



*“Em busca da sustentabilidade e  
qualidade dos serviços prestados no Nordeste”*

**PLANO DIRETOR  
ESTRATÉGICO 2017 – 2018**

---

**DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO VALE DO SÃO FRANCISCO**

---

**São Paulo – SP**

**- 2016 -**



Adriana Soares De Lima Leandro

Afonso Marques de Sousa

Carlos Henrique Silva Melo

Danielle Coutinho de Souza Lins Machado

Luiz Otávio Nogueira da Silva

Paulo Fernandes Saad

Ricardo Santana de Lima

Ronald Juenyr Mendes

Roberto Rivellino Almeida de Miranda

Thiago Magalhães Amaral

## **Plano Diretor Estratégico do Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco para 2017 - 2018**

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

**São Paulo – SP**

**2016**



### 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.

Adriana Soares De Lima Leandro; Afonso Marques de Sousa; Carlos Henrique Silva Melo; Danielle Coutinho de Souza Lins Machado; Luiz Otávio Nogueira da Silva; Paulo Fernandes Saad; Ricardo Santana de Lima; Ronald Juenyr Mendes; Roberto Rivellino Almeida de Miranda; Thiago Magalhães Amaral

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



*“Dedicamos este trabalho a toda a população do Vale do São Francisco para quem trabalhamos todos os dias para servir.”*

## **Agradecimentos**

Ao Ministério da Saúde, Ministério da Educação e à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares por investirem na profissionalização e qualificação da gestão dos hospitais universitários federais;

À Universidade Federal do Vale do São Francisco pelo incentivo à modernização de seu hospital universitário e por acreditar na atual gestão;

Ao Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco por assumir o compromisso com as propostas inseridas neste plano através da gestão participativa;

Ao Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa pela capacitação dos gestores hospitalares e por nos fornecer um curso de qualidade, além de todas as consultorias para a construção desse PDE.

Aos coordenadores e facilitadores do curso de Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS por desenvolver um pensamento construtivista crítico e estimular o aprendizado baseado no autoconhecimento institucional;

Aos facilitadores Prof. José Lúcio, Ana Carolina Vieira Sandrini e Naiade Festa Freitas pela dedicação, paciência e incentivo na construção deste trabalho norteador.

A todos os funcionários do HU-UNIVASF que participaram das reuniões da equipe ampliada e daqueles que mesmo indiretamente contribuíram para a elaboração deste Plano Diretor Estratégico.

## Resumo

O Plano Diretor Estratégico (PDE) 2017-2018 do Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco (HU-UNIVASF) é fruto de um árduo trabalho realizado em 2016 e tem como objetivo planejar ações estratégicas para tornar o HU-UNIVASF um hospital de excelência na integração entre ensino, pesquisa e assistência no Vale do São Francisco. O Hospital Universitário de Petrolina foi inaugurado em 04 de setembro de 2008, como Hospital de Urgências e Traumas Doutor Washington Antônio de Barros (HUT) e foi administrado, até 31 de julho de 2013, pela Prefeitura Municipal de Petrolina; quando, por meio do Decreto Municipal nº. 41, de 23 de abril de 2013, foi doado à Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), passando a ser denominado Hospital de Ensino do Vale do São Francisco Doutor Washington Antônio de Barros/ HU-UNIVASF. É a unidade de referência para os 53 municípios da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Médio do Vale do São Francisco - Pernambuco-Bahia, formada por seis microrregionais de saúde, cuja população é de, aproximadamente, 2.068.000 habitantes. O HU-UNIVASF assinou a sua contratualização para assumir a gestão plena no dia 31 de agosto de 2016 e tem como um dos principais e atuais desafios preencher na totalidade o quadro pleno de funcionários para a realização de serviços hospitalares de qualidade. A atual demanda de pacientes e a falência da Rede de Atenção à Saúde PEBA têm gerado uma superlotação hospitalar e estas são algumas das justificativas para a elaboração das ações estratégicas que foram condensadas neste documento. Este Plano Diretor Estratégico apresenta as ações estratégicas para o biênio 2017-2018 e que servirão de base para a condução das atividades do HU-UNIVASF que tem como missão prestar serviços de excelência em atenção à saúde, ensino, pesquisa, inovação e extensão no Vale do São Francisco. Espera-se que através deste documento o HU-UNIVASF consiga chegar a sua visão de ser um hospital reconhecido pela sustentabilidade e qualidade dos serviços prestados no Nordeste.

**Palavras-Chave:** Planejamento Diretor Estratégico; Hospital Universitário Federal; Assistência à Saúde. Ensino e Pesquisa. Gestão Hospitalar.

# Sumário

<b>1.</b>	<b>Contextualização do Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco (HU-UNIVASF)</b> .....	<b>1</b>
1.1.	Informações gerais .....	1
1.2.	Perfil Assistencial .....	3
1.2.1.	Regionalização do Vale do Médio São Francisco.....	3
1.2.2.	Caracterização do Hospital Universitário da UNIVASF.....	4
1.3.	Dados de indicadores de 2016.....	18
1.3.1.	Total de Atendimentos .....	18
1.3.2.	Taxa de Ocupação .....	19
1.3.3.	Total de Cirurgias Realizadas .....	20
1.3.4.	Quantidade de exames realizados por mês .....	21
1.3.5.	Tempo de Permanência .....	21
1.3.5.	Tipos de Acidentes Terrestres que chegam ao HU-UNIVASF.....	22
1.4.	Perfil de Ensino e Pesquisa .....	23
1.4.1.	Indicadores de Ensino e Pesquisa.....	23
1.5.	Estrutura Organizacional.....	29
1.6.	Inserção na Rede de Atenção à Saúde .....	36
1.7.	Contexto do Cenário Atual.....	39
<b>2.</b>	<b>Objeto e objetivos</b> .....	<b>42</b>
2.1.	Objeto.....	42
2.2.	Objetivo Geral e Específicos.....	42
2.2.1.	Objetivo Geral .....	42
2.2.2.	Objetivos Específicos .....	42
<b>3.</b>	<b>Percurso Metodológico</b> .....	<b>44</b>
3.1.	Percurso de desenvolvimento do PDE .....	44
3.2.	Etapas da construção do PDE .....	46
3.4.	Metodologia de ensino aprendizagem.....	47
3.5.	Aplicações das Ferramentas no HU-UNIVASF.....	50
3.5.1.	Diagnóstico Situacional do Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco – HU-UNIVASF .....	50
3.5.2.	Seleção e descrição dos Macroproblemas.....	68
3.5.3.	Criação do Plano de Ação com base no 5W2H .....	76
<b>4.</b>	<b>Fundamentação Teórica</b> .....	<b>77</b>
4.1.	Bases Teóricas.....	77
4.1.1.	Macroproblema 1: Modelo de gestão do cuidado e da assistência ineficiente e não centrado no paciente .....	77
4.1.2.	Macroproblema 2: Inadequação da inserção do HU na Política da Rede Assistencial .....	80
4.1.3.	Macroproblema 3: Falta de Gestão Compartilhada aliada à falta de Comunicação interna e externa. ....	83
<b>5.</b>	<b>Proposta de Intervenção</b> .....	<b>88</b>
<b>6.</b>	<b>Análise Orçamentária</b> .....	<b>119</b>
<b>7.</b>	<b>Análise de Viabilidade</b> .....	<b>126</b>
<b>8.</b>	<b>Gestão do Plano, Metas e Indicadores de Monitoramento</b> .....	<b>130</b>
<b>9.</b>	<b>Considerações Finais</b> .....	<b>151</b>
	<b>Referências Bibliográficas</b> .....	<b>152</b>

## Lista de Figuras

Figura 1: Total de atendimentos em 2016.....	18
Figura 2: Comparativo entre o número de atendimentos entre 2015 e 2016.....	18
Figura 3: Taxa de ocupação em 2016.....	20
Figura 4: Taxa de ocupação em 2015 e 2016.....	20
Figura 5: Número de alunos em atividades práticas no hospital.....	24
Figura 6: Antiga estrutura organizacional do HU-UNIVASF à época chamado de Hospital de urgências e Traumas. Gestão ISGH. ....	31
Figura 7: Estrutura da Governança ligadas à Superintendência.....	32
Figura 8: Estrutura organizacional da Gerência de Atenção à Saúde. ....	33
Figura 9: Estrutura Organizacional da Gerência de Ensino e Pesquisa.....	34
Figura 10: Estrutura organizacional da Gerência Administrativa.....	35
Figura 11: Etapas para a construção do Plano Diretor Estratégico. ....	46
Figura 12: Agenda do primeiro módulo no HU-UNIVASF.....	50
Figura 13: Agenda até abril de 2016. ....	51
Figura 14: Metodologia para a construção do Modelo de Referência.....	55
Figura 15: Aderência do HU-UNIVASF por modelo de referência.....	56
Figura 16: Modelo de Matriz SWOT.....	59
Figura 17: Matriz SWOT cruzada.....	61
Figura 18: Oficina de análise de Matriz SWOT do HU-UNIVASF.....	63
Figura 19: ADERÊNCIA DO HU-UNIVASF POR TEMA DA LISTA DE GAPS NORMATIVOS. ....	64
Figura 20: Análise global de aderência do HU-UNIVASF ao Cenário Base e Cenário Evolução.....	67
Figura 21: ÁRVORE EXPLICATIVA DO MACROPROBLEMA 1 DO HU-UNIVASF - MODELO DE GESTÃO DO CUIDADO E DA ASSISTÊNCIA INEFICIENTE E NÃO CENTRADO NO PACIENTE. ....	72
Figura 22: ÁRVORE EXPLICATIVA DO MACROPROBLEMA2 DO HU-UNIVASF - INADEQUAÇÃO DA INSERÇÃO DO HU NA POLÍTICA DE REDE ASSISTENCIAL.....	73
Figura 23: ÁRVORE EXPLICATIVA DO MACROPROBLEMA3 DO HU-UNIVASF -FALTA DE GESTÃO COMPARTILHADA ALIADA À FALTA DE COMUNICAÇÃO INTERNA E EXTERNA. ....	74
Figura 24: Reunião da equipe ampliada do HU-UNIVASF no dia 08/09/2016.....	85
Figura 25: Fechamento do Plano de Ações juntamente com nossos facilitadores em 13/09/2016. ....	85
Figura 26: Matriz de análise das estratégias de viabilidade.....	129
Figura 27: Funcionamento do software Geplanes.....	130
Figura 28: Metodologia para o Monitoramento do PDE no HU-UNIVASF.....	131
Figura 29: Cronograma de implementação das ações estratégicas para o biênio 2017-2018. ....	144
Figura 30: Ordem de Precedência das ações do Plano de Ações.....	150

## Lista de Quadros e Tabelas

Tabela 1: Número de Leitos - Hospital Universitário Petrolina.....	4
Tabela 2: Habilitações Hospital Universitário de Petrolina. ....	5
Tabela 3: Serviços e Classificação do HU-UNIVASF.....	6
Tabela 4: Produção Ambulatorial do SUS – Por Local de Atendimento: Pernambuco. ....	8
Tabela 5: Produção Ambulatorial do SUS – Por Local de Atendimento: Bahia.....	8
Tabela 6: Produção Ambulatorial do SUS - Por Local de Atendimento: HU-UNIVASF. ....	9
Tabela 7: Internações hospitalares do SUS - Por Local de Internação: Estado Pernambuco.....	9
Tabela 8: Internações hospitalares do SUS - Por Local de Internação. Internação por especialidade e Ano de produção. Estado: Bahia. ....	10
Tabela 9: Internações hospitalares do SUS - Por Local de Internação. Internação por especialidade e Ano de produção. Hospital Universitário de Petrolina.....	10
Tabela 10: AIH aprovadas por Capítulo CID-10 e Ano processamento. País: Brasil.....	11
Tabela 11: AIH aprovadas por Capítulo CID-10 e Ano processamento. Estado : Pernambuco. ....	12
Tabela 12: AIH aprovadas por Capítulo CID-10 e Ano processamento. Estado: Bahia.....	13
Tabela 13: AIH aprovadas por Capítulo CID-10 e Ano processamento. Município: Petrolina. ....	14
Tabela 14: AIH aprovadas por Capítulo CID-10 e Ano processamento. Hospital Universitário de Petrolina. ....	15
Tabela 15: Média permanência por Complexidade e Ano processamento. AIH aprovadas por Capítulo CID-10 e Ano processamento em Pernambuco .....	16
Tabela 16: Média permanência por Complexidade e Ano processamento. AIH aprovadas por Capítulo CID-10 e Ano processamento na Bahia. ....	16
Tabela 17: Média permanência por Complexidade e Ano processamento. AIH aprovadas por Capítulo CID-10 e Ano processamento em Petrolina. ....	16
Tabela 18: Internações hospitalares do SUS - Por Local de Internação. Internação por especialidade - AIH aprovadas. Hospital Universitário de Petrolina - 2016.....	17
Tabela 19: Total de cirurgias realizadas por mês em 2016. ....	21
Tabela 20: Natureza das cirurgias. ....	21
Tabela 21: Quantidade de exames realizados por mês.....	21
Tabela 22: Tempo de Permanência em 2016. ....	21
Tabela 23: Tempo de Permanência por Especialidade em 2016.....	22
Tabela 24: Tempo de Permanência por Clínica. ....	22
Tabela 25: Quantidade de acidentes terrestres em 2016 por meio de locomoção. ....	22
Tabela 26: Natureza do acidente causado por motoCICLETA.....	22
Tabela 27: Quantitativo das vagas para residência médica no HU-UNIVASF.....	24
Tabela 28: Quantitativo das residências multiprofissionais no HU-UNIVASF.....	24
Tabela 29: Projetos de extensão aprovados em 2016 no HU-UNIVASF. ....	25
Tabela 30: Características dos atendimentos da DLIH. ....	28
Tabela 31: Quantitativo de cargos e funções ocupadas no HU-UNIVASF em 2016.....	30
Tabela 32: Leitos de Retaguarda na Rede PEBA.....	38
Tabela 33: Declaração preliminar dos macroproblemas do HU-UNIVASF.....	53
Tabela 34: Construção da Matriz Decisória para qualificação dos macroproblemas.....	69
Tabela 35: Priorização individual dos Macroproblemas. ....	69
Tabela 36: Matriz Decisória para qualificação dos Macroproblemas no HU-UNIVASF.....	70
Tabela 37: Priorização dos Macroproblemas do HU-UNIVASF.....	71
Tabela 38: Os três macroproblemas .....	88
Tabela 39: Os nós críticos .....	88

Tabela 40: Plano de ação para Criação de Protocolo de Fluxo de acesso das especialidades.....	89
Tabela 41: Plano de ações para Reestruturação física com vistas à centralização do acesso e à facilitação do fluxo.....	90
Tabela 42: Plano de Ação para Implantação de Comitê de Ética.....	91
Tabela 43: Plano de Ação para Operacionalização de todas as Comissões Obrigatórias. ....	91
Tabela 44: Plano de ação para Institucionalização de equipe multiprofissional de retaguarda horizontal efetiva e resolutive. ....	92
Tabela 45: Plano de Ação para Redefinição dos fluxos de processos do Centro Cirúrgico.....	93
Tabela 46: Plano de Ação para o Estabelecimento de um Contrato Interno de Gestão. ....	95
Tabela 47: Plano de Ação para o Reestabelecimento do programa de residência de Ortopedia.....	96
Tabela 48: Plano de Ação para o Estabelecimento das Linhas de Cuidado prioritárias junto com a rede PEBA.....	97
Tabela 49: Plano de ação para o Estabelecimento dos Planos Terapêuticos singulares (PTS), estruturando o trabalho interdisciplinar com foco no usuário .....	99
Tabela 50: Plano de Ação para a adoção de dispositivos matriciais .....	100
Tabela 51: Plano de Ação para a Implementação do modelo de gestão por processos.....	101
Tabela 52: Plano de Ação para o Estabelecimento de todos os protocolos clínico-assistenciais.....	103
Tabela 53: Plano de Ação para a Implementação de um programa de gestão da qualidade .....	104
Tabela 54: Plano de Ação para a Gestão da Contratualização de forma contínua, em conjunto com o gestor local .....	106
Tabela 55: Plano de Ação para a Implementação do programa de economia da saúde .....	107
Tabela 56: Plano de Ação para a Definição do protocolo de Classificação de risco de Manchester, para ser implantado no serviço de acolhimento do HU-UNIVASF.....	108
Tabela 57: Plano de Ação para a Implementação de política de desenvolvimento tecnico multiprofissional das áreas assistenciais e administrativas e educação permanente para a RAS.....	109
Tabela 58: Plano de Ação para o aprimoramento dos processos regulatórios intra-hospitalares e de integração na RAS.....	111
Tabela 59: Plano de Ação para o Estabelecimento da integração entre os diversos setores que compõem o HU (Assistencial, administrativo e usuários) .....	113
Tabela 60: Plano de Ação para Institucionalização do Planejamento Estratégico com reuniões periódicas com todas as chefias trimestralmente. ....	114
Tabela 61: Plano de Ação para a Implantação do processo de gestão compartilhada.....	115
Tabela 62: Plano de Ação para a Elaboração e Implementação do Plano de Comunicação Institucional, que inclua a comunicação interna e externa. ....	117
Tabela 63: Planilha orçamentária.....	120
Tabela 64: Análise de Viabilidade .....	126
Tabela 65: Indicadores de Monitoramento.....	132
Tabela 66: Análise do Impacto para a ordem de precedência .....	145

# **1. Contextualização do Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco (HU-UNIVASF)**

---

## **1.1. Informações gerais**

O Hospital Universitário de Petrolina foi inaugurado em 04 de setembro de 2008, como Hospital de Urgências e Traumas Doutor Washington Antônio de Barros (HUT) e foi administrado, até 31 de julho de 2013, pela Prefeitura Municipal de Petrolina; quando, por meio do Decreto Municipal nº. 41, de 23 de abril de 2013, foi doado à Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), passando a ser denominado Hospital de Ensino do Vale do São Francisco Doutor Washington Antônio de Barros/ HU-UNIVASF. Como a UNIVASF não possui instrumentos legais para gerir um hospital, assinou convênio de parceria com uma organização social que o administrou entre agosto de 2013 e janeiro de 2015. No dia 01/02/2015, o HU-UNIVASF passou a ser conduzido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). O HU-UNIVASF é a unidade pública de referência para 53 municípios da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Médio do Vale do São Francisco – Rede PEBA, formada por seis microrregionais de saúde, cuja população é de, aproximadamente, 2.068.000 habitantes. Possui vocação para atenção às urgências e emergências que incluem politraumatismo, neurologia e neurocirurgia (alta complexidade), traumatologia (alta complexidade), cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia bucomaxilofacial e clínica médica.

O desenvolvimento econômico dos municípios que compõem a Região Interestadual de Atenção à Saúde do Médio do Vale do São Francisco levou a um crescente número de pacientes atendidos nas emergências, portadores de lesões traumatológicas em decorrência de acidentes de transporte terrestre, principalmente de acidentes de motos. Este crescimento tem contribuído com a superlotação das unidades e pela demanda crescente por procedimentos cirúrgicos traumatológicos para o tratamento das lesões neurológicas, vasculares e do sistema musculoesquelético resultantes destes acidentes, evidenciando a importância social do perfil do HU-UNIVASF.

Enquanto hospital universitário, o HU-UNIVASF dispõe de cenários de práticas imprescindíveis para diversos cursos de saúde (medicina, enfermagem, farmácia, psicologia, serviço social, nutrição, fisioterapia, técnico em enfermagem e técnico em radiologia) da

UNIVASF e de outras instituições de ensino públicas e privadas, no nível técnico, de graduação e pós-graduação. Em relação a pós-graduação, são ofertados os programas de residências médicas em anesthesiologia, cardiologia com ano adicional em ecocardiograma, cirurgia geral, cirurgia vascular com um ano adicional em angiorradiologia e cirurgia endovascular, clínica médica, medicina de família e comunidade e neurocirurgia, além do programa de residência profissional em área da saúde – enfermagem em urgência e dos programas de residência multiprofissional em intensivismo e saúde mental. Desta forma, o HU-UNIVASF é um hospital crucial para o atendimento assistencial, mas também contribui sobremaneira para a formação principalmente em saúde na região.

O prédio principal do HU-UNIVASF está localizado na Avenida José de Sá Maniçoba, s/nº, Centro, Petrolina, PE. O HU-UNIVASF integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e presta serviços 100% gratuitos à população do Vale do São Francisco. O HU-UNIVASF possui como missão, visão, valores e negócio as seguintes características definidas e atualizadas pela governança em 2016:

**Missão:**

Prestar serviços de excelência em atenção à saúde, ensino, pesquisa, inovação e extensão no Vale do São Francisco

**Visão:**

Ser um hospital reconhecido pela sustentabilidade e qualidade dos serviços prestados no Nordeste.

**Os valores do Hospital Universitário são pautados:**

1. Responsabilidade e respeito com as pessoas do Vale do São Francisco
2. Compromisso institucional com a EBSEH e UNIVASF
3. Trabalho com ética e transparência
4. Trabalho com foco em resultados
5. Satisfação dos cidadãos
6. Busca pela Qualidade Total
7. Valorização do conhecimento e das competências

**Negócio:**

Assistência à saúde no âmbito do SUS, com ênfase na prestação de serviços de urgência e emergência, formação de recursos humanos e produção de conhecimento na área da saúde.

## 1.2. Perfil Assistencial

Para se entender o perfil assistencial do HU-UNIVASF, faz-se necessário o entendimento da Regionalização do Vale do Médio do São Francisco.

### 1.2.1. Regionalização do Vale do Médio São Francisco

A Região do Vale do Médio São Francisco constitui-se, sob o ponto de vista de região de atenção à saúde, em uma macrorregião interestadual, compreendendo os estados da Bahia e Pernambuco. Composta por duas macrorregiões de saúde – Juazeiro e Petrolina, constituída por 53 municípios com aproximadamente 2.068.000 habitantes. Alguns municípios fazem parte do Programa Especial de Desenvolvimento do Pólo Petrolina/PE e Juazeiro/BA, compondo uma Rede Integrada de Desenvolvimento – RIDE. O Quadro 1 mostra a descrição da macrorregião de Juazeiro e Petrolina e os principais municípios integrantes.

QUADRO 1: MACRORREGIÃO DE JUAZEIRO E PETROLINA.

Macrorregião Juazeiro		Macrorregião Petrolina	
Microrregião	Municípios	Microrregião	Municípios
Juazeiro	Campo Alegre de Lourdes	Ouricuri	Arapipina
	Casa Nova		Bodocó
	Curaçá		Exu
	Juazeiro		Granito
	Pilão Arcado		Ipubi
	Remanso		Moreilândia
	Sento Sé		Ouricuri
	Sobradinho		Santa Cruz
	Uauá		Santa Filomena
Paulo Afonso	Abaré	Petrolina	Trindade
	Chorrochó		Afrânio
	Glória		Cabrobó
	Jeremoabo		Dormentes
	Macururê		Lagoa Grande
	Pedro Alexandre		Orocó
	Santa Brígida		Petrolina
	Paulo Afonso		Santa Maria da Boa Vista
	Rodelas		Carnaubeira da Penha
Senhor do Bonfim	Antônio Gonçalves	Salgueiro	Cedro
	Campo Formoso		Floresta
	Filadélfia		Itacuruba
	Itiúba		Mirandiba
	Jaguarari		Parnamirim
	Pindobaçu		Salgueiro
	Ponto Novo		Serrita
	Andorinha		Terra Nova
	Senhor do Bonfim		Verdejante
			Belém de São Francisco

Fonte: <http://www.saudeinterestadual.org.br/amacrorregiao.aspx>, acesso em 28/04/2015.

## 1.2.2. Caracterização do Hospital Universitário da UNIVASF

Nas próximas seções, serão exibidos a estrutura de leitos, habilitações, serviços oferecidos e respectivas classificações. Por último, serão exibidos a produção assistencial e média de permanência hospitalar.

### 1.2.2.1. Estrutura de Leitos

O HU-UNIVASF apresenta, atualmente, 148 (cento e quarenta e oito) leitos ativos, sendo 111 leitos gerais e 19 leitos complementares de UTI II adulto, além de 13 leitos (12 + 1 isolamento) de observação na sala verde e 5 leitos de retaguarda na sala amarela. Entretanto, o cadastro no CNES apresenta a distribuição de leitos conforme mostra a Tabela 1.

TABELA 1: NÚMERO DE LEITOS - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PETROLINA.

Especialidade cirúrgica		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
<b>NEFROLOGIAUROLOGIA</b>	2	2
<b>ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA</b>	37	37

<b>BUCO MAXILO FACIAL</b>	4	4
<b>OTORRINOLARINGOLOGIA</b>	2	2
<b>NEUROCIRURGIA</b>	12	12
<b>CIRURGIA GERAL</b>	15	15
<b>PLASTICA</b>	2	2
	74	74
Especialidade clínico		
Descrição	<b>Leitos Existentes</b>	<b>Leitos SUS</b>
<b>AIDS</b>	2	2
<b>NEUROLOGIA</b>	8	8
<b>CLINICA GERAL</b>	23	23
<b>CARDIOLOGIA</b>	4	4
	37	37
Complementar		
Descrição	<b>Leitos Existentes</b>	<b>Leitos SUS</b>
<b>UTI ADULTO - TIPO II</b>	21	21
<b>Total geral menos complementares</b>	111	111

### 1.2.2.2. Habilitações

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o Hospital Universitário de Petrolina possui as seguintes habilitações (Tabela 2):

TABELA 2: HABILITAÇÕES HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PETROLINA.

Habilitações	
6042414 - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PETROLINA	
Código	Descrição
1601	UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROLOGIA/NEUROCIRURGIA
2501	UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA
2601	UTI II ADULTO

Fonte: CNES/DATASUS/MS. Acesso em 13.04.2016.

### 1.2.2.3. Serviços e Classificações

O HU-UNIVASF possui os seguintes tipos de serviços e respectivas classificações (Tabela 3):

TABELA 3: SERVIÇOS E CLASSIFICAÇÃO DO HU-UNIVASF.

<b>código:</b>	<b>Serviço:</b>	<b>Classificação:</b>
149 - 015	TRANSPLANTE	ACOES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON
126 - 002	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES ONCOLOGICAS
126 - 003	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM
126 - 006	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM QUEIMADOS
126 - 007	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET
135 - 012	SERVICO DE REABILITACAO	ATENCAO A SAUDE DAS PESSOAS OSTOMIZADAS I
135 - 013	SERVICO DE REABILITACAO	ATENCAO A SAUDE DAS PESSOAS OSTOMIZADAS
105 - 002	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	COLUNA E NERVOS PERIFERICOS
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA
142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO
142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA

145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLÓGICOS
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLÓGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL
105 - 001	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	NEUROCIRURGIA DO TRAUMA E ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO
128 - 003	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA
140 - 016	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO TRAUMATO ORTOPEDICO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA
135 - 005	SERVICO DE REABILITACAO	REABILITACAO AUDITIVA
135 - 003	SERVICO DE REABILITACAO	REABILITACAO FISICA
135 - 004	SERVICO DE REABILITACAO	REABILITACAO VISUALMENTALMULTIPLAS DEFICIENCIAS
121 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RESSONANCIA MAGNETICA
121 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RESSONANCIA MAGNETICA
155 - 001	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
155 - 003	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DE URGENCIA
155 - 002	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA PEDIATRICA(ATE 21 ANOS)
115 - 003	SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	SERVICO HOSPITALAR PARA ATENCAO A SAUDE MENTAL
121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
131 - 003	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CIRURGICO DO APARELHO DA VISAO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA

#### 1.2.2.4. Produção Assistencial na Rede PEBA

A produção assistencial dos estados de Pernambuco e Bahia e do HU-UNIVASF é descrita conforme mostram as Tabelas 4 a 18.

TABELA 4: PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SUS – POR LOCAL DE ATENDIMENTO: PERNAMBUCO.

Quantidade aprovada por grupo de procedimento e Ano de processamento						
Estado : Pernambuco						
Grupo procedimento	2012	2013	2014	2015	2016	Total
<b>01 Ações de promoção e prevenção em saúde</b>	28255709	27523837	30832208	32798808	11022422	130432984
<b>02 Procedimentos com finalidade diagnóstica</b>	31640313	32925024	36683533	38210504	17922306	157381680
<b>03 Procedimentos clínicos</b>	57625495	64305893	73227989	74503608	32389041	302052026
<b>04 Procedimentos cirúrgicos</b>	3541679	4599410	4212170	6503862	1064346	19921467
<b>05 Transplantes de órgãos, tecidos e células</b>	95125	109753	129353	125037	35436	494704
<b>06 Medicamentos</b>	17245531	17752129	19874967	19647558	10304087	84824272
<b>07 Órteses, próteses e materiais especiais</b>	156058	185083	242464	257828	109687	951120
<b>08 Ações complementares da atenção à saúde</b>	1886831	1709698	1601368	1782645	823072	7803614
<b>Total</b>	140446741	149110827	166804052	173829850	73670397	703861867

TABELA 5: PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SUS – POR LOCAL DE ATENDIMENTO: BAHIA.

Quantidade aprovada por grupo de procedimento e Ano de processamento						
Estado : Bahia						
Grupo procedimento	2012	2013	2014	2015	2016	Total
<b>01 Ações de promoção e prevenção em saúde</b>	42449954	44500321	47644269	44167463	19250797	198012804
<b>02 Procedimentos com finalidade diagnóstica</b>	43036476	42859555	46152927	46890452	22834959	201774369
<b>03 Procedimentos clínicos</b>	105730529	109347306	107743442	100265245	41455909	464542431
<b>04 Procedimentos cirúrgicos</b>	7482611	6615213	5995461	7474056	2695324	30262665
<b>05 Transplantes de órgãos, tecidos e células</b>	23463	28449	56492	75786	41014	225204
<b>06 Medicamentos</b>	22212607	14360853	15987242	16767201	11062713	80390616
<b>07 Órteses, próteses e materiais especiais</b>	233902	269041	358595	316075	188822	1366435
<b>08 Ações complementares da atenção à saúde</b>	3576956	4006507	4308674	4407212	2153518	18452867
<b>Total</b>	224746498	221987245	228247102	220363490	99683056	995027391

TABELA 6: PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SUS - POR LOCAL DE ATENDIMENTO: HU-UNIVASF.

Produção Ambulatorial do SUS - Por Local de Atendimento						
Quantidade aprovada por grupo de procedimento e Ano de processamento						
Hospital Universitário de Petrolina						
Grupo procedimento	2012	2013	2014	2015	2016	Total
<b>01 Ações de promoção e prevenção em saúde</b>	378782	192261	-	-	-	571043
<b>02 Procedimentos com finalidade diagnóstica</b>	118636	634176	86443	195006	-	1034261
<b>03 Procedimentos clínicos</b>	648951	361967	128642	62082	-	1201642
<b>04 Procedimentos cirúrgicos</b>	35056	19198	15222	6290	-	75766
<b>07 Órteses, próteses e materiais especiais</b>	359	94	1	-	-	454
<b>08 Ações complementares da atenção à saúde</b>	320941	101152	-	-	-	422093
<b>Total</b>	1502725	1308848	230308	263378	-	3305259

TABELA 7: INTERNAÇÕES HOSPITALARES DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO: ESTADO PERNAMBUCO.

Internações hospitalares do SUS - Por Local de Internação						
internação por especialidade e Ano de produção						
Estado : Pernambuco						
Grupo procedimento	2012	2013	2014	2015	2016	Total
<b>02 Procedimentos com finalidade diagnóstica</b>	1236	1477	1476	1421	493	6103
<b>03 Procedimentos clínicos</b>	308140	312612	308039	311821	156006	1396618
<b>04 Procedimentos cirúrgicos</b>	213219	216574	225686	213219	101143	969841
<b>05 Transplantes de órgãos, tecidos e células</b>	4092	5053	5415	5638	3009	23207
<b>Total</b>	526687	535716	540616	532099	260651	2395769

TABELA 8: INTERNAÇÕES HOSPITALARES DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO. INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE E ANO DE PRODUÇÃO. ESTADO: BAHIA.

Internação por especialidade e Ano de produção						
Estado : Bahia						
Grupo procedimento	2012	2013	2014	2015	2016	Total
<b>02 Procedimentos com finalidade diagnóstica</b>	1477	460	433	372	208	2950
<b>03 Procedimentos clínicos</b>	549518	533837	529064	548636	263141	2424196
<b>04 Procedimentos cirúrgicos</b>	292457	271601	289012	280240	140157	1273467
<b>05 Transplantes de órgãos, tecidos e células</b>	927	1101	998	1058	572	4656
<b>Total</b>	844379	806999	819507	830306	404078	3705269

TABELA 9: INTERNAÇÕES HOSPITALARES DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO. INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE E ANO DE PRODUÇÃO. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PETROLINA.

Internação por especialidade e Ano de produção						
Hospital Universitário de Petrolina						
Grupo procedimento	2012	2013	2014	2015	2016	Total
<b>02 Procedimentos com finalidade diagnóstica</b>	2	-	-	1	1	4
<b>03 Procedimentos clínicos</b>	3542	3572	2969	2964	1825	14872
<b>04 Procedimentos cirúrgicos</b>	3712	3726	3728	2624	1478	15268
<b>05 Transplantes de órgãos, tecidos e células</b>	61	45	43	32	23	204
<b>Total</b>	7317	7343	6740	5621	3327	30348

TABELA 10: AIH APROVADAS POR CAPÍTULO CID-10 E ANO PROCESSAMENTO. PAÍS: BRASIL.

AIH aprovadas por Capítulo CID-10 e Ano processamento							
País: Brasil							Ranking
<b>I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias</b>	863218	872911	832157	814192	443348	3825826	
<b>II. Neoplasias (tumores)</b>	660499	692401	726566	756307	372684	3208457	
<b>III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár</b>	86778	88793	89444	95185	47877	408077	
<b>IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas</b>	281425	273749	269399	259841	122070	1206484	
<b>V. Transtornos mentais e comportamentais</b>	549246	504464	467856	423522	191216	2136304	
<b>VI. Doenças do sistema nervoso</b>	211051	217816	219335	227080	111021	986303	
<b>VII. Doenças do olho e anexos</b>	93453	97261	102809	100012	50060	443595	
<b>VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide</b>	18474	18490	18517	19153	9336	83970	
<b>IX. Doenças do aparelho circulatório</b>	1150962	1146942	1153305	1139471	544905	5135585	<b>2<sup>a</sup></b>
<b>X. Doenças do aparelho respiratório</b>	1316220	1317382	1248696	1217439	553752	5653489	<b>1<sup>a</sup></b>
<b>XI. Doenças do aparelho digestivo</b>	1041999	1042930	1080039	1073202	520544	4758714	
<b>XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo</b>	220788	227516	240000	243498	123670	1055472	
<b>XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo</b>	201534	209971	212201	213563	99659	936928	
<b>XIV. Doenças do aparelho geniturinário</b>	779988	766738	794824	790256	377261	3509067	
<b>XV. Gravidez parto e puerpério</b>	2301769	2319472	2353466	2419948	1179299	10573954	
<b>XVI. Algumas afec originadas no período perinatal</b>	218418	228784	235637	249732	128826	1061397	
<b>XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas</b>	77617	78182	78499	80854	39482	354634	
<b>XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat</b>	153485	154361	154720	168028	86713	717307	
<b>XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas</b>	999103	1056742	1119131	1116294	551353	4842623	<b>3<sup>a</sup></b>
<b>XX. Causas externas de morbidade e mortalidade</b>	3161	3793	4205	5250	132	16541	
<b>XXI. Contatos com serviços de saúde</b>	210701	202138	211909	220349	107103	952200	
<b>Total</b>	11439889	11520836	11612715	11633176	5660311	51866927	

TABELA 11: AIH APROVADAS POR CAPÍTULO CID-10 E ANO PROCESSAMENTO. ESTADO : PERNAMBUCO.

AIH aprovadas por Capítulo CID-10 e Ano processamento							
Estado : Pernambuco							Ranking
<b>I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias</b>	46416	45364	39997	39882	24646	196305	
<b>II. Neoplasias (tumores)</b>	33424	37204	36643	38335	19389	164995	
<b>III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár</b>	4163	4681	4048	4167	2181	19240	
<b>IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas</b>	14600	15005	13360	12193	6030	61188	
<b>V. Transtornos mentais e comportamentais</b>	22775	19562	15378	13796	6013	77524	
<b>VI. Doenças do sistema nervoso</b>	9048	11405	9125	10017	4939	44534	
<b>VII. Doenças do olho e anexos</b>	2907	2670	2952	3354	1245	13128	
<b>VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide</b>	958	872	829	935	417	4011	
<b>IX. Doenças do aparelho circulatório</b>	46624	46608	52586	53613	25473	224904	<b>1<sup>a</sup></b>
<b>X. Doenças do aparelho respiratório</b>	45319	46518	45045	43648	19663	200193	
<b>XI. Doenças do aparelho digestivo</b>	46684	45868	46979	45335	21567	XI. Doenças do aparelho digestivo	<b>3<sup>a</sup></b>
<b>XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo</b>	19489	20560	21345	17274	7725	86393	
<b>XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo</b>	8582	9509	9594	8477	3715	39877	
<b>XIV. Doenças do aparelho geniturinário</b>	34952	33705	34480	33187	14924	151248	
<b>XV. Gravidez parto e puerpério</b>	126712	125686	124869	126236	60723	564226	
<b>XVI. Algumas afec originadas no período perinatal</b>	13435	14905	16081	15173	8519	68113	
<b>XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas</b>	4581	4461	4094	4332	2245	19713	
<b>XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat</b>	14638	11785	10386	10597	5313	52719	
<b>XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas</b>	42797	46987	55226	52109	25201	222320	<b>2<sup>a</sup></b>
<b>XX. Causas externas de morbidade e mortalidade</b>	67	57	66	130	-	320	
<b>XXI. Contatos com serviços de saúde</b>	6106	6810	8045	8328	4585	33874	
<b>Total</b>	544277	550222	551128	541118	264513	2451258	

TABELA 12: AIH APROVADAS POR CAPÍTULO CID-10 E ANO PROCESSAMENTO. ESTADO: BAHIA.

AIH aprovadas por Capítulo CID-10 e Ano processamento							Ranking
Estado: Bahia							
<b>I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias</b>	100251	96270	84392	86600	48404	415917	<b>2<sup>a</sup></b>
<b>II. Neoplasias (tumores)</b>	42194	41587	45612	45933	22694	198020	
<b>III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár</b>	6120	6212	6581	7373	3460	29746	
<b>IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas</b>	26484	25988	26844	27048	11831	118195	
<b>V. Transtornos mentais e comportamentais</b>	7048	5871	5701	4585	2369	25574	
<b>VI. Doenças do sistema nervoso</b>	10511	10972	10184	10308	4920	46895	
<b>VII. Doenças do olho e anexos</b>	11931	12952	14483	12075	5334	56775	
<b>VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide</b>	831	1032	967	1039	548	4417	
<b>IX. Doenças do aparelho circulatório</b>	74653	72316	74116	73434	33008	327527	<b>3<sup>a</sup></b>
<b>X. Doenças do aparelho respiratório</b>	109039	100738	97687	98378	40488	446330	<b>1<sup>a</sup></b>
<b>XI. Doenças do aparelho digestivo</b>	77577	71819	75915	74251	37520	337082	<b>4<sup>a</sup></b>
<b>XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo</b>	15645	14013	15684	17394	8771	71507	
<b>XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo</b>	11831	10528	9087	9309	4598	45353	
<b>XIV. Doenças do aparelho geniturinário</b>	57316	50738	53160	52502	25969	239685	
<b>XV. Gravidez parto e puerpério</b>	195604	187741	189733	195346	96246	864670	
<b>XVI. Algumas afec originadas no período perinatal</b>	12069	12575	13191	15111	7758	60704	
<b>XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas</b>	5098	4713	4974	5125	2641	22551	
<b>XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat</b>	9211	9605	10120	11674	5632	46242	
<b>XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas</b>	61110	61095	67843	69600	34917	294565	<b>5<sup>a</sup></b>
<b>XX. Causas externas de morbidade e mortalidade</b>	63	109	188	163	-	523	
<b>XXI. Contatos com serviços de saúde</b>	9793	10125	13045	13057	6970	52990	
<b>Total</b>	844379	806999	819507	830305	404078	3705268	

TABELA 13: AIH APROVADAS POR CAPÍTULO CID-10 E ANO PROCESSAMENTO. MUNICÍPIO: PETROLINA.

AIH aprovadas por Capítulo CID-10 e Ano processamento							Ranking
Município: Petrolina							
<b>I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias</b>	618	561	610	573	291	2653	
<b>II. Neoplasias (tumores)</b>	766	882	1076	915	442	4081	
<b>III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár</b>	129	116	117	112	65	539	
<b>IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas</b>	202	197	183	215	101	898	
<b>V. Transtornos mentais e comportamentais</b>	20	10	10	9	6	55	
<b>VI. Doenças do sistema nervoso</b>	326	276	274	340	179	1395	
<b>VII. Doenças do olho e anexos</b>	7	4	170	372	300	853	
<b>VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide</b>	9	10	16	32	12	79	
<b>IX. Doenças do aparelho circulatório</b>	1242	1504	1516	1823	1002	7087	<b>3<sup>a</sup></b>
<b>X. Doenças do aparelho respiratório</b>	1601	1402	1434	1450	618	6505	<b>4<sup>a</sup></b>
<b>XI. Doenças do aparelho digestivo</b>	1319	1043	1245	1489	756	5852	<b>5<sup>a</sup></b>
<b>XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo</b>	414	354	484	488	248	1988	
<b>XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo</b>	146	139	138	109	79	611	
<b>XIV. Doenças do aparelho geniturinário</b>	978	925	950	904	471	4228	
<b>XV. Gravidez parto e puerpério</b>	8908	9198	9521	9397	5023	42047	
<b>XVI. Algumas afec originadas no período perinatal</b>	2171	1769	1749	1861	1003	8553	<b>2<sup>a</sup></b>
<b>XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas</b>	148	172	159	168	97	744	
<b>XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat</b>	136	181	186	265	95	863	
<b>XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas</b>	2979	3241	3188	2392	1561	13361	<b>1<sup>a</sup></b>
<b>XX. Causas externas de morbidade e mortalidade</b>	3	4	4	7	-	18	
<b>XXI. Contatos com serviços de saúde</b>	913	755	626	807	688	3789	
<b>Total</b>	23035	22743	23656	23728	13037	106199	

TABELA 14: AIH APROVADAS POR CAPÍTULO CID-10 E ANO PROCESSAMENTO. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PETROLINA.

AIH aprovadas por Capítulo CID-10 e Ano processamento							Ranking
Hospital universitário de Petrolina							
<b>I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias</b>	201	194	247	170	87	899	
<b>II. Neoplasias (tumores)</b>	167	115	128	107	60	577	
<b>III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár</b>	35	45	46	29	9	164	
<b>IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas</b>	135	128	137	159	73	632	
<b>V. Transtornos mentais e comportamentais</b>	17	9	8	7	4	45	
<b>VI. Doenças do sistema nervoso</b>	179	151	136	150	77	693	
<b>VII. Doenças do olho e anexos</b>	1	-	-	-	-	1	
<b>VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide</b>	-	-	1	1	1	3	
<b>IX. Doenças do aparelho circulatório</b>	1052	1188	1050	1003	545	4838	<b>2<sup>a</sup></b>
<b>X. Doenças do aparelho respiratório</b>	528	529	356	190	100	1703	
<b>XI. Doenças do aparelho digestivo</b>	907	661	581	469	153	2771	<b>3<sup>a</sup></b>
<b>XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo</b>	169	184	206	122	68	749	
<b>XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo</b>	109	114	100	76	67	466	
<b>XIV. Doenças do aparelho geniturinário</b>	159	109	126	139	75	608	
<b>XV. Gravidez parto e puerpério</b>	1	3	-	2	1	7	
<b>XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas</b>	6	25	30	24	19	104	
<b>XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat</b>	96	127	127	121	28	499	
<b>XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas</b>	2843	3108	3057	2242	1459	12709	<b>1<sup>a</sup></b>
<b>XX. Causas externas de morbidade e mortalidade</b>	2	1	1	1	-	5	
<b>XXI. Contatos com serviços de saúde</b>	710	652	403	609	501	2875	
<b>Total</b>	7317	7343	6740	5621	3327	30348	

TABELA 15: MÉDIA PERMANÊNCIA POR COMPLEXIDADE E ANO PROCESSAMENTO. AIH APROVADAS POR CAPÍTULO CID-10 E ANO PROCESSAMENTO EM PERNAMBUCO

AIH aprovadas por Capítulo CID-10 e Ano processamento						
Estado: Pernambuco						
Complexidade	2012	2013	2014	2015	2016	Total
<b>Média complexidade</b>	4,8	5,3	5,2	6,9	6,4	5,5
<b>Alta complexidade</b>	14,8	17,9	13,7	13,2	12,1	15,1
<b>Total</b>	5,1	5,8	5,4	7,1	6,5	5,8

TABELA 16: MÉDIA PERMANÊNCIA POR COMPLEXIDADE E ANO PROCESSAMENTO. AIH APROVADAS POR CAPÍTULO CID-10 E ANO PROCESSAMENTO NA BAHIA.

AIH aprovadas por Capítulo CID-10 e Ano processamento						
Estado: Bahia						
Complexidade	2012	2013	2014	2015	2016	Total
<b>Média complexidade</b>	4,6	4,8	4,7	4,7	4,8	4,7
<b>Alta complexidade</b>	5	4,9	4,3	4,5	4,7	4,7
<b>Total</b>	4,6	4,8	4,7	4,7	4,8	4,7

TABELA 17: MÉDIA PERMANÊNCIA POR COMPLEXIDADE E ANO PROCESSAMENTO. AIH APROVADAS POR CAPÍTULO CID-10 E ANO PROCESSAMENTO EM PETROLINA.

AIH aprovadas por Capítulo CID-10 e Ano processamento						
Hospital Universitário de Petrolina						
Complexidade	2012	2013	2014	2015	2016	Total
<b>Média complexidade</b>	5,2	5,8	5,9	6,7	5,7	5,8
<b>Alta complexidade</b>	8,9	9,6	9,3	9,3	6,6	9,1
<b>Total</b>	5,4	6	6,1	6,8	5,7	6

TABELA 18: INTERNAÇÕES HOSPITALARES DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO. INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE - AIH APROVADAS. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PETROLINA - 2016.

Hospital Universitário de Petrolina - 2016						
Grupo Procedimento	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
<b>0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico</b>	16	6	15	21	21	13
<b>0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço</b>	18	14	18	27	37	19
<b>0406 Cirurgia do aparelho circulatório</b>	3	-	4	8	9	4
<b>0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal</b>	12	9	17	15	24	24
<b>0408 Cirurgia do sistema osteomuscular</b>	80	96	129	120	176	137
<b>0409 Cirurgia do aparelho geniturinário</b>	-	-	2	3	-	-
<b>0412 Cirurgia torácica</b>	19	5	12	11	8	6
<b>0413 Cirurgia reparadora</b>	11	2	3	19	8	12
<b>0415 Outras cirurgias</b>	30	24	41	47	79	36
<b>Total</b>	189	156	241	271	362	251

### 1.3. Dados de indicadores de 2016

O HU-UNIVASF possui, em agosto de 2016, 189 indicadores de desempenho mensurados todos os meses, além de 177 ações estratégicas desenvolvidas por todos os setores do hospital. Para caracterizar o estado real do hospital, serão destacados os seguintes indicadores:

#### 1.3.1. Total de Atendimentos

Este indicador mensura a quantidade de atendimentos realizados no HU-UNIVASF incluindo os de urgência, emergência e ambulatoriais. Em 2016, foram realizados os seguintes atendimentos conforme exibe a Figura 1. A Figura 2 exibe o comparativo entre a demanda de 2015 e 2016.

FIGURA 1: TOTAL DE ATENDIMENTOS EM 2016.

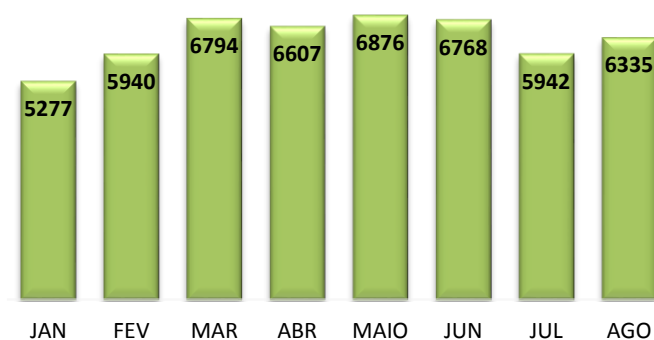
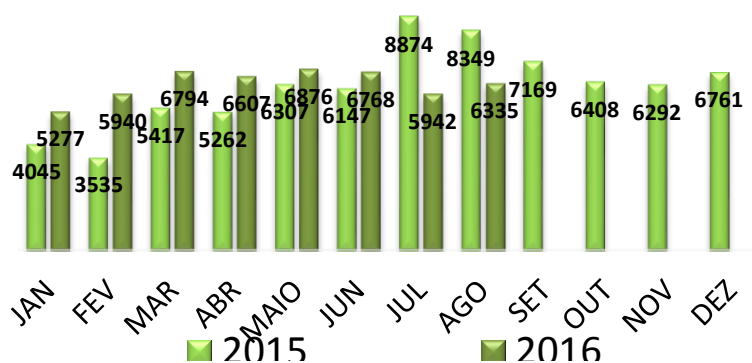


FIGURA 2: COMPARATIVO ENTRE O NÚMERO DE ATENDIMENTOS ENTRE 2015 E 2016.



A partir da Figura 1, constata-se que o HU-UNIVASF teve uma demanda crescente em até junho de 2016 e muitas dessas causas estão associadas com a atual crise político-

econômica pela qual o País está passando. Quando comparados os mesmos períodos de 2015 com 2016, percebe-se que o HU-UNIVASF teve um aumento de:

Jan 2015 → Jan 2016 (30%)

Fev 2015 → Fev 2016 (68%)

Mar 2015 → Mar 2016 (25%)

Abr 2015 → Abr 2016 (26%)

Mai 2015 → Mai 2016 (9%)

Jun 2015 → Jun 2016 (10%)

Entretanto, a partir de julho de 2016, houve a implementação do Protocolo de Manchester, o que restringiu a porta de entrada para pacientes considerados de baixa gravidade ou azuis e verdes. Além disso, nesse mesmo período, houve uma oferta menor de alguns serviços devido ao fechamento do ambulatório da ortopedia e dos encaminhamentos de pacientes deste ambulatório para a fisioterapia. Essa redução aconteceu em um período de grande turbulência assistencial do HU-UNIVASF. Esse reflexo foi sentido nos dois meses subsequentes.

Jul 2015 → Jul 2016 (-33%)

Ago 2015 → Ago 2016 (-24%)

### 1.3.2. Taxa de Ocupação

Este indicador avalia o grau de utilização dos leitos do hospital (Figura 3). Em 2016, durante os meses de maior demanda, o HU-UNIVASF já chegou a alcançar picos de sobrelotação de mais de 150%, o que mostra o descompasso existente entre a demanda e a atual capacidade operacional. A Figura 4 mostra o comparativo da taxa de ocupação entre os anos de 2015 e 2016.

FIGURA 3: TAXA DE OCUPAÇÃO EM 2016.

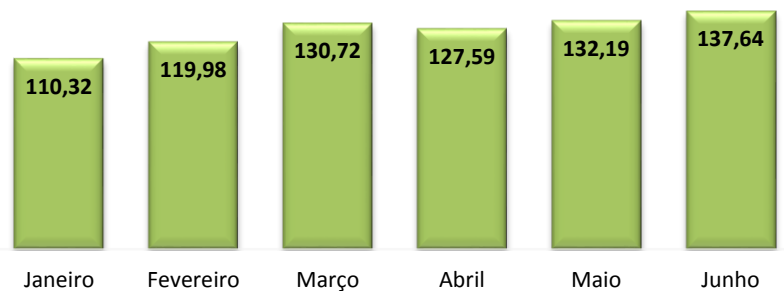
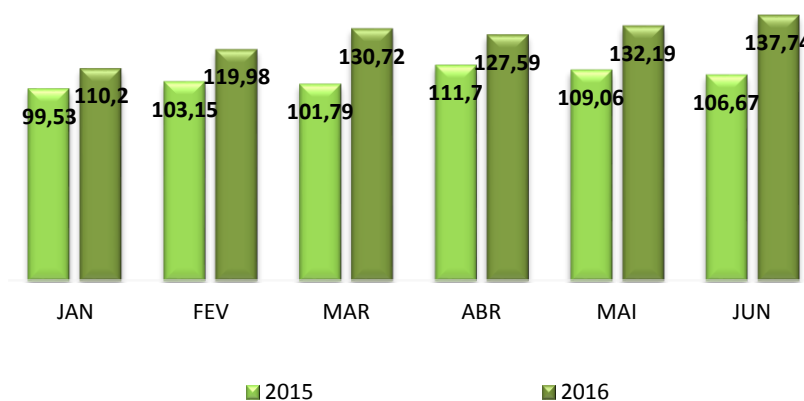


FIGURA 4: TAXA DE OCUPAÇÃO EM 2015 E 2016.



Quando são comparados estes dois períodos, percebe-se que o HU-UNIVASF teve um incremento de:

Jan 2015 → Jan 2016 (11%)

Fev 2015 → Fev 2016 (16%)

Mar 2015 → Mar 2016 (28%)

Abr 2015 → Abr 2016 (14%)

Mai 2015 → Mai 2016 (21%)

Jun 2015 → Jun 2016 (29%)

### 1.3.3. Total de Cirurgias Realizadas

Esse indicador mostra a quantidade de cirurgias realizadas no mês considerando diferentes áreas: Ortopedia e Traumatologia, Neurocirurgia, Cirurgia Bucomaxilofacial, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular e Urologia. A Tabela 19 mostra o total de cirurgias em 2016 e a Tabela 20 mostra a natureza das cirurgias.

TABELA 19: TOTAL DE CIRURGIAS REALIZADAS POR MÊS EM 2016.

Especialidades	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL
<b>Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial</b>	16	16	23	25	24	24	25
<b>Cirurgia Geral</b>	43	34	56	52	44	76	84
<b>Cirurgia Plástica</b>	4	5	3	3	1	1	5
<b>Cirurgia Vascular</b>	45	53	82	73	86	63	68
<b>Neurocirurgia</b>	23	25	35	27	36	28	33
<b>Ortopedia e Traumatologia</b>	143	172	176	181	194	214	225
<b>Urologia</b>	1	1	-	-	1	-	1
<b>Não Informado</b>	5	9	3	2	-	2	1
	<b>280</b>	<b>315</b>	<b>378</b>	<b>363</b>	<b>386</b>	<b>408</b>	<b>442</b>

TABELA 20: NATUREZA DAS CIRURGIAS.

Natureza	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL
<b>ELETIVA</b>	154	193	194	203	190	208	251
<b>URGÊNCIA</b>	118	118	167	154	196	198	190
<b>Não Informado</b>	8	4	17	6	-	8	1
	<b>280</b>	<b>315</b>	<b>378</b>	<b>363</b>	<b>386</b>	<b>414</b>	<b>442</b>

### 1.3.4. Quantidade de exames realizados por mês

A Tabela 21 mostra a quantidade de exames realizados por mês em 2016 no HU-UNIVASF.

TABELA 21: QUANTIDADE DE EXAMES REALIZADOS POR MÊS.

Exames	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL
<b>Laboratório Clínico</b>	9,802	10,917	13,136	13,438	15,932	15,165	15,827
<b>Radiologia (Incidências)</b>	4,203	5,716	5,879	5,689	6,286	6,152	4,718
<b>Ultrassonografia</b>	183	190	253	254	279	274	241
<b>Tomografia</b>	637	576	755	739	755	867	811
<b>Ressonância Magnética</b>	42	27	43	43	45	33	58
<b>Endoscopia</b>	-	-	-	-	-	-	-
<b>Radiologia Intervencionista</b>	30	28	39	54	58	43	85
	<b>14,897</b>	<b>17,454</b>	<b>20,105</b>	<b>20,217</b>	<b>23,355</b>	<b>22,534</b>	<b>21,740</b>

### 1.3.5. Tempo de Permanência

As Tabelas 22, 23 e 24 mostram, respectivamente, o tempo de permanência em 2016, o tempo de permanência por especialidade e por clínica no HU-UNIVASF em 2016.

TABELA 22: TEMPO DE PERMANÊNCIA EM 2016.

HOSPITAL	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL
<b>HU-UNIVASF</b>	10.8	9.4	10.6	9.8	10.2	10.0	10.1

TABELA 23: TEMPO DE PERMANÊNCIA POR ESPECIALIDADE EM 2016.

ESPECIALIDADES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL
<b>CARDIOLOGIA</b>	-	-	-	-	-	-	-
<b>CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO</b>	-	-	-	-	-	-	-
<b>CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAIS</b>	5.7	5.2	2.8	2.4	3.7	5.1	4.2
<b>CIRURGIA GERAL</b>	8.7	8.0	9.0	7.6	9.6	6.2	6.0
<b>CIRURGIA PLASTICA</b>	0.8	0.9	1.1	0.7	-	2.5	1.8
<b>CIRURGIA VASCULAR</b>	2.9	4.8	6.7	7.5	5.8	7.4	8.4
<b>CLINICA MEDICA</b>	9.5	8.8	10.9	9.9	10.2	10.8	10.3
<b>GASTROENTEROLOGIA</b>	-	-	-	-	-	-	-
<b>HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA</b>	4.9	-	-	1.0	-	-	5.8
<b>HEPATOLOGIA</b>	0.7	-	-	-	-	-	-
<b>MEDICINA INTENSIVA</b>	-	-	-	-	-	-	-
<b>NEFROLOGIA</b>	-	-	-	3.0	1.1	-	-
<b>NEUROCIRURGIA</b>	19.0	20.1	19.5	16.7	19.0	18.1	13.8
<b>NEUROLOGIA</b>	7.1	5.9	4.4	2.4	14.1	12.1	3.5
<b>REUMATOLOGIA</b>	-	-	-	-	-	-	-
<b>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>	12.5	9.4	9.8	10.3	9.5	9.3	11.3
<b>UROLOGIA</b>	-	5.1	1.3	-	-	2.1	-
<b>OTORRINOLARINGOLOGIA</b>	-	-	-	-	-	-	1.1

TABELA 24: TEMPO DE PERMANÊNCIA POR CLÍNICA.

CLINICAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL
<b>CLINICA MEDICA</b>	9.4	8.8	8.5	8.1	8.2	10.9	9.6
<b>CLINICA CIRURGICA</b>	3.8	4.7	6.2	5.7	6.4	6.5	5.7
<b>CLINICA ORTOPEDICA</b>	16.4	11.6	11.9	11.9	9.1	8.8	12.9
<b>NEUROCIRURGIA</b>	11.7	13.0	13.6	8.9	9.8	8.7	10.0

### 1.3.5. Tipos de Acidentes Terrestres que chegam ao HU-UNIVASF

As Tabelas 25 e 26 mostram, respectivamente, a quantidade de acidentes terrestres por meio de locomoção e a natureza dos acidentes causados por motocicleta.

TABELA 25: QUANTIDADE DE ACIDENTES TERRESTRES EM 2016 POR MEIO DE LOCOMOÇÃO.

MEIO DE LOCOMOÇÃO	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
<b>A pé</b>	35	38	44	38	40	41
<b>Automóvel</b>	65	46	43	42	49	49
<b>Motocicleta</b>	436	489	575	461	519	561
<b>Bicicleta</b>	47	64	71	48	64	59
<b>Outros</b>	19	31	20	23	30	29
<b>Ignorado</b>	3	11	4	14	14	10
	<b>605</b>	<b>679</b>	<b>757</b>	<b>626</b>	<b>716</b>	<b>749</b>

TABELA 26: NATUREZA DO ACIDENTE CAUSADO POR MOTOCICLETA.

NATUREZA DO ACIDENTE	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
<b>Colisão/Abalroamento</b>	98	129	164	131	152	140
<b>Atropelamento</b>	35	31	44	39	31	24
<b>Tombamento/Capotamento</b>	216	267	258	212	263	356
<b>Queda em/do Veículo</b>	62	28	36	22	40	2
<b>Choque com objeto fixo</b>	7	14	30	25	12	13
<b>Ignorado</b>	17	15	42	31	20	25
<b>Outro</b>	1	5	1	1	1	1
	<b>436</b>	<b>489</b>	<b>575</b>	<b>461</b>	<b>519</b>	<b>561</b>

## 1.4. Perfil de Ensino e Pesquisa

O HU-UNIVASF é um dos importantes dispositivos que contribuem para a formação profissional por propiciar vários cenários de prática para as diversas instituições de ensino da região tanto no nível técnico como também de graduação e pós-graduação, principalmente na área de saúde, mas ampliando para áreas afins que desenvolvem atividades no hospital como a administração, ciência dos materiais dentre outras.

Atualmente, o HU-UNIVASF é cenário para os estágios curriculares dos estudantes de escolas técnicas, das faculdades e universidades em diversas áreas, dentre as quais, medicina, enfermagem, psicologia, farmácia, educação física, administração, fisioterapia, nutrição, serviço social, técnico em enfermagem, técnico em radiologia e técnico em laboratório. Sempre que demandado o hospital avalia ter capacidade de absorção dos estudantes, junto as suas coordenações, como foram os casos mais recentes dos cursos de educação física, fisioterapia, serviço social e administração. Atua, também, na pós-graduação sendo campo de atuação das residências médicas em anestesiologia, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia vascular, clínica médica, medicina de família e comunidade e neurocirurgia, nas residências multiprofissionais nos seguintes cursos: intensivismo, saúde mental e saúde da família e na residência profissional na área de enfermagem em urgência e emergência.

O HU-UNIVASF revela-se como ponto de atendimento extremamente importante para a Rede PE/BA, não só pelos serviços ofertados, mas também pelo seu papel fundamental na formação profissional, principalmente, na área da saúde. Neste sentido, os macroproblemas evidenciados na construção deste PDE devem fazer interface com o ensino, a pesquisa e inovação e extensão do hospital. Uma ação muito importante e já iniciada que consolidará o *status* do HU-UNIVASF, de fato e de direito acadêmico, é a sua certificação como hospital de ensino, conforme exige a portaria interministerial nº. 285 de 24 de março de 2015.

### 1.4.1. Indicadores de Ensino e Pesquisa

#### 1.4.1.1. Dos cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu* em 2016:

A Tabela 27 mostra o quantitativo das vagas de residências médicas no HU-UNIVASF, em 2016, enquanto a Tabela 28 exhibe o quantitativo das residências multiprofissionais.

TABELA 27: QUANTITATIVO DAS VAGAS PARA RESIDÊNCIA MÉDICA NO HU-UNIVASF.

RESIDÊNCIAS MÉDICAS	
PROGRAMAS	VAGAS R1
ANESTESIOLOGIA	1
CARDIOLOGIA	2
CARDIOLOGIA/ECOCARDIOGRAMA	2
CIRURGIA GERAL	2
CIRURGIA VASCULAR PERIFÉRICA	1
ANGIORRADIOLOGIA E CIRURGIA ENDOVASCULAR	2
CLINICA MEDICA	5
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	12
NEUROCIRURGIA	2
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>

Fonte: Gerência de Ensino e Pesquisa-GEP HU-UNIVASF/EBSERH.

TABELA 28: QUANTITATIVO DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS NO HU-UNIVASF

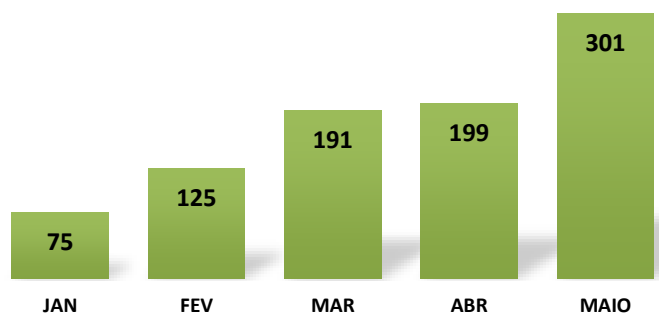
RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS	
AREA DE CONCENTRAÇÃO	VAGAS R1
ENFERMAGEM EM URGÊNCIA	4
INTENSIVISMO	6
SAÚDE DA FAMÍLIA	8
SAÚDE MENTAL	4
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>

Fonte: Gerência de Ensino e Pesquisa- GEP HU-UNIVASF/EBSERH.

#### 1.4.1.2. Número de discentes em atividades práticas no HU-UNIVASF

A Figura 5 exibe o número de alunos em atividades práticas no HU-UNIVASF em diferentes cenários.

FIGURA 5: NÚMERO DE ALUNOS EM ATIVIDADES PRÁTICAS NO HOSPITAL.



Fonte: Gerência de Ensino e Pesquisa-GEP HU-UNIVASF/EBSERH.

### 1.4.1.3. Pesquisa e extensão no HU-UNIVASF

O HU-UNIVASF é campo de estudo para inúmeros projetos de pesquisa e extensão. Há 36 projetos cadastrados no Sistema de Informações Gerenciais-SIG/EBSERH, somando-se a estes, projetos de extensão, incluindo atividades de ligas acadêmicas. Este dados tendem a aumentar evidenciando a função inerente do hospital universitário na geração de conhecimento científico e tecnológico e a interação com a comunidade externa por meio das propostas extencionistas. No último semestre, o HU-UNIVASF, lançou o Edital nº. 01/2016 PROEX/HU-UNIVASF, de seleção de projetos de extensão para serem desenvolvidos e obteve êxito com sete propostas aprovadas neste certame e recebeu mais uma por demanda espontânea após o edital.

A Tabela 28 mostra os projetos de extensão aprovados em 2016.

TABELA 29: PROJETOS DE EXTENSÃO APROVADOS EM 2016 NO HU-UNIVASF.

Proposta	Título do projeto
1	Práticas de Saúde em Consultório de Rua.
2	Cuidado além da biomedicina: Práticas Integrativas e Complementares para pacientes e acompanhantes do HU-UNIVASF/EBSERH.
3	Rotinas de promoção de saúde ocular para profissionais da saúde e da educação dos municípios da Rede Interestadual e Saúde (PE/BA) participantes do Projeto Saúde da Escola e Brasil Alfabetizado - Parceria Hospital Universitário Doutor Washington Antônio de Barros HU-UNIVASF/EBSERH.
4	Avaliação cardiopulmonar, física, nutricional e psicológica na intervenção de pacientes com síndrome metabólica do HU-UNIVASF/EBSERH.
5	Educação permanente na formação dos servidores e potencialização das redes de saúde na microrregião do Vale do Médio São Francisco (Rede PEBA)
6	Acordes que curam: Música no HU-UNIVASF/EBSERH.
7	Abordagem Multidisciplinar do Diabetes Mellitus Tipo 2 e Diagnóstico da Retinopatia Diabética e Doença Periodontal.
8	Reviravolta: Identidade Psicossocial da pessoa com deficiência (PCD) atendidos no HU-UNIVASF/EBSERH.

**Fonte:** Gerência de Ensino e Pesquisa-GEP HU-UNIVASF/EBSERH.

Vale destacar a importância das ações desempenhadas de orientação e acompanhamento aos nossos discentes por um bibliotecário, uma unidade de telessaúde e por profissionais relacionados às ações de atuação junto ao projeto de consultórios itinerantes-PCI que interage de forma muito intensa com a comunidade externa ao hospital por meio dos atendimentos oftalmológicos e odontológicos. Neste semestre, de forma acumulada de janeiro a junho foram realizadas um total de 168 consultas odontológicas e quase 500 consultas oftalmológicas.

#### 1.4.1.4. Infraestrutura do HU-UNIVASF

Ao assumir administrativamente o HU-UNIVASF, em fevereiro de 2015, a EBSEH deparou-se com questões graves em termos de infraestrutura. De maneira geral, a infraestrutura física e tecnológica do HU-UNIVASF foi deixada em segundo plano durante, praticamente os seis anos de funcionamento. Observou-se que a manutenção preventiva e/ou corretiva era praticamente inexistente, em especial, aquela voltada para a tecnologia médico-assistencial.

Além disso, os processos referentes ao controle de enxovais, acesso à alimentação e de uso da lavanderia sequer existiam. Notadamente, sequer havia enxoval que pudesse garantir minimamente o adequado funcionamento do HU-UNIVASF. Havia a desconfiança diante das mudanças ocorridas, em razão do processo de transição com a chegada da EBSEH. Este fato impactou diretamente nos resultados assistenciais.

Do ponto de vista de serviços de apoio, tais como portaria, vigilância e limpeza, também não era percebido um padrão que se adequasse ao perfil de qualidade necessário a um hospital dessa importância.

Notadamente, diversas ações concomitantes foram desencadeadas para que fosse possível restabelecer as condições mínimas de funcionamento do hospital, como por exemplo:

- a) Aquisição de produtos para saúde (material médico hospitalar);
- b) Aquisição de medicamentos e correlatos;
- c) Contratação de empresa de prestação de serviços de apoio administrativo;
- d) Contratação de empresa para fornecimento de alimentações;
- e) Contratação de empresa para prestação de serviços de limpeza e higienização hospitalar;
- f) Contratação de empresa de vigilância patrimonial;
- g) Contratação de empresa para manutenção predial;
- h) Contratação de empresa para serviços de engenharia clínica;
- i) Contratação de empresa para serviços de manutenção em sistemas de refrigeração;
- j) Contratação de empresa para lavagem de enxovais;
- k) Aquisição de novos enxovais;
- l) Aquisições de equipamentos essenciais às especialidades do HU, tais como arco-cirúrgico, microscópio cirúrgico, ventiladores pulmonares, dentre outros. Todos equipamentos de ponta.

Citando infraestrutura deficitária, todas as enfermarias funcionavam com menos de 30% da capacidade de iluminação e três enfermarias estavam totalmente fechadas por falta de camas. Todas essas situações foram solucionadas em menos de 180 dias com as ações adotadas de contratações e aquisições. O sistema de refrigeração foi atualizado, aumentando a sua efetividade e reduzindo seu consumo energético.

Do ponto de vista da infraestrutura física, ainda tem-se graves problemas para serem resolvidos, tais como a total reforma dos elevadores, que, aparentemente, nunca funcionaram adequadamente. Está em desenvolvimento o plano de obsolescência e reposição dos equipamentos necessários ao pleno funcionamento do HU-UNIVASF, especialmente, porque a maioria ficou muito tempo sem a devida manutenção e também pela própria idade e intensidade de uso.

Seguindo as boas práticas de gestão, está em fase final de elaboração o Plano Diretor Físico do HU-UNIVASF, descrito como ação estratégica neste PDE. Esse instrumento norteará o HU-UNIVASF sobre quais obras e tecnologias deverão ser incorporadas nos próximos dois, cinco e dez anos. Notadamente, o prédio também precisa ser ampliado para receber adequadamente as atividades administrativas que são inseridas no novo contexto gerencial e de controle impostos pela EBSEH, e que demanda além de mais pessoal técnico-administrativo, também, naturalmente, mais espaços físicos para que os processos não tenham resultado entrópico.

Urge construir um anexo para funcionar novos leitos e também montar uma unidade de diagnóstico por imagem avançada, com Ressonância Nuclear Magnética, Angiografia, Endoscopias e Ambulatório Cardiovascular.

No entanto, uma realidade enfrentada até hoje no HU-UNIVASF diz respeito ao quadro de funcionários reduzido. A Diretoria de Gestão de Pessoas da EBSEH por meio do Serviço de Dimensionamento de Pessoal realizou levantamento da necessidade de pessoal para compor o quadro do HU-UNIVASF, totalizando 995 funcionários. Contudo, este total sofreu cortes pelo antigo DEST – Departamento de Coordenação e Governança das Empresas Estatais, vinculado ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, limitando o quadro de funcionários do HU-UNIVASF em 757 (setecentos e cinquenta e sete) empregados conforme a seguir:

Servidores estatutários – 9

Servidores estatutários cedidos pelo Estado ou Município – 163

Novas vagas (vínculo EBSEH) – 585

Até a presente data, contamos com 598 (quinhentos e noventa e oito) empregados contratados, sendo que, em algumas especialidades foram autorizadas 108 vagas estratégicas, visando a substituição do pessoal cedido pela Prefeitura Municipal de Petrolina. Estão pendentes 68 (sessenta e oito) contratações, que conforme a atual conjuntura está se aguardando autorização para convocação.

Vale ressaltar que, com o corte de pessoal pelo Ministério do Planejamento, o HU-UNIVASF ficou sem reserva técnica para suprir afastamentos legais dos empregados, como férias, licenças etc. Além disso, o número de vagas cortadas, praticamente, equivale-se ao número de trabalhadores necessários ao pronto socorro do Hospital, tendo em vista o seu perfil assistencial como “porta de entrada”. Todos estes cortes para contratação impactam diretamente na assistência prestada aos pacientes, pois reduzem significativamente o corpo clínico, influenciando no resultado final do processo de trabalho do HU.

A nova gestão EBSEH encontrou uma infinidade de problemas estruturais e de equipamentos, este quadro dificultava imensamente o funcionamento do hospital. O Setor de Infraestrutura Física, ligado à Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar, iniciou suas atividades de planejamento em 23 de março de 2015.

Em 16 de julho de 2015, implantou seu primeiro serviço efetivo, manutenção em sistemas de elevadores, seguido dos serviços de Manutenção Predial, de Engenharia Clínica e Manutenção em Sistemas de Refrigeração.

A Tabela 30 resume os atendimentos das demandas de serviços e valores de investimentos que o HU-UNIVASF destinou às suas instalações de infraestrutura física e tecnológica no primeiro semestre de 2016.

TABELA 30: CARACTERÍSTICAS DOS ATENDIMENTOS DA DLIH.

<b>ATENDIMENTOS DA MANUTENÇÃO PREDIAL</b>	<b>INVESTIMENTO EM MATERIAIS</b>
<b>3876 Corretivos</b>	R\$ 208.912,46
<b>ATENDIMENTOS DA ENGENHARIA CLÍNICA</b>	<b>INVESTIMENTO EM MATERIAIS</b>
<b>641 Corretivos</b>	R\$ 117.573,15
<b>78 Calibrações</b>	
<b>125 Preventivas</b>	
<b>ATENDIMENTOS DA MANUTENÇÃO EM SISTEMAS DE REFRIGERAÇÃO</b>	<b>INVESTIMENTO EM MATERIAIS</b>
<b>435 Corretivos e Preventivos (Incluindo a atualização tecnológica dos compressores dos sistema Chiller)</b>	R\$ 140.000,00

Nas três principais áreas de atuação do Setor de Infraestrutura Física, totalizamos R\$ 466.485,61 em investimentos de materiais, peças e acessórios de reposição. O HU atualmente conta com 652 equipamentos médico-hospitalares, incluindo aqueles em comodatos. Como

produto da boa gestão, através da prevenção e das rondas setoriais, temos 94,54% dos equipamentos disponíveis para uso. Estima-se que até o final de 2016 atingiremos uma disponibilidade de 98% do parque. Entre os equipamentos inoperantes estão aqueles que foram sucateados ao longo dos anos por falta de manutenção adequada com reposição de peças originais.

Em junho de 2015, tínhamos 83,48% de disponibilidade de equipamentos. Ocorreu uma evolução de 11,06%. Além do constante serviço de manutenção e prevenção, o HU-UNIVASF possui setor responsável pela avaliação técnica para incorporação de novas tecnologias em saúde, onde é realizado o estudo para o dimensionamento da tecnologia e elabora: a relação custo-efetividade, o plano de trabalho, a instrução processual para a aquisição, a instalação e o treinamento operacional. Até o final do ano é esperada a incorporação de mais R\$ 244.718,79 em equipamentos.

O Centro Cirúrgico e a UTI foram os dois ambientes que mais estavam sucateados. A EBSEH recebeu estas duas unidades com equipamentos quebrados, obsoletos e em más condições de funcionamento. Foram incorporadas novas tecnologias para atender demandas de cirurgias de diversas especialidades, dentre equipamentos e materiais, tais como monitores multiparamétricos, intensificador de imagem, microscópio neurocirúrgico e analisadores de gases. Nos dias atuais, o centro cirúrgico encontra-se em total funcionamento com cinco salas cirúrgicas. A sala de recuperação pós-anestésica possui 06 leitos, e dispõe de dois ventiladores pulmonares mecânicos.

No início da gestão, existiam, somente, dois aparelhos de pressão e um oxímetro de pulso para os 19 leitos de UTI. Hoje todos os 47 monitores multiparamétricos em funcionamento possuem os seus acessórios de ECG, SPO2 e PNI.

Com a convocação de mais anestesiológicas e ampliação da carga horária dos mesmos, o bloco cirúrgico teve sua capacidade operacional ampliada, sendo possível a disponibilização de mais horários para todas as especialidades, o que representou um aumento de 50% da demanda cirúrgica, reduzindo a lista de espera das cirurgias eletivas e viabilizando as cirurgias de urgência das especialidades da neurocirurgia, cirurgia geral e bucomaxilofacial.

## 1.5. Estrutura Organizacional

A Figura 6 mostra a antiga estrutura organizacional do HU-UNIVASF à época chamado de Hospital de Urgências e Traumas. A Tabela 31 mostra o quantitativo de cargos e funções

ocupadas no HU-UNIVASF em 2016. Já as Figuras 7, 8, 9 e 10 mostram, respectivamente, o organograma da estrutura de governança, ligadas à Superintendência, Estrutura organizacional da Gerência de Atenção à Saúde, Estrutura Organizacional da Gerência de Ensino e Pesquisa e a Estrutura organizacional da Gerência Administrativa. Percebe-se uma nítida evolução da estrutura administrativa trazida pela gestão EBSEH.

TABELA 31: QUANTITATIVO DE CARGOS E FUNÇÕES OCUPADAS NO HU-UNIVASF EM 2016.

CARGOS E FUNÇÕES	GESTÃO CENTRAL	ATENÇÃO À SAÚDE	ENSINO E PESQUISA	ADMINISTRATIVA	TOTAL
PEQUENO PORTE					
Superintendente	1	-	-	-	1
Gerente	-	1	1	1	3
Ouvidor	1	-	-	-	1
Auditor	1	-	-	-	1
Chefe de Divisão	-	3	-	3	6
Chefe de Setor	2	4	2	5	13
Chefe de Unidade	3	20	3	11	37
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>28</b>	<b>6</b>	<b>20</b>	<b>62</b>

FIGURA 6: ANTIGA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO HU-UNIVASF À ÉPOCA CHAMADO DE HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS. GESTÃO ISGH.

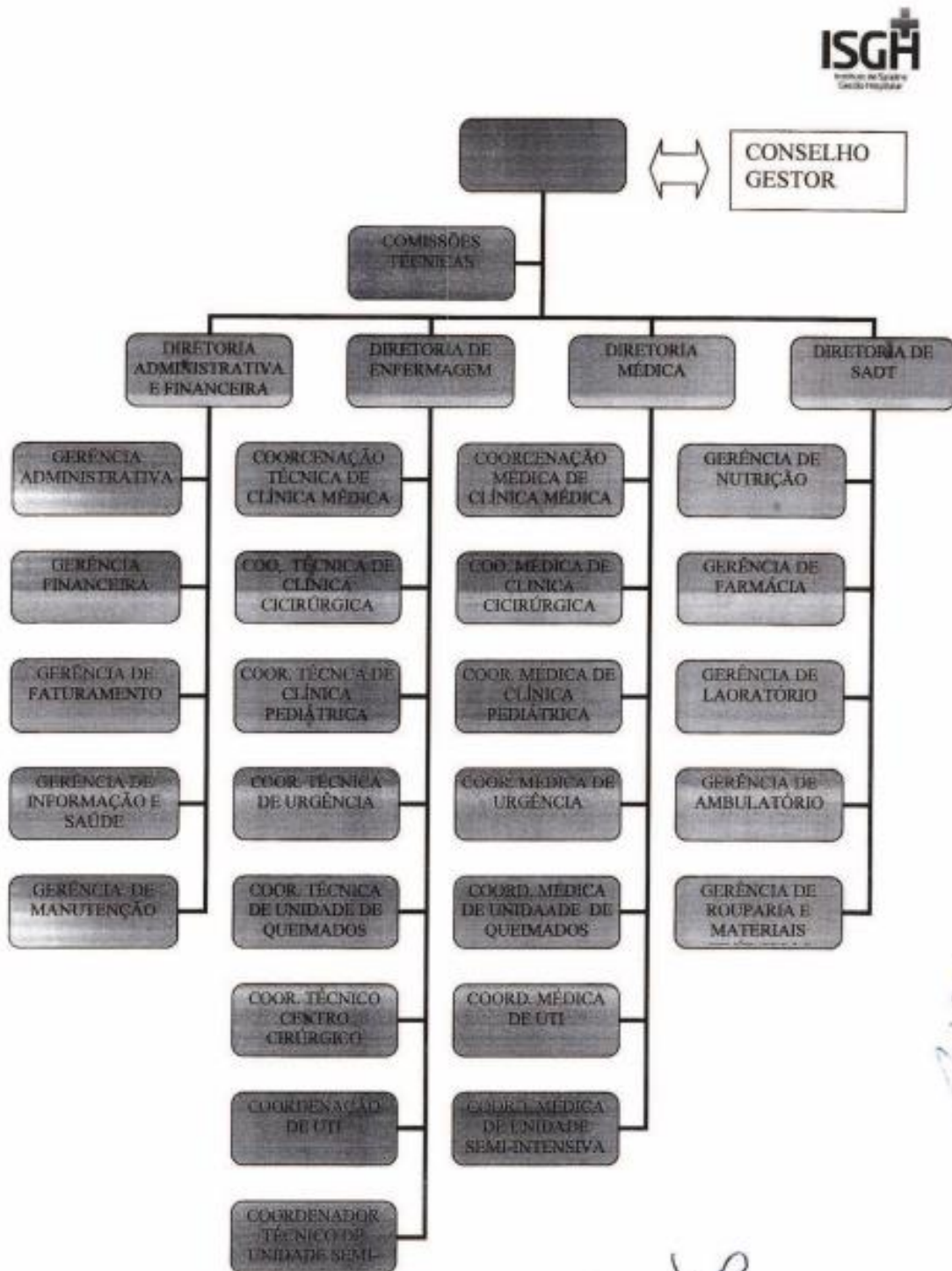


FIGURA 7: ESTRUTURA DA GOVERNANÇA LIGADAS À SUPERINTENDÊNCIA.

## HU/UNIVASF: ESTRUTURA GOVERNANÇA



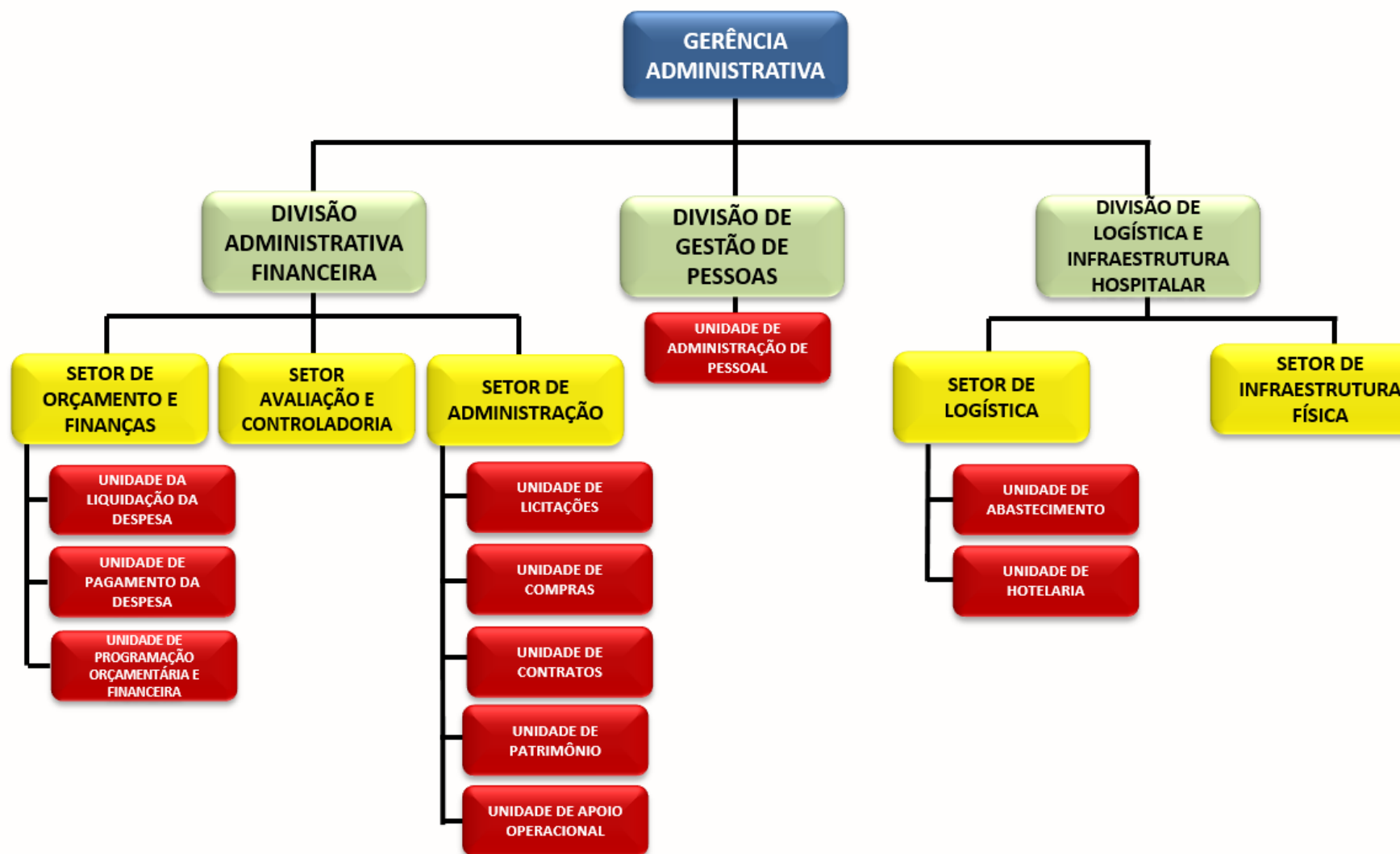
FIGURA 8: ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE.



FIGURA 9: ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA



FIGURA 10: ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA GERÊNCIA ADMINISTRATIVA



## 1.6. Inserção na Rede de Atenção à Saúde

O Projeto de Implementação da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco/ Rede PEBA tem como objetivo geral constituir uma região de atenção à saúde, em uma macrorregião interestadual, compreendendo os estados da Bahia e Pernambuco, composta por duas macrorregiões de saúde – Juazeiro e Petrolina. A macrorregião de saúde de Juazeiro/BA é formada pelas microrregiões de Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim, com uma população de 1.060.422 habitantes, distribuídos em 27 municípios. A macrorregião de saúde de Petrolina/PE é composta pelas microrregiões de Petrolina, Salgueiro e Ouricuri, envolvendo 26 municípios e uma população aproximada de 898.263 habitantes. Na conformação da Rede Interestadual. O Hospital Universitário de Petrolina participa da rede como referência para a atenção às urgências e, sobretudo às emergências em politrauma, neurocirurgia, ortopedia e traumatologia, cirurgia geral, cirurgia vascular e clínica médica.

O acesso ao hospital ocorre por meio de demanda espontânea e regulada pela Central de Regulação Interestadual de Leitos - CRIL, a qual encaminha os usuários necessitados dos serviços do HU-UNIVASF das cidades circunvizinhas que compõem a rede, além de regular também a contrarreferência e os leitos de retaguarda. Porém os leitos de retaguarda disponibilizados pela rede ficam em outras cidades e não possuem características para recuperação pós-cirúrgica, nossa maior demanda. Muitas vezes, os leitos de retaguarda ficam mais distantes da cidade de origem dos usuários, o que causa transtornos de locomoção para as famílias e dificulta o contrarreferenciamento. Além desse problema, há uma superlotação do HU-UNIVASF por, hoje, funcionar como a única referência para o trauma na rede, já que os serviços auxiliares que atendiam traumas menores no início do funcionamento do projeto da Rede PEBA foram descontinuados, o que vem causando imenso transtorno ao HU, que foge do seu perfil de média e alta complexidade em ortopedia, para atender casos de baixa complexidade. Em maio de 2016, foi criado o Grupo de Trabalho (GT) em Ortopedia para estudar a rede e propor ações de melhorias com representantes de todas as instituições de Petrolina e Juazeiro.

Internamente, tentamos implantar um mecanismo de programação de cirurgias traumato-ortopédicas onde o usuário aguarda o agendamento em casa ou na unidade de origem. A Tabela 32 mostra os leitos de retaguarda na rede PEBA.

Uma oportunidade aproveitada pelo HU-UNIVASF, nos últimos três meses, foi a sua inserção como ator principal na integração e responsabilização da Rede PEBA,

principalmente diante da atual crise instalada. Soma-se a esta crise, a dificuldade dos entes federativos para financiar a saúde pública no Vale do São Francisco. Outra conquista deu-se ao fato de o hospital ter inserido na sua estrutura de pessoas novos anesthesiologistas e traumato-ortopedistas por meio de parcerias com os municípios de Juazeiro e Petrolina. Essa comunicação com os municípios foi o início de uma transformação no sentido de inserção do HU-UNIVASF na RAS, porém o hospital ainda tem muitos desafios no tocante ao aprimoramento da regulação tanto de integração com a Rede quanto intra-hospitalar para suportar esta mudança.

TABELA 32: LEITOS DE RETAGUARDA NA REDE PEBA.

GERES	MUNICIPIO	SCNES	HOSPITAL	Nº DE Leitos Clínicos de Retaguarda	Municípios próximos
7ª	SERRITA	2349566	HOSP. GERAL IMACULADA CONCEIÇÃO	9	Serrita
	BELÉM DE SÃO FRANCISCO	2349574	HOSPITAL DR. JOSÉ ALVENTINO LIMA	6	Belém do São Francisco/PE; Chorochó/BA
8ª	AFRÂNIO	2639238	HOSPITAL MUNICIPAL MARIA COELHO CAVALCANTI RODRIGUES	4	Afrânio/PE; Dormentes/PE; Rajada/PE (zona rural de Petrolina); Tiririca (zoa rural de Casa Nova/BA)
	LAGOA GRANDE	2639211	HOSPITAL MUNICIPAL JOSÉ HENRIQUE DE LIMA	10	Lagoa Grande; Izacolândia, Bebedouro, Nova Descoberta (zona rural de Petrolina)
	SANTA MARIA DA BOA VISTA	2639173	HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR ÂNGELO SAMPAIO	5	Santa Maria da Boa Vista/PE; Orocó/PE; Curaçá/BA
9ª	ARARIPINA	2639262	HOSPITAL SANTA MARIA	40	Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri, Santa Cruz, Santa Filomena, Trindade
	EXU	24311106	HOSP MUNICIPAL JOSE PINTO SARAIVA	6	Exu/ Bodocó
	IPUBI	2715228	HOSPITAL MUNICIPAL MARCELINO DA SILVA MUDO	1	Ipubi/ Bodocó (principalmente zona rual - Camcimbina Nova; Sitio Andorinha; Feitoria)
	PARNAMIRIM	2715384	UNIDADE MISTA RAIMUNDA DE SÁ BARRETO CABRAL	5	Parnamirim/PE; Serrita/PE; Terra Nova/PE
				52	
<b>TOTAL</b>				<b>86</b>	

## 1.7. Contexto do Cenário Atual

A EBSEERH tem 19 meses de gestão no HU-UNIVASF e, neste período, conseguiu fornecer ao hospital uma gestão especializada com base em uma equipe multifuncional incluindo categorias profissionais e especialidades médicas ambulatoriais, jamais disponibilizadas. Ainda, construiu uma base administrativa eficiente dos recursos públicos, uma vez que, dificilmente, há falta de insumos hospitalares.

Além disso, possui uma contratualização distinta que provê uma orçamentação global, o que garante sustentabilidade orçamentária e financeira, visto que é um dos poucos hospitais da rede que não apresenta dificuldades financeiras para custear a Unidade. A gestão atual conta com uma equipe de governança unida que por meio da horizontalização com base na estrutura do *empowerment*, toma decisões em colegiados, integrando as informações e dividindo as responsabilidades.

A EBSEERH/Sede também tem investido bastante em capacitação da equipe da governança do HU e isto tem sido importante para a integração das áreas administrativas e assistenciais que antes eram incipientes e isoladas no hospital. Apesar dos problemas assistenciais, o hospital vem investindo na contratação de pessoal para diversas especialidades, aproveitando a oportunidade também, para buscar habilitação de novos serviços e ampliar as fontes de financiamentos. O hospital discute ativamente a retomada da residência de ortopedia e traumatologia, além da habilitação às urgências em Acidente Vascular Cerebral/AVC e os procedimentos em alta complexidade de cirurgia vascular e cardiologia.

Porém, nem só de vitórias e conquistas o HU-UNIVASF passou durante esses 19 meses de gestão. Embora exista um planejamento estratégico em todos os setores do hospital, ainda existe a falta de um planejamento intersetorial para criar ações estratégicas comuns a dois ou mais setores.

Apesar da política de comunicação ainda não ter sido institucionalizada formalmente, o hospital melhorou a gestão da comunicação externa com a nova chefia de comunicação social, porém existe a necessidade de melhorar a comunicação interna entre os diversos setores.

Outras queixas estão ligadas à ineficiente gestão do cuidado que, em julho de 2016, possuiu o pior cenário assistencial do ano (funcionários da área assistencial em férias, greve de hospitais locais, férias de residentes, término de contrato de profissionais assistenciais, e a falta de liberação para contratação de funcionários aprovados em concurso público) com taxas de ocupação superiores a 150%. Situação bem diferente, que foi conquistada após o HU-

UNIVASF focar na resolução dos primeiros problemas em parceria com o Hospital Sírio Libanês após agosto de 2016. Essas conquistas serão elucidadas principalmente nos Capítulos 3 e 4.

Atrelado a estes problemas, soma-se a insuficiência de protocolos e fluxos que foram modificados a partir da implementação do Protocolo de Manchester durante o segundo semestre de 2016. Atualmente, o HU-UNIVASF possui duas grandes dificuldades: a infraestrutura física assistencial e administrativa insuficiente para a demanda, além do quadro deficitário de profissionais em todas as áreas assistenciais.

O atual cenário político e econômico do Brasil prejudicou a efetivação das ações de melhoria do HU, uma vez que houve mudanças organizacionais na matriz da EBSEH, as quais provocaram retardo das ações estratégicas, principalmente para a contratação dos concursados na área assistencial. Concomitantemente, o processo de esfacelamento da rede PEBA foi agravado pela falta de resolubilidade nos municípios menores e naqueles que pactuaram melhoria dos serviços em seus pontos de atendimento, principalmente, os municípios de Paulo Afonso e Senhor do Bonfim. O Hospital Regional de Juazeiro, maior da cidade, tem enfrentado greves, provocando a suspensão dos atendimentos de urgência, o que tem aumentado, ainda mais, a demanda pelos serviços do HU.

Essa contextualização foi a base para que o HU-UNIVASF delimitasse os seus macroproblemas:

- 1 - Modelo de gestão do cuidado e da assistência ineficiente e não centrado no paciente
- 2 - Inadequação da inserção do HU na política da rede assistencial
- 3 - Falta de gestão compartilhada aliada à falta de comunicação interna e externa

O macroproblema 1 surgiu como uma das maiores preocupações da equipe gestora e ampliada e está sendo trabalhado como foco principal no Plano Diretor Estratégico (PDE) do HU-UNIVASF, devido, especialmente, à ineficiência do gerenciamento no tocante tanto à atenção ao paciente, com base nos pressupostos da clínica ampliada e da gestão da clínica, quanto à demanda frente a capacidade instalada, levando ao alto tempo médio de permanência, comparado ao preconizado pelo Ministério da Saúde, para quase todas as especialidades. Além disso, este tema está associado ao tempo elevado de espera para a realização das cirurgias dos pacientes que chegam ao hospital via Urgência e Emergência; e ao fluxo inverso de pacientes da Unidade de Terapia Intensiva ou das enfermarias para Sala Vermelha do Pronto Socorro. Desta forma, é verificado um cenário atual de baixa

responsabilização das equipes de porta pela continuidade do cuidado e baixa resolutividade assistencial. Além da importância dada pela equipe ampliada em modificar o cenário atual do HU-UNIVASF nesse âmbito, foi considerado que há oportunidade em modificá-lo, visto que o hospital detém governabilidade na criação de fluxos e processos; implementação de Protocolos Clínicos Assistenciais e Linhas de Cuidado, entre outras ferramentas da Gestão da Clínica.

O segundo Macroproblema “Inadequação da inserção do HU na política de rede assistencial” também foi priorizado e considerado pela equipe ampliada um centro prático de ação dado ao fato de o HU-UNIVASF, historicamente, absorver inúmeras demandas que não encontram resolutividade na Rede PEBA, mesmo sabendo do pouco envolvimento de atores externos ao hospital, como os gestores municipais e estaduais. Adicionalmente, o resultado da Análise Situacional suporta a necessidade de se priorizar este tema, o que também se aplica ao primeiro Macroproblema priorizado, pois a menor aderência do hospital em relação aos Modelos de Referência concentra-se na Gestão da Clínica, que envolve, entre outros temas, a Gestão da Regulação Assistencial intra-hospitalar e sua relação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Este cenário é evidenciado no HU-UNIVASF pelo alto percentual de pacientes internados advindos por demanda espontânea, pela inexecução da grade de referências pactuada com os gestores locais da RAS, assim como dos fluxos deficientes de acesso dos pacientes da RAS ao HU e, por fim, pela oferta inexistente de consultas liberadas à regulação.

O terceiro Macroproblema “Falta de gestão compartilhada, aliada à falta de comunicação interna e externa” gera o entendimento que ninguém tem responsabilidade sobre o problema ou que *‘o problema não é meu’*. Em contrapartida, este é um Macroproblema que a equipe gestora possui governabilidade de atuação e, portanto, possibilidade de intervenção direta nos problemas relacionados, além de não depender de recursos financeiros externos e internos. Este tema tem relação direta com a ausência de planejamento intersetorial, ressaltado pela ausência de reuniões colegiadas, e de uma estrutura organizacional matricial, de forma que o HU esteja arranjado sob a ótica do usuário e da formação profissional – e não de um conjunto de atividades departamentais, implicando em falta de responsabilização e consequente ausência de medidas resolutivas. Os problemas ligados à gestão compartilhada foram unificados com aqueles relacionados à comunicação interna e externa que serão evidenciados no plano de ações.

## 2. Objeto e objetivos

### 2.1. Objeto

O objeto desse trabalho é o planejamento estratégico do HU-UNIVASF e tem como temporalidade o período entre 2017-2018.

### 2.2. Objetivo Geral e Específicos

#### 2.2.1. Objetivo Geral

Planejar ações estratégicas para tornar o HU-UNIVASF um hospital de excelência na integração entre ensino, pesquisa e assistência no Vale do São Francisco.

#### 2.2.2. Objetivos Específicos

- Profissionalizar a gestão a partir da institucionalização de ciclos de planejamento estratégico;
- Melhorar o desempenho dos indicadores de desempenho do HU-UNIVASF em 2017 e 2018;
- Promover maior transparência de seus projetos, resultados e práticas perante à comunidade do Vale do São Francisco;
- Fortalecer a inserção do HU-UNIVASF na Rede PEBA e orientar as ações para o atendimento centrado no paciente;
- Construir e negociar estrategicamente o plano de ação para o enfrentamento dos macroproblemas selecionados e priorizados: 1: Modelo de gestão do cuidado e da assistência ineficiente e não centrado no paciente; 2: Inadequação da inserção do HU na Política da Rede Assistencial; e 3: Falta de Gestão Compartilhada aliada à falta de Comunicação interna e externa;

- Estabelecer cronograma, custo, responsável técnico e indicadores de acompanhamento de cada ação; e
- Estabelecer mecanismos de acompanhamento do PDE.

### 3. Percurso Metodológico

Desde a adesão do HU-UNIVASF à EBSEERH em 2013, vem se construindo uma série de ações no sentido da reorganização do hospital, que vão desde o dimensionamento de pessoal e infraestrutura, até mais recentemente, as últimas convocações dos profissionais aprovados nos concursos realizados para compor o quadro dimensionado de servidores do hospital. Em meio a este processo, quando da nomeação da equipe de governança, no ano de 2015 fomos sinalizados da participação do nosso hospital na “terceira onda” de capacitação da rede EBSEERH no curso de especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS, promovido em parceria com o Hospital Sírio Libanês (HSL) e que, deste curso, nos seria demandada a construção e apresentação do nosso Plano Diretor Estratégico-PDE para o biênio 2017-2018. Em sendo assim, nos preparamos para receber a equipe do Sírio Libanês e dar início ao nosso desenvolvimento conforme segue adiante.

#### 3.1. Percurso de desenvolvimento do PDE

O HSL em parceria com a EBSEERH, iniciou em 2013, uma proposta modelo para a gestão em Hospitais Universitário Federais-HUFs, que consistiu até 2015 em avaliar, desenvolver e participar das ações de construção dos PDEs de 25 hospitais filiados à empresa, situados em 17 estados da federação e capacitar 250 profissionais e gestores destas instituições. A partir daí, projetou para 2016 a realização desta proposta para mais 12 HUFs em 9 estados da federação, obedecendo a seguinte sequência:

- Análise situacional, onde o grupo de facilitadores do Hospital Sírio Libanês interage junto com o pessoal de cada hospital a fim de conhecer as respectivas realidades e os principais problemas enfrentados localmente;
- Acompanhamento e apoio nas capacitações, no qual os facilitadores por meio de encontros presenciais ajudam no desenvolvimento de temas críticos para o alcance das metas do HU;
- Acompanhamento e apoio diretamente ligado à construção do PDE do hospital, bem como sua revisão.

Desta forma, o percurso de desenvolvimento do PDE do HU-UNIVASF envolveu inúmeros profissionais da instituição, bem como várias atividades (visitas, oficinas, encontros) desenvolvidas pela equipe do hospital internamente e outras com o apoio dos facilitadores do HSL. Neste processo, as atividades foram iniciadas em fevereiro de 2016, envolvendo sete encontros presenciais realizados no IEP/HSL em 2016, sendo que os três primeiros foram voltados à realização da Análise Situacional. As atividades desenvolvidas nesses encontros incluíram, por meio de metodologia construtivista, a elaboração e o desenvolvimento de conceitos e ferramentas de gestão, atenção à saúde e educação, de modo a embasar a elaboração do plano de intervenção para o PDE e apoiar a integração dos HUFs na Rede de Atenção à Saúde (RAS), orientadas às necessidades de saúde dos usuários.

Adicionalmente, este percurso incluiu a participação de nove gestores do hospital no Programa de Desenvolvimento de Competências (PDC) dos profissionais dos Hospitais Universitários Federais (HUF), iniciado em Maio de 2016, que tem como objetivo contribuir para a qualificação da gestão dos HUF por meio da capacitação de profissionais e gestores, visando à integralidade do cuidado no SUS.

É importante destacar, portanto, que a proposta metodológica prevê a colaboração, comunicação e interação dos participantes ao longo de todo o projeto. Está baseada em quatro diretrizes estratégicas a saber:

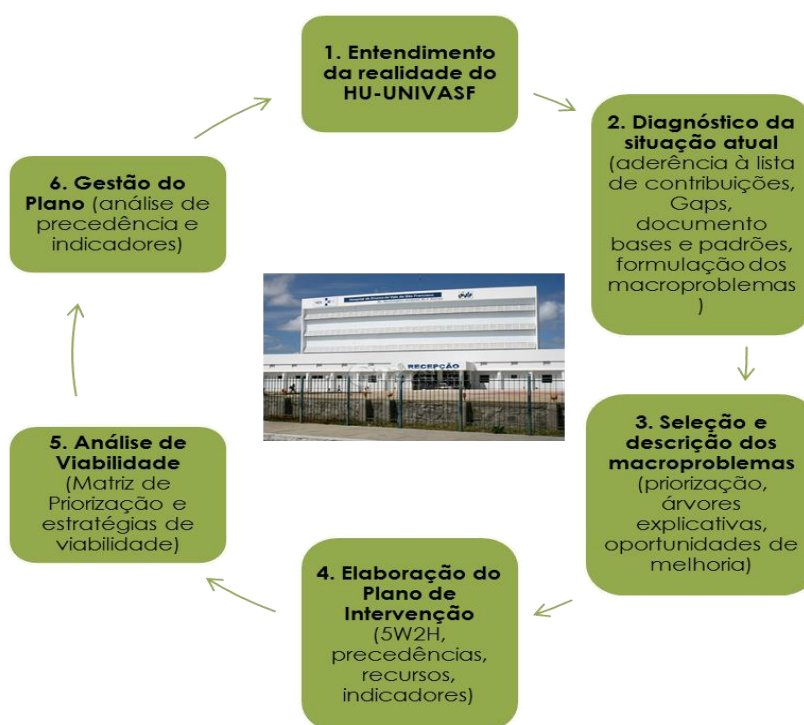
- Viabilizar a assistência de excelência, promovendo um modelo assistencial focado no usuário (paciente e estudante), ofertando estrutura física, tecnológica e de pessoal adequadas e compatibilizando as atividades de assistência e ensino;
- Promover a cultura de relevância dos HUs no SUS, desenvolvendo linhas de cuidado estratégicas para a rede local de atenção à saúde e atuar como agente de disseminação do conhecimento, qualificando ações de melhoria da gestão e da assistência;
- Adotar padrões baseados nas melhores práticas, exercer um modelo de gestão compartilhada com a EBSEH sede, orientado para o aprimoramento de procedimentos e governança com critérios claros de avaliação, monitoramento e controle; e
- Comprometer-se com a transparência das informações, promovendo uma gestão orçamentária e otimização de custos de modo a garantir o cumprimento de metas e a disponibilidade de informações confiáveis sobre a atividade do hospital.

Com base nestas diretrizes foram consideradas referências de melhores práticas e legislação vigente a fim de se construir o instrumental para o desenvolvimento do projeto nos hospitais e foram usadas ferramentas desenvolvidas pelos especialistas do Hospital Sírio Libanês.

### 3.2. Etapas da construção do PDE

As cinco etapas que compõem o processo da construção do Plano Diretor Estratégico podem ser observadas na Figura 11 com as principais ferramentas utilizadas, que serão detalhadas nos tópicos a seguir:

FIGURA 11: ETAPAS PARA A CONSTRUÇÃO DO PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO.



### 3.3. Metodologia de ensino aprendizagem

A comunidade participante do processo é formada pelos facilitadores do Curso e colaboradores do HU, onde todos aprendem por meio de atividades que exigem colaboração ativa, desprendimento, diálogos e troca de experiências. Para desempenhar tais propostas, são delineados perfis de equipes para a condução do trabalho.

O grupo afinidade é composto pelos colaboradores do HU que fazem parte da governança e participam diretamente das ações desenvolvidas fora do HU nos encontros presenciais realizados na sede do Hospital Sírio Libanês (nove gestores selecionados para participar do PDC dos profissionais de HUF). A este grupo, cabe executar a especialização proposta e multiplicar o aprendizado e os trabalhos realizados à distância do HU. Ainda, ao grupo são transmitidas as ações, demandas e o andamento do processo de trabalho para discussão no âmbito do HU e compartilhamento com a equipe ampliada.

Além do grupo afinidade, cada membro compõe um grupo diversidade que é mesclado por membros de outros HUs participantes do PDC como forma de se estabelecer contato e troca de experiências, além do desenvolvimento das várias atividades propostas nos encontros presenciais.

Adicionalmente, participou do percurso a equipe ampliada, composta por profissionais multidisciplinares do HU-UNIVASF, os quais foram considerados estratégicos para esta construção coletiva, além dos facilitadores do HSL.

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

Em 1996, Morgan sugeriu que as organizações, uma vez submetidas a um processo racional de planejamento, organização, direção, coordenação e controle, poderiam funcionar como uma máquina, com a devida articulação entre as suas peças. O planejamento serve para organizar o coletivo e utiliza os conceitos de Matus (1987) que define o planejamento como o cálculo que precede e preside a ação, para criar o futuro e não prevê-lo e defende que a ação

melhor planejada ocorre a partir de quem a executa. A gestão estratégica e seu planejamento prévio são ferramentas e técnicas utilizadas para escolhas de ações que permitam atingir as metas de forma mais eficaz.

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

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

- **Momento Explicativo:** Quando é feita a análise do ator que planeja dentro dos limites e potencialidades, ambiente interno e externo, faz a identificação e seleção de problemas estratégicos, monta os fluxos de explicação dos problemas com suas cadeias causais respectivas, faz a seleção das causas fundamentais – chamadas de Nós Críticos – como centros práticos de ação na construção da Árvore de Problemas, a partir de uma Situação-Objetivo definida pelo grupo;
- **Momento Normativo:** É quando são desenhadas as ações ou projetos concretos sobre cada Nó Crítico, também chamadas Ações do Plano. Nessa etapa são definidas para cada operação elencada, os recursos necessários, os produtos esperados e os resultados previstos, são construídos os cenários possíveis para a execução do plano, analisada a trajetória do conjunto das operações em cada cenário e, partindo desse pressuposto, tentando diminuir a vulnerabilidade do plano;
- **Momento Estratégico:** Nesse ponto os atores sociais envolvidos no Plano são analisados em seus interesses, motivações e poder, em cada uma das Ações previstas e cenários imaginados. É definida a melhor estratégia possível para cada trajetória traçada, estabelecido um programa direcional para o Plano, e construída a viabilidade estratégica para atingir a Situação-Objetivo; e
- **Momento Tático-Operacional:** É o momento de debate sobre as formas organizativas, a cultura organizacional e o modus operandi da organização, como forma de garantir a execução do Plano. Reforçam este momento ações como funcionamento da agenda da

direção, sistema de prestação de contas, participação dos envolvidos, gerenciamento do cotidiano, sala de situações e análise sistemática da conjuntura (TONI, 2015).

A construção do PDE envolveu os quatro momentos supracitados, nos quais as equipes afinidade e ampliada estiveram envolvidas. A participação ampliada de profissionais do HU-UNIVASF variou em alguns momentos do processo, tendo em vista a alteração de alguns membros da equipe gestora ao longo do processo, porém não trouxe impacto na elaboração do PDE que foi realizado de forma conjunta, o que contribuiu para o aperfeiçoamento do produto em construção.

### 3.4. Aplicações das Ferramentas no HU-UNIVASF

#### 3.4.1. Diagnóstico Situacional do Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco – HU-UNIVASF

O primeiro encontro dos facilitadores do HSL nas dependências do HU-UNIVASF ocorreu em fevereiro de 2016 com o foco na análise situacional do HU, seguindo o cronograma de atividades de participantes propostos (Figura 12) baseado no Planejamento Estratégico Situacional.

No primeiro momento, houve a abertura e o acolhimento da equipe ampliada, com a apresentação dos colaboradores do HU e dos facilitadores do HSL, para contextualização do projeto da EBSEH/HSL. Levantaram-se as expectativas e desafios e realizamos uma oficina sobre como fazer e receber críticas. No início da tarde, foi feito um contrato didático, contendo as regras para serem seguidas nos demais momentos de encontro de formação, a exemplo de horário para começo das atividades, intervalo, atendimento de celular, saída e entrada na sala etc. A análise situacional foi realizada em três visitas com o HSL conforme mostra a Figura 13.

FIGURA 12: AGENDA DO PRIMEIRO MÓDULO NO HU-UNIVASF.

#### Agenda do Primeiro Módulo – atividades

A agenda compreende as Oficinas: Pilares de Gestão dos HUFs no SUS, Identificação dos Macroproblemas, Como Fazer e Receber Críticas e Lista de Contribuições

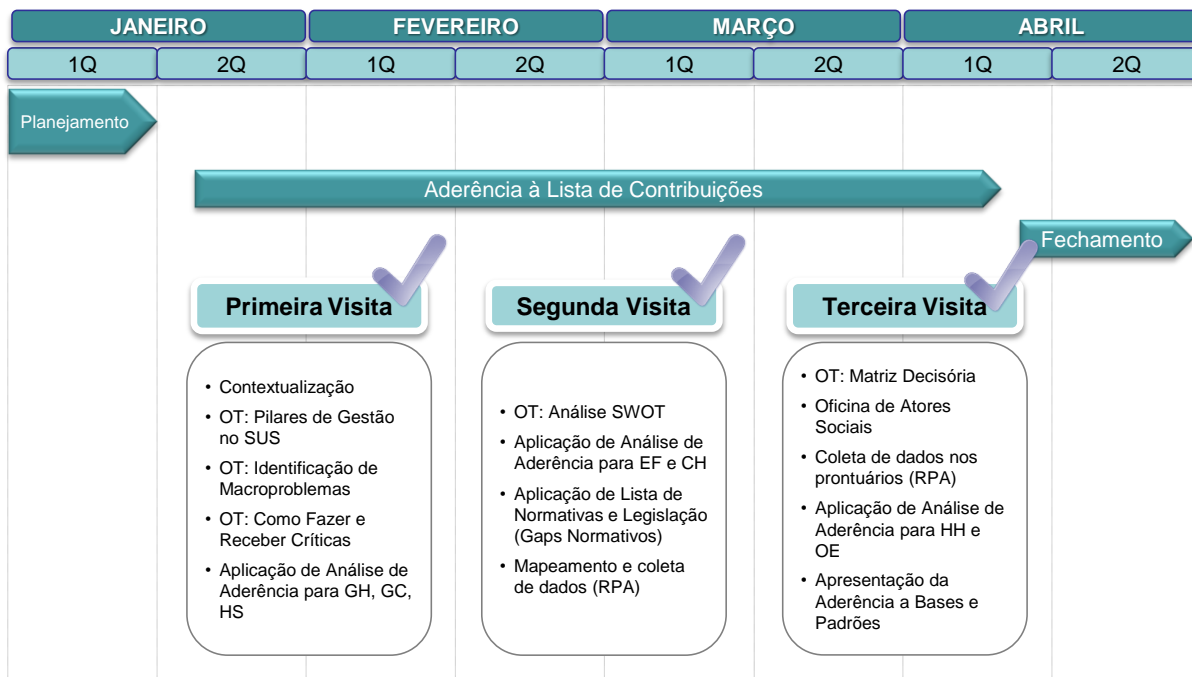
	Dia 01	Dia 02	Dia 03
Manhã – 9 a 13	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Abertura e acolhimento (0,5h)</li> <li>➤ Apresentação da equipe (HUFs e HSL) (1h)</li> <li>➤ Contextualização do projeto (1h)</li> <li>➤ Levantamento de expectativas e desafios (20min)</li> <li>➤ Oficina: Como fazer e receber críticas (1h)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Oficina: Pilares de Gestão dos HUFs no SUS (1h)</li> <li>➤ Oficina de Identificação de Macroproblemas (3h)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aplicação da Lista de Contribuições: Gestão Hospitalar (3h)</li> <li>➤ Avaliação</li> </ul>
Tarde – 14 a 18	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Contrato didático (0,5h)</li> <li>➤ Aplicação da Lista de Contribuições: Humanização da Saúde (2h)</li> <li>➤ Visita (1,5h)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aplicação da Lista de Contribuições: Gestão da Clínica (4h)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Retorno</li> </ul>

### Agenda do Primeiro Módulo – participantes

Para as atividades previstas ao longo dos 3 dias, são necessários os seguintes participantes de acordo com o perfil e conhecimento requeridos nas atividades:

	Dia 01	Dia 02	Dia 03
<b>Manhã – 9 a 13</b>	<p><b>Equipe gestora:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Superintendência; Gerência de Atenção à Saúde; Gerência de Ensino e Pesquisa; Gerência Administrativa.</li> </ul> <p><b>Equipe ampliada:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Responsáveis pelas Divisões e Setores das Gerências, lideranças da Divisão Médica, da Divisão do Cuidado, das equipes multiprofissionais, do Setor de Vigilância em Saúde, de Ensino e Pesquisa, de Orçamento, de Contabilidade, de Administração, de Engenharia Clínica, de Infraestrutura Física, de Hotelaria Hospitalar, de Suprimentos, do Jurídico, de TI, da Ouvidoria, do Planejamento, do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Equipe Gestora e Ampliada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Equipe Gestora;</li> <li>➢ Responsável do Planejamento;</li> <li>➢ Responsável de Qualidade;</li> <li>➢ Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde;</li> <li>➢ Responsável de Suprimentos e Farmácia;</li> <li>➢ Chefe da Divisão de Cuidado.</li> </ul>
<b>Tarde – 14 a 18</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Responsável pelo Comitê de Humanização; Ouvidoria; Chefe da Divisão do Cuidado; Responsáveis das Equipes Multiprofissionais; Responsável pelo setor de Comunicação e Equipe Gestora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Equipe Gestora</li> <li>➢ Chefe da Divisão do Cuidado</li> <li>➢ Responsáveis das Equipes Multiprofissionais</li> <li>➢ Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde</li> <li>➢ Responsável pela Educação Permanente/Continuada</li> <li>➢ Chefe da Divisão Médica</li> <li>➢ Responsável pelo Núcleo de segurança do paciente e pela Auditoria Clínica</li> </ul>	

FIGURA 13: AGENDA ATÉ ABRIL DE 2016.



Desta forma, foram realizadas oficinas ao longo das três visitas ao HUF voltadas à composição do diagnóstico situacional, visando, principalmente: levantamento dos macroproblemas; diagnóstico de aderência à Lista de Contribuições, que avalia a aderência às

boas práticas para os sete modelos de referência pré-definidos; diagnóstico de aderência à Lista de *Gaps* Normativos, que avalia a aderência do HUF às normativas para os temas legislação de gestão de pessoas, de suprimentos, gestão administrativo-financeira e legislação do SUS; diagnóstico de aderência a Bases e Padrões, que avalia a aderência aos cenários Base e Evolução para os sete modelos de referência pré-definidos; análise SWOT e definição dos objetivos estratégicos do HUF a partir da definição dos fatores críticos de sucesso.

Neste contexto, o PES contribuiu para que houvesse o entendimento da atual realidade do HU-UNIVASF, com, aproximadamente, um ano de gestão EBSERH, e o planejamento das medidas necessárias para a sua mudança. A implementação dessa ferramenta proporcionou uma união da governança com a equipe ampliada o que melhorou bastante o *empowerment* entre os colaboradores. A primeira fase do processamento de um problema, no PES, é a compreensão do mesmo (HUERTAS, 1996). É necessário delinear o problema de forma precisa para evitar interpretações errôneas por pessoas diferentes. A seguir serão destacadas algumas dessas ferramentas, assim como alguns resultados que fundamentarão a discussão do Capítulo 4.

#### 3.4.1.1. Levantamento preliminar do Macroproblemas do HU-UNIVASF

A metodologia utilizada para levantamento dos macroproblemas foi proposta por Carlos Matus (HUERTAS, 1996; MATUS, 2006; LIMA et al, 2008; TONI, 2015; FIGUEIREDO FILHO; MULLER, 2015). O planejamento tradicional é mais aplicado a cenários econômico-financeiros, enquanto o Planejamento Estratégico Situacional (PES) é mais ambicioso e foi criado para ser aplicado em cenários políticos. Este planejamento foi aplicado e adequado às características intrínsecas do HU-UNIVASF.

À vista disso, a primeira visita dos facilitadores do HSL objetivou identificar os macroproblemas relacionados ao HU-UNIVASF para orientar o levantamento de oportunidades de melhoria e de necessidades de formação ao HUF. Nesse momento houve a formação da equipe ampliada do hospital, mencionada anteriormente, com profissionais das áreas de assistência, ensino, pesquisa, administração e áreas de apoio. Para o alcance dos resultados desta etapa, valorizou-se a leitura prévia dos participantes sobre a realidade (atenção à saúde no hospital e na região) e a identificação de desconfortos e inquietudes em relação à atual conjuntura do cuidado à saúde no hospital e na região.

Após a contextualização do hospital, o levantamento preliminar dos macroproblemas do HU-UNIVASF resultou em nove declarações apresentadas a seguir.

TABELA 33: DECLARAÇÃO PRELIMINAR DOS MACROPROBLEMAS DO HU-UNIVASF

ID	Declaração do macroproblema
A	Dimensionamento quantitativo inadequado frente ao projeto inicial e dentro do seu quadro estabelecido, apresentando também limitações qualitativas
B	Ineficiência da gestão/assistência centrada no paciente, interferindo nas ações de melhoria a este, bem como nos processos, fluxos e normatizações do administrativo e assistencial, comprometendo o cuidado e a resolutividade e sobrecarregando a equipe
C	Insuficiência de protocolos e fluxos e não atendimento das normatizações e legislações, bem como sua não implementação, gerando falta de estruturas dos serviços e, conseqüentemente, impactos na qualidade do atendimento
D	Falta de Comunicação interna e externa, levando à segregação das equipes e impedindo um alinhamento estratégico
E	Descumprimento dos contratos de nutrição e higienização hospitalar
F	Falta de gestão compartilhada e de verticalização da gestão, gerando o entendimento que ninguém tem responsabilidade sobre o problema ou que “o problema não é meu”
G	Ineficiência na infraestrutura de equipamentos, mobiliários e elevadores
H	Falta de entendimento e fomento sobre ensino e pesquisa no HU e na comunidade externa, resultando em desarticulação dos grupos de pesquisadores e uma comunidade não consciente de seu papel, enquanto agentes de mudanças no processo de saúde/doença
I	Inadequação da inserção do HU na Política de Rede Assistencial, criando inconsistências também no gerenciamento de leitos

### 3.4.1.2. Aderência à Lista de Contribuições

No primeiro encontro, também foram repassados os modelos de referência a serem seguidos, para que, partindo das análises, fossem identificadas as situações problemas do hospital. A construção do Modelo de Referência (Figura 14) tem por objetivo estabelecer um conjunto de boas práticas de gestão que orientem o desenvolvimento das ações visando à evolução administrativa e assistencial do hospital. Para tanto, os modelos trabalhados com o HU foram a humanização em saúde, gestão da clínica e gestão hospitalar inicialmente. Em seguida, outros quatro modelos, compras hospitalares, administração econômico-financeira, gestão de obras e engenharia clínica e hotelaria foram também aplicados. Todos os modelos tomam por base as diretrizes estratégicas colocadas anteriormente e não pretendem esgotar as possibilidades em cada um dos temas, mas nos dar um norteamento de como planejar a

gestão, de modo a elevar o nível da assistência prestada e a melhoria contínua da qualidade em saúde com vistas a excelência na prestação do atendimento.

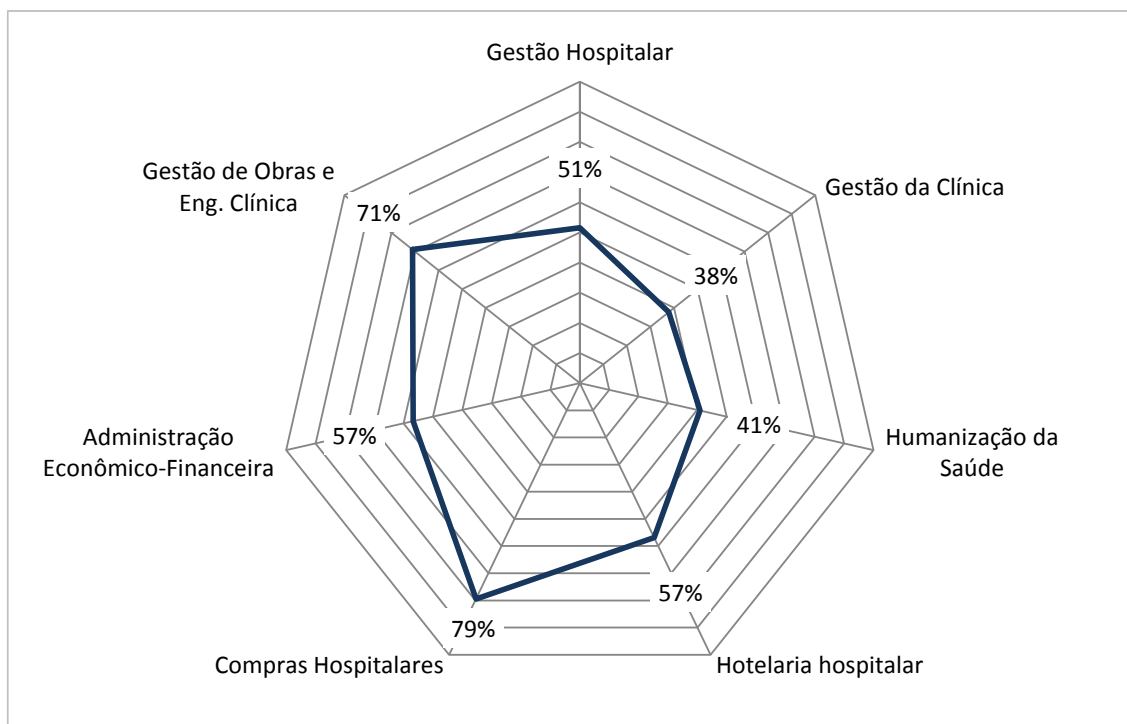
O diagnóstico de aderência aos sete Modelos de Referência mencionados é resultado da aplicação da lista de contribuições e de ações durante visitas in loco dos facilitadores e cofacilitadores aos Hospitais Universitários que permitiram identificar as principais oportunidades de melhoria associadas a cada um dos temas dos Modelos de Referência. Para realização deste diagnóstico, os seguintes trabalhos foram realizados: - Reuniões direcionadas pela Lista de Contribuições – Sessões exploratórias de discussão com as diversas áreas responsáveis pelos sete temas dos Modelos de Referência, utilizando a Lista de Contribuições como roteiro de discussão; e - Visitas guiadas às instalações do Hospital – Realização de visitas às diversas áreas do hospital, acompanhadas por responsáveis de área, com explicações in loco da operação e dos principais pontos fortes e críticos das áreas.

Ao processar o material (questões) das listas de contribuições dos modelos de referência, passa-se a entender e desvelar o *modus operandi* trabalhado no HU, além da situação atual do hospital tendo vistas ao desenvolvimento das práticas e rotinas executadas. Este contexto serviu de base para que fossem identificadas, em parte, as oportunidades de melhoria no desenvolvimento das ações no hospital. A reunião com o grupo ampliado se processa em cima de diversas questões relacionadas aos modelos de referência que são respondidas como desenvolvidas, em desenvolvimento e não desenvolvidas. Desta forma, ao final das questões, tem-se um panorama da atuação do hospital naquele contexto e uma sinalização, por exemplo, das áreas menos desenvolvidas, extraídas da análise das respostas informadas. Estas reuniões oferecem um resultado quantitativo da adesão do HU ao modelo de referência aplicado. A Figura 15 mostra o gráfico correspondente à aderência do HU-UNIVASF aos sete Modelos de Referência avaliados.

FIGURA 14: METODOLOGIA PARA A CONSTRUÇÃO DO MODELO DE REFERÊNCIA.



FIGURA 15: ADERÊNCIA DO HU-UNIVASF POR MODELO DE REFERÊNCIA



De acordo com o gráfico acima, pode-se concluir que a aderência global do HU-UNIVASF às boas práticas é moderada alta. O hospital destaca-se positivamente na aderência às boas práticas em relação ao Modelo de Referência de Compras Hospitalares (79%), com a maior aderência diagnosticada, e Gestão de Obras e Engenharia Clínica (71%), seguidos por Administração Econômico-Financeira e Hotelaria Hospitalar, ambos com aderência de 57%. Estes quatro Modelos encontram-se acima da aderência global. Em contrapartida, os Modelos de Referência de Gestão Hospitalar (51%), Humanização da Saúde (41%) e Gestão da Clínica (38%) representam o maior potencial de melhoria e encontram-se abaixo da média global.

De forma transversal a todos os Modelos, face aos aspectos avaliados pela Lista de Contribuições, destacam-se positivamente as seguintes boas práticas:

- **Elaboração, de forma participativa, do primeiro plano estratégico para o horizonte inicialmente de um ano**, com previsão de complementá-lo com um ciclo de atualização anual. Ademais, foram definidos indicadores, com metas estabelecidas, para monitoramento do desempenho do hospital frente aos resultados planejados;
- **Operacionalização do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH)**, tendo o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) como responsável por

esse processo. Atualmente há o monitoramento no HUF de 13 indicadores referentes às taxas de infecções hospitalares e de utilização de Cateter Venoso Central (CVC);

- **Implantação do Serviço de Ouvidoria com uma estrutura ativa no HU – UNIVASF.** A Ouvidoria do Hospital contempla a inclusão do Serviço de Informação ao Cidadão (SIC) enquanto sua responsabilidade e a resolução de problemáticas, conforme recebimento de demandas e solicitações, as quais são divulgadas em relatórios periódicos;
- **Racionalização das roupas por meio de distribuição planejada e controlada do enxoval e da realização de inventário para auxílio no controle da evasão,** além da definição de indicadores de desempenho e de resultados relacionados à evasão, peso processado, distribuição e controle da roupa;
- **Padronização de instrumentos legais de formalização de compras, Editais de Licitação, Termos de Referência e Projetos Básicos.** Os instrumentos foram padronizados conforme padrões e templates definidos internamente, tanto de equipamentos, materiais hospitalares e medicamentos, quanto de serviços;
- **Institucionalização dos processos administrativo-financeiros críticos, incluindo fluxo de atualização semestral, visando à melhoria contínua.** Adicionalmente, os indicadores econômico-financeiros estabelecidos são acompanhados por meio do sistema GEPLANES e divulgados nos painéis de gestão à vista, juntamente com os demais indicadores do HUF, promovendo uma cultura de comunicação dos resultados – intermediários e finais; e
- **Identificação e cadastro dos itens dos equipamentos médico-hospitalares, utilizados também durante seu mapeamento e inventário,** possibilitando o planejamento adequado das manutenções preventivas, corretivas, preditivas e calibrações realizadas.

Por outro lado, com maior ou menor impacto em cada um dos Modelos, verificam-se um conjunto de oportunidades de melhoria que limitam a obtenção de um melhor resultado na aderência às boas práticas, destacando-se:

- **Estabelecimento de um modelo de gestão orientado a processos, focado no atendimento às necessidades do usuário,** que resulte em condições favoráveis à

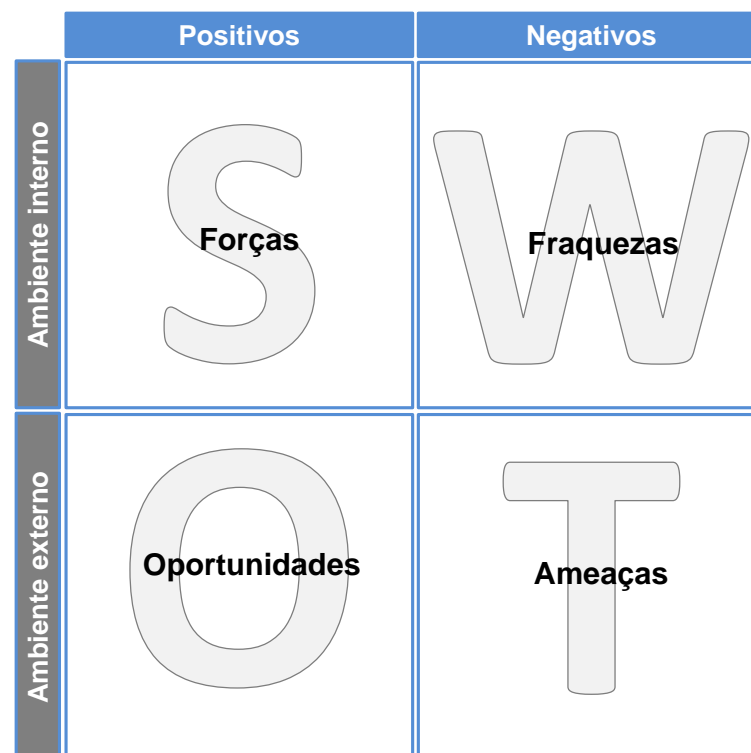
adoção das Linhas de Cuidado. Além disso, é necessário trabalhar a mudança cultural da organização do hospital, para que não esteja arranjado sob a ótica de atividades departamentais e hierarquizadas;

- **Estruturação e implementação de Linhas de Cuidado e Protocolos Clínicos Assistenciais que as operacionalizem**, pactuadas com o gestor local e integradas com rede PEBA (Petrolina/PE e Juazeiro/BA). Ademais, depois de estabelecidos, faz-se necessária a definição das diretrizes de Auditoria Clínico-Assistencial, visando à avaliação sistemática da assistência multiprofissional;
- **Elaboração e implementação do Plano de Comunicação Institucional**, que contemple a Política de Comunicação da Ebserh, Diagnóstico Situacional de Comunicação interna e externa e as dimensões de Assistência, Ensino e Pesquisa;
- **Atualização do contrato de terceirização dos Serviços de Nutrição e Dietética (SND) e de Higienização**, incluindo ajustes nos acordos de níveis de serviços e definição de responsáveis oficiais para a supervisão e controle sobre a qualidade de execução dos processos;
- **Constituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica, formada por equipe multiprofissional, além da aplicação da classificação ABC**, nos insumos consumidos pelo hospital, para posterior aplicação da classificação XYZ por meio da definição do nível de criticidade dos insumos presentes nos catálogos padronizados do HU - UNIVASF;
- **Estabelecimento de um modelo de apuração de custos**, por meio da definição de centros de custos, dos critérios de alocação de custos e criação de contas gerenciais por paciente vinculadas tanto no sistema de informação hospitalar (módulo do AGHU para Apuração de Custos) quanto nos processos administrativos; e
- **Criação de um Plano Diretor Físico**, que inclua a avaliação de todas as demandas de reforma/expansão de infraestrutura e de aquisição de equipamentos médico-hospitalares, elaborado a partir do mapeamento da infraestrutura a ser realizado e do inventário do parque tecnológico.

### 3.4.1.3. Oficina Análise de Matriz SWOT

A análise SWOT ou FOFA (Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças) é uma ferramenta utilizada para a análise de cenários, visto que fornece uma visão estruturada sobre o ambiente externo e interno, categorizando cada ponto em aspectos positivos ou negativos para a instituição, conforme pode ser observado na Figura 16.

FIGURA 16: MODELO DE MATRIZ SWOT



O objetivo da aplicação da SWOT é possibilitar o desenho de estratégias para, no contexto do planejamento estratégico, manter e potencializar pontos fortes, reduzir a intensidade de pontos fracos, aproveitando-se de oportunidades e protegendo-se de ameaças. A análise também é útil para revelar fortalezas que ainda não foram plenamente utilizadas e identificar fraquezas que podem ser corrigidas. Diante da identificação de fortalezas e fraquezas, e de oportunidades ou ameaças, faculta-se a adoção de estratégias que buscam o desenvolvimento, o crescimento, a manutenção ou a sobrevivência da organização, utilizando a Matriz SWOT. Nesse sentido, o método mostra-se eficaz no início de um projeto que visa à estruturação do planejamento estratégico como um todo. A análise SWOT realizada nesta fase do projeto contemplou etapas de *brainstorming* e discussão das equipes ampliada e gestora, para levantamento, classificação e cruzamento das variáveis.

Cabe mencionar que a condução desta oficina pelos facilitadores objetiva, principalmente, estimular o grupo a identificar possíveis riscos, com a finalidade de contingenciá-los, bem como potencializar as capacidades e explorar as oportunidades, no que tange à elaboração do planejamento estratégico. Portanto, a oficina é conduzida respeitando as particularidades de cada hospital, incluindo a maturidade da gestão, a motivação das equipes gestora e ampliada e a conjuntura político-social. Dessa forma, as dinâmicas de condução das oficinas variam, porém dialogam com o objetivo proposto.

Na sequência, apresenta-se o percurso metodológico para a construção da Matriz SWOT.

#### **i. Definição das principais forças, fraquezas, ameaças e oportunidades**

Foi realizada uma discussão em grupo com as equipes ampliada e gestora para a definição das forças, fraquezas, ameaças e oportunidades do HU. A partir da identificação das variáveis, as mais relevantes foram priorizadas pela equipe ampliada com o auxílio do facilitador e dos cofacilitadores, de modo a garantir que os itens priorizados tenham sido de consenso de toda a equipe e estejam alinhados com o contexto atual de cada hospital.

#### **ii. Cruzamento das variáveis**

Após a priorização das variáveis dos quatro quadrantes da SWOT, as mais relevantes são analisadas de modo cruzado (variáveis internas *versus* variáveis externas), resultando na Matriz SWOT cruzada. Foram analisadas quais fortalezas potencializam as oportunidades identificadas, assim como as fortalezas que minimizam ou extinguem as ameaças levantadas. A mesma lógica é aplicada às fraquezas, identificando quais poderão limitar o aproveitamento das oportunidades e quais poderão maximizar o risco e impacto das ameaças.

#### **iii. Compilação da Matriz SWOT cruzada e levantamento de objetivos estratégicos**

Após a construção da Matriz SWOT cruzada, foram avaliados os quatro cenários que possuem maior quantidade de cruzamentos, definidos pelos quadrantes da Figura 17:

O nível de maturidade das equipes gestora e ampliada dos hospitais determina o grau de aprofundamento da análise a partir dos resultados verificados no cruzamento das variáveis internas com as externas da Matriz SWOT. A partir da definição dos fatores críticos de

sucesso, é possível elucubrar sobre os objetivos estratégicos que servirão de insumo para o processo de construção do Plano Diretor Estratégico do hospital.

FIGURA 17: MATRIZ SWOT CRUZADA

		Ambiente Externo	
		Oportunidades	Ameaças
Ambiente Interno	Fortalezas	<p><b>DESENVOLVIMENTO</b></p> <p><b>Oportunidades Aproveitáveis:</b> As oportunidades podem ser aproveitadas de maneira eficiente e eficaz sem que o hospital precise desenvolver novas competências.</p>	<p><b>MANUTENÇÃO</b></p> <p><b>Ameaças Controláveis:</b> O hospital possui competências para controlar as ameaças de maneira satisfatória, reduzindo o impacto na instituição. Não há um total controle sobre o Ambiente Externo, mas pode desenvolver forças para reagir melhor às ameaças.</p>
	Fraquezas	<p><b>CRESCIMENTO</b></p> <p><b>Oportunidades Não-Aproveitáveis:</b> O hospital não possui forças necessárias para aproveitar as oportunidades. Avaliar se o negócio deve se limitar às oportunidades para as quais já possui os recursos necessários ou se deve desenvolver novas forças.</p>	<p><b>SOBREVIVÊNCIA</b></p> <p><b>Ameaças Não-Controláveis:</b> O hospital não possui forças para controlar ou diminuir a gravidade das ameaças, sendo as que mais afetam negativamente o seu funcionamento.</p>

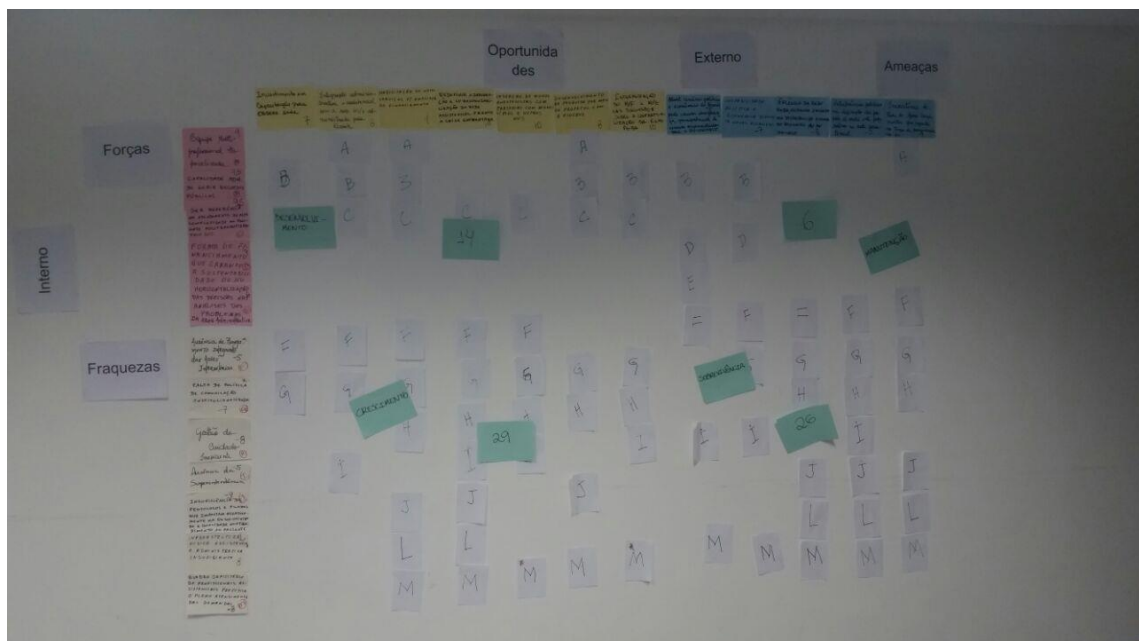
REGISTRO DA MATRIZ SWOT

		OPORTUNIDADES (O)						AMEAÇAS (T)						SOMATÓRIO LINHA	
		Investimento em capacitação pela Ebserrh sede (7)	Integração administrativa e assistencial com a rede de Hus administrada pela Ebserrh (8)	Habilitação de novos serviços para ampliação do financiamento (9)	Redefinir a integração e a co-responsabilização da rede assistencial frente a crise enfrentada (10)	Inserção de novos anestesiistas com parcerias com municípios e Hus (10)	Desenvolvimento de pesquisa por meio de projetos com a Fiocruz (8)	Intermediação do MPF nas discussões sobre contratualização da rede PEBA (10)	Atual cenário político e econômico do Brasil pode causar insegurança, principalmente de recursos orçamentários para o HU UNIVASF (5)	Instabilidade política e econômica dificulta novas alianças (7)	Falência da rede PEBA, gerando impactos na distribuição elevada de pacientes ao HU UNIVASF (8)	Interferências políticas na definição dos papéis de cada ente federativo na rede assistencial (5)	Inexistência de Rede de Apoio Complementar que impacta no tempo de permanência no HU (8)		
FORÇAS (S)	Equipe multifuncional especializada (9)		x	x										x	4
	Capacidade administrativa de gerir recursos públicos (3,5)	x	x	x			x	x	x	x					7
	Ser referência do atendimento de alta complexidade ao paciente poli-traumatizado pelo SUS (9,5)		x	x	x	x	x	x							6
	Forma de financiamento que garante a sustentabilidade do HU								x	x					2
	Horizontalização das decisões nas análises dos problemas da área administrativa (6)								x						1
FRAQUEZAS (W)	Ausência de planejamento integrado das ações intersetoriais (-5)	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	10
	Falta de política de comunicação institucionalizada (-7)	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	11
	Gestão do cuidado ineficiente (-8)			x	x	x	x	x			x	x	x	x	8
	Ausência da superintendência (-5)		x		x	x		x	x	x		x			7
	Insuficiência de protocolos e fluxos que impactam negativamente na resolutividade e qualidade no atendimento ao paciente (-3)			x	x		x				x	x		x	6
	Infraestrutura física assistencial e administrativa insuficiente (-8)			x	x						x	x		x	5
	Quadro deficitário de profissionais assistenciais prejudica o pleno atendimento das demandas (-8)			x	x		x		x	x	x	x		x	8

Assim, a partir dos fatores críticos de sucesso encontrados na análise realizada no HU-UNIVASF (Figura 18) pelas equipes afinidade e ampliada foram definidos os objetivos estratégicos abaixo, de maneira a direcionar futuros planos de ação:

- Alinhar as ações do planejamento estratégico de forma intersetorial no HU-UNIVASF;
- Desenvolver uma política de comunicação institucionalizada no HU-UNIVASF;
- Ampliar a estrutura física e redimensionar o quadro administrativo e assistencial, considerando os fatores socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos da RAS, onde o HU está inserido; e
- Definir e institucionalizar diretrizes operacionais e fluxos assistenciais de melhoria do acesso e qualidade da assistência ao paciente.

FIGURA 18: OFICINA DE ANÁLISE DE MATRIZ SWOT DO HU-UNIVASF

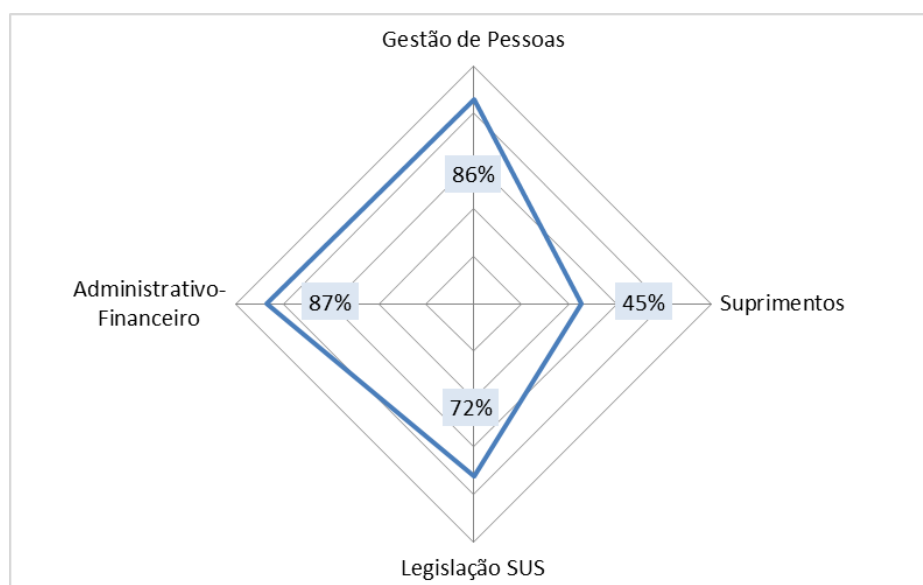


### 3.4.1.5. Aderência à Lista de Gaps Normativos

Na etapa seguinte, o diagnóstico situacional prosseguiu com o uso da ferramenta Lista de *Gaps* Normativos, preenchida pelos grupos formados por integrantes da equipe ampliada. De modo sequencial, os facilitadores forneceram as orientações necessárias para esclarecimento dos itens que compõem a lista. A análise da aderência do HU-UNIVASF aos Gaps Normativos buscou apresentar a avaliação global do hospital em relação à aderência às normatizações em: legislação de gestão de pessoas; Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e Regime Jurídico Unificado (RJU); legislação de suprimentos; legislação administrativo-financeira; e legislação do SUS. Além disso, objetivou-se analisar brevemente o perfil do HU-UNIVASF em relação a indicadores hospitalares selecionados; e demonstrar quantitativa e qualitativamente as principais oportunidades de melhoria nestes âmbitos.

Assim, o HU - UNIVASF apresentou 73% de aderência global às exigências normativas referentes à Legislação de Gestão de Pessoas, Legislação de Suprimentos, Legislação Administrativo-Financeira e Legislação do SUS. O nível de aderência consolidado por tema é apresentado na Figura 19.

FIGURA 19: ADERÊNCIA DO HU-UNIVASF POR TEMA DA LISTA DE *GAPS* NORMATIVOS.



De acordo com o gráfico acima, a aderência global do HU-UNIVASF às normatizações é moderada. O hospital destaca-se nas exigências normativas em relação à Legislação Administrativo-Financeira, com 87%, seguida por Gestão de Pessoas, com 86%,

ambas acima da aderência global. Em contrapartida, os temas que representam o maior percentual de oportunidade de melhoria referem-se à Legislação do SUS, com 72% de aderência, e, por fim, às exigências em relação a Suprimentos, com 45%.

Em síntese, face aos aspectos avaliados pela Lista de Aderência a Gaps Normativos, destacam-se positivamente as seguintes normativas e legislações:

- **Efetivação plena das normas contempladas aos seguintes temas de Gestão de Pessoas - Regime Jurídico Único (RJU) e Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT):** afastamento, controle, fiscalização, licenças, remoção, rescisão, segurança do trabalho, substituição e vacância;
- **Cumprimento pleno das normas relacionadas à Legislação de Suprimentos (Materiais e Medicamentos)** referentes ao recebimento de insumos, controle das entregas e gerenciamento de resíduos;
- **Cumprimento de normativas referentes a processos assistenciais e de apoio** no que concerne a controles de qualidade dos processos de esterilização e registros dos atos cirúrgicos e anestésicos no Livro de Registros de Cirurgias; e
- **Atendimento pleno às normativas referentes à modalidade de compras Pregão Eletrônico (Lei 10.520).** O HU - UNIVASF utiliza a plataforma eletrônica *Comprasnet* - SIASG para realização do processo de compras e para pesquisa de preços públicos.

Por outro lado, verifica-se um conjunto de oportunidades de melhoria que influenciam a obtenção de um melhor resultado de aderência às normativas e legislações dos quatro temas analisados, destacando-se:

- **Adequação do cumprimento de normativas referentes a controles de Auxílios e Benefícios,** tanto para funcionários com vínculo CLT quanto para funcionário com vínculo RJU;
- **Adequação do cumprimento de normativas relacionadas à Legislação de Suprimentos (Materiais e Medicamentos)** no que tange, especialmente, à unitarização de sólidos, não realizada no HUF; ao estabelecimento de procedimentos operacionais específicos (POPs) para a identificação dos insumos; e à quantidade de

trabalhadores necessários (SBRAFH 2007) para atividades de dispensação e logística de suprimentos;

- **Implantação e operacionalização de controle microbiológico das dietas orais e enterais manipuladas**, conservando as amostras coletadas sob-refrigeração para avaliação microbiológica laboratorial, durante 72 horas para nutrição enteral e 96 horas para pratos prontos, após o seu prazo de validade, além de encaminhá-las periodicamente para análise;
- **Constituição de todas as Comissões Técnicas obrigatórias requeridas pela Legislação SUS**, exceto a Comissão de Ética em Pesquisa, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Comissão Interna de Prevenção de Acidentes já estabelecidas; e
- **Utilização do Regime Diferenciado de Contratação (RDC)** a fim de ampliar a eficiência nas contratações públicas e competitividade e promover a troca de experiências e tecnologia.

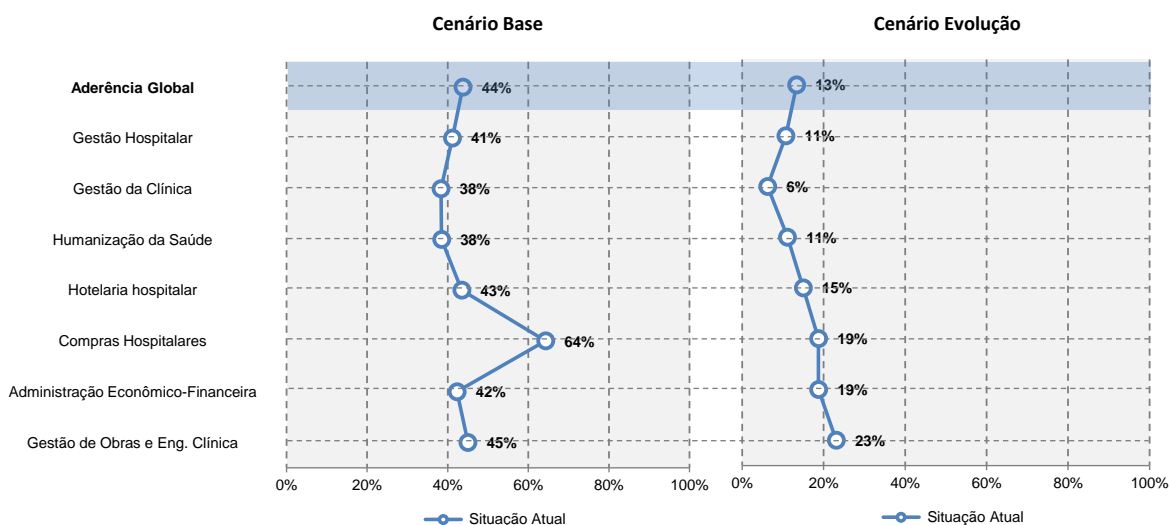
#### 3.4.1.6. Aderência ao documento Bases e Padrões

O diagnóstico de Aderência a Bases e Padrões busca explicitar a situação atual do HU-UNIVASF posicionada em Cenário Base e Cenário Evolução, tanto na Visão Global, quando na visão de cada Modelo de Referência, a saber: Gestão Hospitalar, Gestão da Clínica, Humanização da Saúde, Hotelaria Hospitalar, Compras Hospitalares, Administração Econômico-Financeira e Gestão de Obras e Engenharia Clínica (EBSERH, 2014a; 2015b). O documento de Bases e Padrões considera as boas práticas contempladas nos Modelos de Referência, posicionando-as num cenário de curto-prazo (Cenário Base) ou num cenário de médio/longo prazo (Cenário Evolução). A análise da situação atual de Bases e Padrões é um complemento ao diagnóstico realizado a partir da Lista de Contribuições e da Lista de *GAPs*, em que são identificadas as principais oportunidades de melhoria, com foco no atendimento pleno do Cenário Base. É importante destacar que as práticas do Cenário Evolução serão trabalhadas em longo prazo, pois é necessária, em um primeiro momento, a adoção de estratégias que contemplem questões primárias. O objetivo da análise de aderência a Bases e Padrões foi orientar a equipe afinidade na construção do PDE, especialmente no momento do

desdobramento dos Macroproblemas em Descritores, Nós Críticos e, por sua vez, destes, em um Plano de Ação.

A realização da Oficina de Bases e Padrões na terceira e última visita do Projeto de Análise Situacional teve por objetivo recapitular todos os produtos do percurso, validar as análises de aderência e relacionar as oportunidades de melhoria aos macroproblemas indicados pela equipe ampliada. Conforme pode ser observado na Figura 20, a situação atual do HU-UNIVASF indica uma aderência global de 44% ao Cenário Base e de 67% ao Cenário Evolução. Os modelos com menores aderências na situação atual são Gestão da Clínica (38%), Humanização da Saúde (38%) e Gestão Hospitalar (41%). Já os modelos com previsão de atingir maior aderência são: Gestão Hospitalar (88%) e Gestão da Clínica (80%). A construção do PDE terá como base o aprimoramento das práticas do Cenário Base. Dessa forma, é esperado que o HU crie ações e foque seus esforços no aprimoramento de tais práticas.

FIGURA 20: ANÁLISE GLOBAL DE ADERÊNCIA DO HU-UNIVASF AO CENÁRIO BASE E CENÁRIO EVOLUÇÃO



### 3.4.2. Seleção e descrição dos Macroproblemas

#### 3.4.2.1. Priorização dos Macroproblemas

##### 3.4.2.1.1. Oficina de Matriz Decisória

A aplicação da Matriz Decisória tem por objetivo refinar a análise do contexto do hospital, complementando as apreciações feitas previamente para identificação inicial de Macroproblemas, suportando-se em outras oficinas realizadas durante o Diagnóstico Situacional – construção da Matriz SWOT e análise de aderência aos Modelos de Referência e aos *Gaps* Normativos. Como continuidade destas oficinas, a Matriz Decisória, por meio da revisita de todos os resultados do diagnóstico facilita a priorização dos Macroproblemas de cada HUF, com base no que cada hospital considera mais relevante dentro do seu cenário.

Cabe mencionar que a condução desta oficina pelos facilitadores objetiva, sobretudo, instigar o grupo a refletir sobre os principais aspectos que permeiam suas rotinas, a fim de selecionar e priorizar os Macroproblemas. Portanto a oficina é conduzida respeitando as particularidades de cada hospital, não sendo necessariamente obrigatório atender a todas as etapas contempladas no percurso metodológico explanado a seguir:

#### (i) **Análise de Contexto**

Foram retomados os produtos da construção da Matriz SWOT, oficina de identificação de Macroproblemas, análises de aderência aos Modelos de Referência e aos *GAPs* normativos de forma que o grupo refletiu sobre os principais aspectos que permeiam suas rotinas e do HUF. Nesta etapa, foi verificada a pertinência dos Macroproblemas identificados ao longo do diagnóstico situacional e a forma como os mesmos se espelham nos fatores apontados como Forças e Fraquezas na Matriz SWOT, e o quão alinhados estão com as oportunidades de melhoria identificadas pelos resultados da aplicação das Listas de Contribuições e de *GAPs* normativos.

#### (ii) **Construção da Matriz Decisória**

Inicialmente, o grupo avaliou conjuntamente o valor de cada Macroproblema discutido na Análise de Contexto e seu interesse em solucioná-lo. Assim, foi atribuída uma pontuação a

cada Macroproblema atendendo à urgência das ações necessárias para enfrentá-los. Para isso, o grupo atribui um valor qualitativo de alto, médio ou baixo para cada Macroproblema, ilustrando a sua importância em função da sua inserção social, valores, conhecimentos, necessidades, ponderando a possibilidade de um enfrentamento com o Plano Diretor Estratégico. Já o interesse na resolução de um Macroproblema, que indica a predisposição do grupo em solucioná-lo, foi definido por meio das três possíveis atitudes dos integrantes ante cada um dos incômodos: (a) Manter a realidade ou opor-se à mudança (sinal negativo); (b) Mudar a realidade (sinal positivo); (c) Indiferença (neutro). A Tabela 34 apresenta um modelo de consolidação desta avaliação:

TABELA 34: CONSTRUÇÃO DA MATRIZ DECISÓRIA PARA QUALIFICAÇÃO DOS MACROPROBLEMAS.

ID	Macroproblema	Valor	Interesse
A			
B			
C			
D			

Após o preenchimento da Matriz, são selecionados os Macroproblemas com **valor alto** e **interesse positivo** para avaliação individual de cada participante. Esta avaliação objetiva identificar a importância que cada membro dá a estes Macroproblemas, por meio da atribuição de uma pontuação de 0 a 10 para cada Macroproblema.

A consolidação desta etapa foi feita por meio da média aritmética de todas as pontuações atribuídas pelos participantes. Dessa forma, foi possível identificar os Macroproblemas com maior pontuação e, portanto, prioritários, ou seja, que serão trabalhados no PDE. A Tabela 35 mostra a priorização individual dos macroproblemas.

TABELA 35: PRIORIZAÇÃO INDIVIDUAL DOS MACROPROBLEMAS.

Priorização	Macroproblema	Pontuação média
1		
2		
3		

Assim, o momento inicial da construção da Matriz Decisória focou numa revisão dos materiais produzidos até o momento de sua realização – declaração inicial de Macroproblemas, aplicação da Análise SWOT e resultados de aderência da aplicação da Lista de Contribuições.

Após a revisão dos Macroproblemas identificados, foi realizado o exercício de priorização dos mesmos, avaliando as variáveis “Valor”, “Interesse” e atribuindo uma pontuação, conforme explicado anteriormente. Os resultados deste exercício são apresentados na tabela seguinte:

TABELA 36: MATRIZ DECISÓRIA PARA QUALIFICAÇÃO DOS MACROPROBLEMAS NO HU-UNIVASF

ID	Macroproblema	Valor	Interesse	Pontuação média
A	Dimensionamento quantitativo inadequado frente ao projeto inicial e dentro do seu quadro estabelecido, apresentando também limitações qualitativas	Médio	Indiferente	-
B	Modelo de gestão do cuidado e da assistência ineficiente e não centrado no paciente, incluindo a carência de processos, fluxos e normas, levando à baixa resolutividade, sobrecarga da equipe, falta de estruturação dos serviços e impactos negativos na qualidade da atenção	Alto	Positivo	10,00
C	Falta de Comunicação interna e externa, levando à segregação das equipes e impedindo um alinhamento estratégico	Alto	Positivo	8,00
D	Descumprimento dos contratos de nutrição e higienização hospitalar	Baixo	Indiferente	-
E	Falta de gestão compartilhada, gerando o entendimento que ninguém tem responsabilidade sobre o problema ou que “o problema não é meu”	Alto	Positivo	8,50
F	Ineficiência na infraestrutura de equipamentos, mobiliários e elevadores	Alto	Positivo	6,33
G	Falta de entendimento e fomento sobre ensino e pesquisa no HU e na comunidade externa, resultando em desarticulação dos grupos de pesquisadores e uma comunidade não consciente de seu papel, enquanto agentes de mudanças no processo de saúde/doença	Alto	Positivo	7,50
H	Inadequação da inserção do HU na Política de Rede Assistencial, criando inconsistências também no gerenciamento de leitos	Alto	Positivo	9,33

Desta forma, depois da realização da oficina de Matriz Decisória, o HUF priorizou quatro Macroproblemas para serem trabalhados no PDE:

TABELA 37: PRIORIZAÇÃO DOS MACROPROBLEMAS DO HU-UNIVASF

ID	Declaração do Macroproblema
1	Modelo de gestão do cuidado e da assistência ineficiente e não centrado no paciente, incluindo a carência de processos, fluxos e normas, levando à baixa resolutividade, sobrecarga da equipe, falta de estruturação dos serviços e impactos negativos na qualidade da atenção
2	Inadequação da inserção do HU na Política de Rede Assistencial, criando inconsistências também no gerenciamento de leitos
3	Falta de gestão compartilhada, gerando o entendimento que ninguém tem responsabilidade sobre o problema ou que “o problema não é meu”
4	Falta de Comunicação interna e externa, levando à segregação das equipes e impedindo um alinhamento estratégico

Por fim, é importante mencionar que durante reuniões posteriores da equipe afinidade e equipe ampliada, dando continuidade ao Plano, as declarações dos Macroproblemas foram revisitados e o terceiro e quarto unificados, pois as mesmas causas e efeitos foram considerados potencialmente transversais a maior parte dos pontos levantado, chegando-se aos três Macroproblemas finais do HU, trabalhados para definição de suas causas-chave.

- **Macroproblema 1:** Modelo de gestão do cuidado e da assistência ineficiente e não centrado no paciente;
- **Macroproblema 2:** Inadequação da inserção do HU na Política da Rede Assistencial;  
e
- **Macroproblema 3:** Falta de Gestão Compartilhada aliada à falta de Comunicação interna e externa.

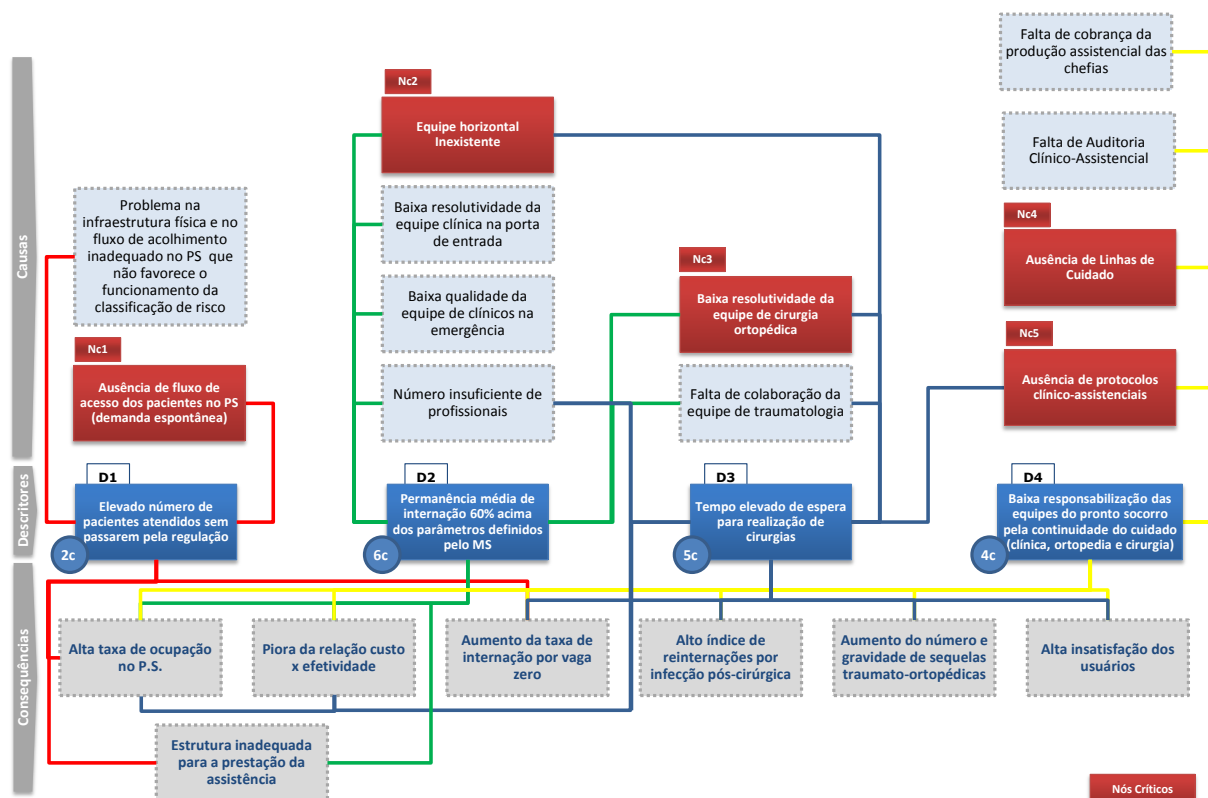
#### 3.4.2.2. Árvores explicativas dos macroproblemas priorizados e definição dos nós críticos

A árvore explicativa de problemas é um instrumento que possibilita a compreensão destes e de suas interrelações causais. O raciocínio, ao se trabalhar com esse instrumento, é analítico-causal e não hierárquico. Esta ferramenta é bem explorada na engenharia de produção e normalmente associada a outras ferramentas, como, por exemplo, o diagrama de Ishikawa.

Assim, no diagrama, são estabelecidas as ligações mais importantes, transformando a realidade, que é complexa, numa concepção mais simplificada, a fim de tornar possível a construção de intervenções. Trata-se, portanto, de uma “redução da complexidade”. Para elaboração da árvore explicativa, os integrantes do grupo expandido iniciaram o processo buscando descrever os macroproblemas, expressando os fatos na forma de descritores. Na sequência, identificaram-se as causas dos fatos descritos e posteriormente as respectivas consequências. Por fim, o grupo definiu, dentre as causas, quais seriam aquelas com maior potencial de impacto sobre os descritores, e sobre as quais havia real possibilidade de intervenção. Uma vez selecionadas, essas causas chaves foram denominadas nós críticos. Este processo ocorreu a partir da quarta visita da Análise Situacional, além de reuniões realizadas pelos colaboradores do HU-UNIVASF entre os meses de junho e outubro de 2016.

Desse modo, ao longo dos encontros I e II do PDC, das visitas *in loco* e de reuniões internas, tendo como base os resultados da Análise Situacional previamente realizada; a equipe comprometeu-se com o desenvolvimento das três Árvore Explicativas, como pode ser observado nas figuras a seguir.

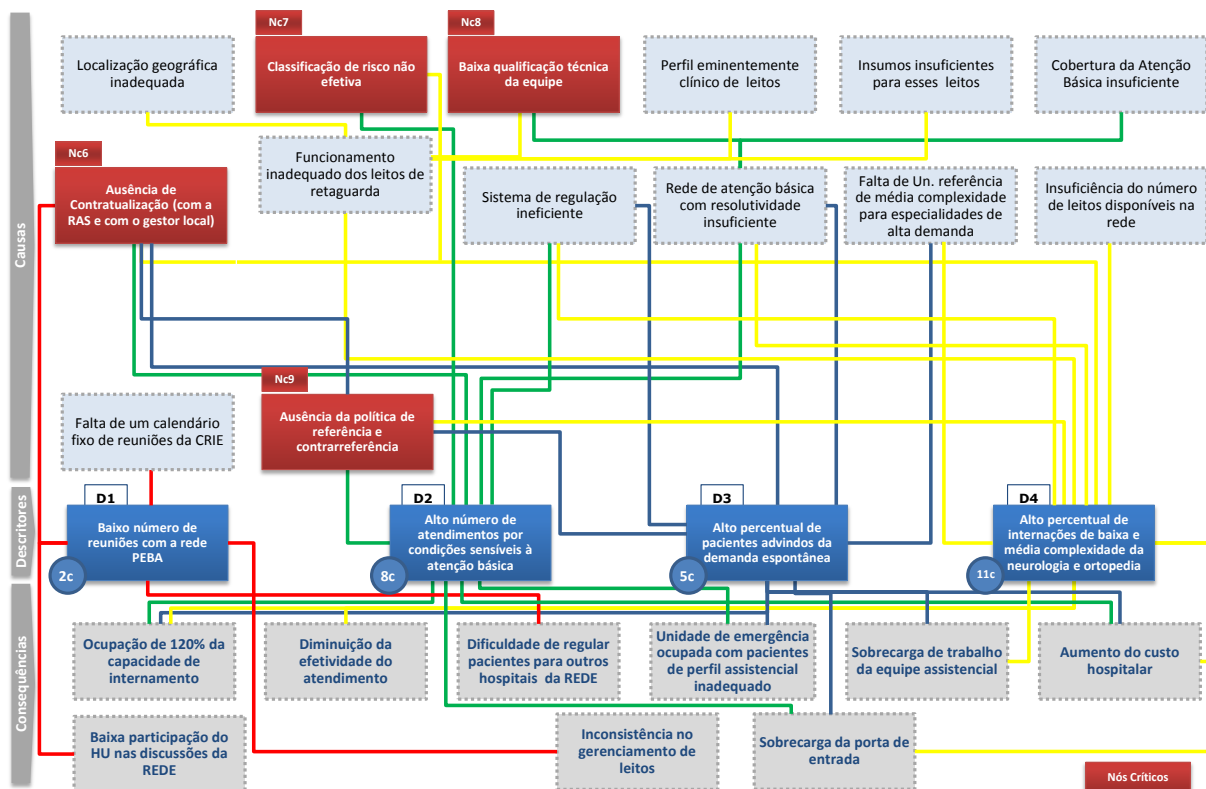
FIGURA 21: ÁRVORE EXPLICATIVA DO MACROPROBLEMA 1 DO HU-UNIVASF - MODELO DE GESTÃO DO CUIDADO E DA ASSISTÊNCIA INEFICIENTE E NÃO CENTRADO NO PACIENTE.



Após a construção da Árvore Explicativa, foram identificados os seguintes Nós Críticos relacionados a esse Macroproblema:

- NC01: Ausência de fluxo de acesso dos pacientes no Pronto Socorro (demanda espontânea);
- NC02: Equipe horizontal inexistente;
- NC03: Baixa resolutividade da equipe de cirúrgica;
- NC04: Ausência de Linhas de Cuidado; e
- NC05: Ausência de protocolos clínico-assistenciais.

FIGURA 22: ÁRVORE EXPLICATIVA DO MACROPROBLEMA2 DO HU-UNIVASF - INADEQUAÇÃO DA INSERÇÃO DO HU NA POLÍTICA DE REDE ASSISTENCIAL.

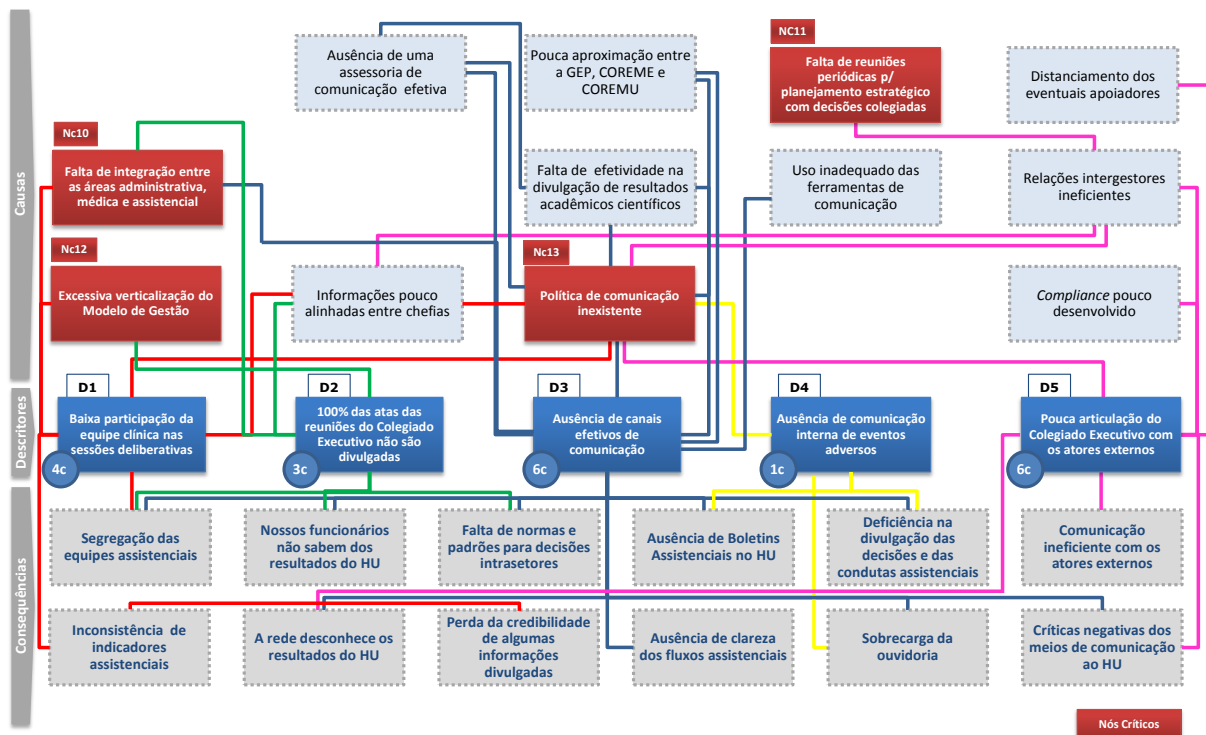


Após a construção da Árvore Explicativa, foram identificados os seguintes Nós Críticos relacionados a esse Macroproblema:

- NC06: Ausência de Contratualização (com a RAS e com o gestor local);
- NC07: Classificação de risco não efetiva;

- NC08: Baixa qualificação técnica da equipe; e
- NC09: Ausência da política de referência e contrarreferência.

FIGURA 23: ÁRVORE EXPLICATIVA DO MACROPROBLEMA3 DO HU-UNIVASF - FALTA DE GESTÃO COMPARTILHADA ALIADA À FALTA DE COMUNICAÇÃO INTERNA E EXTERNA.



Após a construção da Árvore Explicativa, foram identificados os seguintes Nós Críticos relacionados a esse Macroproblema:

- NC10: Falta de integração entre as áreas administrativa, médica e assistencial;
- NC11: Falta de reuniões periódicas para planejamento estratégico com decisões colegiadas;
- NC12: Excessiva verticalização do Modelo de Gestão; e
- NC13: Política de comunicação inexistente.

A definição destas Árvore Explicativas serviu de base para as análises de relevância dos Nós Críticos e oportunidades de melhorias do HU, apresentadas nas próximas seções.

### 3.4.2.3. Análise dos nós críticos

A análise global dos Nós Críticos identificados pelo HU-UNIVASF para os Macroproblemas priorizados resultou em uma média de 7 oportunidades de melhoria por nó crítico. Dentre todos os nós críticos levantados, cabe ressaltar os âmbitos de atuação aos quais se relacionam, sendo que 6 estão associados a processos e estruturas assistenciais; 3 à inserção Rede de Atenção à Saúde do SUS; 3 à Comunicação; e, por fim, 1 deles à Gestão de Pessoas.

Em uma análise transversal dos levantamentos realizados pelo HU, observa-se que os Nós Críticos que apresentaram maiores números de oportunidades de melhoria associados, com 15 cruzamentos mapeados no âmbito dos itens avaliados na Lista de Contribuições, foram: “Ausência de Contratualização (com a RAS e com o gestor local)” e “Ausência de Protocolos Clínico-Assistenciais”. O primeiro está relacionado, sobretudo, ao estabelecimento de um canal de interlocução entre o HU e a Rede PEBA; à efetivação do Instrumento Formal de Contratualização (IFC), firmando metas para o HU-UNIVASF e responsabilidades para o gestor local; e ao estabelecimento da grade de referências de equipamentos de saúde com o gestor local; enquanto o segundo Nó Crítico tem relação ao estabelecimento e operacionalização de Protocolos Clínicos Assistenciais, incluindo a definição de grupos de discussão multiprofissionais para garantir os Planos Terapêuticos dos Usuários (Projeto Terapêutico Singular - PTS) e a implementação de Auditoria Clínica que garanta a avaliação sistemática da assistência multiprofissional.

O terceiro Nó Crítico que apresentou maior número de oportunidades de melhoria associadas foi “Ausência de Linhas de Cuidado”, com 12 cruzamentos mapeados no âmbito dos itens avaliados na Lista de Contribuições, também relacionado à padronização da atenção à saúde no que se refere ao estabelecimento e operacionalização de Linhas de Cuidado estruturantes, pactuadas com o gestor local e integradas com a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Por fim, destaca-se o Nó Crítico “Política de Comunicação inexistente” que apresentou 11 cruzamentos relacionados às oportunidades de melhoria previamente diagnosticadas, sobretudo, devido à vinculação com a definição de uma política de comunicação institucional no hospital que contemple as dimensões de Assistência, Ensino e Pesquisa.

### 3.7.3. Criação do Plano de Ação com base no 5W2H

O 5W2H é, de forma sintética, “um checklist de determinadas atividades que precisam ser desenvolvidas com o máximo de clareza possível por parte dos colaboradores da empresa. Ele funciona como um mapeamento destas atividades, onde ficará estabelecido o que será feito, quem fará o quê, em qual período de tempo, em qual área da empresa e todos os motivos pelos quais esta atividade deve ser feita. Em um segundo momento, deverá figurar nesta tabela como será feita esta atividade e quanto custará à empresa tal processo” (PERIARD, 2009).

Esta ferramenta é extremamente útil para as empresas, uma vez que elimina por completo qualquer dúvida que possa surgir sobre um processo ou sua atividade. O nome desta ferramenta foi assim estabelecido por juntar as primeiras letras dos nomes (em inglês) das diretrizes utilizadas neste processo. O significado do 5W2H é:

*What – o que será feito (etapas)*

*Why – por que será feito (justificativa)*

*Where – onde será feito (local)*

*When – quando será feito (tempo)*

*Who – por quem será feito (responsabilidade)*

*How – como será feito (método)*

*How much – quanto custará fazer (custo)*

Esta etapa é, sem dúvidas, a mais complexa do HU-UNIVASF, pois será de fato o item norteador para as ações do biênio de 2017-2018. Entretanto, o HU-UNIVASF possuiu uma relativa facilidade de implementação, visto que já aplicava o 5W2H na construção do planejamento estratégico, tendo à época 177 ações cadastradas, em julho de 2016, de todos os setores, no GEPLANES, um programa de plataforma livre disponível na internet.

## 4. Fundamentação Teórica

Este capítulo visa apresentar as bases teóricas e a dimensão empírica de experiências concretas de intervenções (casos de sucesso) que embasaram este PDE.

### 4.1. Bases Teóricas

#### 4.1.1. Macroproblema 1: Modelo de gestão do cuidado e da assistência ineficiente e não centrado no paciente

O macroproblema “Modelo de gestão do cuidado e da assistência ineficiente e não centrado no paciente” é um dos maiores problemas do HU-UNIVASF, o qual, constantemente, destacou-se nas reuniões com a equipe ampliada e nas discussões da equipe afinidade. Este macroproblema é importante visto sua magnitude e complexidade e por interferir diretamente nas condições de saúde dos usuários e está associado à ausência de fluxo de acesso dos pacientes no Pronto Socorro (demanda espontânea), à equipe horizontal inexistente, à baixa resolutividade da equipe cirúrgica, à ausência de linhas de cuidado e à ausência de protocolos clínico-assistenciais. Esses temas foram amplamente discutidos para que o PDE do biênio de 2017-2018 focasse em ações de melhoria.

Segundo Pires e Göttems (2009), a Gestão do Cuidado significa “a interação propiciada entre sujeitos, podendo gerar interações e subversões potencialmente emancipatórias ou restritivas das múltiplas liberdades humanas”. Já segundo LCO (2009), a gestão do cuidado se divide em três dimensões principais: profissional, sistêmica e organizacional. A primeira (profissional) diz respeito à interação entre o funcionário com o usuário do sistema de saúde, enquanto que a sistêmica se refere ao conjunto de serviços de saúde, com suas diferentes funções e graus de incorporação tecnológica, bem como os fluxos estabelecidos entre si. Neste ponto, há a necessidade de que sejam definidos protocolos de atendimento, os quais significam estabelecer padronizações do atendimento. A última dimensão (organizacional), visa estabelecer a divisão técnica e social do trabalho em saúde, com todas as “implicações para complexos processos e coordenação de múltiplas práticas profissionais ou das múltiplas gestões profissionais do cuidado”.

Já Mendes (2012, p. 367) conceitua que a gestão da clínica “é um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica destinado a prover uma atenção de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva; estruturada com base em evidências; segura; que não cause danos às pessoas usuárias e aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada.”

Segundo Cecílio; Merhy, 2003; Franco; Franco, 2009; Malta, Merhy, 2010 *apud* PDE da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2015, “a *Padronização da Atenção à Saúde no documento de referência para os HUFs (EBSERH/ HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2014c)* valoriza a construção de Linhas de Cuidado, as quais dependem da inserção do HU na Rede de Assistência à Saúde (RAS), pois estas descrevem o trajeto do usuário desde a Atenção Primária até, eventualmente, ao acesso a recursos terciários”.

Alfradique, 2009; Souza; Costa, 2011; Campos; Themefilha, 2012 *apud* PDE da Universidade Federal de Juiz de Fora (2015) ressaltam que, todo movimento do paciente na RAS deveria ser orientado pelas Equipes de Saúde da Família, presentes na Assistência Primária, as quais efetivamente contribuem com a melhora da assistência.

Segundo Almeida (2013), o SUS tem vários desafios, principalmente por precisar de mais recursos e da otimização do uso do dinheiro público. Sobre o financiamento, ele resalta que atualmente é investido o dobro de recursos na doença (internações, cirurgias, transplantes) quando comparado às ações básicas de saúde (vacinas e consultas) que previnem a doença.

Almeida (2013) destaca ainda que, segundo o IPEA (Brasil, 2011g), os problemas mais frequentes são a falta de médicos (58,1%), a demora para atendimento em postos, centros de saúde ou hospitais (35,4%) e a demora para conseguir uma consulta com especialistas (33,8%). Essa é uma realidade que pode ser vivenciada em muitos hospitais públicos e privados.

Infelizmente o hospital ainda é visto como elemento central do sistema de saúde no Brasil, diferentemente do que acontece na Europa e no Canadá. Ele resalta que a ONU promulgou, desde 1978, a Declaração de Alma-Ata, da OMS, 1978, enquanto que o Brasil promulgou a Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 1990 (Brasil, 1990) a qual propunha uma rede de saúde descentralizada e hierarquizada, onde as Unidades Básicas de Saúde seriam o

elo de ligação com toda a rede, ou seja, seriam as coordenadoras da rede. Isso porque, afirma o documento da OMS, 80% dos problemas de saúde da população poderiam ser resolvidos por meio de uma atenção básica de qualidade e não por uma rede hospitalar superlotada.

Considerando as referências aqui expostas, percebe-se que HU-UNIVASF:

- Já possui contratualização vigente e assinada no dia 31 de agosto de 2016 com o gestor local de Petrolina com metas pactuadas;
- Tem investido na ampliação das linhas do cuidado, como por exemplo o atendimento às urgências por AVC, bem como está envidando esforços, junto à EBSEH/ Sede para aquisição de equipamentos que proporcionarão a habilitação em alta complexidade de cirurgia vascular e ao atendimento em cardiologia clínica, inicialmente.
- Irá implementar as linhas de cuidado conforme as ações descritas no plano de ação;
- Serve como base para uma rede com 53 municípios, oficialmente, porém enfrenta dificuldades pela falta de leitos cirúrgicos de retaguarda e leitos complementares em outras unidades da RAS, o que faz com que sua taxa de ocupação esteja sempre acima de 100% em todo o ano de 2016;
- Tem melhorado os critérios de seleção de pacientes por meio da implementação do protocolo de classificação de risco de Manchester e espera que haja uma organização das filas e a otimização dos leitos;
- Tem monitorado a produção hospitalar acompanhando o cumprimento de metas e viabilizando ações estratégicas para todos os setores;
- Tem investido no desenvolvimento de comissões obrigatórias, as quais devem ser efetivamente atuantes e os indicadores de efetividade clínica devem ser definidos, para servirem de parâmetro para evolução e aperfeiçoamento da assistência.

Segundo o PDE do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, vários processos assistenciais na rotina devem ser revistos no hospital, tais como;

1. A passagem de plantão (RANDMAA, 2014; COHEN; HILLIGOSS; AMARAL, 2012; MEESTER, 2013),

2. A valorização do prontuário único com a participação efetiva das várias profissões da saúde na condução dos usuários,
3. A distribuição de trabalho pela criticidade dos usuários (ALAM, 2014) e
4. A alta hospitalar com responsabilidade (incluindo aqui o treinamento de autocuidado).
5. Todos os fluxos e processos devem ser descritos em um manual de instrução de trabalhos formalizando os seus protocolos em uma linguagem acessível a todos.

Merhy e Cecílio (2003) citam em seu trabalho alguns casos de sucesso de implementação de linhas de cuidado, tais como aconteceram no Centro Infantil Boldrini (um hospital filantrópico em Campinas/SP), com duas linhas de cuidado; no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (em Porto Alegre/RS), com quatro linhas de cuidado; e no Hospital Municipal São João Batista (em volta Redonda/SP), com duas linhas de cuidado. Percebeu-se que, nestas instituições, a implantação de linhas de cuidado proporcionou aos pacientes um maior nível de qualidade de atendimento e um melhor fluxo assistencial com a rede de atenção básica. Espera-se que algo semelhante ocorra no HU-UNIVASF após as ações estratégicas serem efetivamente implementadas no biênio de 2017-2018.

#### 4.1.2. Macroproblema 2: Inadequação da inserção do HU na Política da Rede Assistencial

O HU-UNIVASF, em 2016, assumiu um papel proativo para tentar juntamente com a Rede PEBA ajustar a política da rede assistencial. Infelizmente, o HU-UNIVASF ainda possui uma demanda muito grande de usuários que procuram por atendimentos, caracteristicamente, da atenção básica, os quais são classificados como azul ou verde pelo Protocolo de Manchester. Entretanto estes pacientes são contrarreferenciados para a rede de atenção básica, visto a atual superlotação que está, em outubro de 2016, próxima aos 150%. O HUPAA-UFAL também teve o mesmo macroproblema e em seu PDE destacou, por meio do trabalho de Médice (2001) que “sejam utilizados outros estabelecimentos de saúde (hospitais de menor complexidade, redes de atenção primária, estruturas de saúde de família, etc.) como locais de ensino alternativo para estas modalidades, de forma integrada aos planos curriculares das faculdades de medicina”.

Uma característica que deve ser levada em consideração é o fato de que os hospitais de alta e média complexidade possuem recursos tecnológicos e humanos altamente

especializados e escassos e isso eleva o custo final dos serviços prestados, sendo inviável a utilização destes recursos para a prestação de serviços básicos que exigem profissionais com menor nível de especialização e com equipamentos e insumos de baixa complexidade.

Atualmente o HU-UNIVASF discute dentro da rede PEBA o seu perfil assistencial e como a rede deve dar suporte a serviços de baixa complexidade ou fornecer leitos de retaguarda, evitando que os usuários sejam referenciados incorretamente. Um exemplo que acontece frequentemente diz respeito ao encaminhamento de pequenas suturas que apenas são feitas pelo HU-UNIVASF em Petrolina. As linhas de cuidado deve ser implementadas a partir de processos dinâmicos com o objetivo de serem efetivas e atender às necessidades dos cidadãos.

Segundo Lima e Rivera (2012), “os dirigentes de hospitais apontam a fragilidade da associação entre contratualização e a presença de mecanismos de inserção na rede, de práticas e estruturas de qualificação assistencial e gerencial nos hospitais. Hospitais mais estruturados assistencialmente e gerencialmente apresentaram uma contratualização mais estruturada com a secretaria de saúde”. Esses autores mostraram que houve um aumento de produção da média complexidade ambulatorial e uma diminuição dos procedimentos de atenção básica em todos os hospitais e é exatamente isso que se espera no HU-UNIVASF, uma vez que a contratualização já foi assinada no segundo semestre de 2016. Lima e Rivera (2012) apontam como principais obstáculos do processo de contratualização os aspectos culturais dominantes relacionados a não prestação de contas e à falta de foco nos resultados, a insuficiente capacidade gerencial da secretaria e do hospital para lidar com as exigências da lógica contratual, em especial para elaborar, negociar, monitorar e avaliar o antigo Plano Operativo Assistencial (após a Portaria nº. 3410, de 30 de dezembro de 2013, recebeu a denominação de Documento Descritivo) e para estimar os recursos financeiros para sua execução.

Um dos nós críticos refere-se à classificação de risco não efetiva. Segundo Souza et al (2011), a “classificação de risco é um processo dinâmico de identificação de pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento, devendo o atendimento ser priorizado de acordo com a gravidade clínica do paciente, e não com a ordem de chegada ao serviço”. Segundo os mesmos autores, o enfermeiro é o profissional indicado para avaliar e classificar o risco dos pacientes que procuram os serviços de urgência, devendo ser orientado por um protocolo direcionador. De forma geral, tem sido recomendada a utilização de escalas/protocolos que estratifiquem o

risco em cinco níveis, por apresentarem maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do estado clínico do paciente. Dentre as escalas/ protocolos, pode-se citar: a escala norte-americana - Emergency Severity Index (ESI), escala australiana – Australasian Triage Scale (ATS), o protocolo canadense – Canadian Triage Acuity Scale (CTAS©) e o protocolo inglês de Manchester (GRUPO DE TRIAGEM DE MANCHESTER, 2002). Em novembro de 2016, foi concluída a implementação do protocolo de Manchester no HU-UNIVASF, onde as equipes já estão treinadas e os utentes estão sendo classificados em cinco níveis. Adotou-se a identificação por pulseiras e já estão sendo gerados indicadores de monitoramento para acompanhar se os admitidos são realmente do perfil assistencial do HU-UNIVASF.

Um outro fator associado a este Macroproblema da “Inadequação da inserção do HU na Política da Rede Assistencial” está relacionado ao nó crítico Ausência da política de referência e contrarreferência. Segundo Brondani et al. (2016), “as RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si que ofertam atenção contínua, integral e humanizada para determinada população, sendo coordenados pela Atenção Primária à Saúde (APS), em articulação com a Atenção Secundária e Terciária”. Para que a RAS seja de fato efetiva, é necessário que os trabalhadores se responsabilizem pelo cuidado que deve ser centrado no pacientes e isto deve estar correlacionado com a forma pela qual o paciente é referenciado e contrarreferenciado na rede nos diferentes níveis de atenção (APS, secundária e terciária).

Brondani *et al.* (2016) mostraram em sua pesquisa que a falta de comunicação, associada ao desconhecimento dos trabalhadores sobre o funcionamento dos serviços, são fatores que podem comprometer a articulação nos serviços de saúde e, conseqüentemente, na RAS. Esse problema é evidenciado dentro do HU-UNIVASF, uma vez que existem conflitos entre as instituições pertencentes à rede PEBA durante o processo de referência e contrarreferência de usuários. Os autores ainda afirmam que, para qualificar os processos de referência e contrarreferência, é “preciso investir na atenção multiprofissional, especialmente, no momento da alta hospitalar, o que irá desencadear uma ação integrada, resolutiva e humanizada para a continuidade da assistência em saúde”.

Espera-se que este o Macroproblema da “Inadequação da inserção do HU na Política da Rede Assistencial” seja superado através das ações estratégicas elaboradas neste documento a partir da mudança no processo de atuação dos profissionais internos e externos ao HU-UNIVASF, com melhoria na articulação e comunicação entre equipes, e sobretudo, na

implementação de uma equipe multiprofissional e que trate os usuários de forma singular. Para que isto ocorra é importante também que seja desenvolvida a educação permanente em parceria com a Rede PEBA e a aplicação de políticas públicas que, de fato, complementem as ações do HU-UNIVASF. Como consequência, espera-se que o HU-UNIVASF promova melhorias nos serviços prestados à população do Vale do São Francisco por meio do cuidado integral em rede.

#### 4.1.3. Macroproblema 3: Falta de Gestão Compartilhada aliada à falta de Comunicação interna e externa.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) depende diretamente da intervenção política, que preconize mudanças na gestão do SUS por meio de gestão participativa, planejamento estratégico e da educação permanente. As RAS têm que ser reestruturadas para melhorar sua efetividade na produção de serviços de saúde, o que, só é possível, quando ocorre uma melhoria na efetivação do SUS, fundamental no momento de crise, como acontece atualmente no Brasil em 2016.

Segundo Rodrigues, Luiz e Rodrigues (2016), um dos grandes desafios vivenciados na RAS é desenvolver coletivamente um planejamento que contribua para melhorar a saúde da população na área de cobertura da RAS, agregando diferentes entidades, equipes para se atingir metas e fortalecer principalmente o SUS. Atualmente, as poucas organizações de saúde têm feito o seu planejamento individualizado e que se tornam sem grandes alcances pela falta de agregação de planejamentos estratégicos coletivos. Eles afirmam também que o gestor de saúde (público) terá mais sucesso se conseguir mobilizar todos os sujeitos inseridos na RAS ou na cadeia de produção do cuidado em saúde. Trabalhar no SUS, significa trabalhar coletivamente em rede e, para isso, faz-se necessário gerir conflitos e construir ações estratégicas com base no consenso e objetividade.

A gestão participativa e o planejamento estratégico devem ser traduzidos nos Planos de Saúde, que são os instrumentos políticos para se encarar os principais problemas da RAS. Para que ele tenha efeito, precisa haver a construção com a participação coletiva tanto dos cidadãos, quanto das equipes de saúde. Além disso, deve haver participação ativa dos conselheiros de saúde para que seja retratada a situação da saúde local, mostrando os pontos de melhoria, sobretudo apontando as populações menos assistidas pela cobertura da RAS. Os

autores também destacam que deve existir um espaço para educação permanente, envolvimento das equipes e gestores na construção de protocolos e linhas de cuidado, além de reuniões mais periódicas com os gestores locais e organizações prestadoras de serviços de saúde.

Brasil (2009) ressalta ainda que uma gestão mais compartilhada e democrática nos serviços de saúde deve envolver mais relações com usuários e seu meio social juntamente com as equipes de saúde, logo a gestão participativa pode contribuir para que essa mudança torne-se realidade. Essa mudança motiva as equipes de saúde a realizarem seus trabalhos e os colocam ao lado dos usuários dos serviços de saúde com acordos de corresponsabilidade.

A Política Nacional de Humanização propõe um método de inclusão onde sujeitos, coletivos e gestão devem estar em constante sintonia. Brasil (2009) mostra, ainda, como operacionalizar a gestão participativa e destaca os contratos de gestão, os quais são firmados entre as unidades de saúde e as Secretarias de Saúde. A pactuação deve ser feita por meio de metas em três diferentes áreas:

- a) Ampliação do acesso, qualificação e humanização da atenção
- b) Valorização dos trabalhadores, implementação de gestão participativa
- c) Garantia de sustentabilidade da unidade

Esses contratos devem ser acompanhados pelas comissões de trabalhadores, usuários e gestores. Além disso, neste trabalho eles destacam a importância dos contratos internos de gestão que são acordos técnico-políticos entre unidades/equipes que compõem um serviço de saúde, estimulando as interfaces e a corresponsabilização por meio das redes de trabalho. A gestão participativa e compartilhada deve ser traduzida em metas, planos de ação e indicadores.

Por último, existe a necessidade de se investir em educação continuada para que a RAS funcione com efetividade e eficácia, pois os constantes aperfeiçoamentos, seja nas práticas de gestão, seja na requalificação profissional, mostram-se fundamentais para a evolução do profissionais de saúde atender os anseios e as novas necessidades dos cidadãos.

A gestão participativa foi aperfeiçoada no HU-UNIVASF e a evolução do processo participativo foi sentido durante a finalização do plano de ações no dia 08/09/2016, onde praticamente todas as chefias estavam presentes e dispostas a resolver os problemas do HU.

Essa gestão compartilhada foi registrada na Figura 24. Para nossa surpresa, essa reunião foi muito proveitosa e resultou na conclusão do nosso plano de ações de 2017 e 2018, a ser validado juntamente com os nossos facilitadores, conforme mostra a Figura 25. Essas reuniões trouxeram à tona novos problemas e a participação ativa de todos os chefes para a resolução dos problemas identificados pela equipe afinidade. Foi criada, então, uma nova sinergia no HU-UNIVASF, a qual se espera que seja ampliada durante a execução deste PDE.

FIGURA 24: REUNIÃO DA EQUIPE AMPLIADA DO HU-UNIVASF NO DIA 08/09/2016



FIGURA 25: FECHAMENTO DO PLANO DE AÇÕES JUNTAMENTE COM NOSSOS FACILITADORES EM 13/09/2016.



A gestão participativa é um procedimento educativo que melhora a democracia nos hospitais públicos, motivando os profissionais em busca de alcançarem as metas, elencadas em suas decisões. Segundo Campos; Amaral, 2007, p. 853 apud PDE do HUPES-UFBA, 2015, esses mecanismos servem não apenas para ampliar o “efeito Paidéia” – efeito

pedagógico e terapêutico sobre as equipes – mas também dão maior legitimidade e eficácia às deliberações, planos e protocolos.

Após a análise situacional do Hospital Universitário Professor Edgard Santos/HUPES, a comunicação interna e externa ainda estavam fragilizadas e precisavam de ações para melhorar a integração entre as áreas administrativa, médica e assistencial; melhorar a efetividade do planejamento estratégico com decisões mais colegiadas e menos setoriais; diminuir o excesso de verticalização do Modelo de Gestão; e criar uma política de comunicação tanto interna quanto externa.

Para que a comunicação no HU-UNIVASF melhore substancialmente, apesar dos benefícios da gestão mais participativa ter surtido efeito como mostram as Figuras 23 e 24, espera-se que haja:

1. Melhoria da qualidade das informações;
2. Envolvimento de todos os colaboradores do HU-UNIVASF;
3. Reforço de uma identidade de que todos pertencem ao HU-UNIVASF;
4. Criação de um clima organizacional ao alcance das metas organizacionais, sobretudo para as metas descritas neste documento;
5. Disseminação dos principais resultados positivos nas mídias externas ao HU-UNIVASF; e
6. Criação de uma imagem positiva do HU-UNIVASF.

De acordo com Kunsch (2003, p. 71), a comunicação organizacional é “[...] um processo relacional entre os indivíduos, departamentos, unidades e organizações”. O conceito de comunicação organizacional integrada e os seus instrumentos servirá de norte para a reestruturação da comunicação organizacional do HU-UNIVASF, o que se concretizará num plano integrado de comunicação, que fortaleça os diferentes aspectos da comunicação interna e externa e dissemine as visões partilhadas na organização e valores coerentes com a missão social, objetivos e metas organizacionais.

Espera-se que seja criada a política de comunicação do HU-UNIVASF que, assim como no HU-UFMA, seja capaz de relacionar-se com os diversos públicos de interesse do HU-UNIVASF a fim de promover e fortalecer a imagem institucional, bem como manter contato direto com a mídia, sendo uma fonte de informações confiáveis e de fácil acesso, construindo uma imagem de credibilidade que não se restringe aos momentos de crise;

dinamizar a comunicação interna para que todos os colaboradores do HU-UNIVASF possam ter conhecimento das diversas situações pertinentes ao hospital e, dessa forma, sentir-se parte integrante da instituição; prover de informação o público externo sobre os diversos serviços e eventos científicos relacionados ao HU-UNIVASF, aproximando a sociedade do hospital no que diz respeito ao ensino, pesquisa, extensão e assistência; Colaborar com o desenvolvimento de ações e campanhas educativas institucionais, visando assim contribuir com ações de conscientização e esclarecimento da população de assuntos relacionados à saúde (ASSESSORIA DE IMPRESSA DO HU-UFMA, 2014).

## 5. Proposta de Intervenção

Nesta seção, é apresentado o Plano de Intervenção para o biênio de 2017-2018 composto de 23 ações estratégicas no HU-UNIVASF, para melhor visualização das ações planejadas com base na ferramenta 5W2H. O “*What*” (O que fazer, ou seja, as ações) e “*How*” (como fazer, ou seja, as atividades) estão em uma única coluna, visto que as atividades complementam a ação estratégica e, por fim, o “*Where*” (onde fazer) não será exibido nas tabelas abaixo, porém estão descritos nas ferramentas de monitoramento do plano (Geplanes e SisPDE) descritas na próxima seção deste documento. Na coluna “ID”, é possível visualizar o número da ação ou sua atividade. As informações referentes à coluna “*How Much*” (Quanto custa?) serão apresentadas na seção referente ao Planejamento Orçamentário e as informações referentes à coluna “*How Measure*” (Como medir?) relacionadas aos indicadores serão apresentadas na seção da Gestão do Plano, Metas e Indicadores de Monitoramento. Salienta-se que algumas ações ou suas atividades posteriormente definidas como estratégicas para intervir nos nós críticos já haviam sido iniciadas durante o período de elaboração do Plano Diretor Estratégico. Os macroproblemas e os nós críticos estão descritos nas Tabelas 38 e 39, e o plano de ação é descrito conforme mostram as Tabelas 40-62.

TABELA 38: OS TRÊS MACROPROBLEMAS

Macroproblemas	
MP1	Modelo de gestão do cuidado e da assistência ineficiente e não centrado no paciente
MP2	Inadequação da inserção do HU na Política da Rede Assistencial
MP3	Falta de Gestão Compartilhada aliada à falta de Comunicação interna e externa

TABELA 39: OS NÓS CRÍTICOS

Nós críticos	
NC1	Ausência de fluxo de acesso dos pacientes no PS (demanda espontânea)
NC2	Equipe Horizontal Inexistente
NC3	Baixa resolutividade das equipes cirúrgicas
NC4	Ausência de Linhas de Cuidado
NC5	Ausência de protocolos clínico-assistenciais
NC6	Ausência de Contratualização (com a RAS e com o gestor local)
NC7	Classificação de risco não efetiva
NC8	Baixa qualificação técnica da equipe
NC9	Ausência da política de referência e contrarreferência
NC10	Falta de integração entre as áreas administrativa, médica e assistencial
NC11	Falta de reuniões periódicas p/ planejamento estratégico com decisões colegiadas
NC12	Excessiva verticalização do Modelo de Gestão
NC13	Política de comunicação inexistente

TABELA 40: PLANO DE AÇÃO PARA CRIAÇÃO DE PROTOCOLO DE FLUXO DE ACESSO DAS ESPECIALIDADES.

Nó crítico	What / How		Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)			(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração
NC1	1.	<b>Criação de Protocolo de Fluxo de acesso das especialidades</b>	<b>1. Reestabelecer linha de comando</b> <b>2. Responsabilizar a equipe</b> <b>3. Viabilizar o acesso qualificado dos usuários ao HU</b>	<b>Juliana, Pedro Diniz e Danielle.</b>	8 meses	01/10/16	01/06/17
	1a.	Mapear os fluxos existentes		Luiz Otavio, Juliana, Pedro, Danielle, Adriana, Sandra, Orlando, Lucio, Rodrigo, Ricardo Brandão, Paulo Saad, Anderson Ramos	1 Mês	01/10/16	01/11/16
	1b.	Validar os fluxos de acesso no colegiado de atenção à saúde		Luiz Otavio , Pedro e Juliana	2 meses	01/11/16	01/01/17
	1c	Estabelecer Oficinas de trabalho para implantar os fluxos de acesso ao HU		Vanicleide, Luiz Otavio, Pedro e Juliana	3 meses	01/02/17	01/04/17
	1d	Monitorar a implantação do acesso qualificado ao HU.		Juliana, Danielle, Adriana, Gisele e Pedro	2 meses	01/04/17	01/06/17

TABELA 41: PLANO DE AÇÕES PARA REESTRUTURAÇÃO FÍSICA COM VISTAS À CENTRALIZAÇÃO DO ACESSO E À FACILITAÇÃO DO FLUXO.

Nó crítico	I.D.	What / How	Why	Who	When		
		(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração	Data Início	Data Fim
NC1	2.	<b>Reestruturação física com vistas à centralização do acesso e à facilitação do fluxo</b>	<b>1. Celeridade e segurança no fluxo de acesso</b>	<b>Ronald, Carlos Melo, Luiz Otávio e Rivellino</b>	12 meses	25/07/16	31/07/17
	2a.	Projetar		Carlos Melo	1 mês	25/07/16	25/08/16
	2b.	Validar o Projeto elaborado		Ronald, Luiz Otavio, Rivelino, Pedro , Juliana e Vanicleide.	2 semanas	01/11/16	15/11/16
	2c.	Executar o Projeto		Carlos Melo.	5 meses	01/03/17	31/07/17

TABELA 42: PLANO DE AÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA.

Nó crítico		What / How	Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração	Data Início	Data Fim
NC1	3.	Implantação de Comitê de Ética	1. Obrigação legal 3. Responsabilizar pelo Ato Médico	Pedro Diniz, Luiz Otavio	3 meses	01/02/17	28/04/17
	3a.	Seguir Norma específica do CRM		Luiz Otavio e Pedro Diniz.	3 meses	01/02/17	28/04/17

TABELA 43: PLANO DE AÇÃO PARA OPERACIONALIZAÇÃO DE TODAS AS COMISSÕES OBRIGATÓRIAS.

Nó crítico		What / How	Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração	Data Início	Data Fim
NC1	4.	Operacionalização de todas as Comissões Obrigatórias	1. Obrigação legal para certificação como hospital de ensino	Juliana, Ricardo, Fabrício Silva, Venâncio, Audimar e Sued	3 meses	01/02/17	22/04/17
	4a.	Definir equipe responsável para secretariar as Comissões		Ricardo, Thiago e Juliana.	1 semana	01/02/17	08/02/17
	4b.	Definir objetivos, participantes e frequência de reuniões das comissões, seguindo normas específicas		Ricardo, Thiago e Juliana.	1 mês	08/02/17	08/03/17

Nó crítico	What / How		Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)			(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração
	4c.	Implementar indicadores para cada Comissão definida		<b>Thiago</b>	15 dias	08/03/17	22/03/17
	4d.	Definir a rotina de monitoramento da operacionalização das Comissões Obrigatórias juntamente com a Gestão da Qualidade, apresentando os resultados ao colegiado gestor		<b>Ricardo, Thiago e Juliana.</b>	1 mês	22/03/17	22/04/17

TABELA 44: PLANO DE AÇÃO PARA INSTITUCIONALIZAÇÃO DE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE RETAGUARDA HORIZONTAL EFETIVA E RESOLUTIVA.

Nó crítico	What / How		Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)			(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração
NC2	5.	<b>Institucionalização de equipe multiprofissional de retaguarda horizontal efetiva e resolutive</b>	<b>1. Diminuir Taxa de Morbi/Mortalidade 2. Responsabilizar a equipe 4. Diminuir média de permanência da internação (Descriptor da árvores e indicador de qualidade a ser seguido)</b>	<b>Juliana e Emília</b>	<b>5 meses</b>	<b>01/03/17</b>	<b>31/07/17</b>
	5a.	Dimensionar e implementar a equipe de retaguarda		Pedro Diniz, Juliana Pedrosa, Emanuella e Gisele.	2 semanas	01/03/17	15/03/17
	5b.	Definir área de Atuação		Pedro Diniz, Juliana Pedrosa, Emanuella e Gisele.	2 semanas	15/03/17	29/03/17

Nó crítico		What / How	Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração	Data Início	Data Fim
	5c.	Construir, validar e implantar protocolos e fluxos multiprofissionais, incluindo a capacitação da equipe		Luiz Otávio, Pedro Diniz, Juliana Pedrosa, Orlando Vieira, Fabrício, Emanuella, Sandra, Rodrigo, Danielle e Sâmia.	2 meses	29/03/17	31/05/17
	5d	Alinhar os processos de trabalho da equipe horizontal multiprofissional conforme sistema de classificação de risco.		Luiz Otávio, Pedro Diniz, Juliana Pedrosa, Orlando Vieira, Fabrício, Emanuella, Sandra, Rodrigo, Danielle e Sâmia.	2 meses	29/03/17	31/05/17
	5e	Monitorar a atuação da equipe para implementação das ações		Pedro Diniz, Juliana Pedrosa, Emanuella e Gisele.	2 meses	31/05/17	31/07/17

TABELA 45: PLANO DE AÇÃO PARA REDEFINIÇÃO DOS FLUXOS DE PROCESSOS DO CENTRO CIRÚRGICO

Nó crítico		What / How	Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração	Data Início	Data Fim
NC3	6	<b>Redefinição dos fluxos de processos do Centro Cirúrgico</b>	<b>1. Aperfeiçoar o acompanhamento da produção hospitalar 2. Acompanhar a produtividade da equipe do Centro Cirúrgico</b>	<b>Luiz Otávio, Cíntia, Guedijany e Sandra</b>	<b>6 meses</b>	<b>01/10/16</b>	<b>08/04/17</b>

Nó crítico	What / How		Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)			(Por que fazer)	Duração	Data Início
	6a.	Registrar as informações referente as cirurgias no Bloco Cirúrgico (BC) no AGHU	<b>3. Manter a capacidade operacional das salas operatórias</b> <b>4. Melhorar a assistência prestada ao usuário</b> <b>5. Otimizar o tempo de uso do Centro Cirúrgico</b> <b>6. Aumentar o número de cirurgias eletivas realizadas</b>	Cíntia Fortes, Renato (TI)	1 mês	01/10/16	01/11/16
	6b.	Implementar um plano diretor físico direcionado ao centro cirúrgico (que inclua o levantamento e a reposição dos materiais /equipamentos cirúrgicos que estão em falta)		Cíntia Fortes, Guedjany e Carlos.	3 meses	01/10/16	30/12/16
	6c	Operacionalizar e Institucionalizar o novo fluxo de agendamento cirúrgico, incluindo a utilização do mapa cirúrgico por meio do módulo do AGHU		Cíntia.	2 meses	09/01/17	08/03/17
	6d.	Reestruturar o ambulatório da ortopedia		Rodrigo e Gisele.	1 mês	01/02/17	01/03/17
	6e.	Consolidar a politica de gestão de OPME		Cíntia, Diógenes e Leonardo.	3 meses	01/10/16	31/01/17
	6f.	Capacitar os envolvidos com relação ao novo fluxo de agendamento cirúrgico		Cíntia	2 meses	09/01/17	08/03/17
	6g.	Definir rotina de monitoramento e avaliação os processos do Centro Cirúrgico		Cíntia Forte e Guedjany	1 mês	08/03/17	08/04/17



Nó crítico		What / How	Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração	Data Início	Data Fim
		Instrumento Formal de Contratualização (IFC)					

TABELA 47: PLANO DE AÇÃO PARA O REESTABELECIMENTO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA DE ORTOPEDIA

Nó crítico		What / How	Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração	Data Início	Data Fim
NC3	8.	Reestabelecimento do programa de residência de Ortopedia	<b>1. Aumento do número de residentes</b> <b>2. Aumento do número de atendimentos ambulatoriais</b> <b>3. Aumento do número de cirurgias eletivas</b> <b>4. Diminuição do tempo de espera por cirurgias ortopédicas</b>	Ricardo Lima, Lucyo e Rodrigo	9 meses	01/07/17	01/03/18
	8a.	Elaborar projeto de residência		Lucyo e Rodrigo	1 mês	01/07/17	01/08/17
	8b.	Submeter projeto ao COREME		Lucyo e Rodrigo	1 mês	01/08/17	01/09/17
	8c.	Implementar residência ortopédica		Lucyo e Rodrigo	7 meses	01/09/17	01/03/18

TABELA 48: PLANO DE AÇÃO PARA O ESTABELECIMENTO DAS LINHAS DE CUIDADO PRIORITÁRIAS JUNTO COM A REDE PEBA.

Nó crítico	I.D.	What / How	Why	Who	When		
		(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração	Data Início	Data Fim
NC4	9.	<b>Estabelecimento das Linhas de Cuidado prioritárias junto com a rede PEBA</b>	<b>1. Aprimorar a articulação do HU com a RAS</b> <b>2. Diminuir número de pacientes atendidos sem passarem pela regulação</b> <b>3. Alcançar menores níveis de incerteza e variabilidade no diagnóstico e tratamento, e uma maior previsibilidade no uso de recursos, em seus fluxos e nos resultados obtidos</b> <b>4. Alcançar maior adesão dos profissionais às Linhas de Cuidado e Protocolos Clínicos</b>	<b>Luiz Otavio, Pedro Diniz, Vanicleide Nunes, Juliana Korinfsky, Adriana, Thiago, Danielle</b>	<b>13 meses</b>	<b>01/02/17</b>	<b>01/03/18</b>
	9a.	Formar um GT para mapear a Rede e definir todas as Linhas de Cuidado com base nas condições de saúde		Luiz Otavio, Pedro Diniz, Vanicleide Nunes, Juliana Korinfsky, Adriana	2 meses	01/02/17	01/04/17
	9b.	Definir as Linhas de Cuidado prioritárias que o Hospital irá atuar		Luiz Otavio, Pedro Diniz, Vanicleide Nunes, Juliana Korinfsky, Adriana	1 meses	01/04/17	01/05/17
	9c.	Desenhar e pactuar com gestores de outros pontos de atenção, os fluxos de acesso Rede<=>HU		Luiz Otavio, Pedro Diniz, Vanicleide Nunes, Juliana Korinfsky, Adriana	4 meses	01/07/17	01/11/17
	9d.	Estabelecer protocolos Clínico-Assistenciais para as Linhas de Cuidado		Luiz Otavio, Pedro Diniz, Vanicleide Nunes, Juliana Korinfsky, Adriana	2 meses	01/09/17	01/11/17

Nó crítico	What / How		Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)			(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração
	9e.	Criar um colegiado para monitoramento das Linhas de Cuidado estabelecidas e definir calendario das reuniões		Luiz Otavio, Pedro Diniz, Vanicleide Nunes, Juliana Korinfsky, Adriana	2 meses	01/09/17	01/11/17
	9f.	Realizar oficinas de divulgação em classificação de risco, protocolos, fluxos assistenciais e linhas de cuidado com todos os segmentos envolvidos		Samia e Juliana	2 meses	01/11/17	01/01/18
	9g.	Realizar oficinas de capacitação em classificação de risco, protocolos, fluxos assistenciais e linhas de cuidado com todos os segmentos envolvidos		Samia e Juliana	2 meses	01/11/17	01/01/18
	9h.	Criar os indicadores específicos para cada linha de cuidado e definir rotina de monitoramento		Juliana e Thiago	2 meses	01/01/18	01/03/18

TABELA 49: PLANO DE AÇÃO PARA O ESTABELECIMENTO DOS PLANOS TERAPÊUTICOS SINGULARES (PTS), ESTRUTURANDO O TRABALHO INTERDISCIPLINAR COM FOCO NO USUÁRIO

Nó crítico	What / How		Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)			(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração
NC4	10	<b>Estabelecimento dos Planos Terapêuticos singulares (PTS), estruturando o trabalho interdisciplinar com foco no usuário</b>	<b>1. Melhorar a eficiência assistencial</b> <b>2. Reduzir o retrabalho e eventos ocorridos</b> <b>3. Melhorar o trabalho em equipe e o engajamento com o cuidado pela equipe multiprofissional</b> <b>4. Envolver o usuário e familiar no planejamento do cuidado</b>	<b>Juliana, Pedro, Emanuela, Fabrício Olinda e Isabele</b>	9 meses	01/03/18	01/12/18
	10a.	Definir as diretrizes para implementação e acompanhamento dos planos terapêuticos e os focos atribuídos a cada membro da equipe multiprofissional		Juliana, Pedro e Emanuela	2 meses	01/03/18	01/05/18
	10b.	Estabelecer equipes assistencias interdisciplinares horizontais para cada setor		Pedro e Luiz Otávio	1 mês	01/04/18	01/05/18
	10c.	Definir a periodicidade das visitas multiprofissionais		Juliana, Pedro, Emanuela, Fabrício	1 mês	01/04/18	01/05/18
	10d.	Estabelecer o Planejamento de Cuidado Individual com metas a serem cumpridas, incluindo a participação da família na discussão do plano terapêutico		Juliana, Pedro, Emanuela, Fabrício	6 meses	01/05/18	01/11/18
	10e.	Definir a rotina de monitoramento e avaliação da institucionalização do PTS		Juliana, Pedro, Emanuela, Fabrício	1 mês	01/11/18	01/12/18

TABELA 50: PLANO DE AÇÃO PARA A ADOÇÃO DE DISPOSITIVOS MATRICIAIS

Nó crítico	What / How		Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)			(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração
NC4	11.	<b>Adoção de dispositivos matriciais</b>	<b>1. Ampliar as possibilidades de realizar a clínica ampliada com a integração entre distintas especialidades do HU.</b> <b>2. Favorecer a troca de conhecimento entre as equipes.</b>	<b>Luiz Otavio, Pedro, Juliana, Vanicleide</b>	<b>6 meses</b>	<b>01/09/17</b>	<b>01/03/18</b>
	11a.	Definir os responsáveis pelos processos matriciais		Luiz Otavio, Pedro, Juliana, Vanicleide	1 Mês	01/09/17	01/10/17
	11b.	Intituir as equipes matriciais de referência para cada área assistencial e sua abrangência		Pedro Diniz, Sandra, Orlando, Lucyo, Paulo Saad, Ricardo Brandão, Rodrigo, Fabrício e Emanuela	3 Meses	01/10/17	01/01/18
	11c.	Definir calendário das reuniões para apoio das equipes matriciais as equipes de referencia		Pedro Diniz, Sandra, Orlando, Lucyo, Paulo Saad, Ricardo Brandão, Rodrigo, Fabrício e Emanuela	3 Meses	01/10/17	01/01/18
	11d.	Sensibilizar os profissionais para mudança da cultura organizacional		Pedro Diniz, Sandra, Orlando, Lucyo, Paulo Saad, Ricardo Brandão, Rodrigo, Fabrício e Emanuela	2 meses	01/01/18	01/03/18

TABELA 51: PLANO DE AÇÃO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE GESTÃO POR PROCESSOS.

Nó crítico	What / How		Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração	Data Início	Data Fim
NC4	12	<b>Implementação do modelo de gestão por processos</b>	<b>1. Estabelecer e institucionalizar fluxos processuais; 2. Garantir a uniformidade das ações; 3. Permitir a tomada de decisão descentralizada com base em parâmetros definidos às chefias; 4. Estabelecer fluxo de informações constantes e bi-direcional entre governança e equipe do HU; 5. Integrar em caráter permanente as equipes administrativas e assistenciais do HU; 6. Atender a maior demanda possível, em razão da escassez de recursos (humanos e materiais); 7 Realizar as ações assistenciais por meio de equipes multiprofissionais</b>	<b>Alan Martins, Renato, Thiago e Livia</b>	<b>22 meses</b>	<b>01/10/16</b>	<b>01/08/18</b>
	12a.	Identificar os processos existentes nas áreas assistenciais (áreas fim) e áreas meio (engenharia clínica, hotelaria, etc.)		Thiago	1 mês	01/03/17	01/04/17
	12b.	Analisar os processos mapeados e Instituir os novos processos necessários nas áreas assistenciais (áreas fim) e áreas meio (engenharia clínica, hotelaria, etc.)		Alan, Renato, Cintia, Guedjane, Sandra, Lucio, Danielle, Juliana, Adriana, Renata, Felipe, Rodrigo, André, Carlos, Juliana	6 meses	01/04/17	01/10/17
	12c.	Avaliar a implantação do Planejamento Estratégico da Farmácia (que inclui: dispensação, distribuição, organização estrutural e procedimentos)		Felipe	1 mês	01/03/17	01/04/17
	12d.	Revisão dos contratos de Hotelaria (Higienização, Lavanderia e SND), com inserção dos Acordos de		Gabriela	8 meses	01/10/16	01/06/17

Nó crítico	What / How		Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)			(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração
		Níveis de Serviço					
	12e.	Aplicação da classificação da curva ABC para posterior aplicação da curva XYZ		Felipe, Diogenes e André	3 meses	01/03/17	01/06/17
	12f.	Elaboração e implantação do Plano Diretor Físico do Hospital (físico e tecnológico)		Carlos	6 meses	01/10/16	01/04/17
	12g.	Definir o modelo de gestão que contemple a gestão por processos		Rivelino, Ronald e Carlos	3 meses	01/10/17	31/12/17
	12h.	Implantar e capacitar as equipes envolvidas em cada processo		Samia e Thiago	7 meses	31/12/17	01/07/18
	12i.	Definir a rotina de monitoramento do desempenho dos processos		Thaigo e Renato	1 mês	01/07/18	01/08/18

TABELA 52: PLANO DE AÇÃO PARA O ESTABELECIMENTO DE TODOS OS PROTOCOLOS CLÍNICO-ASSISTENCIAIS.

Nó crítico	What / How		Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)			(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração
NC5	13.	<b>Estabelecimento de todos os protocolos clínico-assistenciais</b>	<b>1. Melhorar o fluxo e atendimentos de pacientes no HU</b> <b>2. Alcançar menores níveis de incerteza e variabilidade no diagnóstico e tratamento, e uma maior previsibilidade no uso de recursos, em seus fluxos e nos resultados obtidos;</b> <b>3. Alcançar maior adesão dos profissionais às Linhas de Cuidado e Protocolos Clínicos,</b>	<b>Luiz Otavio, Pedro, Juliana, Vanicleide</b>	9 meses	01/11/16	01/08/17
	13a.	Identificar as áreas clínica-assistenciais que não possuem protocolos		Renata, Saulo e Venâncio	1 Mês	01/11/16	31/12/16
	13b.	Formalizar comissão fixa e interdisciplinar para confeccionar e validar todos os protocolos		Juliana e Fabrício Silva	6 meses	01/02/17	01/08/17
	13c.	Realizar oficinas para implantar e capacitar as equipes nos protocolos clínico-assistenciais		Samia e Chefias Assistenciais	4 meses	01/08/17	31/12/17
	13d.	Definir indicadores de avaliação e metas a serem alcançadas		Thiago	6 meses	01/02/17	01/08/17
	13e.	Criar o modelo de avaliação por meio de auditorias clínicas		Saulo, Luiz Otávio, Eliana	6 meses	01/02/17	01/08/17

TABELA 53: PLANO DE AÇÃO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Nó crítico	What / How		Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração	Data Início	Data Fim
NC5	14.	<b>Implementação de um programa de gestão da qualidade</b>	<b>1. Monitorar os riscos a segurança do paciente, dos familiares e colaboradores</b> <b>2. Implementar melhorias contínuas com a utilização de ferramentas de qualidade</b> <b>3. Disseminar a cultura do aprimoramento e melhoria contínua e aprendizado organizacional</b>	<b>Adriana, Thiago e Renata</b>	<b>10 meses</b>	<b>01/01/18</b>	<b>31/10/18</b>
	14a.	Definir o Programa de Gestão da Qualidade, em conjunto com o NAQH, com estruturação da equipe responsável por promover e executar as ações necessárias para implantação da sistemática de gestão da qualidade		Adriana e Thiago	2 meses	01/01/18	01/03/18
	14b.	Planejar a implementação da gestão da qualidade com a elaboração das diretrizes gerais de qualidade, dos requisitos de documentação e registro e do cronograma com ações necessárias, suas metas e responsabilidades		Renata, Adriana e Thiago	2 meses	01/03/18	01/05/18
	14c.	Desenvolver o Manual da Qualidade com base nos manuais de acreditação da ONA (que contempla a diretrizes e os procedimento gerais de qualidade) e demais documentações necessárias (manuais, POPs, fluxos		Renata, Thiago e Juliana	3 meses	01/04/18	01/07/18

Nó crítico	What / How		Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)			(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração
		e registros)					
	14d.	Criar e definir rotina de monitoramento das pesquisas de satisfação aos usuários e colaboradores		Emília	2 meses	01/07/18	01/09/18
	14f.	Definir metodologia, grupo executor e periodicidade de auditoria de qualidade para avaliação de processos		Saulo e Renata	2 meses	01/03/18	01/05/18
	14g.	Recrutar e capacitar a equipe de auditores		Luiz otavio, Eliana e Adriana	2 meses	01/07/18	01/09/18
	14h.	Apresentar os resultados da auditoria em colegiados e divulgá-los no HU		Luis Otávio, Thiago e Alan Richards	1 mês	01/09/18	31/10/18

TABELA 54: PLANO DE AÇÃO PARA A GESTÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO DE FORMA CONTÍNUA, EM CONJUNTO COM O GESTOR LOCAL

Nó crítico	What / How		Why (Por que fazer)	Who (Responsáveis)	When		
	I.D.	(Ações e atividades)			Duração	Data Início	Data Fim
NC6	15.	<b>Gestão da Contratualização de forma contínua, em conjunto com o gestor local</b>	<b>1. Promover a efetiva inserção do HU na Rede de Atenção à Saúde 2. Melhorar a alocação da gestão dos recursos públicos por meio da racionalização dos gastos e da qualidade do serviço prestado</b>	<b>Ronald, Luiz Otavio, Ricardo Santana e Rivelino</b>	<b>2 anos</b>	<b>01/11/16</b>	<b>31/12/18</b>
	15a.	Divulgar a contratualização interna e externamente		Ronald e Allan Richards	1 mês	01/11/16	01/12/16
	15b.	Instituir a Comissão de Acompanhamento da Contratualização		Luiz Otávio	1 mês	01/02/17	01/03/17
	15c.	Realização da revisão da contratualização		Rivelino	1 mês	01/10/17	01/11/17
	15d.	Monitorar o cumprimento das metas pactuadas, por meio de reuniões com o gestor local		Ronald	2 anos	01/11/16	31/12/18

TABELA 55: PLANO DE AÇÃO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE ECONOMIA DA SAÚDE

Nó crítico	What / How		Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)			(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração
NC6	16.	<b>Implementação do programa de economia da saúde</b>	<b>1. Atingir uma melhor relação custo efetividade na assistência ao paciente</b>	<b>Luiz Otávio, Rivellino e Saulo</b>	<b>15 meses</b>	<b>01/07/17</b>	<b>01/10/18</b>
	16a.	Mapear os modelos existentes com referências bibliográficas		Saulo, Erica Franciele, Alan Martins	3 meses	01/07/17	01/10/18
	16b.	Reunir equipe para escolha do modelo a ser adotado		Saulo, Erica Franciele, Alan Martins	1 mês	01/10/17	01/11/17
	16c.	Inserir no sistema de informação hospitalar módulo para gerenciamento de conta por paciente		Alan Martins e Renato	6 meses	01/11/17	01/05/18
	16d.	Capacitar a equipe sobre a nova ferramenta e utilizar		Alan Martins e Renato, Saulo e Erica Franciele	1 mês	01/05/18	01/06/18
	16e.	Definir o Monitoramento referente à implementação do programa por meio de indicadores		Alan Martins, Renato, Marcos.	1 mês	01/06/18	01/07/18

TABELA 56: PLANO DE AÇÃO PARA A DEFINIÇÃO DO PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE MANCHESTER, PARA SER IMPLANTADO NO SERVIÇO DE ACOLHIMENTO DO HU-UNIVASF.

Nó crítico	What / How		Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)			(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração
NC7	17.	<b>Definição do protocolo de Classificação de risco de Manchester, para ser implantado no serviço de acolhimento do HU-UNIVASF.</b>	<b>1. Promover a escuta qualificada na porta de entrada do HU</b> <b>2. Direcionar à Rede, de forma responsável, os pacientes que não possuem perfil para o Hospital</b>	<b>Luiz Otávio, Pedro, Danielle, Juliana Korinfsky</b>	<b>11 meses</b>	<b>01/05/16</b>	<b>30/03/17</b>
	17a.	Capacitar em classificadores do protocolo de Manchester a equipe de Enfermeiros do Acolhimento.		Luiz Otávio, Pedro, Danielle	1 mês	01/05/16	30/05/16
	17b.	Capacitar equipe interna da emergência com o número de 06 classificadores em auditores interno do protocolo, para acompanhar os atendimentos no acolhimento e auditar as classificações de risco de forma contínua.		Luiz Otávio, Danielle, Murilo Damasceno, Carla Eliza, Tamara e Vanessa	1 mês	01/06/16	30/06/16
	17c.	Organizar fluxo de entrada para o atendimento do paciente no acolhimento, incluindo a utilização das pulseiras de identificação		Luiz Otávio, Danielle	4 meses	01/06/16	01/11/16
	17d.	Definir mecanismos de controle (indicadores, periodicidade de relatórios, etc.) com relação ao encaminhamento responsável na RAS, do paciente não classificado no perfil de atendimento do HU.		Luiz Otávio, Emanuela, Danielle, Juliana, Pedro, Vanicleide, Adriana	5 meses	13/07/16	01/12/16

Nó crítico	What / How		Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)			(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração
	17e	Confeccionar planilha de acompanhamento dos dados dos pacientes encaminhados para outras unidades da rede, com atualização diária dos dados.		Danielle, Luiz Otávio	15 dias	13/07/16	31/07/16
	17f	Mapear os casos de baixa complexidade sem resolutividade da Rede de Atenção Básica e apresentar na CIR		Danielle, Luiz Otávio, Adriana	2 meses	01/02/17	30/03/17

TABELA 57: PLANO DE AÇÃO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE POLITICA DE DESENVOLVIMENTO TECNICO MULTIPROFISSIONAL DAS ÁREAS ASSISTENCIAIS E ADMINISTRATIVAS E EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA A RAS.

Nó crítico	What / How		Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)			(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração
NC8	18.	<b>Implementação de politica de desenvolvimento tecnico multiprofissional das áreas assistenciais e administrativas e educação permanente para a RAS</b>	<b>1. Promover a melhoria continua da qualidade assistencial</b> <b>2. Responsabilizar a equipe assistencial pela efetiva segurança do paciente</b>	<b>Samia, Audimar, Adriana, Rubia, Lúcyo e Sued</b>	2 anos	01/02/17	31/12/18
	18a.	Identificar os processos existentes relacionado à educação permanente dentro do HU		Samia, Audimar, Adriana, Rubia, Lúcyo	1 mês	01/02/17	01/03/17

Nó crítico	What / How		Why (Por que fazer)	Who (Responsáveis)	When		
	I.D.	(Ações e atividades)			Duração	Data Início	Data Fim
	18b.	Identificar as necessidades de capacitação		Lúcyo, Vanicleide	1 mês	01/02/17	01/03/17
	18d.	Organizar as equipes executoras das capacitações e Identificar e capacitar os tutores de Educação Permanente		Lúcyo, Orlando, Audimar, Vanicleide, Rubia, Samia	3 meses	01/03/17	01/06/17
	18e	Definir programa de capacitação para os funcionários recém-admitidos / ingressantes		Rubia, Katiane	2 meses	01/02/17	01/04/17
	18f.	Formatar o plano anual de capacitações e planejar a aplicação de ferramentas de ensino aprendizagem (Educação Permanente)		Samia, Rubia, Lúcyo	3 meses	01/04/17	01/07/17
	18g.	Expandir a política efetiva de treinamento e educação permanente para alunos e residentes do HU baseada em metodologias ativas de ensino aprendizagem		Lúcyo, Audimar, Samia, Ricardo Lima, Sued	2 meses	01/07/17	01/09/17
	18i.	Expandir a política efetiva de treinamento e educação permanente para os profissionais da área administrativa e de apoio do HU baseada em metodologias ativas de ensino aprendizagem		Rubia, Katiane, Samia, André	3 meses	01/04/17	01/07/17
	18j.	Identificar as necessidades da rede para capacitação		Samia, Adriana	2 meses	01/07/17	01/09/17

Nó crítico	What / How		Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)			(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração
	18l.	Expandir capacitação técnica para a RAS baseada em metodologias ativas de ensino aprendizagem		Samia, Adriana, Venâncio, Audimar, Sued, Paula	16 meses	01/09/17	31/12/18

TABELA 58: PLANO DE AÇÃO PARA O APRIMORAMENTO DOS PROCESSOS REGULATORIOS INTRA-HOSPITALARES E DE INTEGRAÇÃO NA RAS.

Nó crítico	What / How		Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)			(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração
NC9	19.	<b>Aprimoramento dos processos regulatórios intra-hospitalares e de integração na RAS</b>	<b>1. Melhorar a comunicação entre as portas de entrada da atenção básica e atenção especializada do HU</b> <b>2. Facilitar o acesso dos usuários</b> <b>Mapear a rede assistencial do sus</b> <b>3. Melhorar a integralidade da assistência</b>	<b>Ricardo Santana, Luiz Otavio, Pedro, Adriana, Giselle</b>	7 meses	01/01/17	01/08/17
	19a.	Reestruturar a equipe do NIR e do SRAS		Adriana, Giselle	1 mês	01/02/17	01/03/17
	19b.	Reestruturar os processos regulatórios intra-hospitalares		Adriana, Giselle	4 meses	01/01/17	01/05/17
	19c.	Definir com a equipe do SRAS e NIR: a Rede de abrangência do HU e a regulação da grade de referência e contrarreferência		Luiz Otavio, Pedro, Juliana, Adriana, Daniele,	3 meses	01/02/17	01/05/17
	19d.	Estabelecer reuniões periódicas com os gestores da Rede para avaliação da pactuação da grade de referência e		Luiz Otavio, Pedro, Juliana, Adriana, Daniele,	2 meses	01/02/17	01/04/17

Nó crítico	What / How		Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)			(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração
		contrarreferência					
	19e.	Apresentar os resultados dos processos regulatórios na CIR		Luiz Otavio, Pedro, Juliana, Adriana, Daniele,	1 mês	01/07/17	01/08/17
	19f.	Instituir formulario para os encaminhamentos ao HU com espaço adequado para contrarreferência.		Luiz Otavio, Adriana, Emanuela, Juliana	3 meses	01/02/17	01/05/17
	19g.	Instituir processo de alta hospitalar responsável com a articulação na Rede (at.básica/reabilitação/leitos de retaguarda)		Luiz Otavio, Pedro, Juliana, Adriana, Daniele,	3 meses	01/02/17	01/05/17
	19h.	Definir Indicadores de monitoramento para avaliação da operacionalização dos processos regulatórios e de integração com a RAS		Juliana, Thiago, Adriana	1 mês	01/05/17	01/06/17

TABELA 59: PLANO DE AÇÃO PARA O ESTABELECIMENTO DA INTEGRAÇÃO ENTRE OS DIVERSOS SETORES QUE COMPÕEM O HU (ASSISTENCIAL, ADMINISTRATIVO E USUÁRIOS)

Nó crítico	What / How		Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)			(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração
NC10	20.	<b>Estabelecimento da integração entre os diversos setores que compõem o HU (Assistencial, administrativo e usuários)</b>	<b>1. Aperfeiçoar o modelo de governança, baseado em gestão compartilhada;</b> <b>2. Potencializar o desenvolvimento de fluxos de comunicação resolutivos;</b> <b>3. Desenvolver a equipe para o atingimento de metas propostas;</b> <b>4. Permitir a integração entre as diversas áreas do HU (administrativa e assistencial);</b> <b>5. Permitir a compreensão do modelo de gestão compartilhada e a associação entre o HU e a universidade</b>	Ronald Mendes e Allan Richards	1 mês	01/02/17	01/03/17
	20a.	Elaborar e divulgar calendário anual de reuniões de integração entre equipes (assistencial e administrativo), ampliando as reuniões do NAQH		Ronald Mendes e Allan Richards	1 mês	01/02/17	01/03/17
	20b.	Definir a participação do usuário em discussões internas por meio da participação em Conselhos do HU de decisão compartilhada (CAC e Conselho Consultivo)		Ronald Mendes e Allan Richards	1 mês	01/02/17	01/03/17

TABELA 60: PLANO DE AÇÃO PARA INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO COM REUNIÕES PERIÓDICAS COM TODAS AS CHEFIAS TRIMESTRALMENTE.

Nó crítico	What / How		Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)			(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração
NC11	21.	<b>Institucionalização do Planejamento Estratégico com reuniões periódicas com todas as chefias trimestralmente</b>	<b>1. Melhorar a decisão em colegiados, entre setores e ampliar a divulgação dos resultados do planejamento estratégico dentro e fora do hospital</b> <b>2. Alcançar um planejamento colaborativo e com encontros periódico</b>	<b>Thiago e Marcos</b>	7 meses	01/11/16	01/06/17
	21a.	Implementar a agenda de reuniões do planejamento estratégico em 2017 e 2018		Thiago e Marcos	1 mês	01/12/16	31/12/16
	21b.	Aperfeiçoar os relatórios parciais ao longo do ano, informando os principais resultados e acompanhando as ações estratégicas por setor, incluindo os resultados do PDE (Esses relatórios terão os principais encaminhamentos para se melhorar os indicadores que precisem de intervenção)		Thiago e Marcos	4 meses	01/02/17	01/06/17
	21c.	Criar uma agenda de planejamento intersetorial que será formada com base nas necessidades dos setores		Thiago, Marcos	1 mês	01/02/17	01/03/17
	21d.	Consolidar o fechamento do planejamento estratégico em reuniões anuais, onde os chefes responsáveis irão expor a síntese dos seus resultados do plano de ação, indicadores e ações intersetoriais		Thiago, Marcos	45 dias	01/11/16	15/12/16

Nó crítico	What / How		Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)			(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração
	21e.	Definir estratégia de divulgação dos resultados por meio de email e site institucional e a padronização das informações a serem divulgadas		Thiago, Marcos e Allan	1 mês	01/11/16	01/12/16
	21f.	Adaptar a exposição dos resultados de gestão à visita com base na execução do PDE		Thiago e Marcos	3 meses	01/02/17	01/05/17
	21g.	Aprimorar a divulgação dos resultados do HU-UNIVASF em colaboração com a unidade de comunicação em mídias externas, com base na execução do PDE		Thiago e Allan Richards	3 meses	01/02/17	01/05/17

TABELA 61: PLANO DE AÇÃO PARA A IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE GESTÃO COMPARTILHADA.

Nó crítico	What / How		Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)			(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração
NC12	22.	<b>Implantação do processo de gestão compartilhada</b>	<b>1. Dividir e compartilhar as decisões</b> <b>2. Constatar problemas e buscar corrigir formas de correção</b> <b>3. Identificar problemas</b>	Ronald, Rivelino, Luiz Otavio, Ricardo Santana	3 meses	01/10/16	31/12/16
	22a.	Institucionalizar colegiado deliberativo assistencial de chefias com reuniões mensais ou bimestrais		Ronald e Luiz Otávio	1 mês	01/10/16	01/11/16

Nó crítico	What / How		Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)			(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração
	22b.	Institucionalizar colegiado deliberativo administrativo de chefias com reuniões mensais ou bimestrais	<b>operacionais e falhas de comunicação</b>	Ronald e Rivellino	1 mês	01/10/16	01/11/16
	22c.	Institucionalizar colegiado deliberativo de ensino e pesquisa de chefias com reuniões mensais ou bimestrais		Ronald e Ricardo	1 mês	01/11/16	31/12/16
	22d.	Institucionalizar fórum assistencial		Ronald, Luiz Otávio, Pedro, Juliana e Vanicleide	1 mês	01/10/16	01/11/16
	22e.	Institucionalizar fórum administrativo		Ronald, Rivellino, Sileide e Katiane	1 mês	01/10/16	01/11/16
	22f.	Institucionalizar fórum com pessoal dos serviços terceirizados, incluindo os representantes dos temas envolvidos		Ronald e Rivellino	1 mês	01/10/16	01/11/16
	22g.	Planejar a realização de reuniões regulares assistenciais, incluindo os representantes dos temas envolvidos		Ronald e Luiz Otávio	1 mês	01/11/16	01/12/16
	22h.	Planejar a realização de reuniões regulares administrativas, incluindo os representantes dos temas envolvidos		Rivellino	1 mês	01/11/16	01/12/16
	22i.	Divulgar as atas das reuniões e deliberações para todas as equipes		Ronald e Rivellino	1 mês	01/11/16	01/12/16

TABELA 62: PLANO DE AÇÃO PARA A ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL, QUE INCLUA A COMUNICAÇÃO INTERNA E EXTERNA.

Nó crítico	What / How		Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)			(Por que fazer)	(Responsáveis)	Duração
NC13	23.	<b>Elaboração e Implementação do Plano de Comunicação Institucional, que inclua a comunicação interna e externa</b>	<b>1. Melhorar o processo de comunicação interno e externo</b> <b>2. transparência da gestão</b>	Alan Richards	15 meses	01/10/16	31/01/18
	23a.	Elaborar uma política de comunicação institucional, de acordo com a política de comunicação da EBSEH, considerando os aspectos assistenciais, ensino, pesquisa, inovação e extensão realizados no HU.		Allan Richards, Marcela, RP	2 Meses	01/10/16	01/12/16
	23b.	Elaborar/construir plano de comunicação institucional (que inclui o diagnóstico comunicacional)		Allan Richards, Marcela e o RP	12 meses	01/02/17	31/01/18
	23c.	Elaborar uma estratégia de comunicação que evidencie a diferenciação da atuação de um hospital universitário para um hospital regular.		Allan Richards, Marcela	2 Meses	01/10/16	01/12/16
	23d.	Definir e divulgar os canais e os fluxos de comunicação interna entre os colaboradores nos diversos setores do HU.		Allan Richards e Marcela	2 Meses	01/11/16	01/01/17
	23e.	Divulgar amplamente, acompanhar, ajustar possíveis ruídos e estabelecer o formato de comunicação interna definido pelo hospital.		Allan Richards, Marcela	1 mês	01/01/17	31/01/17
	23f.	Definir o responsável pela comunicação externa do Hospital.		Allan Richards, Marcela	1 mês	01/10/16	01/11/16

Nó crítico	What / How		Why	Who	When		
	I.D.	(Ações e atividades)			(Por que fazer)	Duração	Data Início
	23g.	Definir os responsáveis pela comunicação externa nos diversos setores do HU		Marcela	1 mês	01/10/16	01/11/16
	23h.	Definir os canais e os fluxos de comunicação externa nos diversos setores do HU.		Alan Richards e Marcela	2 Meses	01/02/17	01/04/17
	23i.	Definir os fluxos de comunicação entre os diversos públicos, assegurando que a informação correta seja divulgada para a pessoa/instituição de forma correta e no momento apropriado.		Allan Richards e Emília	2 Meses	01/03/17	01/05/17
	23j.	Padronizar o formato das documentações divulgadas para o exterior.		Allan Richards, Marcela	1 mês	01/04/17	01/05/17

## 6. Análise Orçamentária

A planilha orçamentária está descrita conforme a Tabela 63 e considera um conjunto de agrupamentos de despesas, seguindo a classificação da contabilidade pública, que orienta os HUFs na definição dos seus orçamentos. Cada valor foi distribuído considerando os diferentes tipos de despesas, possibilitando, desta forma, uma melhor definição dos recursos financeiros necessários para a execução do PDE no HU-UNIVASF. O valor total orçado foi de R\$ 1.797.000,00.

TABELA 63: PLANILHA ORÇAMENTÁRIA

PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO DO PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO		DESPESAS DE CUSTEIO										DESPESAS DE INVESTIMENTO	TOTAL por Nó Crítico e por Ação
		Despesas de Consumo Não Finalístico			Materiais/Serviços Finalísticos		Pessoal	Manutenção e Reforma	Ensino e Pesquisa		Máquinas, Equipamentos e Mobiliário		
Nós Críticos	Ações	Diárias, Passagens e Locomoção	Materiais/Serviços de Consumo Geral	Materiais/Serviços de Tecnologia da Informação	Material Médico Hospitalar	Outros Materiais/Serviços Finalísticos	Terceirização Direta pelo HU	Reforma	Apoio ao Ensino e Pesquisa	Bolsas e Residência	Máquinas, Equipamentos e Mobiliário		
Nó Crítico 1	Criação de Protocolo de Fluxo de acesso das especialidades	8.000,00	5.000,00	5.000,00	-	-	-	-	5.000,00	-	4.000,00	27.000,00	
	Reestruturação física com vistas à centralização do acesso e à facilitação do fluxo	-	-	-	-	-	-	28.000,00	-	-	-	28.000,00	
<b>Total Nó Crítico 1</b>		<b>8.000,00</b>	<b>5.000,00</b>	<b>5.000,00</b>	-	-	-	<b>28.000,00</b>	<b>5.000,00</b>	-	<b>4.000,00</b>	<b>55.000,00</b>	
Nó Crítico 2	Institucionalização de equipe multiprofissional de retaguarda horizontal efetiva e resolutiva	-	1.000,00	-	-	-	400.000,00	-	-	-	-	401.000,00	
<b>Total Nó Crítico 2</b>		-	<b>1.000,00</b>	-	-	-	<b>400.000,00</b>	-	-	-	-	<b>401.000,00</b>	

PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO DO PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO		DESPESAS DE CUSTEIO									DESPESAS DE INVESTIMENTO	TOTAL por Nó Crítico e por Ação
		Despesas de Consumo Não Finalístico			Materiais/Serviços Finalísticos		Pessoal	Manutenção e Reforma	Ensino e Pesquisa		Máquinas, Equipamentos e Mobiliário	
Nós Críticos	Ações	Diárias, Passagens e Locomoção	Materiais/Serviços de Consumo Geral	Materiais/Serviços de Tecnologia da Informação	Material Médico Hospitalar	Outros Materiais/Serviços Finalísticos	Terceirização Direta pelo HU	Reforma	Apoio ao Ensino e Pesquisa	Bolsas e Residência	Máquinas, Equipamentos e Mobiliário	
Nó Crítico 3	Redefinição dos fluxos de processos do Centro Cirúrgico	-	-	-	-	300.000,00	-	-	-	-	-	300.000,00
	Estabelecimento de um contrato interno de gestão	-	-	-	-	-	60.000,00	-	-	-	-	60.000,00
	Reestabelecimento do programa de residência de Ortopedia	-	-	-	50.000,00	200.000,00	-	-	-	-	-	250.000,00
<b>Total Nó Crítico 3</b>		-	-	-	<b>50.000,00</b>	<b>500.000,00</b>	<b>60.000,00</b>	-	-	-	-	<b>610.000,00</b>
Nó Crítico 4	Estabelecimento das Linhas de Cuidado prioritárias junto com a rede PEBA	-	1.500,00	5.000,00	-	-	20.000,00	-	-	-	-	26.500,00
	Implementação do modelo de gestão por processos	-	-	-	-	-	-	18.000,00	-	-	-	18.000,00

PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO DO PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO		DESPESAS DE CUSTEIO									DESPESAS DE INVESTIMENTO	TOTAL por Nó Crítico e por Ação
		Despesas de Consumo Não Finalístico			Materiais/Serviços Finalísticos		Pessoal	Manutenção e Reforma	Ensino e Pesquisa		Máquinas, Equipamentos e Mobiliário	
Nós Críticos	Ações	Diárias, Passagens e Locomoção	Materiais/Serviços de Consumo Geral	Materiais/Serviços de Tecnologia da Informação	Material Médico Hospitalar	Outros Materiais/Serviços Finalísticos	Terceirização Direta pelo HU	Reforma	Apoio ao Ensino e Pesquisa	Bolsas e Residência	Máquinas, Equipamentos e Mobiliário	
<b>Total Nó Crítico 4</b>		-	<b>1.500,00</b>	<b>5.000,00</b>	-	-	<b>20.000,00</b>	<b>18.000,00</b>	-	-	-	<b>44.500,00</b>
Nó Crítico 5	Estabelecimento de todos os protocolos clínico-assistenciais	-	4.000,00	-	2.000,00	-	-	-	-	-	-	6.000,00
	Implementação de um programa de gestão da qualidade	-	-	-	3.000,00	-	30.000,00	-	10.000,00	-	-	43.000,00
<b>Total Nó Crítico 5</b>		-	<b>4.000,00</b>	-	<b>5.000,00</b>	-	<b>30.000,00</b>	-	<b>10.000,00</b>	-	-	<b>49.000,00</b>
Nó Crítico 6	Implementação do programa de economia da saúde	-	1.000,00	-	-	-	-	-	-	-	-	1.000,00
<b>Total Nó Crítico 6</b>		-	<b>1.000,00</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>1.000,00</b>
Nó Crítico 7	Definição do protocolo de Classificação de risco de Manchester, para ser implantado no serviço de	-	5.000,00	-	-	-	20.000,00	2.500,00	-	-	-	27.500,00

PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO DO PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO		DESPESAS DE CUSTEIO									DESPESAS DE INVESTIMENTO	TOTAL por Nó Crítico e por Ação
		Despesas de Consumo Não Finalístico			Materiais/Serviços Finalísticos		Pessoal	Manutenção e Reforma	Ensino e Pesquisa		Máquinas, Equipamentos e Mobiliário	
Nós Críticos	Ações	Diárias, Passagens e Locomoção	Materiais/Serviços de Consumo Geral	Materiais/Serviços de Tecnologia da Informação	Material Médico Hospitalar	Outros Materiais/Serviços Finalísticos	Terceirização Direta pelo HU	Reforma	Apoio ao Ensino e Pesquisa	Bolsas e Residência	Máquinas, Equipamentos e Mobiliário	
	acolhimento do HU-UNIVASF.											
<b>Total Nó Crítico 7</b>		-	<b>5.000,00</b>	-	-	-	<b>20.000,00</b>	<b>2.500,00</b>	-	-	-	<b>27.500,00</b>
<b>Nó Crítico 8</b>	Implementação de política de desenvolvimento técnico multiprofissional das áreas assistenciais e administrativas e educação permanente para a RAS	-	-	-	-	-	60.000,00	-	-	-	-	60.000,00
<b>Total Nó Crítico 8</b>		-	-	-	-	-	<b>60.000,00</b>	-	-	-	-	<b>60.000,00</b>
<b>Nó Crítico 9</b>	Aprimoramento dos processos regulatórios intra-hospitalares e de integração na RAS	-	-	-	-	-	400.000,00	-	-	-	-	400.000,00

PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO DO PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO		DESPESAS DE CUSTEIO										DESPESAS DE INVESTIMENTO	TOTAL por Nó Crítico e por Ação
		Despesas de Consumo Não Finalístico			Materiais/Serviços Finalísticos		Pessoal	Manutenção e Reforma	Ensino e Pesquisa		Máquinas, Equipamentos e Mobiliário		
Nós Críticos	Ações	Diárias, Passagens e Locomoção	Materiais/Serviços de Consumo Geral	Materiais/Serviços de Tecnologia da Informação	Material Médico Hospitalar	Outros Materiais/Serviços Finalísticos	Terceirização Direta pelo HU	Reforma	Apoio ao Ensino e Pesquisa	Bolsas e Residência	Máquinas, Equipamentos e Mobiliário		
<b>Total Nó Crítico 9</b>		-	-	-	-	-	<b>400.000,00</b>	-	-	-	-	<b>400.000,00</b>	
<b>Nó Crítico 11</b>	Institucionalização do Planejamento Estratégico com reuniões periódicas com todas as chefias trimestralmente	-	6.000,00	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>6.000,00</b>	
<b>Total Nó Crítico 11</b>		-	<b>6.000,00</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>6.000,00</b>	
<b>Nó Crítico 13</b>	Elaboração e Implementação do Plano de Comunicação Institucional, que inclua a comunicação interna e externa	10.000,00	23.000,00	10.000,00	-	-	60.000,00	-	10.000,00	30.000,00	-	143.000,00	
<b>Total Nó Crítico 13</b>		<b>10.000,00</b>	<b>23.000,00</b>	<b>10.000,00</b>	-	-	<b>60.000,00</b>	-	<b>10.000,00</b>	<b>30.000,00</b>	-	<b>143.000,00</b>	

PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO DO PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO		DESPESAS DE CUSTEIO									DESPESAS DE INVESTIMENTO	TOTAL por Nó Crítico e por Ação
		Despesas de Consumo Não Finalístico			Materiais/Serviços Finalísticos		Pessoal	Manutenção e Reforma	Ensino e Pesquisa		Máquinas, Equipamentos e Mobiliário	
Nós Críticos	Ações	Diárias, Passagens e Locomoção	Materiais/Serviços de Consumo Geral	Materiais/Serviços de Tecnologia da Informação	Material Médico Hospitalar	Outros Materiais/Serviços Finalísticos	Terceirização Direta pelo HU	Reforma	Apoio ao Ensino e Pesquisa	Bolsas e Residência	Máquinas, Equipamentos e Mobiliário	
<b>TOTAL por tipo de Despesa</b>		<b>18.000,00</b>	<b>46.500,00</b>	<b>20.000,00</b>	<b>55.000,00</b>	<b>500.000,00</b>	<b>1.050.000,00</b>	<b>48.500,00</b>	<b>25.000,00</b>	<b>30.000,00</b>	<b>4.000,00</b>	<b>1.797.000,00</b>

## 7. Análise de Viabilidade

A análise de viabilidade foi realizada por meio de uma matriz que permitesse avaliar as ações identificadas em relação ao esforço necessário para execução e o benefício esperado após implementação. O resultado da análise permite estruturar tanto a priorização das ações, como também avaliar aquelas consideradas inviáveis por demandarem alto esforço de implementação e baixo benefício esperado.

A análise de viabilidade do plano considerou os atores necessários para o desdobramento de cada ação. Com base numa análise comparativa de tais necessidades, foi decidido por sua viabilidade alta, média ou baixa. A Tabela 64 mostra os resultados da análise de viabilidade para todas as ações estratégicas:

TABELA 64: ANÁLISE DE VIABILIDADE

Nó Crítico	Ação	Observações / Viabilidade da Ação
NC 1 - Ausência de fluxo de acesso dos pacientes no PS (demanda espontânea)	1. Criação de Protocolo de Fluxo de acesso das especialidades	Ação de viabilidade Alta
NC 1 - Ausência de fluxo de acesso dos pacientes no PS (demanda espontânea)	2. Reestruturação física com vistas à centralização do acesso e à facilitação do fluxo	Ação de viabilidade Alta
NC 1 - Ausência de fluxo de acesso dos pacientes no PS (demanda espontânea)	3. Implantação de Comitê de Ética	Ação de viabilidade Alta
NC 1 - Ausência de fluxo de acesso dos pacientes no PS (demanda espontânea)	4. Operacionalização de todas as Comissões Obrigatórias	Ação de viabilidade Alta
NC 2 - Equipe Horizontal Inexistente	5. Institucionalização de equipe multiprofissional de retaguarda horizontal efetiva e resolutive	Ação de viabilidade Alta
NC 3 - Baixa resolutividade das equipes cirúrgicas	6 - Redefinição dos fluxos de processos do Centro Cirúrgico	Ação de viabilidade Alta
NC 3 - Baixa resolutividade das equipes cirúrgicas	7 - Estabelecimento de um contrato interno de gestão	Ação de Viabilidade Baixa
NC 3 - Baixa resolutividade das equipes cirúrgicas	8 - Reestabelecimento do programa de residência de Ortopedia	Ação de viabilidade Média

Nó Crítico	Ação	Observações / Viabilidade da Ação
NC 4 - Ausência de Linhas de Cuidado	9 - Estabelecimento das Linhas de Cuidado prioritárias junto com a rede PEBA	Ação de viabilidade Média
NC 4 - Ausência de Linhas de Cuidado	10 - Estabelecimento dos Planos Terapêuticos singulares (PTS), estruturando o trabalho interdisciplinar com foco no usuário	Ação de viabilidade Baixa
NC 4 - Ausência de Linhas de Cuidado	11 - Adoção de dispositivos matriciais	Ação de viabilidade Baixa
NC 4 - Ausência de Linhas de Cuidado	12 - Implementação do modelo de gestão por processos	Ação de viabilidade Baixa
NC5 - Ausência de protocolos clínico-assistenciais	13 - Estabelecimento de todos os protocolos clínico-assistenciais	Ação de viabilidade Alta
NC5 - Ausência de protocolos clínico-assistenciais	14 - Implementação de um programa de gestão da qualidade	Ação de viabilidade Alta
NC6 - Ausência de Contratualização (com a RAS e com o gestor local)	15 - Gestão da Contratualização de forma contínua, em conjunto com o gestor local	Ação de viabilidade Alta
NC6 - Ausência de Contratualização (com a RAS e com o gestor local)	16 - Implementação do programa de economia da saúde	Ação de viabilidade Alta
NC7 - Classificação de risco não efetiva	17 - Definição do protocolo de Classificação de risco de Manchester, para ser implantado no serviço de acolhimento do HU-UNIVASF	Ação de viabilidade Alta
NC8 - Baixa qualificação técnica da equipe	18 - Implementação de política de desenvolvimento técnico multiprofissional das áreas assistenciais e administrativas e educação permanente para a RAS	Ação de viabilidade Alta
NC9 - Ausência da política de	19 - Aprimoramento dos	Ação de viabilidade Baixa

<b>Nó Crítico</b>	<b>Ação</b>	<b>Observações / Viabilidade da Ação</b>
<b>referência e contrarreferência</b>	<b>processos regulatórios intra-hospitalares e de integração na RAS</b>	
<b>NC10 - Falta de integração entre as áreas administrativa, médica e assistencial</b>	<b>20 - Estabelecimento da integração entre os diversos setores que compõem o HU (Assistencial e administrativo)</b>	Ação de viabilidade Alta
<b>NC11 - Falta de reuniões periódicas p/ planejamento estratégico com decisões colegiadas</b>	<b>21 - Institucionalização do Planejamento Estratégico com reuniões periódicas com todas as chefias trimestralmente</b>	Ação de viabilidade Alta
<b>NC12 - Excessiva verticalização do Modelo de Gestão</b>	<b>22 - Implantação da gestão compartilhada</b>	Ação de viabilidade Alta
<b>NC13 - Política de comunicação inexistente</b>	<b>23 - Elaboração e Implementação do Plano de Comunicação Institucional, que inclua a comunicação interna e externa</b>	Ação de viabilidade Alta

As ações consideradas de baixa e média viabilidade podem ser viáveis desde que as oposições a elas possam ser facilmente superadas. Deste modo, foi realizada uma segunda análise com base no conhecimento dos atores e dos recursos que estes controlam (políticos, econômicos, técnicos e organizacionais), da definição da estratégia a ser utilizada (imposição, persuasão, negociação cooperativa, negociação conflitiva e/ou confrontação) e, por fim, do planejamento das ações de viabilização, constituindo então a Matriz de análise das estratégias de viabilidade, exposta na figura a seguir.

Das vinte e três ações que foram descritas para os três macroproblemas, sete foram consideradas de baixa ou média viabilidade. Para conseguir a sua execução, espera-se a colaboração de todos, por meio, principalmente, da persuasão e da negociação cooperativa, de forma que não sejam necessárias medidas outras, como a confrontação ou a imposição.

FIGURA 26: MATRIZ DE ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS DE VIABILIDADE

Ações de Baixa e Média Viabilidade	Ações estratégicas de viabilização	Prazo
<b>Ação 7. Estabelecimento de um contrato interno de gestão</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fazer <i>bechmaking</i> com outros hospitais, incluindo atores da 1ª mesa redonda (01/03 - 31/03)</li> <li>2. Criar mesas redondas de discussão desta implementação</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Março/ 2017</li> <li>2. 1ª quinzena Fev. e Maio/ 2017</li> </ol>
<b>Ação 8. Reestabelecimento do programa de residência de Ortopedia</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaborar um calendário de discussão entre a GEP, o serviço de Ortopedia e a COREME até a submissão da proposta</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abril e Junho/ 2017</li> </ol>
<b>Ação 9. Estabelecimento das Linhas de Cuidado prioritárias junto com a rede PEBA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formar um GT interno para mapear a Rede e definir todas as Linhas de Cuidado com base nas condições de saúde</li> <li>2. Criação de um GT com os atores da Rede Peba incluindo atores da Rede PEBA</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abril / 2017</li> <li>2. Quinzenalmente em Maio e Junho/ 2017</li> </ol>
<b>Ação 10. Estabelecimento dos Planos Terapêuticos singulares (PTS), estruturando o trabalho interdisciplinar com foco no usuário</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pautar o tema no Colegiado de Atenção à Saúde (nivelamento e apresentação de conceitos)</li> <li>2. Incluir a discussão do PTS na sessão científica (GEP)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agosto/ 2017</li> <li>2. Novembro/ 2017</li> </ol>
<b>Ação 11. Adoção de dispositivos matriciais</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Criar um módulo na sessão científica (GEP) /DivGP para discussão das novas ferramentas de Gestão (Linhas de Cuidado / Matriciamento / PTS)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agosto/ 2017</li> </ol>
<b>Ação 12. Implementação do modelo de gestão por processos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instituir o comitê de implantação da gestão por processo do HU para o alinhamento dos conceitos neste comitê</li> <li>2. Apresentar no Colegiado de Atenção à saúde o tema de Gestão por processos e amadurecer junto o modelo a ser implantado com estes atores</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Março/ 2017</li> <li>2. Maio/ Julho/ Setembro / 2017</li> </ol>
<b>Ação 19. Aprimoramento dos processos regulatórios intra-hospitalares e de integração na RAS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Criação de um "GT Regulação" com os atores estratégicos da Rede Peba para dar um <i>feedback</i> objetivo dos dados de regulação e sugerir possíveis melhorias</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periodicidade de comunicação mensal a partir de Janeiro/ 17</li> </ol>

## 8. Gestão do Plano, Metas e Indicadores de Monitoramento

A gestão do PDE contará com a participação do conselho executivo e de todas as chefias intermediárias, principalmente aquelas que possuem responsabilidade sobre ações estratégicas. O processo de acompanhamento da implementação será realizado por meio de ferramentas de gestão e do cronograma definido no último capítulo deste PDE. O sucesso do Plano depende do êxito na execução destas ações e por isso a Unidade de Planejamento (UPLAN) será responsável pelo monitoramento do Plano junto aos responsáveis pelas ações e comunicação dos resultados alcançados.

Para auxiliar neste processo, será adotado o Sistema de Monitoramento dos Planos Diretores Estratégicos dos Hospitais Universitários Federais (SisPDE) desenvolvido pela Ebserh-Sede e o Geplanes que já é utilizado pelas equipes do HU-UNIVASF rotinamente. A Figura 27 mostra o programa em funcionamento no exercício de 2016.

FIGURA 27: FUNCIONAMENTO DO SOFTWARE GEPLANES

The screenshot shows the Geplanes software interface. At the top, there is a navigation bar with the Geplanes logo and the text 'Gestão de Planejamento Estratégico'. The user's name 'Thiago Magalhães Amaral' is displayed in the top right corner. The main interface is titled 'INDICADORES' and shows the following details:

- Ano da Gestão: 2016
- Unidade Gerencial: GEP
- Buttons: LIMPAR

The main content area is divided into two sections, each with an 'OBJETIVO ESTRATÉGICO' and 'INICIATIVAS E INDICADORES' table.

**Section 1:**

- OBJETIVO ESTRATÉGICO:** Investir em ações para o desenvolvimento de pesquisa de ponta, atividade de extensão e na formação de profissionais.
- INICIATIVAS E INDICADORES:**
  - Iniciativas:**
    - DESCRİÇÃO: Criar grupo de suporte à Pesquisa no HU-UNIVASF (artigos científicos, TCCs, etc) com profiss...
    - DESCRİÇÃO: Firmar parceria com a Pró- Reitoria de Pesquisa e Inovação (PRPPGI) da UNIVASF.
    - DESCRİÇÃO: Produção Científica do HU.
    - Buttons: ADICIONAR INICIATIVA
  - Indicadores:**

PESO	NOME	POLARIDADE	
50	Nº de projetos de pesquisa cadastrados	Maior melhor	[Ícone] [X]
50	Produção Científica do HU	Maior melhor	[Ícone] [X]

  - Buttons: ADICIONAR INDICADOR, COPIAR INDICADOR

**Section 2:**

- OBJETIVO ESTRATÉGICO:** Prestar serviços de excelência à população do Vale do São Francisco
- INICIATIVAS E INDICADORES:**
  - Iniciativas:**
    - DESCRİÇÃO: [Empty field]
    - Buttons: ADICIONAR INICIATIVA
  - Indicadores:**

PESO	NOME	POLARIDADE	
[Empty]	[Empty]	[Empty]	[Empty]

  - Buttons: ADICIONAR INDICADOR, COPIAR INDICADOR

A gestão do plano consiste no monitoramento, controle e avaliação das ações estratégicas planejadas, assim como a comunicação dos resultados alcançados. O monitoramento do PDE será realizado com base no monitoramento do Hospital Universitário

da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF) com a única diferença de que será acrescido o GEPLANES para monitorar tanto o PDE quanto as ações estratégicas desenvolvidas pelos diferentes setores do HU-UNIVASF.

O planejamento seguirá a seguinte metodologia: na primeira semana subsequente ao término de cada mês, os responsáveis pelas ações em andamento deverão acessar o SisPDE para registro das informações referentes ao desdobramento das ações. A Unidade de Planejamento também receberá os resultados consolidados dos indicadores do Planejamento Setorial como já acontece rotineiramente. Após os registros, a UPLAN irá monitorar os resultados tanto no SisPDE quanto no Geplanes, e em seguida, irá elaborar relatórios consolidados, que serão divulgados a toda a comunidade do HU-UNIVASF, por meio das reuniões promovidas pela Superintendência, murais informativos, no Painel da Gestão à Vista, já implantado, e no site do HU-UNIVASF, no link da Unidade de Planejamento. Será acrescido a este monitoramento o envio de relatório trimestral a EBSERH Sede. A Figura 28 mostra este monitoramento adaptado à realidade do HU-UNIVASF. Como forma objetiva de monitoramento das ações, foram definidos indicadores e metas que servirão para acompanhamento e medição dos resultados alcançados que podem ser visualizados na Tabela 65.

FIGURA 28: METODOLOGIA PARA O MONITORAMENTO DO PDE NO HU-UNIVASF

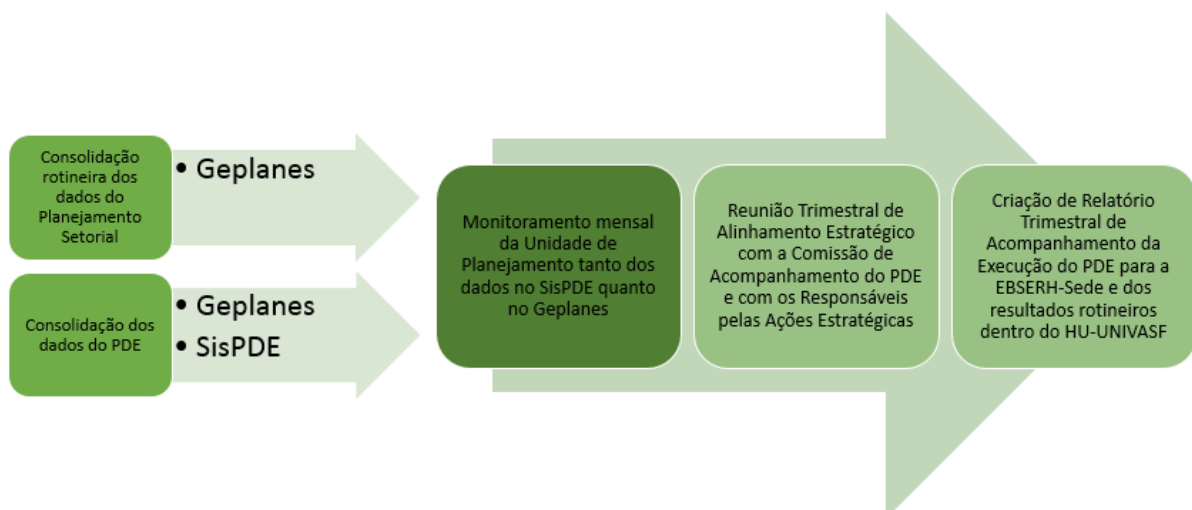


TABELA 65: INDICADORES DE MONITORAMENTO

Nó crítico	What / How		How measure		
	I.D.	(Ações e atividades)	Indicadores de Resultado	Fórmula	Meta
NC1	1.	<b>Criação de Protocolo de Fluxo de acesso das especialidades</b>	1. Tempo de Permanência por especialidade no P.S.	$\sum$ (pacientes-dia no período) / $\sum$ (saídas no período) por especialidade no P.S.	<b>&lt; 24 horas</b>
	1a.	Mapear os fluxos existentes			
	1b.	Validar os fluxos de acesso no colegiado de atenção à saúde			
	1c.	Estabelecer Oficinas de trabalho para implantar os fluxos de acesso ao HU			
	1d.	Monitorar a implantação do acesso qualificado ao HU.			
NC1	2.	<b>Reestruturação física com vistas à centralização do acesso e à facilitação do fluxo</b>	1. Percentual de pacientes classificados no P.S. 2. Tempo de Permanência por especialidade no P.S.	$2. \sum$ (pacientes-dia no período) / $\sum$ (saídas no período) por especialidade no P.S.	<b>1. 100% dos pacientes classificados 2. &lt; 24 horas</b>
	2a.	Projetar			
	2b.	Validar o Projeto elaborado			
	2c.	Executar o Projeto			
NC1	3.	<b>Implantação de Comitê de Ética</b>	1. Número de reuniões periódicas	$\sum$ de reuniões no período	<b>1 reunião/mês</b>
	3a.	Seguir Norma específica do CRM			
NC1	4.	<b>Operacionalização de todas as Comissões Obrigatórias</b>	1. Número de reuniões periódicas de cada comissão obrigatória	$\sum$ de reuniões no período	<b>1 reunião/mês por comissão</b>
	4a.	Definir equipe responsável para secretariar as Comissões			
	4b.	Definir objetivos, participantes e frequência de reuniões das comissões, seguindo normas específicas			

	4c.	Implementar indicadores para cada Comissão definida			
	4d.	Definir a rotina de monitoramento da operacionalização das Comissões Obrigatórias juntamente com a Gestão da Qualidade, apresentando os resultados ao colegiado gestor			
<b>NC2</b>	<b>5.</b>	<b>Institucionalização de equipe multiprofissional de retaguarda horizontal efetiva e resolutive</b>			
	5a.	Dimensionar e implementar a equipe de retaguarda			
	5b.	Definir área de Atuação			
	5c.	Construir, validar e implantar protocolos e fluxos multiprofissionais, incluindo a capacitação da equipe			
	5d.	Alinhar os processos de trabalho da equipe horizontal multiprofissional conforme sistema de classificação de risco.			
	5e.	Monitorar a atuação da equipe para implementação das ações			
			1. Tempo Médio de Permanência 2. Taxa de Mortalidade	1. $\sum$ (pacientes-dia no período) / $\sum$ (saídas no período) 2. $\sum$ (óbitos em determinado período na emergência e Bloco cc) / $\sum$ (saídas no mesmo período de atendimentos da emergência e bloco cc) * 100	1. $TMP < ou = 8$ 2. Reduzir em 10% o valor atual
<b>NC3</b>	<b>6</b>	<b>Redefinição dos fluxos de processos do Centro Cirúrgico</b>			
	6a.	Registrar as informações referente as cirurgias no Bloco Cirúrgico (BC) no AGHU			
	6b.	Implementar um plano diretor físico direcionado ao centro cirúrgico (que inclua o levantamento e a reposição dos materiais /equipamentos cirúrgicos que estão em falta)			
	6c.	Operacionalizar e Institucionalizar o novo fluxo de agendamento cirúrgico, incluindo a utilização do mapa cirúrgico por meio do módulo do AGHU			
	6d.	Reestruturar o ambulatório da ortopedia			
			1 - Número absoluto de cirurgias realizadas 2 - Tempo médio de permanência geral 3 - Tempo de espera para realização de cirurgias de urgência 4- Taxa de cancelamento de cirurgias	1. $\sum$ de cirurgias realizadas 4. $(\sum$ (cirurgias programadas no período) / $\sum$ (cirurgias canceladas no período)) x 100 $\sum$ (cirurgias cirurgias realizadas por cirurgião no período) Finalizar as fórmulas	<b>1. 440 cirurgias/mês (verificar quanto representa da capacidade real, conforme dados históricos)</b> <b>2. <math>TMP &lt; ou = 8</math></b> <b>3. Até 72 horas</b> <b>4. Reduzir de 31% para 15%</b>

	6e.	Consolidar a política de gestão de OPME			
	6f.	Capacitar os envolvidos com relação ao novo fluxo de agendamento cirúrgico			
	6g.	Definir rotina de monitoramento e avaliação os processos do Centro Cirúrgico			
<b>NC3</b>	<b>7.</b>	<b>Estabelecimento de um contrato interno de gestão</b>			
	7a.	Realizar um diagnóstico situacional (demanda, perfil epidemiológico e capacidade instalada)			
	7b.	Efetuar pactuação com as áreas administrativas e assistenciais para estabelecimento de metas e resultados a serem alcançados	Percentual de metas atingidas em relação às pactuadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de procedimentos realizados}}{\text{N}^\circ \text{ de procedimentos pactuados}} \times 100$	<b>&gt; 90% do estabelecido</b>
	7c.	Monitorar os resultados e definir ações com base nas análises (CICLO PDSA)			
	7d.	Divulgar internamente e externamente os resultados alcançados, retroalimentando o Instrumento Formal de Contratualização (IFC)			
<b>NC3</b>	<b>8.</b>	<b>Reestabelecimento do programa de residência de Ortopedia</b>			
	8a.	Elaborar projeto de residência	1 - Tempo de espera por cirurgias ortopédicas eletivas 2 - Tempo médio de permanência dos pacientes cirúrgicos de Ortopedia (Hoje 6,14 dias)	<b>Inserir as fórmulas</b>	<b>1 - Avaliar indicador 2 - Atingir a meta recomendada em Portaria pelo M.S.</b>
	8b.	Submeter projeto ao COREME			
	8c.	Implementar residência ortopédica			
<b>NC4</b>	<b>9.</b>	<b>Estabelecimento das Linhas de Cuidado prioritárias junto com a rede PEBA</b>			
	9a.	Formar um GT para mapear a Rede e definir todas as Linhas de Cuidado com base nas condições de saúde	1 - Pacientes atendidos regulados 2 - Taxa de usuários pertencentes à linha de cuidado que seguiram a linha estabelecida	1. Numero total de pacientes/numero de pacientes regulados 2. Numero total de internamentos/numero total de pacientes que seguiram a linha de cuidado	<b>1. 80% de pacientes regulados 2- 100% dos pacientes atendidos às Linhas de Cuidado estabelecidas</b>
	9b.	Definir as Linhas de Cuidado prioritárias que o Hospital irá atuar			

	9c.	Desenhar e pactuar com gestores de outros pontos de atenção, os fluxos de acesso Rede<=>HU			
	9d.	Estabelecer protocolos Clínico-Assistênciais para as Linhas de Cuidado			
	9e.	Criar um colegiado para monitoramento das Linhas de Cuidado estabelecidas e definir calendário das reuniões			
	9f.	Realizar oficinas de divulgação em classificação de risco, protocolos, fluxos assistenciais e linhas de cuidado com todos os segmentos envolvidos			
	9g.	Realizar oficinas de capacitação em classificação de risco, protocolos, fluxos assistenciais e linhas de cuidado com todos os segmentos envolvidos			
	9h.	Criar os indicadores específicos para cada linha de cuidado e definir rotina de monitoramento			
<b>NC4</b>	<b>10</b>	<b>Estabelecimento dos Planos Terapêuticos singulares (PTS), estruturando o trabalho interdisciplinar com foco no usuário</b>			
	10a.	Definir as diretrizes para implementação e acompanhamento dos planos terapêuticos e os focos atribuídos a cada membro da equipe multiprofissional	1. Número de notificações de eventos adversos via VIGIHOSP 2. Média de Permanência Hospitalar 3. Número de reinternações por cuidados preveníveis	$1. \frac{\sum (\text{eventos adversos com dano ao paciente})}{\sum (\text{paciente-dia})}$ $2. \frac{\sum (\text{usuários-dia no período})}{\sum (\text{saídas no período})}$ $3. \frac{\sum (\text{internações pelo mesmo motivo})}{\sum (\text{internações})}$	<b>1. Avaliar a redução (ver com Renata)</b> <b>2. TMP &lt; ou = 8</b> <b>3. Avaliar</b>
	10b.	Estabelecer equipes assistenciais interdisciplinares horizontais para cada setor			
	10c.	Definir a periodicidade das visitas multiprofissionais			
	10d.	Estabelecer o Planejamento de Cuidado Individual com metas a serem cumpridas, incluindo a participação da família na discussão do plano terapêutico			
	10e.	Definir a rotina de monitoramento e avaliação da institucionalização do PTS			
<b>NC4</b>	<b>11.</b>	<b>Adoção de dispositivos matriciais</b>	1. Taxa de infecção geral 2. Taxa de mortalidade 3. Tempo médio de permanência	Descrever as fórmulas	<b>1. Taxa &lt; 7% (verificar o preconizado pelo M.S e programar redução escalonada)</b>
	11a.	Definir os responsáveis pelos processos matriciais			



	13a.	Identificar as áreas clínica-assistenciais que não possuem protocolos	assistenciais que possuem protocolos operantes 2 - Taxa de usuários que foram incluídos no tratamento conforme protocolos 3 - Taxa de mortalidade hospitalar 4 - Tempo de espera para realização de cirurgias 5 - Tempo Médio de Permanência geral 6 - Taxa de Infecção geral	$3 - \frac{\sum (\text{óbitos em determinado período})}{\sum (\text{saídas no mesmo período})} \times 100$ <b>Finalizar inserção das fórmulas</b>	operantes <b>2 - 100% dos usuários</b> <b>3 - Reduzir em 10% o valor atual</b> <b>4 - Avaliar indicador</b> <b>5 - <math>TMP &lt; \text{ou} = 8</math></b> <b>6 - Taxa &lt; 7% (verificar o preconizado pelo M.S e programar redução escalonada)</b>
	13b.	Formalizar comissão fixa e interdisciplinar para confeccionar e validar todos os protocolos			
	13c.	Realizar oficinas para implantar e capacitar as equipes nos protocolos clinico-assistenciais			
	13d.	Definir indicadores de avaliação e metas a serem alcançadas			
	13e.	Criar o modelo de avaliação por meio de auditorias clínicas			
<b>NC5</b>	<b>14.</b>	<b>Implementação de um programa de gestão da qualidade</b>			
	14a.	Definir o Programa de Gestão da Qualidade, em conjunto com o NAQH, com estruturação da equipe responsável por promover e executar as ações necessárias para implantação da sistemática de gestão da qualidade	1. Índice de satisfação dos usuários 2. Índice de Satisfação dos colaboradores	Descrever as fórmulas	1. Acima de 80% de satisfeitos ou muito satisfeitos 2. A verificar
	14b.	Planejar a implementação da gestão da qualidade com a elaboração das diretrizes gerais de qualidade, dos requisitos de documentação e registro e do cronograma com ações necessárias, suas metas e responsabilidades			
	14c.	Desenvolver o Manual da Qualidade com base nos manuais de acreditação da ONA (que contempla a diretrizes e os procedimento gerais de qualidade) e demais documentações necessárias (manuais, POPs, fluxos e registros)			
	14d.	Criar e definir rotina de monitoramento das pesquisas de satisfação aos usuários e colaboradores			

	14f.	Definir metodologia, grupo executor e periodicidade de auditoria de qualidade para avaliação de processos			
	14g.	Recrutar e capacitar a equipe de auditores			
	14h.	Apresentar os resultados da auditoria em colegiados e divulgá-los no HU			
<b>NC6</b>	<b>15.</b>	<b>Gestão da Contratualização de forma contínua, em conjunto com o gestor local</b>			
	15a.	Divulgar a contratualização interna e externamente	1. Percentual de execução das metas quantitativas do Instrumento Formal de contratualização	1. (Nº de procedimentos realizados/Nº de procedimentos pactuados) x 100	>90% das metas contratualizadas
	15b.	Instituir a Comissão de Acompanhamento da Contratualização			
	15c.	Realização da revisão da contratualização			
	15d.	Monitorar o cumprimento das metas pactuadas, por meio de reuniões com o gestor local			
<b>NC6</b>	<b>16.</b>	<b>Implementação do programa de economia da saúde</b>			
	16a.	Mapear os modelos existentes com referências bibliográficas	1. Custo médio por paciente	Descrever as fórmulas	<b>1. Definir meta após levantamento preliminar de custeio por paciente</b>
	16b.	Reunir equipe para escolha do modelo a ser adotado			
	16c.	Inserir no sistema de informação hospitalar módulo para gerenciamento de conta por paciente			
	16d.	Capacitar a equipe sobre a nova ferramenta e utilizar			
	16e.	Definir o Monitoramento referente à implementação do programa por meio de indicadores			
<b>NC7</b>	<b>17.</b>	<b>Definição do protocolo de Classificação de risco de Manchester, para ser implantado no serviço de acolhimento do HU-UNIVASF.</b>	1. Percentual de pacientes encaminhados ao hospital com classificação azul e verde 2. Percentual de pacientes classificados quanto ao risco	1. Numero de encaminhamentos/numero total de atendimentos 2. Nº de pacientes classificados por risco na urgência/emergência / nº de pacientes admitidos na urgência/emergência) * 100	1. Definir meta 2. Classificação de Risco de 100% dos pacientes das emergências
	17a.	Capacitar em classificadores do protocolo de Manchester a equipe de Enfermeiros do Acolhimento.			

	17b.	Capacitar equipe interna da emergência com o número de 06 classificadores em auditores interno do protocolo, para acompanhar os atendimentos no acolhimento e auditar as classificações de risco de forma contínua.			
	17c.	Organizar fluxo de entrada para o atendimento do paciente no acolhimento, incluindo a utilização das pulseiras de identificação			
	17d.	Definir mecanismos de controle (indicadores, periodicidade de relatórios, etc.) com relação ao encaminhamento responsável na RAS, do paciente não classificado no perfil de atendimento do HU.			
	17e	Confeccionar planilha de acompanhamento dos dados dos pacientes encaminhados para outras unidades da rede, com atualização diária dos dados.			
	17f	Mapear os casos de baixa complexidade sem resolutividade da Rede de Atenção Básica e apresentar na CIR			
<b>NC8</b>	<b>18.</b>	<b>Implementação de política de desenvolvimento técnico multiprofissional das áreas assistenciais e administrativas e educação permanente para a RAS</b>			
	18a.	Identificar os processos existentes relacionado à educação permanente dentro do HU	1. Percentual de profissionais capacitados 2. N° de acidentes de trabalho	1. $\sum$ (profissionais capacitados) / $\sum$ (profissionais convocados)	1. Qualificar no mínimo 80% da equipe
	18b.	Identificar as necessidades de capacitação	3. Número de atendimentos por condições sensíveis à atenção básica	2. $\sum$ (certificados emitidos)	2. <b>Redução</b>
	18d.	Organizar as equipes executoras das capacitações e Identificar e capacitar os tutores de Educação Permanente	4. Verificar um indicador da área administrativa	3. $\sum$ (atendimentos por condições sensíveis à atenção básica)	3. <b>Redução</b>
	18e	Definir programa de capacitação para os funcionários recém-admitidos / ingressantes			4. <b>Verificar</b>
	18f.	Formatar o plano anual de capacitações e planejar a aplicação de ferramentas de ensino aprendizagem (Educação Permanente)			

	18g.	Expandir a política efetiva de treinamento e educação permanente para alunos e residentes do HU baseada em metodologias ativas de ensino aprendizagem			
	18i.	Expandir a política efetiva de treinamento e educação permanente para os profissionais da área administrativa e de apoio do HU baseada em metodologias ativas de ensino aprendizagem			
	18j.	Identificar as necessidades da rede para capacitação			
	18l.	Expandir capacitação técnica para a RAS baseada em metodologias ativas de ensino aprendizagem			
<b>NC9</b>	<b>19.</b>	<b>Aprimoramento dos processos regulatórios intra-hospitalares e de integração na RAS</b>			
	19a.	Reestruturar a equipe do NIR e do SRAS			
	19b.	Reestruturar os processos regulatórios intra-hospitalares			
	19c.	Definir com a equipe do SRAS e NIR: a Rede de abrangência do HU e a regulação da grade de referência e contrarreferência			
	19d.	Estabelecer reuniões periódicas com os gestores da Rede para avaliação da pactuação da grade de referência e contrarreferência			
	19e.	Apresentar os resultados dos processos regulatórios na CIR			
	19f.	Instituir formulário para os encaminhamentos ao HU com espaço adequado para contrarreferência.			
	19g.	Instituir processo de alta hospitalar responsável com a articulação na Rede (at.básica/reabilitação/leitos de retaguarda)			
	19h.	Definir Indicadores de monitoramento para avaliação da operacionalização dos processos regulatórios e de integração com a RAS			
<b>NC10</b>	<b>20.</b>	<b>Estabelecimento da integração entre os diversos setores que compõem o HU (Assistencial, administrativo e usuários)</b>			
			1. Percentual de pacientes referenciados à rede 2. Número de reinternações por cuidados preveníveis 3. Média de permanência 4. Taxa de Ocupação 5. Média de Permanencia na Emergência	1. Número de reuniões efetivadas s/numero total das reuniões programadas 2. Número de alta/numero de pacientes referenciados para Rede <b>Inserir demais fórmulas</b>	<b>1. 100% dos pacientes</b> <b>2.Reduzir o valor, porém verificar indicador</b> <b>3. TMP &lt; ou = 8</b> <b>4. &lt;100%</b> <b>5. &lt; 24 horas</b>
			1. Índice de satisfação dos usuários 2. Índice de	Descrever as fórmulas	<b>1. Acima de 80% de satisfeitos ou muito</b>

	20a.	Elaborar e divulgar calendário anual de reuniões de integração entre equipes (assistencial e administrativo), ampliando as reuniões do NAQH	satisfação dos trabalhadores		<b>satisfeitos</b> <b>2. A verificar</b>
	20b.	Definir a participação do usuário em discussões internas por meio da participação em Conselhos do HU de decisão compartilhada (CAC e Conselho Consultivo)			
<b>NC11</b>	<b>21.</b>	<b>Institucionalização do Planejamento Estratégico com reuniões periódicas com todas as chefias trimestralmente</b>			
	21a.	Implementar a agenda de reuniões do planejamento estratégico em 2017 e 2018			
	21b.	Aperfeiçoar os relatórios parciais ao longo do ano, informando os principais resultados e acompanhando as ações estratégicas por setor, incluindo os resultados do PDE (Esses relatórios terão os principais encaminhamentos para se melhorar os indicadores que precisem de intervenção)			
	21c.	Criar uma agenda de planejamento intersetorial que será formada com base nas necessidades dos setores	1. Percentual de ações concluídas 2. Percentual de ações em andamento 3. Percentual de ações planejadas	Descrever as fórmulas	1.50% 2. 30% 3. 20%
	21d.	Consolidar o fechamento do planejamento estratégico em reuniões anuais, onde os chefes responsáveis irão expor a síntese dos seus resultados do plano de ação, indicadores e ações intersetoriais			
	21e.	Definir estratégia de divulgação dos resultados por meio de email e site institucional e a padronização das informações a serem divulgadas			
	21f.	Adaptar a exposição dos resultados de gestão à visita com base na execução do PDE			
	21g.	Aprimorar a divulgação dos resultados do HU-UNIVASF em colaboração com a unidade de comunicação em mídias externas, com base na execução do PDE			
<b>NC12</b>	<b>22.</b>	<b>Implantação do processo de gestão compartilhada</b>	1. Índice de satisfação dos trabalhadores	Descrever as fórmulas	<b>1. Definir meta</b> <b>2. &gt; 50% de participação</b>

	22a.	Institucionalizar colegiado deliberativo assistencial de chefias com reuniões mensais ou bimestrais	(definir uma pergunta voltada à gestão compartilhada) 2. Índice de participação dos funcionários nas reuniões ampliadas de gestão		
	22b.	Institucionalizarcolegiado deliberativo administrativo de chefias com reuniões mensais ou bimestrais			
	22c.	Institucionalizar colegiado deliberativo de ensino e pesquisa de chefias com reuniões mensais ou bimestrais			
	22d.	Institucionalizar fórum assistencial			
	22e.	Institucionalizar fórum administrativo			
	22f.	Institucionalizar fórum com pessoal dos serviços terceirizados, incluindo os representantes dos temas envolvidos			
	22g.	Planejar a realização de reuniões regulares assistenciais, incluindo os representantes dos temas envolvidos			
	22h.	Planejar a realização de reuniões regulares administrativas, incluindo os representantes dos temas envolvidos			
	22i.	Divulgar as atas das reuniões e deliberações para todas as equipes			
<b>NC13</b>	<b>23.</b>	<b>Elaboração e Implementação do Plano de Comunicação Institucional, que inclua a comunicação interna e externa</b>			
	23a.	Elaborar uma política de comunicação institucional, de acordo com a política de comunicação da EBSEH, considerando os aspectos assistenciais, ensino, pesquisa, inovação e extensão realizados no HU.		1. Pesquisa de satisfação dos usuários 2. Pesquisa de Satisfação dos trabalhadores 3. Numero total de notícias divulgadas na mídia que apontam ações pro-ativas no Hospital 4. Relatórios de busca (número de acessos) nas mídias sociais	<b>1. Acima de 80% de satisfeitos ou muito satisfeitos</b> <b>2. A verificar</b> <b>3. A verificar (Alan)</b> <b>4. A verificar (Alan)</b>
	23b.	Elaborar/construir plano de comunicação institucional (que inclui o diagnóstico comunicacional)			
	23c.	Elaborar uma estratégia de comunicação que evidencie a diferenciação da atuação de um hospital universitário para um hospital regular.			
	23d.	Definir e divulgar os canais e os fluxos de comunicação interna entre os colaboradores nos diversos setores do HU.			

	23e.	Divulgar amplamente, acompanhar, ajustar possíveis ruídos e estabelecer o formato de comunicação interna definido pelo hospital.		
	23f.	Definir o responsável pela comunicação externa do Hospital.		
	23g.	Definir os responsáveis pela comunicação externa nos diversos setores do HU		
	23h.	Definir os canais e os fluxos de comunicação externa nos diversos setores do HU.		
	23i.	Definir os fluxos de comunicação entre os diversos públicos, assegurando que a informação correta seja divulgada para a pessoa/instituição de forma correta e no momento apropriado.		
	23j.	Padronizar o formato das documentações divulgadas para o exterior.		

As ações estratégicas serão monitoradas conforme o cronograma apresentado na Figura 29. Adicionalmente, foi realizada uma análise de impacto para o cálculo da ordem de precedência das ações (Tabela 66). Definidas as ações estratégicas analisou-se o impacto calculado para cada ação. Considerou-se o peso/impacto da ação o somatório de: maior delta calculado, mais o número de oportunidades de melhoria, mais o número de grupos impactados pela ação. Desta forma, foram evidenciadas quais as ações teriam mais repercussão quando implementadas (Ex. Linha NC5 da Tabela 66). A este cálculo designamos “Impacto 1”. Além disso, fez-se uma análise considerando esforço *vs.* benefício na implantação das ações, para estabelecer a ordem de precedência das mesmas. Utilizou-se uma estratégia de decisão multicritério para realizar o cálculo, considerando os critérios de: viabilidade da ação (quanto mais viável maior a sua pontuação), tempo de execução da ação (quanto menor o tempo maior a pontuação) e exigência de recursos financeiros para realizar a ação (não depender de recurso financeiro, maior a pontuação). Posteriormente este resultado foi somado ao “Impacto 1” calculado anteriormente e, desta forma, obtivemos a ordem de precedência das ações conforme apresentado na Figura 30. A realização destas análises permitiu avaliar a coerência do cronograma definido para o PDE, considerando além de impacto, outros critérios envolvendo esforço e benefício das ações planejadas.

FIGURA 29: CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O BIÊNIO 2017-2018.

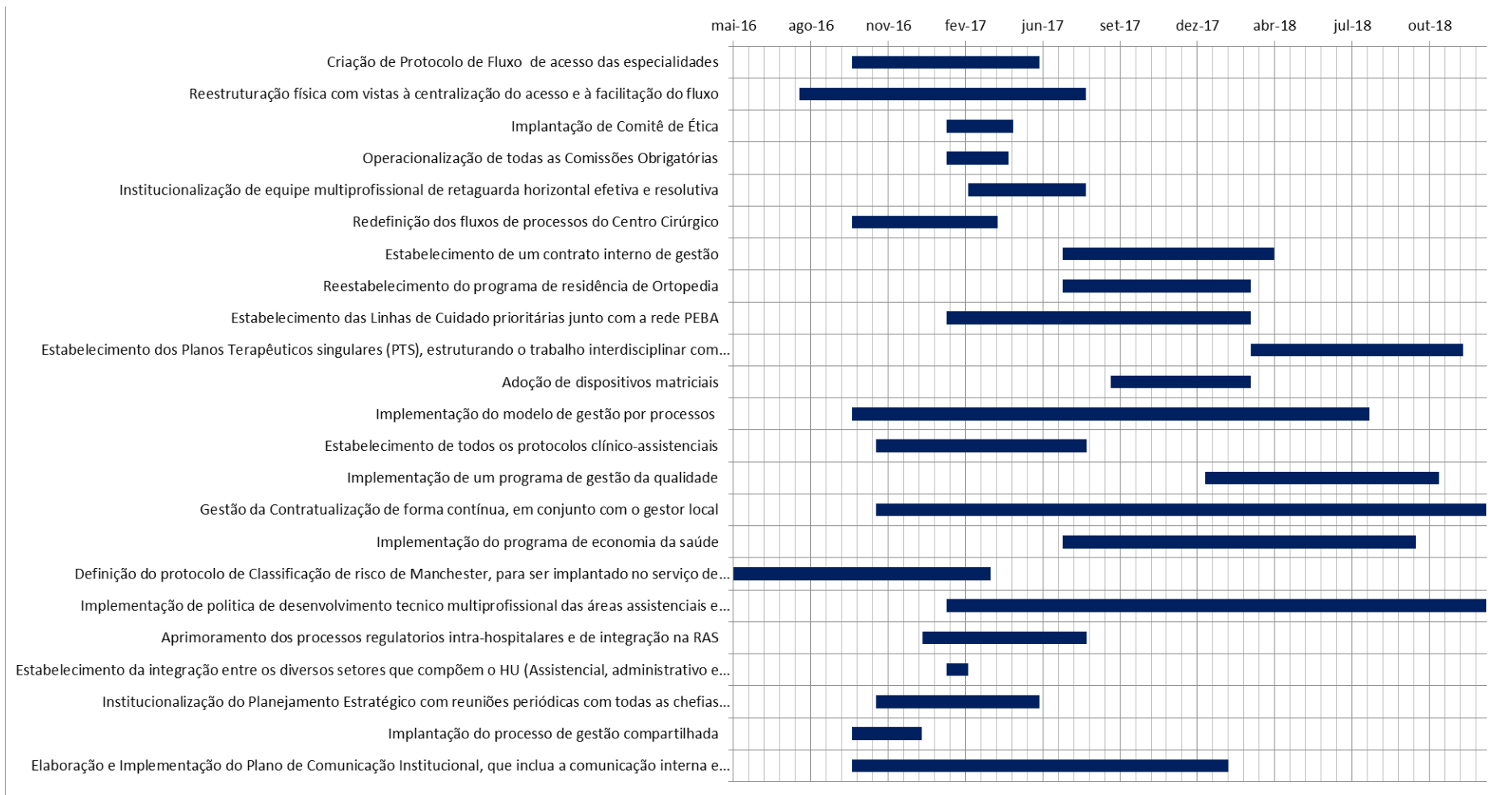


TABELA 66: ANÁLISE DO IMPACTO PARA A ORDEM DE PRECEDÊNCIA

NC	ID	(Ações e atividades)	VIABILIDADE	IMPACTO	COMANDO	DURAÇÃO	RECURSO	Análise do Impacto = Delta + No. de Oportunidades de melhoria + No. de grupos impactados
NC5	14.	<b>Implementação de um programa de gestão da qualidade</b>	Alta	Grupo GC05 (Delta de 67 p.p.); GH05 (Delta de 100p.p.) e HS 03 (Delta de 17p.p) - 3 oportunidades de melhoria	Gerentes e atores internos	Média (10 meses)	Financeiro (R\$ 3.000 para impressão dos manuais e POPs, recurso interno)	<b>106</b>
NC4	12	<b>Implementação do modelo de gestão por processos</b>	Baixa	Grupos GH02 (Delta de 75 p.p.); GH06 (50p.p); GH07 (25p.p.); HH01 (5p.p); CH01 (25p.p); OE 01 (13p.p.) - 11 oportunidades de melhoria	Gerentes e atores internos	Longa (22 meses)	Financeiro (12c. 18.000,00)	<b>92</b>
NC6	15.	<b>Gestão da Contratualização de forma contínua, em conjunto com o gestor local</b>	Alta	Grupo GH01 (Delta de 75 p.p.) - 3 oportunidades de melhoria	Gerentes e atores internos articulados com atores externos	Longa (24 meses)	—	<b>79</b>
NC4	11.	<b>Adoção de dispositivos matriciais</b>	Baixa	Grupo GH02 (Delta de 75 p.p.) - 1 oportunidade de melhoria	Gerentes e atores internos	Média (6 meses)	—	<b>77</b>
NC9	19.	<b>Aprimoramento dos processos regulatórios intra-hospitalares e de integração na RAS</b>	Baixa	Grupos GC06 (50p.p.); GH01 (67p.p.) - 7 oportunidades de melhoria	Gerentes, atores internos e comissões internas articulados com atores externos	Média (7 meses)	Financeiro (Contratação de servidores para suporte ao NIR (recurso externo) - técnicos administrativos (2) R\$ 400.000,00)	<b>76</b>
NC5	13.	<b>Estabelecimento de todos os protocolos clínico-assistenciais</b>	Alta	Grupo GC01 (Delta de 70p.p.) e GC05 (Delta de 67p.p) - 3 oportunidades de Melhoria	Gerentes e atores internos	Média (9 meses)	Financeiro (R\$ 2.000,00 de material de apoio, recurso interno)	<b>75</b>

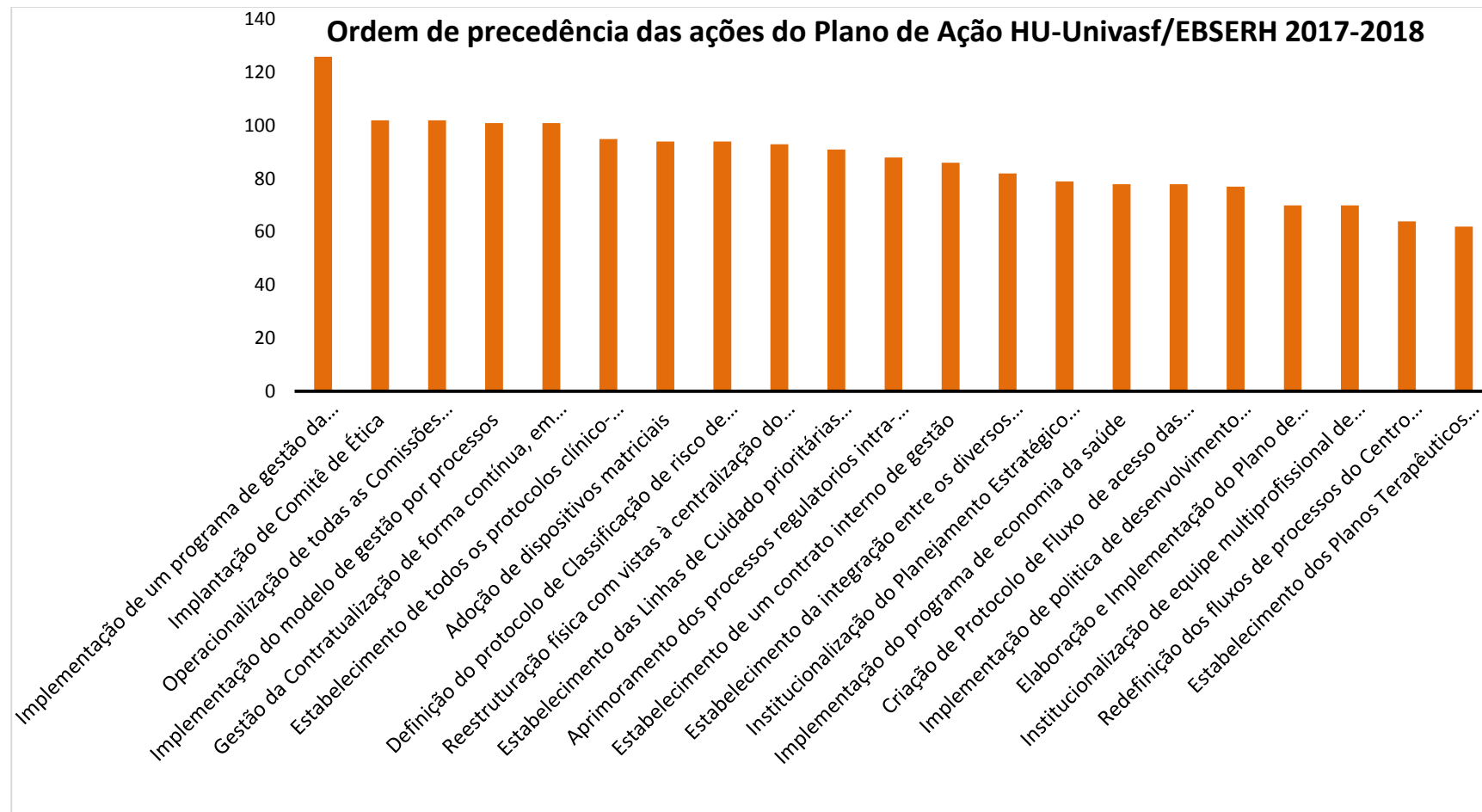
NC	ID	(Ações e atividades)	VIABILIDADE	IMPACTO	COMANDO	DURAÇÃO	RECURSO	Análise do Impacto = Delta + No. de Oportunidades de melhoria + No. de grupos impactados
NC4	9.	<b>Estabelecimento das Linhas de Cuidado prioritárias junto com a rede PEBA</b>	Média	Grupo GC01 (Delta de 70 p.p.) - 3 oportunidades de melhoria	Gerentes e atores internos articulados com atores externos	Longa (13 meses)	Financeiro (Despesas com palestrantes - diárias e passagens e material de impressão - ~20.000,00 - recursos internos)	74
NC7	17.	<b>Definição do protocolo de Classificação de risco de Manchester, para ser implantado no serviço de acolhimento do HU-UNIVASF.</b>	Alta	Grupo GC01 (Delta de 70p.p.) - 3 oportunidades de melhoria	Gerentes e atores internos articulados com atores externos	Média (11 meses)	Financeiro (Recurso externo (Ebserh) para capacitação no Manchester e interno para as pulseiras e material para auditoria)	74
NC1	2.	<b>Reestruturação física com vistas à centralização do acesso e à facilitação do fluxo</b>	Alta	Grupo GC01 (Delta de 70 p.p.) - 2 oportunidades de melhoria	Gerentes e atores internos	Média (12 meses)	Financeiro (R\$ 28.000,00 investimento interno)	73
NC1	3.	<b>Implantação de Comitê de Ética</b>	Alta	Grupo GC01 (Delta de 70 p.p.) - 1 oportunidade de melhoria	Gerentes e atores internos	Curta (3 meses)	—	72
NC1	4.	<b>Operacionalização de todas as Comissões Obrigatórias</b>	Alta	Grupo GC01 (Delta de 70 p.p.) - 1 oportunidade de melhoria	Gerentes, atores internos e comissões internas	Curta (3 meses)	—	72

NC	ID	(Ações e atividades)	VIABILIDADE	IMPACTO	COMANDO	DURAÇÃO	RECURSO	Análise do Impacto = Delta + No. de Oportunidades de melhoria + No. de grupos impactados
NC3	7.	<b>Estabelecimento de um contrato interno de gestão</b>	Baixa	Grupo GH01 (Delta de 67 p.p.) - 1 oportunidade de melhoria	Gerentes e atores internos	Média (8 meses)	—	<b>69</b>
NC8	18.	<b>Implementação de política de desenvolvimento técnico multiprofissional das áreas assistenciais e administrativas e educação permanente para a RAS</b>	Alta	Grupo GC07 (Delta de 50p.p.); EF05 (50p.p.); OE05 (25p.p.); HH04 (50p.p.) 6 oportunidades de Melhoria	Gerentes e atores internos articulados com atores externos	Longa (24 meses)	Financeiro (Contratação de serviços (instrutores) ~R\$ 60.000 (30mil/ano) - recurso interno (custeio))	<b>60</b>
NC6	16.	<b>Implementação do programa de economia da saúde</b>	Alta	Grupo EF03 (Delta de 50 p.p.) e EF04 (Delta de 17p.p.) - 4 oportunidades de melhoria	Gerentes e atores internos	Longa (15 meses)	—	<b>56</b>
NC11	21.	<b>Institucionalização do Planejamento Estratégico com reuniões periódicas com todas as chefias trimestralmente</b>	Alta	GH03 (50p.p. - cenário evolução) e GH04 (50p.p. - cenário evolução) 2 oportunidades de melhoria	Gerentes e atores internos	Média (7 meses)	—	<b>54</b>
NC1	1.	<b>Criação de Protocolo de Fluxo de acesso das especialidades</b>	Alta	Grupo GC06 (Delta de 50p.p.) - 2 oportunidades de melhoria	Gerentes e atores internos	Média (8 meses)	—	<b>53</b>
NC13	23.	<b>Elaboração e Implementação do Plano de Comunicação Institucional, que inclua a comunicação interna e externa</b>	Alta	HS04 (50p.p.) 2 oportunidades de melhoria	Gerentes e atores internos	Longa (15 meses)	Financeiro (Sinalização e materiais - 50.000 (recurso interno))	<b>53</b>

NC	ID	(Ações e atividades)	VIABILIDADE	IMPACTO	COMANDO	DURAÇÃO	RECURSO	Análise do Impacto = Delta + No. de Oportunidades de melhoria + No. de grupos impactados
NC10	20.	Estabelecimento da integração entre os diversos setores que compõem o HU (Assistencial, administrativo e usuários)	Alta	GH03 (50p.p. - cenário evolução) 1 oportunidade de melhoria	Gerentes, atores internos e comissões internas	Curta (1 mês)	—	52
NC2	5.	Institucionalização de equipe multiprofissional de retaguarda horizontal efetiva e resolutive	Alta	Grupo GC02 (Delta de 42 p.p.) - 2 oportunidades de melhoria	Gerentes e atores internos	Curta (5 meses)	Financeiro (Recurso externo para contratação de funcionários - servidores)	45
NC4	10	Estabelecimento dos Planos Terapêuticos singulares (PTS), estruturando o trabalho interdisciplinar com foco no usuário	Baixa	Grupo GC02 (Delta de 42 p.p.) - 2 oportunidades de melhoria	Gerentes e atores internos	Média (9 meses)	—	45
NC3	6	Redefinição dos fluxos de processos do Centro Cirúrgico	Alta	Grupo GC02 (Delta de 42 p.p.) - 1 oportunidade de melhoria	Gerentes e atores internos	Média (6 meses)	Financeiro (Recurso para compra de instrumental - recurso externo de capital ~ 300.000,00; Recurso para contratação da equipe de limpeza ~60.000,00 - recurso interno; Recurso para reestruturar o ambulatório da ortopedia ~10.000 recurso interno)	44

NC	ID	(Ações e atividades)	VIABILIDADE	IMPACTO	COMANDO	DURAÇÃO	RECURSO	Análise do Impacto = Delta + No. de Oportunidades de melhoria + No. de grupos impactados
NC3	8.	Reestabelecimento do programa de residência de Ortopedia	Média	Ensino e Pesquisa	Gerentes e atores internos articulados com atores externos	Média (9 meses)	—	
NC12	22.	Implantação do processo de gestão compartilhada	Alta	Governança	Gerentes, atores internos e comissões internas	Curta (3 meses)	—	

FIGURA 30: ORDEM DE PRECEDÊNCIA DAS AÇÕES DO PLANO DE AÇÕES



## 9. Considerações Finais

Conclui-se que este PDE mostra as ações estratégicas para tornar o HU-UNIVASF um hospital de excelência na integração entre ensino, pesquisa e assistência no Vale do São Francisco. Os desafios para os próximos dois anos serão grandes, devido à atual crise político-financeira por que passa todo o Brasil. Espera-se que este PDE seja integralmente implementado ao longo do biênio e que estes resultados sejam sentidos no desempenho dos indicadores do HU-UNIVASF em 2017 e 2018, assim como também espera-se que haja um fortalecimento da Rede PEBA. Há, ainda, a expectativa de que os três macroproblemas sejam superados e que o hospital alcance sua visão institucional de ser um hospital reconhecido pela sustentabilidade e qualidade dos serviços prestados no Nordeste.

## Referências Bibliográficas

- ALAM, N., HOBELINK, E.L.; VAN TIENHOVEN, A.J.; JANSMA, E.P.; NANAYAKKARA, P.K. The impact of the use of the Early Warning Score (EWS) on patient outcomes: A systematic review. *Resuscitation*, London, v. 85, n. 5, p. 587-594, 2014.
- ALFRADIQUE, M.E. et al. ICSAP: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n.6, p. 1337-1349, 2009.
- ALMEIDA, N. D. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde – SUS. *Rev. Psicol. Saúde* vol.5 no.1 Campo Grande jun. 2013
- Brasil. Casa Civil (1990) Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990.. Brasília. Acessado em 24/11/2016 em <[http://www.planalto.gov.br/civil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/civil_03/Leis/L8080.htm)>
- ASSESSORIA DE IMPRESSA DO HU-UFMA. Política de Comunicação. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão Participativa e Cogestão. 2009.
- BRONDANI, J. E.; LEAAL, F. Z.; POTTER, C. SILVA, R M; NOAL, H. C. PERRANDO, M. S. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. *Cogitare Enferm.* 2016 Jan/mar; 21(1): 01-08.
- CAMPOS, A.Z.; THEME-FILHA, M.M. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 845-855, 2012.
- CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas, 2003.
- COHEN, M.D.; HILLIGOSS, B.; AMARAL, K-B. A Handoff is a telegram: an understanding of the patient is co-constructed. *Critical Care*, London, v. 16, n. 1, p. 303-308, 2012.
- FIGUEIREDO FILHO, W.B; MULLER, G. Planejamento estratégico segundo Matus: proposta e crítica. Do natural, do Social e de suas interações. Visões geográficas. Disponível em < <http://www.rc.unesp.br/igce/geografia/pos/downloads/2002/planejamento.pdf>>: . Acesso em: 20 mai. 2015.
- FRANCO, C.M.; FRANCO, T.B. Linhas de cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. 2009. Disponível em< [http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728\\_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf)>: . Acesso em: 13 jun. 2015.
- GRUPO DE TRIAGEM DE MANCHESTER. Triagem do serviço de urgência. 2ª ed. Portugal: BMJ Publishing; 2002.
- HUERTAS, F. El método PES (Planificación Estratégica Situacional). Entrevista com Carlos Matus. Fondo Editorial Altadir, Caracas 1996, pp 17-31.

- LCO, Cecílio. The death of Ivan Ilyich, by Leo Tolstoy: points to be considered regarding the multiple dimensions of healthcare management. *Interface Comun Saude Educ* 2009; 13(Supl.1):545-555.
- LEMOS, A. C. M., et al. Plano Diretor Estratégico do HUPES–UFBA 2016-2017 . Salvador, 2015. 120f. : il.
- LIMA, S.V.; HADDAD, M.C.L.; SARDINHA, D.S.S. Planejamento estratégico elaborado juntamente com a equipe de enfermagem de um hospital de médio porte. *Ciência, Cuidado e Saúde*. V.7, s.1. Maringá, p. 138-144, 2008.
- LIMA, S. M. L; RIVERA, F. J. U. A Contratualização nos Hospitais de ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9):2507-2521, 2012.
- MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*. V. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.
- MATUS, C. Política, Planejamento e Governo. Brasília: IPEA. 1987.
- MATUS, C. Planejamento e Orçamento governamental. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública (ENAP) 2006; 1: 115-144.
- MÉDICI, A.C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2001; v.47, n. 2, p.149-56.
- MEESTER, K.; VERSPUY, M.; MONSIEURS, K.; BOGAERT, P. V. SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pré and post intervention study. *Resuscitation*. V. 84, n. 9. London, p. 1192-1196, 2013.
- MENDES, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2012.
- MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas: Unicamp, 2003.
- MORGAN, G. Imagens da Organização. Atlas: São Paulo, 1996.
- PERIARD, G. O que é o 5W2H e como ele é utilizado? Disponível em <<http://www.sobreadministracao.com/o-que-e-o-5w2h-e-como-ele-e-utilizado/>> 2009. Acessado em 10/11/2016.
- Pires MRGM, Göttems LBD. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. *Rev. bras. enferm.* 2009; 62(2):294-299.
- RANDMAA, M. et al. SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *British Medical Journal*. V. 4, n. 1. London, p. 1-8, 2014.
- Rios, Greize Cristina. Protocolos clínicos informatizados para as linhas de cuidado: acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e trauma na perspectiva dos enfermeiros /

Greize Cristina Rios; orientadora, Grace Teresinha Marcon Dal Sasso - Florianópolis, SC, 2015. 143 p.

RODRIGUES, C., R.; LUIZ, I. C.; RODRIGUES, M. C. A Importância do planejamento na gestão do SUS - São Luís, 2016.

SILVEIRA, A. M. M.; GOLLNER, A. M.; VIEIRA, B. B.; ARAÚJO, D. A. C.de; PINHEIRO, E. V.; CARVALHO, E. V.; GONÇALVES, L. R. C.; BRAGA, M. H.; PINTO, S. P. dos Santos. Plano Diretor Estratégico do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora / Ministério da Educação, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – São Paulo, 2015. 180p

SOUZA, L.L.; COSTA J.S.D. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. Revista de Saúde Pública. V. 45, n. 4. São Paulo, p. 765-772, 2011.

SOUZA, C. C., Toledo, A, D.; Tadeu, L C M; Chianca, T C M. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. Rev. Latino-Am. Enfermagem 19(1):[08 telas] jan-fev 2011.

SIMON, H. Models of Bounded Rationality. Cambridge. 1982.

TONI, J. O que é planejamento estratégico situacional. Revista Espaço Acadêmico, 2004. Disponível em: . Acesso em: 20 mai. de 2015.