



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE



PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO
2016-2017

Angela Maria da Silva
Ana Paula Lemos Vasconcelos
Edélio Alves Costa Júnior
Eraldo Nascimento Oliveira
Genilde Gomes de Oliveira
Maria Grazielle Santana Silveira
Luciana Barros de Santana
Marcos Antonio Costa de Albuquerque
Roque Pacheco de Almeida

**PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE:
Vencendo desafios com foco em melhores resultados para os usuários**

Angela Maria da Silva
Ana Paula Lemos Vasconcelos
Edélzio Alves Costa Júnior
Eraldo Nascimento Oliveira
Genilde Gomes de Oliveira
Maria Grazielle Santana Silveira
Luciana Barros de Santana
Marcos Antonio Costa de Albuquerque
Roque Pacheco de Almeida

**PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
Vencendo desafios com foco em melhores resultados para os usuários**

Plano Diretor Estratégico do HU-UFS
apresentado ao Instituto Sírio-Libanês de
Ensino e Pesquisa para certificação como
especialistas em Gestão de Hospitais
Universitários no SUS.

Orientadora: Wilma Madeira da Silva
Cofacilitadora: Carolina Forgioni

Ficha catalográfica
Biblioteca Dr. Fadlo Haidar
Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

© reprodução autorizada pelo autor somente para uso privado de atividades de pesquisa e ensino não sendo autorizada sua reprodução para quaisquer fins lucrativos. Na utilização ou citação de partes do documento é obrigatório mencionar a autoria.

SILVA, AM; VASCONCELOS, APL; COSTA JÚNIOR, EA;
OLIVEIRA, EN; OLIVEIRA, GG; SILVEIRA, MGS; SANTANA, LB;
ALBUQUERQUE, MAC; ALMEIDA, RP.

Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários do
SUS: Plano Diretor Estratégico/ Ministério da Educação,
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Instituto Sírio
Libanês de Ensino e Pesquisa. – São Paulo, 2016.

xpp.

1. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 2. Hospitais Universitários.
3. Redes de Atenção à Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Gestão da Clínica. 6. Hospitais de Ensino. 7. Gestão Hospitalar

I. Ministério da Educação. II. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. III Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. IV. Título

G333

Dedicatória

Dedicamos a elaboração deste Plano Diretor Estratégico do HU-UFS, a todos os funcionários e colaboradores, que contribuem no dia-a-dia para a consolidação da missão desta organização.

Aos pacientes, que nos motivaram a enfrentar o desafio da busca do conhecimento no propósito de melhorarmos a gestão.

Agradecimentos

Agradecemos a Deus pela oportunidade de enfrentarmos os desafios para a realização deste curso.

Aos nossos familiares, que mesmo sem entenderem aceitaram as incansáveis ausências de um tempo que poderíamos estar juntos.

A cada um de nós do grupo afinidade, que mesmo nos momentos adversos nos unimos para superarmos os obstáculos e dificuldades.

Ao grupo ampliado que não mediu esforços para participação ativa na construção dos macroproblemas, nós críticos e ações.

Aos colegas que conhecemos durante o curso que contribuíram com seus ensinamentos e experiências.

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e ao Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP) que tornaram viável a realização deste curso.

Aos organizadores, facilitadores e funcionários do IEP que contribuíram para o desenvolvimento e apoio durante o curso.

Agradecemos em particular, a facilitadora Wilma Madeira da Silva pela atenção, empenho e ensinamento na construção do aprendizado e elaboração do Plano Diretor Estratégico (PDE) do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS).

A todos os funcionários, servidores e usuários do HU-UFS que são o estímulo para que busquemos o aperfeiçoamento.

Resumo

Os hospitais universitários sempre foram visualizados como locais de excelência para a assistência e formação de profissionais na área da saúde e também como locais de pouca eficiência, com problemas crônicos de gestão e em permanente estado de emergência financeira, representando um problema para o setor público da gestão em saúde. A capacitação do grupo gestor está sendo o meio para atingirmos a eficiência na gestão e que o HU seja, de fato, local de assistência, ensino e pesquisa de qualidade e quantidade. Com esta finalidade e para justificar os investimentos dos recursos públicos, a equipe gestora do Hospital Universitário da Universidade Federal do Sergipe (HU-UFS) está sendo capacitada e com compromisso profissional e ético para transformar o HU em um centro de excelência para assistir a sociedade e formar os melhores profissionais. No processo de capacitação há a construção do Plano Diretor Estratégico (PDE) para os anos 2016-2017 do HU-UFS. O objetivo geral deste PDE, “Atender à população referenciada com melhor qualidade assistencial e resolutividade, em infraestrutura compatível aos serviços prestados, potencializando a integração da assistência, ensino e pesquisa”, está direcionado para uma intervenção em nossos três macroproblemas: Baixa resolutividade da assistência no HU-UFS, Infraestrutura, Tecnologia e Recursos Financeiros Insuficientes, Pouca integração ensino e pesquisa relacionada à assistência. A análise dos macroproblemas, aplicando a metodologia de árvore explicativa, identificou 11 nós críticos: Carência de oferta interna de consultas e exames, Insuficiência de ferramentas eficazes de comunicação eficaz, Insuficiência de protocolos assistenciais, de ensino e administrativos, Falhas nos processos de aquisição de produtos e serviços, Espaço físico insuficiente para equipamentos médicos, Baixa instrumentalização para gestão participativa, Liberação insuficiente de recursos para o HU, Planejamento insuficiente para atender às demandas internas e externas, Projetos básicos e executivos para obras inadequados e inacabados, Ausência de ações de promoção de integração entre assistência, ensino e pesquisa e Ausência de definição de linhas estratégicas de pesquisas integradas com ensino e assistência. O plano de intervenção, para os 11 nós críticos está contemplado em 28 ações e 94 atividades, definidos com aplicação da ferramenta 5W3H, além de indicadores de resultados para cada atividade. O conhecimento de ferramentas e processos de gestão colegiada e corresponsabilizada e implantação do PDE trará resultados positivos e direcionará para um novo e intenso processo de mudança no HU-UFS, possibilitando a melhora da resolutividade na assistência, com integração entre as áreas administrativas, assistenciais e de ensino e pesquisa.

Abstract

The University hospitals have always been viewed as sites of excellence for assistance and training of professionals in the health area and also as inefficiently, with chronic problems of management and in permanent state of financial emergency, representing a problem for the public sector in health management. The training of the Group Manager is in the middle to achieve efficiency in management and that HU is, in fact, place of service, teaching and research of quality and quantity. For this purpose and to justify the investments of public resources, the team manager of the University Hospital of the Federal University of Sergipe (HU-UFS) is being trained and with professional and ethical commitment to transform the HU in a center of excellence for society and training the best professionals. In the training process there is the construction of the Strategic master plan (EMP) for the years 2016-2017 of the HU-UFS. The overall objective of this EMP is "To assist the people referenced with best quality assistance and efficaciousness in compatible infrastructure to services rendered, increment the integration of care, teaching and research", and is directed to an intervention in our three major problems: low resolution assistance in HU-UFS, infrastructure, technology and Insufficient financial resources, Lack of education and research integration related assistance. The analysis of major problems, by applying the methodology of explanatory tree, identified 11 critical nodes: lack of internal offer of consultations and examinations, lack of effective tools of effective communication, insufficient assistance protocols, teaching and administrative flaws in process for acquire products and services, insufficient physical space for medical equipment, low exploitation for participatory management, insufficient resources released for the HU, insufficient planning to meet internal and external demands, basic and executive projects for inadequate and unfinished constructions, absence of actions to promote integration of assistance, education and research and the absence of definition of strategic care lines integrated with teaching and research assistance. The intervention plan for the 11 critic nods is covered in 28 actions and 94 activities. The knowledge and implementation of collegiate management tools and processes and in the development and implementation of the EDP will bring positive results and will direct to a new and intense process of change in HU-UFS, enabling the improvement of resolution of assistance and integration with education and research.

Lista de Figuras e Fotografias

Figura 01 – Mapa de Sergipe com as Fronteiras, Regiões e Municípios	20
Figura 02 – Unidades de Saúde da Família no Município de Aracaju distribuídos por condições de vida da população.....	23
Figura 03 – Estrutura organizacional do HU-UFS em 2015	40
Figura 04 – Macroproblema 1 – Baixa resolutividade da assistência no HU-UFS.....	66
Figura 05 – Macroproblema 2 – Infraestrutura, tecnologia e recursos financeiros insuficientes	68
Figura 06 – Macroproblema 3 – Pouca integração ensino e pesquisa relacionada à assistência.....	71
Figura 07 – Macroproblema 1 – Baixa resolutividade da assistência no HU-UFS – Oportunidades de melhorias associadas aos nós críticos.....	72
Figura 08 – Macroproblema 2 – Infraestrutura, tecnologia e recursos financeiros insuficientes – Oportunidades de melhorias associadas aos nós críticos	73
Figura 09 – Macroproblema 3 – Pouca integração ensino e pesquisa relacionada à assistência – Oportunidades de melhorias associadas aos nós críticos.....	73
Foto 01 – Grupo Gestor reunido com equipe do HSL	51

Lista de Gráficos

Gráfico 01 – Montante de recursos recebidos para manutenção e investimento	38
Gráfico 02 – Recursos em destaque recebidos e empenhados.....	39
Gráfico 03 – Aderência do HU-UFS por Modelo de Referência, dezembro de 2014.....	55
Gráfico 04 – Aderência do HU por tema da lista de GAPS normativos.....	56
Gráfico 05 – Cronograma estabelecido	124

Lista de Quadros

Quadro 01 – Especialidades Médicas responsáveis pelos atendimentos no HU-UFS	24
Quadro 02 – Serviços Contratualizados em 2014 e Metas de Produção no HU-UFS	27
Quadro 03 – Habilitações e Serviços existentes no HU-UFS	29
Quadro 04 – Serviços de Habilitação existentes no HU-UFS	30
Quadro 05 – Indicadores de Atenção à Saúde no HU-UFS	31
Quadro 06 – Resultado da Avaliação Quantitativa	32
Quadro 07 – Resultado da Avaliação Qualitativa.....	33
Quadro 08 – Série histórica da produção assistencial do HU-UFS – 2008 a 2014	34
Quadro 09 – Montante de recursos recebidos para manutenção e investimento.....	38
Quadro 10 – Recursos em destaque recebidos e empenhados	38
Quadro 11 – Distribuição dos Colaboradores do HU-UFS.....	41
Quadro 12 – Dimensionamento por Categoria Profissional do HU-UFS (até 21/10/15) ..	42
Quadro 13 – Profissionais responsáveis pelos atendimentos no HU-UFS até outubro/2015.....	44
Quadro 14 – Membros do Grupo Gestor do HU-UFS	50
Quadro 15 – Macroproblemas preliminares.....	52
Quadro 16 – Análise SWOT do HU-UFS em dezembro de 2014.....	53
Quadro 17 – Critérios de Avaliação para o cálculo da Aderência à Lista de Contribuições.....	54
Quadro 18 – Distribuição dos macroproblemas de acordo com interesse e pontuação média.....	57
Quadro 19 – Nós Críticos por tipo de Macroproblema	59
Quadro 20 – Descrição dos Atores Sociais	61

Quadro 21 - Macroproblemas, Nós Críticos e suas Ações	76
Quadro 22 – Plano de Ação do NC1	79
Quadro 23 – Plano de Ação do NC2	84
Quadro 24 – Plano de Ação do NC3	86
Quadro 25 – Plano de Ação do NC4	87
Quadro 26 – Plano de Ação do NC5	88
Quadro 27 – Plano de Ação do NC6	89
Quadro 28 – Plano de Ação do NC7	93
Quadro 29 – Plano de Ação do NC8	95
Quadro 30 – Plano de Ação do NC9	96
Quadro 31 – Plano de Ação do NC10	100
Quadro 32 – Plano de Ação do NC11	101
Quadro 33 – Indicadores e Metas de Resultados associados aos Descritores e Nós Críticos.....	102
Quadro 34 – Previsão orçamentária por macroproblemas.....	108
Quadro 35 – Análise de Viabilidade por Ator Social	112
Quadro 36 – Estratégias de Viabilidade	115
Quadro 37 – Ações K e Atividades	116
Quadro 38 – Classificação das ações de acordo com suas viabilidade, impacto, comando e precedência.....	120
Quadro 39 – Matriz de Monitoramento do Plano.....	122

Lista de Siglas

APS	Atenção Primária da Saúde
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CAP	Centro de Atenção Psicossocial
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DCF	Diretoria de Controladoria e Finanças
DOU	Diário Oficial da União
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FBHC	Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia
HSL	Hospital Sírio Libanês
HU	Hospital Universitário
HU-UFS	Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe
HUF	Hospitais Universitários Federais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDS	Indicadores de Desenvolvimento de Sergipe
IEP/HSL	Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês
IGH	Incentivo a Qualificação da Gestão Hospitalar
MEC	Ministério da Educação
N.A.	Não se Aplica
NUCAAR	Núcleo de Controle, Auditoria, Avaliação e Regulação
OMS	Organização Mundial de Saúde
PDE	Plano Diretor Estratégico
PIB	Produto Interno Bruto

PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PPSUS	Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
RAS	Rede de Atenção a Saúde
REHUF	Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RJU	Regime Jurídico Único
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SEPLAG	Secretaria de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAFE	Sistema Integrado de Administração Financeira
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SWOT	<i>Strengths</i> (Forças), <i>Weaknesses</i> (Fraquezas), <i>Opportunities</i> (Oportunidades) e <i>Threats</i> (Ameaças)
TCU	Tribunal de Contas da União
UFS	Universidade Federal de Sergipe
UG	Unidade Gestora
UIMG	Unidade de Imagens e Métodos Gráficos
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	Elementos Estruturantes.....	16
1.1	Fundação e História do HU-UFS	16
1.2	Epidemiologia Local, Quadro Sanitário da Macrorregião Atendida pelo HU-UFS	20
1.3	O HU-UFS para assistência à saúde, ensino e pesquisa.....	23
1.4	Recursos recebidos extra contratualização	36
1.5	Modelo de Governança do HU-UFS	39
1.6	Força de Trabalho.....	41
1.7	Desafios e perspectivas Futuras.....	46
2	Objeto e Objetivos	47
2.1	Objeto.....	47
2.2	Objetivos Geral e Específicos	47
3	Percurso Metodológico	49
3.1	Percurso de desenvolvimento do PDE	49
3.2	Ferramentas utilizadas na construção do PDE.....	52
3.3	Construção das Árvores Explicativas	57
3.4	Plano de Intervenção	59
3.5	Análise de Viabilidade.....	60
3.6	Monitoramento do PDE	62
4	Fundamentação	63
4.1	Macroproblema 1 “Baixa resolutividade da assistência no HU-UFS	64
4.2	Macroproblema 2 “Infraestrutura, tecnologia e recursos financeiros insuficientes” ..	66
4.3	Macroproblema 3 “Pouca integração ensino e pesquisa relacionada à assistência.	71
5	Proposta de Intervenção	74
5.1	Relação de ações por nó crítico	75
5.2	Plano de Intervenção consolidado	78
6.	Gestão do Plano, Metas e Indicadores de Monitoramento	1088
7.	Considerações Gerais.....	1244
8.	Referências.....	1255
	Apêndice A.....	128

1. Elementos Estruturantes

Este documento visa apresentar o Plano Diretor Estratégico (PDE) do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS)”, construído em parceria com o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês (IEP/HSL) por meio do curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais no Sistema Único de Saúde (SUS), que terá início em janeiro de 2016, com término para dezembro de 2017.

O PDE é um instrumento técnico científico aplicado, orientado à intervenção numa dada realidade, a partir do reconhecimento de necessidades, relacionadas as áreas de gestão, atenção à saúde e educação no HU-UFS. Para sua formulação buscou associar conhecimento e ação para dar respostas técnicas e políticas que visem as melhorias práticas no contexto do SUS (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

Para fins deste documento, utilizaremos a terminologia Organização Hospitalar, visto que o hospital é uma organização que possui infra-estrutura de instalações, equipamentos, instrumentais médico, funcionários, recursos financeiros e principalmente os clientes os quais procuram tratamento ou consulta (JÚNIOR *et al.*, 2002). Neste capítulo o HU-UFS será apresentado evidenciando sua história, seu perfil de assistência, ensino e pesquisa, e os principais aspectos de gestão. A finalidade é estabelecer um “pano de fundo” para a condução e monitoramento do PDE.

1.1 Fundação e História do HU-UFS

A história do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS) confunde-se com a Faculdade de Medicina de Sergipe que foi criada na década de 60, como patrimônio estadual, iniciando suas atividades nas instalações do Instituto Parreira Horta. Em 1962, por meio de convênio, passou a atuar na Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia (FBHC), para o ensino da medicina em sua plenitude prática, nas áreas ambulatoriais e hospitalares. Essa parceria se manteve por quase duas décadas.

Com o encerramento em 1989 compulsório desse convênio por parte da FBHC, os alunos do curso de medicina ficaram sem espaço físico para realizar suas atividades práticas e de ensino.

Em 1984, o Ministério da Saúde e a Universidade Federal de Sergipe (UFS) assinaram termo de convênio para transformar o antigo Hospital Sanatório de Aracaju, construído na década de 40, em hospital de ensino da UFS que atendia somente pacientes portadores de tuberculose no Estado. O então Hospital Sanatório foi sendo adaptado para o funcionamento do curso de medicina e, a partir de 1989, tiveram início as atividades docentes assistenciais, com a transferência formalizada por meio da Lei Nº 2.769/89. Nesse período os estudantes passaram a utilizar as precárias instalações do Hospital Sanatório.

O Hospital Sanatório que possuía uma estrutura física de 4.255,41m² de área construída necessitou ser estruturado como um hospital de ensino para abrigar o curso de medicina da UFS. Na época, o prédio central contemplava toda a estrutura assistencial e administrativa do HU-UFS, apresentando 36 leitos, corredores estreitos, instalações hidráulicas e elétricas antigas, necessitando de várias adaptações continuadas ao longo do tempo.

Com a ampliação em 1999, passa para uma área construída de 7.881,87 m² contemplando agora os serviços de laboratório, Unidade de Imagens e Métodos gráficos (UIMG) e ambulatório. De 36 leitos na década de 90, atualmente encontra-se com 117 leitos, atendendo as especialidades de cirurgia geral, AIDS, clínica geral, pneumologia, Unidade de terapia Intensiva (UTI) adulto tipo II, pediatria clínica e cirúrgica, psiquiatria e doenças crônicas e hospital dia, sendo sua estrutura totalmente incorporada à rede do Sistema Único de Saúde.

A ampliação da organização deu-se de maneira gradativa de acordo com as condições orçamentárias e vontade política. Na verdade, a necessidade era iminente, entretanto somente em 1996 foi construído o prédio do ambulatório com 1.283,05 m². O atendimento ambulatorial e hospitalar não era integrado à Rede de Atenção à Saúde (RAS) à, apesar de atender somente pacientes do SUS, e a demanda era espontânea. No final de 2004 foi assinado com o gestor municipal de saúde, a primeira contratualização e o HU-UFS se integra à rede SUS.

Em 2006, com a necessidade de ampliação para o atendimento das demandas das metas pactuadas foi construído o térreo do Anexo Hospitalar, no qual se encontra a Unidade de Imagem e Métodos Gráficos (UIMG), seguido da ampliação e reestruturação dos Laboratórios de Análise Clínica e Anatomia Patológica, além do

Ambulatório de Especialidades, totalizando 2.632,93 m² de área construída, possibilitando a melhoria estrutural do hospital.

As obras dos prédios, Anexo e do Materno-infantil, estão paradas desde 2013 quando a construtora responsável pela obra entrou em processo de falência.

Apesar da ampliação dos serviços, o HU-UFS apresentava problemas relacionados a déficit de pessoal, equipamentos, estrutura física e liberação de verbas. Surge então uma alternativa para resolução de parte dos problemas evidenciados: realizar a gestão do HU-UFS por meio de uma empresa que descentralizasse os repasses e promovesse o fortalecimento da força de trabalho. Devido a um acórdão do Tribunal de Contas da União (TCU) de 2007, ficou proibida a utilização de uma fundação de apoio que realizava todo o processo de aquisições para o HU-UFS até aquela época. Sem estrutura física adequada, sem pessoal e com subfinanciamento, ficou inviável o funcionamento do HU-UFS. Surge em 2011 no cenário a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) como uma perspectiva de melhoria para os problemas anteriormente citados.

No segundo semestre de 2013 é realizada a adesão a EBSERH, com a criação de outra Unidade Gestora, filial 09. O contrato celebrado tem como objeto a administração do HU-UFS pela EBSERH, compreendendo a oferta à população de assistência no âmbito do SUS nas áreas médico hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico. Na área de ensino foi objetivado o apoio à pesquisa e à extensão ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, por um prazo de 20 anos a partir da data da publicação no DOU.

Surge a possibilidade de desenvolvimento e ampliação dos recursos humanos, adequação infraestrutural do HU-UFS e habilitação de novos serviços, a exemplo da ressonância magnética, hemodinâmica e transplantes, para atender a demanda da rede SUS, assim como o término das obras inacabadas existentes.

Em reunião realizada em outubro de 2015, com participação do reitor da UFS, da presidência da EBSERH, da equipe de governança do HU-UFS e dos secretários de saúde do estado e do município de Aracaju, o gestor estadual da saúde indicou que as áreas de maior carência de atendimento são: oncologia, transplantes de órgãos, materno-infantil, cardiologia e rede de urgência e emergência (EBSERH HU-UFS, 2015).

Ressalta-se que no Estado de Sergipe não existem serviços habilitados de transplante, nem públicos nem privados, disponíveis à população, sendo essa

demanda atendida por meio do Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Na área da oncologia a população ainda apresenta uma assistência fragmentada em um hospital geral, visto que o Hospital do Câncer de Sergipe encontra-se na fase de terraplanagem de construção.

Nesse sentido o HU-UFS buscando melhorar a assistência da população, investe na ampliação de infraestrutura com o aguardo do término da construção do prédio, da Unidade Materno Infantil com 90 leitos, da Unidade de Transplante com novo centro cirúrgico e mais 60 leitos.

de natalidade reduziram cerca de 25% nos últimos 10 anos. O Estado de Sergipe tem residentes com idade superior a 60 anos em um percentual de 9,0%, taxa de natalidade de 1,5%, taxa de fecundidade de 1,79 filhos por mulher e taxa de crescimento da população de 1,34% ao ano (SERGIPE, 2015; IBGE, 2015).

Com o envelhecimento da população em Sergipe e o aumento da expectativa de vida, torna-se necessário o cuidado com as doenças crônicas degenerativas e neoplásicas, bem como a prevenção das doenças infecciosas e parasitárias, as quais possuem alta prevalência. Mesmo com a redução da taxa de natalidade, o crescimento da população, com prevalência de mulheres, faz com que o número absoluto de nascimentos de crianças continue elevado. Ressalta-se que em Aracaju existe uma única maternidade pública para atendimento de alto risco com 70 leitos, o que evidencia a necessidade de ampliação do HU-UFS de forma a atender demanda prevista para a área materno-infantil.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza como parâmetro na área de atenção à saúde a relação de 1 médico para cada 1.000 habitantes, no entanto, a relação média observada no Brasil é de 1/622 habitantes, com maior concentração de médicos ativos nas regiões centro-oeste, sul e sudeste. Nas regiões norte e nordeste visualiza-se o índice mais elevado, 1/1.345 e 1/1.063 respectivamente, aproximando-se ao preconizado pela OMS, evidenciando-se carência de médicos em municípios mais populosos, como também os mais distantes da capital (CFM, 2015). Segundo Conselho Federal de Medicina (CFM), apesar da relação médico por habitante em Sergipe ser de 1,61/1000, em um quantitativo de médicos ativos de 3.622, dados estes destacados pela maior concentração desses profissionais na capital do estado, com 83,5% (CFM, 2015).

Baseado neste contexto, em 2015, o HU-UFS conta em seu corpo clínico com 184 médicos, fazendo desta organização hospitalar a que possui maior concentração de diversidade de especialidades médicas no estado, contando com 51 especialidades.

Aracaju, a capital sergipana, possui 181,857 km² de área da unidade territorial e sua população, estimada em 2015 pelo IBGE, é de 632.744 habitantes, com densidade demográfica de 3.140,65 habitantes/km² e Índice de Desenvolvimento Humano, (IDH) em 2010, resultando em terceira posição do nordeste com faixa de desenvolvimento média na avaliação do *ranking* Sergipe, de 0,67 de renda e 0,56 de

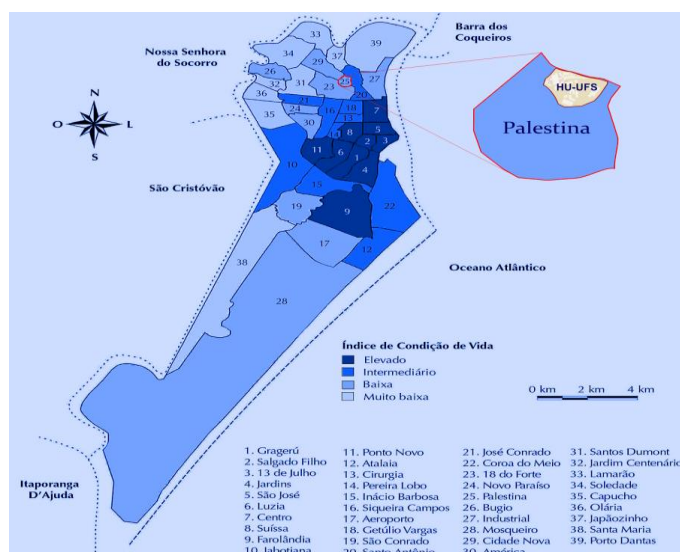
educação (IBGE, 2014; PUND, 2010). Tais dados mostram que a população, em sua maioria, é de baixa renda, dependente dos serviços públicos.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Sergipe ocupa o 11º lugar do Produto Interno Bruto (PIB) nacional e o 4º da Região Nordeste em participação relativa da população (IBGE, 2012). Apesar desta expressão nacional significativa, percebe-se no estado fragilidades na área da saúde em virtude dos repasses serem calculados baseando-se no número de habitantes no município, número este reduzido quando comparado aos demais estados, todos com maior população. O HU-UFS tem cumprido seu papel de inserção na RAS, contribuindo com atendimento ambulatorial, de diagnóstico e terapêutico, e esperamos com a rede EBSEH uma nova metodologia de cálculo de recursos possa ser implementada.

Mesmo com os índices socioeconômico e demográficos apresentados acima, o estado apresenta índice saneamento básico é inferior a 40% (ARACAJU, 2014). Em relação ao IDH, apesar de apresentar um bom posicionamento na Região Nordeste, os índices mostram-se aquém dos grandes centros desenvolvidos que variam de 0,73 a 0,87, e comparado com o desenvolvimento humano global de outros países, Aracaju equivale à classificação de nível médio (PNUD, 2013).

A atenção primária da saúde (APS) em Sergipe está classificada entre as quatro principais do país (ALMEIDA *et al.*, 2011), visto que em Aracaju, existem 44 Unidades de Saúde da Família, sendo nove destas localizadas nas imediações do HU-UFS, local classificado como de condições de vida baixa e intermediária (Figura 02).

Figura 02 – Unidades de Saúde da Família no Município de Aracaju distribuídos por condições de vida da população



Fonte: Adaptado de (DA SILVA CARVALHO, 2015).

É dentro desse contexto sociodemográfico e epidemiológico que o HU-UFS está inserido como o único hospital da administração Pública Federal com 100% de sua oferta de serviços local e regional para o SUS, por meio da contratualização com a Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju. É certificado pelo Ministério da Educação (MEC) como Hospital de Ensino e é referência no estado para Triagem Neonatal, Hematologia Pediátrica, Tratamento de Alergia Alimentar, Otorrinolaringologia, Doenças Infecciosas e Parasitárias (hepatites virais, leishmaniose visceral, AIDS, hanseníase, doenças de chagas e esquistossomose), Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Bariátrica e Controle de Tabagismo.

O HU-UFS está inserido na rede de atenção à saúde no estado de Sergipe, vivenciando as dificuldades de implantação do sistema de referência e contrarreferência do paciente, demonstrando que a necessidade desse sistema para a rotatividade nos atendimentos de novos pacientes e rede com a atenção básica.

1.3. O HU-UFS para Assistência à Saúde, Ensino e Pesquisa

O HU-UFS tem atendimento referenciado e está inserido na rede SUS, com 51 diferentes especialidades, distribuídas em assistências de média e alta complexidade. O Quadro 01 distribui o total de profissionais médicos do HU-UFS, por vínculos empregatícios e especialidades, ratificando a importância dessa organização

hospitalar para o cenário acadêmico e assistencial. Destaca-se a contribuição referenciada do hospital para atendimento de demanda de serviços especializados no Estado de Sergipe.

Quadro 01 – Especialidades Médicas do HU-UFS (Outubro/2015)

Especialidades	Quantitativo médico			
	RJU	EBSERH	MS	TOTAL
Acupuntura	01			01
Alergia Adulto	01	-	-	01
Alergia Alimentar Pediátrica	01	-	-	01
Alergia Pediátrica	01	-	-	01
Anestesiologia	14	06	-	20
Cardiologia	04	04	-	08
Cardiologia Ecocardiografia	-	02	-	02
Cardiologia Pediátrica	01	01	-	02
Cirurgia Aparelho Digestivo	01	-	01	02
Cirurgia Cabeça e Pescoço	01	01	-	02
Cirurgia Geral	02	04	01	07
Cirurgia Plástica	02	-	-	02
Cirurgia Torácica	01	01	-	02
Cirurgia Vascular	02	01	-	03
Cirurgia Pediátrica	01	01	-	02
Clínica Médica	06	07	-	13
Coloproctologia	01	01	-	02
Dermatologia	01	02	-	03
Endocrinologia	02	03	-	05
Endócrino Pediátrica	-	01	-	01
Gastroenterologia	02	02	-	04
Geriatría	01			01
Ginecologia e Obstetrícia	08	01	-	09
Hematologia	01	-	-	01
Hematologia Pediátrica	01	-	01	02
Hemodinâmica e Cardiologia	-	01	-	01
Hepatologia	-	01		01
Herbiatria	01			01
Homeopatia	01	-	-	01
Infectologia	03	03	-	06
Mastologia	03	-	-	03
Medicina do Trabalho	-	01	-	01
Medicina Intensiva	04	06	-	10
Nefrologia	03	-	-	03
Nefrologia Pediátrica	01	-	-	01
Neurocirurgia	-	01	-	01
Neurologia	01	02	-	03
Neurologia Pediátrica	02	-	-	02
Oftalmologia	03	02	-	05
Oncologia Clínica	01	-	-	01
Ortopedia	02	-	-	02
Otorrinolaringologia	-	01	-	01
Patologia	02	02	-	04
Pediatria Geral	09	04	02	15
Pneumologia	03	01	-	04
Pneumologia Pediátrica	01	-	-	01
Psiquiatria	04	01	-	05
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	03	04	-	07
Reumatologia	01	02	-	03
Ultrassonografia	03	-	-	03
Urologia	-	02	-	02
TOTAL	107	72	05	184

Fonte: Divisão de Gestão de Pessoas / Divisão Médica, 2015.

O HU-UFS possui Certificação de Hospital de Ensino por meio da Portaria Interministerial¹. Atualmente 11 cursos de graduação utilizam o hospital como campo de estágio e prática de nível superior de profissionais no campo da saúde, a saber: medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, odontologia, fonoaudiologia, farmácia, psicologia, física médica, ciência da computação e serviço social.

O HU-UFS é importante campo de estágio e treinamento para Residências Médica e Multiprofissional. Destaca-se na assistência, ensino e pesquisa, como um campo de formação e prática de profissionais na área de saúde. A Residência Médica iniciou em 1997, com 13 vagas, sendo até o momento a única no estado, contando atualmente com 129 residentes (R1, R2 e R3) nas diversas áreas de conhecimento. A Residência Multiprofissional iniciou em 2010 com 08 vagas e no momento com progressão para 96 residentes (R1 e R2) em 2015. Os dados demonstram uma evolução quantitativa e qualitativa da residência em saúde do HU-UFS. Atividade de pesquisa também é um importante tema no HU-UFS. Atualmente existem 52 projetos registrados e em execução, além de suportar o Programa de Pós-graduação em Saúde, nível 5 CAPES.

O hospital é cenário de ensino para todos os cursos da área de saúde da UFS, destacando-se que aproximadamente 350 alunos atualmente utilizam as unidades assistenciais do HU-UFS para treinamento e aprendizado. Ainda assim há necessidade de ampliação da estrutura para atender as demandas acadêmicas, evidenciado pela utilização de campos de estágios de terceiros.

O HU-UFS está inserido na rede de atenção à saúde no Estado de Sergipe desde 2005, ano da adesão à primeira contratualização, atendendo os pacientes de média e alta complexidade no âmbito clínico e cirúrgico. Pela necessidade acadêmica, houve o aumento da demanda para a rede, resultando na melhoria da relação do hospital com o gestor local (contratante), possibilitando a ampliação, oferta e contratação de novos serviços, conforme o contrato nº 238/2014.

Como resultado da atualização de valores da contratualização, contratação de novos servidores EBSEH e ampliação de alguns serviços assistenciais (Quadro 02), possibilitou incremento de receita em 280%, passando do valor de setecentos e cinquenta mil reais para dois milhões e cem mil reais, distribuídos da seguinte forma:

¹ Portaria Ministerial nº 2.673 de 27 de novembro de 2012.

- a) Pré – fixado composto da média complexidade ambulatorial e hospitalar mais os incentivos (IGH², Interministerial, CAP³ Sergipe e ensino pesquisa) na importância respectivamente: R\$ 20.299.745,04 (vinte milhões, duzentos e noventa e nove mil, setecentos e quarenta e cinco reais e quatro centavos) e R\$5.342.841,24 (cinco milhões, trezentos e quarenta e dois mil, oitocentos e quarenta e um, e vinte e quatro centavos). O repasse fica condicionado, excetuado os incentivos) ao alcance de 60% das metas quantitativa e 40% das metas qualitativas da média complexidade ambulatorial e hospitalar.
- b) Pós – fixado composto da alta complexidade ambulatorial, hospitalar e do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) na importância respectivamente de R\$ 644.250,00 (seiscentos e quarenta e quatro mil, duzentos e cinquenta reais); R\$313.200,00 (trezentos e treze mil e duzentos) e R\$186.740,52 (cento e oitenta e seis mil, setecentos e quarenta reais e cinquenta e dois centavos). O repasse fica condicionado a produção processada. Em 19 de outubro de 2014, o HU-UFS começa a operacionalizar orçamentariamente como Unidade Gestora EBSERH – Filial.
- c) No mês de outubro de 2014 é consolidado a transição da gestão orçamentaria-financeira ao transformar o HU-UFS em uma unidade gestora (UG)⁴ da EBSERH - o HU-UFS passa a ser uma filial da EBSERH recebendo recursos diretamente da matriz, fortalecendo segurança jurídica na administração do patrimônio e na gestão administrativa e orçamentária.
- d) Para melhor compreensão dos serviços pactuados com o gestor local, para atendimento à população, apresenta-se no Quadro 02 a relação por meta mensal.

² A portaria nº 142, de 27 de dezembro de 2014, cria o incentivo a qualificação da Gestão Hospitalar (IGH).

³ Incentivo para os cuidados em doenças infecciosas e parasitárias.

⁴ UG são unidades cadastradas no Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI) com perfil de Unidade orçamentária ou administrativa, que realiza atos de gestão orçamentária, financeira e/ou patrimonial - No site do Tesouro Nacional http://www3.tesouro.fazenda.gov.br/servicos/glossario/glossario_u.asp.

Quadro 02 – Serviços Contratualizados em 2014 e Metas de Produção no HU-UFS

PROCEDIMENTOS	META MENSAL
CIRURGIAS	200
DIÁRIA DE UTI	150
GASTROPLASTIA	06
PEQUENAS CIRURGIAS	300
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	30
RETOSSIGMOIDECTOMIA	20
VIDEOLARINGOSCOPIA	180
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	500
EXAMES	META MENSAL
BRONCOSCOPIA	12
COLONOSCOPIA	80
COLPOSCOPIA	100
DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO	2700
DETECÇÃO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA	2700
DOSAGEM DE BIOTINIDADE	2700
DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4	2700
ECG	500
ELETRONEUROLOGIA EM SONO INDUZIDO	10
ELETRONEUROLOGIA EM VIGILIA	70
ELETRONEUROLOGIA	80
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	120
ESPIROMETRIA	150
EXAME ANATOMOPATOLÓGICO	250
EXAME CITOPATOLÓGICO	150
HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA	10
HISTEROSSALPINGOGRAFIA	10
HOLTER	100
LIG. ELÁSTICA DE HEMORROIDEA	3
MAMOGRAFIA BILATERAL (A PARTIR DE 10 ANOS)	40
MAMOGRAFIA BILATERAL (A PARTIR DE 35 ANOS)	260
MAPA	100
PLASTICA MAMARIA PÓS MASTECTOMIA	5
RADIOLOGIA C CONTRASTE	70
RADIOLOGIA S CONTRASTE	1130
RETOSSIGMOIDOSCOPIA	80
TC COM CONTRASTE	460
TC INFANTIL	40
TESTE ERGOMÉTRICO	100
TRATAMENTO DIGESTIVO COM LIGADURA ELASTICA	3
USG	1026

CONSULTAS POR ESPECIALIDADE	META MENSAL
ACUPUNTURA	50
ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIATRICA	250
ANESTESIA	150
ANGIOLOGIA	200
CARDIOLOGIA CLÍNICA	550
CARDIOLOGIA PEDIATRICA	150
CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO	200
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO	120
CIRURGIA GERAL	250
CIRURGIA ONCOLÓGICA	120
CIRURGIA PLÁSTICA	150
CIRURGIA TORACICA	80
CIRURGIA VASCULAR	120
DERMATOLOGIA	550
ENDOCRINOLOGIA ADULTO	700
ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	220
ENFERMEIRO	300
FISIOTERAPEUTA	350
FONOAUDIOLOGIA	240
GASTROENTEROLOGIA ADULTO	350
GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	150
GERIATRIA	50
GINECOLOGIA CIRURGICA	100
HEMATOLOGIA ADULTO	200
HEMATOLOGIA PEDIATRICA	200
HEPATOLOGIA	350
INFECTOLOGIA	250
MASTOLOGIA CLÍNICA E CIRURGICA	300
MEDICINA DO ADOLESCENTE	50
NEFROLOGIA PEDIATRICA	150
NEFROLOGIA ADULTO	300
NEUROCIRURGIA	30
NEUROLOGIA ADULTO	400
NEUROLOGIA PEDIATRICA	160
NUTRICIONISTA	250
OBSTETRICIA	150
OFTALMOLOGIA	200
ONCOLOGIA CLÍNICA	60
ORTOPEDIA	400
OTORRINOLARINGOLOGIA	500
PEDIATRIA CIRURGICA	200
PNEUMOLOGIA ADULTO	350
PNEUMOLOGIA PEDIATRICA	120
PROCTOLOGIA	250

PSICOLOGO	80
PSIQUIATRIA	250
CONSULTAS POR ESPECIALIDADE	META MENSAL
PSIQUIATRIA PEDIATRICA	60
REUMATOLOGIA	750
TERAPIA FONOAUDIOLOGIA	240
TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS	1700
UROLOGIA	150
CONSULTAS ESPECIALIZADAS NIVEL SUPERIOR, EXCETO MÉDICO	META MENSAL
ASSISTENTE SOCIAL	53
ENFERMAGEM	300
FARMACIA	62
FISIOTERAPIA	350
FONOAUDIOLOGIA	240
NUTRIÇÃO	250
PSICOLOGIA	80

Fonte: Contrato de Trabalho e Prestação de Serviços (CTPS), 2014.

Apesar de não habilitado pelo SUS, o hospital tem sido reconhecido como uma organização que realiza a cirurgia oncológica no estado, nas áreas de Cabeça e Pescoço, Mastologia, Ginecologia e Abdominal. Tal fato pode ser evidenciado nos relatórios e dados do SIGEC, por meio da produção do Centro Cirúrgico de cirurgias oncológicas num quantitativo de 49 das 409 realizadas no mês de outubro de 2015 (SIGEC, 2015). Com a perspectiva de ofertar novos serviços, o HU-UFS encontra-se em fase de habilitação para tratamento do câncer como Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), Transplantes (córnea, rim, fígado e medula), hospital/dia AIDS e acompanhamento ambulatorial pós cirurgia bariátrica.

As habilitações e serviços existentes, classificados de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em 2015, estão indicados nos Quadros 03 e 04. A data da competência inicial refere-se ao período de solicitação da habilitação ao gestor, sendo que a autorização pode ser emitida a nível local ou nacional, a depender da portaria que regulamenta o serviço.

Quadro 03 – Habilitações Existentes no HU-UFS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	ORIGEM	COMPETÊNCIA INICIAL	PORTARIA
0202	Unidade de assistência de alta complexidade ao paciente portador de obesidade grave.	Nacional	04/2010	PT SAS 425/2013
0902	Cuidados prolongados – enfermidades pneumológicas.	Local	07/2009	35/2013

0906	Cuidados prolongados – enfermidades decorrentes da AIDS.	Local	07/2009	35/2009
0907	Cuidados prolongados – enfermidades devido a causas externas.	Local	07/2009	PORT 35/2009
1406	Centro de referência em Triagem Neonatal – acompanhamento e tratamento – doenças falciformes e outras hemoglobinopatias.	Nacional	05/2013	PT SAS 501/2013
1408	Triagem Neonatal Fase IV.	Nacional	05/2014	PT SAS 368/2014
2601	UTI II adulto.	Nacional	02/2004	PT GM 2393/2003
2901	Videocirurgias.	Local	04/1999	35/2014

Fonte: Adaptado de CNES, 2015.

Quadro 04 – Serviços de Habilitação Existentes no HU-UFS

CÓDIGO	SERVIÇO	AMBULATORIAL		HOSPITALAR	
		SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
127	SERVICO DE ATENCAO A OBESIDADE	SIM	NÃO	SIM	NÃO
107	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	SIM	NÃO	SIM	NÃO
111	SERVICO DE ATENCAO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
113	SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR	SIM	NÃO	SIM	NÃO
114	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
115	SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	SIM	NÃO	SIM	NÃO
119	SERVICO DE CONTROLE DE TABAGISMO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	SIM	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	SIM	NÃO	SIM	NÃO
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	SIM	NÃO	SIM	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	SIM	NÃO	SIM	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	SIM	NÃO	SIM	NÃO
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	SIM	NÃO	SIM	NÃO
164	SERVICO DE ORTESES, PROTESES E MAT ESPECIAIS EM REABILITACAO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
133	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	SIM	NÃO	SIM	NÃO
135	SERVICO DE REABILITACAO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
139	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	SIM	NÃO	SIM	NÃO
146	SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	SIM	NÃO	SIM	NÃO
149	TRANSPLANTE	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Fonte: CNES, 2015.

O HU-UFS, buscando apresentar uma melhor transparência quanto aos dados de atendimentos realizados e otimizar a prestação de contas, informa mensalmente ao NUCAAR (Núcleo de Controle Auditoria, Avaliação e Regulação da Secretaria Municipal de Saúde – SMS) os indicadores de atenção à saúde, de qualidade ambulatorial e hospitalar e de ensino e pesquisa, realizados respectivamente pelo

Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, Ouvidoria e Setor de Hotelaria Hospitalar e pela Gerência de Ensino e Pesquisa, e são imprescindíveis para o acompanhamento da produção e qualidade do atendimento na organização (Quadro 05).

Quadro 05 – Indicadores de Atenção à Saúde

INDICADORES DE ATENÇÃO À SAÚDE	RESULTADO
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA PO LEITO CLÍNICO (DIAS)	20,39
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA POR LEITO CIRÚRGICO (DIAS)	6,89
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA POR LEITO PEDIATRIA (DIAS)	10,42
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA POR LEITO SAÚDE MENTAL (DIAS)	32,00
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA POR LEITO UTI (DIAS)	9,13
TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR (LEITOS GERAIS)	82,83%
TAXA DE OCUPAÇÃO CLÍNICA MÉDICA	74,91%
TAXA DE OCUPAÇÃO CLÍNICA CIRÚRGICA	91,89%
TAXA DE OCUPAÇÃO CLÍNICA PEDIÁTRICA	84,89%
TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR (LEITO EM SAÚDE MENTAL)	64,52%
TAXA DE OCUPAÇÃO UTI GERAL	94,19%
TAXA DE OCUPAÇÃO UTI ADULTO	94,19%
TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR (LEITOS GERAIS)	1,90%
TAXA DE MORTALIDADE UTI	12,50%
TAXA DE MORTALIDADE UTI ADULTO	12,50%
Nº DE CIRURGIAS POR SALA/DIA	3,49
TAXA DE CIRURGIAS AMBULATORIAIS	59,58%
TAXA DE SUSPENSÃO DE CIRURGIA	8,26%
TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR	1,14%
DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE IRAS EM UTI	20,55%
TAXA DE INFECÇÃO UTI ADULTO	21,43%
TAXA DE INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO (ISC) EM CIRURGIA LIMPA	4,55%
DENSIDADE DE INCIDÊNCIA IPCS POR CVC	0,00%
PROPORÇÃO DE LEITOS DE UTI	4,76%
PROPORÇÃO DE LEITOS DE UTI ADULTO	4,76%
RELAÇÃO FUNCIONÁRIO/LEITO	1,98
PERCENTUAL DE UTILIZAÇÃO DO TOMOGRÁFO	50,68%
PERCENTUAL DE UTILIZAÇÃO DO MAMÓGRAFO	50,91%
AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO (AMBULATÓRIO)	100,00%
AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO (INTERNAÇÃO)	100,00%
Nº DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS (CONSULTAS E EXAMES) REGULADOS PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO	100,00%
Nº DE LEITOS NA CENTRAL DE REGULAÇÃO	105
Nº DE CURSOS E/OU CAPACITAÇÃO OFERTADOS	428
Nº DE RESIDENTES MÉDICOS FORMADOS/ANO NA REDE DE SERVIÇO DO SUS	45

Nº DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS FORMADOS/ANO NA REDE DE SERVIÇOS DO SUS	38
Nº DE PESQUISAS CIENTÍFICAS REALIZADAS NO HU	52
ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE	88,00%
PARTICIPAR DAS REUNIÕES DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DA CONTRATUALIZAÇÃO SEMPRE QUE HOUVER CONVOCAÇÃO PELA SMS DE ARACAJU	100,00%
RETORNO AOS USUÁRIOS DAS RECLAMAÇÕES FEITAS NOS CANAIS DE CAPTAÇÃO DA OUVIDORIA	100,00%

As metas pactuadas são analisadas por grupos de programação, calculando-se o percentual de execução quantitativa e qualitativa pela média trimestral, classificando o resultado conforme pontuação que varia de 0 a 5, a depender da meta alcançada. As metas qualitativas correspondem aos indicadores de assistência, gestão, ensino/pesquisa e avaliação (Quadros 06 e 07).

Caso as metas pactuadas na contratualização estejam abaixo de 50% por três meses consecutivos, ou cinco meses alternados, ou forem superiores a 100% por 12 meses consecutivos, indica-se a necessidade de rever o documento descritivo e os valores contratuais (CTPS 238/2014).

A avaliação do último trimestre de 2014, feita pelo gestor municipal, baseada nos indicadores de atenção à saúde, foram satisfatórios qualitativamente e quantitativamente, atingindo 92,88% para as metas ambulatoriais e hospitalares.

Quadro 06 – Resultado da Avaliação Quantitativa

Desempenho Hospitalar					
Mensal	Executado	% Execução	Perda Primária	Absentismo	Falhas Regulação
Contratado					
488	151 procedimentos				
Desempenho Ambulatorial e Hospitalar					
Mensal	Executado	% Execução	Perda Primária	Absentismo	Falhas Regulação
Contratado					
39.680	36.854	92,88%			
Valor Pré-fixado Total	1.691.645,42				
Valor Pré-fixado Quantitativo	1.014.987,25				
Valor a Repassar	1.014.987,25				
				FAIXA	% A REPASSAR
				85% a 100%	60% do valor Pré-Fixado
				75 a 84%	57% do valor Pré-Fixado
				65 a 74%	54% do valor Pré-Fixado
				50 a 64%	51% do valor Pré-Fixado
				Abaixo de 50%	48% do valor Pré-Fixado

Fonte: SMS Aracaju/NUCAAR, 2014.

Quadro 07 – Resultado da Avaliação Qualitativa

Metas Qualitativas		
Indicadores – Assistência	Pontuação Máxima	Média da Pontuação Obtida no Trimestral
	35	20
Indicadores – Gestão	Pontuação Máxima	Média da Pontuação Obtida no Trimestral
	15	5
Indicadores – Ensino/Pesquisa	Pontuação Máxima	Média da Pontuação Obtida no Trimestral
	35	15
Indicadores – Avaliação	Pontuação Máxima	Média da Pontuação Obtida no Trimestral
	15	10
Desempenho Geral das Metas Qualitativas	Pontuação Máxima	Soma da Média da Pontuação Obtida no Trimestral
	100	50
Valor Pré-fixado Qualitativo		676.658,17
Valor a Repassar		230.063,78
DESEMPENHO GERAL	% A REPASSAR	
80 a 100 pontos	40% do valor Pré-Fixado	
60 a 79 pontos	37% do valor Pré-Fixado	
40 a 59 pontos	34% do valor Pré-Fixado	
Abaixo de 40 pontos	31% do valor Pré-Fixado	

Fonte: SMS Aracaju/NUCAAR, 2014.

Para demonstrar os serviços prestados pelo o HU-UFS, segue abaixo a série histórica de 2008 a 2014 (Quadro 08). Podemos identificar um aumento gradativo na produção de 2009 a 2013, com uma cenário atípico em 2014 devido ao processo de transição, desencadeado pela implantação do novo modelo de gestão pós adesão à EBSERH.

Quadro 08 – Série Histórica da Produção Assistencial do HU-UFS – 2008 a 2014

SERVIÇO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
..0101-Ações coletivas/individuais em saúde	1.965	862	2.362	2.304	2.152	3.057	1.424	14.126
..0201-Coleta de material	1.487	749	891	1.734	1.242	1.770	986	8.859
..0202-Diagnóstico em laboratório clínico	169.283	90.236	94.238	109.359	134.986	214.638	189.637	1.002.377
..0203-Diagnóstico por anatomia patológica e citop	1.869	567	1.138	144	119	585	722	5.144
..0204-Diagnóstico por radiologia	9.996	9.018	17.012	16.517	10.736	16.775	12.507	92.561
..0205-Diagnóstico por ultrassonografia	3.505	2.357	6.300	8.164	7.888	10.495	8.598	47.307
..0206-Diagnóstico por tomografia	1.162	124	1.208	383	319	61	413	3.670
..0207-Diagnóstico por ressonância magnética	1	0	0	0	0	0	0	1
..0209-Diagnóstico por endoscopia	1.676	242	1.066	286	295	889	2.656	7.110
..0211-Métodos diagnósticos em especialidades	9.597	4.685	10.527	10.320	9.872	13.064	10.205	68.270
..0214-Diagnóstico por teste rápido	480	184	498	588	332	173	182	2.437
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	83.694	43.263	93.930	97.576	82.097	98.434	82.250	581.244
..0302-Fisioterapia	121	217	220	1.407	1.395	94	912	4.366
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	340	267	79	0	132	10	95	923
..0307-Tratamentos odontológicos	5.449	3.124	5.238	5.819	3.592	4.696	4.166	32.084
..0309-Terapias especializadas	290	143	175	136	169	150	77	1.140
..0401-Pequena cirurgia e cirurgia pele,tecido sub. Mucosa	2.118	828	2.155	2.315	2.062	2.214	3.086	14.778
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço	9	41	228	14	0	1	152	445
..0405-Cirurgia do aparelho da visão	102	19	16	9	0	1	6	153
..0406-Cirurgia do aparelho circulatório	85	66	180	139	108	203	151	932

SERVIÇO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
..0407-Cirurgia aparelho digestivo, órgãos anexos parede abd.	349	62	435	143	111	244	199	1.543
..0408-Cirurgia do sistema osteomuscular	3	2	0	6	0	2	10	23
..0409-Cirurgia do aparelho geniturinário	0	1	7	5	1	4	3	21
..0410-Cirurgia de mama	0	0	0	0	0	0	2	2
..0413-Cirurgia reparadora	1	0	9	1	0	0	0	11
..0414-Cirurgia oro-facial	1.219	468	1.336	1.301	990	1.703	1.301	8.318
..0415-Outras cirurgias	0	0	0	0	0	0	4	4
..0417-Anestesiologia	0	0	0	0	0	10	21	31
..0701-Órteses, próteses, ma.t espec. não rel. ato cirúrgico	178	120	79	98	110	75	0	660
01-AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE	1.965	862	2.362	2.304	2.152	3.057	1.424	14.126
02-PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA	199.056	108.162	132.878	147.495	165.789	258.450	225.906	1.237.736
03-PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	89.894	47.014	99.642	104.938	87.385	103.384	87.500	619.757
04-PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	3.886	1.487	4.366	3.933	3.272	4.382	4.935	26.261
07-ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS	178	120	79	98	110	75	0	660
Total	294.979	157.645	239.327	258.768	258.708	369.348	319.765	1.898.540

Fonte: DATASUS/MS, 2014.

Percebendo a necessidade de repensar o modelo de atenção até então baseado na fragmentação do cuidado, o HU-UFS buscou se instrumentalizar para implantar linhas de cuidado pautadas nas diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS, definidas na portaria 4279/2010/MS (BRASIL, 2013).

As linhas de cuidado expressam os fluxos assistenciais que devem ser ofertados ao usuário para atender as suas necessidades de saúde, desenhando o itinerário terapêutico percorrido pelo usuário na organização (CECÍLIO, 2003). Em 2014, a Gerência de Atenção à Saúde do HU-UFS iniciou o processo de mapeamento dos profissionais e dos serviços de diagnóstico e terapêutica disponíveis, bem como a verificação dos fluxos de trabalho existentes, para a construção das linhas de cuidado.

Para se determinar a escolha das linhas prioritárias, a organização deve considerar a prevalência de determinado problema de saúde, a carência de cuidados numa área específica, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e a facilidade de implantação (FRANCO, 2008). No HU-UFS a construção e implantação das linhas de cuidado foram baseadas prioritariamente no perfil assistencial, na atenção ao paciente com doenças crônicas, realização de procedimentos cirúrgicos, e na ampliação da atenção à criança e adolescente e com a perspectiva de inauguração do serviço materno infantil.

Foram definidas prioritariamente no HU-UFS três linhas de cuidado, a saber: Atenção ao adulto em processos cirúrgicos (cirurgias ambulatoriais, pequeno, médio e grande porte); Atenção ao adulto com doenças crônicas (a exemplo de infectologia, pneumologia, reumatologia, endocrinologia e cardiologia); e Atenção à criança e ao adolescente (triagem neonatal, afecções clínicas agudas e crônicas e alergia alimentar).

1.4 Recursos Recebidos Extra Contratualização

Neste item pretende-se demonstrar os recursos orçamentários recebidos por destaque, ou seja extra contratualização após o contrato com EBSEH ter sido assinado, fazendo uma reflexão sintética da sua aplicação e o impacto na reestruturação da organização hospitalar.

Para fins de uniformização de nomenclaturas considerou-se os recursos recebidos em destaque como sendo recursos orçamentários oriundo do Programa

Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF)⁵ e repasses diretamente da EBSEH, não pertencentes ao teto da média e alta complexidade e dos incentivos de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), Centro de Atenção Psicossocial (CAP), ensino e pesquisa.

Ressalta-se, ainda, que o HU-UFS não aplica os recursos recebidos em destaque e os da contratualização em despesas com Folha de Pagamento ou bolsas de residências, mas tão somente na manutenção das atividades e investimentos. Por isso tais componentes não serão tratados aqui, pois correspondem a rubricas específicas e vinculadas pelo MEC. Entretanto, vale considerar a importância da aplicação desses recursos no Estado de Sergipe, não tão somente pela geração de empregos diretos, como também pelo montante mensal da Folha de Pagamento⁶ gerado pelo HU-UFS, até dezembro de 2015, de quase R\$ 60.000.000,00 (sessenta milhões de reais), que contribuíram para a movimentação da economia sergipana.

Destarte, do montante de recursos recebidos no período de 2013 até outubro de 2015, os destaques apresentados no Quadro 09 e Gráfico 01, representaram aproximadamente 25%, ou um incremento sobre o montante contratualizado⁷ de 33%. É relevante ainda evidenciar no Quadro 10 que os investimentos corresponderam a aproximadamente 6% e que a aplicação desses recursos recebidos por destaque ou, em outras palavras, recursos empenhados, foi de 98%.

Os dados dos últimos três anos refletem a importância desses recursos recebidos por destaques para o financiamento com aplicação na aquisição dos produtos de saúde, medicamentos, manutenção das clínicas cirúrgicas e médicas, em equipamentos como eletromiografia, focos e microscópios cirúrgicos, equipamentos de monitorização, containers e camas eletrônicas.

⁵ 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, tendo como objetivo criar condições materiais e institucionais para que os hospitais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e de assistência à saúde da população.

⁶ Fonte: Sistema integrado de administração financeira – SIAFE 2015.

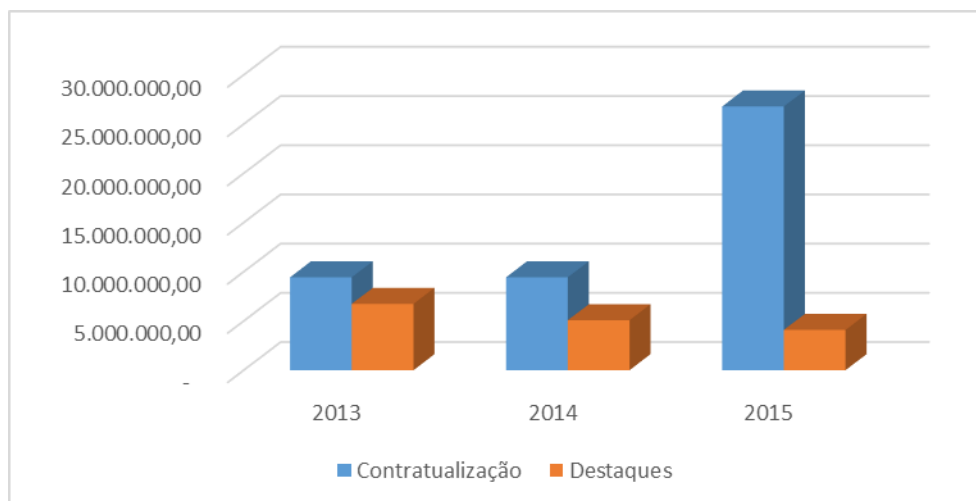
⁷ O montante contratualizado nesse período foi R\$ 45.664.739,04, assim distribuído: 2013, R\$ 9.438.981,12; 2014, R\$ 9.438.981,12; e 2015, R\$ 26.786.776,80.

Quadro 09 – Montante de Recursos Recebidos para Manutenção e Investimento

	2013	2014	2015	Total
Contratualização	9.438.981,12	9.438.981,12	26.786.776,80	45.664.739,04
Destaques	6.739.232,92	5.076.088,15	4.091.290,22	15.906.611,29
Total	16.180.227,04	14.517.083,27	30.880.082,02	61.577.392,33

Fonte: Setor de Orçamento e Finanças HU-UFS adaptado, 2015.

Gráfico 01 – Montante de Recursos Recebidos para Manutenção e Investimento



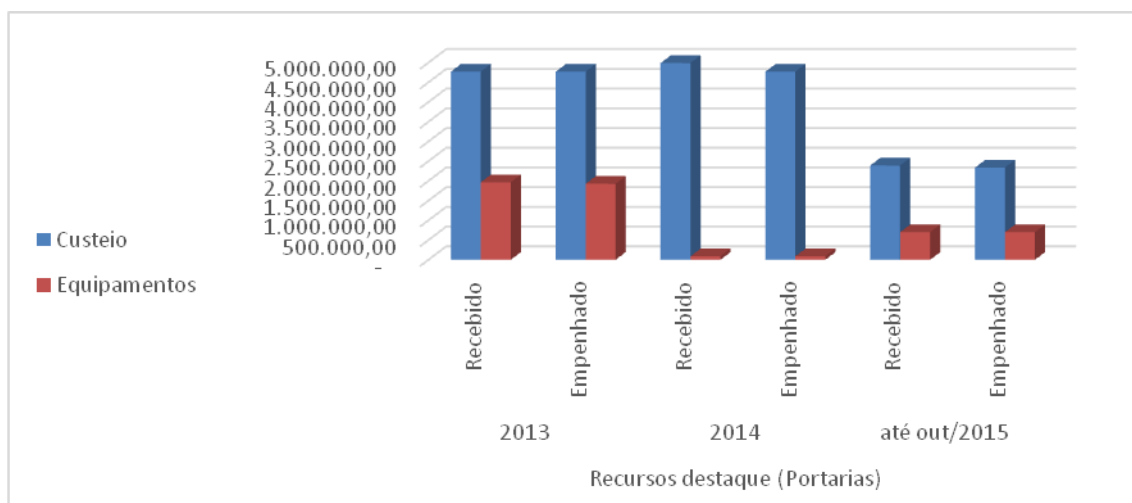
Fonte: Setor de Orçamento e Finanças HU-UFS adaptado, 2015.

Quadro 10 – Recursos em Destaque Recebidos e Empenhados

	2013		2014		Até out/2015	
	Recebido	Empenhado	Recebido	Empenhado	Recebido	Empenhado
Custeio	4.772.151,15	4.769.875,77	4.988.175,15	7.769.875,77	2.391.290,22	2.338.668,98
Equipamentos	1.967.081,77	1.927.423,92	87.912,00	87.912,00	700.000,00	700.000,00
Total	6.739.232,92	6.697.299,69	5.076.088,15	4.857.787,77	3.091.290,22	3.038.668,98

Fonte: Setor de Orçamento e Finanças HU-UFS adaptado, 2015.

Gráfico 02 – Recursos em Destaque Recebidos e Empenhados

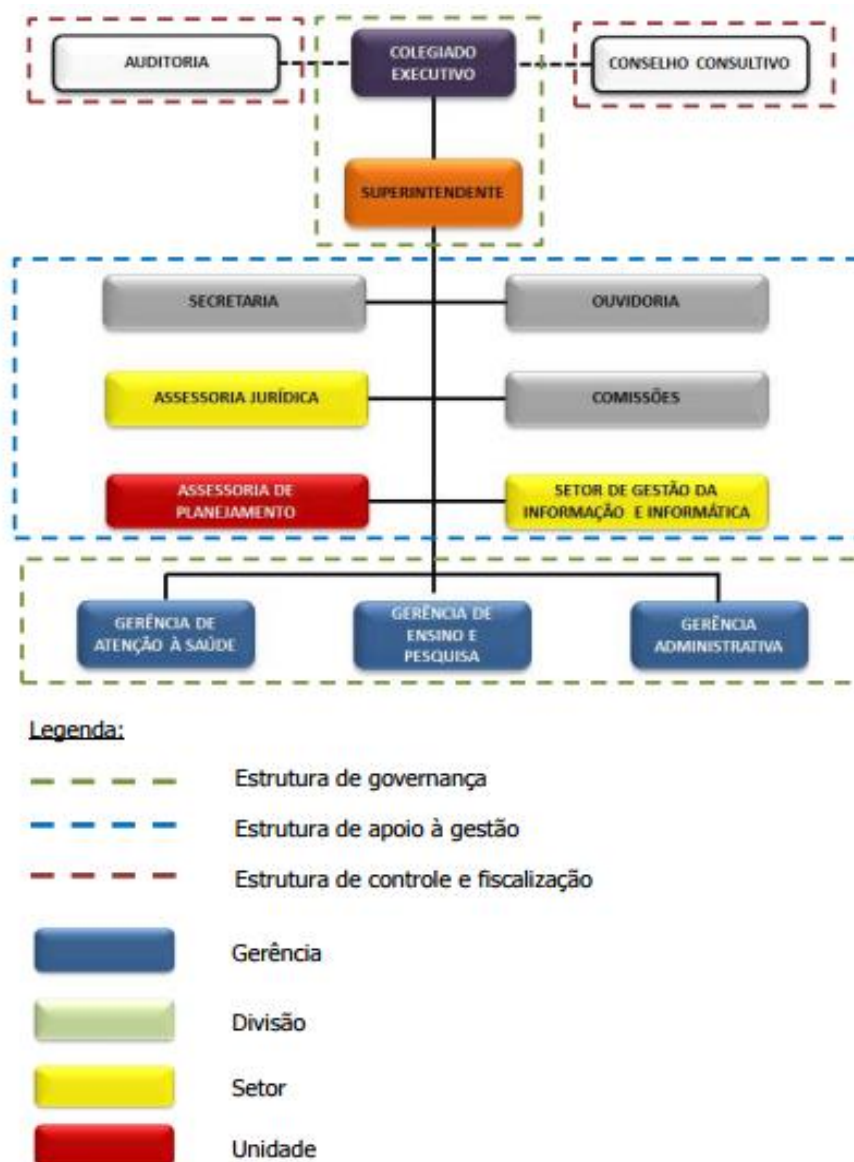


Fonte: Setor de Orçamento e Finanças HU-UFS adaptado, 2015.

1.5 Modelo de Governança do HU-UFS

O HU-UFS tem a sua estrutura organizacional norteada no modelo de hospital de médio porte, conforme documento denominado “Estrutura dos Hospitais sob a Gestão da EBSEH: Diretrizes Técnicas”, versão 1.0 elaborado em março de 2013 (Figura 03).

Figura 03 – Estrutura Organizacional do HU-UFS em 2015



Fonte: Brasil, 2013.

De acordo com a tipologia, o HU-UFS está contemplado com cargos comissionados a saber: Superintendente, Gerente de Atenção à Saúde, Gerente Administrativo, Gerente de Ensino e Pesquisa, Auditor e Ouvidor (a) e funções gratificadas seguindo níveis hierárquicos Divisões, Setores e Unidades, com formas de nomeação, perfil desejado e competências definidas no Regimento Interno da EBSEH.

O novo modelo de gestão, compartilha de uma gestão horizontalizada, colegiada e participativa que procura atender as demandas internas de maneira

profissional (BRASIL 2013). Mensalmente é aberto em plenária exposições de atividades, propostas e dificuldades de setores selecionados previamente, disponibilizando o espaço para discussões e sugestões.

1.6 Força de Trabalho

Antes da adesão do HU-UFS com a EBSEH, a força de trabalho do HU - UFS era formada quase que exclusivamente por Servidores da UFS, de Regime Jurídico Único (RJU), complementada por alguns colaboradores cedidos por outros órgãos públicos e por mão de obra administrativa terceirizada, resultando na dificuldade de aumento da produção assistencial. Essa fase de transição resultou em dificuldades operacionais até o segundo semestre de 2013, quando foi realizada a adesão a EBSEH.

Em 2013, ocorreram visitas do corpo técnico da EBSEH Sede à organização hospitalar, momento em que foi realizado estudo situacional do HU-UFS, resultando no planejamento que teve como um dos seus produtos a realização, em 2014, de concurso público. Vale a pena ressaltar que no dimensionamento proposto, de acordo com as necessidades da organização, previa-se na época a liberação de 1811 vagas para suprir a necessidade de força de trabalho do hospital, número logo depois reduzido para 1.214 vagas. Essa redução poderá vir a afetar, futuramente quando as obras forem concluídas, a operacionalização de novos serviços já previstos e contratualizados.

Nos Quadros 11, 12 e 13, pode-se verificar, de forma quantitativa, a força de trabalho do HU-UFS em momentos distintos: antes da adesão à EBSEH, no momento atual (outubro/2015) e a previsão de preenchimento de 100% das vagas previstas nos concursos supracitados. As convocações dos aprovados começaram em agosto de 2014, totalizando 495 contratados até 30 de outubro de 2015.

Quadro 11 – Distribuição dos Colaboradores do HU-UFS

TIPO DE SERVIDOR	PRÉ-EBSEH		OUTUBRO/2015		FUTURO	
	UFS	CEDIDOS	UFS	EBSEH	UFS	EBSEH
Quantidade	410	07	360	495	395	1211
% QUADRO	~ 25%		~ 50%		100 %	

Fonte: Divisão de Gestão de Pessoas (2015).

Quadro 12 – Dimensionamento por Categoria Profissional do HU-UFS (até 21/10/2015)

CARGOS	VAGAS PREVISTAS	VAGAS PREENCHIDAS
Advogado	2	1
Analista Administrativo – Administração	10	3
Analista Administrativo – Arquitetura	1	1
Analista Administrativo – Biblioteconomia	1	1
Analista Administrativo – Contabilidade	2	1
Analista Administrativo – Economia	2	1
Analista Administrativo – Estatística	1	-
Analista Administrativo – Jornalismo	1	1
Analista Administrativo – Relações Públicas	1	1
Analista de Tecnologia da Informação – Processos	1	1
Analista de Tecnologia da Informação – Sistemas Operacionais	1	1
Analista de Tecnologia da Informação – Suporte e Redes	2	1
Analista de Tecnologia da Informação – Telecomunicações	1	1
Assistente Administrativo	99	61
Assistente Social	8	6
Biólogo	1	-
Biomédico	3	3
Cirurgião Dentista	2	2
Enfermeiro – Assistencial	217	44
Enfermeiro – Cardiologia	2	-
Enfermeiro – Nefrologia	1	-
Enfermeiro – Saúde da Mulher	2	-
Enfermeiro – Terapia Intensiva	4	3
Enfermeiro – Terapia Intensiva Pediátrica	2	-
Engenheiro Civil	1	1
Engenheiro Clínico	2	2
Engenheiro de Segurança do Trabalho	1	1
Engenheiro Eletricista	1	1
Engenheiro Mecânico	1	1
Farmacêutico	38	20
Físico – Física Médica – Radiodiagnóstico	1	1
Fisioterapeuta	25	17
Fisioterapeuta – Terapia Intensiva	3	3
Fonoaudiólogo	4	3
Médico – Anestesiologia	33	6
Médico – Cancerologia Cirúrgica	1	-
Médico – Cancerologia Clínica	4	-
Médico – Cancerologia Pediátrica	1	-
Médico – Cardiologia	6	3
Médico – Cardiologia – Eletrofisiologia Clínica Invasiva	1	-

CARGOS	VAGAS PREVISTAS	VAGAS PREENCHIDAS
Médico – Cardiologia Ecocardiografia	3	3
Médico – Cardiologia Pediátrica	1	1
Médico – Cirurgia Cardiovascular	1	-
Médico – Cirurgia de Cabeça e Pescoço	2	1
Médico – Cirurgia do Aparelho Digestivo	3	-
Médico – Cirurgia Geral	11	4
Médico – Cirurgia Pediátrica	6	1
Médico – Cirurgia Plástica	1	-
Médico – Cirurgia Torácica	1	1
Médico – Cirurgia Vascular	2	1
Médico – Clínica Médica	15	7
Médico – Coloproctologia	2	1
Médico – Dermatologia	2	2
Médico – Endocrinologia e Metabologia	3	4
Médico – Endocrinologia e Metabologia Pediátrica	1	1
Médico – Endoscopia Respiratória	1	-
Médico – Gastroenterologia	2	2
Médico – Geriatria	1	-
Médico – Ginecologia e Obstetrícia	20	1
Médico – Hematologia e Hemoterapia	1	-
Médico – Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista	1	1
Médico – Hepatologia	1	1
Médico – Infectologia	3	3
Médico – Medicina do Trabalho	1	1
Médico – Medicina Intensiva	29	5
Médico – Medicina Intensiva Pediátrica	10	-
Médico – Nefrologia	4	-
Médico – Neurocirurgia	1	1
Médico – Neurologia	2	2
Médico – Oftalmologia	2	2
Médico – Ortopedia e Traumatologia	2	-
Médico – Otorrinolaringologia	3	1
Médico – Patologia	2	2
Médico – Pediatria	12	4
Médico – Pneumologia	1	1
Médico – Pneumologia Pediátrica	1	-
Médico – Psiquiatria	1	1
Médico – Radiologia e Diagnóstico por Imagem	10	4
Médico – Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia	1	-
Médico – Reumatologia	2	2
Médico – Transplante de Medula Óssea	2	-
Médico – Urologia	4	2
Nutricionista	4	4
Pedagogo	1	1

CARGOS	VAGAS PREVISTAS	VAGAS PREENCHIDAS
Profissional de Educação Física	1	1
Psicólogo – Área Hospitalar	4	3
Psicólogo - Área Organizacional	1	1
Técnico em Enfermagem	450	181
Técnico em Enfermagem – Saúde do Trabalhador	1	1
Técnico em Farmácia	10	7
Técnico em Histologia	05	5
Técnico em Informática	6	6
Técnico em Laboratório	31	12
Técnico em Óptica	1	1
Técnico em Radiologia	23	12
Técnico em Saúde Bucal	1	1
Técnico em Segurança do Trabalho	4	2
Tecnólogo em Radiologia	1	-
Terapeuta Ocupacional	4	2
TOTAL	1212	495

Fonte: Divisão de Gestão de Pessoas HU-UFS, 2015.

Quadro 13 – Profissionais Responsáveis pelos Atendimentos no HU-UFS até outubro/2015

RELAÇÃO DE VÍNCULO						
PROFISSIONAIS HU - CARGOS	VÍNCULOS					QUANTITATIVO
	RJU	EBSERH	MS	RESIDENTES	TERCEIRIZADOS	
AJUDANTE DE ELETRICISTA					1	1
ASSISTENTE SOCIAL	04	06		04		14
AUXILIAR DE INFORMÁTICA					19	19
BIOMÉDICO	-	03				03
BOMBEIRO					2	2
CIRURGIÃO DENTISTA	01	02	01			04
ELETRICISTA					2	2
ENFERMEIROS	46	46		35		127
FARMACÊUTICO	09	21		18		48
FISIOTERAPEUTA	01	20		08		29
FONOUDIÓLOGO	01	03				04
JARDINEIRO					2	2
MAQUEIROS					2	2

RELAÇÃO DE VÍNCULO						
PROFISSIONAIS HU - CARGOS	VÍNCULOS					QUANTITATIVO
	RJU	EBSERH	MS	RESIDENTES	TERCEIRIZADOS	
MARCENEIRO					3	3
MÉDICOS	107	73	05	129		314
MOTORISTA					6	6
NUTRICIONISTA	06	04		13		23
ODONTOLOGISTA				03		03
OPERADOR DE CALDEIRA					2	2
PEDREIRO					2	2
PINTOR					2	2
PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA	-	01				01
PSICÓLOGO	03	04		14		21
RECEPCIONISTA					51	51
SERRALHEIRO					1	1
SERVEENTE DE OBRAS					4	4
TÉC. INFORMÁTICA I					12	12
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	68	180				248
TÉCNICO EM HISTOLOGIA	-	05				05
TÉCNICO EM RADIOLOGIA	10	12	01			23
TÉCNICO FARMÁCIA	02	07				09
TÉCNICO INFORMÁTICA II					5	5
TÉCNICO LABORATORIAL	25	11				36
TELEFONISTA					4	4
TERAPEUTA OCUPACIONAL	-	02		01		03
VIGILANTES					22	22
Total	283	400	7	225	142	1057

Fonte: Divisão de Gestão de Pessoas, 2015.

1.7 Desafios e Perspectivas Futuras

Diante do desafio enfrentado pelo HU-UFS em prestar um serviço de excelência para a sociedade, alguns problemas vêm dificultando o dia a dia da organização, tais como infraestrutura inadequada e o *déficit* de equipamentos médico-hospitalares.

Existem serviços pendentes, indispensáveis para atender a demanda da rede que serão disponibilizados pela organização tão logo as obras sejam concluídas e os equipamentos médico-hospitalares adquiridos. Alguns equipamentos médico-hospitalares foram adquiridos e aguardam a conclusão das obras para que sejam colocados à disposição da sociedade.

Dentre as obras a serem finalizadas destacam-se a construção do prédio do Anexo Hospitalar e da Maternidade, que propiciarão ao HU-UFS oferecer diversos novos serviços, tais como: Quimioterapia, Hemodiálise, Transplante de Órgãos, Eletroneuromiografia, Polissonografia, Ressonância Magnética, Hemodinâmica, Neurocirurgia, Maternidade de baixo risco, UTI Neonatal, UTI Infantil, entre outros.

Destacam-se também outras reformas importantes e necessárias para o aumento da capacidade de assistência, ensino e pesquisa deste hospital, tais como a ampliação dos serviços de endoscopia, UTI Adulto e Centro Cirúrgico.

Ressalta-se que alguns desses serviços possuem demandas judicializadas⁸, a exemplo da eletroneuromiografia, e extirpação mamária, e ainda transplante de órgãos, sem nenhum serviço de referência sendo oferecido no estado.

⁸ “A Judicialização, no contexto brasileiro, é um fato, uma circunstância que decorre do modelo constitucional que se adotou, e não um exercício deliberado da vontade política” (Barroso, Judicialização, ativismo social e legitimidade democrática, p. 6)

2. Objeto e Objetivos

2.1 Objeto

Plano desenvolvido para nortear as atividades da equipe do HU-UFS e estabelecer as ações institucionais previstas no modelo de gestão colegiado, baseadas no diagnóstico situacional, relacionadas à gestão nas áreas de atenção à saúde, administrativa, ensino e pesquisa.

2.2 Objetivos Geral e Específicos do PDE

2.2.1. Geral

Atender à população referenciada com melhor qualidade assistencial e resolutividade, em infraestrutura compatível aos serviços prestados, potencializando a integração da assistência, ensino e pesquisa.

2.2.2. Específicos

Os objetivos específicos são:

- Fortalecer os processos de implantação e implementação das linhas de cuidados no HU-UFS visando proporcionar maior oferta de consultas exames à população conforme a necessidade da demanda;
- Implantar e manter canais e processos de comunicação e de trabalho para contribuir na qualidade da assistência;
- Otimizar os protocolos assistenciais, de ensino e administrativos para melhoria dos serviços prestados à população;
- Definir os processos administrativos e assistenciais visando otimizar a aquisição de produtos e serviços;
- Readequar as instalações físicas buscando melhorias na infraestrutura;
- Implantar modelo de gestão compartilhada com corresponsabilidade para melhorar os processos administrativos, assistenciais e de ensino e pesquisa;
- Instituir política contínua de negociação nas três esferas de poder para regularizar e aumentar os recursos financeiros para a infraestrutura e tecnologia do HU-UFS;

- Implantar modelo de gestão com fluxos e processos que otimizem e evitem o desabastecimento com aumento de indicadores assistenciais;
- Finalizar as obras para a ampliação e otimização de espaços;
- Elaborar projetos e implementar ações que integrem ensino, pesquisa e assistência;
- Definir com participação coletiva linhas de pesquisas prioritárias para diagnosticar problemas de assistência em saúde do hospital, em benefício da sociedade.

3. Percurso Metodológico

Foi realizado o percurso de construção do PDE, assim como as ferramentas aplicadas em sua construção, conforme descrito nos próximos subcapítulos.

3.1 Percurso de Desenvolvimento do PDE

Há 40 anos empresas privadas, de economia mista, alguns serviços de saúde, pensadores e estrategistas discutiam novos modelos de gestão, ou seja, o plano diretor estratégico que utiliza ferramentas que envolvem todos os atores da gestão. Quem aderiu a esse novo processo de gestão evoluiu, obtendo uma melhoria nos serviços e produtos ofertados.

A EBSEH foi criada para resolver os problemas dos hospitais universitários federais a fim de qualificar a gestão com foco no paciente e melhoria dos serviços ofertados, mudando o paradigma da assistência na integração da rede SUS. Esta é uma tarefa árdua, caminhos difíceis, cujo melhor traçado foi por meio da educação permanente dos atores para o autoconhecimento, utilizando metodologias ativas, no qual cada personagem identifica os problemas, sugerem buscar evidências científicas e de melhores práticas, utilizando ferramentas de gestão. Outros instrumentos utilizados foram o compartilhamento das decisões, de responsabilidades, cujo produto final será a mudança do atual cenário, apresentado como foco o paciente e as diretrizes do SUS: universalidade, equidade, integralidade e participação social.

Encontros locais com a equipe de facilitadores do Sírio Libanês, a fim de realizar uma análise situacional do HU-UFS, tratou-se dos seguintes temas:

- O desenvolvimento de Modelos de Referência com melhores práticas de gestão aplicadas à esfera da saúde;
- A capacitação de gestores;
- A análise da aderência dos HU ao cumprimento dos requisitos determinados por normas, regulações e leis aplicáveis aos hospitais; e
- A construção de um PDE, com desenvolvimento de sete Modelos de Referência com os seguintes âmbitos: Gestão Hospitalar, Gestão da Clínica, Humanização da Saúde, Hotelaria Hospitalar, Compras Hospitalares, Administração Econômico-Financeira, Gestão de Obras e Engenharia Clínica.

Na primeira visita dos facilitadores do HSL ao HU-UF o foco foi a definição preliminar dos macroproblemas existentes na organização. Inicialmente foi formado um grupo gestor de aproximadamente 25 pessoas que participaram durante todo o processo de construção deste PDE.

A equipe local é composta por membros da governança, da enfermagem e do setor administrativo. Médicos, enfermeiros, fisioterapeuta, farmacêuticos, economistas, engenheiro, ouvidora, economistas, contadores além de técnicos de outras áreas, representando quase todos setores do HU, que chamou-se de grupo gestor (Quadro 14 e Figura 04).

Quadro 14 – Membros do Grupo Gestor do HU-UFS

NOME	ÁREA OU FUNÇÃO
Adicinéia Aparecida de Oliveira	Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação
Alessandra Siqueira Santos	Chefe da Unidade de Contratos
Alex Fabiano Santana Lima	Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar
Aline dos Santos Cardeal	Setor de Administração
Aline Santos Cardeal	Setor de Administração
Ana Maria de Miranda	Chefe da Unidade de Apoio Operacional
Ana Paula Lemos Vasconcelos	Divisão Gestão de Cuidado
Ângela Maria da Silva	Superintendência
Cleberton Santos	Setor de Administração
Denise Santana Moura	Chefe da Unidade de Liquidação
Divaldo P. de Lyra Junior	Unidade de Gerenciamento de Atividades Pós-Graduação
Edélzio Alves Costa Júnior	Gerência Administrativa
Edinalva Silva Santos	Unidade de Pagamento
Eraldo Nascimento	Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar
Fábio Jorge Ramalho de Amorim	Setor de Suprimentos
Flávia Janólio Costacurta Pinto da Silva	Divisão de Enfermagem
Flávia Oliveira da Costa	Setor de Apoio ao Diagnóstico
Genilde Gomes de Oliveira	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde
Gilson Soares dos Santos	Divisão Administrativa Financeira
Janicelma	Chefe da Unidade Clínica
José Eduardo Junior	Setor de Contabilidade
José Vieira de Matos Filho	Setor de Farmácia
Jucelia Coutinho Macedo	Ouvidoria
Leilane Barros Ribeiro	Divisão de Gestão de Pessoas
Leonardo Lessa Prado Nascimento	Jurídico
Lígia Mara Dolce de Lemos	Chefe da Unidade de Ensino
Luciana Barros de Santana	Divisão Médica
Manoel Luiz de Cerqueira Neto	Unidade de Reabilitação
Marcos Antônio Albuquerque	Gerência de Atenção à Saúde
Maria Grazielle S. Silveira	Divisão de Gestão de Pessoas
Maria Luzia Menezes Vieira	Setor de Orçamento e Finanças

NOME	ÁREA OU FUNÇÃO
Maria Regina Menezes Lima	Setor de Suprimentos
Maria Regina Menezes Lima	Setor de Suprimentos
Mateus Alexandre Reis Pereira	Unidade de Almoxarifado e Produtos Para Saúde
Noelmo de Oliveira Santana	Unidade de Patrimônio
Rafael de Andrade Lins	Chefe da Engenharia Clínica
Raimundo Saturnino Pereira	Divisão de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutico
Roque Pacheco de Almeida	Gerência de Ensino e Pesquisa
Silvana Alves Menezes	Divisão de Gestão de Pessoas
Sônia Regina Santos	Unidade de Contabilidade de Custos
Suzy Cley Veiga Feitosa	Setor de Hotelaria Hospitalar
Tereza Cecília Costa do Nascimento	Psicóloga Organizacional
Walderi Monteiro da Silva Júnior	Gerência de Ensino e Pesquisa

Foto 01 – Grupo Gestor reunido com equipe do HSL



As oficinas realizadas proporcionaram o desenvolvimento de um debate construtivo entre os participantes da equipe gestora alinhado à realidade do hospital e às suas principais dificuldades. Tal fato se constituiu num desafio para a equipe no sentido de refletir sobre a realidade e contextualizá-la metodologicamente. Após uma ampla discussão, identificou-se macroproblemas preliminares (Quadro 15).

Quadro 15 – Macroproblemas Preliminares

	Declaração dos macroproblemas
A	Gestão pouco instrumentalizada
B	Dificuldade de incorporação do novo modelo de gestão
C	Infraestrutura, tecnologia, pessoas e recursos financeiros insuficientes
D	Modelo assistencial deficiente frente à realidade
E	Pouca integração ensino e pesquisa e assistência

Em seguida ocorreu a Oficina “Pilares da Gestão de HUF no SUS”, discutindo a visão dos membros da equipe sobre gestão, com a técnica de *Brainstorm*, cuja proposta é que o grupo se reúna e utilize a diversidade de pensamentos e experiências para gerar soluções inovadoras, sugerindo qualquer pensamento ou ideia que vier à mente a respeito do tema tratado. Na oficina, as diversas observações de cada membro foram agrupadas nos seguintes temas: Gestão Hospitalar, Gestão da Clínica, Humanização, Hotelaria, Compras, Administrativo-financeiro e Gestão de Obras e Engenharia Clínica, que foram abordados nos Modelos de Referência, Lista de Contribuições, Lista de *Gaps* Normativos e Bases e Padrões.

Na segunda visita da equipe de facilitadores do HSL ao HU-UFS, o objetivo foi fazer um diagnóstico de aderência do HU-UFS à Lista de Contribuições relacionadas aos 7 (sete) Modelos de Referência definidos pelo Projeto de Capacitação e Planos Diretores dos Hospitais Universitários Federais citados anteriormente.

Para realização desse diagnóstico, foram utilizadas as seguintes ferramentas metodológicas: reuniões com membros das diversas áreas relacionadas aos sete Modelos de Referência e visitas às áreas do Hospital guiadas pelos responsáveis. Essas visitas subsidiaram a identificação das práticas de trabalho existentes visando o levantamento de oportunidades de melhoria.

Além dessas ferramentas apontadas, também foi utilizada a oficina de Análise SWOT que propiciou um diagnóstico do cenário ambiental do HU-UFS, revelando-se fatores da ambiência externa (oportunidades e ameaças) e também da ambiência interna (forças e fraquezas).

3.2 Ferramentas Utilizadas na Construção do PDE

Conforme literatura acadêmica, a análise SWOT advém da administração estratégica e se tornou uma das ferramentas para a elaboração de planejamento. Sua sigla vem do idioma inglês e significa: Forças (*Strengths*), Fraquezas (*Weaknesses*), Oportunidades

(*Opportunities*) e Ameaças (*Threats*). De acordo com Ribeiro Neto (2011), a matriz SWOT é a avaliação sistemática desses elementos (forças, fraquezas, oportunidades e ameaças) que possibilita à organização identificar no seu ambiente (interno e externo) fatores essenciais para traçar suas estratégias.

A matriz SWOT do HU-UFS, após as discussões mediadas pelos facilitadores do HSL, foi finalizada contemplando o retrato atual para o contexto vivenciado pela organização e os diversos fatores envolvidos nos ambientes internos e externos. Esse produto foi consolidado no Quadro 16.

Quadro 16 – Análise SWOT do HU-UFS em dezembro de 2014

AMBIENTE EXTERNO	
Oportunidades	Ameaças
<ol style="list-style-type: none"> 1. Marca HU-UFS; 2. Deficiência da rede de saúde; 3. Nova contratualização com o Município de Aracaju. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acesso ao Hospital; 2. Instabilidade das políticas públicas; 3. Regulação ampliada insuficiente; 4. Dificuldade com diferentes vínculos.
AMBIENTE INTERNO	
Forças	Fraquezas
<ol style="list-style-type: none"> 1. Orgulho de pertencer ao HU-UFS; 2. Qualidade profissional; 3. Serviços e complementos de diagnósticos especializados; 4. Ser um ambiente de ensino e pesquisa; 5. Chegada de novos servidores. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Resistência à mudança; 5. Falta de fluxo de comunicação e processos; 6. Deficiência da infraestrutura e tecnologia; 7. Sistema de informação para gestão hospitalar insuficiente; 8. Orçamento limitado.

O grupo apontou como Forças a qualidade profissional dos colaboradores, orgulho em pertencer à organização, ser um ambiente de ensino e pesquisa e oferecer serviços e complementos de diagnóstico especializado, impactando significante na atividade do HU-UFS. Entre as Fraquezas, destaca-se resistências dos profissionais a mudança, a deficiência da infraestrutura e tecnológico, a falta de sistema de informação eficiente, a falta de fluxo de comunicação e processos do hospital.

Observou-se que o grupo apresentou dificuldades em encontrar oportunidades atuais do hospital. No entanto o grupo gestor apontou como atrativo a marca do HU-UFS, a nova contratualização com o Município e as deficiências da rede de saúde, que coloca o hospital em uma posição privilegiada e de respeito perante a população.

Em conjunto com os facilitadores foi realizado o cruzamento das Forças e Fraquezas em relação às Oportunidades e Ameaças. As Forças com maior número de cruzamentos foram “Qualidade Profissional” e “Serviços e complementos de diagnóstico especializado” que tem impacto direto como a imagem positiva do hospital em relação à sociedade.

A Fraqueza com maior número de cruzamentos é a “Deficiência da infraestrutura e tecnológico”, que impacta na divulgação e institucionalização dos processos assistenciais e administrativos.

Após a análise da matriz SWOT, foram eleitos 4 (quatro) focos estratégicos, a saber:

- Melhorar a infraestrutura física do HU-UFS;
- Institucionalizar fluxos de comunicação e de processos;
- Consolidar serviços e complementação de diagnósticos de referência e,
- Fortalecer a integração de ensino e pesquisa com a assistência.

O diagnóstico situacional foi resultado da ferramenta Lista de *Gaps* Normativos. O preenchimento da lista foi realizado de forma autônoma pela equipe gestora do hospital, tendo sido posteriormente realizadas reuniões de apoio e esclarecimento de dúvidas conceituais relativas a pontos específicos da lista.

Logo após, foram realizadas visitas aos setores do HU-UFS que permitiram 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 *Gaps* Normativos.

Após essa análise partiu-se para construir a visão de aderência completa do HU-UFS aos Modelos de Referência, a partir da aplicação da Lista de Contribuições. Para calcular a aderência, foram adotados os critérios de avaliação como “sim” (totalmente aderente), “não” (insuficientemente aderente), “parcial” (parcialmente aderente) e por última “N.A” (não se aplica). Para cada critério foi estabelecida uma pontuação e também um peso baseado na importância daquele item de avaliação. No Quadro 17 apresenta-se o método de cálculo adotado pela equipe de facilitadores do HSL.

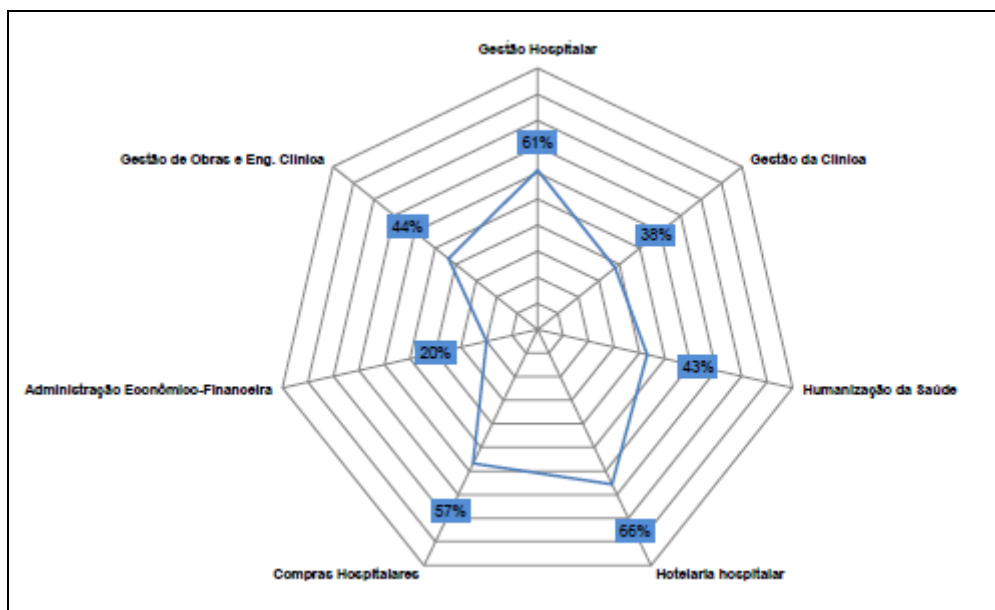
Quadro 17 – Critérios de Avaliação para o Cálculo da Aderência à Lista de Contribuições

Critérios de Avaliação dos itens	Pontuação	Peso
Totalmente aderente (sim)	1	1 ou 2
Insuficientemente aderente (não)	0	1 ou 2
Parcialmente aderente	0,5	1 ou 2
N.A. (Não se aplica)	-	1 ou 2

O HU-UFS atingiu um percentual de 48% de aderência geral, considerando a média dos resultados dos sete modelos de referência avaliados. A maior aderência aos modelos

de referência foi obtida pela Hotelaria Hospitalar com 66% de aderência às boas práticas, seguida da Gestão Hospitalar com 61% e das Compras Hospitalares com 57%. A aderência mais baixa foi registrada na Administração Econômico-Financeira com apenas 20%. Os demais itens ficaram ligeiramente abaixo da média geral e são respectivamente, Gestão de Obras e Engenharia Clínica, com 44%, Humanização da Saúde com 43% e Gestão da Clínica com 38%, conforme Gráfico 03.

Gráfico 03 – Aderência do HU-UFS por Modelo de Referência - Dezembro de 2014



Fonte: IEP, 2015.

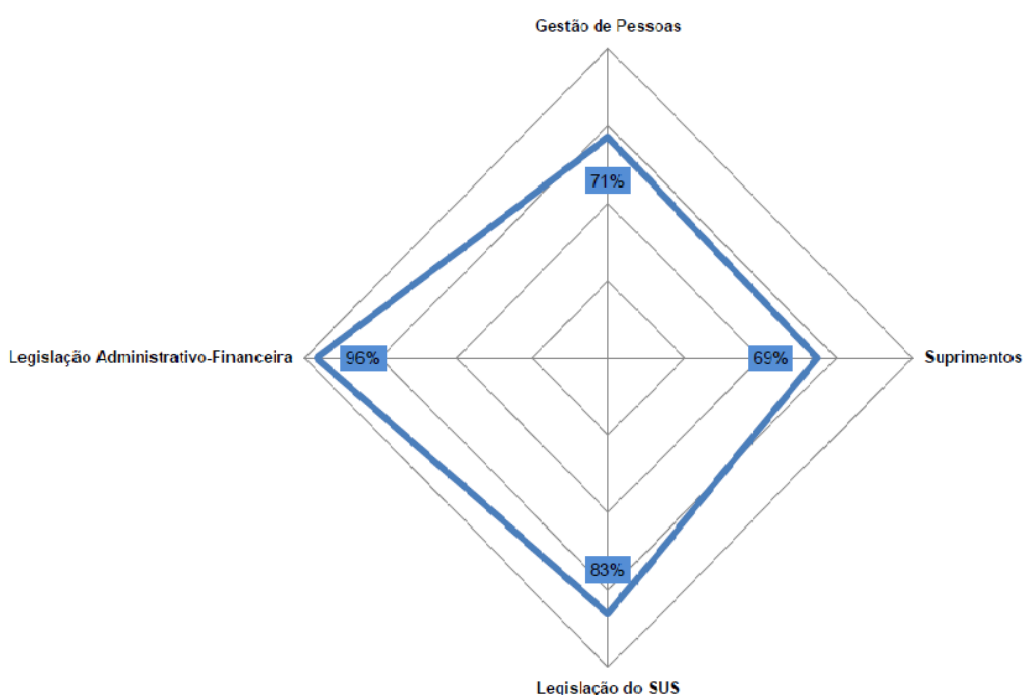
A partir da aplicação da lista de contribuições, é construída a visão de aderência completa do HU-UFS aos sete modelos de referência de gestão hospitalar, Gestão da Clínica, Humanização da Saúde, Hotelaria Hospitalar, Compras Hospitalares, Administração Econômico-Financeira e Gestão de Obras e Engenharia Clínica.

Os resultados do diagnóstico de aderência às normativas (Nível de aderência às normativas e legislações e identificação dos principais pontos críticos de não conformidade) foram apresentados ao grupo gestor por meio de uma visão gráfica quantitativa da aderência do HU-UFS. Esta aderência é apresentada tanto numa visão global de posicionamento do hospital em todos os temas, como também “tema a tema”, permitindo identificar os grupos específicos em que o hospital apresenta um maior ou menor grau de aderência às normativas e legislações.

A partir de planilhas formuladas pela equipe de facilitadores do HSL, que acompanhou o trabalho de elaboração do PDE do HU-UFS, os profissionais assinalaram a

adesão relativa à Legislação de Sistema Único de Saúde, Legislação Administrativo-financeira, Legislação de Suprimentos - Normativas para Gêneros Alimentícios, Dietas Enterais e Fórmulas Lácteas, Legislação de Suprimentos - Normativas para Medicamentos e Materiais Hospitalares e Legislação de Gestão de Pessoas. O HU-UFS apresenta 75% 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 04.

Gráfico 04 – Aderência do HU por Tema da Lista de GAPS Normativos



Fonte: IEP, 2015.

O HU-UFS apresenta aderência moderada alta em relação às normativas analisadas. A maior aderência observada foi em relação à Legislação Administrativo-Financeira, com 96%, seguida por Legislação do SUS com 83%, ambas acima da aderência global. Os temas que apresentam maior oportunidade de melhoria são Suprimentos, com 69%, e Gestão de Pessoas, com 71%.

Para a construção da Matriz Decisória, optou-se por avaliar os macroproblemas de acordo com o interesse do grupo em modificá-los (Manter a realidade ou rechaçar a mudança (sinal negativo), Mudar a realidade (sinal positivo) e Indiferença (neutro)) e com sua pontuação (0-10), dada pela média aritmética das pontuações atribuídas por cada

participante a cada macroproblema. O Quadro 18 aponta o interesse e pontuação final de cada macroproblema.

Quadro 18 – Distribuição dos Macroproblemas de Acordo com Interesse e Pontuação Média

#	Macroproblema	Interesse	Pontuação Média
A	Fluxos e processos de trabalho insuficientes e inadequados	Positivo	9,6
B	Dificuldade de incorporação do novo modelo de gestão	Positivo	8,6
C	Modelo assistencial deficiente frente à realidade	Positivo	8,0
D	Infraestrutura, tecnologia, pessoas e recursos financeiros insuficientes	Positivo	9,2
E	Pouca integração ensino e pesquisa e assistência	Positivo	7,5

Dessa forma, o grupo gestor, naquele momento, definiu como prioridades de ação os macroproblemas: (i) “Fluxos e processos de trabalho insuficientes e inadequados”, (ii) “Infraestrutura, tecnologia e recursos financeiros insuficientes” e (iii) “Dificuldade de incorporação do novo modelo de gestão”.

Os outros macroproblemas foram trabalhados pelo grupo, visto que também se constituem em pontos de melhoria, mesmo que não prioritários no momento. Sendo eles: “Modelo assistencial deficiente frente à realidade” e “Pouca integração ensino e pesquisa relacionada à assistência”.

3.3 Construção das Árvores Explicativas

Durante a quarta oficina os macroproblemas do HU-UFS foram revisitados com o grupo gestor, coordenadas pelos facilitadores do HSL, redefinindo-os os cinco macroproblemas do HU-UFS. Após uma análise aprofundada pelos facilitadores do primeiro macroproblema “Fluxos e processos de trabalho insuficientes e inadequados”, percebeu-se que este era uma solução invertida, necessitando redefinir melhor este problema. Assim, foi construído em substituição a esse macroproblema, definido como a “Baixa Resolutividade da Assistência no HU”, conceito que abrangeu os anseios do grupo presente na discussão.

Além disso, foi também revisto o macroproblema “Dificuldade de incorporação do novo modelo de gestão”, considerado uma consequência natural e esperada do novo processo vivenciado pela adesão ao modelo de gestão da EBSEH. Dessa forma, o macroproblema “Pouca integração ensino e pesquisa relacionada à assistência” foi elegido

como o terceiro problema a ser trabalhado pelo grupo gestor na construção da Árvore Explicativa.

Assim, definiram-se após as discussões a redução de cinco macroproblemas para os três macroproblemas a saber:

1 – Baixa resolutividade da assistência no HU.

2 – Infraestrutura, tecnologia e recursos financeiros insuficientes.

3 – Pouca integração ensino e pesquisa relacionada à assistência.

A etapa seguinte consistiu na identificação dos nós críticos que estariam associados a esses macroproblemas, utilizando-se a ferramenta Árvore Explicativa. Esse referencial metodológico foi discutido por meio da leitura do termo de referência, vídeo aulas e discussões com o grupo gestor. Como toda árvore, temos a raiz, o caule e os galhos com as folhas. Na metodologia, a árvore está invertida, a raiz é a causa, os galhos e as folhas, as consequências e o caule, os descritores.

Nesta árvore, a partir do macroproblema, definiram-se os descritores (problemas), estabeleceram-se possíveis causas e consequências (Apêndice A – Árvores Explicativas). Assim, quanto maior o número de causas associadas a vários descritores, esta seria o nó crítico. Ou seja, esta causa está associada à existência de problemas importantes que determinariam uma baixa resolutividade da assistência.

A identificação dos diversos nós críticos para os três macroproblemas foi uma etapa importante, crucial e fundamental, pois a resolução deles pode modificar o perfil assistencial, interferindo diretamente na gestão e na qualidade do ensino e pesquisa integrados com a assistência. Assim, o paciente, o aluno e a pesquisa serão beneficiados de forma positiva, principalmente na assistência focada no paciente. Foram identificados 11 nós críticos (NC) para os 3 macroproblemas (MP) (Quadro 19).

Quadro 19: Nós Críticos por tipo de Macroproblema

MP1 – Baixa resolutividade da assistência no HU-UFS	NC1	Carência de oferta interna de consultas e exames
	NC2	Insuficiência de ferramentas eficazes de comunicação eficaz
	NC3	Insuficiência de protocolos assistenciais, de ensino e administrativos
	NC4	Falhas nos processos de aquisição de produtos e serviços
	NC5	Espaço físico insuficiente para equipamentos médicos
	NC6	Baixa instrumentalização para gestão participativa
MP2 – Infraestrutura, tecnologia e recursos financeiros insuficientes	NC7	Liberação insuficiente de recursos para o HU-UFS
	NC8	Planejamento insuficiente para atender às demandas internas e externas
	NC9	Projetos básicos e executivos para obras inadequados e inacabados
MP3 – Pouca integração ensino e pesquisa relacionada à assistência	NC10	Ausência de ações de promoção de integração entre assistência, ensino e pesquisa
	NC11	Ausência de definição de linhas estratégicas de pesquisas integradas com ensino e assistência

Após a identificação dos nós críticos para cada macroproblema, a próxima etapa foi a descrição das ações e atividades para traçar o plano de intervenção, aplicando a metodologia 5W3H. A ferramenta 5W3H é poderosa, porque define atores, local, custo, tempo, indicadores para cada ação e atividade para solução dos nós críticos. Basicamente é um *checklist* de determinadas atividades que precisam ser desenvolvidas com clareza.

Em seguida à definição das ações de intervenção, procedeu-se a avaliação de viabilidade, com priorização das ações, identificação dos atores que influenciam positiva ou negativamente na execução destas.

Todo este processo, com discussões em grupo, ampliou bastante o campo de visão como gestores e da importância de identificar o que é realmente um problema, resolvê-lo e olhar para o futuro, estabelecendo processo de gestão eficaz e eficiente.

3.4 Plano de Intervenção

O Plano de Intervenção foi discutido como parte presencial do curso desenvolvido no HSL, sendo estudadas ferramentas para o enfrentamento dos macroproblemas priorizados.

Foram apresentados dois métodos de análise para elaboração de um plano para cada nó crítico levantado o PES e o 5W3H, fazendo o HU-UFS opção pela segunda ferramenta.

O 5W3H é uma ferramenta constituída por diretrizes descritas por suas iniciais (em inglês), sendo: *What* (o que será feito-etapas); *Why* (por que será feito-justificativa); *Where* (onde será feito); *When* (quando será feito-tempo); *Who* (por quem será feito-responsabilidade); *How* (como será feito-método); *How much* (quanto custará fazer-custo).

A dinâmica das atividades para a construção do plano de ação foi desenvolvida com a participação dos membros do grupo gestor no HU-UFS, em uma oficina de trabalho de 3 dias com a presença das facilitadoras do HSL.

Foi feita uma divisão em 3 grupos para se trabalhar cada um dos 11 nós críticos diagnosticados na árvore explicativa, na qual cada um desses nós foi dissecado em termos de ações, atividades, justificativas para sua realização, responsáveis pela condução, custo envolvido, metodologia e tempo de execução, além de definição de indicadores para o acompanhamento.

Essa atividade permitiu ao grupo visualizar concretamente quais os esforços que seriam necessários para a consecução das ações estruturantes do PDE. A forma de discussão no grupo gestor permitiu um alto nível de detalhamento e também propiciou uma disseminação de que o PDE para ter sucesso precisa ser uma construção coletiva.

3.5 Análise de Viabilidade

Após a definição dos planos de ações para os macroproblemas, desenhados na perspectiva dos nós críticos, a próxima etapa trabalhada pelo grupo foi a análise de viabilidade desse plano proposto. Para isso, foi iniciado o estudo do que vinha a ser análise de viabilidade de um plano de ação, por meio da leitura de Termos de Referências, visualização de vídeos explicativos e explanações das facilitadoras do HSL.

Nesta etapa o grupo elaborou uma proposta de enfrentamento para cada nó crítico, a partir da proposição de um resultado esperado com sua solução e das ações desdobradas em atividades necessárias para isso. Para cada ação/atividade devem ser identificados parceiros e eventuais opositores, os indicadores que mostram o êxito das mesmas, além dos recursos necessários e prazos que foi desenvolvido no capítulo de análise de viabilidade.

A análise de capacidade de rejeição foi feita para os 11 nós críticos identificados no PDE. A capacidade de rejeição é o indicador que sinaliza se aquela ação específica deve ter um tratamento diferenciado a partir o tipo da viabilidade apresentada (alta, média ou baixa). Sendo assim, somente as ações com capacidade de rejeição deveriam ser objetos de estratégias alternativas para facilitar a sua operacionalização.

Para esta atividade foi interessante retomar os conceitos de atores sociais e seus valores (Alto, Médio, Baixo) e interesses (a favor, contra, indiferente), pois esses conceitos são importantes para se identificar a capacidade de rejeição de cada ação do plano. O posicionamento de cada ator para as ações trabalhadas, em termos de interesse e valor, são informações importantes para mensurar se uma ação pode ser rejeitada ou não, avaliando-se o peso dos opositores e os recursos disponíveis para a implementação. As combinações de valor/interesse A e M indicam forte tendência para capacidade de rejeição (Quadro 20).

Quadro 20 – Descrição dos Atores Sociais

Atores Sociais	Relevância	Governabilidade	Interesse	Motivação
Equipe de Governança	A; D	Alta	Positivo	Aliado
Chefias	A; C; D	Alta	Positivo	Aliado
Ebserh	A; B; D	Alta	Positivo	Aliado
Colaboradores RJU	A; C; D	Alta	Negativo	Oponente
Colaboradores CLT	A; C; D	Alta	Positivo	Aliado
Comissões	C; D	Média	Positivo	Aliado
Órgãos de controle	A; D	-	Neutro	Indiferente
Servidores médicos RJU	A; C; D	Alta	Negativo	Oponente
Servidores médicos CLT	A; C; D	Alta	Positivo	Aliado
SGPTI (Setor de Gestão de Processos de TI)	C; D	-	Positivo	Aliado
Cliente da saúde	A	Baixa	Positivo	Aliado

Nesta fase foram revisitados os atores sociais identificados anteriormente e suas classificações de valores e interesse, visando identificar as ações conflitivas. A partir daí, o próximo passo foi trabalhar na construção da matriz estratégica de viabilidade, definindo quais os recursos necessários e/ou disponibilizados pelos atores sociais envolvidos (recursos políticos, econômicos, técnicos e organizacionais) e quais ações podem ser feitas para aumentar a viabilidade dessas ações levantadas como conflitivas.

3.6 Monitoramento do PDE

A gestão do PDE é um dos principais momentos do planejamento. Não basta ter um plano de ação bem formulado e com todos os recursos necessários disponíveis. É fundamental também construir um sistema de gestão que coordene e acompanhe a execução das ações, promova a comunicação entre os planejadores, faça as correções de rumo necessárias e garanta, enfim, que ele seja efetivamente implementado.

O modelo de gestão será de modo colegiado, com participação dos gerentes e chefes de divisão e setores. Assim, será designado um servidor para monitorar o andamento das ações informando, periodicamente, ao colegiado o andamento das mesmas e que, em conjunto, promovam os ajustes necessários. Assim, será consolidado um sistema de responsabilidade que abranja todos os envolvidos.

As ações de monitoramento serão desenvolvidas em movimentos, sendo que no movimento 1 as ações serão classificadas quanto à viabilidade, impacto e comando. No movimento 2 serão construídos a matriz de monitoramento do plano que organizará as ações em ordem de precedência, situação, resultados, dificuldades, novas ações e/ou ajustes e notas e o cronograma de monitoramento das ações do plano, que de forma gráfica, nos dará visão do início, andamento e término de cada ação de cada nó crítico. Por fim, no movimento 3, será realizada a estratégia para a análise orçamentária para as ações/atividades que necessitam de recursos financeiros necessários para a execução do PDE.

Esse PDE é construído com a primazia metodológica, com bases empíricas e científicas, com discussões coletivas, com exemplos de sucesso e insucesso e com participação de todos do grupo gestor e demais colaboradores de forma proativa. Os percursos traçados serão percorridos de forma segura, orientados pelos objetivos e assim, serão atingidos resultados satisfatórios, com transformação positiva de nossa organização nas áreas de assistência, administrativa, ensino e pesquisa. Nada será como antes amanhã.

4 Fundamentação

Os hospitais universitários sempre foram visualizados como locais de excelência para a assistência e formação de profissionais na área da saúde. Todavia, também são visualizados como locais de pouca eficiência e com problemas crônicos de gestão e vivem em permanente estado de emergência financeira. O valor destes hospitais são elevados para a sociedade, apesar de somente uma minoria ter acesso, representando um problema para o setor público da gestão em saúde. Como resolver esta disparidade de excelência e pouca eficiência? A capacitação do grupo gestor está sendo o meio para o alcance na eficiência na gestão e que os HUs sejam de fato local de assistência, ensino e pesquisa de qualidade e quantidade. “Conhecimento é poder”. Com esta finalidade e para justificar os investimentos do dinheiro público, a equipe gestora do HU-UFS está sendo capacitada e com compromisso profissional e ético para transformar o HU em um centro de excelência para assistir a sociedade e formar os profissionais. No processo de capacitação há a construção do Plano Diretor Estratégico que pautou-se na aplicação do modelo de Planejamento Estratégico Situacional (PES) (MATUS, 1994), na matriz SWOT e na árvore explicativa para avaliar os descritores (problemas) pertinentes ao HU-UFS e os nós críticos associados ao macroproblemas. Estas ferramentas de gestão são fantásticas, permitiram visualizar o que de fato são problemas, suas causas e como solucioná-los, utilizando a ferramenta 5W3H, sempre com o foco no paciente e na eficiência. Melhor ainda, uma equipe gestora capacitada, unificada e trabalhando para as mesmas finalidades, com ética e responsabilidade com os recursos públicos.

Após as oportunidades de intervenções propostas neste PDE e do compromisso do grupo gestor, “nada será como antes, amanhã”, sem a necessidade de esquecer a importância do passado institucional e dos colaboradores dessa organização hospitalar.

Para Matus (1994), os macroproblemas estão sempre entrelaçados com outros problemas, podendo-se identificar causas que são comuns a vários problemas que se manifestam inclusive em diferentes setores. Assim, para a fundamentação teórica analisou-se os três macroproblemas priorizados no Hospital Universitário, quais sejam: “Baixa resolutividade da assistência no HU-UFS”; “Infraestrutura, tecnologia e recursos financeiros insuficientes”; “Pouca integração ensino e pesquisa relacionada à assistência”.

A definição dos macroproblemas foi elaborada por meio da análise conceitual dos problemas existentes com a finalidade de solucioná-los, resultando em impacto na assistência e na formação dos futuros profissionais. Na análise dos problemas pelo grupo gestor surgiram àqueles em que o investimento público financeiro transformará o HU-UFS

no padrão desejado pela sociedade, os gestores públicos e a EBSEH. Ao atingir o ápice da implantação deste PDE haverá uma melhoria na estrutura física, processos administrativos modernos e eficientes, assistência, ensino e pesquisa de qualidade e quantidade, sempre com foco na satisfação do paciente.

Em seguida realizar-se-á uma análise fundamentada de cada macroproblema decorrente da análise das ferramentas de gestão citadas acima, tendo como base as figuras que contêm os descritores (problemas), os nós críticos associados a cada problema e as ações para solucionar os nós críticos e melhorar o HU-UFS nas áreas da gestão, da assistência e ensino e pesquisa.

4.1 Macroproblema 1 “Baixa resolutividade da assistência no HU-UFS”

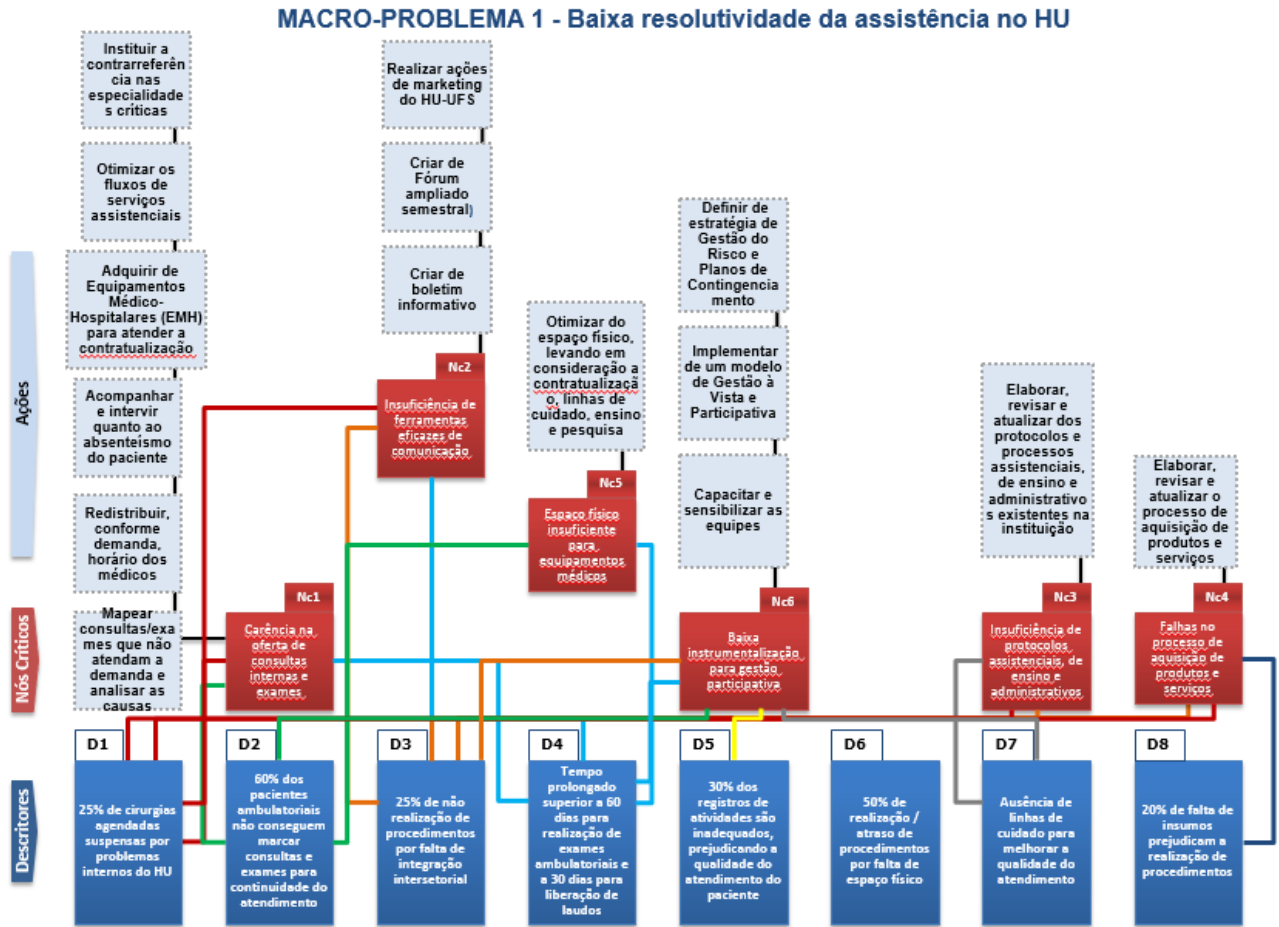
Este macroproblema foca o âmago de uma organização de saúde, a assistência, ou seja, o cuidado com o ser humano, o cliente e financiador ao mesmo tempo. A responsabilidade do grupo gestor é alta e deve fornecer resposta adequada e resolutiva. O termo “resolutividade” apresenta-se como um neologismo presente na legislação brasileira de saúde (Lei 8.080) e nas diretrizes da Reforma Hospitalar Brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), consistindo que o dimensionamento da capacidade assistencial dos serviços de saúde ultrapasse exigências formais entre gestor e prestador de serviços de saúde otimizando os resultados propostos. Aponta para a necessidade de pactos fora da organização, bem como a internalização destes dentro dos limites do Hospital, agregando os outros princípios básicos do SUS, tais como: universalidade, integralidade e equidade (GONÇALO; BORGES, 2010).

A segurança e qualidade no cuidado devem ser almejados como atributos importantes na adoção de um novo modelo de gestão, baseado na autonomia em oposição ao modelo tradicional centralizado, no qual os processos de tomada de decisão são burocráticos e lentos. Um modelo de gestão com maior autonomia “(...) significa dotar os dirigentes hospitalares de maior poder de decisão, como igualmente responsabilizá-los diretamente pelo desempenho das organizações” (VENCINA NETO; BARBOSA, 2012, p.151).

Vários problemas foram identificados (D1 a D8) que definiram os nós críticos (NC1 a NC7) que contribuem para a baixa resolutividade da assistência no HU-UFS como: a carência de consultas internas e de exames, a falta de ferramentas (sistemas de informação) de comunicação eficaz, as falhas no processo de solicitação de

compras, a insuficiência de protocolos assistenciais, administrativos e espaço físico para equipamentos médico-hospitalares e a baixa instrumentalização para a Gestão Participativa. As ações propostas para cada nó crítico traçam o perfil de oportunidades para correção dos problemas. Propõe-se intervir na gestão de consultas ambulatoriais externas e internas, inserção do HU-UFS, de forma plena, na rede assistencial de saúde, melhorar o sistema de comunicação e a gestão, tornando esta participativa, um grupo gestor, sem centralização. Como se nota, os nós críticos se entrelaçam, se não há espaço físico adequado, torna-se difícil corrigir processos de compras, administrativos, sistema de informação, gestão participativa. Apesar dos profissionais serem capazes de executar suas atividades, é necessário um ambiente adequado para trabalhar as tarefas, a convivência prazerosa e demais funções laborais. A assistência e ensino ficam comprometidos na qualidade, quantidade e brevidade. Portanto, as ações propostas para adequação e a construção dos espaços físicos serão ganhos positivos para a sociedade sergipana nas áreas primordiais do HU-UFS: gestão, assistência ensino e pesquisa (Figura 04).

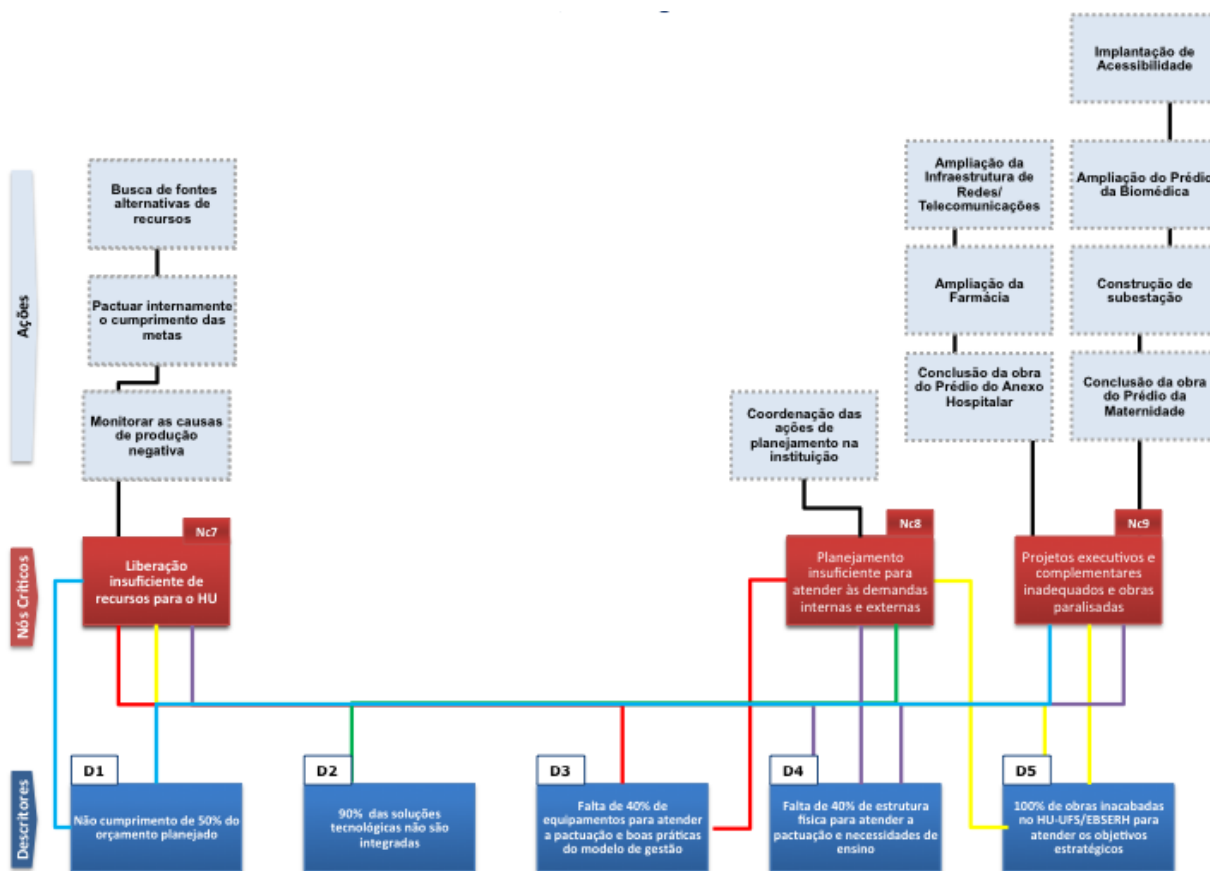
Figura 04 – Macroproblema 1 – Baixa Resolutividade da Assistência no HU-UFS



4.2 Macroproblema 2 “Infraestrutura, Tecnologia e Recursos Financeiros Insuficientes”

Dinheiro é um tema difícil de ser abordado na gestão pública, porque sempre se diz que a existência de recursos e as deficiências na gestão levam a ineficiência na aplicação de recursos. É a notícia de todos os dias, com inúmeros exemplos de gestão inadequada, com imagem negativa do serviço público. Para quê e para quem mais recursos? Mudar este paradigma é uma obrigação profissional e ética. No atual cenário, identifica-se problemas (Figura 05) em que o aporte de mais recursos e de forma regular irá beneficiar a organização e a sociedade usuária e provedora ao mesmo tempo. Na eleição dos problemas que geraram os nós críticos, percebe-se que o aporte de recursos é extremamente importante, porém a coragem de priorizar as ações de planejamento são tão importantes quanto o aporte financeiro para solucionar os problemas do HU-UFS. As ações para elucidar cada nó crítico dizem que é preciso conhecer metodologicamente os problemas e atuar de forma precisa na correção dos mesmos. Deste modo, pode-se cumprir as metas estabelecidas em contrato de pactuação com o município, planejar as ações de forma eficiente, demonstrando a sociedade e aos gestores que o HU-UFS reúne condições para ampliar a estrutura, ofertando a sociedade mais serviços com qualidade, como o de ressonância magnética, maternidade, unidades de transplante e oncologia. Projetos estruturais foram realizados, assim como a análise de custo das obras inclusas no PDE. De acordo com Borba (2006) cada elo da organização deve ser planejado e interfaceado com todos os outros em processo integrado de planejamento. Com estas excelentes oportunidades vislumbradas, o HU-UFS será um novo cenário nas áreas de assistência ensino e pesquisa. Um dia muito próximo será possível ouvir várias vozes dizendo que tiveram a imensa satisfação de serem cuidados no HU-UFS

Figura 05 – Macroproblema 2 – Infraestrutura, Tecnologia e Recursos Financeiros Insuficientes



4.3 Macroproblema 3 “Pouca Integração Ensino e Pesquisa relacionada à Assistência”

A Universidade tem como tripé o ensino, a pesquisa e a extensão. Fortuna e col. (2011) ponderam que o que se pesquisa e estuda na academia tem se conformado a uma distância considerável do mundo da prática e da realidade do SUS. Neste contexto estão os hospitais universitário que, além do tripé da universidade, tem a assistência como seu eixo principal ensino, pesquisa e assistência estão interligados. Assistência de qualidade reflete a ensino de excelência e fecha-se o ciclo. O HU-UFS é cenário de ensino de todos os alunos da área da saúde da UFS. Mais de 300 alunos circulam diariamente pelas dependências do HU-UFS, assim como é local de treinamento de mais de 150 residentes da área médica e multiprofissional. Afirma-se acima que os espaços físicos são insuficientes e inadequados e novas construções irão suprir os cenários para o ensino de graduandos e treinamento de residentes. A nova unidade materno-infantil irá preencher a lacuna que existente na área de ensino, assim como as unidades de transplante e oncologia, fazendo do HU-UFS o único hospital do estado com estrutura para transplante.

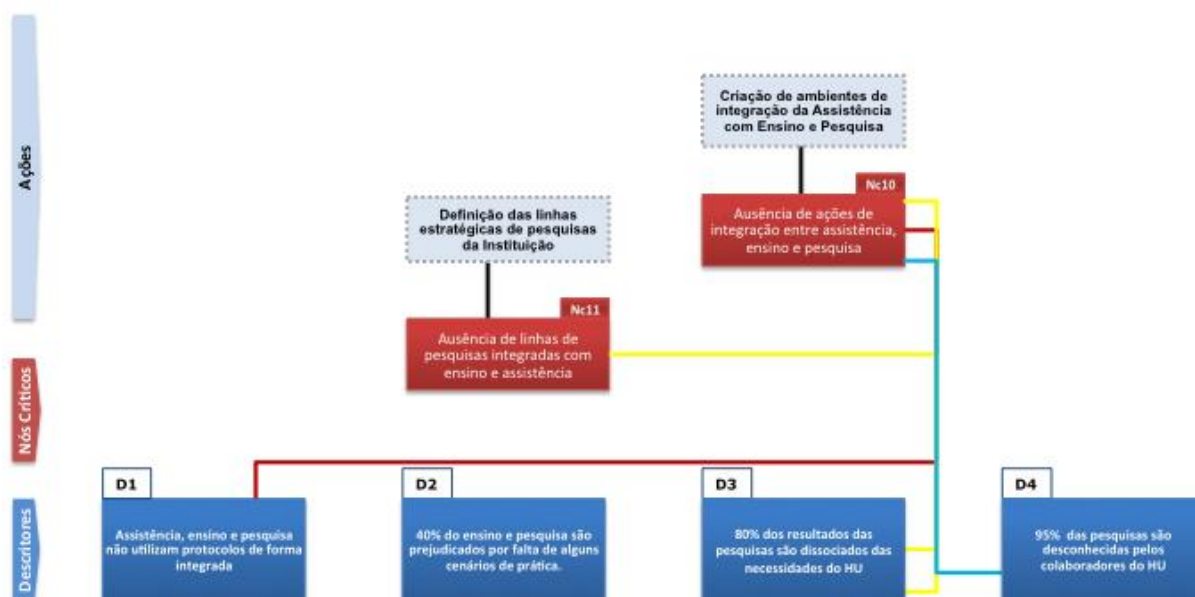
O HU-UFS possui um Programa de Pós-Graduação em Saúde, nota cinco na CAPES, de caráter multiprofissional, com professores de medicina, farmácia, odontologia, fisioterapia, enfermagem e nutrição. Quarenta alunos de mestrado e 20 de doutorado são admitidos anualmente via concurso. Dez por cento destes advêm dessa organização hospitalar, com vagas específicas, a fim de priorizar e capacitar os colaboradores. A maioria das pesquisas do país, em quantidade e qualidade, são desenvolvidas em instituições públicas. No HU-UFS, são cadastrados cerca de 90 projetos de pesquisa anualmente, todavia, a maioria das pesquisas são desalinhadas das necessidades de saúde da população e da organização. As ações propostas norteiam para Definição das linhas estratégicas de pesquisas da Organização e Criação de ambientes de integração da Assistência com Ensino e Pesquisa (Figura 06). Com isso, abordam-se os nós críticos identificados a partir dos problemas elencados, que sejam: Ausência de definição de linhas estratégicas de pesquisas integradas com ensino e assistência e Ausência de ações de promoção de integração entre assistência, ensino e pesquisa, respectivamente.

O Ministério da Saúde, por meio das Secretarias de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), tem deflagrado iniciativas que buscam a articulação entre a formação profissional, o desenvolvimento científico e tecnológico e as práticas dos serviços de saúde (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013; FORTUNA E col., 2011; BRASIL, 2015). Nos últimos anos foram

instituídos diversos programas com vistas a transformar as práticas de saúde, direcionando-as para regiões prioritárias e áreas estratégicas para o SUS, dentre os quais estão incluídos o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), os Programas de Apoio à Formação de Especialistas (Pró-Residência Multiprofissional e Pró-Residência Médica) e o Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS) (BRASIL, 2015).

Portanto, O HU-UFS é um importante centro de prática e formação de técnicos, graduandos da área da saúde e pós-graduandos. Investir neste cenário com ações para melhorar a infraestrutura, as linhas de pesquisas voltadas para as necessidades do paciente e da organização será um ganho importante na qualidade técnico-científica dos usuários e colocar o HU-UFS no mapa nacional da excelência de ensino e pesquisa.

Figura 06 – Macroproblema 3 – “Pouca Integração Ensino e Pesquisa Relacionada à Assistência”



Problemas, nós críticos e ações são extremamente importantes para orientar a gestão, também direcionam para oportunidades de melhorias, que serão benefícios para todos envolvidos: gestores, colaboradores, pacientes, estudantes e pesquisadores. Nas Figuras 07, 08 e 09 estão dispostas as oportunidades para cada nó crítico identificado nos 3 macroproblemas.

Figura 07 – Macroproblema 1 – Baixa Resolutividade da Assistência no HU-UFS – Oportunidades de Melhorias Associadas aos Nós Críticos



Figura 08 – Macroproblema 2 – Infraestrutura, Tecnologia e Recursos Financeiros Insuficientes – Oportunidades de Melhorias Associadas aos Nós Críticos

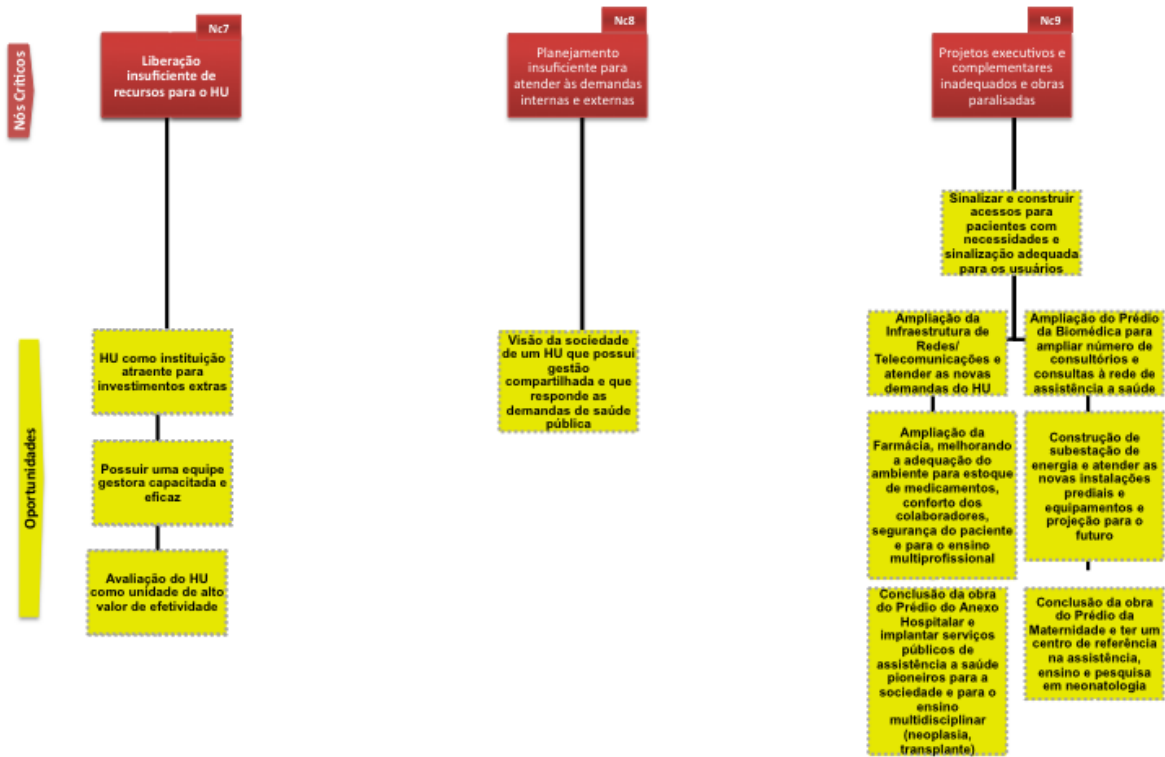
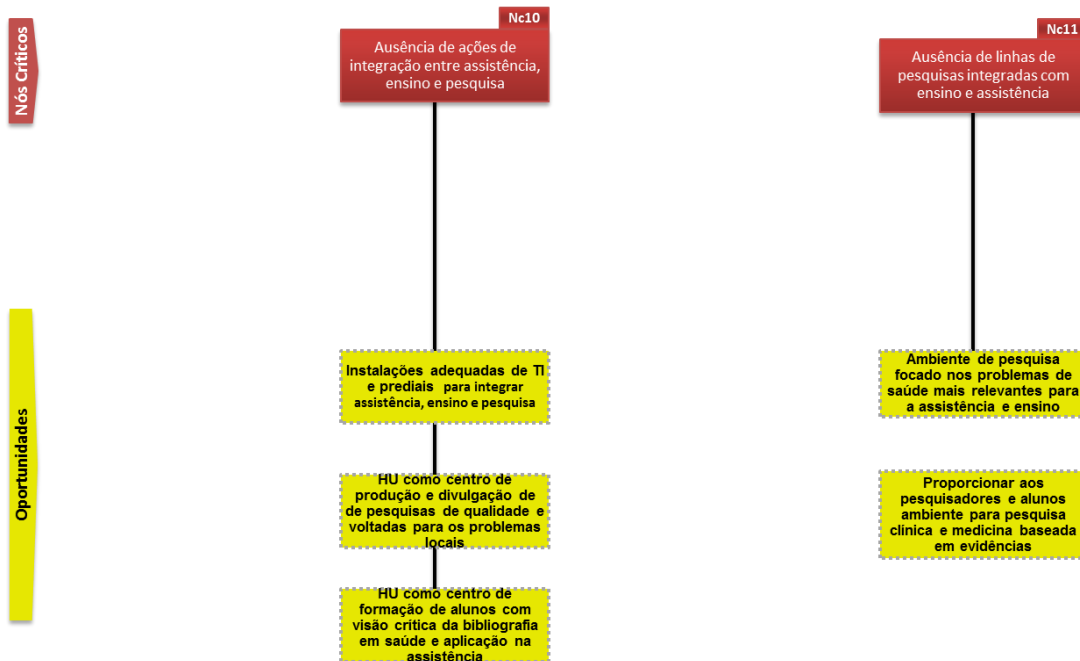


Figura 09 – Macroproblema 3 – Pouca Integração Ensino e Pesquisa Relacionada à Assistência – Oportunidades de Melhorias Associadas aos Nós Críticos



5. Proposta de Intervenção

O diagnóstico funcional do HU-UFS foi realizado, por meio de visitas da facilitadora Wilma Madeira e equipe de co-facilitadores da empresa Everis. Nestas visitas foram realizadas reuniões com cerca de 40 participantes do HU-UFS, que incluíram a governança, chefes de setores, de unidades e lideranças convidadas. Em cada reunião (oficinas) de trabalho era apresentada a metodologia por meio de referenciais teóricos, e a seguir com divisão de grupos e tarefas que resultaram construção de macroproblemas. Realizadas as seguintes oficinas: pilares da Gestão de HUF no SUS, diagnóstico de aderência do HU-UFS à Lista de Contribuições relacionadas aos 7 (sete) Modelos de Referência definidos pelo Projeto de Capacitação e Planos Diretores dos Hospitais Universitários Federais e análise de Swot, para a elaboração da matriz decisória composta pelos macroproblemas identificados.

Ressalta-se que a construção do plano de viabilidade das ações do PDE foram elaboradas por meio da utilização de ferramentas do Planejamento Estratégico Situacional, com foco nas áreas política, organizacional, econômica e capacidade técnica. A ampliação na participação de lideranças envolvidas na identificação dos problemas e no estudo dos recursos necessários a execução do PDE foi de fundamental importância, pois torna-o potente no sentido do comprometimento e sentimento de pertença na elaboração do produto final.

Visitas realizadas no ano de 2014, pela superintendente e pelo gerente de atenção à saúde do HU-UFS aos hospitais universitários e de ensino na França, Portugal, Espanha e Itália, proporcionadas pela EBSEH por meio de parceria com a Universidade Columbus, resultou em aplicação prática do aprendizado com a implantação de projeto piloto no centro cirúrgico do HU-UFS, com o objetivo de aumentar a produtividade de cirurgias. As ações contidas neste piloto apresentaram resultados significativos, com aumento do número de cirurgias realizadas em torno de 40%, e com redução de cancelamentos dos procedimentos. Propostas de intervenção contidas no PDE resultarão em ampliação e consolidação desta e de outras melhorias.

5.1 Relação de Ações por Nó Crítico

O grupo gestor em consonância com as demais lideranças do HU-UFS consolidou o plano de intervenção, que foi constituído por 03 macroproblemas, 11 nós críticos, 28 ações e 94 atividades (Quadro 21). As justificativas de eleição dos nós críticos são as principais causas recorrentes e geradoras que se relacionam diretamente aos próprios macroproblemas. Alguns *gaps* normativos identificados no processo de construção do PDE são explicados pelos nós críticos definidos na árvore explicativa, e que poderão contribuir para impasses na gestão serão trabalhados nos desdobramentos das ações e atividades do PDE.

Quadro 21 – Macroproblemas, Nós Críticos e suas Ações

Macroproblema	Nó Crítico	Ações		
MP1 Baixa resolutividade da assistência no HU-UFS	NC1 Carência de oferta interna de consultas e exames	1. Mapear consultas/exames que não atendam a demanda interna e analisar as causas.		
		2. Distribuir os horários dos médicos conforme demanda.		
		3. Acompanhar e intervir quanto ao absenteísmo do paciente.		
		4. Adquirir e instalar equipamentos médico-hospitalares para atender a contratualização.		
		5. Reorganizar os fluxos de serviços assistenciais com foco no paciente.		
		6. Instituir a contrarreferência nas especialidades.		
	NC2 Insuficiência de ferramentas eficazes de comunicação eficaz	1. Criar e manter boletim informativo.		
		2. Promover semestralmente um Fórum ampliado.		
		3. Promover ações de marketing do HU-UFS		
	NC3 Insuficiência de protocolos assistenciais, de ensino e administrativos	1. Elaborar, revisar e implantar os protocolos e processos assistenciais, de ensino e administrativos existentes na organização hospitalar.		
		NC4 Falhas nos processos de aquisição de produtos e serviços	1. Elaborar, revisar e implantar processos de aquisição de produtos e serviços.	
			NC5 Espaço físico insuficiente para equipamentos médicos	1. Otimizar o espaço físico, levando em consideração a contratualização, linhas de cuidado, ensino e pesquisa.
NC6 Baixa instrumentalização para gestão participativa				1. Capacitar e sensibilizar as equipes para a gestão participativa.
				2. Implantar e manter um modelo de gestão participativa.
				3. Definir estratégias de Gestão do Risco e Planos de Contingenciamento.
MP2 Infraestrutura, tecnologia e recursos financeiros insuficientes	NC7 Liberação insuficiente de recursos para o HU	1. Monitorar as causas de produção negativa.		
		2. Pactuar internamente o cumprimento das metas.		
		3. Ampliar o uso de fontes alternativas de recursos.		
	NC8 Planejamento insuficiente para atender às demandas internas e externas	1. Desenvolver e monitorar as ações integradas de planejamento na organização hospitalar.		

Macroproblema	Nó Crítico	Ações
<p>MP2</p> <p>Infraestrutura, tecnologia e recursos financeiros insuficientes</p>	<p>NC9</p> <p>Projetos básicos e executivos para obras inadequados e inacabados</p>	1. Concluir a obra do prédio do anexo hospitalar
		2. Concluir a obra do prédio da maternidade
		3. Construir a subestação
		4. Ampliar a farmácia
		5. Ampliar a infraestrutura de redes/ telecomunicações
		6. Ampliar o prédio da biomédica
		7. Implantar a acessibilidade
<p>MP3</p> <p>Pouca integração ensino e pesquisa relacionada à assistência</p>	<p>NC10</p> <p>Ausência de ações de promoção de integração entre assistência, ensino e pesquisa</p>	1. Criar e manter ambientes e ações para integração da assistência com ensino e pesquisa.
	<p>NC11</p> <p>Ausência de definição de linhas estratégicas de pesquisas integradas com ensino e assistência</p>	1. Estabelecer as linhas de pesquisas de interesse da organização hospitalar.

5.2 Plano de Intervenção Consolidado

Na elaboração do Plano de intervenção consolidado foi utilizada a ferramenta 5W3H. A apresentação das atividades encontra-se em quadros padronizados (Quadros 22 a 32), que mostram as ações, atividades, seus responsáveis, prazos, metas, indicadores, parceiros e opositores envolvidos no processo.

Quadro 22 – Plano de Ação do Nó Crítico 1

Macro problema	Nó crítico	O que	Por que	Como	Quem	Quando				Onde	Quanto	Como Mensurar			Potenciais Parceiros/ Eventuais Opositores
		(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Como Fazer)	Responsáveis	Data Início	Data Fim	Tempo / Esforço (Meses)	Obs.:	(Onde)	Recursos Financeiros (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta	
MP1	NC1	1. Mapear consultas/exames que não atendam a demanda interna e analisar as causas	Obter as causas do não atendimento das demandas	Analisando as causas e realizando intervenções em cima destas	Ana Paula e Flávia Costa	jan/16	mar/16	3		UIMG e Ambulatório	159,00	Plano de Intervenções	(Atividades realizadas / atividades previstas) * 100	Execução de 80% da ação proposta	Parceiros: Gerências, Chefes de Divisão, Setor e Unidade e NUCAAR
		1a. Verificar quais as especialidades não estão atendendo a demanda da rede	Para estabelecer um diagnóstico real da situação	Por meio de indicadores de alcance de metas	Genilde	jan/16	jan/16	1		UIMG e Ambulatório		Indicador de Atenção a Saúde e a planilha de produção mensal			
		1b. Verificar e analisar os fatores preponderantes para o não cumprimento da meta	Para nortear quanto a possíveis intervenções	Por meio de entrevistas com os chefes de unidade para averiguação	Genilde	jan/16	fev/16	2		UIMG e Ambulatório		Relatório de causas			
		1c. Estabelecer intervenções factíveis	Para correções dos problemas	Com a ajuda dos chefes de unidade traças as possíveis intervenções.	Genilde	fev/16	mar/16	2		UIMG e Ambulatório		Plano de Intervenções			
MP1	NC1	2. Distribuir horário dos médicos conforme demanda	Melhor controle das atividades dos médicos e para cumprir a contratualização	Tendo como base o arquivo da Divisão Médica e atualizando-o com o auxílio das chefias da DivGP, coordenação do ambulatório e chefias dos Setores/ Unidades da Div Apoio Diagnóstico e Terapêutica.	Luciana e Ana Paula e Raimundo	fev/16	mai/16	4		Sala da GAS	71,00	Cumprimento das metas contratualizadas com a SMS	(Horário redistribuídos de médicos /horários atuais de médicos) * 100	75% de horários redistribuídos de médicos	Parceiros: Gestão e Opositores: médicos RJU's e celetistas
		2a. Adequar os horários dos médicos em suas atividades, com o auxílio das chefias	A fim de cumprir a contratualização	Distribuindo em planilha os horários reais e período de atividades "in loco" dos médicos		fev/16	mar/16	2		HU-UFS		Escala dos médicos e salas otimizadas, cumprindo as metas da contratualização	-	-	

Macro problema	Nó crítico	O que	Por que	Como	Quem	Quando				Onde	Quanto	Como Mensurar			Potenciais Parceiros/Eventuais Opositores
		(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Como Fazer)	Responsáveis	Data Início	Data Fim	Tempo / Esforço (Meses)	Obs.:	(Onde)	Recursos Financeiros (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta	
		2b. Atualizar o horário dos médicos nos sistemas SIGP, AGHU e ACONE	Para permitir o registro e faturamento decorrente das mudanças realizadas	Utilizando os sistemas de registro informatizado	Hugo, Carlos, Gilmara	abr/16	abr/16	1		HU-UFS		Agenda atualizada dos médicos	-	100% dos horários adequados atualizados	

Macro problema	Nó crítico	O que	Por que	Como	Quem	Quando				Onde	Quanto	Como Mensurar			Potenciais Parceiros/Eventuais Opositores
		(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Como Fazer)	Responsáveis	Data Início	Data Fim	Tempo / Esforço (Meses)	Obs.:	(Onde)	Recursos Financeiros (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta	
MP1	NC1	3. Acompanhar e intervir quanto ao absenteísmo do paciente	Reduzir o absenteísmo	Por meio da criação da central de conformação de procedimentos	Genilde	jun/16	dez/17	19		Ambulatório/SADT	792,00	Cobertura de 90% dos exames e consultas contratualizados	(Número de pacientes ausentes/número de pacientes presentes)* 100	Reduzir o absenteísmo em 50%	Parceiros: NUCAAR, Divisão de Gestão de Cuidado, Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.
		3a. Criar a equipe de recepção da central de confirmação de procedimentos	Para confirmar via mídias eletrônicas a presença de pacientes na realização dos exames e consultas, visando diminuir o absenteísmo.	Verificar junto a DLIH a criação do espaço físico, a DAF os recursos humanos e equipamentos e ao SGPTI a instalação de linhas telefônicas.	Flávia Costa/Ana Paula	jun/16	jun/16	1		Ambulatório/SADT		Organização da equipe de recepção			
		3b. Implantar central de confirmação de procedimentos	Para confirmação efetiva dos exames e consultas	Por meio dos mapas de agendamento confirmar com os pacientes por telefone a presença nos exames e consultas pela equipe de recepção da central de confirmação.	Flávia Costa/Ana Paula	jun/16	jun/16	1		Ambulatório/SADT		Número dos exames e consultas agendados 90% realizados			
		3c. Otimizar o agendamento dos exames e consultas	Planejar a agenda mensal dos exames e consultas de forma que atenda a contratualização.	Elaborar com as unidades do SADT as planilhas mensais de agendamento, alimentar o sistema interno e encaminhar para para o NUCCAR	Flávia Costa/Ana Paula	jun/16	dez/17	19		Ambulatório/SADT		Cobertura de 90% dos exames e consultas contratualizados			
MP1	NC1	4. Adquirir e instalar equipamentos médico-hospitalares para atender a contratualização.	Adquirir EMH para atender a demanda contratualizada	Levantar as necessidades e adquirir os EMH	Walderi	jan/16	dez/17	24	Contínuo	Comissão de Avaliação de Tecnologias em Saúde	16.940.900,00	Número de equipamentos entregues / Número de equipamentos solicitados	(Número de EMH comprados/Número de EMH necessários) * 100	70% dos equipamentos médico-hospitalares adquiridos	Parceiros: Engenharia Clínica, Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar
		4a. Mapear e priorizar as demandas de EMH	Mapear todos os EMH necessários para atender a demanda contratualizada	A Comissão analisará as solicitações setoriais, definindo as prioridades para o período	Walderi	jan/16	dez/17	24		Comissão de Avaliação de Tecnologias em Saúde		Número de equipamentos adquiridos / Número de demandas analisadas			

Macro problema	Nó crítico	O que	Por que	Como	Quem	Quando				Onde	Quanto	Como Mensurar			Potenciais Parceiros/Eventuais Opositores
		(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Como Fazer)	Responsáveis	Data Início	Data Fim	Tempo / Esforço (Meses)	Obs.:	(Onde)	Recursos Financeiros (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta	
		4b. Especificar tecnicamente e desenvolver o TR dos EMH	Para adequação às novas necessidades e legislação vigente	Com base nas prioridades definidas pela Comissão	Rafael Lins	jan/16	dez/17	24		Setor de Engenharia Clínica		Número de licitações com sucesso / Número de licitações realizadas			
		4c. Proceder o Processo Licitatório	Para contratação de aquisição	Seguir as normativas vigentes	Aline	jan/16	dez/17	24		Setor de Administração		Número de licitações com sucesso / Número de licitações realizadas			
MP1	NC1	5. Reorganizar os fluxos de serviços assistenciais com foco no paciente	Para melhor atender ao usuário e a contratualização	Por meio de análise dos fluxos atuais	Ana Paula, Raimundo e Genilde	abr/16	dez/17	21	Contínuo	Divisão de Gestão do Cuidado	-	Número de fluxos otimizados	(Fluxo assistenciais otimizados/fluxos assistenciais que necessitam otimização)* 100	80% de fluxos assistenciais otimizados	Parceiros: Divisão de Gestão do Cuidado e Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Opositores: Profissionais assistenciais
		5a. Analisar os fluxos dos serviços atuais	Para criar diagnóstico	Por meio do levantamento dos dados	Ana Paula e Genilde	abr/16	jun/16	3		Divisão de Gestão do Cuidado		Quantidade de fluxos analisados			
		5b. Buscar e analisar referências de boas práticas	Para servir como padrão	Por meio de visitas técnicas a instituições modelo	Ana Paula e Genilde	mai/16	jul/16	3		Nas instituições selecionadas		Número de instituições avaliadas			
		5c. Verificar pontos de melhoria com as respectivas unidades de cuidados	Para melhor caracterizar as necessidades de cada unidade	Por meio de reuniões com a chefias das unidades	Ana Paula e Flávia Costa	ago/16	out/16	3		Na Divisão de Gestão do Cuidado e SADT		Número de pontos de melhoria			
		5d. Desenvolver novos fluxos	Para instrumentalização dos processos	Por meio da elaboração dos fluxogramas	Ana Paula e Flávia Costa	nov/16	dez/17	14	Contínuo	Na Divisão de Gestão do Cuidado e SADT		Número de fluxos otimizados (tempo x recursos x serviços x variabilidade)			

Macro problema	Nó crítico	O que	Por que	Como	Quem	Quando				Onde	Quanto	Como Mensurar			Potenciais Parceiros/Eventuais Opositores
		(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Como Fazer)	Responsáveis	Data Início	Data Fim	Tempo / Esforço (Meses)	Obs.:	(Onde)	Recursos Financeiros (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta	
MP1	NC1	6. Instituir a contrarreferência nas especialidades	Para atender o serviço contratualizado nos níveis de atenção secundário e terciário	Negociando com o Gestor regulador	Ana Paula e Genilde	abr/16	mar/17	12		Regulação	16.986,00	Relatório de fluxo de especialidades	(Quantidade de especialidades críticas contrarreferenciadas/Quantidade de especialidades críticas)*100	60% de especialidades críticas referenciadas para a RAS	Parceiros: Pacientes, Divisão de Gestão do Cuidado Opositores: NUCAAR
		6a. Identificar as especialidades que podem ser contrarreferenciadas para a rede	Para estabelecer um diagnóstico real da situação	Solicitando um relatório para a Coordenação do Ambulatório		abr/16	jun/16	3		Ambulatório		Relatório de Estatística do ambulatório			
		6b. Descrever um fluxo de contrarreferência nas especialidades identificadas e apresentar ao Gestor Municipal	Para organizar o processo	Com a expertise da Coordenação do Ambulatório, utilizando a ferramenta Bizagi	Mary Jane	jun/16	jul/16	2		Ambulatório		Relatório de fluxo de especialidades			
		6c. Implantar e monitorar o fluxo de contrarreferência negociado	Para permitir a entrada de novos pacientes	Apresentar aos atores definidos no fluxo	Mary Jane	ago/16	mar/17	8		Ambulatório		Processo implementado			

Quadro 23 – Plano de Ação do Nó Crítico 2

Macropromblema	Nó crítico	O que	Por que	Como	Quem	Quando				Onde	Quanto	Como Mensurar			Potenciais Parceiros/Eventuais Opositores
		(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Como Fazer)	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Tempo/Esforço (Meses)	Obs.:	(Onde)	Recursos Financeiros (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta	
MP1	NC2	1. Criar e manter boletim informativo	Socializar a informação para clientes internos e externos	Bimestral, duas páginas. Formato impresso e eletrônico	Ailton	jan/16	dez/17	24	Mensal	Assessoria de comunicação e SGPTI	3.477,40	Número de acessos à página e Número de impressos (tiragem)	(Atividades realizadas/atividades previstas) * 100	Execução de 80% da ação proposta	Parceiros: Assessoria de Comunicação do HU-UFS, Colegiado Executivo
		1a. Definir o tipo de informação (informativo, de ações de saúde, indicadores, novos serviços e pesquisas)		Mapeando as informações disponíveis	Ailton, Andreza e Adicinéia	jan/16	fev/16	2		Assessoria de comunicação e SGPTI					
		1b. Definir o layout do boletim		Formatação do boletim por meio de ferramentas adequadas	Ailton, Andreza e Adicinéia	jan/16	fev/16	2		Assessoria de comunicação e SGPTI					
		1c. Criar e divulgar do boletim, incluindo o novo site e portal do HU		Coleta e seleção de dados a serem divulgados	Ailton, Andreza e Adicinéia	mar/16	dez/17	22	Contínuo	Assessoria de comunicação e SGPTI					
MP1	NC2	2. Promover semestralmente um Fórum ampliado		Semestral	Roque	mar/16	dez/17	22		Gerência de Ensino e Pesquisa	-	Relatório de Avaliação do Fórum	(Atividades realizadas/atividades previstas) * 100	Execução de 80% da ação proposta	Parceiros: Gerencia de Ensino e Pesquisa, Assessoria de Comunicação
		2a. Definir tema, público e programação		Estabelecer calendário para os semestres	Roque, Marcos e Edézio	mar/16	mai/16	3	Um tema a cada 6 meses	Gerências					
		2b. Organizar e realizar o Fórum		Presencial e/ou Plataforma EAD	Ailton, Carlos Anselmo e Silvana	jun/16	dez/17	19		Assessoria de comunicação					
		2c. Avaliar e divulgar os resultados do Fórum		Questionário de avaliação final do Fórum, com divulgação dos resultados no Boletim	Ailton, Carlos Anselmo e Silvana	ago/16	dez/17	17		Assessoria de comunicação					

Macropromblema	Nó crítico	O que	Por que	Como	Quem	Quando				Onde	Quanto	Como Mensurar			Potenciais Parceiros/Eventuais Opositores
		(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Como Fazer)	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Tempo/Esforço (Meses)	Obs.:	(Onde)	Recursos Financeiros (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta	
MP2	NC2	3. Promover ações de marketing do HU-UFS	Fortalecimento da marca HU-UFS	Por meio de capacitações externas e divulgação nas mídias	Ailton e Andreza	jan/16	dez/17	24	Contínua	ASCOM	14.695,00		(Atividades realizadas/atividades previstas) * 100	80% da ação executada	Parceiros: Assessoria de Comunicação, Colegiado Executivo, Divisão de Gestão de Pessoas
		3a. Definir e oferecer capacitações às Unidades Básicas de Saúde (UBS)		Por meio de capacitações, atualizações, workshops presenciais e virtuais	Silvana, Andreza e Ailton							Núm—eros de eventos realizados			
		3b. Criar e divulgar agenda positiva na mídia		Por meio da mídias	Ailton e Andreza							Número de publicações			
		3c. Criar conteúdos e divulgar nas redes sociais		Por meio de publicação em redes sociais como Facebook, Instagram, Youtube	Ailton e Andreza							Número de publicações			
		3d. Utilizar a Rádio UFS para formação, orientação e informação a sociedade		Por meio de participação regular em programas de entrevistas e inserções de informações e orientações em saúde	Ailton e Andreza							Número de peças veiculadas			

Quadro 24 – Plano de Ação do Nó Crítico 3

Macro problema	Nó crítico	O que	Por que	Como	Quem	Quando				Onde	Quanto	Como Mensurar			Potenciais Parceiros/Eventuais Opositores
		(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Como Fazer)	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Tempo/Esforço (Meses)	Obs.:	(Onde)	Recursos Financeiros (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta	
MP1	NC3	1. Elaborar, revisar e implantar os protocolos e processos assistenciais, de ensino e administrativos existentes na instituição	Para normatizar os processos de trabalho nas áreas assistenciais, de ensino e administrativa e preparação para futuras creditações	Instalação de um grupo de trabalho	Adicinéia, Luciana, Cleberton e Divaldo	abr/16	dez/17	21		SGPTI	10.365,00	Manuais de Protocolos e de Fluxos de Processos Assistenciais, Administrativos e de Ensino	(Número de protocolos revisados / Número de protocolos existentes) *100;	80% dos protocolos e processos revisados	Parceiros: Divisão Médica, Divisão de Gestão do Cuidado, Gerencia Administrativa Opositores: Profissionais assistenciais e administrativos
		1ª. Nomear membros para o grupo de trabalho		Por meio de portaria	Superintendência	abr/16	abr/16	1							
		1b. Definir metodologia e padrões dos protocolos e processos		Especificação de modelos, periodicidade e fluxos de trabalho	Adicinéia, Luciana e Cleberton	abr/16	mai/16	1							
		1c. Realizar mapeamento de todos os protocolos e processos necessários e existentes na instituição		Identificação dos protocolos em uso	Adicinéia, Luciana e Cleberton	mai/16	abr/17	12							
		1d. Elaborar, avaliar e atualizar o conteúdo dos protocolos de acordo com as normas preconizadas e boas práticas		Verificação e adequação dos protocolos em relação às boas práticas e as normatizações vigentes	Adicinéia, Luciana e Cleberton	jun/16	dez/17	18							
		1e. Validar e divulgar os protocolos e processos		Divulgação dos protocolos aos profissionais internos para aprovação e validação final pelo grupo de trabalho	Adicinéia, Luciana e Cleberton	jun/16	dez/17	18							
		1f. Implantar os protocolos e processos		Divulgação dos protocolos validados e conscientização dos profissionais para uso dos protocolos	Adicinéia, Luciana e Cleberton	jun/16	dez/17	18							

Quadro 25 – Plano de Ação do Nó Crítico 4

Macro problema	Nó crítico	O que	Por que	Como	Quem	Quando				Onde	Quanto	Como Mensurar			Potenciais Parceiros/Eventuais Opositores
		(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Como Fazer)	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Tempo/ Esforço (Meses)	Obs.:	(Onde)	Recursos Financeiros (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta	
MP1	NC4	1. Elaborar, revisar e implantar processos de aquisição de produtos e serviços	Porque existem demandas não atendidas de produtos e serviços que afetam a assistência	Instalação de um grupo de trabalho	Aline Cardeal, Regina e Sônia	abr/16	mar/17	12		Setor de Administração	10.365,00	Processos de Aquisição de produtos e serviços revisados e atualizados	(Quantidade de processos de aquisição de produtos e serviços revisados/Quantidade de processos de aquisição de produtos e serviços existentes)*100	90% dos processos de aquisição de produtos e serviços revisados	Parceiros: Setor de Administração, Gerencia Administrativa
		1a. Nomear membros para o grupo de trabalho		Por meio de portaria	Superintendência	abr/16	abr/16	1		Superintendência					
		1b. Mapear o fluxo atual do processo de aquisição de produtos e serviços padronizados e não padronizados		Revisão das etapas que compõem o processo de compras	Aline Cardeal, Regina e Sônia	abr/16	mai/16	2		Setor de Administração					
		1c. Classificar as unidades demandantes por tipo de aquisições de produtos e serviços		Criação dos centros de custos e definição das demandas	Aline Cardeal, Regina e Sônia	mai/16	jun/16	2		Setor de Administração					
		1d. Estabelecer descrição técnica / requisitos / impeditivos para as solicitações considerando as padronizações definidas na instituição		Elaborando um manual de produtos padronizados na instituição.	Aline Cardeal, Regina e Sônia	jul/16	set/16	3		Setor de Administração					
		1e. Elaborar, avaliar e atualizar os modelos de solicitações e especificações para os diferentes tipos de compras, de acordo com as normas vigentes		Verificação e adequação do processo em relação às boas práticas, normatizações e legislação vigentes	Aline Cardeal, Regina e Sônia	jul/16	set/16	3		Setor de Administração					
		1f. Validar e implantar o processo de aquisições de produtos e serviços		Divulgação do processo validado e conscientização das unidades	Aline Cardeal, Regina e Sônia	out/16	mar/17	7		Setor de Administração					

Quadro 26 – Plano de Ação do Nó Crítico 5

Macro problema	Nó crítico	O que	Por que	Como	Quem	Quando				Onde	Quanto	Como Mensurar			Potenciais Parceiros/Eventuais Opositores
		(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Como Fazer)	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Tempo/Esforço (Meses)	Obs.:	(Onde)	Recursos Financeiros (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta	
MP1	NC5	1. Otimizar o espaço físico, levando em consideração a contratualização, linhas de cuidado, ensino e pesquisa	Para melhor aproveitar os espaços	Planejamento e execução das adequações necessárias	Eraldo, Ana Paula e Roque	mar/16	dez/17	22		DLIH	8.111,00	Áreas otimizadas	(Adequações realizadas/Adequações planejadas)*100	80% das adequações executadas	Parceiros: Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar
		1ª. Identificar as necessidades de criação, ampliação ou adequação do espaço, baseado no escopo do diagnóstico e na legislação vigente	Para melhorar a execução dos serviços visando atingir metas contratualizadas	Visitas <i>in loco</i> avaliações técnicas	Eraldo, Ana Paula e Roque	mar/16	mai/16	3		DLIH					
		1b. Planejar e executar as adequações	Para melhor aproveitamento dos espaços de cada unidade	Realização das adequações necessárias	Lídia Couto, Eraldo e Ana Paula Costa	jun/16	dez/17	19		DLIH					
		1c. Ativar consultórios itinerantes de oftalmologia e odontologia	Para atender o Programa de Saúde na Escola	Por meio de reuniões com as Secretarias de Educação e Saúde do Estado e dos Municípios para definição das ações	Ana Paula, Marcos Albuquerque	mar/16	dez/17	22		Gerência de Atenção à Saúde					

Quadro 27 – Plano de Ação do Nó Crítico 6

Macro problema	Nó crítico	O que	Por que	Como	Quem	Quando				Onde	Quanto	Como Mensurar			Potenciais Parceiros/Eventuais Opositores	
		(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Como Fazer)	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Tempo/Esforço (Meses)	Obs.:	(Onde)	Recursos Financeiros (R\$)	Indicador de Resultado	Fórmula	Meta		
MP1	NC6	1. Capacitar e sensibilizar as equipes para a gestão participativa	Para fornecer melhores condições técnicas de trabalho e motivacionais às equipes	Conhecendo as demandas de capacitação e atendendo de forma alinhada ao PDE	Grazielle, Carlos Anselmo, Marcos Albuquerque	jan/16	dez/17	21	Contínuo	DIVGP	4.384.592,00	Horas de capacitação realizadas pela Instituição	(Número de capacitações realizadas/Número de capacitações planejadas)* 100	80% de capacitações realizadas	Parceiros: Divisão de Gestão de Pessoas, Gerencia de Ensino e Pesquisa	
		1a. Definir metodologia de capacitação das equipes	Para normatizar e orientar os trabalhos	Especificação da metodologias, ferramentas e plano pedagógico	Grazielle, Carlos Anselmo, Marcos Albuquerque	jan/16	abr/16	3		DIVGP						
		1b. Identificar e priorizar as capacitações na assistência, administração e ensino e pesquisa	Para melhor aproveitamento e alcance dos resultados das capacitações	Levantar as necessidades das chefias no tocante à gestão	Grazielle, Carlos Anselmo, Marcos Albuquerque	abr/16	mai/16	2		DIVGP						
		1c. Definir e divulgar capacitações e cronogramas	Para organizar, disciplinar e sensibilizar as tarefas dos profissionais envolvidos	Por meio de Boletim informativo, Intranet e Chefias	Grazielle, Carlos Anselmo, Marcos Albuquerque	mai/16	jul/17	2		DIVGP						
		1d. Desenvolver sistema de informação para monitoramento e feedback da equipe	Necessidade de acompanhamento das ações, de avaliação dos resultados, e de retorno aos envolvidos para maior engajamento dos mesmos nos projetos, visando em última análise a melhoria dos indicadores	Definição do público, da estratégia de divulgação, definição dos temas, definição dos treinadores, das datas	Grazielle, Carlos Anselmo, Marcos Albuquerque e SGPTI	jun/16	set/16	4		SGPTI						

Macro problema	Nó crítico	O que	Por que	Como	Quem	Quando				Onde	Quanto	Como Mensurar			Potenciais Parceiros/Eventuais Opositores
		(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Como Fazer)	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Tempo/Esforço (Meses)	Obs.:	(Onde)	Recursos Financeiros (R\$)	Indicador de Resultado	Fórmula	Meta	
MP1	NC6	2. Implantar e manter um modelo de gestão participativa	Para melhorar a tomada de decisões e planejamento	Acompanhamento por meio de dashboards	Colegiado Executivo	jan/16	dez/17	16		Sala da Superintendência	2.352,00	Número de indicadores definidos; Números de planos de ação / metas	(Atividades realizadas/atividades previstas) * 100	80% das atividades realizadas	Parceiros: Colegiado Executivo
		2a. Determinar o instrumento de Gestão Transparente e Participativa		Por meio da avaliação do PDE	Colegiado Executivo	jan/16	mar/16	3		Sala da Superintendência		Número de indicadores definidos / planos de ação			
		2b. Definir a metodologia, indicadores estratégicos/operacionais e coleta de dados dos planos de ação executados		Reuniões com as equipes e responsáveis por cada plano de ação	Colegiado Executivo	abr/16	set/16	6		Sala da Superintendência		Número de planos de ação / Números de painéis necessários			
		2c. Avaliar e divulgar os resultados		Por meio de dashboards	Colegiado Executivo	out/16	dez/17	15		Sala da Superintendência		Número de painéis construídos e divulgados			
MP1	NC6	3. Definir estratégias de Gestão do Risco e Planos de Contingenciamento	Para garantir a continuidade dos serviços e orientar as equipes na ocorrência de eventos	Mapeando os riscos e criação de planos de contingenciamento	Edelzio, Roque e Marcos	set/16	dez/17	16		Gerências	748,00	Plano de Contingenciamento e Gestão de Risco	(Número de riscos levantados/número de processos de contingenciamento)*100	70% das atividades executadas	Parceiros: Gerências de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativa
		3a. Identificar e classificar os riscos de atingimento de metas	Para conhecer os eventos	Mapeando os riscos de cada unidade junto aos responsáveis pelo setor e sua equipe, assim como fazer uma retrospectiva Por meio relatórios de cada unidade.	Chefias	set/16	out/16	2		Gerências					
		3b. Definir planos de contingenciamento	Para planejar as ações necessárias de forma a minimizar ou extinguir o risco	Reuniões com as equipes de unidades e buscar relatórios que mostrem eventos ocorridos que tenham causado algum dano e que	Angela, Edelzio, Marcos e Chefias	out/16	dez/16	3		Gerências					

Macro problema	Nó crítico	O que	Por que	Como	Quem	Quando				Onde	Quanto	Como Mensurar			Potenciais Parceiros/Eventuais Opositores
		(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Como Fazer)	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Tempo/Esforço (Meses)	Obs.:	(Onde)	Recursos Financeiros (R\$)	Indicador de Resultado	Fórmula	Meta	
				poderia ter sido evitado											
		3c. Simular cenários de ocorrência dos riscos (implantar planos de contingência)	Para treinar as equipes de cada área como agir diante de situações reais num cenário que seja similar ao verdadeiro com todos os envolvidos atuando como atores de uma cena real	Criação de ambiente dentro da própria área em que o risco possa ocorrer um cenário igual ao que realmente o evento venha a acontecer e com o pessoal que trabalhe neste setor para que tenham conhecimento imediato de como agir numa situação de perigo. Criar cartilhas informativas e de fácil compreensão com os dados impressos de forma curta, direta e de fácil visualização e de fácil acesso.	Chefias	fev/17	mai/17	4		Gerências					
		3d. Monitorar os riscos	Para medir a ocorrência (quantos) dos riscos, estudar o porquê do ocorrido, a sua frequência, intervalo para um novo evento vir a acontecer, tomar medidas de controle, chamar os envolvidos no evento e mostrar assim como pedir	Acompanhamento por meio de dashboards e reuniões intersetoriais	Chefias	jun/17	dez/17	20		Gerências					

Macro problema	Nó crítico	O que	Por que	Como	Quem	Quando				Onde	Quanto	Como Mensurar			Potenciais Parceiros/Eventuais Opositores
		(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Como Fazer)	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Tempo/Esforço (Meses)	Obs.:	(Onde)	Recursos Financeiros (R\$)	Indicador de Resultado	Fórmula	Meta	
			colaboração nas soluções destes.												
		3d. Monitorar execução dos planos de contingenciamento	Para que as ações criadas de prevenção do risco não fiquem obsoletas e esquecidas e tenham reciclagem permanente e continuada	Acompanhamento por meio de dashboards e reuniões intersetoriais	Chefias	jun/17	dez/17	20		Gerências					

Quadro 28 – Plano de Ação do Nó Crítico 7

Macro problema	Nó crítico	O que	Por que	Como	Quem	Quando			Obs.:	Onde	Quanto	Como Mensurar			Potenciais Parceiros/Eventuais Opositores
		(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Como Fazer)	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Tempo/ Esforço (Meses)		(Onde)	Recursos Financeiros (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta	
MP2	NC7	1. Monitorar as causas de produção negativa	Para conhecer as razões de perdas financeiras	Por meio de acompanhamento de produção e faturamento	Edélzio e Marcos Albuquerque	jan/16	dez/17	12	mensal	DC e DATP	-		(Atividades realizadas/atividades previstas) * 100	90% das atividades realizadas	Parceiros: Divisão de Gestão do Cuidado e Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
		1a. Identificar as causas para o não cumprimento das metas		Levantamento da produção mensal versus faturamento, absentismo e motivo das glosas, análise dos relatórios trimestrais da Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC)	Raimundo, Ana Paula e Genilde	jan/16	dez/17	12		Divisão de Cuidado e Divisão de Apoio Terapêutico e Diagnóstico		Número de metas não cumpridas identificadas			
		1b. Propor e implantar ações corretivas de curto a médio prazo		Por meio de reuniões intersetoriais	Genilde, Raimundo e Ana Paula	mar/16	dez/17	7	trimestral		Nº de ações propostas versus Números de atenção à saúde				
MP2	NC7	2. Pactuar internamente o cumprimento das metas	Para garantir o cumprimento das metas contratualizadas	Por meio de negociação interna	Luciana, Ana Paula e Raimundo	fev/16	dez/17	2	De acordo com a contratualização externa	Setor de Regulação	-		(Atividades realizadas/atividades previstas) * 100	80% das atividades realizadas	Parceiros: Setor de Avaliação e Regulação em Saúde, Setor de Processos e Tecnologia da Informação
		2a. Informar aos profissionais as metas individuais e produção		Por meio de reuniões individuais	Chefias	mar/16	dez/17	7	trimestral	Nas Divisões					
		2b. Negociar ações para cumprimento das metas		Por meio de reuniões setoriais e individuais	Chefias	fev/16	set/17	20	mensal	Nas Divisões					
		2c. Monitorar as ações		Por meio de	SGPTI	fev/16	dez/17	23	mensal	SGPTI					

Macro problema	Nó crítico	O que	Por que	Como	Quem	Quando				Onde	Quanto	Como Mensurar			Potenciais Parceiros/Eventuais Opositores
		(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Como Fazer)	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Tempo de Esforço (Meses)	Obs.:	(Onde)	Recursos Financeiros (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta	
				dashboards											
MP2	NC7	3. Ampliar o uso de fontes alternativas de recursos	Fortalecer as relações externas	Por meio de contatos e campanhas	Angela, Edelzio e Marcos	jan/16	dez/17	8	Trimestral	Superintendência	-	Valor total de recursos	(Atividades realizadas/atividades previstas) * 100	70% das atividades realizadas	Parceiros: SOAHU
		3a. Manter interlocução regular com os parlamentares federais		Por meio de visitas ou recursos digitais (email, redes sociais, entre outros)		jan/16	dez/17	8	Trimestral	Superintendência	Número de visitas a parlamentares				
		3b. Fortalecer a Sociedade de Amigos do HU (SOAHU)		Por meio de campanhas (rádio, televisão, redes sociais, intranet e no boletim informativo)		jan/16	dez/17	8	Trimestral	Superintendência	Número de novos sócios				
		3c. Estabelecer parcerias com empresas para doação de bens		Por meio de contatos e instrumentos formais		jan/16	dez/17	8	Trimestral	Superintendência	Número parcerias firmadas				

Quadro 29 – Plano de Ação do Nó Crítico 8

Macro problema	Nó crítico	O que	Por que	Como	Quem	Quando				Onde	Quanto	Como Mensurar			Potenciais Parceiros/Eventuais Opositores
		(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Como Fazer)	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Tempo/Esforço (Meses)	Obs.:	(Onde)	Recursos Financeiros (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta	
MP1	NC8	1. Desenvolver e monitorar as ações integradas de planejamento na organização	Para acompanhar o desenvolvimento das ações, indicadores e metas estabelecidos no Planejamento	Instalação de um grupo de trabalho	Edelzio	jan/16	dez/17	24	Contínuo	Colegiado Executivo	-	Sistema de Monitoramento do PDE	Número de indicadores monitorados ; Números de reuniões; Número metas cumpridas / Número de metas planejadas	100% das atividades realizadas	Parceiros: Colegiado Executivo
		1ª. Nomear membros para o grupo de trabalho		Por meio de portaria	Superintendência	jan/16	jan/16	1		Superintendência					
		1b. Monitorar a execução do PDE 2016-2017		Por meio dos indicadores e eventos	Grupo de trabalho	fev/16	dez/17	23		Colegiado Executivo					
		1c. Revisar e adequar o processo planejamento		Realizando reuniões periódicas de análise estratégica	Grupo de trabalho	jan/17	jun/17	6		Colegiado Executivo					
		1d. Coordenar as ações de planejamento para o biênio de 2018-2019		Organização das reuniões de planejamento setoriais e intersetoriais, elaboração do documento de PDE e divulgação	Grupo de trabalho	jul/17	dez/17	6		Colegiado Executivo					

Quadro 30 – Plano de Ação do Nó Crítico 9

Macro problema	Nó crítico	O que	Por que	Como	Quem	Quando				Onde	Quanto	Como Mensurar			Potenciais Parceiros/Eventuais Opositores
		(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Como Fazer)	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Tempo/Esforço (Meses)	Obs.:	(Onde)	Recursos Financeiros (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta	
MP2	NC9	1. Concluir a obra do Prédio do Anexo Hospitalar	Para atender a nova contratualização e ao novo cenário interno	Por meio de grupo de trabalho de obras e serviços	Eraldo	jan/16	out/16	10		DLIH	6.501.080,00		(Percentual da obra concluída/percentual da obra total)*100	100% da conclusão da obra	Parceiros: Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar
		1ª. Adequar os projetos básicos e executivos	Para adequação às novas necessidades e legislação vigente	Por meio do acesso ao projetos existentes e levantamento de campo	Lídia Couto, Luciano e Ana Paula Costa	jan/16	mar/16	3		DLIH		M² de adequação do projeto / Área total			
		1b. Licitar da obra e contratação da empresa	Para contratação dos serviços	Por meio de processo licitatório e processo de contratação	Aline	abr/16	jun/16	3		DLIH		Licitação com sucesso			
		1c. Executar a obra	Para conclusão da obra	Contratação de empresa especializada	Eraldo, Lídia e Ana Paula Costa	jul/16	out/16	4		DLIH		Total de M² de área construída / Total de área M² de área contratada			
MP2	NC9	2. Concluir a obra do Prédio da Maternidade	Para atender a nova contratualização e ao novo cenário interno	Por meio de grupo de trabalho de obras e serviços	Eraldo	mar/16	ago/17	18		DLIH	17.003.602,00		(Percentual da obra concluída/percentual da obra total)*100	100% da conclusão da obra	Parceiros: Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar
		2ª. Adequar os projetos básicos e executivos	Para adequação às novas necessidades e legislação vigente	Por meio do acesso ao projetos existentes e levantamento de campo	Lídia Couto, Luciano e Ana Paula Costa	mar/16	mai/16	3		DLIH		M² de adequação do projeto / Área total			
		2b. Licitar da obra e contratação da empresa	Para contratação dos serviços	Por meio de processo licitatório e processo de contratação	Aline	jun/16	ago/16	3		DLIH		Licitação com sucesso			
		2c. Executar a obra	Para conclusão da obra	Contratação de empresa especializada	Eraldo, Lídia e Ana Paula Costa	set/16	ago/17	12		DLIH		Total de M² de área construída / Total de área			

Macro problema	Nó crítico	O que	Por que	Como	Quem	Quando				Onde	Quanto	Como Mensurar			Potenciais Parceiros/Eventuais Opositores
		(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Como Fazer)	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Tempo/Esforço (Meses)	Obs.:	(Onde)	Recursos Financeiros (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta	
												M² de área contratada			
MP2	NC9	3. Construir a subestação	Para alimentação de energia do Campus da Saúde	Por meio de grupo de trabalho de obras e serviços	Eraldo	jan/16	set/16	9		DLIH	2.504.779,00		(Percentual da obra concluída/percentual da obra total)*100	100% da conclusão da obra	Parceiros: Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar
		4ª. Elaborar os projetos elétrico, civil e arquitetônico	Para adequação às novas necessidades e legislação vigente	Por meio do acesso ao projetos existentes e levantamento de campo	Lídia Couto, Luciano e Ana Paula Costa	jan/16	mar/16	3		DLIH		M² de adequação do projeto / Área total			
		4b.Licitara obra e contratação da empresa	Para contratação dos serviços	Por meio de processo licitatório e processo de contratação	Aline	abr/16	jun/16	3		DLIH		Licitação com sucesso			
		4c. Executar a obra	Para conclusão da obra	Contratação de empresa especializada	Eraldo, Lídia e Ana Paula Costa	jul/16	set/16	3		DLIH		Total de M² de área construída / Total de área M² de área contratada			
MP2	NC9	4. Ampliar a Farmácia	Para melhorar as condições dos serviços	Por meio da comissão de obras e serviços	Eraldo	mai/16	abr/17	12		DLIH	1.503.602,00		(Percentual da obra concluída/percentual da obra total)*100	100% da conclusão da obra	Parceiros: Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar, Setor de Farmácia Hospitalar
		3ª. Elaborar os projetos elétrico, civil, 97idrúlico, TI e arquitetônico	Para adequação às novas necessidades e legislação vigente	Por meio do acesso ao projetos existentes e levantamento de campo	Lídia Couto, Luciano e Ana Paula Costa	mai/16	jun/16	2		DLIH		M² de adequação do projeto / Área total			
		3b.Licitara obra e contratação da empresa	Para contratação dos serviços	Por meio de processo licitatório e processo de contratação	Aline	jul/16	out/16	4		DLIH		Licitação com sucesso			

Macro problema	Nó crítico	O que	Por que	Como	Quem	Quando				Onde	Quanto	Como Mensurar			Potenciais Parceiros/Eventuais Opositores
		(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Como Fazer)	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Tempo/Esforço (Meses)	Obs.:	(Onde)	Recursos Financeiros (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta	
		3c. Executar a obra	Para conclusão da obra	Contratação de empresa especializada	Eraldo, Lídia e Ana Paula Costa	nov/16	abr/17	6		DLIH		Total de M ² de área construída / Total de área M ² de área contratada			
MP2	NC9	5. Ampliar a Infraestrutura de Redes/Telecomunicações	Para ampliar e melhorar a infraestrutura de redes e telecomunicações	Por meio da comissão de obras e serviços	Eraldo e Adicinéia	mai/16	out/16	12		DLIH e SGPTI	1.203.100,00		(Atividades executadas/atividades planejadas)* 100	100% das atividades executadas	Parceiros: Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar, Setor de Gestão de Processo e Tecnologia da Informação
		5ª. Elaborar os projetos de redes/telecomunicações, elétrico, civil e arquitetônico	Para adequação às novas necessidades e legislação vigente	Por meio do acesso ao projetos existentes e levantamento de campo	Lídia Couto, Luciano e Adicinéia	mai/16	jun/16	2		DLIH		M ² de adequação do projeto / Área total; Número de pontos de redes instalados			
		5b. Licitar da obra e contratação da empresa	Para contratação dos serviços	Por meio de processo licitatório e processo de contratação	Aline	jul/16	out/16	4		DLIH		Licitação com sucesso			
		5c. Executar a obra	Para conclusão da obra	Contratação de empresa especializada	Eraldo, Ana Paula Costa e Adicinéia	nov/16	abr/17	6		DLIH		M ² de adequação do projeto / Área total; Número de pontos de redes			
MP2	NC9	6. Ampliar o Prédio da Biomédica	Para melhorar as condições dos serviços	Por meio da comissão de obras e serviços	Eraldo	jun/16	mai/17	12		DLIH	2.002.358,00		(Percentual da obra concluída/percentual da obra total)*100	100% da conclusão da obra	Parceiros: Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar, Divisão de Gestão do Cuidado
		6ª. Elaborar os projetos elétrico, civil, 98idráulico, TI e arquitetônico	Para adequação às novas necessidades e legislação vigente	Por meio do acesso ao projetos existentes e levantamento de	Lídia Couto, Luciano e Ana Paula Costa	jun/16	jul/16	2		DLIH		M ² de adequação do projeto / Área total			

Macro problema	Nó crítico	O que	Por que	Como	Quem	Quando				Onde	Quanto	Como Mensurar			Potenciais Parceiros/ Eventuais Opositores
		(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Como Fazer)	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Tempo/ Esforço (Meses)	Obs.:	(Onde)	Recursos Financeiros (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta	
				campo											
		6b.Licitar da obra e contratação da empresa	Para contratação dos serviços	Por meio de processo licitatório e processo de contratação	Aline	ago/16	nov/16	4		DLIH		Licitação com sucesso			
		6c. Executar a obra	Para conclusão da obra	Contratação de empresa especializada	Eraldo, Lídia e Ana Paula Costa	dez/16	mai/17	6		DLIH		Total de M² de área construída / Total de área M² de área contratada			
MP2	NC9	7. Implantar a Acessibilidade	Para melhorar as condições dos serviços	Por meio da comissão de obras e serviços	Eraldo	ago/16	jul/17	12		DLIH	3.003.408,00		(Atividades executadas/atividades planejadas)* 100	100% das atividades executadas	Parceiros: Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar, Setor de Gestão de Processo e Tecnologia da Informação
		7ª. Elaborar os projetos elétrico, civil, hidráulico, TI e arquitetônico	Para adequação às novas necessidades e legislação vigente	Por meio do acesso ao projetos existentes e levantamento de campo	Lídia Couto, Luciano e Ana Paula Costa	ago/16	set/16	2		DLIH		M² de adequação do projeto / Área total			
		7b.Licitar da obra e contratação da empresa	Para contratação dos serviços	Por meio de processo licitatório e processo de contratação	Aline	out/16	dez/16	4		DLIH		Licitação com sucesso			
		7c. Executar a obra	Para conclusão da obra	Contratação de empresa especializada	Eraldo, Lídia e Ana Paula Costa	jan/17	dez/17	12		DLIH		Total de M² de área construída / Total de área M² de área contratada			

Quadro 31 - Plano de Ação do Nó Crítico 10

Macro problema	Nó crítico	O que	Por que	Como	Quem	Quando				Onde	Quanto	Como Mensurar			Potenciais Parceiros/Eventuais Opositores
		(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Como Fazer)	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Tempo/Esforço (Meses)	Obs.:	(Onde)	Recursos Financeiros (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta	
MP2	NC10	1. Criar e manter ambientes e ações para integração da assistência com ensino e pesquisa	Para melhor integrar as atividades de Assistência, Ensino e Pesquisa	Implantação de mestrado e ambientes preparados	Roque	jan/16	dez/17	24		Gerência de Ensino e Pesquisa	7.110.400,00	Número de profissionais qualificados e Número de eventos	(Atividades realizadas/Atividades planejadas)*100	95% das atividades concluídas	Parceiros: Gerencia de Ensino e Pesquisa, Universidade Federal de Sergipe
		1a. Implantar Mestrado Profissional	Qualificar os profissionais	Após aprovação, iniciar divulgação e seleção de acordo com edital que será estabelecido	Divaldo e Walderi	jan/16	dez/17	24	Data de início/fim de acordo com aprovação do curso	Gerência de Ensino e Pesquisa		Número de alunos qualificados			
		1b. Implantar ambiente de aprendizagem digital	Ampliar o acesso à aprendizagem e capacitação	Instalação de sala equipadas com mídias digitais	Sílvia e Carlos Anselmo	jul/16	dez/17	18		Gerência de Ensino e Pesquisa		Número de eventos concluídos			
		1c. Implantar laboratórios de simulação realística	Melhorar o processo de aprendizagem, capacitação e segurança de paciente	Instalação de laboratórios de habilidade	Adicinéia, Roque e Marcos Albuquerque	jan/17	dez/17	12		Gerência de Ensino e Pesquisa		Número de capacitações realizadas			
		1d. Implantar ambiente para Pesquisa Clínica	Realização de pesquisa de protocolos de pesquisas clínica	Instalação de estrutura física adequada à pesquisa clínica	Roque, Eraldo e Walderi	jun/16	dez/16	7		Sala no Laboratório SAD		Número de pesquisas qualificadas			

Quadro 32 - Plano de Ação do Nó Crítico 11

Macroproblema	Nó crítico	O que	Por que	Como	Quem	Quando				Onde	Quanto	Como Mensurar			Potenciais Parceiros/Eventuais Opositores
		(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Como Fazer)	(Responsáveis)	Data Início	Data Fim	Tempo/Esforço (Meses)	Obs.:	(Onde)	Recursos Financeiros (R\$)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta	
MP3	NC11	1. Estabelecer as linhas de pesquisas de interesse da organização hospitalar	Melhorar e direcionar as pesquisas a serem realizadas conforme as demandas biopsicossociais da organização	Priorização	Roque	jan	mar		Um trimestre por ano	Gerência de Ensino e Pesquisa	27,00	Número de pesquisas	(Atividades realizadas/Atividades planejadas)*100	100% de atividades realizadas	
		1a. Definir as linhas de pesquisas prioritárias das organizações alinhadas com as linhas do SUS		Priorizando as linhas de pesquisas de acordo com as demandas biopsicossociais do HU-UFS	Roque, Marcos Albuquerque e Walderi	out/16	out/16			Gerência de Ensino e Pesquisa		Número de linhas de pesquisas			
		1b. Estabelecer formas de reconhecimento das pessoas que se destacaram nas pesquisas institucionais		Com criação de prêmio científico como reconhecimento da qualidade científica dos trabalhos (moção honrosa, certificados), bem como a exposição virtual dos trabalhos premiados	Ângela, Roque e Adicinéia	out/16	nov/16			Colegiado Executivo		Número de pesquisas avaliadas / Número de pesquisadores premiados			

Tendo como base o plano de ação e os descritores das árvores explicativas, os resultados esperados relacionados aos nós críticos serão mensurados por meio de indicadores e monitorados conforme as metas estipuladas no Quadro 33 .

Quadro 33 – Indicadores e Metas de Resultados associados aos Descritores e Nós Críticos

Macroproblema	Nó Crítico	Descritores	Ações	Indicador de Resultados	Metas
MP1 Baixa resolutividade da assistência no HU-UFS	NC1 Carência de oferta interna de consultas e exames	<ul style="list-style-type: none"> • 25% de cirurgias agendadas suspensas por problemas internos do HU • 60% dos pacientes ambulatoriais não conseguem marcar consultas e exames para continuidade do atendimento • Tempo prolongado superior a 60 dias para a realização de exames ambulatoriais e 30 dias para a liberação de laudos 	1. Mapear consultas/exames que não atendam a demanda interna e analisar as causas.	<ul style="list-style-type: none"> - cirurgias suspensas/ cirurgias agendadas - agendamentos/ demanda ambulatorial por consultas e exames - pacientes ausentes/ pacientes ausentes - equipamentos entregues / equipamentos solicitados - Fluxo assistenciais otimizados/ fluxos assistenciais que necessitam otimização - quantidade de especialidades críticas contrareferenciadas/ Quantidade de especialidades críticas 	<ul style="list-style-type: none"> - reduzir cirurgias suspensas em 50% - ampliar agendamentos ambulatoriais em 30% - reduzir o absenteísmo em 50% - Adquirir 70% dos equipamentos médico-hospitalares - Otimizar 80% de fluxos assistenciais -Referenciar 60% das especialidades críticas para a RAS
			2. Distribuir os horários dos médicos conforme demanda.		
			3. Acompanhar e intervir quanto ao absenteísmo do paciente.		
			4. Adquirir e instalar equipamentos médico-hospitalares para atender a contratualização.		
			5. Reorganizar os fluxos de serviços assistenciais com foco no paciente.		
			6. Instituir a contrarreferência nas especialidades.		
	NC2 Insuficiência de ferramentas eficazes de comunicação eficaz	<ul style="list-style-type: none"> • 25% de cirurgias agendadas suspensas por problemas internos do HU • 25% de não realização de procedimentos por falta de integração 	1. Criar e manter boletim informativo.	<ul style="list-style-type: none"> - Boletim informativo publicado (jornal mural) - Eventos divulgados - Conteúdo e matérias produzidas e editadas para veículos de comunicação 	<ul style="list-style-type: none"> - Publicar 12 boletins informativos anuais - Promover 06 eventos anuais - Produzir 12 matérias mensais para veículos de comunicação
			2. Promover semestralmente um Fórum ampliado.		
			3. Promover ações de marketing do HU-UFS		

Macroproblema	Nó Crítico	Descritores	Ações	Indicador de Resultados	Metas
		<p>intersetorial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tempo prolongado superior a 60 dias para a realização de exames ambulatoriais e 30 dias para a liberação de laudos 		<ul style="list-style-type: none"> - Fórum ampliado para socializar informação para clientes internos e externos - cirurgias suspensas/ cirurgias agendadas - Tempo de espera para a realização dos exames agendados 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar 80% dos fóruns ampliados semestralmente - reduzir cirurgias suspensas em 50% - reduzir 50% o tempo de espera para realização de exames agendados
	<p>NC3 Insuficiência de protocolos assistenciais, de ensino e administrativos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 25% de cirurgias agendadas suspensas por problemas internos do HU • 25% de não realização de procedimentos por falta de integração intersetorial • Ausência de linhas de cuidado para melhorar qualidade do atendimento 	<p>1. Elaborar, revisar e implantar os protocolos e processos assistenciais, de ensino e administrativos existentes na organização hospitalar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - protocolos revisados / protocolos existentes - processos revisados/ processos existentes - cirurgias suspensas/ cirurgias agendadas - Linhas de cuidado definidas e organizadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar 80% dos protocolos e processos - reduzir cirurgias suspensas em 50% - Definir e organizar 03 linhas de cuidado anualmente
	<p>NC4 Falhas nos processos de aquisição de produtos e serviços</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 25% de cirurgias agendadas suspensas por problemas internos do HU • 25% de não realização de 	<p>1. Elaborar, revisar e implantar processos de aquisição de produtos e serviços.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - processos de aquisição de produtos e serviços revisados/ processos de aquisição de produtos e serviços existentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar 90% dos processos de aquisição de produtos e serviços - reduzir cirurgias suspensas em 50%

Macroproblema	Nó Crítico	Descritores	Ações	Indicador de Resultados	Metas
		<p>procedimentos por falta de integração intersetorial</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% de falta de insumos prejudicam a realização de procedimentos 		- cirurgias suspensas/ cirurgias agendadas	
	NC5 Espaço físico insuficiente para equipamentos médicos	<ul style="list-style-type: none"> • 60% dos pacientes ambulatoriais não conseguem marcar consultas e exames para continuidade do atendimento • Tempo prolongado superior a 60 dias para a realização de exames ambulatoriais e 30 dias para a liberação de laudos 	1. Otimizar o espaço físico, levando em consideração a contratualização, linhas de cuidado, ensino e pesquisa.	<ul style="list-style-type: none"> - Adequações realizadas/ adequações planejadas - Tempo de espera para a realização dos exames agendados 	<ul style="list-style-type: none"> - Adequar 80% do espaço físico - reduzir 50% o tempo de espera para realização de exames agendados
	NC6 Baixa instrumentalização para gestão participativa	<ul style="list-style-type: none"> • 60% dos pacientes ambulatoriais não conseguem marcar consultas e exames para continuidade do atendimento • 25% de não realização de procedimentos por falta de integração intersetorial • Tempo prolongado superior a 60 dias 	<p>1. Capacitar e sensibilizar as equipes para a gestão participativa.</p> <p>2. Implantar e manter um modelo de gestão participativa.</p> <p>3. Definir estratégias de Gestão do Risco e Planos de Contingenciamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitações realizadas/ capacitações planejadas - Modelo de gestão participativa definido - Tempo de espera para a realização dos exames agendados - Estratégias de gestão de risco e plano de contingenciamento 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar 80% das equipes - Modelo de gestão participativa implantado - reduzir 50% o tempo de espera para realização de exames agendados - Elaborar 70% das estratégias de gestão de risco e plano de

Macroproblema	Nó Crítico	Descritores	Ações	Indicador de Resultados	Metas
		<p>para a realização de exames ambulatoriais e 30 dias para a liberação de laudos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30% dos registros de atividades são inadequados, prejudicando a qualidade do atendimento ao paciente • Ausência de linhas de cuidado para melhorar qualidade do atendimento 		<p>elaborados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Linhas de cuidado definidas e organizadas 	<p>contingenciamento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definir e organizar 03 linhas de cuidado anualmente
<p>MP2</p> <p>Infraestrutura, tecnologia e recursos financeiros insuficientes</p>	<p>NC7</p> <p>Liberação insuficiente de recursos para o HU</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Não cumprimento de 50% do orçamento planejado • Falta de 40% de equipamentos para atender a pactuação e boas práticas do modelo de gestão • Falta de 40% de estrutura física para atender a pactuação e necessidade de ensino • 100% de obras inacabadas no HU-UFS para atender os objetivos estratégicos 	1. Monitorar as causas de produção negativa.	<ul style="list-style-type: none"> - equipamentos entregues / equipamentos solicitados - Adequações da estrutura física realizadas/ adequações da estrutura física planejadas - Percentual da obra construída/ percentual da obra total - Recursos orçamentários recebidos no exercício/ contratualização + 	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir 70% dos equipamentos médico-hospitalares - Adequar 80% da estrutura física - Término das obras em 100% - Receber 70% dos recursos orçamentários previstos
			2. Pactuar internamente o cumprimento das metas.		
			3. Ampliar o uso de fontes alternativas de recursos.		

Macroproblema	Nó Crítico	Descritores	Ações	Indicador de Resultados	Metas
MP2 Infraestrutura, tecnologia e recursos financeiros insuficientes				REHUF + emendas parlamentares + outros recursos	
	NC8 Planejamento insuficiente para atender às demandas internas e externas	<ul style="list-style-type: none"> 90% das soluções tecnológicas não são integradas Falta de 40% de equipamentos para atender a pactuação e boas práticas do modelo de gestão Falta de 40% de estrutura física para atender a pactuação e necessidade de ensino 100% de obras inacabadas no HU-UFS para atender os objetivos estratégicos 	1. Desenvolver e monitorar as ações integradas de planejamento na organização hospitalar.	<ul style="list-style-type: none"> SISPDE implantado equipamentos entregues / equipamentos solicitados Adequações da estrutura física realizadas/ adequações da estrutura física planejadas Percentual da obra construída/ percentual da obra total 	<ul style="list-style-type: none"> Monitoramento de 100% dos indicadores de desempenho Adquirir 70% dos equipamentos médico-hospitalares Adequar 80% da estrutura física Término das obras em 100%
	NC9 Projetos básicos e executivos para obras inadequados e inacabados	<ul style="list-style-type: none"> Não cumprimento de 50% do orçamento planejado Falta de 40% de estrutura física para atender a pactuação e necessidade de ensino 100% de obras inacabadas no HU-UFS para atender os objetivos estratégicos 	<ol style="list-style-type: none"> Concluir a obra do prédio do anexo hospitalar Concluir a obra do prédio da maternidade Construir a subestação Ampliar a farmácia Ampliar a infraestrutura de redes/ telecomunicações Ampliar o prédio da biomédica Implantar a acessibilidade 	<ul style="list-style-type: none"> Recursos orçamentários recebidos no exercício/ contratualização + REHUF + emendas parlamentares + outros recursos Adequações da estrutura física realizadas/ adequações da estrutura física planejadas 	<ul style="list-style-type: none"> Receber 70% dos recursos orçamentários previstos Adequar 80% da estrutura física Término das obras em 100%

Macroproblema	Nó Crítico	Descritores	Ações	Indicador de Resultados	Metas
				- Percentual da obra construída/ percentual da obra total	
MP3 Pouca integração ensino e pesquisa relacionada à assistência	NC10 Ausência de ações de promoção de integração entre assistência, ensino e pesquisa	<ul style="list-style-type: none"> Assistência, ensino e pesquisa não utilizam protocolos de forma integrada 80% dos resultados das pesquisas são dissociados das necessidades do HU-UFS 95% das pesquisas são desconhecidas pelos colaboradores do HU-UFS 	1. Criar e manter ambientes e ações para integração da assistência com ensino e pesquisa.	<ul style="list-style-type: none"> protocolos revisados / protocolos existentes Pesquisas associadas às necessidades do HU-UFS Pesquisas divulgadas/pesquisas realizadas 	<ul style="list-style-type: none"> Revisar 80% dos protocolos Associar 70% das pesquisas às necessidades do HU-UFS Divulgar 100% das pesquisas associadas ao HU-UFS
	NC11 Ausência de definição de linhas estratégicas de pesquisas integradas com ensino e assistência	<ul style="list-style-type: none"> 80% dos resultados das pesquisas são dissociados das necessidades do HU-UFS 	1. Estabelecer as linhas de pesquisas de interesse da organização hospitalar.	- Pesquisas associadas às necessidades do HU-UFS	- Associar 70% das pesquisas às necessidades do HU-UFS

6. Gestão do Plano, Metas e Indicadores de Monitoramento

O modelo de monitoramento do PDE do HU-UFS será colegiado, com participação do conselho gestor e de instâncias diretivas intermediárias e o processo de acompanhamento da implementação realizado por meio de ferramenta de gestão padronizada pela EBSEH (SISPDE), com cronograma definido (Figura 10), acompanhamento dos resultados dos indicadores de qualidade, incluindo suas metas definidas, e dos indicadores de monitoramento.

Os responsáveis pelas ações informarão mensalmente ao colegiado gestor sobre o andamento das ações e resultados dos indicadores, e em conjunto, serão realizados os ajustes necessários, consolidando um sistema de alta responsabilidade.

A evolução do PDE com seu monitoramento será apresentado em reunião mensal as chefias da organização. Nesta reunião será apresentado o relatório de acompanhamento das ações planejadas no PDE, além de análise crítica da evolução dos indicadores de monitoramento e resultado das ações.

Para garantir a execução do PDE, o conselho gestor promoverá ampla divulgação do PDE, e esse compartilhamento é estratégico para a sensibilização e contribuição dos trabalhadores da organização no atingimento de metas e resultados. O PDE que norteará os rumos da organização nos próximos 2 anos poderá ser aperfeiçoado em suas ações para cumprimento do planejamento. O acompanhamento e monitoramento das ações planejadas no PDE será de responsabilidade do Colegiado Gestor, das chefias de divisões, setores e unidades.

Para classificar as ações/atividades (Quadro 38), que constam do plano foram utilizados os seguintes critérios: **viabilidade** (alta, média e baixa); **impacto** (alto, médio e baixo); **comando** (i) gerentes e atores internos, (ii) comissões temporárias internas, (iii) atores internos articulados com atores externos e **precedência** (1a; 2a; 3a etc.).

Quadro 38 – Classificação das Ações de Acordo com suas Viabilidade, Impacto, Comando e Precedência

Ação	Viabilidade (Critério 1)	Impacto (Critério 2)	Comando (Critério 3)	Precedência (Critério 4)
NC1.1. Mapear consultas/exames que não atendam a demanda interna e analisar as causas	Média	Alto	i	15º
NC1.2.1K. Neogociar com os profissionais médicos a distribuição de horários	Média	Alto	i	16º
NC1.2. Distribuir os horários dos médicos conforme demanda	Baixa	Alto	i	20º
NC1.3.2K. Negociar com a SMS a inclusão no relatório de produção o indicador do absenteísmo dos pacientes	Baixa	Alto	iii	26º
NC1.3. Acompanhar e intervir quanto ao absenteísmo do paciente	Baixa	Alto	iii	31º
NC1.4. Adquirir e instalar Equipamentos Médico-Hospitalares (EMH) para atender a contratualização	Baixa	Alto	iii	24º
NC1.5.3K. Sensibilizar os profissionais assistenciais quanto a reorganização dos fluxos	Média	Alto	i	14º
NC1.5. Reorganizar os fluxos de serviços assistenciais com foco no paciente	Baixa	Alto	i	19º
NC1.6.4K. Elaborar e executar um projeto para contrarreferenciar pacientes do município de Aracaju de uma determinada especialidade	Média	Alto	iii	18º
NC1.6. Instituir contrarreferência nas especialidades	Baixa	Alto	iii	28º
NC2.1. Criar e manter boletim informativo	Alta	Médio	i	11º
NC2.2. Promover semestralmente um fórum ampliado	Alta	Médio	i	12º
NC2.3. Promover ações de marketing do HU-UFS	Alta	Médio	iii	13º
NC3.1.5K. Identificar as necessidades prioritárias de protocolos e processos das áreas assistenciais, de ensino e administrativa	Alta	Alto	i	9º
NC3.1. Elaborar, revisar e implantar os protocolos e processos assistenciais, de ensino e administrativos existentes na organização hospitalar	Baixo	Alto	ii	21º
NC4.1. Elaborar, revisar e implantar processos de aquisição de produtos e serviços	Alto	Alto	ii	10º
NC5.1. Otimizar o espaço físico, levando em consideração a	Alta	Alto	i	5º

Ação	Viabilidade (Critério 1)	Impacto (Critério 2)	Comando (Critério 3)	Precedência (Critério 4)
contratualização, linhas de cuidado, ensino e pesquisa				
NC6.1. Capacitar e sensibilizar as equipes para a gestão participativa	Alta	Alto	iii	1º
NC6.2. Implantar e manter um modelo de gestão participativa	Alta	Alto	i	2º
NC6.3. Definir estratégias de gestão do risco e planos de contingenciamento	Média	Alto	i	17º
NC7.1. Monitorar as causas de produção negativa	Alta	Alto	i	3º
NC7.2. Pactuar internamente o cumprimento das metas	Alta	Alto	i	4º
NC7.3. Ampliar o uso de fontes alternativas de recursos	Baixa	Alto	iii	25º
NC8.1. Desenvolver e monitorar as ações integradas de planejamento na organização hospitalar	Alta	Alto	i	7º
NC9.1. Concluir a obra do prédio do anexo hospitalar	Baixa	Alto	iii	23º
NC9.2. Concluir a obra do prédio da maternidade	Baixa	Alto	iii	27º
NC9.3. Construir a subestação	Baixa	Alto	iii	22º
NC9.4. Ampliar a farmácia	Baixa	Alto	iii	30º
NC9.5. Ampliar a infraestrutura de redes/telecomunicações	Baixa	Alto	iii	29º
NC9.6. Ampliar o prédio da Biomédica	Baixa	Alto	iii	32º
NC9.7. Implantar a acessibilidade	Médio	Médio	iii	33º
NC10.1. Criar e manter ambientes e ações para integração da assistência com ensino e pesquisa	Alto	Alto	iii	6º
NC11.1. Estabelecer as linhas de pesquisas de interesse da organização hospitalar	Alta	Alto	i	8º

Legenda: Entende-se como NC1.2. a ação 2 do nó crítico 1 e NC1.2.3K., a ação K referente a ação conflitiva 2 do plano de ação do nó crítico 1.

A supervisão do PDE nos próximos dois anos será acompanhada por meio da matriz de monitoramento do plano (Quadro 39). Este integra a gestão do plano de ação como instrumento a ser utilizado para execução das ações e atividades planejadas, sendo realizado continuamente com avaliações mensais e apresentação de resultados ao grupo gestor a cada trimestre. Os responsáveis pelo monitoramento serão nomeados pela superintendência. A metodologia de avaliação será baseada em situação: (i) Concluída – C;

(ii) Não concluída – NC; (iii) Em andamento – EA, resultados, dificuldades e deverá elaborar novas ações ou ajustes quando necessários para garantia de sua implementação.

As dificuldades que poderão surgir nos próximos dois anos deverão ser enfrentadas com o propósito de encontrar soluções para resolvê-las. Algumas dificuldades que envolvem fatores econômicos e políticos em decorrência da atual conjuntura poderão se constituir em entraves para implementação plena do PDE.

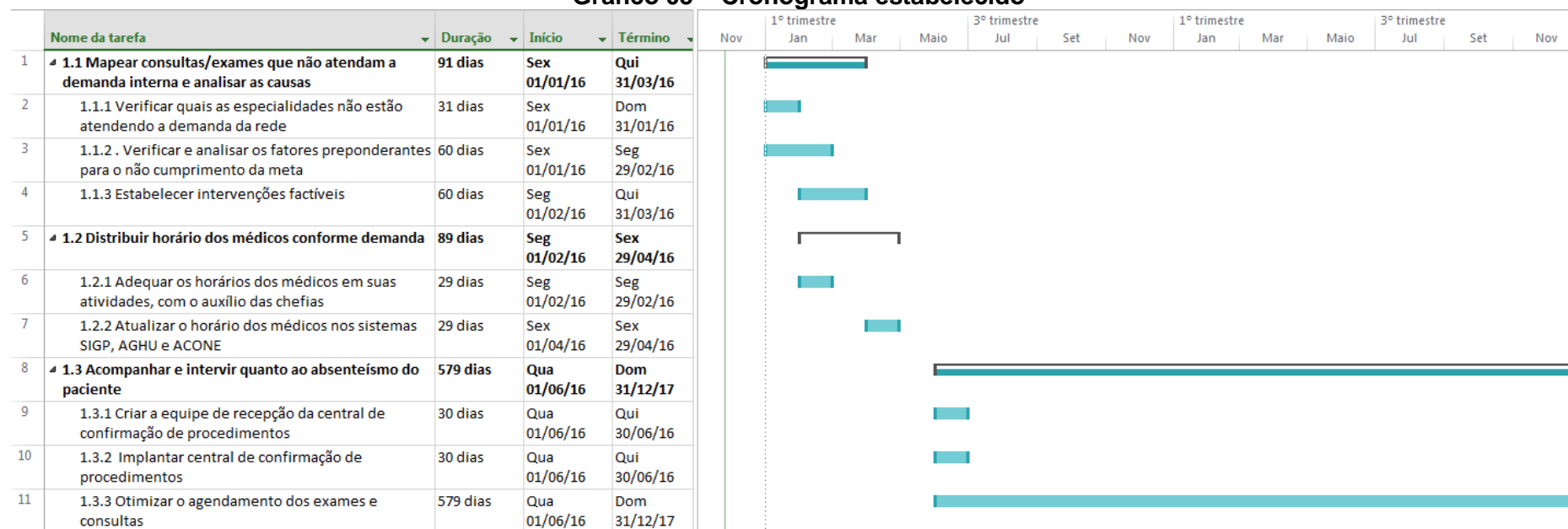
Quadro 39 – Matriz de Monitoramento do Plano

Ordem	Ação em ordem de precedência	Situação	Resultados	Dificuldades	Novas ações e/ou Ajustes
1	NC6.1. Capacitar e sensibilizar as equipes para a gestão participativa				
2	NC6.2. Implantar e manter um modelo de gestão participativa				
3	NC7.1. Monitorar as causas de produção negativa				
4	NC7.2. Pactuar internamente o cumprimento das metas				
5	NC5.1. Otimizar o espaço físico, levando em consideração a contratualização, linhas de cuidado, ensino e pesquisa				
6	NC10.1. Criar e manter ambientes e ações para integração da assistência com ensino e pesquisa				
7	NC8.1. Desenvolver e monitorar as ações integradas de planejamento na organização hospitalar				
8	NC11.1. Estabelecer as linhas de pesquisas de interesse da organização hospitalar				
9	NC3.1.5K. Identificar as necessidades prioritárias de protocolos e processos das áreas assistenciais, de ensino e administrativa				
10	NC4.1. Elaborar, revisar e implantar processos de aquisição de produtos e serviços				
11	NC2.1. Criar e manter boletim informativo				
12	NC2.2. Promover semestralmente um fórum ampliado				
13	NC2.3. Promover ações de marketing do HU-UFS				
14	NC1.5.3K. Sensibilizar os profissionais assistenciais quanto a reorganização dos fluxos				
15	NC1.1. Mapear consultas/exames que não atendam a demanda interna e analisar as causas				
16	NC1.2.1K. Neogociar com os profissionais médicos a distribuição de horários				
17	NC6.3. Definir estratégias de gestão do risco e planos de contingenciamento				

Ordem	Ação em ordem de precedência	Situação	Resultados	Dificuldades	Novas ações e/ou Ajustes
18	NC1.6.4K. Elaborar e executar um projeto para contrarreferenciar pacientes do município de Aracaju de uma determinada especialidade				
19	NC1.5. Reorganizar os fluxos de serviços assistenciais com foco no paciente				
20	NC1.2. Distribuir os horários dos médicos conforme demanda				
21	NC3.1. Elaborar, revisar e implantar os protocolos e processos assistenciais, de ensino e administrativos existentes na organização hospitalar				
22	NC9.3. Construir a subestação				
23	NC9.1. Concluir a obra do prédio do anexo hospitalar				
24	NC1.4. Adquirir e instalar Equipamentos Médico-Hospitalares (EMH) para atender a contratualização				
25	NC7.3. Ampliar o uso de fontes alternativas de recursos				
26	NC1.3.2K. Negociar com a SMS a inclusão no relatório de produção o indicador do absentismo dos pacientes				
27	NC9.2. Concluir a obra do prédio da maternidade				
28	NC1.6. Instituir contrarreferência nas especialidades				
29	NC9.5. Ampliar a infraestrutura de redes/telecomunicações				
30	NC9.4. Ampliar a farmácia				
31	NC1.3. Acompanhar e intervir quanto ao absentismo do paciente				
32	NC9.6. Ampliar o prédio da Biomédica				
33	NC9.7. Implantar a acessibilidade				

Legenda: Entende-se como NC1.2. a ação 2 do nó crítico 1 e NC1.2.3K., a ação K referente a ação conflitiva 2 do plano de ação do nó crítico 1.

Gráfico 05 – Cronograma estabelecido



	Nome da tarefa	Duração	Início	Término	Nov	1º trimestre			3º trimestre			1º trimestre			3º trimestre					
						Jan	Mar	Maio	Jul	Set	Nov	Jan	Mar	Maio	Jul	Set	Nov			
12	1.4 Adquirir e instalar equipamentos médico-hospitalares para atender a contratualização	731 dias	Sex 01/01/16	Dom 31/12/17		[Barra contínua de Jan 2016 a Nov 2017]														
13	1.4.1 Mapear e priorizar as demandas de EMH	731 dias	Sex 01/01/16	Dom 31/12/17		[Barra contínua de Jan 2016 a Nov 2017]														
14	1.4.2 Especificar tecnicamente e desenvolver o TR dos EMH	731 dias	Sex 01/01/16	Dom 31/12/17		[Barra contínua de Jan 2016 a Nov 2017]														
15	1.4.3 Proceder o Processo Licitatório	731 dias	Sex 01/01/16	Dom 31/12/17		[Barra contínua de Jan 2016 a Nov 2017]														
16	1.5 Reorganizar os fluxos de serviços assistenciais com foco no paciente	640 dias	Sex 01/04/16	Dom 31/12/17		[Barra contínua de Apr 2016 a Nov 2017]														
17	1.5.1 Analisar os fluxos dos serviços atuais	91 dias	Sex 01/04/16	Qui 30/06/16		[Barra curta de Apr 2016 a Jun 2016]														
18	1.5.2 Buscar e analisar referências de boas práticas	92 dias	Dom 01/05/16	Dom 31/07/16		[Barra curta de Mai 2016 a Jul 2016]														
19	1.5.3 Verificar pontos de melhoria com as respectivas unidades de cuidados	92 dias	Seg 01/08/16	Seg 31/10/16		[Barra curta de Ago 2016 a Out 2016]														
20	1.5.4 Desenvolver novos fluxos	426 dias	Ter 01/11/16	Dom 31/12/17		[Barra curta de Nov 2016 a Nov 2017]														
21	1.6 Instituir a contrarreferência nas especialidades	365 dias	Sex 01/04/16	Sex 31/03/17		[Barra contínua de Apr 2016 a Mar 2017]														
22	1.6.1 Identificar as especialidades que podem ser contrarreferenciadas para a rede	91 dias	Sex 01/04/16	Qui 30/06/16		[Barra curta de Apr 2016 a Jun 2016]														
23	1.6.2 Descrever um fluxo de contrarreferência nas especialidades identificadas e apresentar ao Gestor Municipal	61 dias	Qua 01/06/16	Dom 31/07/16		[Barra curta de Jun 2016 a Jul 2016]														
24	1.6.3 Implantar e monitorar o fluxo de contrarreferência negociado	243 dias	Seg 01/08/16	Sex 31/03/17		[Barra curta de Ago 2016 a Mar 2017]														

	Nome da tarefa	Duração	Início	Término	Nov	1º trimestre				3º trimestre			1º trimestre			3º trimestre				
						Jan	Mar	Maio	Jul	Set	Nov	Jan	Mar	Maio	Jul	Set	Nov			
25	2.1 Criar e manter boletim informativo	731 dias	Sex 01/01/16	Dom 31/12/17		[Barra contínua de Jan 2016 a Dez 2017]														
26	2.1.1 Definir o tipo de informação (informativo, de ações de saúde, indicadores, novos serviços e pesquisas)	60 dias	Sex 01/01/16	Seg 29/02/16		[Barra curta em Jan 2016]														
27	2.1.2 Definir o layout do boletim	60 dias	Sex 01/01/16	Seg 29/02/16		[Barra curta em Jan 2016]														
28	2.1.3 Criar e divulgar do boletim, incluindo o novo site e portal do HU	671 dias	Ter 01/03/16	Dom 31/12/17		[Barra contínua de Mar 2016 a Dez 2017]														
29	2.2 Promover semestralmente um Fórum ampliado	671 dias	Ter 01/03/16	Dom 31/12/17		[Barra contínua de Mar 2016 a Dez 2017]														
30	2.2.1 Definir tema, público e programação	92 dias	Ter 01/03/16	Ter 31/05/16		[Barra curta de Mar a Mai 2016]														
31	2.2.2 Organizar e realizar o Fórum	579 dias	Qua 01/06/16	Dom 31/12/17		[Barra contínua de Jun 2016 a Dez 2017]														
32	2.2.3 Avaliar e divulgar os resultados do Fórum	518 dias	Seg 01/08/16	Dom 31/12/17		[Barra contínua de Ago 2016 a Dez 2017]														
33	2.3 Promover ações de marketing do HU-UFS	731 dias	Sex 01/01/16	Dom 31/12/17		[Barra contínua de Jan 2016 a Dez 2017]														
34	2.3.1 Definir e oferecer capacitações às Unidades Básicas de Saúde (UBS)	731 dias	Sex 01/01/16	Dom 31/12/17		[Barra contínua de Jan 2016 a Dez 2017]														
35	2.3.2 Criar e divulgar agenda positiva na mídia	731 dias	Sex 01/01/16	Dom 31/12/17		[Barra contínua de Jan 2016 a Dez 2017]														
36	2.3.3 Criar conteúdos e divulgar nas redes sociais	731 dias	Sex 01/01/16	Dom 31/12/17		[Barra contínua de Jan 2016 a Dez 2017]														
37	2.3.4 Utilizar a Rádio UFS para formação, orientação e informação a sociedade	731 dias	Sex 01/01/16	Dom 31/12/17		[Barra contínua de Jan 2016 a Dez 2017]														

	Nome da tarefa	Duração	Início	Término	Nov	1º trimestre			3º trimestre			1º trimestre			3º trimestre			
						Jan	Mar	Maio	Jul	Set	Nov	Jan	Mar	Maio	Jul	Set	Nov	
38	3.1 Elaborar, revisar e implantar os protocolos e processos assistenciais, de ensino e administrativos existentes na instituição	640 dias	Sex 01/04/16	Dom 31/12/17														
39	3.1.1 Nomear membros para o grupo de trabalho	30 dias	Sex 01/04/16	Sáb 30/04/16														
40	3.1.2 Definir metodologia e padrões dos protocolos e processos	61 dias	Sex 01/04/16	Ter 31/05/16														
41	3.1.3 Realizar mapeamento de todos os protocolos e processos necessários e existentes na instituição	365 dias	Dom 01/05/16	Dom 30/04/17														
42	3.1.4 Elaborar, avaliar e atualizar o conteúdo dos protocolos de acordo com as normas preconizadas e boas práticas	579 dias	Qua 01/06/16	Dom 31/12/17														
43	3.1.5 Validar e divulgar os protocolos e processos	579 dias	Qua 01/06/16	Dom 31/12/17														
44	3.1.6 Implantar os protocolos e processos	579 dias	Qua 01/06/16	Dom 31/12/17														

	Nome da tarefa	Duração	Início	Término	Nov	1º trimestre			3º trimestre			1º trimestre			3º trimestre			1º
						Jan	Mar	Maio	Jul	Set	Nov	Jan	Mar	Maio	Jul	Set	Nov	
45	4.1 Elaborar, revisar e implantar processos de aquisição de produtos e serviços	365 dias	Sex 01/04/16	Sex 31/03/17														
46	4.1.1 Nomear membros para o grupo de trabalho	30 dias	Sex 01/04/16	Sáb 30/04/16														
47	4.1.2 Mapear o fluxo atual do processo de aquisição de produtos e serviços padronizados e não padronizados	61 dias	Sex 01/04/16	Ter 31/05/16														
48	4.1.3 Classificar as unidades demandantes por tipo de aquisições de produtos e serviços	61 dias	Dom 01/05/16	Qui 30/06/16														
49	4.1.4 Estabelecer descrição técnica / requisitos / impeditivos para as solicitações considerando as padronizações definidas na instituição	92 dias	Sex 01/07/16	Sex 30/09/16														
50	4.1.5 Elaborar, avaliar e atualizar os modelos de solicitações e especificações para os diferentes tipos de compras, de acordo com as normas vigentes	92 dias	Sex 01/07/16	Sex 30/09/16														
51	4.1.6 Validar e implantar o processo de aquisições de produtos e serviços	182 dias	Sáb 01/10/16	Sex 31/03/17														
52	5.1 Otimizar o espaço físico, levando em consideração a contratualização, linhas de cuidado, ensino e pesquisa	671 dias	Ter 01/03/16	Dom 31/12/17														
53	5.1.1 Identificar as necessidades de criação, ampliação ou adequação do espaço, baseado no escopo do diagnóstico e na legislação vigente	92 dias	Ter 01/03/16	Ter 31/05/16														
54	5.1.2 Planejar e executar as adequações	579 dias	Qua 01/06/16	Dom 31/12/17														
55	5.1.3 Ativar consultórios itinerantes de oftalmologia e odontologia	671 dias	Ter 01/03/16	Dom 31/12/17														

Nome da tarefa	Duração	Início	Término	1º trimestre			3º trimestre			1º trimestre			3º trimestre							
				Nov	Jan	Mar	Maio	Jul	Set	Nov	Jan	Mar	Maio	Jul	Set	Nov				
56	6.1 Capacitar e sensibilizar as equipes para a gestão participativa	518 dias	Ter 01/03/16	Seg 31/07/17																
57	6.1.1 Definir metodologia de capacitação das equipes	61 dias	Ter 01/03/16	Sáb 30/04/16																
58	6.1.2 Identificar e priorizar as capacitações na assistência, administração e ensino e pesquisa	61 dias	Sex 01/04/16	Ter 31/05/16																
59	6.1.3 Definir e divulgar capacitações e cronogramas	457 dias	Dom 01/05/16	Seg 31/07/17																
60	6.1.4 Desenvolver sistema de informação para monitoramento e feedback da equipe	122 dias	Qua 01/06/16	Sex 30/09/16																
61	6.2 Implantar e manter um modelo de gestão participativa	731 dias	Sex 01/01/16	Dom 31/12/17																
62	6.2.1 Determinar o instrumento de Gestão Transparente e Participativa	91 dias	Sex 01/01/16	Qui 31/03/16																
63	6.2.2 Definir a metodologia, indicadores estratégicos/operacionais e coleta de dados dos planos de ação executados	153 dias	Sex 01/04/16	Qua 31/08/16																
64	6.2.3 Avaliar e divulgar os resultados	457 dias	Sáb 01/10/16	Dom 31/12/17																

Nome da tarefa	Duração	Início	Término	Nov	1º trimestre			3º trimestre			1º trimestre			3º trimestre					
					Jan	Mar	Maio	Jul	Set	Nov	Jan	Mar	Maio	Jul	Set	Nov			
65	6.3 Definir estratégias de Gestão do Risco e Planos de Contingenciamento	700 dias	Seg 01/02/16	Dom 31/12/17															
66	6.3.1 Identificar e classificar os riscos de atingimento de metas	61 dias	Qui 01/09/16	Seg 31/10/16															
67	6.3.2 Definir planos de contingenciamento	92 dias	Sáb 01/10/16	Sáb 31/12/16															
68	6.3.3 Simular cenários de ocorrência dos riscos (implantar planos de contingência)	121 dias	Seg 01/02/16	Ter 31/05/16															
69	6.3.4 Monitorar os riscos	578 dias	Qua 01/06/16	Sáb 30/12/17															
70	6.3.5 Monitorar execução dos planos de contingenciamento	578 dias	Qua 01/06/16	Sáb 30/12/17															
71	7.1 Monitorar as causas de produção negativa	731 dias	Sex 01/01/16	Dom 31/12/17															
72	7.1.1 Identificar as causas para o não cumprimento das metas	730 dias	Sex 01/01/16	Sáb 30/12/17															
73	7.1.2 Propor e implantar ações corretivas de curto a médio prazo	670 dias	Ter 01/03/16	Sáb 30/12/17															
74	7.2 Pactuar internamente o cumprimento das metas	731 dias	Sex 01/01/16	Dom 31/12/17															
75	7.2.1 Informar aos profissionais as metas individuais e produção	670 dias	Ter 01/03/16	Sáb 30/12/17															
76	7.2.2 Negociar ações para cumprimento das metas	608 dias	Seg 01/02/16	Sáb 30/09/17															
77	7.2.3 Monitorar as ações	699 dias	Seg 01/02/16	Sáb 30/12/17															

	Nome da tarefa	Duração	Início	Término	Nov	1º trimestre				3º trimestre			1º trimestre				3º trimestre			
						Jan	Mar	Maio	Jul	Set	Nov	Jan	Mar	Maio	Jul	Set	Nov			
78	7.3 Ampliar o uso de fontes alternativas de recursos	731 dias	Sex 01/01/16	Dom 31/12/17		[Barra contínua de Jan 2016 a Nov 2017]														
79	7.3.1 Manter interlocução regular com os parlamentares federais	731 dias	Sex 01/01/16	Dom 31/12/17		[Barra contínua de Jan 2016 a Nov 2017]														
80	7.3.2 Fortalecer a Sociedade de Amigos do HU (SOAHU)	731 dias	Sex 01/01/16	Dom 31/12/17		[Barra contínua de Jan 2016 a Nov 2017]														
81	7.3.3 Estabelecer parcerias com empresas para doação de bens	731 dias	Sex 01/01/16	Dom 31/12/17		[Barra contínua de Jan 2016 a Nov 2017]														
82	8.1 Desenvolver e monitorar as ações integradas de planejamento na organização	731 dias	Sex 01/01/16	Dom 31/12/17		[Barra contínua de Jan 2016 a Nov 2017]														
83	8.1.1 Nomear membros para o grupo de trabalho	31 dias	Sex 01/01/16	Dom 31/01/16		[Barra curta em Jan 2016]														
84	8.1.2 Monitorar a execução do PDE 2016-2017	700 dias	Seg 01/02/16	Dom 31/12/17		[Barra longa de Feb 2016 a Nov 2017]														
85	8.1.3 Revisar e adequar o processo planejamento	181 dias	Dom 01/01/17	Sex 30/06/17		[Barra curta de Jan 2017 a Jun 2017]														
86	8.1.4 Coordenar as ações de planejamento para o biênio de 2018-2019	184 dias	Sáb 01/07/17	Dom 31/12/17		[Barra curta de Jul 2017 a Nov 2017]														
87	9.1 Concluir a obra do Prédio do Anexo Hospitalar	305 dias	Sex 01/01/16	Seg 31/10/16		[Barra curta de Jan 2016 a Out 2016]														
88	9.1.1 Adequar os projetos básicos e executivos	91 dias	Sex 01/01/16	Qui 31/03/16		[Barra curta de Jan 2016 a Mar 2016]														
89	9.1.2 Licitar da obra e contratação da empresa	91 dias	Sex 01/04/16	Qui 30/06/16		[Barra curta de Apr 2016 a Jun 2016]														
90	9.1.3 Executar a obra	123 dias	Sex 01/07/16	Seg 31/10/16		[Barra curta de Jul 2016 a Out 2016]														

Nome da tarefa	Duração	Início	Término	Nov	1º trimestre			3º trimestre			1º trimestre			3º trimestre			
					Jan	Mar	Maio	Jul	Set	Nov	Jan	Mar	Maio	Jul	Set	Nov	
91	9.2 Concluir a obra do Prédio da Maternidade	579 dias	Ter 01/03/16	Sáb 30/09/17		[Barra de Gantt]											
92	9.2.1 Adequar os projetos básicos e executivos	92 dias	Ter 01/03/16	Ter 31/05/16		[Barra de Gantt]											
93	9.2.2.Licitar da obra e contratação da empresa	92 dias	Qua 01/06/16	Qua 31/08/16		[Barra de Gantt]											
94	9.2.3 Executar a obra	365 dias	Qui 01/09/16	Qui 31/08/17		[Barra de Gantt]											
95	9.3 Construir a subestação	609 dias	Sex 01/01/16	Qui 31/08/17		[Barra de Gantt]											
96	9.3.1 Elaborar os projetos elétrico, civil e arquitetônico	91 dias	Sex 01/01/16	Qui 31/03/16		[Barra de Gantt]											
97	9.3.2 Licitar da obra e contratação da empresa	91 dias	Sex 01/04/16	Qui 30/06/16		[Barra de Gantt]											
98	9.3.3 Executar a obra	92 dias	Sex 01/07/16	Sex 30/09/16		[Barra de Gantt]											
99	9.4 Ampliar a Farmácia	365 dias	Dom 01/05/16	Dom 30/04/17		[Barra de Gantt]											
100	9.4.1 Elaborar os projetos elétrico, civil, hidráulico, TI e arquitetônico	61 dias	Dom 01/05/16	Qui 30/06/16		[Barra de Gantt]											
101	9.4.2 Licitar da obra e contratação da empresa	123 dias	Sex 01/07/16	Seg 31/10/16		[Barra de Gantt]											
102	9.4.3 Executar a obra	181 dias	Ter 01/11/16	Dom 30/04/17		[Barra de Gantt]											

Nome da tarefa	Duração	Início	Término	Nov	1º trimestre			3º trimestre			1º trimestre			3º trimestre		
					Jan	Mar	Maio	Jul	Set	Nov	Jan	Mar	Maio	Jul	Set	Nov
103 9.5 Ampliar a Infraestrutura de Redes/Telecomunicações	365 dias	Dom 01/05/16	Dom 30/04/17													
104 9.5.1 Elaborar os projetos de redes/telecomunicações, elétrico, civil e arquitetônico	61 dias	Dom 01/05/16	Qui 30/06/16													
105 9.5.2 Licitar da obra e contratação da empresa	123 dias	Sex 01/07/16	Seg 31/10/16													
106 9.5.3 Executar a obra	181 dias	Ter 01/11/16	Dom 30/04/17													
107 9.6 Ampliar o Prédio da Biomédica	425 dias	Qua 01/06/16	Dom 30/07/17													
108 9.6.1 Elaborar os projetos elétrico, civil, hidráulico, TI e arquitetônico	61 dias	Qua 01/06/16	Dom 31/07/16													
109 9.6.2 Licitar da obra e contratação da empresa	122 dias	Seg 01/08/16	Qua 30/11/16													
110 9.6.3 Executar a obra	182 dias	Qui 01/12/16	Qua 31/05/17													
111 9.7 Implantar a Acessibilidade	518 dias	Seg 01/08/16	Dom 31/12/17													
112 9.7.1 Elaborar os projetos elétrico, civil, hidráulico, TI e arquitetônico	61 dias	Seg 01/08/16	Sex 30/09/16													
113 9.7.2 Licitar da obra e contratação da empresa	92 dias	Sáb 01/10/16	Sáb 31/12/16													
114 9.7.3 Executar a obra	365 dias	Dom 01/01/17	Dom 31/12/17													

	Nome da tarefa	Duração	Início	Término	Nov	1º trimestre			3º trimestre			1º trimestre			3º trimestre					
						Jan	Mar	Maio	Jul	Set	Nov	Jan	Mar	Maio	Jul	Set	Nov			
115	10.1 Criar e manter ambientes e ações para integração da assistência com ensino e pesquisa	731 dias	Sex 01/01/16	Dom 31/12/17		[Barra contínua de Jan 2016 a Nov 2017]														
116	10.1.1 Implantar Mestrado Profissional	731 dias	Sex 01/01/16	Dom 31/12/17		[Barra contínua de Jan 2016 a Nov 2017]														
117	10.1.2 Implantar ambiente de aprendizagem digital	549 dias	Sex 01/07/16	Dom 31/12/17					[Barra de Jul 2016 a Nov 2016]											
118	10.1.3 Implantar laboratórios de simulação realística	365 dias	Dom 01/01/17	Dom 31/12/17								[Barra de Jan 2017 a Nov 2017]								
119	10.1.4 Implantar ambiente para Pesquisa Clínica	214 dias	Qua 01/06/16	Sáb 31/12/16					[Barra de Jun 2016 a Set 2016]											
120	11.1 Estabelecer as linhas de pesquisas de interesse da organização hospitalar	61 dias	Sáb 01/10/16	Qua 30/11/16								[Barra de Set 2016]								
121	11.1.1 Definir as linhas de pesquisas prioritárias das organizações alinhadas com as linhas do SUS	31 dias	Sáb 01/10/16	Seg 31/10/16								[Barra de Out 2016]								
122	11.1.2 Estabelecer formas de reconhecimento das pessoas que se destacaram nas pesquisas institucionais	61 dias	Sáb 01/10/16	Qua 30/11/16								[Barra de Set 2016]								

7. Considerações Finais

Todas as ações planejadas refletem o desejo da organização em buscar meios para concretização da viabilidade de execução deste PDE. Algumas considerações devem ser reportadas do ponto de vista do plano de gestão e monitoramento, para que o desenvolvimento das ações a serem implantadas consigam responder as necessidades da rede de atenção à saúde e à inserção do hospital no contexto político e social.

A efetivação das obras de infraestrutura física aliadas à liberação do financiamento são essenciais para a efetivação e resolutividade das ações programadas.

Outro aspecto relevante é sobre os recursos humanos, pois a contratação dos novos concursados é de fundamental importância para o funcionamento do hospital quando as obras forem concluídas.

Na visão de uma gestão participativa, a implementação do planejamento estratégico associado ao rigoroso monitoramento de execução em seu processo dinâmico resultará no fortalecimento e credibilidade da organização, que refletirá em na realidade desejada nomeada em seus objetivos, promovendo as intervenções quando necessárias, com suas adequações para o cumprimento pleno das propostas aqui apresentadas.

O resultado será uma organização com fluxos desenhados e implementados, com gerenciamento alinhado em estratégias de integração da assistência com o ensino e a pesquisa, inserida na RAS, focada no usuário, com otimização de recursos e preparada para oferecer a sociedade um produto eficaz e eficiente.

8. Referências

ALBUQUERQUE, V.S. *et al.* A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 356 – 362, 2008.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Lígia. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica**, Washington , v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Nov. 2015.

ARACAJU. PLANO DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO URBANO DE ARACAJU-DIAGNÓSTICO MUNICIPAL. Disponível em: <http://aracaju.se.gov.br/userfiles/plano-diretor-vpreliminar-jul2015/CAPITULO-VI-INFRAESTRUTURA.pdf>>. Acesso em: 12/11/2015.

BARROSO, Luis Barroso. Judicialização, ativismo social e legitimidade democrática. Disponível em: http://www.direitofranca.br/direitonovo/FKCEimagens/file/ArtigoBarroso_para_Selecao.pdf. Acesso em 22/11/2015.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde - Unidades do Ministério, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/unidades-do-ministerio>>. Acesso em: 27/09/2015.

_____. SISTEMA DE CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – SCNES. Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>>. Acesso em 20/08/2015.

CECÍLIO, L.C.O. E MERHY, E.E.; "A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar", Campinas (SP), 2003. (mimeo).

CFM-CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. População X Médicos. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/include/biblioteca_virtual/abertura_escolas_medicina/007.htm>. Acesso em 12/09/2015.

CFM-CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Estatística. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/?option=com_estatistica>. Acesso em 20/09/2015.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. A avaliação na área de saúde. Hartz ZMda, organizadora. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 29-48, 1997.

CTPS – Contrato de prestação de serviço em Saúde. Descritivo Contratual. Secretaria Municipal de Saúde e EBSEH. 238/2014.

DA SILVA CARVALHO, Renata Alves *et al.* Desigualdades em saúde: condições de vida e mortalidade infantil em região do nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 1-9, 2015.

DIAS, H.S; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M.. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.6, p.1613-1624, 2013.

EBSEH HU-UFS. Presidente da EBSEH fala sobre obras no HU. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufs/noticias/-/asset_publisher/GGPOGcvnnoeY/content/presidente-da-ebserh-fala-sobre-obras-no-hu?_101_INSTANCE_GGPOGcvnnoeY_redirect=%2Fweb%2Fhu-ufs%2Fnoticias>. Acesso em 21/11/2015.

ELLERY, A.E. LIMA; BOSI, M.L. M.; LOIOLA, F.A.. Integração Ensino, Pesquisa e Serviços em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saúde e Sociedade**, v.22, n.1, p.187 - 198, 2013.

ENSAIOS Musicais do Estado de Sergipe. Regiões de Sergipe. Disponível em <<http://ensaioscbsergipe.blogspot.com.br/2015/05/regioes-de-sergipe.html>>. Acesso em 17/07/2015.

FORTUNA, C.M.; *et al.* A pesquisa e a articulação ensino-serviço na consolidação do Sistema Único de Saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.45, n.2, p. 1696 - 1700, 2011.

FRANCO, T.B; MAGALHÃES Jr., H. A Integralidade e as Linhas de Cuidado; in Merhy, E.E. et al, O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. Hucitec, São Paulo, 2003.

GONÇALO, C.R; BORGES, M.L. Organizações de Saúde Intensivas em Conhecimento: um estudo no contexto de serviços de alta complexidade. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.19, n.2, p. 449-461, 2010.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTÁTISTICA. Produto Interno Bruto dos Municípios 2012. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Pib_Municipios/2012/pibmunic2012.pdf>. Acesso em 19/09/2015.

____ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTÁTISTICA. Contagem da População 2014. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=280030&search=sergipe|aracaju|nfograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em 17/07/2015.

____ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTÁTISTICA. Síntese do Estado de Sergipe em 2015. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=se>>. Acesso em: 24/07/2015.

____ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTÁTISTICA. Indicadores de Desenvolvimento Sustentável – Brasil 2015. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94254.pdf>>. Acesso em: 16/09/2015.

IEP – INSTITUTO SÍRIO LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA. Relatório final da análise situacional de 15 HUFs – Levantamento preliminar de macroproblemas dos HUFs. São Paulo, 2015.

JÚNIOR, GDG; VIEIRA, MMF. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 325-34, 2002. Disponível em <<http://www.scielo.org/>>. Acesso em 19/11/2015.

MATUS, C. Política, Planejamento e Governo, Tomo I e II, IPEA, Brasília, 1993.

_____. Guia de Análises Teórico. Curso de Governo e Planificação. Caracas: Fundación Altadir, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Tabwin 2014. Acesso: 20/08/2015.

PNUD- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Ranking IDHM Municípios 2010. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx>. Acesso em: 17/07/2015.

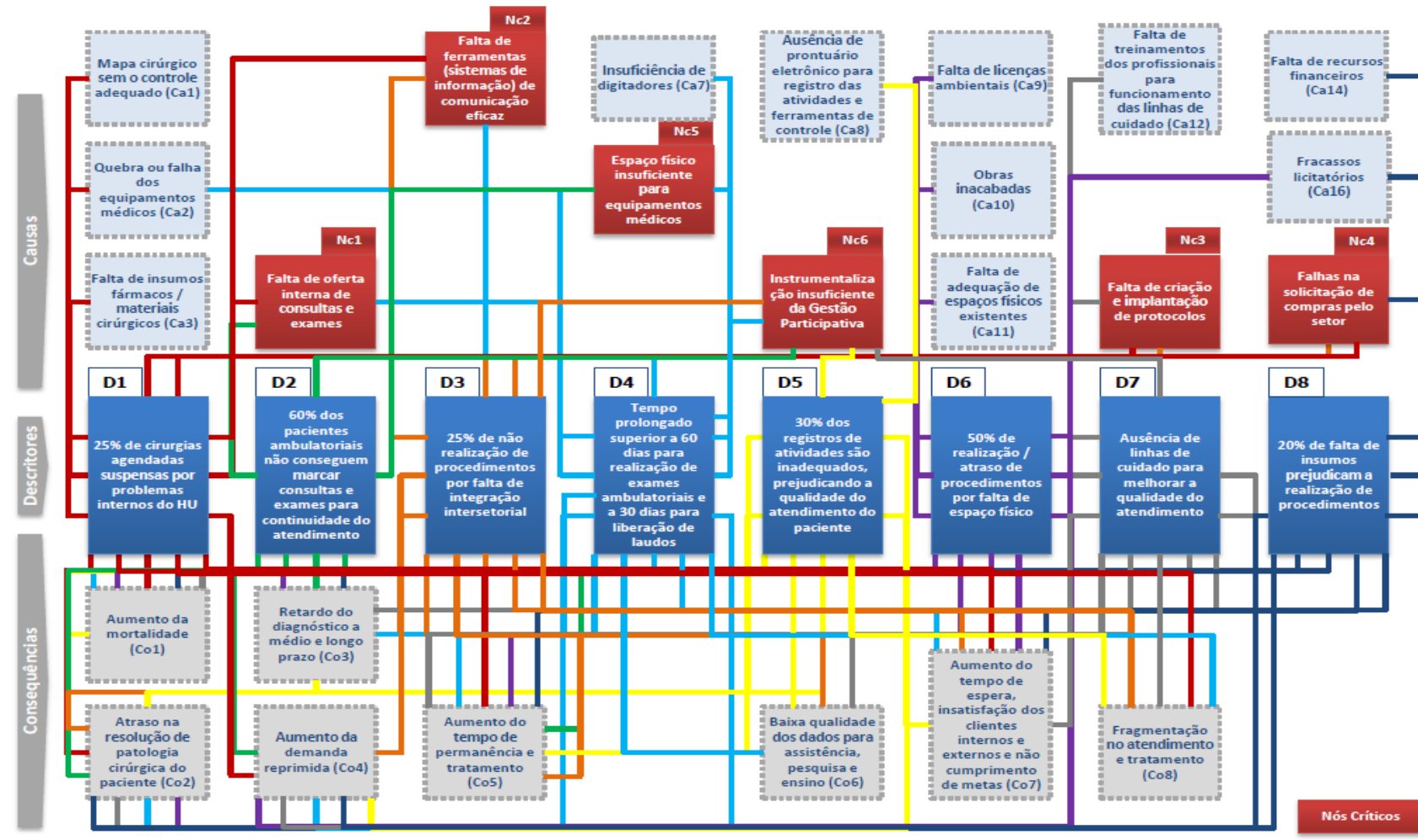
PNUD- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Ranking IDH Global 2013. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDH-Global-2013.aspx>

SERGIPE. SECRETARIA DO ESTADO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO – SEPLAG. Indicadores de Desenvolvimento Sergipano- Dimensões Demografia e Saúde 2015. Disponível em: http://www.seplag.se.gov.br/attachments/article/3069/IDS_2015%20Demografia%20Sa%C3%BAde%2017.08.2015.pdf. Acesso em: 16/09/2015.

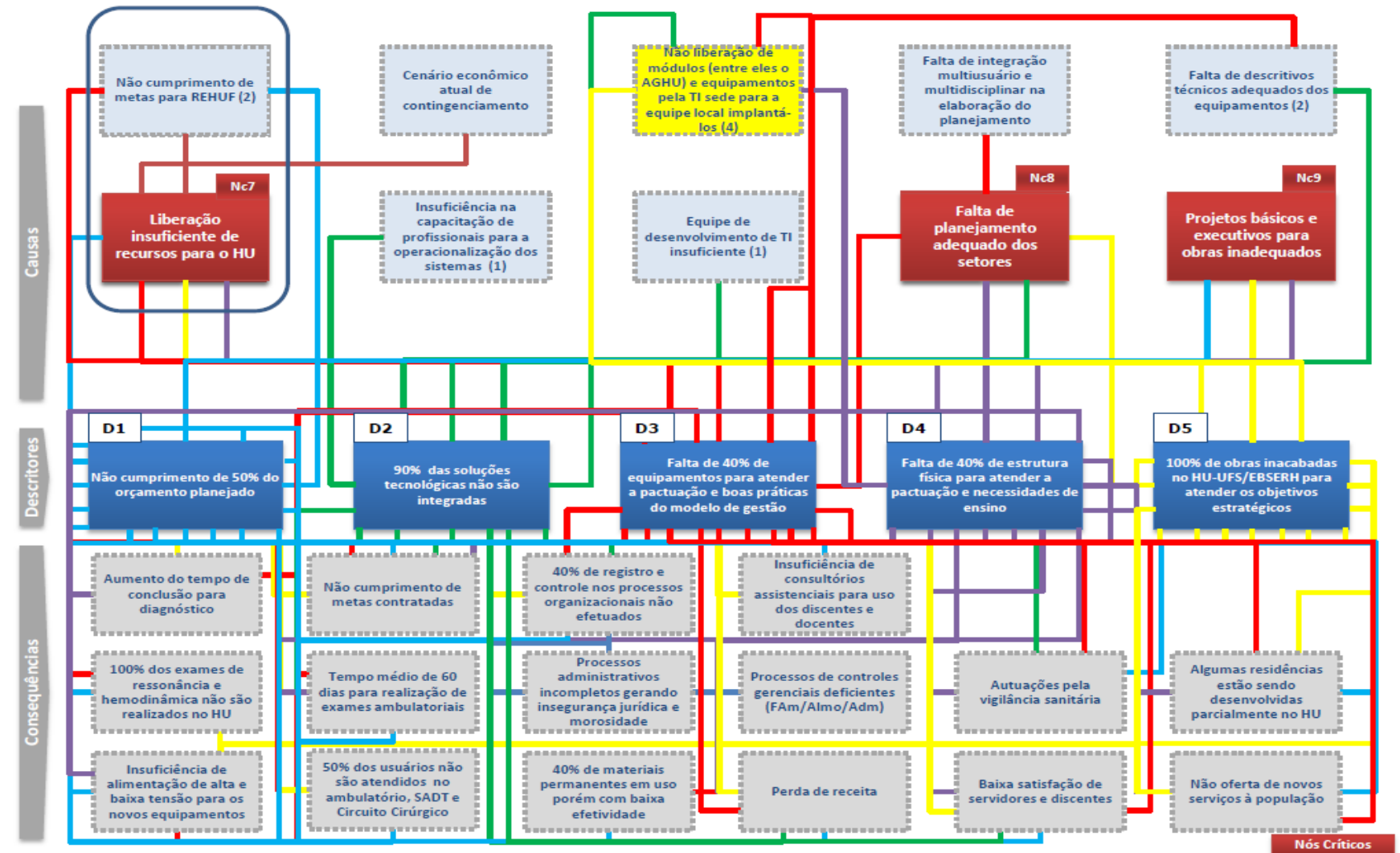
VECINA Neto, Gonzalo. Barbosa, Pedro Ribeiro. Estruturas jurídico-institucionais e modelo de gestão para hospitais e outros serviços de saúde. In Vecina Neto G, Malik AM. GESTÃO EM SAÚDE. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. 400p.

APÊNDICE A – Árvores Explicativas

MACRO-PROBLEMA 1 - Baixa resolutividade da assistência no HU



MACRO-PROBLEMA 2 – Infraestrutura, tecnologia e recursos financeiros insuficientes



MACRO-PROBLEMA 3 – Pouca integração ensino e pesquisa relacionada à assistência

