação do usuário)	-	-	-	-	-				
MP2	NC8	2.8.5	2.8.5 Promover ações visando construir a cultura de segurança do paciente (divulgação de resultados, mídia interna e externa, comparação com outras instituições)	-	-	-	-	-				
MP2	NC8	2.8.6	2.8.6 Monitorar, através de implantação de um sistema de vigilância a eventos adversos, avaliando a implantação na área selecionada e priorizada, estendendo para as demais áreas a partir deste resultado.	-	-	-	-	-				

Quadro consolidado das ações

Macroproblema	Nó crítico	ID	Ações e atividades	Ação Precedente ID	Responsável	Data Início	Data Fim	Recursos financeiros (R\$ mil)	Indicadores de monitoramento	Indicadores de resultado	Resultado esperado / Meta
MP2	NC9	2.9.1	2.9.1 Implantação de Linhas de Cuidado (LC)	-	Gerência de Atenção à Saúde com apoio das demais áreas e a Superintendência.	01/09/14	31/08/16	R\$ 8.000,00	N/A	(Nº de altas hospitalares contrareferenciadas com êxito de uma LC específica/ Nº total de altas hospitalares de uma LC específica, no mesmo período) x 100	50%
MP2	NC9	2.9.1.1	2.9.1.1 Organizar Oficinas de Trabalho com a equipe da Secretaria Municipal de Saúde/Gestor para definição das Linhas de Cuidado prioritárias, buscando formalizar um processo de corresponsabilização e definição do papel do HU em cada uma das LC priorizadas.	-	-	-	-	-			
MP2	NC9	2.9.1.2	2.9.1.2 Construir um cronograma de construção e implantação das Linhas de Cuidado em parceria com o gestor municipal e estadual.	-	-	-	-	-			
MP2	NC9	2.9.1.3	2.9.1.3 Organizar Oficinas de Trabalho com as equipes do HU buscando implicá-las na construção coletiva das Linhas de Cuidado priorizadas.	-	-	-	-	-			
MP2	NC9	2.9.1.4	2.9.1.4 Definir Comissão de Protocolos Clínicos, multiprofissional e fixa, para suporte das Linhas de Cuidado priorizadas, utilizando a literatura para busca das melhores evidências.	-	-	-	-	-			
MP2	NC9	2.9.1.5	2.9.1.5 Desenhar os fluxos assistenciais das Linhas de Cuidado de forma coletiva com todas as equipes envolvidas.	-	-	-	-	-			
MP2	NC9	2.9.1.6	2.9.1.6 Desenvolver materiais informativos e fluxograma das Linhas de Cuidados construídas e os Protocolos Clínicos a serem adotados.	-	-	-	-	-			
MP2	NC9	2.9.1.7	2.9.1.7 Implantar piloto em área específica para avaliação e possíveis ajustes, replicando para as demais Unidades.	-	-	-	-	-			
MP2	NC9	2.9.1.8	2.9.1.8 Definir os mecanismos/indicadores de monitoramento da implantação das LC.	-	-	-	-	-			
MP2	NC9	2.9.1.9	2.9.1.9 Capacitar as equipes assistenciais e administrativas envolvidas na Linha de Cuidado.	-	-	-	-	-			

Quadro consolidado das ações

Macroproblema	Nó crítico	ID	Ações e atividades	Ação Precedente ID	Responsável	Data Início	Data Fim	Recursos financeiros (R\$ mil)	Indicadores de monitoramento	Indicadores de resultado	Resultado esperado / Meta
MP2	NC9	2.9.2	2.9.2 Implantação das Equipes multiprofissionais Horizontais e as de apoio matricial nas Unidades de Internação Hospitalar.	1.6 2.8 2.9.1	Gerência de Atenção à Saúde com apoio das demais áreas e a Superintendência.	01/09/14	31/08/16	R\$ 5.000,00	N/A	(Nº de equipes multiprofissionais implantadas/nº de equipes multiprofissionais planejadas) X100	50%
MP2	NC9	2.9.2.1	2.9.2.1 Definir a composição da equipe multiprofissional referência segundo a especificidade de cada Unidade de Internação em conjunto com os profissionais das Unidades e considerando o perfil epidemiológico dos usuários internados.	-	-	-	-	-			
MP2	NC9	2.9.2.2	2.9.2.2 Definir a composição das equipes matriciais, estabelecendo o quantitativo segundo demanda e número de leitos.	-	-	-	-	-			
MP2	NC9	2.9.2.3	2.9.2.3 Revisar e reformular as rotinas assistenciais a partir do cuidado focado no usuário, trabalho das equipes de referência e matriciais, considerando as LC implantadas.	-	-	-	-	-			
MP2	NC9	2.9.2.3.1	2.9.2.3.1 Definir equipe responsável para elaboração dos manuais de procedimentos e rotinas técnico-assistenciais.	-	-	-	-	-			
MP2	NC9	2.9.2.3.2	2.9.2.3.2 Elencar as principais rotinas assistenciais de cada Unidade de Internação e alinhar com as equipes multiprofissionais estabelecendo diretrizes.	-	-	-	-	-			
MP2	NC9	2.9.2.3.3	2.9.2.3.3 Elaborar os manuais e rotinas coerentes com o modelo de atenção focado no usuário e fundamentado nas melhores práticas evidenciadas na literatura.	-	-	-	-	-			
MP2	NC9	2.9.2.3.4	2.9.2.3.4 Desenvolver um plano de revisão e atualização dos manuais definindo metodologia e periodicidade, ao mesmo bianual.	-	-	-	-	-			

Quadro consolidado das ações

Macroproblema	Nó crítico	ID	Ações e atividades	Ação Precedente ID	Responsável	Data Início	Data Fim	Recursos financeiros (R\$ mil)	Indicadores de monitoramento	Indicadores de resultado	Resultado esperado / Meta
MP2	NC10	2.10	2.10 Construção de processos assistenciais multiprofissionais, humanizados e focados na integralidade do cuidado, articulados com as Linhas de Cuidado.	1.6 2.8 2.9.1 2.9.2	Equipe da Gerência de Atenção à Saúde e Gerência de Ensino e Pesquisa	01/09/14	31/08/16	R\$ 8.000,00		(Nº usuários visitados pela equipe multiprofissional /Nº usuários internados numa determinada unidade de cuidado e num determinado período) X 100	50%
MP2	NC10	2.10.1	2.10.1 Realizar Oficinas de Trabalho com as equipes assistenciais de referência e multiprofissionais sobre o modelo de cuidado e a necessidade de mudança, propondo uma agenda de trabalho coletiva.	-	-	-	-	-			
MP2	NC10	2.10.2	2.10.2 Definir as diretrizes para implementação e acompanhamento dos planos terapêuticos e os focos atribuídos a cada membro da equipe multiprofissional; ficando a gestão do cuidado para as equipes de referência.	-	-	-	-	-		Nº de Unidades de Cuidado onde o impresso integrado foi implantado/ Nº Unidades de Cuidado planejadas) X 100	50%
MP2	NC10	2.10.3	2.10.3 Capacitar as equipes para utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como ferramenta/dispositivo para construção de Plano de Cuidado.	-	-	-	-	-			
MP2	NC10	2.10.4	2.10.4 Definir a periodicidade das visitas multiprofissionais minimamente duas vezes/semana e na UTI visitas diárias visando à construção de projetos terapêuticos individualizados.	-	-	-	-	-		Nº de reinternações pelo mesmo agravo/Nº total de internações numa determinada Unidade de Cuidado e num determinado período.	<15%
MP2	NC10	2.10.5	2.10.5 Estabelecer participação da família às visitas agendadas para discussão do plano terapêutico.	-	-	-	-	-			
MP2	NC10	2.10.6	2.10.6 Priorizar a construção de PTS para usuários portadores de condições de saúde crônicas e agudas de alto risco.	-	-	-	-	-			
MP2	NC10	2.10.7	2.10.7 Desenvolver programas para alta de acordo com patologias/tratamentos que abranjam os cuidados a serem continuados no pós-alta.	-	-	-	-	-			
MP2	NC10	2.10.8	2.10.8 Desenvolver material didático orientado a continuidade dos cuidados em casa de forma acessível aos usuários.	-	-	-	-	-		(Nº de profissionais capacitados na construção do PTS /Nº de profissionais da equipe multiprofissional por unidade de cuidado)X100	40%
MP2	NC10	2.10.9	2.10.9 Capacitar as equipes assistenciais para as práticas educativas com foco nas de autocuidado.	-	-	-	-	-			
MP2	NC10	2.10.10	2.10.10 Estabelecer a alta responsável, realizando agendamentos necessários em interface com o Núcleo Interno de Regulação e em parceria com a equipe de atenção domiciliar.	-	-	-	-	-		(Nº de manifestações de reclamações e denúncias dos usuários/Nº total de manifestações num determinado período)X100	Tendência de queda de reclamação e denúncias
MP2	NC10	2.10.11	2.10.11 Elaborar protocolo de alta multiprofissional, com definição de cronograma de tratamento e tempos previstos de alta hospitalar responsabilizando a equipe de referência pelo gerenciamento das altas.	-	-	-	-	-			

Quadro consolidado das ações

Macroproblema	Nó crítico	ID	Ações e atividades	Ação Precedente ID	Responsável	Data Início	Data Fim	Recursos financeiros (R\$ mil)	Indicadores de monitoramento	Indicadores de resultado	Resultado esperado / Meta
MP2	NC11	2.11.1	2.11.1 Implantação da Alta Hospitalar Regulada	1.6 2.8 2.9.1 2.9.2 2.10	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde	01/03/15	31/08/15	-	N/A	(Número de usuários internados que saíram num determinado período/Número de leitos no mesmo período)	5 a 6 utilizações/mês
MP2	NC11	2.11.1.1	2.11.1.1 Mapear a Rede Básica de Saúde municipal	-	-	-	-				
MP2	NC11	2.11.1.2	2.11.1.2 Elaborar Fluxos assistenciais para paciente após alta hospitalar, articulado com as equipes de referência	-	-	-	-				
MP2	NC11	2.11.1.3	2.11.1.3 Pactuar os fluxos assistenciais com o Gestor Municipal	-	-	-	-				
MP2	NC11	2.11.1.4	2.11.1.4 Pactuar internamente com as equipes de referência	-	-	-	-				
MP2	NC11	2.11.1.5	2.11.1.5 Implantar a rotina do resumo de alta multiprofissional	-	-	-	-				
MP2	NC11	2.11.2	2.11.2 Implantação de uma equipe de Atenção Domiciliar	1.6 2.8 2.9.1 2.9.2 2.10 2.11.1	Equipe da Gerência de Atenção à Saúde e Gerência de Ensino e Pesquisa	01/06/15	28/02/16	R\$ 310.000,00	Constatar a existência de um projeto "Programa da AD" materializado em um documento de acesso público	N/A	N/A
MP2	NC11	2.11.2.1	2.11.2.1 Conhecer uma experiência exitosa	-	-	-	-				
MP2	NC11	2.11.2.2	2.11.2.2 Definir diretrizes do serviço	-	-	-	-				
MP2	NC11	2.11.2.3	2.11.2.3 Elaborar o projeto, credenciando junto ao Ministério da Saúde, considerando a RDC nº 11 da ANVISA, de 26 de janeiro de 2006.	-	-	-	-				
MP2	NC11	2.11.2.4	2.11.2.4 Definir a composição da equipe	-	-	-	-				
MP2	NC11	2.11.2.5	2.11.2.5 Adquirir um veículo tipo utilitário para locomoção da equipe	-	-	-	-				
MP2	NC11	2.11.2.6	2.11.2.6 Aquisição de equipamentos médico-hospitalares para o cuidado no domicílio	-	-	-	-				
MP2	NC11	2.11.2.7	2.11.2.7 Elaborar o Manual de Rotinas e Procedimentos	-	-	-	-				
MP2	NC11	2.11.2.8	2.11.2.8 Definir modelo de prontuário	-	-	-	-				
MP2	NC11	2.11.2.9	2.11.2.9 Elaborar um programa de capacitação do cuidador	-	-	-	-				
MP2	NC11	2.11.2.10	2.11.2.10 Elaborar uma proposta de monitoramento do serviço	-	-	-	-				

Quadro consolidado das ações

Macroproblema	Nó crítico	ID	Ações e atividades	Ação Precedente ID	Responsável	Data Início	Data Fim	Recursos financeiros (R\$ mil)	Indicadores de monitoramento	Indicadores de resultado	Resultado esperado / Meta
MP3	NC12	3.12	3.12 Reestruturação da gestão dos processos da área de compras e contratos.	-	Gerência Administrativa	01/09/14	31/12/14	R\$ 150.000,00	N/A	(Nº de pregões desertos ou cancelados / Nº de pregões realizados) X 100	10%
MP3	NC12	3.12.1	3.12.1 Adequar estrutura da área segundo proposta da EBSEH.	-	-	-	-	-			
MP3	NC12	3.12.2	3.12.2 Montar nove (09) equipes para compras segundo classificação/grupo e expertise de trabalhadores já em atividade, incorporando os novos profissionais da área da saúde advindos do concurso realizado pela EBSEH.	-	-	-	-	-			
MP3	NC12	3.12.3	3.12.3 Elaborar, de forma participativa com os profissionais da área de compras, as normas e procedimentos operacionais dos processos de aquisição e contratação de serviços.	-	-	-	-	-			
MP3	NC12	3.12.4	3.12.4 Instituir uma comissão permanente de padronização de materiais.	-	-	-	-	-			
MP3	NC12	3.12.5	3.12.5 Atualizar a lista de padronização dos materiais utilizados no hospital.	-	-	-	-	-			
MP3	NC12	3.12.6	3.12.6 Viabilizar novo sistema informatizado para acompanhar todos os processos de aquisição, articulando com as áreas fins.	-	-	-	-	-			
MP3	NC12	3.12.7	3.12.7 Estabelecer formas de monitoramento dos sistemas de compras e contratos incluindo fornecedores.	-	-	-	-	-			
MP3	NC13	3.13.1	3.13.1 Avaliação da infraestrutura física considerando o perfil assistencial atual e o planejado.	-	Gerência Adm. com apoio da divisão de logística e infraestrutura	01/01/15	28/02/16	R\$ 180.000,00	Constatar se o acervo técnico está atualizado	(Nº de obras analisadas com parecer favorável e executadas/Nº total de obras executadas) X100	100%
MP3	NC13	3.13.1.1	3.13.1.1 Realizar mapeamento da infraestrutura física considerando: o Termo de Referência de Análise de Riscos da EBSEH; o perfil assistencial do HU e adequação da ocupação atual a finalidade da área.	-	-	-	-	-			
MP3	NC13	3.13.1.2	3.13.1.2 Desenvolver acervo técnico preferencialmente digital	-	-	-	-	-			
MP3	NC13	3.13.1.3	3.13.1.3 Estabelecer periodicidade para atualização do mapeamento realizado.	-	-	-	-	-			
MP3	NC13	3.13.1.4	3.13.1.4 Fazer ajustes na ocupação do espaço, considerando o mapeamento realizado.	-	-	-	-	-			

Quadro consolidado das ações

Macroproblema	Nó crítico	ID	Ações e atividades	Ação Precedente ID	Responsável	Data Início	Data Fim	Recursos financeiros (R\$ mil)	Indicadores de monitoramento	Indicadores de resultado	Resultado esperado / Meta
MP3	NC13	3.13.2	3.13.2 Implantação do fluxo de pleitos de obras de infraestrutura	3.13.1 3.14.1 3.13.3 3.14.2	Gerência Adm. com apoio da divisão de logística e infraestrutura	05/01/15	28/02/16	R\$ 10.000,00	N/A	N/A	N/A
MP3	NC13	3.13.2.1	3.13.2.1 Criar Grupo Permanente de Avaliação de Demandas visando analisar as iniciativas prioritárias, considerando os projetos assistenciais, custos diretos, o orçamento previsto e disponível e as necessidades do hospital.	-	-	-	-	-			
MP3	NC13	3.13.2.2	3.13.2.2 Adotar fluxo de pleitos referentes a reformas e ampliações	-	-	-	-	-			
MP3	NC13	3.13.3	3.13.3 Implantação de gestão de riscos relacionados à infraestrutura física	-	Gerência Adm. com apoio da divisão de logística e infraestrutura	01/01/15	28/02/15	R\$ 10.000,00	N/A	(Nº de eventos adversos [acidentes] de pacientes e trabalhadores relacionados à infraestrutura física/Nº total de eventos adversos no hospital)X100	0%
MP3	NC13	3.13.3.1	3.13.3.1 Implantar Comissão de Riscos, estabelecendo as atribuições de cada um de seus integrantes.	-	-	-	-	-			
MP3	NC13	3.13.3.2	3.13.3.2 Mapear e classificar riscos	-	-	-	-	-			
MP3	NC13	3.13.3.3	3.13.3.3 Elaborar procedimento para identificação e notificação de riscos	-	-	-	-	-			
MP3	NC13	3.13.3.4	3.13.3.4 Elaborar relatórios trimestrais sobre notificação e medidas tomadas de gerenciamento de riscos	-	-	-	-	-			
MP3	NC14	3.14.1	3.14.1 Avaliação do parque tecnológico do HU considerando o perfil assistencial atual e o planejado.	-	Gerência Administrativa, Setor de Engenharia Clínica e NATS	05/01/15	28/02/15	R\$ 10.000,00	N/A	(Nº de manutenções preventivas realizadas/Nº total de manutenções preventivas planejadas num determinado período) X 100	70%
MP3	NC14	3.14.1.1	3.14.1.1 Realizar inventariação do parque tecnológico do HU considerando o perfil assistencial do HU e a atual condição de uso dos equipamentos médico-hospitalares.	-	-	-	-	-			
MP3	NC14	3.14.1.2	3.14.1.2 Desenvolver acervo técnico preferencialmente digital	-	-	-	-	-			
MP3	NC14	3.14.1.3	3.14.1.3 Estabelecer periodicidade para atualização do inventário realizado.	-	-	-	-	-			

Quadro consolidado das ações

Macroproblema	Nó crítico	ID	Ações e atividades	Ação Precedente ID	Responsável	Data Início	Data Fim	Recursos financeiros (R\$ mil)	Indicadores de monitoramento	Indicadores de resultado	Resultado esperado / Meta
MP3	NC14	3.14.2	3.14.2 Implantação do fluxo de pleitos de aquisição de equipamentos médico-hospitalares	3.13.1 3.14.1 3.13.3	Gerência Administrativa, Setor de Engenharia Clínica e NATS	05/01/15	28/02/15	R\$ 10.000,00	N/A	(Nº de solicitações de aquisição de equipamentos atendida/nº de solicitações de equipamentos recebidas) X 100	70%
MP3	NC14	3.14.2.1	3.14.2.1 Criar Grupo Permanente de Avaliação de Demandas visando analisar as iniciativas prioritárias, considerando os projetos assistenciais, custos diretos, o orçamento previsto e disponível e as necessidades do hospital.	-	-	-	-				
MP3	NC14	3.14.2.2	3.14.2.2 Adotar fluxo de pleitos referentes à aquisição de equipamentos médico-hospitalares.	-	-	-	-				
MP3	NC14	3.14.2.3	3.14.2.3 Dimensionar as iniciativas de aquisição de equipamentos médico-hospitalares visando um planejamento.	-	-	-	-				
MP3	NC14	3.14.3	3.14.3 Reestruturação de um programa de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos	3.12	Gerência Administrativa, Setor de Engenharia Clínica e NATS.	02/05/15	31/08/15	R\$ 30.000,00	N/A	(Nº de solicitações de aquisição de equipamentos atendidas/Nº de solicitações de equipamentos recebidas)X100	70%
MP3	NC14	3.14.3.1	3.14.3.1 Planejar as manutenções preventivas a partir do inventário do parque tecnológico realizado.	-	-	-	-				
MP3	NC14	3.14.3.2	3.14.3.2 Estabelecer rotinas de gerenciamento da manutenção preventiva e corretiva	-	-	-	-				
MP3	NC14	3.14.3.3	3.14.3.3 Estabelecer rotinas para o gerenciamento de contratos de manutenção corretiva e preventiva	-	-	-	-				
MP3	NC14	3.14.3.4	3.14.3.4 Construir checklist de execução de contrato de manutenção corretiva e preventiva, preenchendo com periodicidade pré-definida.	-	-	-	-				
MP3	NC14	3.14.3.5	3.14.3.5 Adquirir um sistema informatizado para apoio às atividades de manutenção	-	-	-	-				
Total do plano de ação								R\$ 908.000,00			

Figura 29 – Lista de ações consolidadas do HUUFMA