

HUUNASF

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

EBSERH

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS



Plano Diretor Estratégico 2019-2020

AUTORES

André Camillo Coelho da Silva e Souza

Marcos Ramon Ribeiro dos Santos Mendes

Audimar De Sousa Alves

Luís Otávio Nogueira da Silva

Camila Carla Araújo Caraciolo

Ronald Juenyr Mendes

Carlos Henrique Silva Melo

Roberto Rivellino Almeida de Miranda

Cristina Maria Félix Crispiniano

Ricardo Santana de Lima

João Carlos Souza de Arruda

Saulo Bezerra Xavier

Juliana Pedrosa Korinsky

Sofia Bonfim Alves Palhares

Larycia Vicente Rodrigues

Tiago Gama do Nascimento

Maria América Filgueiras dos Santos

Thiago Magalhães Amaral

Maria Carolina De Andrade Romeiro

**Plano Diretor Estratégico do
Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São
Francisco para 2019 – 2020**

Petrolina – PE

2019

Colaboradores do PDE

Alan dos Santos Martins	Giselle Karine Muniz de Melo	Maria Carolina de Andrade Romeiro
Allan Richards de Melo Nunes Morais	Helânia Virgínia D. dos Santos	Marcos Ramon Ribeiro dos Santos Mendes
Alberto Renneth Silva de Oliveira	Humberto Artur Silva Santos	Mauricene de Paula Lima
Alex da Silva Costa	Ilânia Fonseca Cavalcanti	Renato Di Paula Gomes
Ana Gabriela Lins Seabra	Igor Leonardo Santos e Silva	Rita de Kácia de Sousa
Andrea Mourinne Félix Mendes	Izabelle Silva de Araújo	Sâmia Letícia Ribeiro Lima
Armida Portelo D. Albuquerque Lima	Jakeline Gomes da Silva	Saulo Alves David
Cíntia Maria de Andrade Forte	Jayana de Sá Oliveira	Sileide Dias das Neves
Cristina Lumi Fukagawa	João Carlos Souza de Arruda	Sued Sheila Sarmento
Danielly da Silva Figueiredo	Katiane Amorim Coelho	Vanessa Nery de Aquino Bandeira
Diego Djale de A. Pereira	Laiany Nayara Barros Gonçalves	Vanicleide de Sá Nunes
Diógenes Florindo Ramos	Larissa Santos Walfredo	Venâncio de Santana Tavares
Diógenes Florindo Ramos	Leonardo Ferreira Neves	
Emanuela Oliveira Spínola	Leonel Batista de Lima Neto	
Fabiana Nery Ribeiro Oliveira	Lívia Dias Mangueira Bastos	
Fabício Olinda de S. Mesquita	Lucas Soares Souza Lucyo Flávio Bezerra Diniz	
Fabício Souza Silva	Marcilene Augusta Nunes de Souza	



Ficha Catalográfica

© 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.

P712 Plano Diretor Estratégico do Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco para 2019- 2020 / Ronald Juenyr Mendes, Sófia Bonfim Alves Palhares, Thiago Magalhães Amaral ...[et al]. Petrolina: HU-UNIVASF, 2019.

114 f.: il.; 29 cm.

1.Planejamento Diretor Estratégico. 2. Hospital Universitário. 3.Assistência de atenção a Saúde. 4. Ensino e Pesquisa. 5. Administração Hospitalar. I. Título. II. Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco.

CDD 658.4012

Ficha catalográfica elaborada pelo Bibliotecário Fabio Oliveira Lima CRB-4/2097
Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco HU-UNIVASF
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH

***“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 e apoiarem a 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 (HU-Univasf) por assumir o compromisso com as propostas inseridas neste plano através da gestão participativa;

À Unidade do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) que gentilmente nos forneceu o auditório para que fossem realizadas as reuniões para elaboração do planejamento;

A todos os colaboradores 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) 2019-2020 do Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco (HU-Univasf) é fruto de um trabalho realizado no final do ano de 2018 e tem como objetivo planejar ações estratégicas para tornar o HU-Univasf referência no ensino, na pesquisa, na extensão e inovação no campo da saúde, na assistência pública humanizada e de qualidade em média e alta complexidade, na gestão hospitalar, contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde (nova visão definida em 2018). 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, 1,9 milhão de 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 desestruturação da Rede de Atenção à Saúde de Pernambuco-Bahia (PEBA) têm gerado uma superlotação hospitalar com taxas de ocupação diárias superiores a 100%, gerando grandes desafios para prestação de uma assistência efetiva e de qualidade. Assim, faz-se necessário uma melhor organização e sistematização dos serviços oferecidos, o que justifica a elaboração das ações estratégicas apresentadas neste documento. Este Plano Diretor Estratégico apresenta as ações estratégicas para o biênio 2019-2020 que servirão de base para a condução das atividades do HU-Univasf.

Palavras-Chave: Planejamento Diretor Estratégico, Hospital Universitário Federal, Assistência à Saúde, Ensino e Pesquisa, Administração Hospitalar.

Sumário

1.	Contextualização do Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco (HU-Univasf).....	1
1.1	Informações gerais	1
1.2	Perfil Assistencial	2
1.2.1.	Regionalização do Sub-médio do Vale do Médio São Francisco.....	2
1.2.2.	Inserção na Rede de Atenção à Saúde.....	3
1.2.3.	Caracterização do Hospital Universitário da Univasf	1
1.3	Indicadores assistenciais de 2017	17
1.3.1.	Total de Atendimentos	17
1.3.2.	Taxa de Ocupação	19
1.3.3.	Total de Cirurgias Realizadas	19
1.3.4.	Quantidade de exames realizados por mês	22
1.3.5.	Tempo de Permanência	23
1.3.6.	Tipos de Acidentes Terrestres que chegam ao HU-Univasf.....	24
1.4.	Perfil de Ensino e Pesquisa	24
1.4.1.	Indicadores de Ensino e Pesquisa.....	27
1.5.	Estrutura Organizacional	33
1.6.	Contexto do Cenário Atual e Conquistas do 1º PDE	39
2.	Objeto	49
2.1	Objetivo Geral e Específicos.....	49
2.1.1	Objetivo Geral.....	49
2.1.2	Objetivos Específicos.....	49
3.	Percurso Metodológico	50
3.1	Percurso de desenvolvimento do PDE	50
3.2	Etapas da construção do PDE.....	50
3.3	Aplicações das Ferramentas no HU-Univasf.....	52
3.3.1	Levantamento Preliminar Macroproblemas do HU-Univasf.....	53
3.4.	Oficina Análise de Matriz SWOT	56
3.5	Seleção e descrição dos Macroproblemas	60
3.5.1.	Priorização dos Macroproblemas	60
3.5.1.2.	Árvores explicativas dos macroproblemas priorizados e definição dos nós críticos.....	62
4.	Proposta de Intervenção	71
4.1	Fundamentação Teórica	91
4.1.1.	Macroproblema 1: Falta de consolidação de atuação da GEP e baixo reconhecimento do HU-Univasf como hospital de ensino, assim como falta de política de ensino e pesquisa efetiva.	91
4.1.2.	Macroproblema 2: Ausência de definição de centros de custos	93
4.1.3.	Macroproblema 3: Baixa participação da equipe médica (envolvimento), incluindo as chefias	95
4.1.4.	Macroproblema 4: Reduzida efetividade das ações de Segurança do Paciente	98
5.	Gestão do Plano, Metas e Indicadores de Monitoramento	104
6.	Considerações Finais.....	109
7.	Referências Bibliográficas	110

Lista de Figuras

Figura 1: MAPA ESTRATÉGICO 2018-2022 DA EBSEERH.	1
Figura 2: Estimativa da população da rede PEBA.	4
Figura 3: Total de Atendimentos em 2017.	17
Figura 4: Comparativo entre o número de atendimentos entre 2016 e 2017.	18
Figura 5: Taxa de Ocupação em 2017.	19
Figura 6: Comparativo da Taxa de Ocupação entre 2016 e 2017.	19
Figura 7: Comparativo do total de cirurgias realizadas entre 2016 e 2017.	20
Figura 8: Número de alunos em atividades práticas no hospital.	28
Figura 9: Comparativo do número de alunos em atividades práticas no hospital entre 2016 e 2017. ..	28
Figura 10: Antiga estrutura do HU-Univasf à época chamado Hospital de Urgências e Traumas. Gestão ISGH.	34
Figura 11: Estrutura da Governança ligadas à Superintendência em 2018.	35
Figura 12: Estrutura Organizacional da Gerência de Atenção à Saúde em 2018.	36
Figura 13: Estrutura Organizacional da Gerência de Ensino e Pesquisa em 2018.	37
Figura 14: Estrutura Organizacional da Gerência Administrativa em 2018.	38
Figura 15: Porcentagem de conclusão do PDE atualizado até 31 de Outubro de 2018.	39
Figura 16: Quantitativo de notícias com efeitos positivo e negativo para o HU-Univasf.	40
Figura 17: Perfil do HU-Univasf no Instagram.	40
Figura 18: Painel de Gestão à Vista do HU-Univasf.	41
Figura 19: Fluxograma da Linha de Cuidado AVC para os pacientes classificados como Laranja ou Vermelho.	43
Figura 20: Fluxograma da Linha de Cuidado do Trauma para os pacientes classificados como Azul, Verde e Amarelo.	44
Figura 21: Fluxograma da Linha de Cuidado do Trauma para os pacientes classificados como Laranja ou Vermelho.	45
Figura 22: Quantidade de usuários classificados pelo Protocolo de Manchester.	46
Figura 23: Etapas para a construção do Plano Diretor Estratégico.	51
Figura 24: Aderência do HU-Univasf por modelo de referência em 2016.	55
Figura 25: Aderência do HU-Univasf por modelo de referência em 2018.	55
Figura 26: Modelo de Matriz SWOT.	56
Figura 27: Oficina SWOT realizada em novembro de 2018.	58
Figura 28: Matriz SWOT cruzada do 2º PDE.	59
Figura 29: Ranking dos macroproblemas a partir do Visual Promethee.	62
Figura 30: Macroproblemas selecionados.	62
Figura 31: Árvore do Problema do Macroproblema 1.	63
Figura 32: Árvore do Problema do Macroproblema 2.	64
Figura 33: Árvore do Problema do Macroproblema 3.	65
Figura 34: Árvore do Problema do Macroproblema 4.	66
Figura 35: Árvore dos Objetivos relacionado ao Macroproblema 1.	67
Figura 36: Árvore dos Objetivos relacionado ao Macroproblema 2.	67
Figura 37: Árvore dos Objetivos relacionado ao Macroproblema 3.	68
Figura 38: Árvore dos Objetivos relacionado ao Macroproblema 4.	69
Figura 39: O 5W2H.	70
Figura 40: Última reunião da equipe ampliada em 2018.	70
Figura 41: Localização geográfica das filiais EBSEERH.	91
Figura 42: O SisPDE para o monitoramento do 2º PDE.	104
Figura 43: Metodologia para o Monitoramento do PDE no HU-UNIVASF.	105
Figura 44: Cronograma de ações para 2019-2020.	108

Lista de Tabelas

Tabela 1: Leitos de Retaguarda na rede PEBA.	1
Tabela 2: Número de Leitos – Hospital Universitário de Petrolina.	2
Tabela 3: Habilitações Hospital Universitário de Petrolina.	2
Tabela 4: Serviços e Classificações do HU-Univasf.	2
Tabela 5: Produção Ambulatorial do SUS – Por Local de Atendimento: Pernambuco.	6
Tabela 6: Produção Ambulatorial do SUS – Por Local de Atendimento: Bahia.	6
Tabela 7: Produção Ambulatorial do SUS – Por Local de Atendimento: HU-Univasf.	7
Tabela 8: Internações Hospitalares do SUS – Por Local de Internação: Estado Pernambuco.	8
Tabela 9: Internações Hospitalares do SUS – Por Local de Internação: Internação por Especialidade e Ano de Produção. Estado Bahia.	8
Tabela 10: Internações Hospitalares do SUS – Por Local de Internação. Internação por Especialidade e Ano de Produção. Hospital Universitário de Petrolina.	9
Tabela 11: AIH aprovadas por Capítulo CID-10 e Ano Processamento. País: Brasil.	9
Tabela 12: AIH aprovadas por Capítulo CID-10 e Ano Processamento. Estado: Pernambuco.	10
Tabela 13: AIH aprovadas por Capítulo CID-10 e Ano Processamento. Estado: Bahia.	11
Tabela 14: AIH aprovadas por Capítulo CID-10 e Ano Processamento. Município: Petrolina.	12
Tabela 15: AIH aprovadas por Capítulo CID-10 e Ano Processamento. Hospital Universitário Petrolina.	13
Tabela 16: Média Permanência por Complexidade e Ano Processamento. AIH aprovadas por Capítulo CID-10 e Ano Processamento em Pernambuco.	14
Tabela 17: Média Permanência por Complexidade e Ano Processamento. AIH aprovadas por Capítulo CID-10 e Ano Processamento na Bahia.	15
Tabela 18: Média Permanência por Complexidade e Ano Processamento. AIH aprovadas por Capítulo CID-10 e Ano Processamento em Petrolina.	15
Tabela 19: Internações Hospitalares do SUS – Por Local de Internação. Internação por especialidade – AIH aprovadas. Hospital Universitário de Petrolina-2017.	15
Tabela 20: Total de Cirurgias realizadas por mês em 2017.	21
Tabela 21: Natureza das cirurgias realizadas em 2017.	21
Tabela 22: Quantidade de exames realizados por mês.	22
Tabela 23: Tempo de Permanência em 2017.	23
Tabela 24: Média do Tempo de Permanência em 2016 e 2017.	23
Tabela 25: Média do Tempo de Permanência por Especialidade em 2015, 2016 e 2017.	23
Tabela 26: Média do Tempo de Permanência por Clínica em 2016 e 2017.	24
Tabela 27: Quantidade de Acidentes Terrestres em 2017 por meio de locomoção.	25
Tabela 28: Natureza do Acidente causado por Motocicleta.	25
Tabela 29: Quantitativo das vagas para Residência MÉDICA no HU-Univasf.	27
Tabela 30: Quantitativo das Residências Multiprofissionais no HU-Univasf.	27
Tabela 31: Projetos de Extensão aprovados em 2016 e 2017 no HU-Univasf.	29
Tabela 32: Projetos de Extensão aprovados em 2018 no HU-Univasf.	29
Tabela 33: Áreas do HU-Univasf.	30
Tabela 34: Áreas da Policlínica.	31
Tabela 35: Características dos Investimentos do HU-Univasf em 2018.	32
Tabela 36: Quantitativo de Cargos e Funções ocupadas no HU-Univasf em 2017.	34
Tabela 37: Macroproblemas para avaliação multicritério.	61
Tabela 38: ação 1: Melhorar a atuação da unidade de pós-graduação no hospital.	72
Tabela 39: Ação 2: Aumentar o custeio destinado à pesquisa clínica.	74
Tabela 40: Ação 3: Melhorar as condições de infraestrutura física da GEP.	75
Tabela 41: Ação 4: Definir e dar publicidade aos papéis da GEP, COREME e COREMU.	77

Tabela 42: Ação 5: Criação dos protocolos e POP's e fluxogramas para padronização do consumo no HU.....	78
Tabela 43: Ação 6: Criação e implantação de programas e capacitações sobre educação em economia da saúde.....	79
Tabela 44: Ação 7: Implantação de ferramentas tecnológicas adequadas para o controle dos custos hospitalares.....	80
Tabela 45: Ação 8: Otimizar a alocação da equipe médica HU.....	81
Tabela 46: Ação 9: Diminuir a sobrecarga de trabalho diminuindo os desperdícios.....	83
Tabela 47: Ação 10: Criar os protocolos clínicos e aumentar a adesão por parte da equipe médica.	84
Tabela 48: Ação 11: Aumentar o envolvimento e atitude da governança para assegurar o gerenciamento das equipes médicas.....	84
Tabela 49: Ação 12: Aumentar a integração entre as especialidades médicas.....	85
Tabela 50: Ação 13: Tornar as chefias médicas atuantes nos problemas administrativos do HU.	86
Tabela 51: Ação 14: Aumentar a eficiência dos protocolos e melhorar os indicadores relacionados à segurança do paciente.....	87
Tabela 52: Ação 15: Melhorar a compreensão dos profissionais, estudantes e residentes sobre as práticas inseguras.	88
Tabela 53: Ação 16: Dar visibilidade à Unidade de Segurança do Paciente.....	88
Tabela 54: Ação 17: Aumentar o feedback entre as notificações e respostas dos setores.	89
Tabela 55: Ação 18: Auditar a qualidade do HU envolvendo aspectos da Segurança do Paciente e de processos meios.....	90
Tabela 56: Índice de Queda em 2018.....	101
Tabela 57: Taxa de adesão à lista de verificação de Cirurgia Segura em 2018.....	101
Tabela 58: Taxa de adesão ao preenchimento da Escala Braden em 2018.	101
Tabela 59: Taxa de adesão ao preenchimento da escala de Morse em pacientes internados em 2018.	102
Tabela 60: Taxa de adesão de higiene das mãos em 2018.	102
Tabela 61: Número de pacientes com pulseiras padronizadas em 2018.	102
Tabela 62: Taxa de erro na identificação do paciente em 2018.	103
Tabela 63: Número de Never Events em 2018.....	103
Tabela 64: Indicadores de Monitoramento.....	106

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 ou mais conhecido como HU-Univasf. Como a Univasf não possuía recursos suficientes para gerir um hospital, assinou convênio de parceria com uma associação privada 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). A gestão financeira ainda não era realizada diretamente pela Ebserh e sim pela Univasf até a completa sub-rogação dos contratos à unidade gestora orçamentária da Ebserh, finalizada em janeiro de 2018. Tendo, portanto, todos os atos de gestão financeira e patrimonial ordenadas pela Univasf. 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 de Pernambuco-Bahia (PEBA), formada por seis microrregionais de saúde, cuja população é de, aproximadamente, 2 milhões de habitantes. Possui vocação para atenção às urgências e emergências que incluem politraumatismo, neurologia e neurocirurgia (alta complexidade), com destaque ao traumatismo-ortopedia (alta complexidade), cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia bucomaxilofacial e clínica médica.

O HU-Univasf dispõe de serviço de urgência e possui Salas de Acolhimento, de Medicação, de Observação, de Cuidados Intermediários e de Emergência. É constituído por quatro unidades de internamento, são elas: Clínica Médica, Cirúrgica, Musculoesquelética e Unidade de Terapia Intensiva, mais Bloco Cirúrgico. Ainda, os pacientes são classificados de acordo com o Protocolo de Manchester.

O hospital, em sintonia com as políticas públicas de saúde e com os princípios e diretrizes do SUS, definiu responsabilidades e estabeleceu metas quantitativas e qualitativas de assistência à saúde, gestão, ensino, pesquisa e gestão por meio da contratualização com o

município de Petrolina. De acordo com a contratualização com o gestor local, o acesso à assistência hospitalar deverá ser realizado de forma regulada, utilizando-se de protocolos, assegurando equidade e transparência, priorizado por meio de critérios que avalie riscos e vulnerabilidades, em consonância com a Política Nacional de Regulação do SUS. A continuidade do cuidado deverá ser garantida por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), da implementação de mecanismos que assegurem a alta regulada, respeitadas as pactuações com o(s) gestor(es) do SUS.

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 motocicletas acompanhando a tendência nacional. Este crescimento tem contribuído com a superlotação das unidades e pela demanda crescente por procedimentos cirúrgicos para o tratamento das lesões neurológicas, vasculares e do sistema musculoesquelético resultantes destes acidentes, evidenciando a importância social do perfil do HU-Univasf. Este é o principal ponto a ser trabalhado pelas ações de prevenção à saúde, visando políticas públicas de prevenção aos acidentes de trânsito.

Enquanto hospital universitário, o HU-Univasf dispõe de cenários de práticas imprescindíveis, tanto para os cursos de saúde (medicina, enfermagem, farmácia, psicologia, serviço social, nutrição, fisioterapia, educação física, técnico em enfermagem e técnico em radiologia), como para outras áreas de atuação, tais como engenharia de produção, civil, elétrica e da computação. Os estudantes são oriundos da Univasf e de outras instituições de ensino públicas e privadas, no nível técnico, de graduação e pós-graduação. Em relação à pós-graduação, são ofertados os programas de residências médicas em anestesiologia, 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 uniprofissional em área da saúde – enfermagem em urgência e dos programas de residência multiprofissional em intensivismo e saúde mental. No final de 2018, o HU-Univasf estabeleceu os programas de residência médica em radiologia e diagnóstico por imagem, cardiologia pediátrica, hemodinâmica e cardiologia intervencionista e traumatologia-ortopedia. Desta forma, o HU-Univasf é um hospital crucial para o atendimento assistencial e também contribui sobremaneira para a formação em saúde, desenvolvimento social na região, assim como apresenta grande potencial para o

desenvolvimento de pesquisas. Atualmente, foi aprovado um ensaio clínico, duplo cego, randomizado o qual será financiado pela CNPQ, além de várias pesquisas de trabalho de conclusão de curso de graduação e pós-graduação. 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 Sub-médio do Vale do São Francisco. Ademais, o HU-Univasf inaugurou a policlínica em março de 2017 com o propósito de ampliar o atendimento ambulatorial, as atividades de ensino e pesquisa da universidade e consequente fornecimento de serviços de qualidade à população local. A policlínica, caracterizada como Hospital-dia, oferece consultas de diversas especialidades como Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Bucomaxilofacial, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Clínica Médica, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hematologia, Infectologia, Nefrologia, Neurologia, Neurocirurgia, Otorrinolaringologia, Reumatologia, Traumatologia e Ortopedia, Angiologia, Pediatria, Ginecologia, Oftalmologia, Radiologia e Urologia.

O prédio da policlínica do HU-Univasf dispõe de 22 consultórios, três salas de cirurgias para procedimentos de baixa complexidade, laboratórios de biologia molecular, histopatologia e multi-usuários, ambulatório para curativos, posto de coleta de sangue, farmácia universitária e salas de aula, auditório, além de setores administrativos. Os laboratórios e a farmácia universitária estão em processo de licitação para compra de equipamentos e se prevê o início destes serviços em 2019. Além dos atendimentos convencionais, possui Centro de Referência em Práticas Integrativas em Saúde (CERPICS), o qual oferta para a comunidade práticas individuais e em grupo, tais como Reiki, Cromoterapia, Massoterapia, Terapia Comunitária, Biblioterapia e Tethahealing. O prédio da policlínica está localizado na Rua André V. de Negreiros, Maria Auxiliadora, Petrolina/PE.

A rede Ebserh, no seu atual Planejamento Estratégico 2018-2022, visa ser referência nacional no ensino, na pesquisa, na extensão e inovação no campo da saúde, na assistência pública humanizada e de qualidade em média e alta complexidade, e na gestão hospitalar, atuando de forma integrada com a universidade e contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde. O propósito da rede é ensinar para transformar o cuidar. O Mapa Estratégico da Ebserh é apresentado na Figura 1.

FIGURA 1: MAPA ESTRATÉGICO 2018-2022 DA EBSEERH.



Fonte: <http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/mapa-estrategico>. Acesso em 10.10.18.

No ano de 2016, a governança do HU-Univasf definiu a missão, visão, valores e negócio que possuíam as seguintes características e duraram até o final de 2018:

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 Ebserh 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.

Tendo como referência o novo planejamento definido pela Ebserh sede, a governança do HU-Univasf atualizou, em 2018, sua visão, missão e valores. Diante disso, a missão do HU-Univasf transformou-se em propósito. A Visão, Propósito e Valores ficaram como:

Visão:

Ser referência no ensino, na pesquisa, na extensão e inovação no campo da saúde, na assistência pública humanizada e de qualidade em média e alta complexidade, e na gestão hospitalar e contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde.

Propósito:

Ensinar para transformar o cuidar.

Valores:

1. A ética é inegociável
2. Transparência nas ações e relações institucionais
3. Humanizar para transformar o cuidado
4. Ser sustentável para cuidar sempre
5. Valorizar todas as pessoas
6. Trabalhar em Rede para somar forças e alcançar a excelência
7. Inovar para fazer mais e melhor transformando a sociedade

1.2 Perfil Assistencial

Para se compreender o perfil assistencial do HU-Univasf, faz-se necessário o entendimento da Regionalização do Sub-médio do Vale do Médio do São Francisco. Os dados do PDE de 2018 foram atualizados a partir de pesquisas realizadas no DataSUS e em outros sites governamentais.

1.2.1. Regionalização do Sub-médio do Vale do Médio São Francisco

A Região do Sub-médio 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 milhões de habitantes (IBGE, 2018). 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	Araripina
	Casa Nova		Bodocó
	Curaçá		Exu
	Juazeiro		Granito
	Pilão Arcado		Ipubi
	Remanso		Moreilândia
	Sento Sé		Ouricuri
	Sobradinho		Santa Cruz
	Uauá		Santa Filomena
	Canudos		Trindade
Paulo Afonso	Abaré	Petrolina	Afrânio
	Chorrochó		Cabrobó
	Glória		Dormentes
	Jeremoabo		Lagoa Grande
	Macururé		Orocó
	Pedro Alexandre		Petrolina
	Santa Brígida		Santa Maria da Boa Vista
	Paulo Afonso		
	Rodelas		Cedro
	Antônio Gonçalves		Belém do São Francisco
Senhor do Bonfim	Itiúba	Salgueiro	Mirandiba
	Jaguarari		Parnamirim
	Pindobaçu		Salgueiro
	Ponto Novo		Serrita
	Andorinha		Terra Nova
	Senhor do Bonfim		Verdejante

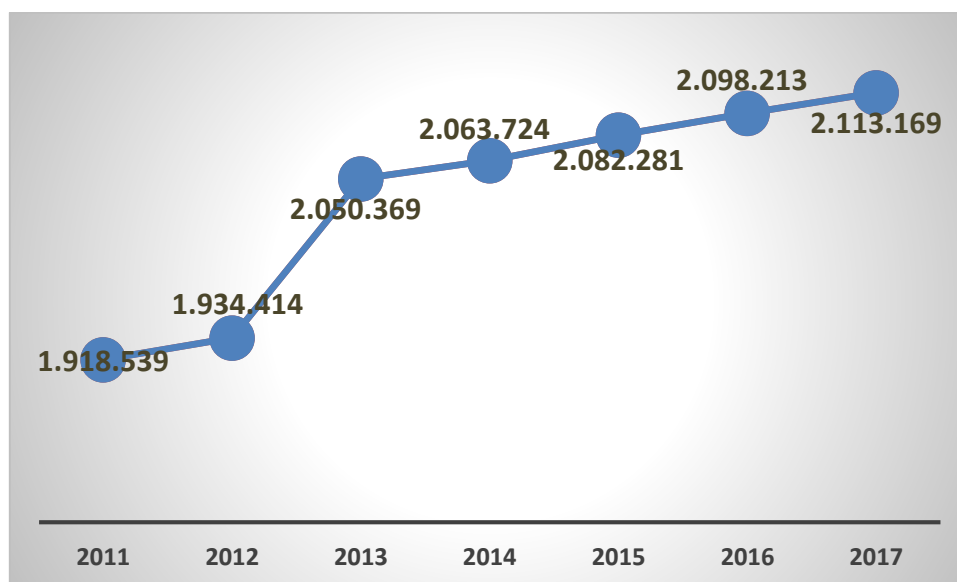
Fonte: IBGE (2018).

1.2.2. 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, distribuídos em 27 municípios. A macrorregião de saúde de Petrolina/PE é composta pelas microrregiões de Petrolina, Salgueiro e Ouricuri, envolvendo 26 municípios. 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. A Figura 2 apresenta o aumento da população da rede PEBA de 2011 a 2017.

FIGURA 2: ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO DA REDE PEBA.



Fonte: IBGE (2018).

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 estão 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.

Esta foi uma sugestão da CRIL, no entanto não houve êxito pois verificou-se que os serviços de saúde não funcionava a contento. A Tabela 1 mostra os leitos de retaguarda na rede PEBA em 2018.

Uma oportunidade aproveitada pelo HU-Univasf foi a sua inserção como ator principal na integração e corresponsabilização 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 Sub-médio do Vale do São Francisco. Outra conquista deu-se ao fato de o hospital ter inserido na sua estrutura de pessoas novos anestesiológicos 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 Rede de Atenção à Saúde (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. A Rede “PEBA” é um produto da articulação entre pessoas, ações e serviços de saúde, sobretudo de urgência e emergência. Os municípios que a compõem integram a IV Região de Saúde de PE e a Região Norte da BA - tendo como municípios sedes as cidades de Petrolina-PE e Juazeiro-BA.

Esse processo foi formalizado de acordo com a Portaria Ministerial nº 1.989 de 23 de setembro de 2008, instituindo o GT. O GT adotou um formato de funcionamento através de oficinas que contemplou o alinhamento conceitual e metodológico, pactuação dos compromissos, elaboração do Mapa de Saúde da Região; formulação dos Objetivos, Metas e suas principais Linhas de Ação como primeira fase. Havia previsão também de estabelecimento de custos, Plano Diretor de Investimentos (PDI), para a implantação dos componentes acima mencionados até a assinatura do Termo de Compromisso Interestadual, Carta do Vale do Médio São Francisco, como etapa final do processo.

Foi instituído em 2010, dois anos após a criação do GT, a Comissão de Co-gestão da Rede Interestadual de Saúde Pernambuco e Bahia (CRIE), e através das Resoluções CIB/Bahia nº 89/2010 e CIB/Pernambuco nº 1.471/2010 foi aprovado o Regimento da CRIE, onde em 2013 foi alterado e passou a ser denominada de Colegiado.

O primeiro produto do CRIE, construído após três oficinas, foi à implantação em 05 de agosto de 2011, da primeira Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL) do país, com sede no município de Juazeiro/BA.

TABELA 1: LEITOS DE RETAGUARDA NA REDE PEBA.

GERES	MUNICÍPIO	SCNES	HOSPITAL	Nº de leitos clínicos de retaguarda	Municípios próximos
7ª	SERRITA	2349566	HOSPITAL GERAL IMACULADA CONCEIÇÃO	9	Serrita
	BELÉM DE SÃO FRANCISCO	2349574	HOSPITAL DR. JOSÉ ALVENTINO LIMA	6	Belém de São Francisco/PE; Chorrorró/BA
	SALGUEIRO	2714485	PRONTO SOCORRO SÃO FRANCISCO	6	Belém de São Francisco, Verdejante, Carnaubeira da Penha, Cabrobó, Terra Nova, Salgueiro, Serrita e Cedro.
8ª	AFRÂNIO	2639238	HOSPITAL MUNICIPAL MARIA COELHO CAVALCANTI RODRIGUES	4	Afrânio/PE; Dormentes/PE; Rajada/PE (zona rural de Petrolina); Tiririca (zona 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)
	DORMENTES	2350289	HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DA PAZ	8	Dormentes
	PETROLINA	9262407	HOSPITAL DOM TOMAS	12	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	HOSPITAL MUNICIPAL JOSE PINTO SARAIVA	6	Exu/Bodocó
	IPUBI	2715228	HOPITAL MUNICIPAL MARCELINO DA SILVA MUDO	1	Ipubi/Bodocó (principalmente zona rural-Camcimbina Nova; Sítio Andorinha; Feitoria
	PARNAMIRIM	2715384	UNIDADE MISTA RAIMUNDA DE SÁ BARRETO CABRAL	52	Parnamirim/PE; Serrita/PE; Terra Nova/PE

O CRIE é uma instância colegiada de articulação, negociação e pactuação entre os entes federativos das esferas de governo envolvidas, e se constitui num espaço de decisão por meio da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma Rede interestadual de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva, à luz do Decreto 7508/2011. Atualmente é composta por representantes das Secretarias de Saúde dos Estados da BA e PE e das Secretarias Municipais de Saúde de Juazeiro, de Petrolina, de Paulo Afonso, de Senhor do Bonfim, de Ouricuri, de Salgueiro, demais representantes eleitos na CIR, e por representação do HU-Univasf.

Nesse sentido, existem dois dispositivos que operam a Rede PEBA: um dispositivo de gestão que é uma instância colegiada de pactuação entre gestores, a CRIE; e um dispositivo de regulação de acesso hospitalar, a CRIL. Esses dispositivos compõem um corpo da Rede PEBA, de um lado gestores necessitam dispor suas condições de oferta de leitos em um cenário de saúde-doença-intervenção, de outro lado a regulação opera o fluxo, sendo acionada para otimizar a regulação de paciente para ser encaminhado ao leito segundo a oferta de vaga no serviço.

1.2.3. 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. Estes dados também foram atualizados a partir de dados governamentais de 2018.

1.2.3.1. Estrutura de Leitos

O HU-Univasf apresenta, atualmente, 130 leitos conforme o registro oficial no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. A Tabela 2 mostra a distribuição de leitos existentes de acordo com a especialidade cirúrgica.

É importante ressaltar que desse quantitativo, 8 leitos de UTI estão inativos desde o mês de agosto de 2016.

TABELA 2: NÚMERO DE LEITOS – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PETROLINA.

Especialidade cirúrgica		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	36	36
BUCO MAXILO FACIAL	4	4
NEUROCIRURGIA	20	20
CIRURGIA GERAL	15	15
Especialidade clínico		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
CLINICA GERAL	37	37
Complementar		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
UTI ADULTO - TIPO II	18	18

Fonte: CNES (2018). Acesso em 21/11/18.

1.2.3.2. Habilitações

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o Hospital Universitário de Petrolina possui as seguintes habilitações (Tabela 3):

TABELA 3: 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 11.10.2018.

1.2.3.3. Serviços e Classificações

O HU- Univasf possui os seguintes tipos de serviços e respectivas classificações (Tabela 4):

TABELA 4: SERVIÇOS E CLASSIFICAÇÕES DO HU-UNIVASF.

Código:	Serviço:	Classificação:
149 - 015	TRANSPLANTE	ACOES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS
160 - 001	TELECONSULTORIA	TELECONSULTORIA ASSINCRONA
160 - 002	TELECONSULTORIA	TELECONSULTORIA SINCRONA

140 - 016	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO TRAUMATO ORTOPEDICO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE
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)
135 - 013	SERVICO DE REABILITACAO	ATENCAO A SAUDE DAS PESSOAS OSTOMIZADAS II
135 - 003	SERVICO DE REABILITACAO	REABILITACAO FISICA
135 - 005	SERVICO DE REABILITACAO	REABILITACAO AUDITIVA
135 - 004	SERVICO DE REABILITACAO	REABILITACAO VISUALMENTALMULTIPLAS DEFICIENCIAS
135 - 012	SERVICO DE REABILITACAO	ATENCAO A SAUDE DAS PESSOAS OSTOMIZADAS I
131 - 003	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CIRURGICO DO APARELHO DA VISAO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA
128 - 003	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET
126 - 007	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA
126 - 006	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM QUEIMADOS
126 - 003	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM OFTALMOLOGIA
126 - 002	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES ONCOLOGICAS
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR
142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO

142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO
142 - 002	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO RESPIRATORIO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE
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 - 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 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA
121 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RESSONANCIA MAGNETICA
121 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RESSONANCIA MAGNETICA
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA
121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
121 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RESSONANCIA MAGNETICA
121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS
115 - 003	SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	SERVICO HOSPITALAR PARA ATENCAO A SAUDE MENTAL
105 - 001	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	NEUROCIRURGIA DO TRAUMA E ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO
105 - 002	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	COLUNA E NERVOS PERIFERICOS

Fonte: CNES(2018). Acesso em 11.10.2018.

1.2.3.4. Produção Assistencial na Rede PEBA

A produção assistencial dos estados de Pernambuco e Bahia e do HU- Univasf é descrita conforme mostram as Tabelas 5 a 19 (CNES, 2018).

TABELA 5: 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	2017	Total
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	28.255.709	27.523.837	30.832.208	32.798.808	11.022.422	21.061.052	151.494.036
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	31.640.313	32.925.024	36.683.533	38.210.504	17.922.306	37.668.533	195.050.213
03 Procedimentos clínicos	57.625.495	64.305.893	73.227.989	74.503.608	32.389.041	64.246.826	366.298.852
04 Procedimentos cirúrgicos	3.541.679	4.599.410	4.212.170	6.503.862	1.064.346	1.971.881	21.893.348
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	95.125	109.753	129.353	125.037	35.436	62.892	557.596
06 Medicamentos	17.245.531	17.752.129	19.874.967	19.647.558	10.304.087	26.080.479	110.904.751
07 Órteses, próteses e materiais especiais	156.058	185.083	242.464	257.828	109.687	254.255	1.205.375
08 Ações complementares da atenção à saúde	1.886.831	1.709.698	1.601.368	1.782.645	823.072	1.869.517	9.673.131
Total	140.446.741	149.110.827	166.804.052	173.829.850	73.670.397	153.215.435	857.077.302

TABELA 6: 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	2017	Total
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	42.449.954	44.500.321	47.644.269	44.167.463	19.250.797	1.315.565	199.328.369
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	43.036.476	42.859.555	46.152.927	46.890.452	22.834.959	3.886.723	205.661.092

03 Procedimentos clínicos	105.730.529	109.347.306	107.743.442	100.265.245	41.455.909	5.390.264	469.932.695
04 Procedimentos cirúrgicos	7.482.611	6.615.213	5.995.461	7.474.056	2.695.324	149.642	30.412.307
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	23.463	28.449	56.492	75.786	41.014	6.184	231.388
06 Medicamentos	22.212.607	14.360.853	15.987.242	16.767.201	11.062.713	2.606.739	82.997.355
07 Órteses, próteses e materiais especiais	233.902	269.041	358.595	316.075	188.822	32.006	1.398.441
08 Ações complementares da atenção à saúde	3.576.956	4.006.507	4.308.674	4.407.212	2.153.518	426.246	18.879.113
Total	224.746.498	221.987.245	228.247.102	220.363.490	99.683.056	995.027.391	1.008.840.760

TABELA 7: 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	2017	Total
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	378.782	192.261	-	-	-	-	571.043
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	118.636	634.176	86.443	195.006	-	-	1.034.261
03 Procedimentos clínicos	648.951	361.967	128.642	62.082	-	-	1.201.642
04 Procedimentos cirúrgicos	35.056	19.198	15.222	6.290	-	-	75.766
07 Órteses, próteses e materiais especiais	359	94	1	-	-	-	454
08 Ações complementares da atenção à saúde	320.941	101.152	-	-	-	-	422.093
Total	1.502.725	1.308.848	230.308	263.378	-	-	3.305.259

TABELA 8: 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	2017	Total
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	1.236	1.477	1.476	1.421	1.022	1.165	7.797
03 Procedimentos clínicos	308140	312612	308039	311821	314.448	329.650	1.884.738
04 Procedimentos cirúrgicos	213219	216574	225686	213219	214296	219.592	1.302.607
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	4.092	5.053	5.415	5.638	5.881	6.301	32.380
Total	526.687	535.716	540.616	532.099	535.647	556.708	3.227.522

TABELA 9: 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	2017	Total
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	1.477	460	433	372	447	554	3.743
03 Procedimentos clínicos	549.518	533.837	529.064	548.636	509.290	492.294	3.162.710
04 Procedimentos cirúrgicos	292.457	271.601	289.012	280.240	288.982	299.124	1.721.416
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	927	1.101	998	1.058	1.280	1.389	6.753
Total	844.379	806.999	819.507	830.306	79.999	793.361	4.894.622

TABELA 10: 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	2017	Total
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	2	-	-	1	2	-	5
03 Procedimentos clínicos	3.542	3.572	2.969	2.964	3.656	3.514	20.217
04 Procedimentos cirúrgicos	3.712	3.726	3.728	2.624	3.486	4.027	21.303
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	61	45	43	32	45	28	254
Total	7.317	7.343	6740	5621	7.189	7.569	41.779

TABELA 11: AIH APROVADAS POR CAPÍTULO CID-10 E ANO PROCESSAMENTO. PAÍS: BRASIL.

AIH aprovadas por Capítulo CID-10 e Ano processamento								
País: Brasil								Ranking
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	863.218	872.911	832.157	814.192	443.348	758.248	4.584.074	6ª
II. Neoplasias (tumores)	660.499	692.401	726.566	756.307	372.684	795.862	4.004.319	
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	86.778	88.793	89.444	95.185	47.877	102.122	510.199	
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	281.425	273.749	269.399	259.841	122.070	240.746	1.447.230	
V. Transtornos mentais e comportamentais	549.246	504.464	467.856	423.522	191.216	362.125	2.498.429	
VI. Doenças do sistema nervoso	211.051	217.816	219.335	227.080	111.021	226.748	1.213.051	
VII. Doenças do olho e anexos	93.453	97.261	102.809	100.012	50.060	113.244	556.839	
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	18.474	18.490	18.517	19.153	9.336	19.976	103.946	
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.150.962	1.146.942	1.153.305	1.139.471	544.905	1.140.904	6.276.489	3ª
X. Doenças do aparelho respiratório	1.316.220	1.317.382	1.248.696	1.217.439	553.752	1.183.044	6.836.533	2ª
XI. Doenças do aparelho digestivo	1.041.999	1.042.930	1.080.039	1.073.202	520.544	1.102.952	5.861.666	5ª

XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	220.788	227.516	240.000	243.498	123.670	256.574	1.312.046	
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	201.534	209.971	212.201	213.563	99.659	207.217	1.144.145	
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	779.988	766.738	794.824	790.256	377.261	799.162	4.308.229	
XV. Gravidez parto e puerpério	2.301.769	2.319.472	2.353.466	2.419.948	1.179.299	2.417.991	12.991.945	1º
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	218.418	228.784	235.637	249.732	128.826	284.310	1.345.707	
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	77.617	78.182	78.499	80.854	39.482	82.689	437.323	
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	153.485	154.361	154.720	168.028	86.713	187.738	905.045	
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	999.103	1.056.742	1.119.131	1.116.294	551.353	1.157.092	5.999.715	4ª
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3.161	3.793	4.205	5.250	132	32	16.573	
XXI. Contatos com serviços de saúde	210.701	202.138	211.909	220.349	107.103	234.981	1.187.181	
Total	11.439.889	11.520.836	11.612.715	11.633.176	5.660.311	11.673.757	63.540.684	

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

AIH aprovadas por Capítulo CID-10 e Ano processamento									
Estado : Pernambuco									Ranking
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total		
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	46.416	45.364	39.997	39.882	24.646	41.076	237.381	5ª	
II. Neoplasias (tumores)	33.424	37204	36643	38.335	19.389	42.870	207.865		
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	4.163	4.681	4.048	4.167	2.181	4.493	23.733		
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	14.600	15.005	13.360	12.193	6.030	12.138	73.326		
V. Transtornos mentais e comportamentais	22.775	19.562	15.378	13.796	6.013	9.900	87.424		
VI. Doenças do sistema nervoso	9.048	11.405	9.125	10.017	4.939	10.923	55.457		
VII. Doenças do olho e anexos	2.907	2.670	2.952	3.354	1.245	4.066	17.194		
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	958	872	829	935	417	797	4.808		
IX. Doenças do aparelho circulatório	46.624	46.608	52.586	53.613	25.473	55.094	279.998	2ª	

X. Doenças do aparelho respiratório	45.319	46.518	45.045	43.648	19.663	45.893	246.086	4ª
XI. Doenças do aparelho digestivo	46.684	45.868	46.979	45.335	21.567	48.097	254.530	3ª
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	19.489	20.560	21.345	17.274	7.725	17.858	104.251	
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	8.582	9.509	9.594	8.477	3.715	7.848	47.725	
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	34.952	33.705	34.480	33.187	14.924	34.398	185.646	
XV. Gravidez parto e puerpério	126.712	125.686	124.869	126.236	60.723	123.657	687.883	
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	13.435	14.905	16.081	15.173	8.519	16.865	84.978	
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	4.581	4.461	4.094	4.332	2.245	4.787	24.500	
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	14.638	11.785	10.386	10.597	5.313	12.975	65.694	
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	42.797	46.987	55.226	52.109	25.201	58.482	280.802	1ª
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	67	57	66	130	-	-	320	
XXI. Contatos com serviços de saúde	6.106	6.810	8.045	8.328	4.585	10.490	44.364	
Total	544.277	550.222	551.128	541.118	264.513	562.707	3.013.965	

TABELA 13: AIH APROVADAS POR CAPÍTULO CID-10 E ANO PROCESSAMENTO. ESTADO: BAHIA.

AIH aprovadas por Capítulo CID-10 e Ano processamento								
Estado: Bahia								Ranking
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	100.251	96.270	84.392	86.600	48.404	66.966	482.883	2ª
II. Neoplasias (tumores)	42.194	41.587	45.612	45.933	22.694	47.561	245.581	
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	6.120	6.212	6.581	7.373	3.460	6.875	36.621	
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	26.484	25.988	26.844	27.048	11.831	19.634	137.829	
V. Transtornos mentais e comportamentais	7.048	5.871	5.701	4.585	2.369	9.211	34.785	
VI. Doenças do sistema nervoso	10.511	10.972	10.184	10.308	4.920	10.656	57.551	
VII. Doenças do olho e anexos	11.931	12.952	14.483	12.075	5.334	12.088	68.863	
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	831	1.032	967	1.039	548	1.191	5.608	

IX. Doenças do aparelho circulatório	74.653	72.316	74.116	73.434	33.008	68.726	396.253	4ª
X. Doenças do aparelho respiratório	109.039	100.738	97.687	98.378	40.488	83.446	529.776	1ª
RXI. Doenças do aparelho digestivo	77.577	71.819	75.915	74.251	37.520	78.298	415.380	3ª
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	15.645	14.013	15.684	17.394	8.771	20.754	92.261	
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	11.831	10.528	9.087	9.309	4.598	9.893	55.246	
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	57.316	50.738	53.160	52.502	25.969	52.946	292.631	
XV. Gravidez parto e puerpério	195.604	187.741	189.733	195.346	96.246	195.434	1.060.104	
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	12.069	12.575	13.191	15.111	7.758	17.878	78.582	
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	5.098	4.713	4.974	5.125	2.641	5.504	28.055	
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	9.211	9.605	10.120	11.674	5.632	12.024	58.266	
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	61.110	61.095	67.843	69.600	34.917	70.386	364.951	5ª
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	63	109	188	163	-	-	523	
XXI. Contatos com serviços de saúde	9.793	10.125	13.045	13.057	6.970	13.995	52.990	
Total	844.379	806.999	819.507	830.305	404.078	803.466	4.508.734	

TABELA 14: AIH APROVADAS POR CAPÍTULO CID-10 E ANO PROCESSAMENTO. MUNICÍPIO: PETROLINA.

AIH aprovadas por Capítulo CID-10 e Ano processamento								
Município: Petrolina								Ranking
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	618	561	610	573	291	452	3.105	
II. Neoplasias (tumores)	766	882	1.076	915	442	1.114	5.195	
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	129	116	117	112	65	103	642	
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	202	197	183	215	101	245	1.143	
V. Transtornos mentais e comportamentais	20	10	10	9	6	18	73	
VI. Doenças do sistema nervoso	326	276	274	340	179	305	1.700	

VII. Doenças do olho e anexos	7	4	170	372	300	711	1.564	
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	9	10	16	32	12	23	102	
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.242	1.504	1.516	1.823	1.002	1.791	8.878	3ª
X. Doenças do aparelho respiratório	1.601	1.402	1.434	1.450	618	1.373	7.878	4ª
XI. Doenças do aparelho digestivo	1.319	1.043	1.245	1.489	756	1.442	7.294	5ª
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	414	354	484	488	248	749	2.737	
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	146	139	138	109	79	204	815	
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	978	925	950	904	471	1.009	5.237	
XV. Gravidez parto e puerpério	8.908	9.198	9.521	9.397	5.023	9.419	51.466	
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2.171	1.769	1.749	1.861	1.003	1.988	10.541	2ª
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	148	172	159	168	97	196	940	
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	136	181	186	265	95	210	1073	
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	2.979	3.241	3.188	2.392	1.561	3.597	16.958	1ª
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3	4	4	7	-	-	18	
XXI. Contatos com serviços de saúde	913	755	626	807	688	1.424	5.213	
Total	23.035	22.743	23.656	23.728	13.037	26.373	132.572	

TABELA 15: AIH APROVADAS POR CAPÍTULO CID-10 E ANO PROCESSAMENTO. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PETROLINA.

AIH aprovadas por Capítulo CID-10 e Ano processamento								Ranking
Hospital universitário de Petrolina							Total	
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	201	194	247	170	87	134	1.033	
II. Neoplasias (tumores)	167	115	128	107	60	210	787	
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	35	45	46	29	9	20	184	
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	135	128	137	159	73	198	830	

V. Transtornos mentais e comportamentais	17	9	8	7	4	10	55	
VI. Doenças do sistema nervoso	179	151	136	150	77	154	847	
VII. Doenças do olho e anexos	1	-	-	-	-	-	1	
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	-	-	1	1	1	2	5	
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.052	1.188	1.050	1.003	545	1.020	5.858	2 ^a
X. Doenças do aparelho respiratório	528	529	356	190	100	161	1.864	
XI. Doenças do aparelho digestivo	907	661	581	469	153	475	3.246	3 ^a
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	169	184	206	122	68	149	898	
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	109	114	100	76	67	168	634	
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	159	109	126	139	75	105	713	
XV. Gravidez parto e puerpério	1	3	-	2	1	-	7	
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	6	25	30	24	19	30	134	
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	96	127	127	121	28	81	580	
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	2.843	3.108	3.057	2.242	1.459	3.453	16.162	1 ^a
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2	1	1	1	-	-	5	
XXI. Contatos com serviços de saúde	710	652	403	609	501	1.199	4.074	
Total	7.317	7.343	6.740	5.621	3.327	7.569	37.917	

TABELA 16: 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	2017	Total
Média complexidade	5,8	5,9	5,7	5,8	5,8	5,6	5,8
Alta complexidade	6,2	6,2	6,1	6,1	5,9	5,8	6
Total	5,9	5,9	5,8	5,8	5,6	5,6	5,8

TABELA 17: 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	2017	Total
Média complexidade	4,6	4,8	4,7	4,7	4,8	4,8	4,7
Alta complexidade	5	4,9	4,3	4,5	4,6	4,6	4,6
Total	4,6	4,8	4,7	4,7	4,8	4,8	4,7

TABELA 18: 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	2017	Total
Média complexidade	5,2	5,8	5,9	6,7	5,7	5,3	5,7
Alta complexidade	8,9	9,6	9,3	9,3	7,4	8,2	8,9
Total	5,4	6	6,1	6,8	5,7	5,4	5,9

TABELA 19: INTERNAÇÕES HOSPITALARES DO SUS – POR LOCAL DE INTERNAÇÃO. INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE – AIH APROVADAS. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PETROLINA-2017.

Hospital Universitário de Petrolina – 2017													
Grupo Procedimento	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	16	6	15	21	21	13	29	35	26	9	22	17	231
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	18	14	18	27	37	19	25	27	21	20	26	18	231
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	3	-	4	8	9	4	5	9	7	2	3	5	76
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	12	9	17	15	24	24	39	43	29	20	24	22	354
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	80	96	129	120	176	137	191	219	198	136	226	197	2041
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	-	-	2	3	-	-	-	1	3	-	2	2	14
0412 Cirurgia torácica	19	5	12	11	8	6	11	8	14	5	20	12	127

0413 Cirurgia reparadora	11	2	3	19	8	12	16	13	17	13	15	9	160
0415 Outras cirurgias	30	24	41	47	79	36	73	53	57	46	61	36	681
Total	189	156	241	271	362	251	389	408	372	251	399	318	3.915

1.3 Indicadores assistenciais de 2017

O HU-Univasf, no ano de 2017, monitorou mensalmente 313 indicadores de desempenho e acompanhou 305 ações estratégicas desenvolvidas por todos os setores do hospital. Os indicadores apresentados a seguir retratam a atual realidade do hospital e são considerados os mais importantes:

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 2017, foram realizados os seguintes atendimentos conforme exibe a Figura 3. A Figura 4 exibe o comparativo entre a demanda de 2016 e 2017.

FIGURA 3: TOTAL DE ATENDIMENTOS EM 2017.

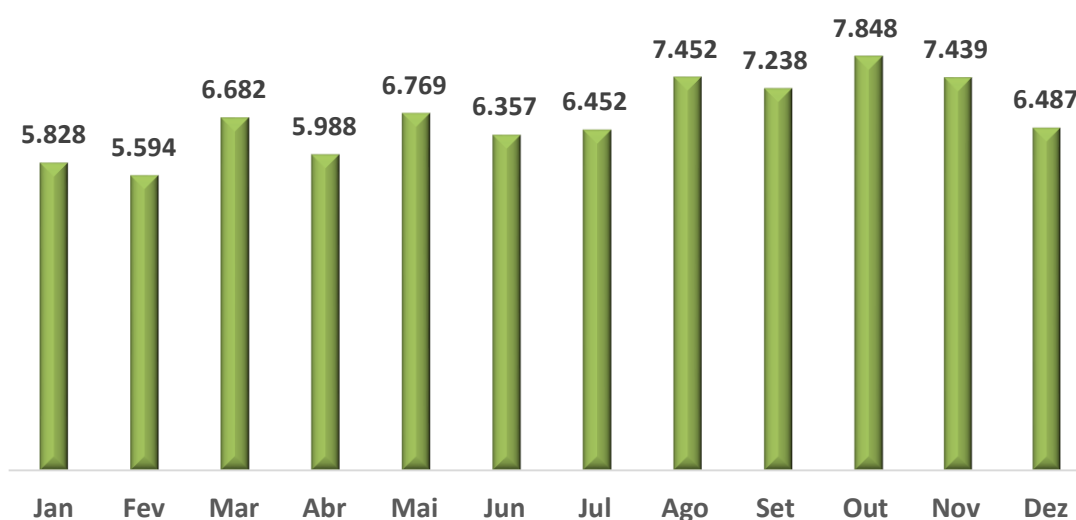
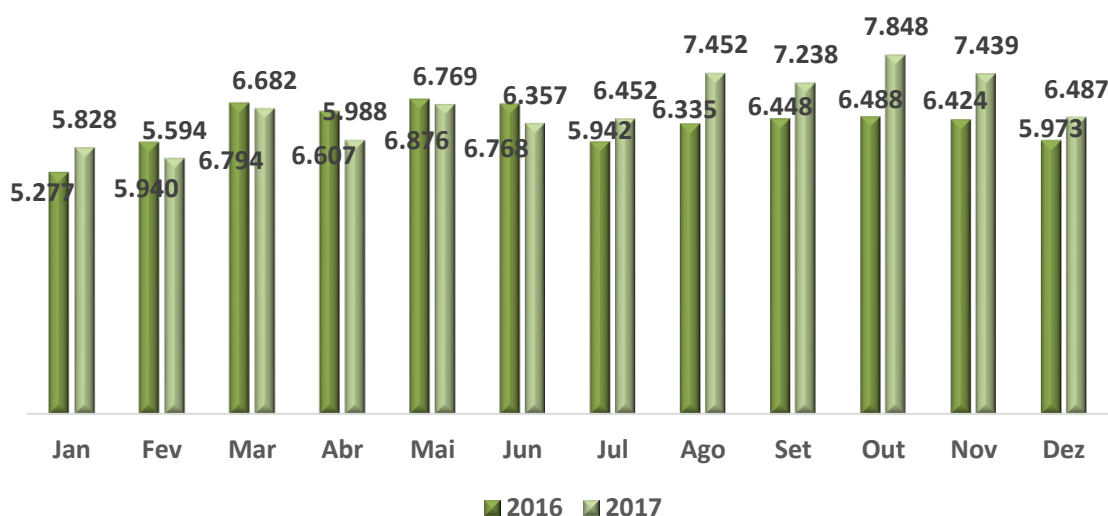


FIGURA 4: COMPARATIVO ENTRE O NÚMERO DE ATENDIMENTOS ENTRE 2016 E 2017.



A partir da Figura 4, analisa-se que a demanda cresceu significativamente nos meses de agosto, setembro, outubro e novembro. Quando esses mesmos períodos são comparados, percebe-se um aumento de:

Ago 2016 → Ago 2017 (17%)

Set 2016 → Set 2017 (12%)

Out 2016 → Out 2017 (20%)

Nov 2016 → Nov 2017 (16%)

Esse comportamento pode ser, também, atribuído à atual crise econômica, sendo que aproximadamente três milhões de usuários perderam o plano de saúde e cerca de 70% da população não usufrui desse serviço (EXAME, 2018). Só no primeiro trimestre de 2016, 617 mil clientes perderam o plano de saúde no Brasil. Apesar do aumento de demanda, o HU-Univasf diminuiu a média de permanência hospitalar, acarretando maior giro de leitos e consequente incremento no número de atendimentos. O tempo médio de permanência diminuiu de 8,8 dias (2016) para 7,4 dias (2018) considerando os dados até junho de 2018.

1.3.2. Taxa de Ocupação

Este indicador avalia o grau de utilização dos leitos do hospital (Figura 5). Todos os meses de 2017 sofreram com superlotação hospitalar, registrando taxa de ocupação acima de 100%. A média da taxa de ocupação hospitalar em 2017 (147%) foi um pouco inferior a de 2016 (149%). Esse dado pode ser constatado a partir da Figura 6 que mostra o comparativo da taxa de ocupação entre esses anos.

FIGURA 5: TAXA DE OCUPAÇÃO EM 2017.

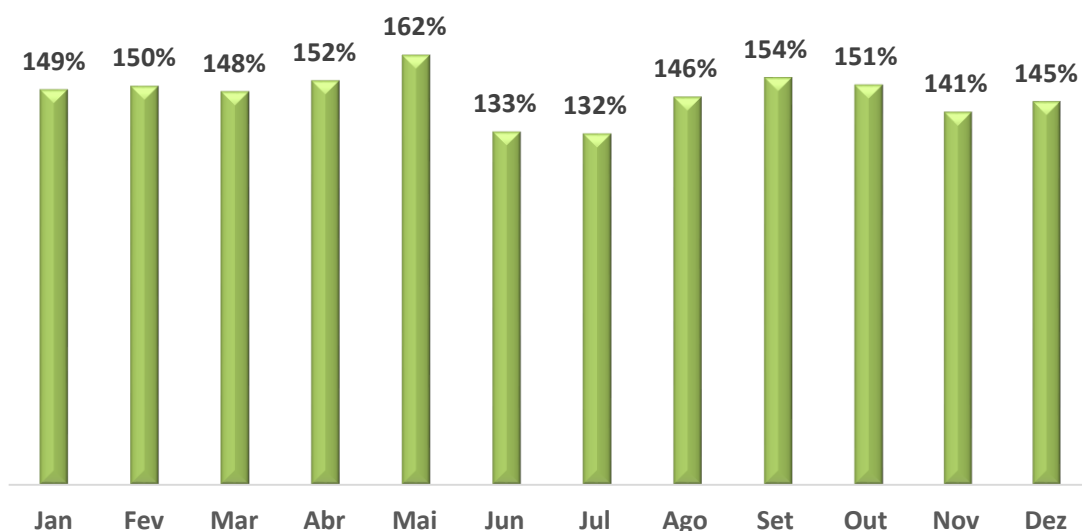
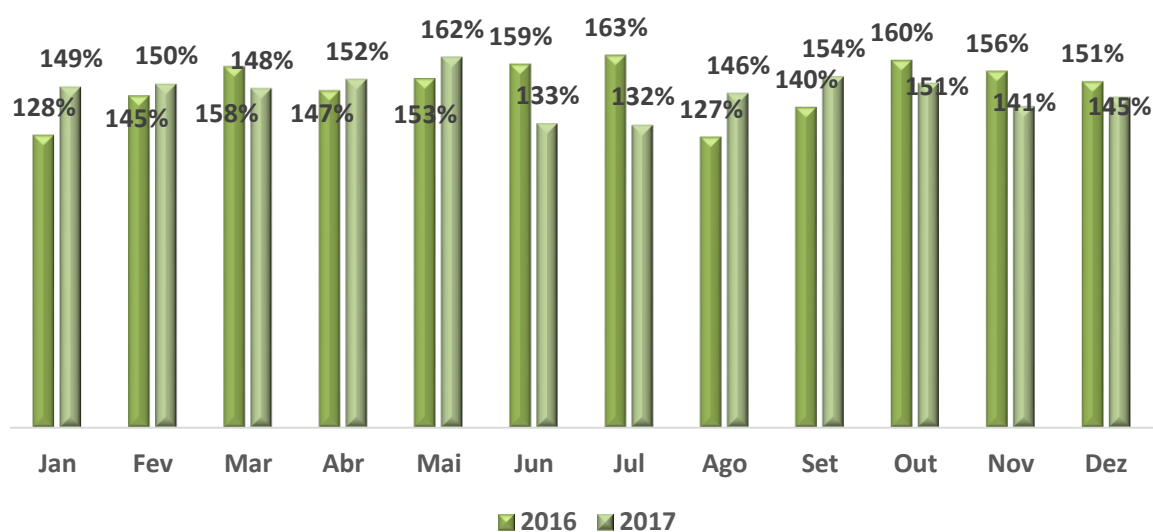


FIGURA 6: COMPARATIVO DA TAXA DE OCUPAÇÃO ENTRE 2016 E 2017.



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 20 mostra o total de cirurgias em 2017 e a Tabela 21 mostra a natureza das cirurgias.

O HU-Univasf realizou 4.574 e 5.202 cirurgias no ano de 2016 e 2017, respectivamente. Esse dado representa aumento de 13% do número de cirurgias realizadas e pode ser atribuído à contratação de novos médicos com vínculo Ebserh e cedidos pela Prefeitura Municipal de Petrolina.

Abaixo, a Figura 7 apresenta o comparativo da produção cirúrgica entre 2016 e 2017.

FIGURA 7: COMPARATIVO DO TOTAL DE CIRURGIAS REALIZADAS ENTRE 2016 E 2017.

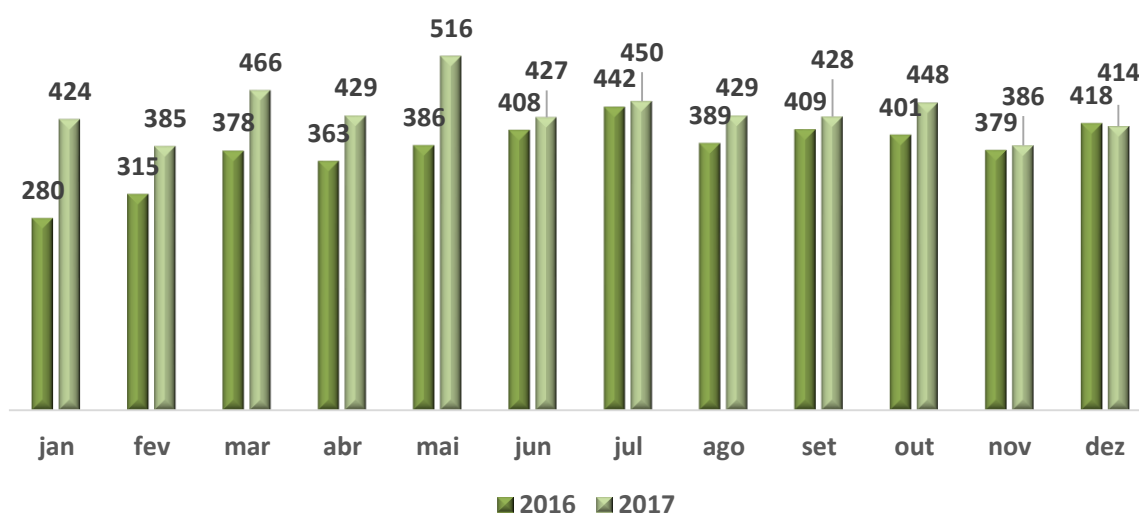


TABELA 20: TOTAL DE CIRURGIAS REALIZADAS POR MÊS EM 2017.

Especialidades	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial	20	22	32	21	31	25	37	21	34	34	28	22
Cirurgia Geral	76	86	99	80	96	76	74	86	49	48	51	59
Cirurgia Plástica	2	2	4	2	4	4	1	2	7	1	3	2
Cirurgia Vascular	88	63	73	53	69	59	62	85	85	86	72	59
Neurocirurgia	37	27	39	38	35	45	39	36	44	42	29	36
Ortopedia e Traumatologia	200	185	218	235	281	218	236	199	207	237	202	235
Urologia	1	-	1	-	-	-	1	-	2	-	1	1
Não Informado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	424	385	466	429	516	427	450	429	428	448	386	414

TABELA 21: NATUREZA DAS CIRURGIAS REALIZADAS EM 2017.

Natureza	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
ELETIVA	176	190	282	243	278	220	250	258	247	257	198	217
URGÊNCIA	248	195	184	186	238	207	200	171	181	191	188	197
Não Informado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	424	385	466	429	516	427	450	429	428	448	386	414

1.3.4. Quantidade de exames realizados por mês

O HU-Univasf, no ano de 2016, realizou 252.785 exames com finalidade diagnóstica. No ano seguinte, foram realizados 225.430 exames. A diminuição na quantidade de exames produzidos quanto comparada ao aumento do número de atendimentos no mesmo período é uma indicação positiva para a instituição, pois indica queda na duplicidade de informações e redução do desperdício de exames desnecessários. A Tabela 22 mostra a quantidade de exames realizados por mês em 2017 no HU-Univasf.

TABELA 22: QUANTIDADE DE EXAMES REALIZADOS POR MÊS.

Exames	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Laboratório Clínico	13.770	13.142	16.698	14.321	17.074	13.459	12.494	13.509	14.393	15.585	12.705	13.214
Radiologia (Incidências)	4.799	3.792	1.584	5.377	5.325	-	-	-	-	-	-	-
Radiologia (Procedimentos)	-	-	-	-	157	2.308	2.422	1.902	2.890	3.364	3.520	3.186
Ultrassonografia	231	224	153	302	192	169	116	152	110	130	93	93
Tomografia	770	840	796	923	1.114	950	991	479	948	1.013	1.011	1.061
Ressonância Magnética	48	65	42	47	46	22	51	40	37	57	68	41
Endoscopia	-	9	13	21	23	11	18	20	8	23	19	9
Radiologia Intervencionista	71	53	71	51	53	73	85	42	89	118	115	20
	19.689	18.125	19.357	21.042	23.984	16.992	16.177	16.144	18.475	20.290	17.531	17.624

1.3.5. Tempo de Permanência

As Tabelas 23, 24, 25 e 26 mostram, respectivamente, o tempo de permanência (dias) em 2017, a comparação da média de permanência entre 2016 e 2017, a comparação da média de permanência por especialidade e por clínica desde 2015 no HU-Univasf.

TABELA 23: TEMPO DE PERMANÊNCIA EM 2017.

HOSPITAL	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
HU-Univasf	8,5	8,7	7,8	8,3	8,2	7,6	7,6	7,7	8,2	8,2	8,2	7,8

TABELA 24: MÉDIA DO TEMPO DE PERMANÊNCIA EM 2016 E 2017.

HOSPITAL	2016	2017
HU-Univasf	8,8	8,1

TABELA 25: MÉDIA DO TEMPO DE PERMANÊNCIA POR ESPECIALIDADE EM 2015, 2016 E 2017.

ESPECIALIDADES	2015	2016	2017
CARDIOLOGIA	7	14	1,4
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO	7,8	7,3	-
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAIS	3,78	3,1	2,9
CIRURGIA GERAL	6,2	6,7	5,5
CIRURGIA PLASTICA	0,6	1	0,5
CIRURGIA VASCULAR	4,3	5,2	4,8
CLINICA MEDICA	9,8	9,5	8
GASTROENTEROLOGIA	1	-	-
HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA	11,9	15,6	9
HEPATOLOGIA	-	1	-
MEDICINA INTENSIVA	14	-	-
NEFROLOGIA	5,4	8,25	6,3
NEUROCIRURGIA	12,2	13,7	11,3
NEUROLOGIA	12	7,8	9
REUMATOLOGIA	1,5	3,2	1,1
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	10,6	9,4	8,9
UROLOGIA	8,3	3	4,5
OTORRINOLARINGOLOGIA	2,1	1,5	6

TABELA 26: MÉDIA DO TEMPO DE PERMANÊNCIA POR CLÍNICA EM 2016 E 2017.

CLINICAS	2016	2017
CLÍNICA MÉDICA	8,6	7,5
CLÍNICA CIRÚRGICA	7,3	6,2
CLÍNICA ORTOPÉDICA	11,2	15,4

1.3.6. Tipos de Acidentes Terrestres que chegam ao HU-Univasf

O HU-Univasf é referência para os casos de acidentes terrestres de toda região da rede PEBA e, a partir disso, fornece informações de vigilância. No ano de 2017, foram contabilizados 7.927 entradas no hospital por esse perfil, sendo que 5.832 desses acidentes foram provenientes de motocicletas, ou seja, 73,5%. Nesse mesmo ano, em relação aos acidentes por motocicleta, 79,6% deles envolveram o sexo masculino e a faixa etária que se destaca está entre 20 a 39 anos.

As Tabelas 27 e 28 mostram, respectivamente, a quantidade de acidentes terrestres por meio de locomoção e a natureza dos acidentes causados por motocicleta.

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 também 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, além dos cursos de engenharia da Univasf.

TABELA 27: QUANTIDADE DE ACIDENTES TERRESTRES EM 2017 POR MEIO DE LOCOMOÇÃO.

MEIO DE LOCOMOÇÃO	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
A pé	34	21	34	28	36	36	32	36	23	36	41	30
Automóvel	43	47	31	48	62	39	78	32	47	34	47	43
Motocicleta	437	412	490	405	551	481	476	491	486	493	544	560
Bicicleta	50	59	82	52	72	58	72	57	61	68	60	54
Outros	32	25	27	24	38	30	18	34	30	28	37	62
Ignorado	6	11	7	3	2	1	-	-	-	2	-	1
	602	575	671	560	761	645	676	650	647	661	729	750

TABELA 28: NATUREZA DO ACIDENTE CAUSADO POR MOTOCICLETA.

NATUREZA DO ACIDENTE	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Colisão/Abalroamento	137	136	195	145	200	167	194	175	168	187	202	201
Atropelamento	44	40	42	39	72	68	58	64	54	62	75	56
Tombamento/Capotamento	316	291	288	276	375	345	373	362	364	353	384	415
Queda em/do Veículo	22	29	78	53	65	24	23	29	30	35	47	39
Choque com objeto fixo	7	14	11	5	8	11	12	9	13	12	7	15
Ignorado	74	63	56	38	40	29	14	9	15	7	8	22
Outro	2	2	1	4	1	1	2	2	3	5	6	2
	602	575	671	560	761	645	676	650	647	661	729	750

Atua, também, na pós-graduação sendo campo de prática das atuais 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. A Seção 1.1 traz outras informações sobre os novos cursos de residência que serão implantados em 2019.

O HU-Univasf revela-se como ponto de atendimento extremamente importante para a Rede PEBA, 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. No PDE anterior, foi estabelecida a ação estratégica para constituir as comissões obrigatórias, conforme exige a portaria interministerial nº. 285 de 24 de março de 2015. As instituições de determinadas Comissões são alguns dos pré-requisitos para que o HU-Univasf torne-se hospital de ensino. As Comissões Obrigatórias do HU-Univasf implantadas são:

- Comissão de Biossegurança;
- Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;
- Comissão de Revisão de Óbitos;
- Comissão de Ética em Enfermagem;
- Comissão de Padronização de Fármacos e Farmácia Terapêutica;
- Comissão de Residência em Saúde;
- Comissão de Transplante e Captação de Órgãos;
- Comitê de Ética em Pesquisa;
- Comitê de Terapia Nutricional;
- Comitê Transfusional;
- Comitê de Proteção Radiológica;
- Comissão de Revisão de Prontuários Médicos e Revisão de Documentação Médica e Estatística.

Todas essas Comissões Obrigatórias possuem portaria de criação, regimento interno e atas de reuniões e são monitoradas na Unidade de Planejamento.

1.4.1. Indicadores de Ensino e Pesquisa

1.4.1.1. Cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu* em 2018:

A Tabela 29 mostra o quantitativo das vagas de residências médicas no HU-Univasf, em 2016, enquanto a Tabela 30 exibe o quantitativo das residências multiprofissionais.

TABELA 29: QUANTITATIVO DAS VAGAS PARA RESIDÊNCIA MÉDICA NO HU-UNIVASF.

PROGRAMAS	RESIDÊNCIAS MÉDICAS	
	VAGAS R1	
	2016	2017
ANESTESIOLOGIA	1	2
CARDIOLOGIA	2	2
CARDIOLOGIA/ECOCARDIOGRAMA	2	1
CIRURGIA GERAL	2	2
CIRURGIA VASCULAR PERIFÉRICA	1	2
ANGIORRADIOLOGIA E CIRURGIA ENDOVASCULAR	2	0
CLINICA MEDICA	5	5
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	12	14
NEUROCIRURGIA	2	1
TOTAL	29	29

Fonte: Gerência de Ensino e Pesquisa-GEP HU- Univasf /Ebserh.

TABELA 30: QUANTITATIVO DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS NO HU-UNIVASF.

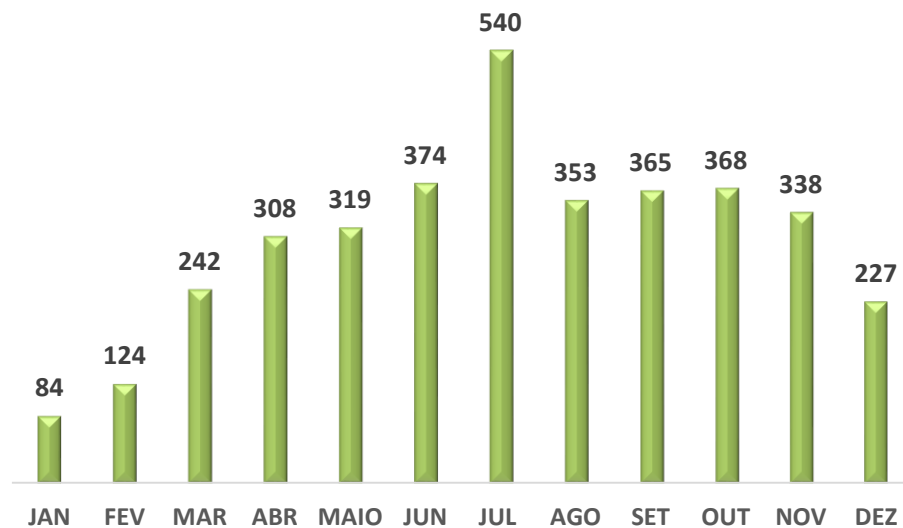
AREA DE CONCENTRAÇÃO	RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS	
	VAGAS R1	
	2016	2016
ENFERMAGEM EM URGÊNCIA	4	4
INTENSIVISMO	6	6
SAÚDE DA FAMÍLIA	8	8
SAÚDE MENTAL	4	5
TOTAL	22	23

Fonte: Gerência de Ensino e Pesquisa- GEP HU-Univasf/Ebserh.

1.4.1.2. Número de discentes em atividades práticas no HU- Univasf

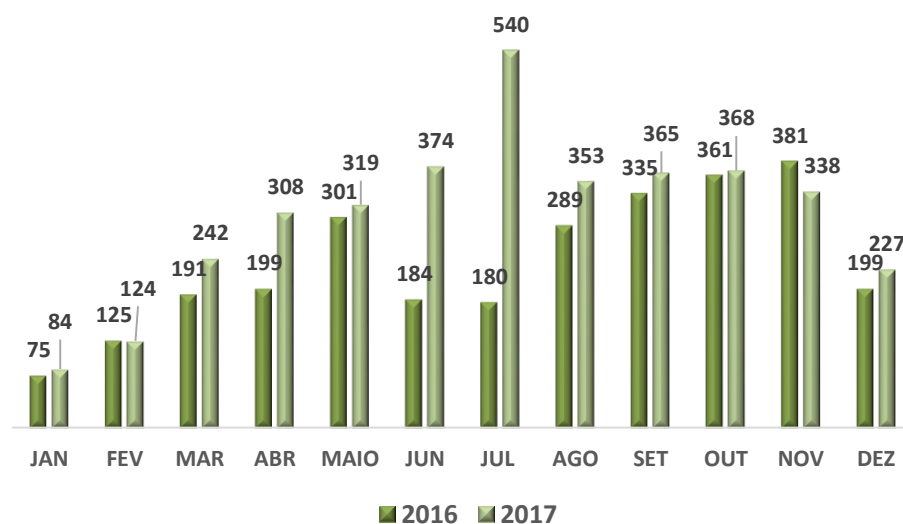
A Figura 8 e 9 exibem, respectivamente, o número de alunos em atividades práticas no HU-Univasf em diferentes cenários. No ano de 2016, foram 2.820 alunos em atividades práticas, enquanto que em 2017 esse número aumentou para 3.642.

FIGURA 8: NÚMERO DE ALUNOS EM ATIVIDADES PRÁTICAS NO HOSPITAL.



Fonte: Gerência de Ensino e Pesquisa-GEP HU- Univasf /Ebserh.

FIGURA 9: COMPARATIVO DO NÚMERO DE ALUNOS EM ATIVIDADES PRÁTICAS NO HOSPITAL ENTRE 2016 E 2017.



1.4.1.3. Pesquisa e extensão no HU- Univasf

O HU-Univasf é campo de estudo para inúmeros projetos de pesquisa e extensão. Em 2016, foram 55 projetos de pesquisa, enquanto que em 2017 o HU-Univasf registrou 72. Até o 3º trimestre de 2018, o hospital já contabilizou 75 projetos de pesquisa. Estes 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. Em 2018, dois projetos de extensão foram aprovados na PROEX/HU-Univasf pelo edital PIBEX 2018/2019.

A Tabela 31 mostra os os projetos de extensão aprovados de 2016 a 2017 e a Tabela 32 mostra os aprovados em 2018.

TABELA 31: PROJETOS DE EXTENSÃO APROVADOS EM 2016 E 2017 NO HU-UNIVASF.

Proposta	Título do projeto
1	Práticas de Saúde em Consultório de Rua
2	Multiplicadores de Saberes na Rede de Cuidados à Pessoa Idosa
3	Cuidado além da Biomedicina: Práticas Integrativas e Complementares para pacientes e acompanhantes do HU-Univasf
4	Rotinas de Promoção de Saúde Ocular para Profissionais de Saúde e da Educação dos Municípios da Rede Interestadual de Saúde (PEBA)
5	Educação Permanente na Formação dos Servidores e Potencialização das Redes de Saúde na Microrregião do Vale do Médio São Francisco (Rede PEBA)
6	Abordagem Multidisciplinar do Diabetes Mellitus tipo 2 e Diagnóstico da Retinopatia Diabética e Doença Periodontal
7	Acordes que curam: Música no HU-Univasf
8	Avaliação cardiorrespiratória, física, nutricional e psicológica na intervenção de pacientes com Síndrome Metabólica do HU-Univasf/Ebserh

Fonte: Gerência de Ensino e Pesquisa-GEP HU- Univasf /Ebserh.

TABELA 32: PROJETOS DE EXTENSÃO APROVADOS EM 2018 NO HU-UNIVASF.

Proposta	Título do projeto
1	Ações de Saúde do Trabalhador: Prática de Ginástica Laboral no HU-Univasf/Ebserh.
2	Intervenção Multiprofissional em Pacientes com Síndrome Metabólica 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 discentes por um bibliotecário infraestrutura de telessaúde e por profissionais relacionados às ações 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. No ano de 2017, foram realizadas 592 consultas oftalmológicas.

1.4.1.4. Infraestrutura física e tecnológica do HU-Univasf

A infraestrutura física atual do HU-Univasf é composta por dois prédios: o prédio principal e a Policlínica. O prédio principal está construído em um terreno com área total aproximada de 19.214 m² e possui cerca de 15.662 m² de área construída, conforme Tabela 33:

TABELA 33: ÁREAS DO HU-UNIVASF.

	Descrição	Área (m ²)
Prédio Principal	Pavimento térreo	6.640,82
	Mezanino/casa de máquinas	4.460,25
	Primeiro pavimento tipo (clínica médica)	787,20
	Segundo pavimento tipo (clínica cirúrgica)	787,20
	Terceiro pavimento tipo (clínica ortopédica)	787,20
	Quarto pavimento (casa de máquinas)	253,43
	Quinto pavimento (terraço)	146,60
	Túnel	338,14
Prédio anexo	Pavimento térreo	776,00
	Primeiro pavimento (máquinas)	610,70
Estruturas menores	Guarita - estacionamento de funcionários	9,30
	Guarita - urgência e emergência	7,02
	Depósito de lixo 01	31,02
	Depósito de lixo 02	7,70
	Abrigo de gás	9,71
	Abrigo de extintores	5,22
	Abrigo de ferramentas	4,02

A edificação da Policlínica, por sua vez, está localizada no campus sede da Universidade Federal do Vale do São Francisco e possui uma área construída de, aproximadamente, 3.600 m² dividida conforme Tabela 34:

TABELA 34: ÁREAS DA POLICLÍNICA.

	Descrição	Área (m ²)
Prédio Principal	Pavimento térreo	1.559,14
	1º andar	1.363,23
	2º andar	489,34
Prédio anexo	Anexo 01 - área técnica	109,36
	Anexo 02 - laboratório	89,92

O prédio principal engloba os setores de emergência, ambulatório, bloco cirúrgico, UTI, enfermarias, serviços de apoio (Lavanderia, CME, Cozinha, etc) e alguns setores administrativos. A Policlínica é composta por consultórios, bloco cirúrgico para pequenos procedimentos e setores administrativos.

Ao assumir administrativamente o HU-Univasf, em fevereiro de 2015, a Ebserh 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 quase inexistente, em especial, aquela voltada para a tecnologia médico-assistencial. Este quadro dificultava imensamente o funcionamento do hospital. Citando uma infraestrutura deficitária, todas as enfermarias funcionavam com menos de 30% da capacidade de iluminação e três enfermarias estavam totalmente fechadas por falta de camas.

Outra carência crítica relacionada à infraestrutura física do hospital era a ineficiência dos elevadores. A quantidade de horas em que eles ficavam sem funcionar devido a problemas técnicos era alta. Como no HU-Univasf não há rampa entre os andares para o transporte de macas, esse problema gerava grandes transtornos.

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.

Além da contratação de serviços contínuos de manutenção, a atual gestão realizou ações pontuais como a modernização dos elevadores ou que foram substituídos os componentes eletrônicos e de comando por um sistema mais eficiente. Esse serviço aliado à prática de realização de manutenções preventivas acarretou em um número cada vez menor de

interrupções do seu funcionamento. Como resultado, os elevadores deixaram de ser um problema diário e desde o segundo semestre de 2018 nenhum procedimento médico foi cancelado devido a esse problema.

Outro grande problema sanado com a atual gestão foi a extinção das manutenções corretivas nos fornecedores de energia auxiliar das áreas assistenciais, ou Grupo Motores Geradores, por meio da diminuição na periodicidade da execução da manutenção preventiva. No momento, há uma manutenção preventiva nos Geradores das áreas assistenciais a cada 6 (seis) meses.

Como outras ações de modernização das instalações prediais podemos citar a substituição de equipamentos com tecnologias obsoletas, a exemplo da Central de Vácuo Medicinal e do Banco Capacitivo que acarretaram em uma economia de aproximadamente 11,76% e 11,11% nos custos de água e energia elétrica respectivamente que representam quase R\$ 26 mil ao mês aos cofres públicos.

A Tabela 35 resume os valores de investimentos que o HU-Univasf destinou às suas instalações de infraestrutura física e tecnológica no ano de 2018. Destaca-se que dentro do valor investido, R\$353.014,67 foram destinado em capital para o Ensino e Pesquisa do HU-Univasf.

TABELA 35: CARACTERÍSTICAS DOS INVESTIMENTOS DO HU-UNIVASF EM 2018.

Área	Investimentos
Ensino e Pesquisa	R\$ 353.014,67
Médico-hospitalares	R\$ 7.605.598,67
Laboratório	R\$ 363.682,22
Patrimônio/Tecnologia da informação	R\$ 1.333.626,94
Valor total	R\$ 9.655.922,50

O Plano Diretor Físico do HU-Univasf, previsto como ação estratégica no primeiro PDE, foi concluído em 2017 e é um documento que norteia 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 Ebserh, e que demanda além de mais pessoal técnico-administrativo, também, naturalmente, mais espaços físicos para que os processos não tenham resultado entrópico.

Pelo serviços que vêm prestando, há a intenção de 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.

Nessa toada de expansão física, foram contratados projetos de engenharia e a primeira construção do HU-Univasf se dará com o depósito para correlatos e medicamentos que dispensará os custos com aluguéis atuais.

Cabe destacar que, no quesito tecnologia médica, foi adquirido e será incorporado ao parque do HU-Univasf, em 2019, o seu equipamento de maior valor financeiro, o angiógrafo, com valor de mercado próximo a R\$ 4.000.000,00. Tal evolução ratifica a visão expansionista e solidária da gestão que, além de trazer economias decorrentes da dispensa de contratações externas para realização dos exames, aumentará a capacidade de atendimento para a população usuária.

Como reflexo da maturidade na gestão da tecnologia médico-assistencial, o HU-Univasf atingiu, em 2018, uma taxa de disponibilidade de equipamentos médicos acima de 96% de seu parque. É o único hospital de Petrolina que possui a gestão de tecnologia baseada no mapa de criticidade dos equipamentos e nos riscos associados ao seu manuseio. Como resultado de suas ações, o HU-Univasf foi escolhido pela Ebserh como piloto para a implantação dos Cadernos de Engenharia Clínica e obteve destaque com o resultado acima de 70% de adesão aos modelos de referência.

1.5. Estrutura Organizacional

A Figura 10 mostra a antiga estrutura organizacional do HU-Univasf à época chamado de Hospital de Urgências e Traumas. A Tabela 36 mostra o quantitativo de cargos e funções ocupadas no HU-Univasf em 2017. Já as Figuras 11, 12, 13 e 14 mostram, respectivamente, o organograma da estrutura de governança, ligadas à Superintendência, a estrutura organizacional da Gerência de Atenção à Saúde, a estrutura Organizacional da Gerência de Ensino e Pesquisa e a estrutura organizacional da Gerência Administrativa em 2018. Percebe-se uma nítida evolução da estrutura administrativa trazida pela gestão Ebserh.

TABELA 36: QUANTITATIVO DE CARGOS E FUNÇÕES OCUPADAS NO HU-UNIVASF EM 2017.

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
TOTAL	8	28	6	20	62

FIGURA 10: ANTIGA ESTRUTURA DO HU-UNIVASF À ÉPOCA CHAMADO HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS. GESTÃO ISGH.

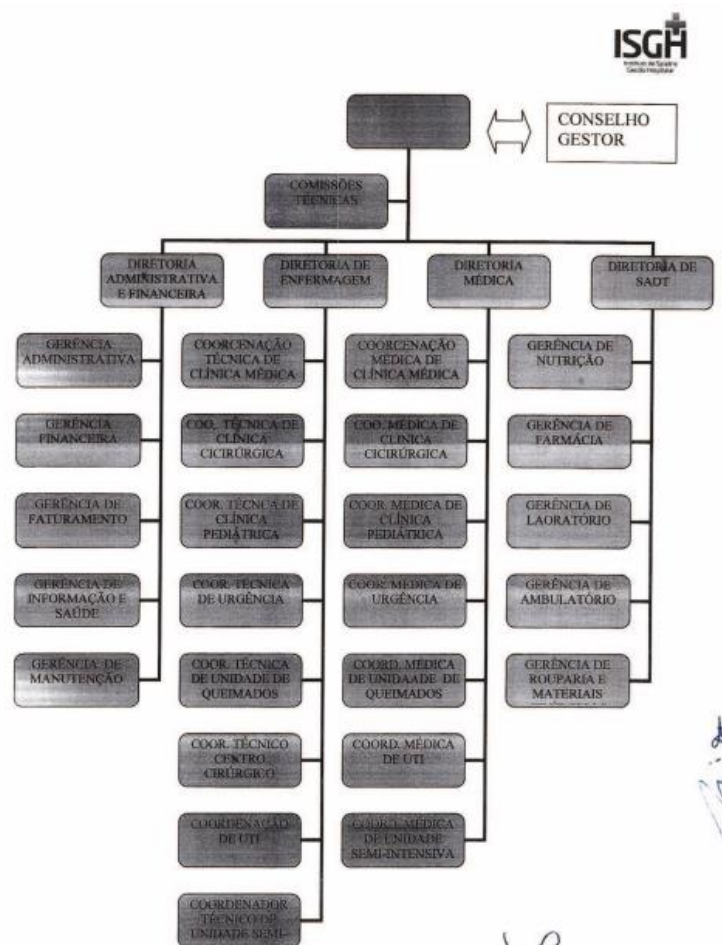


FIGURA 11: ESTRUTURA DA GOVERNANÇA LIGADAS À SUPERINTENDÊNCIA EM 2018.

HU/UNIVASF: ESTRUTURA GOVERNANÇA



FIGURA 12: ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE EM 2018.

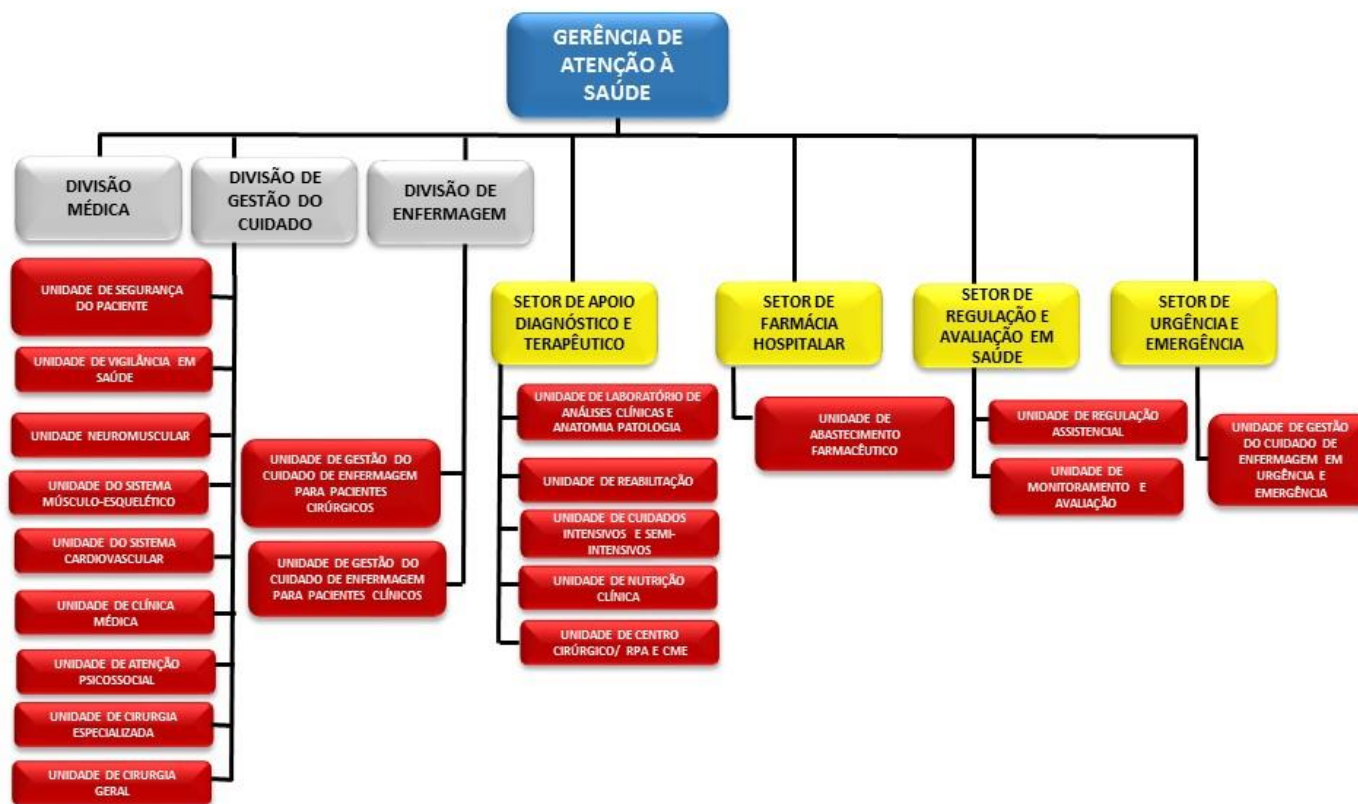
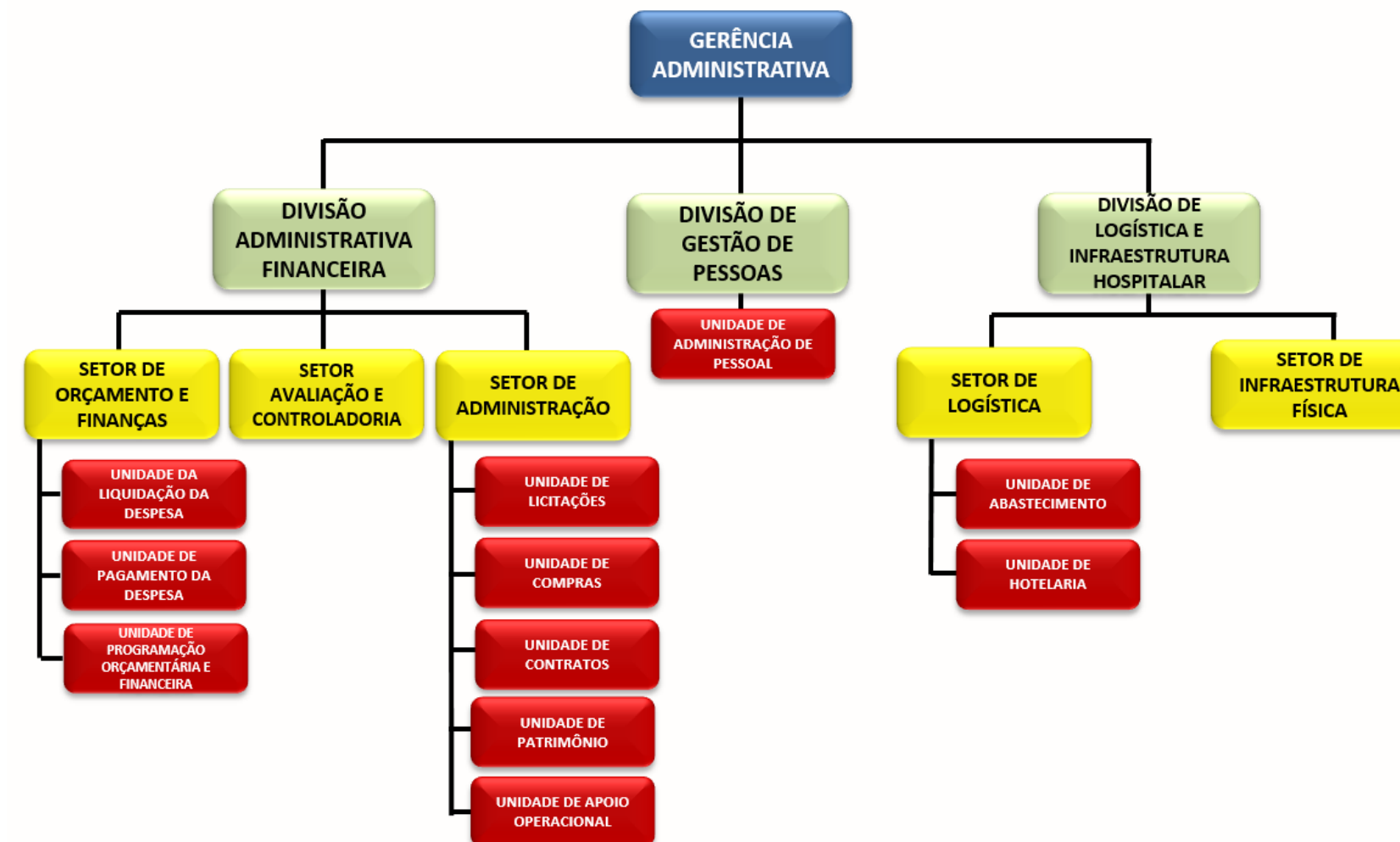


FIGURA 13: ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA EM 2018.



FIGURA 14: ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA GERÊNCIA ADMINISTRATIVA EM 2018.



No que diz respeito ao quadro de funcionários do HU-Univasf, até hoje encontra-se reduzido, o que impacta negativamente a assistência prestada. Atualmente, contamos com 886 (oitocentos e oitenta e seis) empregados contratados conforme a seguir:

- Servidores Estatutários cedidos pelo Estado ou Município: 172
- Servidores Estatutários - 9
- Vínculo Ebserh - 681
- Chefias cedidos - 24

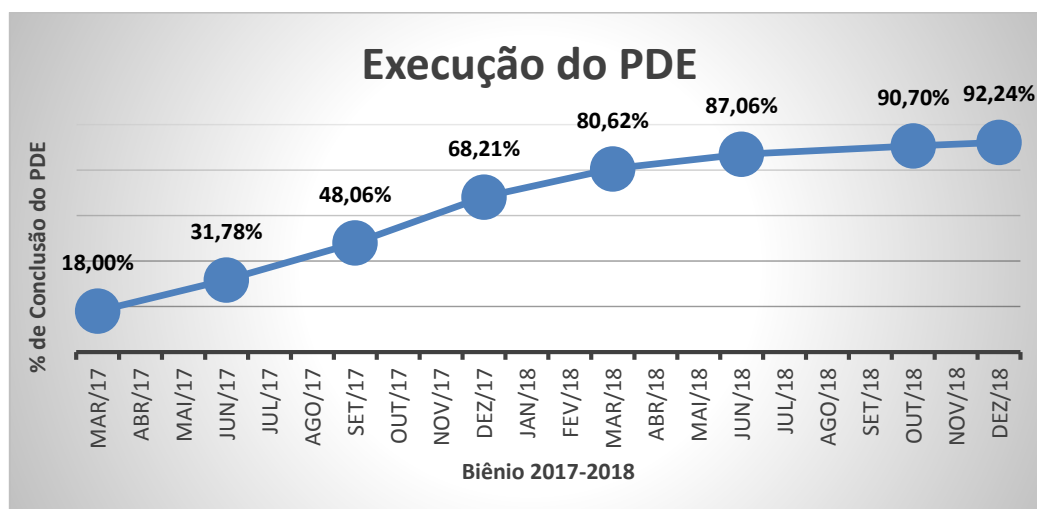
O hospital conta ainda com mais 264 funcionários, sendo que 221 deles são com cessão de mão de obra e 43 sem cessão de mão de obra.

1.6. Contexto do Cenário Atual e Conquistas do 1º PDE

Em parceria com o Hospital Sírio Libanês, a rede Ebserh investiu intensamente em capacitação da governança do HU-Univasf e um dos frutos dessa parceria foi a elaboração do PDE 2017-2018 do HU-Univasf. As ações estratégicas que foram planejadas nesse documento vêm surtindo efeitos expressivos tanto na assistência quanto na melhoria dos processos administrativos.

Das 129 atividades, 3 ficaram como planejadas, 7 delas estão em andamento e 117 foram integralmente concluídas dentro do limite do prazo de execução do PDE. O percentual das atividades integralmente concluídas foi de 92,24%. Contudo, caso sejam consideradas as atividades em andamento, este percentual será de 95,27%.

FIGURA 15: PORCENTAGEM DE CONCLUSÃO DO PDE ATUALIZADO ATÉ 31 DE OUTUBRO DE 2018.



Fonte: 9º Relatório de monitoramento do PDE do Hu-Univasf 2017-2018.

O HU-Univasf enfrentava como um de seus problemas principais a deficiência na sua comunicação interna e externa e não possuía documento formalizado da Política de Comunicação. No PDE anterior, foi definida uma ação estratégica que estabelecia a formulação de um Plano de Comunicação Institucional. Hoje, a Política de Comunicação já está formalizada e institucionalizada e a comunicação interna entre os diversos setores do hospital melhorou bastante. Em 2017, o hospital já pode contabilizar a melhoria gerada, onde as notícias com efeito negativo foram muito inferior às aquelas com efeito positivo conforme mostra a Figura 16. A Figura 17 mostra a ampliação das ações da ASCOM para as principais mídias sociais.

FIGURA 16: QUANTITATIVO DE NOTÍCIAS COM EFEITOS POSITIVO E NEGATIVO PARA O HU-UNIVASF.

DADOS DA UNIDADE DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

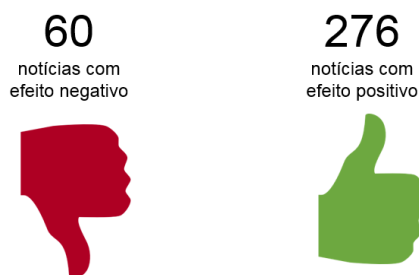


FIGURA 17: PERFIL DO HU-UNIVASF NO INSTAGRAM.



Outro entrave que o hospital se deparava em 2016 era a falta de planejamento intersetorial comum a dois ou mais setores. Hoje, a Unidade de Planejamento conduz o

Planejamento Estratégico realizado entre diversos setores do hospital, por meio de reuniões periódicas que definem ações estratégicas essenciais para alcance dos objetivos institucionais e indicadores de desempenho primordiais no processo de tomada de decisão. A Unidade de Planejamento utiliza o software GEPLANES para acompanhamento mensal e trimestral dos indicadores e, também, para atualização das ações estratégicas que foram definidas juntamente com as chefias dos setores.

A evolução das ações estratégicas do plano diretor é atualizada trimestralmente através do Relatório de Monitoramento do PDE 2017-2018 e publicada no e-mail institucional disponível a todos os colaboradores. A Unidade de Planejamento também atualiza os indicadores e outras informações no Painel de Gestão à Vista localizado no hall do hospital, onde todos os usuários têm fácil acesso (Figura 18).

FIGURA 18: PAINEL DE GESTÃO À VISTA DO HU-UNIVASF.



Recentemente, a Ebserh /Sede divulgou o novo planejamento (chamado de Projeto Mais Ebserh) que será seguido por todas as suas filiais. O mapa estratégico é o resumo desse planejamento e foi apresentado na Figura 1. O HU-Univasf vem se adequando a este novo planejamento e este 2º PDE deve se adaptar às novas exigências institucionais. O Projeto Mais Ebserh abordou questões como eficiência e sustentabilidade e trabalhou com três frentes: Estratégia, Eficiência e Sustentabilidade e Gestão da Mudança.

A rede Ebserh reviu sua Estratégia mediante definição de novo Mapa Estratégico, revisão da Arquitetura Organizacional da sede (alterações no organograma) e Iniciativas/Projetos Estratégicos a fim de viabilizar a visão de futuro. Ainda, a rede busca sustentabilidade financeira e operacional. A estratégia de compras e de orçamento auxilia nesse

sentido (Eficiência e Sustentabilidade). O Orçamento Base Zero (OBZ) provavelmente será o novo modelo de gestão voltado para a real necessidade de consumo dos hospitais e a governança de acompanhamento da execução em relação ao planejado. O modelo de compras, aquisição de bens e serviços, está desenhado em rede, almeja a redução de custos por meio de melhores práticas de mercado e análise das necessidades da organização. Na maioria das vezes, as mudanças ocorridas no ambiente organizacional geram resistência dos profissionais. A Gestão da Mudança visa engajar todos os colaboradores na execução das atividades propostas no período de transição, através da comunicação transparente e do envolvimento de líderes de todos os níveis da rede.

A qualidade da assistência é um dos direcionadores da Ebserh e está inserida na sua visão. Outra ação prevista no PDE anterior foi a Implementação de um Programa de Gestão da Qualidade, ação 14, que se encontra com 85,71% de execução. Diante da Portaria nº032 de 04 de maio de 2018, foi instituída a Comissão de Auditoria de Qualidade do HU-Univasf que concretizou os seguintes produtos: o Manual de Qualidade do HU-Univasf para o biênio de 2018-2019 que apresenta o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ); e a Pesquisa de Satisfação dos Colaboradores, realizada em 05/06/18 a 30/06/18, que objetivou medir o grau de satisfação geral dos colaboradores do hospital.

A Comissão de Auditoria de Qualidade do HU-Univasf estava trabalhando para adequar o hospital aos requisitos de Qualidade nível 1 da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Entretanto, terá que passar por alterações e adequações visto que a Ebserh /Sede lançou recentemente o “Selo de Qualidade Ebserh” conforme Manual de Diretrizes e Requisitos de Qualidade Ebserh.

Outra atividade desenvolvida foi a “Criação de Protocolo de fluxo de acesso das especialidades”. O mapeamento dos fluxos de acessos das diferentes especialidades não existia e acabava interferindo no atendimento qualificado ao paciente. Hoje, os fluxos de acesso estão mapeados e validados no colegiado de atenção à saúde. Além disso, os fluxos foram divulgados a todos os envolvidos no processo e, atualmente, são monitorados para possíveis melhorias e identificação de falhas. As Figuras 19, 20 e 21 apresentam o fluxograma da linha de cuidado do AVC e da linha de cuidado do trauma para os pacientes classificados como laranja ou vermelho, o fluxograma da linha de cuidado do trauma para os pacientes classificados como azul, verde e amarelo.

FIGURA 19: FLUXOGRAMA DA LINHA DE CUIDADO AVC PARA OS PACIENTES CLASSIFICADOS COMO LARANJA OU VERMELHO.

Fluxograma da Linha do Cuidado do AVC para os Pacientes Classificados como Laranja ou Vermelho

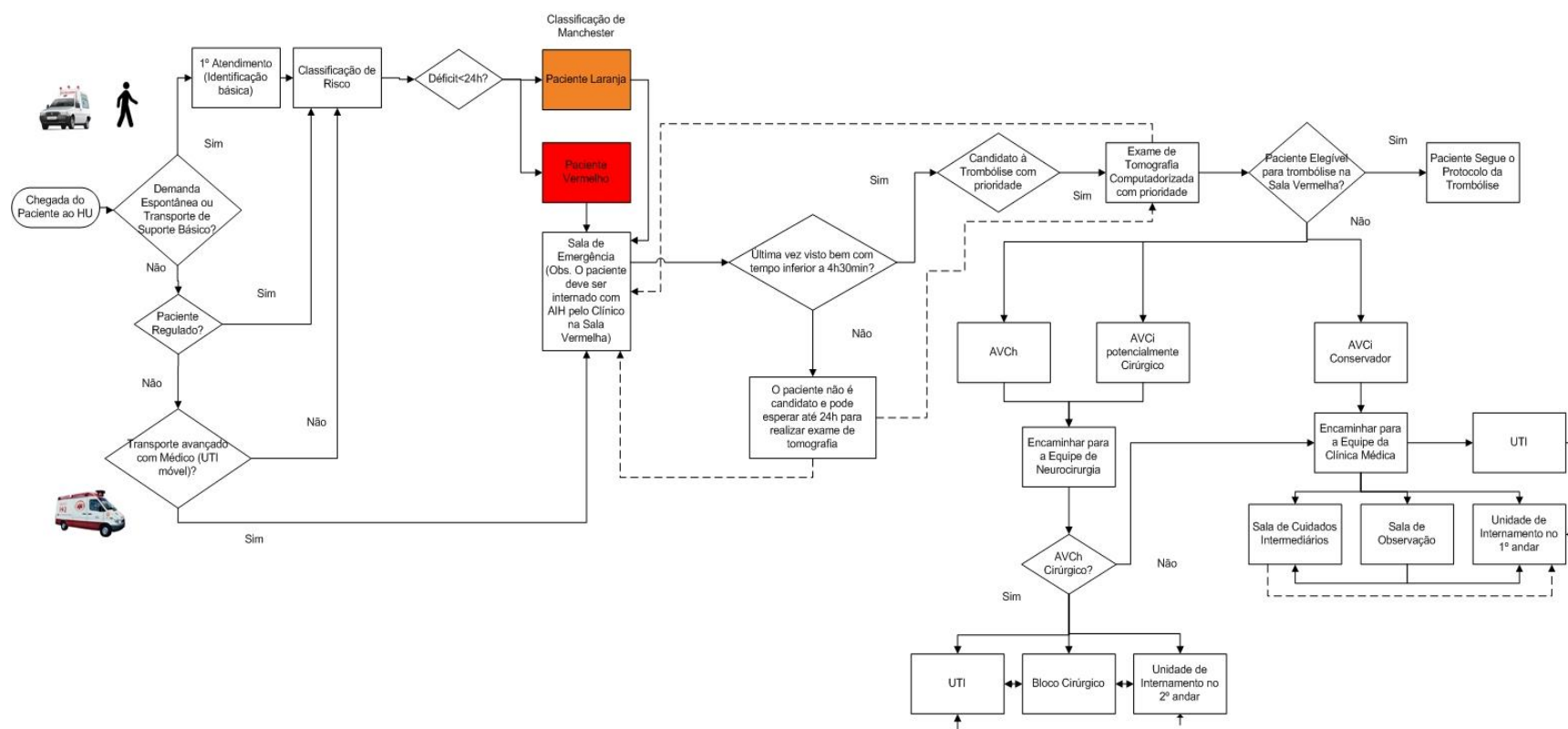


FIGURA 20: FLUXOGRAMA DA LINHA DE CUIDADO DO TRAUMA PARA OS PACIENTES CLASSIFICADOS COMO AZUL, VERDE E AMARELO.

Fluxograma da Linha do Cuidado do Trauma para os Pacientes Classificados como Azul, Verde e Amarelo

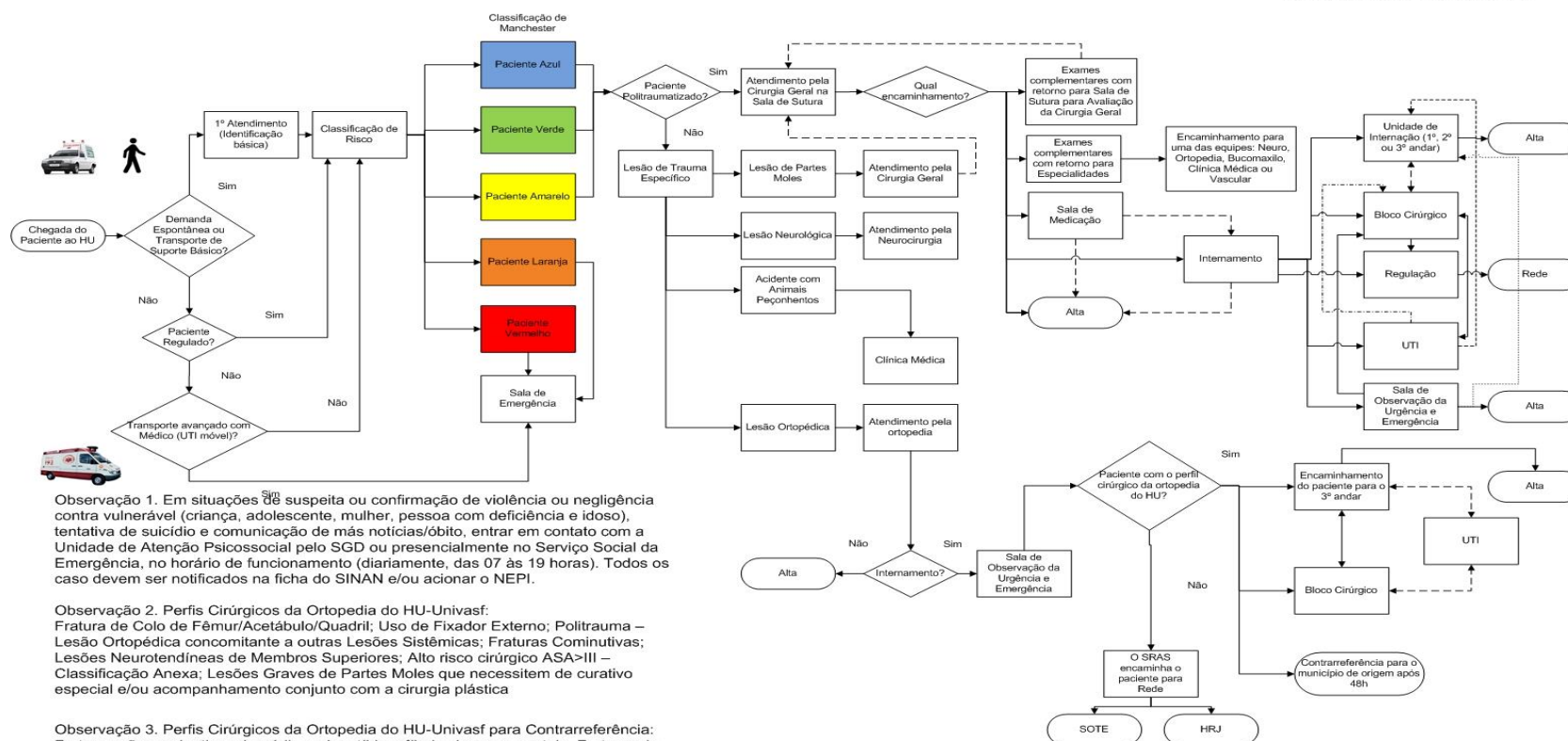
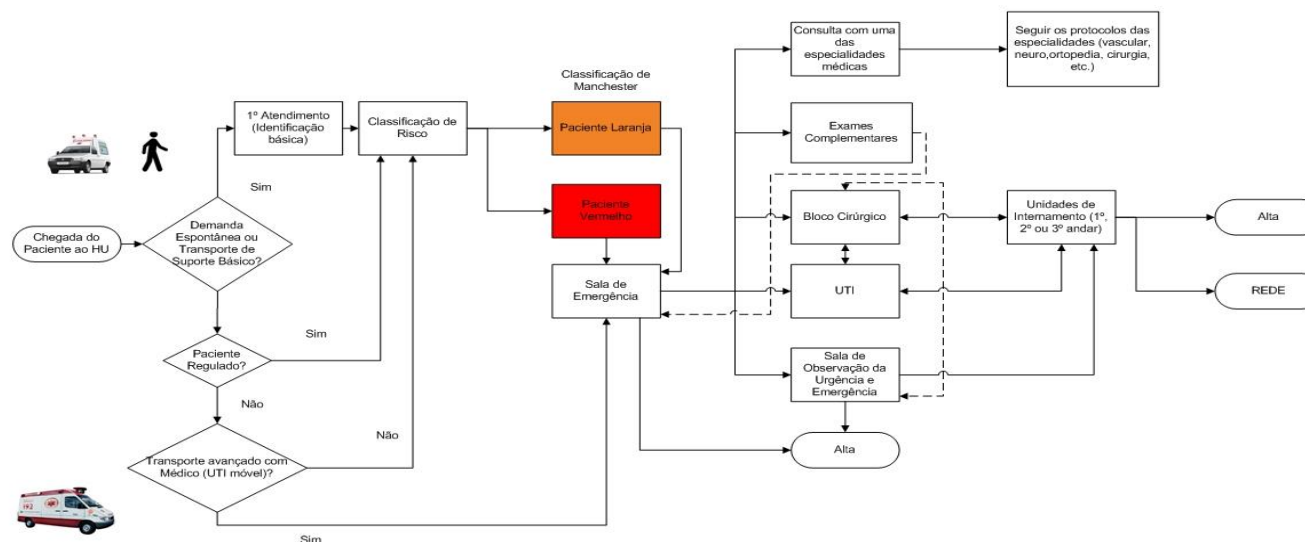


FIGURA 21: FLUXOGRAMA DA LINHA DE CUIDADO DO TRAUMA PARA OS PACIENTES CLASSIFICADOS COMO LARANJA OU VERMELHO.

Fluxograma da Linha do Cuidado do Trauma para os Pacientes Classificados como Laranja ou Vermelho



Observação 1. Em situações de suspeita ou confirmação de violência ou negligência contra vulnerável (criança, adolescente, mulher, pessoa com deficiência e idoso), tentativa de suicídio e comunicação de más notícias/óbito, entrar em contato com a Unidade de Atenção Psicossocial pelo SGD ou presencialmente no Serviço Social da Emergência, no horário de funcionamento (diariamente, das 07 às 19 horas). Todos os casos devem ser notificados na ficha do SINAN e/ou acionar o NEPI.

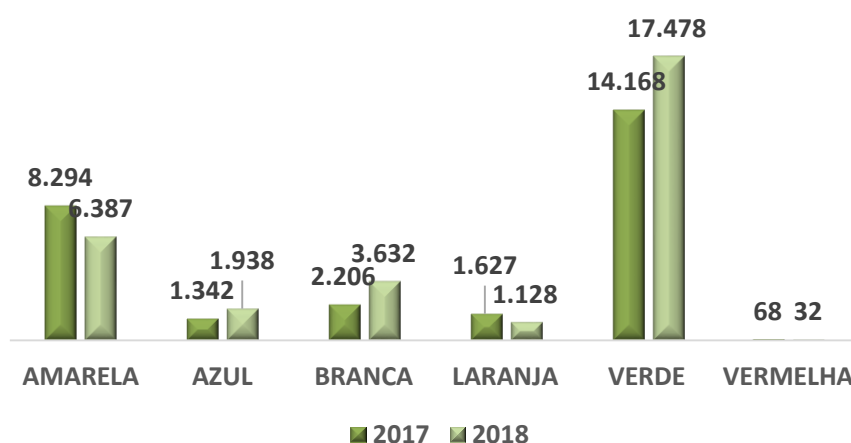
Observação 2. Perfis Cirúrgicos da Ortopedia do HU-Univasf: Fratura de Colo de Fêmur/Acetábulo/Quadril; Uso de Fixador Externo; Politrauma – Lesão Ortopédica concomitante a outras Lesões Sistêmicas; Fraturas Cominutivas; Lesões Neurotendíneas de Membros Superiores; Alto risco cirúrgico ASA>III – Classificação Anexa; Lesões Graves de Partes Moles que necessitem de curativo especial e/ou acompanhamento conjunto com a cirurgia plástica

Observação 3. Perfis Cirúrgicos da Ortopedia do HU-Univasf para Contrarreferência: Fraturas não cominutivas de: rádio e ulna, tíbia e fíbula, úmero ou patela. Fraturas de clavículas ou maléolos.

Observação 3. O paciente que ficar por mais de 12h na Sala de Emergência deve ser internado

A Classificação de Risco de Manchester no serviço de acolhimento do hospital teve a sua implementação entre 2016-2017. A classificação de risco é realizada na triagem por profissionais devidamente habilitados. O paciente é classificado de acordo com o seu grau de risco e recebe pulseiras de diferentes cores para identificação: vermelha, laranja, amarela, verde, azul e branca. A Figura 22 mostra o comparativo da quantidade de usuários que passaram por essa classificação nos anos de 2017 e 2018 até o mês de setembro por cor. Hoje essa classificação já é realidade, fora outros protocolos de segurança do paciente e realização de treinamentos com novos profissionais.

FIGURA 22: QUANTIDADE DE USUÁRIOS CLASSIFICADOS PELO PROTOCOLO DE MANCHESTER.



A ação 4, Operacionalização de todas as Comissões Obrigatórias, busca tornar o HU-Univasf certificado em hospital de ensino. De acordo com os pré-requisitos da portaria interministerial n°. 285 de 24 de março de 2015, foram instituídas formalmente treze comissões de caráter obrigatório, são elas:

- Comissão de Biossegurança;
- Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;
- Comissão de Revisão de Óbitos;
- Comissão de Ética em Enfermagem;
- Comissão de Padronização de Fármacos e Farmácia Terapêutica;
- Comissão de Residência em Saúde;
- Comissão de Transplante e Captação de Órgãos;

- Comitê de Ética em Pesquisa;
- Comitê de Terapia Nutricional;
- Comitê Transfusional;
- Comitê de Proteção Radiológica;
- Comissão de Revisão de Prontuários Médicos e Revisão de Documentação Médica e Estatística.

Como atividades da sua operacionalização, as portarias de criação, regimento interno e atas das reuniões são monitoradas sistematicamente.

O Plano Terapêutico Singular (PTS) está sendo desenvolvido como teste piloto na clínica médica (linha de cuidado do AVC e trauma) pela equipe multidisciplinar do HU. O projeto visa tornar o atendimento mais centrado no paciente e seus familiares e ainda está em fase de estudo e análise. A equipe multidisciplinar possui critérios de elegibilidade para escolha do paciente a ser monitorado pelo PTS, visto que o projeto está em processo de adequação e por enquanto não possui uma abrangência maior. No formulário de aplicação do projeto, estão bem definidos o diagnóstico (análise orgânica, psicológica e social do indivíduo), as metas de curto, médio e longo prazos, os principais responsáveis e a reavaliação (monitoramento e análises).

Apesar da implantação do PTS nas clínicas ainda estar insipiente, o formulário passa por adequações para ser instituído definitivamente. No entanto, todos os casos são discutidos num âmbito interdisciplinar e resolvidos todos os possíveis nós e complicadores. Esta experiência foi uma conquista exitosa no HU-Univasf, pois os problemas são solucionados com a maior presteza pela equipe de referência em conjunto com equipe matricial. Como um dos principais ganhos para o serviço pode ser citado por exemplo, a diminuição do tempo de permanência dos casos complicados, a participação da família na resolução dos casos, a aproximação do HU com a rede de saúde e o trabalho humanizado de toda uma equipe hospitalar.

A ação “Implementação de um programa de economia em saúde” foi a que menos avançou e alcançou apenas 18% de execução. A gestão do custo está diretamente relacionada à saúde financeira do hospital e possibilita o conhecimento da quantidade de recursos despendidos por cada paciente. Entretanto, o HU-Univasf ainda não possui um modelo de gestão de custos a ser seguido e não tem uma ferramenta de sistema de informação hospitalar

que gerencie esses dados. Este problema também foi reabordado no 2º PDE, como será visto a diante.

Uma das ações que merece destaque é a “Estabelecimento de todos os protocolos clínicos-assistenciais”. A construção dos protocolos clínicos é de fundamental importância para padronização de processos, alcance de menores índices de incerteza no diagnóstico e tratamento e consequente melhoria no fluxo de atendimento aos pacientes. A maioria dos protocolos assistenciais do HU-Univasf já foram confeccionados, porém, ainda precisam ser aprovados e divulgados na Gerência de Atenção à Saúde. Ressalta-se que os principais profissionais responsáveis pela sua execução devem ser devidamente capacitados. Sempre nas reuniões administrativas é cobrada a participação das chefias das especialidades médicas na construção dos protocolos, assim como na disseminação do conhecimento destes documentos.

2. Objeto

O objeto desse trabalho é o planejamento estratégico do HU-Univasf e tem como temporalidade o período entre 2019-2020.

2.1 Objetivo Geral e Específicos

2.1.1 Objetivo Geral

Planejar ações estratégicas para tornar o HU-Univasf referência no ensino, na pesquisa, na extensão e inovação no campo da saúde, na assistência pública humanizada e de qualidade em média e alta complexidade, e na gestão hospitalar e contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde.

2.1.2 Objetivos Específicos

- Melhorar o resultado dos indicadores de desempenho do HU- Univasf em 2019 e 2020;
- Promover maior transparência de seus projetos, resultados e práticas perante à comunidade do Vale do São Francisco e junto com a sede da Ebserh;
- 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: Falta de consolidação de atuação da GEP e baixo reconhecimento do HU-Univasf como hospital de ensino, assim como a falta de política de ensino e pesquisa efetiva; 2: Ausência de definição de centros de custos; 3: Baixa participação da equipe médica (envolvimento), incluindo as chefias; 4: Reduzida efetividade das ações de Segurança do Paciente.
- Estabelecer cronograma, responsáveis e indicadores de acompanhamento de cada ação; e
- Estabelecer mecanismos de acompanhamento do PDE.

3. Percurso Metodológico

Desde a adesão do HU-Univasf à Ebserh, 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, às últimas aquisições de equipamentos de imagens/terapia mais avançados. Em meio a este processo, quando da nomeação da equipe de governança, em 2015, fomos sinalizados da participação do nosso hospital na “terceira onda” de capacitação da rede Ebserh 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 1º Plano Diretor Estratégico-PDE para o biênio 2017-2018. Em novembro de 2018, iniciamos a construção do 2º PDE, com uma metodologia similar àquela implementada pelo HSL.

3.1 Percurso de desenvolvimento do PDE

O desenvolvimento do PDE do HU-Univasf envolveu inúmeros profissionais da instituição, bem como várias atividades (visitas, oficinas e encontros) desenvolvidas pela equipe do hospital. As atividades foram iniciadas em novembro de 2018, envolvendo encontros presenciais que proporcionaram, 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 2019/2020.

3.2 Etapas da construção do PDE

As cinco etapas que compõem o processo da construção do PDE podem ser observadas na Figura 23 com as principais ferramentas utilizadas, que serão detalhadas nos tópicos a seguir:

FIGURA 23: ETAPAS PARA A CONSTRUÇÃO DO PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO.



Para a elaboração do PDE 2019/2020, foi convidada uma equipe ampliada, composta por profissionais multidisciplinares do HU-Univasf, os quais foram considerados estratégicos para esta construção coletiva, sendo obrigatória a participação de todas as chefias mais a indicação voluntária de representantes dos colaboradores (12 de diversos setores do HU-Univasf).

Para a compreensão das etapas que permitiram a construção do PDE 2019/2020, é necessário o entendimento sobre gestão estratégica, a qual só começou a ser utilizada pelos hospitais brasileiros no final da década de 1990 e o Planejamento Estratégico Situacional (PES). O PES é um modelo de planejamento que considera a ação de vários atores que interagem dentro de uma realidade social e 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 definidos, para cada operação elencada, os recursos necessários, os produtos esperados e os resultados previstos. Os cenários possíveis para a execução do plano são construídos, a trajetória do conjunto das operações é analisada, em cada cenário, e, partindo desse pressuposto, busca-se 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 2019/2020 envolveu os quatro momentos supracitados com a equipe ampliada do HU-Univasf. A participação variou em alguns momentos do processo, tendo em vista a necessidade de manter os serviços da Unidade em pleno funcionamento, não ocasionando impacto na elaboração do documento, que foi realizado de forma conjunta, o que contribuiu para o aperfeiçoamento do produto em construção.

3.3 Aplicações das Ferramentas no HU-Univasf

A elaboração do PDE 2019/2020 foi conduzida pela Unidade de Planejamento do HU-Univasf e foram realizadas oficinas com a equipe ampliada, além de entrevistas com as chefias

para atualizar o 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. Para o PDE 2019/2020, não foram considerados o diagnóstico de aderência à Lista de *Gaps* Normativos e o diagnóstico de aderência a Bases e Padrões, que avalia a aderência aos cenários Base e Evolução para os sete modelos de referência pré-definidos, visto que o HU-Univasf não teve acesso às planilhas que geraram tal resultado, e considerando que a Lista de Contribuições é o melhor panorama de avaliação situacional do hospital. Durante as oficinas, foram realizadas a análise SWOT e a definição dos objetivos estratégicos. Neste contexto, o PES contribuiu para que houvesse o entendimento da atual realidade do HU-Univasf, após a implementação do PDE 2017/2018. A implementação dessa ferramenta proporcionou uma união da governança com a representação dos colaboradores, o que melhorou bastante o *empowerment* entre todos.

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 para construção dos macroproblemas e nós-críticos, assim como alguns resultados que fundamentarão a discussão do Capítulo 4.

3.3.1 Levantamento Preliminar 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). As próximas seções detalharão a aderência à lista de contribuições, a aplicação da SWOT e a construção dos macroproblemas e nós-críticos.

3.3.1.1 Aderência à Lista de Contribuições

No primeiro encontro para elaboração do PDE 2019/2020, foram exibidos os principais resultados da execução do PDE 2017/2018, assim como os principais elementos que precisariam ser executados para que este fosse, integralmente, cumprido. Além disso, foi exposta a agenda de compromissos da equipe ampliada e das entrevistas para atualização da

Lista de Contribuições. A atualização do Modelo de Referência 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 avaliados 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 nortear o planejamento da gestão, de modo a elevar o nível da assistência prestada e a melhoria contínua da qualidade em saúde com vistas à 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* pelo chefe da unidade de planejamento com as chefias de cada unidade/setor/divisão/gerência correspondente, que permitiram atualizar 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. Foram atualizados os itens que estavam como “Não Implantados”, “Parcialmente Implantados”, ou “Não se Aplica” na planilha preenchida em 2016 pelos consultores do Hospital Sírio Libanês.

Ao processar o material (questões) das listas de contribuições dos modelos de referência com as chefias ligadas a cada item, passa-se a entender e desvelar o *modus operandi* trabalhado no HU, além da situação após a implementação do PDE 2017/2018, tendo vistas ao desenvolvimento das práticas e rotinas executadas. Desta forma, ao final das questões, tem-se um panorama da atuação do HU-Univasf naquele contexto e uma sinalização, por exemplo, das áreas menos desenvolvidas, extraídas da análise das respostas informadas. Estas reuniões ofereceram um resultado quantitativo da adesão do HU ao modelo de referência aplicado. A Figura 24 mostra o gráfico correspondente à aderência do HU-Univasf aos sete Modelos de Referência avaliados em 2016, enquanto a Figura 25, em novembro de 2018.

FIGURA 24: ADERÊNCIA DO HU-UNIVASF POR MODELO DE REFERÊNCIA EM 2016.

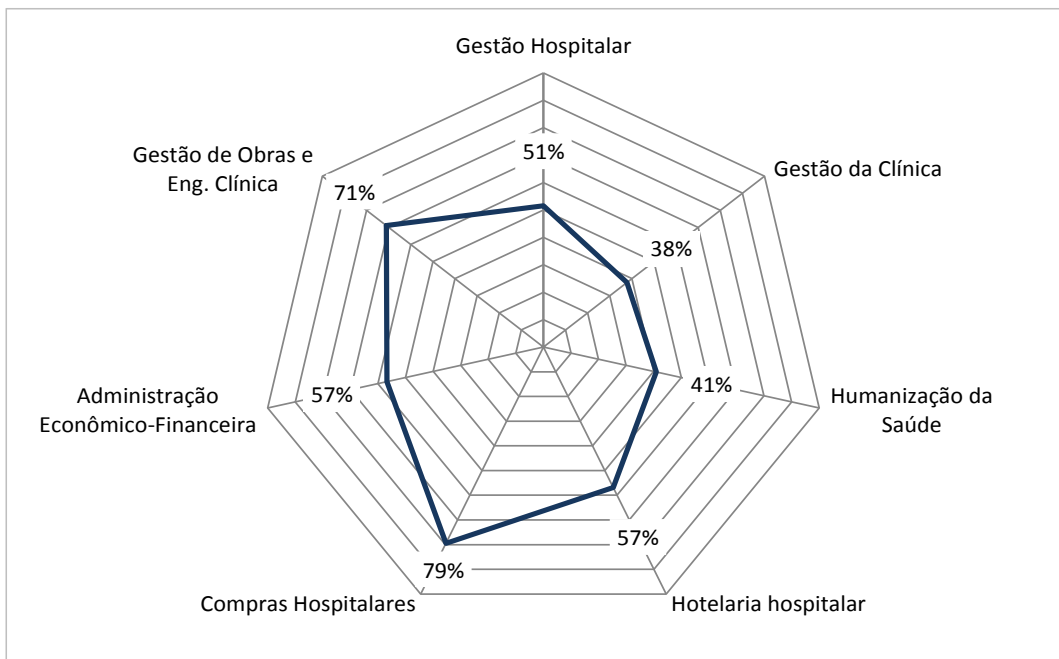
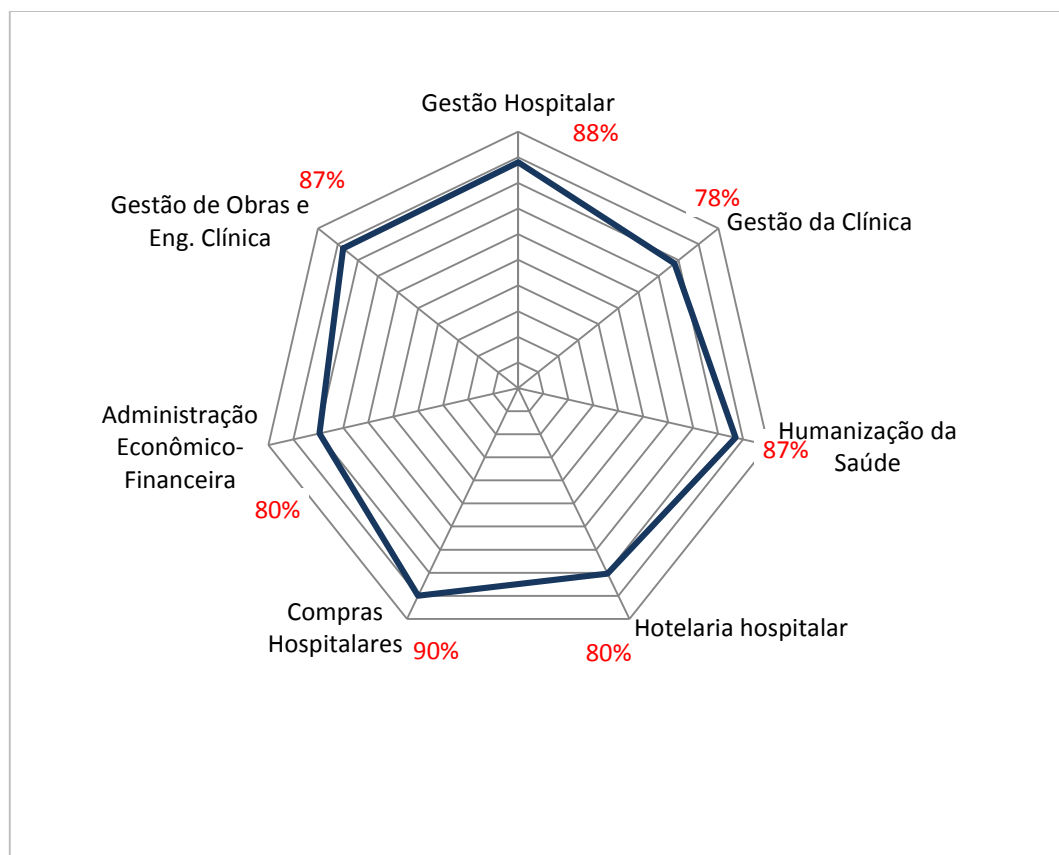


FIGURA 25: ADERÊNCIA DO HU-UNIVASF POR MODELO DE REFERÊNCIA EM 2018.



De acordo com a figura acima, pode-se concluir que a aderência global às boas práticas do HU-Univasf, em 2018, é alta, com a média de 84%. O hospital destaca-se positivamente na aderência às boas práticas em relação ao Modelo de Referência com as seguintes pontuações:

- Compras Hospitalares (90%)
- Gestão Hospitalar (88%)
- Gestão de Obras e Engenharia Clínica (87%)
- Humanização (87%)
- Hotelaria Hospitalar (80%)
- Administração Econômico-Financeira (80%)
- Gestão da Clínica (78%)

Estes Modelos encontram-se acima da aderência global, com a exceção de gestão da clínica, que foi trabalhada durante a construção da Matriz SWOT.

3.4. 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 26.

FIGURA 26: MODELO DE MATRIZ SWOT.

	Positivos	Negativos
Ambiente interno	 Forças	 Fraquezas
Ambiente externo	 Oportunidades	 Ameaças

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 da equipe ampliada, para levantamento, classificação e cruzamento das variáveis.

Cabe mencionar que a condução desta oficina pelo facilitador da unidade de planejamento 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 foi conduzida respeitando as particularidades do HU-Univasf, incluindo a maturidade da gestão, a motivação da equipe ampliada e a conjuntura político-social.

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 a equipe ampliada para a definição das forças, fraquezas, ameaças e oportunidades do HU-Univasf. A partir da identificação das variáveis, as mais relevantes foram priorizadas pela equipe ampliada, com o auxílio do facilitador, de modo a garantir que os itens priorizados tenham sido de consenso de toda a equipe e estejam alinhados com o contexto atual.

FIGURA 27: OFICINA SWOT REALIZADA EM NOVEMBRO DE 2018.



ii. Cruzamento das variáveis

Após a priorização das variáveis dos quatro quadrantes da SWOT, as mais relevantes foram 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 28:

FIGURA 28: MATRIZ SWOT CRUZADA DO 2º PDE.

		OPORTUNIDADES (O)								AMEAÇAS (T)						Somatório linha
		Adesão a novas tecnologias	Incentivo da Ebserh em relação à Pesquisa	Realização de campanhas efetivas de educação no trânsito	Protagonismo crescente do HU na rede PEBA	Estabelecer e fortalecer parcerias na rede Ebserh	Certificação como hospital de ensino e selo Ebserh de qualidade	Ampliação do quadro de profissionais	Consolidação e ampliação das ofertas de serviços assistenciais e de ensino e pesquisa	Inexistência de Política de Ensino na rede Ebserh	Redução do quadro de funcionários	Corte orçamentário	Os Sistemas de Informação da Ebserh	Rede PEBA fragilizada	Cenário político nacional e Univasf instável	
FORÇAS (S)	Gestão plena com autonomia administrativa forte e estrutura organizacional bem definida	x	x		x	x	x		x					x		7
	Equipe assistencial resolutive	x	x		x	x	x		x		x			x		8
	Equipe motivada e qualificada	x	x	x	x	x	x		x					x		8
	Gestão compartilhada e propositiva	x	x	x	x	x	x		x	x			x	x		10
	Grande percentual de profissionais da Ebserh	x	x		x	x	x		x							6
	Ser um hospital universitário	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x		x		11
	Estruturação das linhas de cuidado	x	x	x	x	x	x		x					x		8
	Parque tecnológico	x	x		x	x	x		x				x			7
	Comissões obrigatórias e não obrigatórias implantadas e atuantes	x	x	x	x	x	x		x							7
	Unidade de Comunicação atuante	x		x	x	x	x		x					x		7
FRAQUEZAS (W)	Falta de consolidação de atuação da GEP e baixo reconhecimento do HU-Univasf como hospital de ensino	x	x	x	x	x	x		x	x						8
	Falta de cultura e infraestrutura para a pesquisa	x	x	x	x	x	x		x	x						8
	Falta de política clara para o desenvolvimento do ensino no HU-Univasf	x	x	x	x	x	x		x	x						8
	Comunicação interna e planejamento intersetorial ineficiente	x		x	x	x	x		x			x		x		8
	Falta de responsabilização de funcionários						x		x					x		3
	Baixa adesão aos protocolos assistenciais	x	x		x	x	x		x					x		7
	Exposição da equipe assistencial em relação à insegurança no trabalho										x					1
	Falta de uniformidade das informações da DivGP						x									1
	Baixa participação da equipe médica (envolvimento), incluindo as chefias	x	x	x	x	x	x	x	x					x		9
	Quadro insuficiente de profissionais	x	x	x	x	x	x	x	x		x		x	x		11
	Estrutura física limitada	x	x		x	x	x	x	x					x		8
	Reduzida efetividade das ações de Segurança do Paciente	x	x		x	x	x		x				x	x		8
	Ausência de definição de centro de custos	x	x		x	x	x		x			x	x	x		9
	Desperdício de material e serviços	x			x	x	x		x			x		x		7

3.5 Seleção e descrição dos Macroproblemas

3.5.1. Priorização dos Macroproblemas

3.5.1.1. Oficina de Matriz Decisória

A aplicação da Matriz Decisória tem por objetivo refinar a análise do contexto do HU-Univasf, 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. Como continuidade destas oficinas, a Matriz Decisória, por meio da revisita de todos os resultados do diagnóstico, facilita a priorização dos Macroproblemas do HU-Univasf.

Cabe mencionar que a condução desta oficina pelo facilitador objetiva, sobretudo, instigar o grupo a refletir sobre os principais aspectos que permeiam suas rotinas, a fim de selecionar e priorizar os Macroproblemas.

(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 de forma que o grupo refletiu sobre os principais aspectos do HU-Univasf. 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.

(ii) Construção da Matriz Decisória

Inicialmente, o grupo avaliou conjuntamente o valor de cada Macroproblema encontrado na SWOT, discutido na Análise de Contexto e seu interesse em solucioná-lo. Foram selecionados os Macroproblemas com as maiores pontuações (“x” na SWOT cruzada), sendo eles: Quadro insuficiente de profissionais com 11 cruzamentos (este foi excluído, visto que o HU-Univasf pouco poderia interferir, já que o redimensionamento fora realizado e, após finalizado, deverá ser enviado ao Ministério do Planejamento); Baixa participação da equipe médica (envolvimento), incluindo as chefias e Ausência de definição de centro de custos com 9 cruzamentos. Além desse dois últimos já selecionados para comporem a lista de

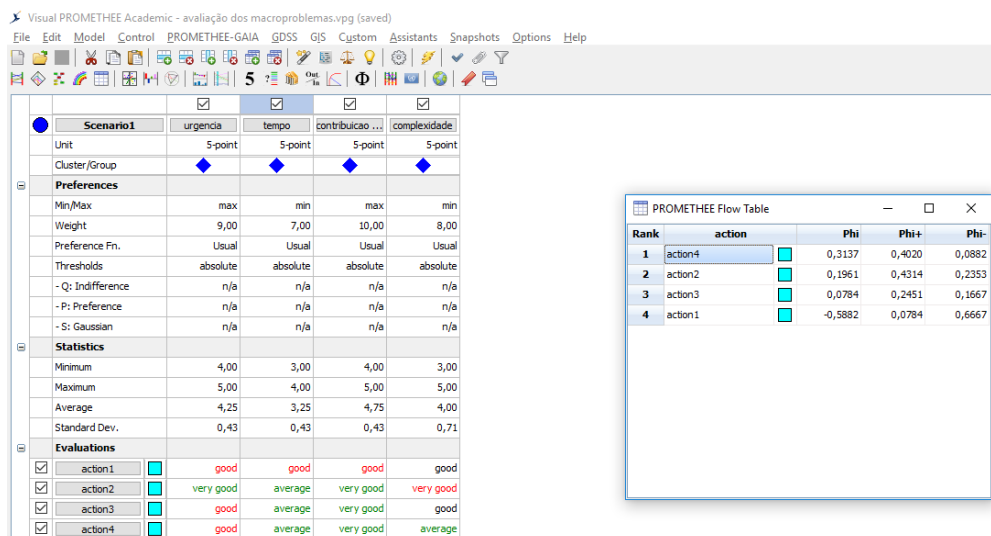
macroproblemas, o grupo decidiu elaborar uma matriz de decisão multicritério para avaliar mais 4 possibilidades para completar a lista, que seriam também o foco do PDE 2019/2020 do HU-Univasf. Os macroproblemas escolhidos para avaliação foram (Tabela 37):

TABELA 37: MACROPROBLEMAS PARA AVALIAÇÃO MULTICRITÉRIO.

	Urgência para resolver o macroproblema	Tempo para resolver o macroproblema	Contribuição para a qualidade do serviço ao se resolver o macroproblema	Nível de complexidade para resolver o macroproblema
	Peso = 9	Peso = 7	Peso = 10	Peso = 8
Macroproblema 1 Falta de consolidação de atuação da GEP e baixo reconhecimento do HU-Univasf como hospital de ensino, assim como a falta de política de ensino e pesquisa efetiva	A	A	A	A
Macroproblema 2 Baixa adesão aos protocolos assistenciais	MA	M	MA	MA
Macroproblema 3 Comunicação interna e planejamento intersetorial ineficiente	A	M	MA	A
Macroproblema 4 Reduzida efetividade das ações de Segurança do Paciente	A	M	MA	M

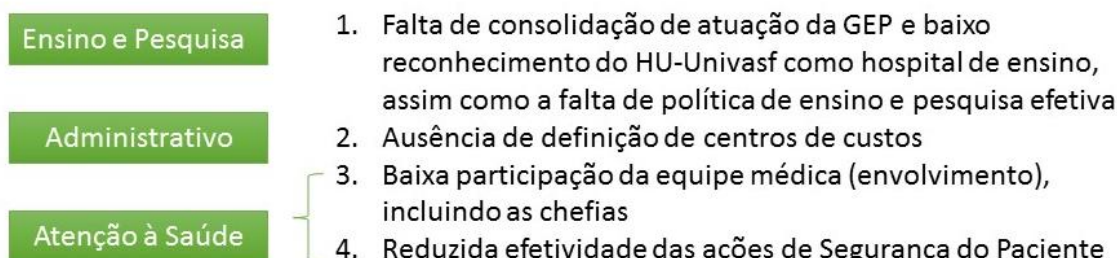
Para isso, o grupo atribuiu um valor qualitativo baseado na escala Likert, de 5 pontos, para cada Macroproblema, e ponderou os pesos dos critérios entre 1 a 10. A consolidação desta etapa foi feita por meio da aplicação do Método PROMETHEE II. Lembrando que os critérios urgência para resolver o problema e contribuição para a qualidade do serviço formam critérios de maximização, enquanto tempo para resolver o macroproblema e o nível de complexidade para resolver o problema, de minimização. Dessa forma, foi possível identificar os Macroproblemas com maior pontuação e, portanto, prioritários, ou seja, que serão trabalhados no PDE 2019/2020. A Figura 29 mostra o uso do Visual Promethee para a priorização dos macroproblemas.

FIGURA 29: RANKING DOS MACROPROBLEMAS A PARTIR DO VISUAL PROMETHEE.



Após a revisão dos Macroproblemas identificados, foram selecionados os seguintes Macroproblemas (Figura 30):

FIGURA 30: MACROPROBLEMAS SELECIONADOS.



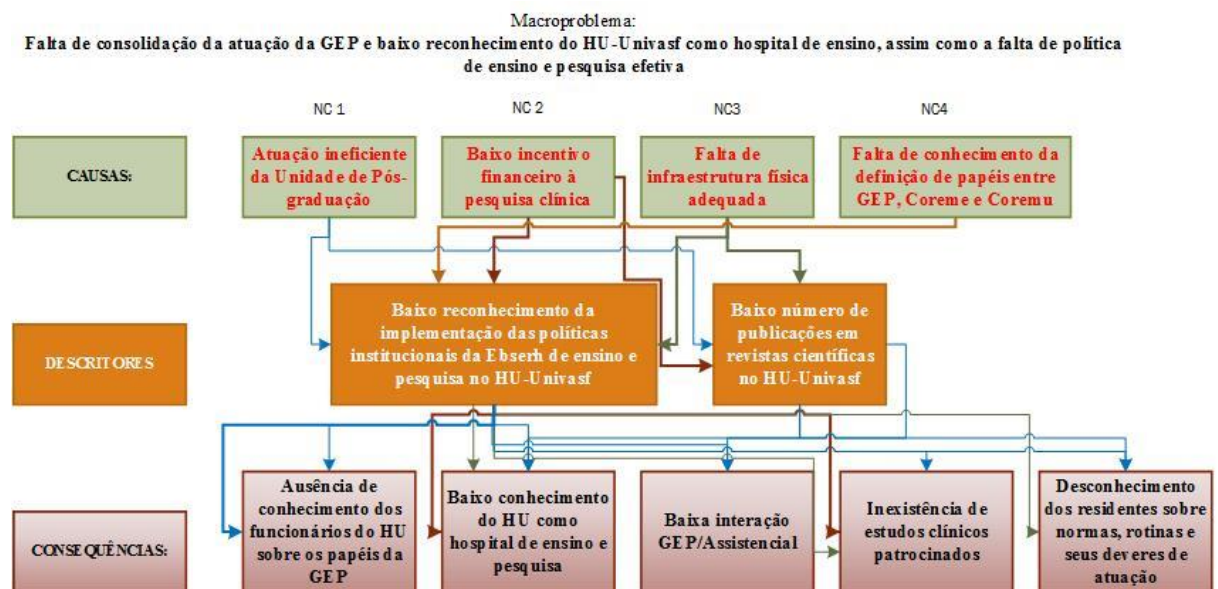
3.5.1.2. Árvores explicativas dos macroproblemas priorizados e definição dos nós críticos

A árvore dos 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 dos problemas, os integrantes da equipe ampliada 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. A equipe comprometeu-se com o desenvolvimento das quatro Árvores dos Problemas, como pode ser observado nas figuras a seguir.

FIGURA 31: ÁRVORE DO PROBLEMA DO MACROPROBLEMA 1.



Os nós críticos foram:

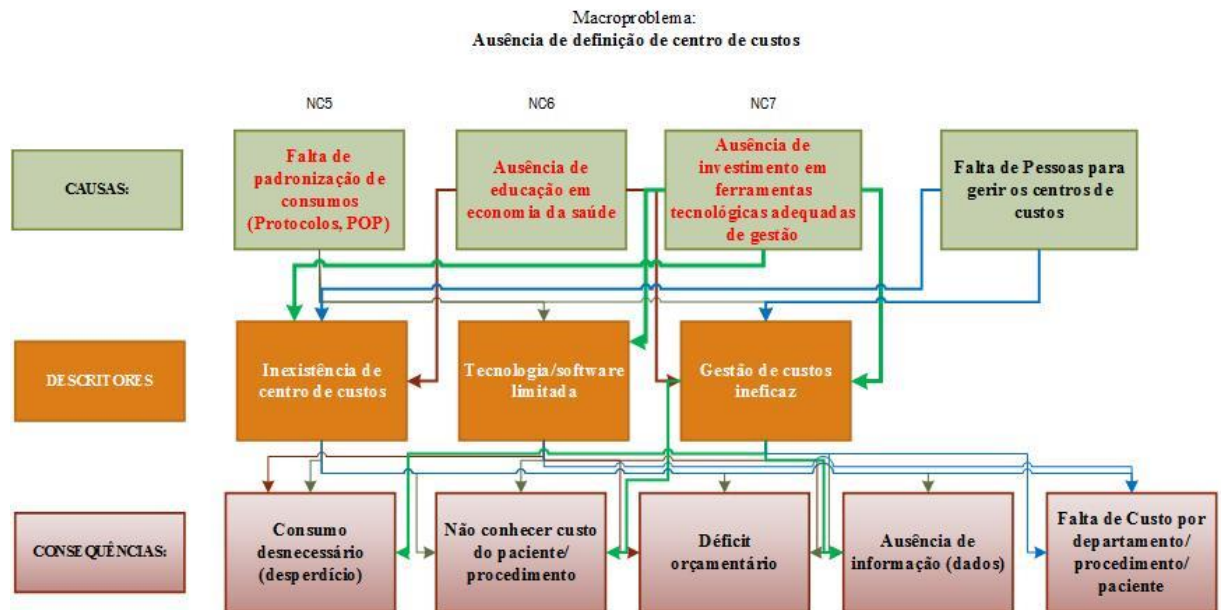
NC1: Atuação ineficiente da Unidade de Pós-graduação

NC2: Baixo incentivo financeiro à pesquisa clínica

NC3: Falta de infraestrutura física adequada

NC4: Falta de conhecimento da definição de papéis entre GEP, Coreme e Coremu

FIGURA 32: ÁRVORE DO PROBLEMA DO MACROPROBLEMA 2.



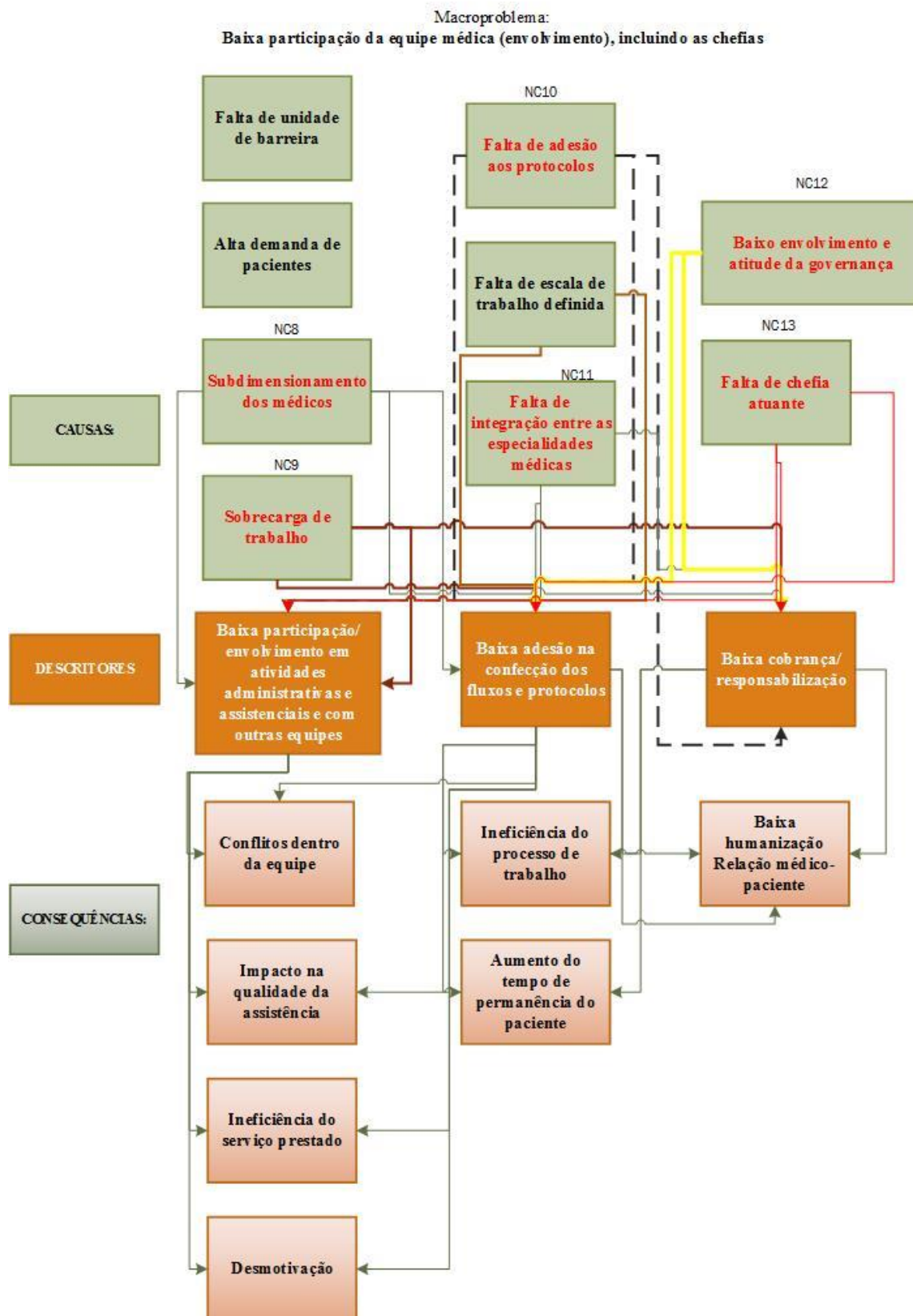
Os nós críticos foram:

NC5: Falta de padronização de consumos (Protocolos, POP, etc.)

NC6: Ausência de educação em economia da saúde

NC7: Ausência de investimentos em ferramentas tecnológicas adequadas de gestão

FIGURA 33: ÁRVORE DO PROBLEMA DO MACROPROBLEMA 3.



Os nós-críticos foram:

NC8: Subdimensionamento dos médicos

NC9: Sobrecarga de trabalho

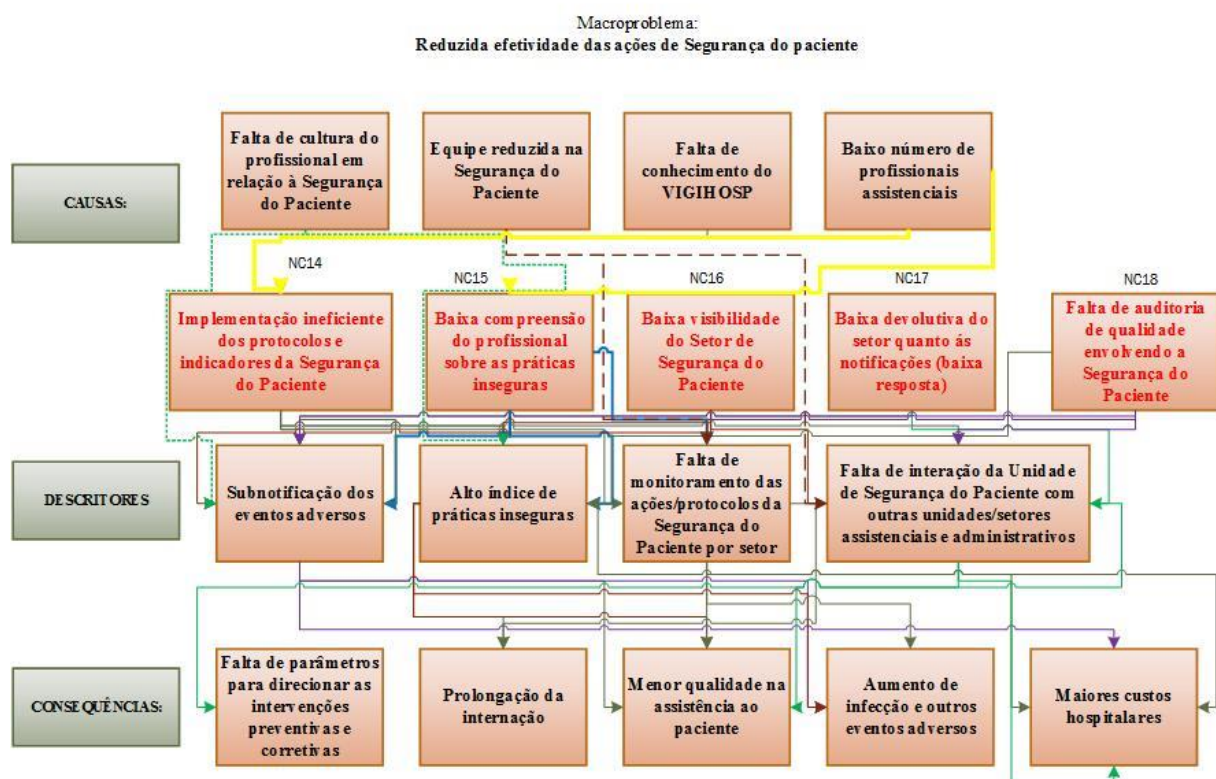
NC10: Falta de adesão aos protocolos

NC11: Falta de integração entre as equipes médicas

NC12: Baixo envolvimento e atitude da governança

NC13: Falta de chefia atuante

FIGURA 34: ÁRVORE DO PROBLEMA DO MACROPROBLEMA 4.



Os nós-críticos foram:

NC14: Implementação ineficiente dos protocolos e indicadores de Segurança do Paciente

NC15: Baixa compreensão do profissional sobre as práticas inseguras

NC16: Baixa visibilidade do Setor de Segurança do paciente

NC17: Baixa devolutiva do setor quanto as notificações (baixa resposta)

NC18: Falta de auditoria de qualidade envolvendo a Segurança do Paciente

3.5.1.3 Árvore dos Objetivos

A Árvore dos Objetivos é a tradução dos efeitos negativos da Árvore dos Problemas em positivos, o que significa transformar causa em meios, e consequências, em fim. A Árvore dos Objetivos foi validada pela equipe ampliada no dia 10 de dezembro de 2018, sendo elas:

FIGURA 35: ÁRVORE DOS OBJETIVOS RELACIONADO AO MACROPROBLEMA 1.

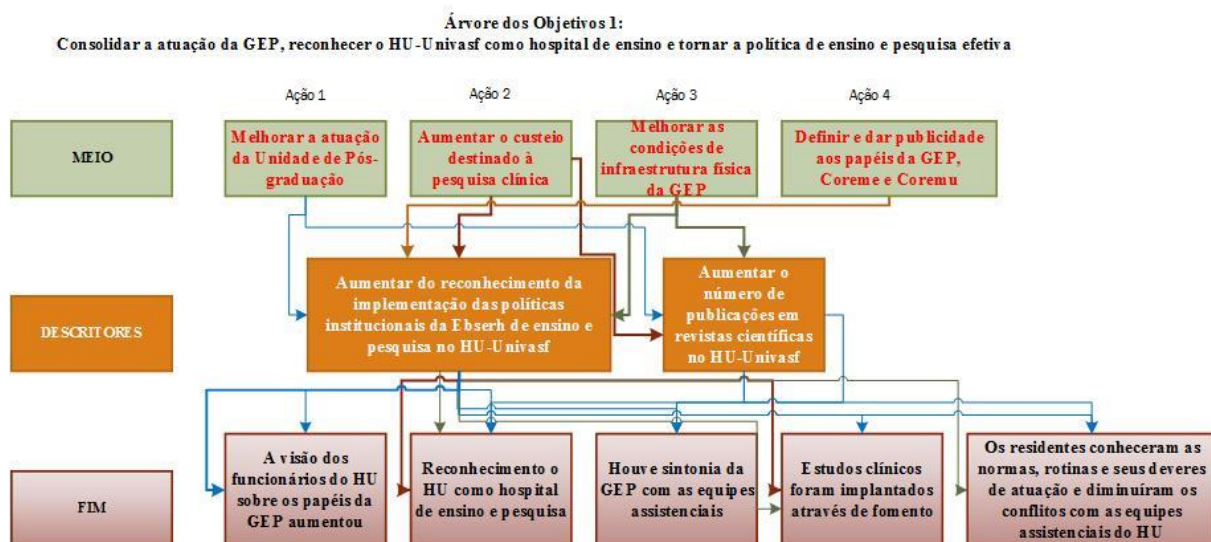


FIGURA 36: ÁRVORE DOS OBJETIVOS RELACIONADO AO MACROPROBLEMA 2.

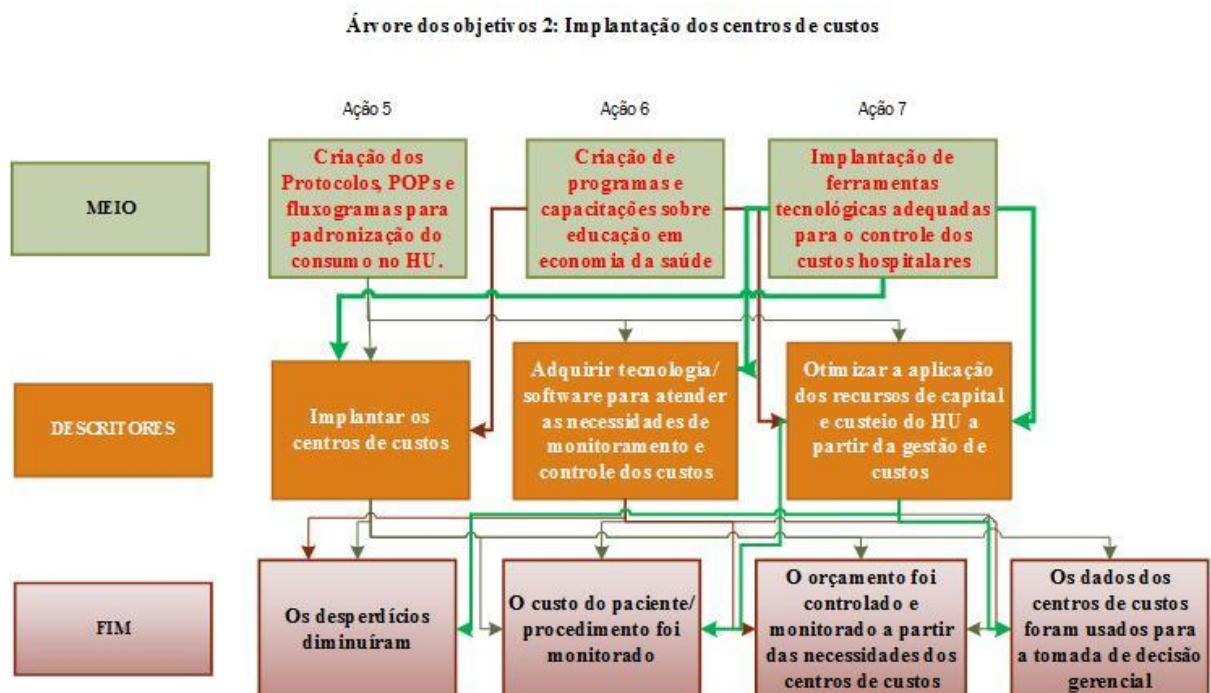


FIGURA 37: ÁRVORE DOS OBJETIVOS RELACIONADO AO MACROPROBLEMA 3.

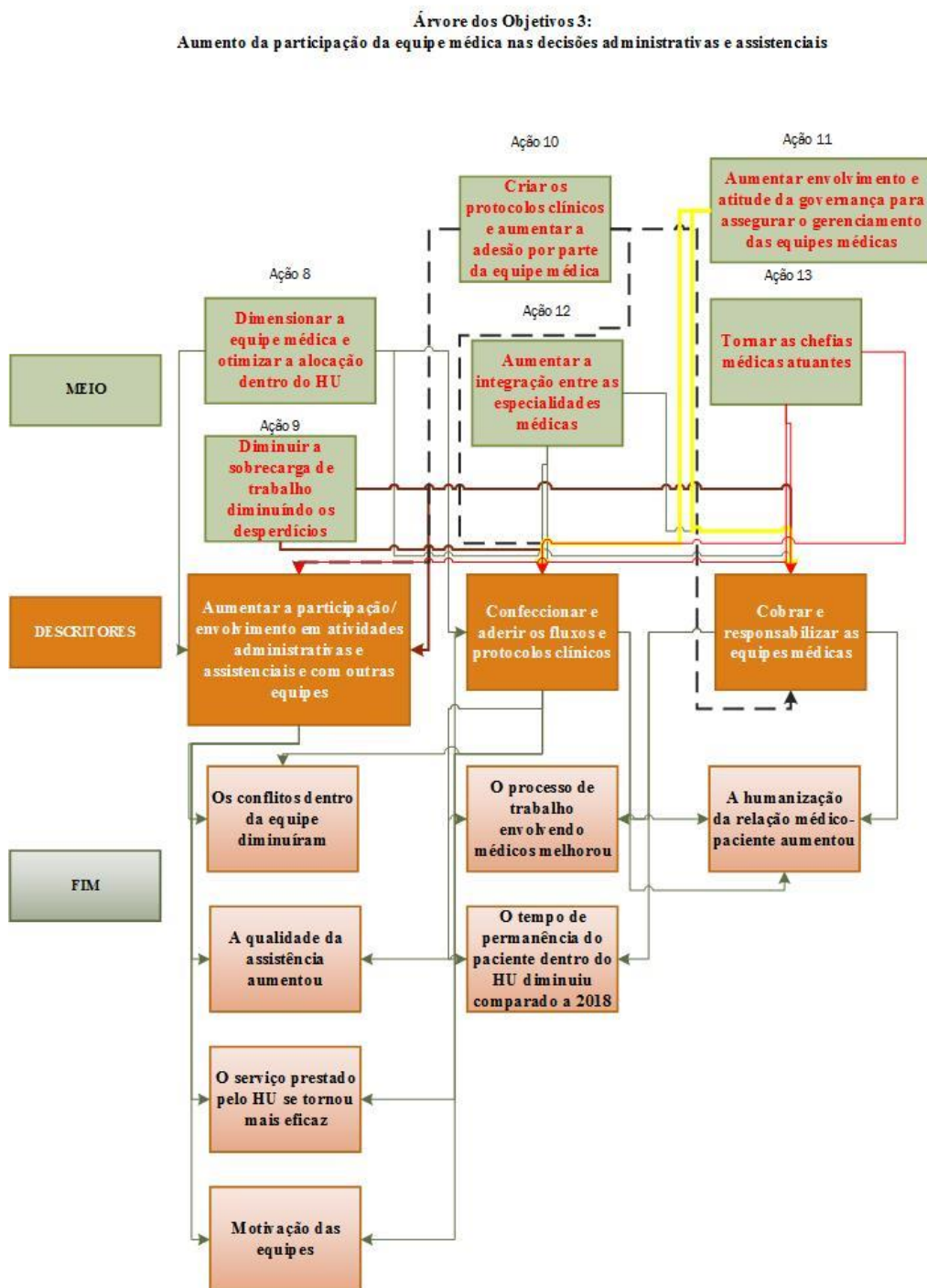
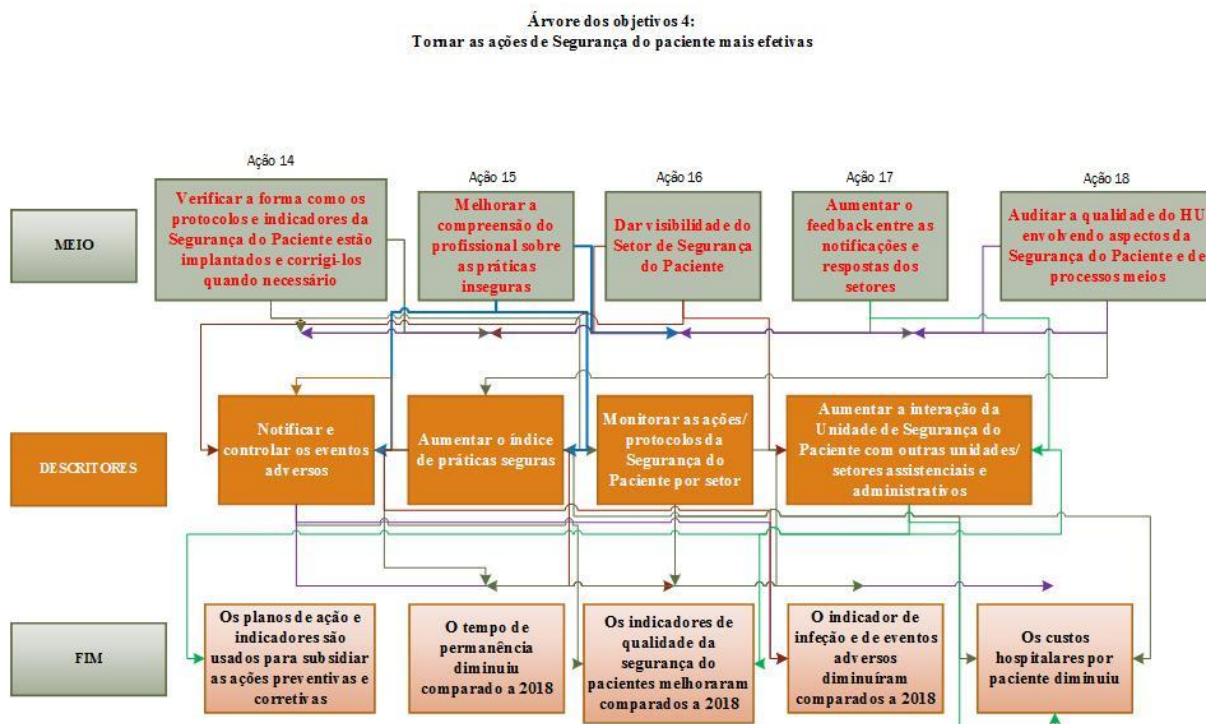


FIGURA 38: ÁRVORE DOS OBJETIVOS RELACIONADO AO MACROPROBLEMA 4.

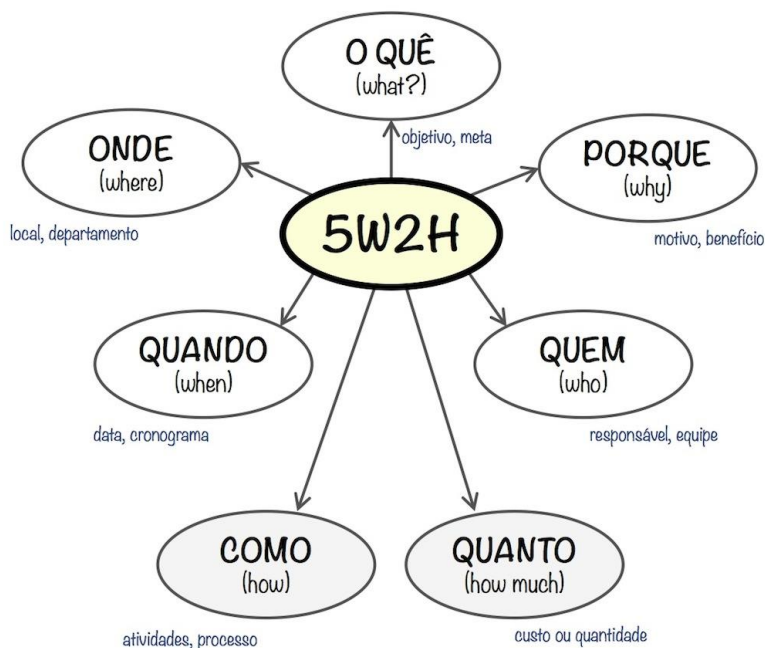


3.5.1.4 Criação do Plano de Ação com base no 5W2H

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 organização. 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 instituição e todos os motivos pelos quais esta atividade deve ser feita.

Esta ferramenta é extremamente útil para as organizações, 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 exemplificado na Figura 39:

FIGURA 39: O 5W2H.



Fonte: <https://www.treasy.com.br/blog/5w2h/>

Esta etapa é, sem dúvidas, a mais complexa do PDE do HU-Univasf, pois é o item norteador para as ações do biênio de 2019-2020. Entretanto, o HU-Univasf possuiu uma relativa facilidade de implementação, visto que o 5W2H é uma ferramenta de planejamento usada por todos os setores, especialmente por meio do GEPLANES, um programa de plataforma livre disponível na internet.

A elaboração do Plano de Ação iniciou-se em 17 de dezembro de 2018, e será finalizado em janeiro de 2019. A Figura 40 mostra a última reunião com a equipe ampliada em 2018.

FIGURA 40: ÚLTIMA REUNIÃO DA EQUIPE AMPLIADA EM 2018.



4. Proposta de Intervenção

Nesta seção, é apresentado o Plano de Intervenção para o biênio de 2019-2020 composto de 18 ações estratégicas no HU-Univasf, para melhor visualização das ações planejadas com base na ferramenta 5W2H. Os macroproblemas e os nós críticos foram descritos no Capítulo 3. As Tabelas 38 a 55 mostram os planos de ação para cada um dos nós críticos.

TABELA 38: AÇÃO 1: MELHORAR A ATUAÇÃO DA UNIDADE DE PÓS-GRADUAÇÃO NO HOSPITAL.

O que (What) Nome da Ação	Como	Por que	Quem	Quando (data de início)	Quando (data de fim)	Quanto	Onde
Melhorar a atuação da unidade de pós-graduação no hospital	1- Definição de um calendário periódico de reunião com as supervisões de residências (Médicas e Multiprofissionais).	Para promoção da integração entre os atores envolvidos, para recepção de demandas e discussão de propostas para implantação no âmbito do HU-Univasf e nos cenários de atuação das residências.	Unidade de Gestão do Ensino de Pós-Graduação/supervisores das residências.	01/02/2019	30/03/2019	0,00	GEP-Policlínica
	2- Divulgação de uma relação de residentes por curso e seus respectivos supervisores e preceptores na página da GEP do HU-Univasf.	Tornar de conhecimento geral quem são os devidos responsáveis facilitando a resolução de eventuais problemas de forma mais objetiva, clara e célere	Unidade de Gestão do Ensino de Pós-Graduação/SGPTI/Ascom.	01/03/2019	31/dez	0,00	GEP-Policlínica
	3-Elaboração de um fluxo via SGD para registro e recebimento pela GEP de demandas voltadas aos estudantes (graduação e técnico e pós-graduação).	Estreitar e facilitar comunicação GEP/comunidade do HU	Setor de Ensino/SGPTI	01/02/2019	30/06/2019	0,00	GEP/SGPTI
	4-Definição de um calendário de reunião da GEP com as chefias de divisões assistenciais do HU-Univasf	Reconhecer as demandas do hospital, estreitar as relações entre os atores e definir fluxos de trabalho	Unidade de Gestão do Ensino de Pós-Graduação/chefias de divisões.	01/02/2019	30/03/2019	0,00	GEP-Policlínica

5-Envolvimento dos residentes na elaboração e nas revisões dos fluxos e protocolos no âmbito do HU-Univasf	Dar emponderamento do corpo discentes no sentido de despertar o sentimento de pertencimento (o problema também é meu)	Setor de Ensino, supervisores dos programas de residência e Divisões assistenciais de Cuidado, Médica, de Enfermagem.	01/03/2019	31/12/2019	0,00	HU-Univasf
6-Consolidar e institucionalizar a semana de integração com os residentes médicos e multiprofissionais	Apresentar os fluxos, regimentos, setores e equipes de trabalho do HU-Univasf de forma antecipada para melhor reconhecimento dos cenários de trabalho.	Setor de Ensino, setor de pesquisa, setores assistenciais	01/02/2019	31/03/2019	10.000,00	Auditório da biblioteca da Univasf ou Núcleo temático da Univasf
7-Registro obrigatório dos trabalhos de conclusão de curso junto ao setor de Pesquisa e Inovação da GEP.	Dar visibilidade, atender às normas de ética em pesquisa e potencializar os indicadores de produção e qualidade das residências bem como do HU-Univasf.	Setor de Pesquisa/supervisores dos programas de residência.	02/01/2019	31/12/2020	0,00	GEP
8- Implantar o curso de metodologia científica para todas as residências	Como forma de contribuir na formação e na elaboração dos trabalhos de conclusão, bem como oferecer ferramentas para fixação do pensamento científico no hospital.	Gerência e Setores de Ensino e Pesquisa, docentes Univasf	01/04/2019	31/12/2020	5.000,00	Auditório da biblioteca da Univasf ou Núcleo temático da Univasf

TABELA 39: AÇÃO 2: AUMENTAR O CUSTEIO DESTINADO À PESQUISA CLÍNICA.

O que	Como	Por que	Quem	Quando (data de início)	Quando (data de fim)	Quanto	Onde
Aumentar o custeio destinado à pesquisa clínica	1-Definição de um percentual do orçamento do HU-Univasf para incentivo à pesquisa	Para realização de projetos, incentivo à publicação e aquisição de equipamentos e insumos.	Colegiado executivo	01/02/2019	15/02/2019	De 1% a 3% dos recursos de custeio e capital	Sala da Superintendência
	2-Identificar colaboradores/pesquisadores com perfil para execução de pesquisas cínicas no HU-Univasf	Potencialiar a pesquisa clínica ou aplicada, além de fortalecer parcerias entre corpo docente da Univasf com toda comunidade do HU-Univasf	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação, Divisões e Setores assistenciais	01/02/2019	30/06/2019	0,00	Toda Univasf e HU
	3-Criação do curso introdutório a pesquisas clínicas, obrigatório para as chefias.	Aprimorar e motivar as equipes, incentivar ao desenvolvimento de pesquisas no HU-Univasf.	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação, pesquisadores institucionais.	01/03/2019	30/07/2019	10.000,00	Toda Univasf
	4-Definição de uma carga horária de colaboradores para execução de protocolos clínicos de pesquisa no HU-Univasf	Como contrapartida de incentivo à execução de	Colegiado executivo, Colegiados Assistenciais, de ensino e	01/02/2019	30/06/2019	0,00	HU-Univasf

		projetos com fomento.	pesquisa e administrativo				
	5- Contribuir na elaboração de projetos de pesquisa clínica, articulando os grupos de potenciais pesquisadores institucionais	Como incentivo a escrita científica nos moldes dos editais de agências de fomento estaduais e nacionais	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação, Divisões e Setores assistenciais	01/04/2019	31/12/2020	5.000,00	HU-Univasf

TABELA 40: AÇÃO 3: MELHORAR AS CONDIÇÕES DE INFRAESTRUTURA FÍSICA DA GEP.

O que	Como	Por que	Quem	Quando (data de início)	Quando (data de fim)	Quanto	Onde
Melhorar as condições de infraestrutura física da GEP	1-Definição e implantação de um espaço físico para o desenvolvimento da Pesquisa Clínica do HU-Univasf	Melhorar a pesquisa e o desenvolvimento de novos projetos.	Colegiado Executivo	01/02/2019	31/02/2019	0,00	Policlínica HU-Univasf

	2- Executar os ajustes no local selecionado para a implantação de um espaço próprio para a Pesquisa Clínica	Acomodar os equipamentos já adquiridos pela GEP para o laboratório de pesquisas multiusuário	Setor de gestão da pesquisa e inovação, Engenharia clínica, Infraestrutura e logística	01/03/2019	31/06/2019	100.000,00	Policlínica HU-Univasf
	3-Alocação dos equipamentos para estruturação da Pesquisa Clínica	Dar início ao desenvolvimento de projetos aprovados	Setor de gestão da pesquisa e inovação	01/07/2019	31/08/2019	0,00	Policlínica HU-Univasf
	4-Articulação com os colaboradores da Univasf e do HU para a execução de atividades de pesquisa clínica no novo espaço	Dar início ao desenvolvimento de projetos aprovados e submeter novas propostas	Setor de gestão da pesquisa e inovação	01/03/2019	31/12/2020	0,00	Policlínica HU-Univasf

TABELA 41: AÇÃO 4: DEFINIR E DAR PUBLICIDADE AOS PAPÉIS DA GEP, COREME e COREMU.

O que	Como	Por que	Quem	Quando (data de início)	Quando (data de fim)	Quanto	Onde
Definir e dar publicidade aos papéis da GEP, COREME e COREMU	1-Elaborar e publicizar um documento com as atribuições da GEP	Gerar o conhecimento necessário sobre as atividades que competem à gerência	Setores e Unidades da GEP	01/02/2019	31/05/2019	0,00	GEP e Site do HU e Univasf
	2-Publicizar os documentos referentes às comissões de residência Médica e Multiprofissional	Gerar o conhecimento necessário sobre as atividades que competem às Comissões de Residência	Setor de Ensino da GEP e comissões de residência	01/03/2019	30/06/2019	0,00	GEP e Site do HU e Univasf
	3-Elaborar e publicizar documento (s) com as diretrizes e fluxos de trabalho da GEP e que incluam as residências em saúde institucionais	Articular as atividades que competem a GEP e que envolvam as residências	Setor de Ensino da GEP e comissões de residência	01/03/2019	30/06/2019	0,00	GEP e Site do HU e Univasf

	4-Reunir com os diversos setores na Universidade, incluindo o HU-Univasf	Para dirimir dúvidas, prestar esclarecimentos, pactuar, definir e ajustar fluxos de trabalho que envolvam ensino, pesquisa, extensão e inovação no HU-Univasf	Gerência de Ensino e Pesquisa (setores e unidades)	01/02/2019	31/12/2020	0,00	Salas da Policlínica e do HU, bem como nos colegiados acadêmicos e pro-reitorias da universidade
	5. Solicitar a certificação de Hospital de Ensino junto ao MEC e Ebserh	Aumentar o recurso do HU-Univasf	Conselho Executivo e Unidade de Planejamento	01/03/2019	30/06/2019	0	Sala da Superintendência

TABELA 42: AÇÃO 5: CRIAÇÃO DOS PROTOCOLOS E POP'S E FLUXOGRAMAS PARA PADRONIZAÇÃO DO CONSUMO NO HU.

O que	Como	Por que	Quem	Quando (data de início)	Quando (data de fim)	Quanto	Onde
Criação dos protocolos e POP's e fluxogramas para padronização do consumo no HU	1. Criação de comissão para mapear os fluxos existentes juntos às unidades demandantes	Para conhecer e definir os centros de custos	Chefe do SEACO	01/02/19	28/02/2019	R\$ 0	SETORES DEMANDANTES DE INSUMOS E SERVIÇOS
	2. Discutir junto as unidades demandantes os novos protocolos, fluxos a serem implantados e POP's		Comissão de custos	01/03/19	31/03/2019		

	3. Criar novos protocolos, Pop's e fluxos		Comissão de custos	01/04/19	30/06/19		
	4. Divulgação da ação e treinamento dos interessados		Comissão de custos, NUPEC E ascom	01/07/19	30/08/2019		

TABELA 43: AÇÃO 6: CRIAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS E CAPACITAÇÕES SOBRE EDUCAÇÃO EM ECONOMIA DA SAÚDE.

O que	Como	Por que	Quem	Quando (data de início)	Quando (data de fim)	Quanto	Onde
Criação e implantação de programas e capacitações sobre educação em economia da saúde	1. Realizar o levantamento dos temas a serem abordados no programa	Para capacitação da equipe e aperfeiçoamento da economicidade	Comissão de custos	01/02/19	28/02/19	30.000	Setores demandantes de insumos e serviços. As reuniões ocorrerão na sala do SEACO
	2. Identificar os palestrantes no HU, na rede EBSEH e externos		NUPEC e Comissão	01/03/19	31/03/19		
	3. Verificar disponibilidade orçamentária e custear os palestrantes externos		Gerência Administrativa e Superintendência	01/03/19	31/03/19		
	4. Alinhar junto a NUPEC a programação dos cursos		NUPEC e Comissão	01/04/19	30/03/19		
	5. Envolver a ASCOM na divulgação da programação		NUPEC, Comissão e ASCOM	01/05/19	30/03/19		
	6. Implementar as capacitações sobre a educação em economia da saúde		NUPEC e Comissão	01/06/19	31/12/20		

TABELA 44: AÇÃO 7: IMPLANTAÇÃO DE FERRAMENTAS TECNOLÓGICAS ADEQUADAS PARA O CONTROLE DOS CUSTOS HOSPITALARES.

O que	Como	Por que	Quem	Quando (data de início)	Quando (data de fim)	Quanto	Onde
Implantação de ferramentas tecnológicas adequadas para o controle dos custos hospitalares	1. Verificar a possibilidade de aquisição de novos sistemas ou de adequação dos existentes	As ferramentas atuais são insuficientes para o mapeamento dos custos hospitalares. O hospital não consegue mensurar o gasto por paciente ou por centro de custos	Comissão de Custos, Gerente Administrativo, Superintendência, SGPTI e DAF	02/01/20	31/01/20	R\$ 500.000	Em todo os setores do HU-Univasf
	2. Contratação de novos serviços ou convocar a TI para adequação do sistema existente		Comissão de Custos e SGPTI	01/02/20	31/03/20		
	4. Realizar estudo piloto em um setor específico para verificar a adequação do software às necessidades locais		ASCOM, NUPEC, SGPTI e Comissão	01/04/20	30/05/20		
	3. Treinamento do novo sistema para gestão dos custos em todo o hospital		SGPTI e Setores demandantes	01/06/20	30/08/20		

	4. Verificar a eficácia do software em todos os setores do HU-Univasf		SGPTI, Setores demandantes, e Comissão	01/09/20	30/10/20		
--	---	--	--	----------	----------	--	--

TABELA 45: AÇÃO 8: OTIMIZAR A ALOCAÇÃO DA EQUIPE MÉDICA HU.

O que	Como	Por que	Quem	Quando (data de início)	Quando (data de fim)	Quanto	Onde
Otimizar a alocação da equipe médica HU	1. Revisão do quadro médico disponível de cada especialidade, conferindo a Carga Horária, vínculo, função, atividades, etc;	Conhecer o real quadro de médicos disponível no HU para otimizar as ações assistenciais específicas em âmbito ambulatorial e hospitalar;	GAS e chefias das unidades médicas	20/01/2019	20/03/2019	0	GAS

	2. Revisão sistemática de todas as escalas médicas pela GAS, imediatamente antes da publicação pela Divisão Médica;	Conhecer o real quadro de médicos disponíveis no HU para distribuição equilibrada de profissionais na escala, observando o maior período de fluxo do serviço.	Divisão Médica	20/01/2019	31/12/2019	0	GAS
	3. Controle rigoroso de registro de ponto (através de amostragem mensal pelas câmeras);	Garantir o cumprimento da função e carga horária dos funcionários;	Chefias imediatas	01/01/2019	31/12/2019	0	Chefe da Unidade
	4. Planejamento rigoroso de férias, abono e compensação de horas com aprovação da Divisão Médica	Evitar desfalque na escala e sobrecarga da equipe e dar as folgas de acordo com as necessidades do HU (em 1º lugar)	Chefias imediatas e Divisão Médica	01/01/2019	31/12/2019	0	Chefe da Unidade

TABELA 46: AÇÃO 9: DIMINUIR A SOBRECARGA DE TRABALHO DIMINUINDO OS DESPERDÍCIOS.

O que	Como	Por que	Quem	Quando (data de início)	Quando (data de fim)	Quanto	Onde
Diminuir a sobrecarga de trabalho diminuindo os desperdícios	1. Disponibilizar um assistente administrativo para realizar atividades administrativas para as chefias médicas (40h) - Escalas, férias, memorandos, SEI, MENTOR RH, etc	Diminuir os médicos da burocracia administrativa para que tenham mais tempo para a assistência	Conselho executivo	01/06/2019	01/07/2019	0	Superintendência
	2. Relacionar as metas do crescer por competência com as necessidades do hospital (construção dos protocolos clínico assistenciais)	Atrelar as metas das equipes médicas aos interesses e metas do HU	Gerência de Atenção à saúde e suas divisões	01/03/2019	31/03/2019	0	GAS
	3. Eliminar as solicitações administrativas em duplicidade como por exemplo o envio de escalas ou assuntos relacionados ao SOST	Evitar o retrabalho administrativo	GAS, Gerência administrativa e DivGP	01/07/2019	31/07/2019	0	Mezanino
	4. Criar um POP e check list sobre como as chefias devem proceder administrativamente para evitar solicitações em duplicidade, retrabalho ou sem clareza.	Falicitir a compreensão das equipes médicas sobre quais os procedimentos administrativos obrigatórios	DivGP	01/07/2019	31/07/2019	0	DivGP

TABELA 47: AÇÃO 10: CRIAR OS PROTOCOLOS CLÍNICOS E AUMENTAR A ADESÃO POR PARTE DA EQUIPE MÉDICA.

O que	Como	Por que	Quem	Quando (data de início)	Quando (data de fim)	Quanto	Onde
Criar os protocolos clínicos e aumentar a adesão por parte da equipe médica	1. Criação de Comissão de Protocolos Clínicos (um participante médico de cada unidade)	Integrar, construir e responsabilizar o processo assistencial	GAS	01/04/2019	30/07/2019	0	GAS
	2. Realizar uma reunião estratégica por mês entre as chefias de cada unidade e suas respectivas equipes, para apresentação, discussão e validação dos protocolos construídos pela comissão	Integrar a equipe e agilizar a construção e aprovação dos protocolos	representantes médicos mais GAS	01/04/2019	31/12/2019	0	GAS
	3. Responsabilizar o cumprimento e execução dos protocolos validados	Padronizar o cuidado assistencial	GAS	01/01/2020	31/12/2020	0	GAS

TABELA 48: AÇÃO 11: AUMENTAR O ENVOLVIMENTO E ATITUDE DA GOVERNANÇA PARA ASSEGURAR O GERENCIAMENTO DAS EQUIPES MÉDICAS.

O que	Como	Por que	Quem	Quando (data de início)	Quando (data de fim)	Quanto	Onde
-------	------	---------	------	-------------------------	----------------------	--------	------

Aumentar o envolvimento e atitude da governança para assegurar o gerenciamento das equipes médicas	1. Estimular o registro da queixa oficializada na gerência de atenção à saúde, que poderá ser feito via ouvidoria através de campanhas via ASCOM	Melhorar o controle da indisciplina e eliminar o sentimento de inculpaabilidade	GAS e ASCOM	01/06/2019	01/07/2019	0	Sala da GAS
	2. Realizar visitas sem horário definido nos diversos setores assistenciais como bloco, emergência, etc. para aumentar as ações de controle administrativo.	Aumentar o controle gerencial	GAS e suas divisões	01/07/2019	31/07/2019	0	HU
	3. Institucionalizar um dia fixo na semana para reunião ordinária com as chefias médicas	Aumentar a interação médica para o envolvimento nas atividades administrativas e para a resolução de casos clínicos complexos	Gerência administrativa e Chefia da Divisão Médica	01/07/2019	31/07/2019	0	Sala de reuniões do mezanino
	4. Realizar o levantamento e monitoramento dos resultados dos indicadores por especialidade a fim decolocar em evidência os melhores resultados	Motivar a equipe para o alcance das metas institucionais,	GAS	01/08/2019	31/08/2019	0	GAS e Unidade de Planejamento

TABELA 49: AÇÃO 12: AUMENTAR A INTEGRAÇÃO ENTRE AS ESPECIALIDADES MÉDICAS.

O que	Como	Por que	Quem	Quando (data de início)	Quando (data de fim)	Quanto	Onde
Aumentar a integração entre as especialidades médicas	Criar um local de convivência médica e momentos de integração a fim de estimular o diálogo entre os médicos	Melhorar a relação e convivência entre os médicos de diferentes especialidades	DLIH	01/11/2019	30/01/2020	R\$1.100.000,00	DLIH e DIVGP
	Oficializar as reuniões do corpo clínico no horário da noite	Ter um dia fixo aberto a todos os médicos para discussão de problemas específicos da classe, com a participação do gerente de atenção à saúde e divisões, e	Gerência de atenção à saúde e suas divisões	01/02/2020	31/12/2020	0	Auditório do HU

		participação do conselho executivo					
--	--	------------------------------------	--	--	--	--	--

TABELA 50: AÇÃO 13: TORNAR AS CHEFIAS MÉDICAS ATUANTES NOS PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS DO HU.

O que	Como	Por que	Quem	Quando (data de início)	Quando (data de fim)	Quanto	Onde
Tornar as chefias médicas atuantes nos problemas administrativos do HU	1. Priorizar o horário das reuniões administrativas do hospital para o horário noturno	Ter uma maior adesão das chefias médicas	Conselho executivo	01/06/2019	15/07/2019	0	Todo o HU
	2. Distribuir responsabilidades entre os membros da equipe médica e cobrar o alcance de resultados e metas	Melhorar o alcance de metas institucionais	Gerência de atenção à saúde e divisões médica e do cuidado	01/07/2019	31/12/2020	0	GAS

TABELA 51: AÇÃO 14: AUMENTAR A EFICIÊNCIA DOS PROTOCOLOS E MELHORAR OS INDICADORES RELACIONADOS À SEGURANÇA DO PACIENTE.

O que	Como	Por que	Quem	Quando (data de início)	Quando (data de fim)	Quanto	Onde
Aumentar a eficiência dos protocolos e melhorar os indicadores relacionados à segurança do paciente	1. Realizar o levantamento de dados dos protocolos obrigatórios existentes	Conhecer a situação real	Unidade de Segurança do Paciente, Vigilância em Saúde	01/02/19	31/03/19	0,00	HU-Univasf
	2. Levantar dados dos indicadores de segurança do paciente	Conhecer a situação real		01/02/19	31/03/19	0,00	
	3. Realizar auditoria para avaliar o grau de implantação dos protocolos existentes	Conhecer a situação real		01/02/19	31/07/19	20.000,00	
	4. Realizar treinamentos com base no resultado da auditoria	Capacitar colaboradores		01/02/19	30/07/19	7.000,00	
	5. Instituir visita diagnóstica de monitoramento nos setores	Avaliar a efetividade dos protocolos instuídos		01/02/19	28/02/19	0,00	
	6. Instituir os planos de ações para cada protocolo implementado	Contribuir para ações efetivas e redução de eventos adversos		01/02/19	30/07/19	0,00	

TABELA 52: AÇÃO 15: MELHORAR A COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS, ESTUDANTES E RESIDENTES SOBRE AS PRÁTICAS INSEGURAS.

O que	Como	Por que	Quem	Quando (data de início)	Quando (data de fim)	Quanto	Onde
Melhorar a compreensão dos profissionais, estudantes e residentes sobre as práticas inseguras	1. Sensibilizar e capacitar os profissionais assistenciais quanto ao tema segurança do paciente	para melhoria da qualidade das ações	USP e NUPEC	01/02/19	31/12/19	50.000	Todos os setores
	2. Participar do processo de integração dos estudantes, residentes e novos profissionais	para melhor adesão das práticas seguras	USP, NUPEC e GEP	01/03/19	01/12/20	0	Todos os setores

TABELA 53: AÇÃO 16: DAR VISIBILIDADE À UNIDADE DE SEGURANÇA DO PACIENTE.

O que	Como	Por que	Quem	Quando (data de início)	Quando (data de fim)	Quanto	Onde
Dar visibilidade à Unidade de Segurança do Paciente	1. Participar das visitas multi	Fortalecer a imagem do setor e conhecimento dos colaboradores a cerca dos objetivos da unidade	Unidade de Segurança do Paciente, Vigilância em Saúde	01/02/19	31/03/19	R\$0,00	Em todo o Hu-Univasf
	2. Participar da integração junto aos residentes / alunos	Sensibilizar residentes/alunos quanto a importância das ações de segurança do paciente		01/02/19	31/03/19	R\$0,00	

3. Publicar mensalmente os indicadores no painel de gestão à vista/ email/ whats app/ boletim	Fortalecer a imagem do setor e conhecimento dos colaboradores a cerca dos objetivos da unidade		01/02/19	30/07/19	R\$20.000,00	
4. Criar página na internet da unidade de Segurança do Paciente	Fortalecer a imagem do setor e conhecimento dos colaboradores a cerca dos objetivos da unidade		01/02/19	30/07/19	R\$7.000,00	

TABELA 54: AÇÃO 17: AUMENTAR O FEEDBACK ENTRE AS NOTIFICAÇÕES E RESPOSTAS DOS SETORES.

O que	Como	Por que	Quem	Quando (data de início)	Quando (data de fim)	Quanto	Onde
Aumentar o feedback entre as notificações e respostas dos setores	1. Sensibilizar os profissionais, estudantes e residentes quanto a importância das notificações	Para aumentar o número de notificações de eventos adversos no Vighosp	USP, Unidades Assistenciais e GEP	01/02/19	31/12/20	0	Todos os setores do HU
	2. Trabalhar a autoresponsabilidade das unidades enquanto coparticipantes do processo de construção das ações de segurança do paciente	Promover a gestão compartilhada das ações	USP e Unidades Assistenciais	01/02/19	31/12/20		
	3. Aumentar o número de investigadores no vighosp, através de treinamentos e sensibilizações in loco	Melhorar o controle e atuação nos eventos adversos	USP e Unidades Assistenciais	01/02/19	31/12/20		

TABELA 55: AÇÃO 18: AUDITAR A QUALIDADE DO HU ENVOLVENDO ASPECTOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE E DE PROCESSOS MEIOS.

O que	Como	Por que	Quem	Quando (data de início)	Quando (data de fim)	Quanto	Onde
Auditar a qualidade do HU envolvendo aspectos da Segurança do Paciente e de processos meios	1. Realizar avaliação diagnóstica do nível da qualidade do HU	Conhecer a situação atual	Planejamento/ Auditores internos	01/06/2019	30/08/2019	0	HU- Univasf
	2. Realizar gestão documental	Manter registro das atividades realizadas		01/09/2019	31/12/2019		
	3. Alcançar os critérios do selo qualidade Ebserh nível bronze em 2020	Manter um padrão mínimo de qualidade		01/01/2020	31/12/2020		

4.1 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.

4.1.1. Macroproblema 1: Falta de consolidação de atuação da GEP e baixo reconhecimento do HU-Univasf como hospital de ensino, assim como falta de política de ensino e pesquisa efetiva.

Matos (2014) analisou a eficiência dos Hospitais Universitários Federais (HUFs) nas regiões Norte e Nordeste em relação ao ensino e à pesquisa e, também, no atendimento ao público. Nesse contexto, foram observados os HUFs considerados centros de referência de média e alta complexidade hospitalar para o SUS a fim de analisar as atividades de ensino, pesquisa e extensão. No Brasil, há 50 Hospitais Universitários vinculados à Universidades Federais (Ebserh, 2018). A Figura 41 mostra a localização geográfica das filiais Ebserh. Infelizmente, por não ter dados à época do trabalho, o HU-Univasf não pôde participar da pesquisa feita por Matos (2014).

FIGURA 41: LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DAS FILIAIS EBSERH.



Matos (2014) afirmou que papel dos Hospitais de Ensino transformou-se ao longo do tempo. Até a década de 80, esses hospitais tinham o foco exclusivo de serem hospitais-escola, em que era oferecido atendimento de pessoas não credenciadas no Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social (INAMPS). Com a Constituição de 1988 e, após a criação do SUS, os Hospitais de Ensino passaram a ter finalidade de ensino e pesquisa, servindo, conjuntamente, como referência em assistência secundária e terciária para o SUS (Pilotto, 2009).

Os Hospitais Universitários Federais são hospitais com relevante papel social, promovem a qualidade na formação de profissionais da área médica e, também, a geração de conhecimento pela assistência qualificada e pelos seus Programas de Residência em Saúde, atuando de forma significativa na consolidação do SUS. Ainda, o processo de formação de profissionais da área da saúde necessita da disponibilidade de um aparato tecnológico para realização dos internados e residências (MATOS, 2014). Um dos fundamentos que embasaram a escolha do ensino e pesquisa como macroproblema no HU-Univasf foi justamente a não visibilidade do HU como hospital de ensino, visto a “pouca visibilidade de atuação da GEP”.

A certificação dos hospitais de ensino visa garantir a qualidade dos serviços prestados e tem como pilares o cumprimento de pré-requisitos referentes à assistência, ensino, pesquisa e integração ao SUS, além de poder fornecer mais recursos aos hospitais certificados (Lins et al., 2007). Diante desta certificação, alterou-se o mecanismo de financiamento das unidades que contam com repasses federais, o qual agora é baseado em orçamentação fixa de acordo com o cumprimento de metas contratuais que abrangem tanto indicadores de produção assistencial, quanto de produção de ensino e pesquisa. O HU-Univasf possui atualmente orçamentação fixa. Ressalta-se que até 2018, o HU-Univasf não conseguiu sua certificação como hospital de ensino, porém já tem todos os requisitos, sobretudo as comissões obrigatórias já implantadas. A atual governança do HU-Univasf, sabe da importância de certificar o hospital visto a possibilidade de aumento dos valores recebidos, paralelamente ao aumento da qualidade dos serviços.

Os diferentes hospitais da rede Ebserh possuem características distintas, apesar de pertencerem a mesma rede, principalmente, em relação à eficiência na produção de ensino e pesquisa. Investir em ensino e pesquisa significa melhorar a qualidade do atendimento à saúde da população. Em abordagem quantitativa em 31 HUs, Lins et al (2007)

demonstraram que esses hospitais “tendem a investir mais nas práticas de assistência e que a maior concentração de atividade de ensino e, principalmente, de pesquisa é observada nas unidades de maior complexidade”. Hoje, os principais hospitais do mundo vinculados às universidades são reconhecidos não somente como centros de ensino e assistência, mas, sobretudo, como centros produtores de conhecimento (MATOS, 2014). Grifa-se aqui que o HU-Univasf é um hospital de pequeno porte que fornece serviços de alta complexidade, isso talvez tenha dificultado a ampliação da pesquisa de ponta devido à falta de infraestrutura, uma vez que a maior parte dos espaços estão ocupados pela assistência em saúde.

Embora os HUs sejam um dos principais lócus de estudos de pesquisa clínica, isto não torna os HUs brasileiros produtivos em termos de pesquisa de ponta. Araújo e Leta (2014) ressaltam que “é importante destacar que o contato com a atividade de pesquisa pode contribuir não somente para a formação de profissionais mais críticos, reflexivos e resolutivos em suas práticas, como também despertar o interesse pela carreira científica em saúde, que, sem dúvida, é um setor estratégico para o desenvolvimento do país” e que traz como consequência, competitividade e aumento de PIB ao país.

4.1.2. Macroproblema 2: Ausência de definição de centros de custos

Oliveira (2017) estudou a implantação de um sistema de gestão de custos no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), com a utilização do guia PMBOK. O trabalho evidenciou a importância da implantação do sistema de gestão de custos para o processo de apuração de custos hospitalares e também para a informação produzida pela contabilidade na gestão do hospital. Além disso, por meio da pesquisa, tornou-se possível a produção de dados e informações contábeis de grande importância, das quais os gestores da unidade ainda não tinham conhecimento. Esse trabalho em muito pode contribuir para a implantação dos centros de custos do HU-Univasf, que ainda não conhece o gasto por paciente setorialmente. Este, é hoje um dos maiores gargalos da Gerência Administrativa.

A implantação do sistema de gestão de custos em hospitais é um processo complexo devido à própria natureza do serviço, onde cada *input* produz um *output* distinto, e à multiplicidade de serviços e profissionais atuando simultaneamente, e um

volume expressivo de dados que precisam ser capturados e processados. No trabalho de Oliveira (2017) constatou-se que o equilíbrio entre a necessidade de diversos recursos materiais e financeiros com os recursos disponíveis é um desafio presente e constante no HUPAA. Existem outros fatores que dificultam a definição de centros de custos tais como: os diferentes tipos de atendimentos ambulatoriais do HU-Univasf, os diferentes tipos de exames laboratoriais e patológicos, além dos diferentes tipos de cirurgias (pequena e alta complexidade), contratos de trabalho, infraestrutura, etc.

Segundo Popesko, Novák e Papadaki (2015), “novas descobertas e avanços nos cuidados de saúde resultaram em um número cada vez maior de novos procedimentos terapêuticos, instrumentos e medicamentos, exigindo maior qualidade e aumento dos padrões nos cuidados médicos prestados”. Esses avanços foram sentidos pelo HU-Univasf, uma vez que as equipes de saúde solicitam novos exames e tecnologias para o diagnóstico e terapia de pacientes, refletindo no aumento constante do custo dos serviços hospitalares.

Dessa forma, conhecer, planejar, analisar e controlar os custos tornam-se atividades indispensáveis à eficiência do processo de gestão e sobrevivência da organização. Assim, a ausência de um sistema de custos eficiente faz com que a alta administração hospitalar não possua informações em relação ao consumo dos recursos utilizados, e isso é mais evidente nos hospitais públicos, onde o custo por paciente ou por setor hospitalar (centro de custo) não é priorizado pela administração pública (MARTINS, 2002). O HU-Univasf têm a mesma fonte de financiamento há pelo menos 5 anos, sem aumento nenhum do orçamento de custerio disponibilizada. Tal condição exige que qualifiquemos melhor o custo para tentar diminuir o efeito do dinheiro no tempo e a corrosão do seu valor – inflação dos diversos materiais, bens e serviços.

Para a formalização dos centros de custos, existe a necessidade de softwares próprios (algo que atualmente o AGHU não consegue realizar) e modelos de custeamento e de precificação dos serviços prestados, informações para controle, análise, avaliação de desempenho e tomadas de decisões financeiras. O estudo do custo no HU-Univasf é necessário, pois a aplicação inadequada dos recursos disponíveis e o controle ineficiente dos custos dificultam a prestação eficiente dos serviços, podendo comprometer a qualidade, resultando em custos mais elevados e reduzindo a qualidade dos atuais serviços prestados (OLIVEIRA, 2017).

4.1.3. Macroproblema 3: Baixa participação da equipe médica (envolvimento), incluindo as chefias

Segundo MV (2018), “o tema liderança em Saúde é, geralmente, deixado de lado frente à urgência dos demais assuntos, (...). Por não ter uma visão integral do que ocorre no hospital, o médico não consegue apresentar soluções estratégicas que auxiliem a retirar a sobrecarga da assistência. Ele ainda ressalta que “o líder antigo está acostumado com um modelo centrado na patologia, produtor de procedimentos e dependente de custos elevados”, afirma o médico Rubens Covello, vice-presidente do Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde.

Possa e Cortes (2012) verificaram que os fóruns realizados no âmbito hospitalar contribuem para a alteração do envolvimento dos atores na organização, principalmente considerando a influência dos médicos. Eles perceberam que, através de fóruns ativos e participativos, os colaboradores do hospital passaram a se envolver com questões organizacionais mais amplas e se tornaram mais participativos. Eles constataram que os gestores de saúde em geral ampliaram seu envolvimento quando inseriram na rotina hospitalares momentos para se discutir problemas e ações de melhoria e ao obterem mais informações sobre o funcionamento do hospital.

Possa e Cortes (2012), perceberam que a expansão da participação de outros atores no processo decisório da organização, via mecanismos participativos tais como os fóruns, propiciou, por vezes, que novas alianças fossem formadas em contraposição ao poder dos médicos e de administradores com eles identificados. Neste estudo, os médicos tiveram a sua capacidade de interferir junto à administração diminuída, pois a existência dos fóruns não significou sua maior participação. O mesmo é percebido pelo HU-Univasf, ou seja, a baixa participação dos médicos e principalmente das chefias das especialidades médicas em processos decisórios importantes, destacando-se aqueles de cunho administrativo.

No HU-Univasf, assim como no hospital estudado por Possa e Cortes (2012), os médicos passaram a ter que dividir com outros atores a possibilidade de influenciar nas decisões organizacionais, uma vez que outros profissionais de diferentes especialidades

participam proativamente das decisões. Entretanto, no HU-Univasf, destaca-se a insistência da alta administração para que todas as chefias médicas participem e influenciem a tomada de decisão para os diferentes problemas hospitalares. É necessário se apoderar da gestão.

Possa e Cortes (2012), verificaram que os administradores identificados com as propostas dos gestores federais de saúde, por sua vez, aumentaram sua capacidade de impor normas à organização e de tomar decisões frente aos médicos. Porém, o que é percebido no macroproblema do HU, não é a imposição de um grupo em relação a outro, e sim a sinergia e harmonia que poderia existir entre todos os colaboradores e principalmente as chefias do hospital, caso houvesse mais participação médica nas reuniões.

Possa e Cortes (2012) verificaram que os mecanismos de participação contribuíram para uma aproximação e mudança na relação entre os administradores e trabalhadores, e isso pode ser percebido pelo HU-Univasf pelos diversos fóruns que existem atualmente (fórum com a superintendência, fóruns administrativos, de ensino e pesquisa e assistenciais). Os fóruns facilitaram bastante a comunicação e envolvimento, porém a baixa participação médica ocasiona muitas vezes na baixa resolutividade das decisões tomadas em conjunto no hospital. O novo líder é aquele que desconstrói os paradigmas que por muito tempo nortearam o funcionamento da Saúde, já que, agora, ele deve ter “a capacidade de sensibilizar a alta administração e engajá-la na gestão da qualidade” (MV, 2018).

MV (2018) destaca que Covello expõe alguns princípios excepcionais que devem nortear a postura do médico na hora de pensar além das suas funções cruciais e descobrir-se líder, como:

“disposição para encarar novos desafios e ousar, apostando em novas tecnologias, incentivando o progresso, sabendo os momentos de arriscar com prudência e segurança; sensibilidade para tomar decisões corretas, de forma ética e transparente, entendendo, ao mesmo tempo, que nem todas as relações dentro de um hospital são baseadas em protocolos, processos e resultados e, por fim, compreensão do hospital e de sua cadeia de funcionamento como um todo, superando o ponto de vista individual”.

Para motivar a equipe e conduzir a mudança, tanto estrutural quanto de mentalidade, o médico precisa “vestir a camisa” da liderança e seguir alguns princípios

essenciais para lidar com as turbulências da Saúde. Rubens Covello lista alguns deles (MV, 2018):

1. Respeite os valores da instituição: o líder entende que, apesar de sua autonomia, é preciso manter-se de acordo com as regras e a cultura do hospital, valorizando e respeitando essas diretrizes.
2. Sensibilize a alta administração: para promover a mudança, é preciso fazer com que seus superiores entendam a proposta e estejam de acordo com ela e que possam, assim, apoiar suas medidas, facilitando a disseminação pelos setores subsequentes.
3. Envolver todas as camadas: é preciso que todos estejam envolvidos nessa mudança e estejam realmente por dentro de todas as transformações, contribuindo, cada um em seu setor, para o desenvolvimento em conjunto.
4. Vá além da racionalização de processos: dedicar-se à esfera emocional é parte crucial dessa função de liderança médica, já que visa humanizar as relações, valorizando o papel de cada funcionário dentro do hospital.
5. Seja condizente com a mudança: não adianta exigir dos outros se você mesmo não age de acordo com o que prega. Como líder, é preciso, mais do que nunca, ter uma postura que sirva de exemplo, aconselha Covello.
6. Esteja atento e dedicado: para estreitar os laços e criar um envolvimento realmente genuíno, o médico precisa se empenhar em cultivar o engajamento.
7. Lidere os líderes informais: existem diversos níveis de liderança dentro da estrutura de um hospital. Esses podem ser grandes aliados, fortalecendo o gerenciamento quando há uma equipe muito grande.
8. Implemente soluções formais: há uma série delas, como, por exemplo, melhoria de infraestrutura, sistema de recompensa e treinamentos. Isso motiva a equipe, ampara o crescimento e leva a instituição mais longe.
9. Implemente soluções informais: não menos importantes do que as soluções formais, essas ideias não precisam de burocracia, rigor e padrões para florescer. Criatividade e simplicidade também podem ser ferramentas para resolução de problemas.

10. Monitore e analise resultados: acompanhar os dados, números e índices da instituição pode dizer muito sobre o rumo que ela está tomando. Estar atento a isso embasa, muito melhor, a tomada de decisões, finaliza Covello (MV, 2018).

4.1.4. Macroproblema 4: Reduzida efetividade das ações de Segurança do Paciente

Paixão et al (2017) investigaram o cumprimento dos protocolos nacionais de segurança do paciente em UPA paranaenses e, diante do estudo, uma das principais percepções dos autores foi a necessidade de engajamento dos gestores e profissionais de saúde no reconhecimento das ações de Segurança do Paciente e na adoção de políticas públicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e recomendadas pelas organizações internacionais. O mesmo é sentido no HU-Univasf, onde os protocolos existem, porém não são adotados por todas as equipes assistenciais, mostrando falta de engajamento e reconhecimento das ações.

Segundo os mesmos autores, o processo de trabalho em UPA está atrelado à execução de inúmeros procedimentos, com interrupções contínuas das atividades, e à sobrecarga de trabalho, refletindo na qualidade do atendimento ofertado (WEIGL et al.; 2016). Somam-se outros fatores, como por exemplo, insuficiência de recursos materiais, físicos e de processos operacionais para a assistência que comprometem a segurança dos usuários, podendo incorrer em eventos adversos, ou seja, incidentes que causam danos ao paciente, e também de erros, negligências, falhas e omissões do processo de assistência (SANTOS, 2015; WHO, 2009).

Stang et al (2013) identificaram a ocorrência de 0,16% a 6,0% de eventos adversos em serviços de emergência, sendo que 36% e 71% foram considerados preveníveis. Nesse contexto, as UPA observam inúmeros eventos adversos como: erro na administração de medicamentos, queda, broncoaspiração, mutilação de membros e trauma crânio-encefálico, e óbitos, muitas vezes relacionados às fragilidades estruturais e do processo de trabalho recomendado para o cuidado seguro (SANTOS, 2015). A Unidade de Segurança do Paciente monitora atualmente oito indicadores, incluindo eventos adversos conforme mostram as Tabelas 56 a 63.

As diretrizes para promover a segurança e evitar a ocorrência de erros decorrentes da assistência estão compiladas nos Protocolos Básicos para a Segurança do Paciente e são direcionadas à identificação do paciente, promoção da higienização das mãos, realização de cirurgia segura, prevenção de lesão por pressão e de quedas; e segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Tais documentos são direcionados para todos os serviços de saúde, conforme recomendação da *The National Patient Safety Foundation*, que enfatiza ser ainda incipiente o que se sabe sobre segurança do paciente fora do ambiente hospitalar (NPSF, 2015).

De acordo com a pesquisa feita por Paixão et al (2017), as maiores fragilidades em relação à adesão às ações básicas para a segurança do paciente são a identificação do paciente, a sinalização do grau de risco para a queda e para lesão por pressão e a identificação de soluções administradas e investigação de alergias. Dessa forma, percebeu-se a necessidade da implantação de ações básicas e fundamentais baseadas em normas e rotinas institucionais de acordo com a realidade do HU-Univasf, sempre com as recomendações e orientações da sede. Ações simples e efetivas, por meio do cumprimento de protocolos específicos e da adoção de barreiras de segurança no sistema da assistência, podem prevenir situações de risco e eventos adversos (OLIVEIRA et al, 2014).

Oliveira et al (2014) analisaram estratégias para promoção da segurança do paciente na perspectiva dos enfermeiros assistenciais por meio de entrevistas semiestruturadas que abordavam conceitos e critérios de avaliação da estrutura física, humana e organizacional necessária à promoção da segurança do paciente, além dos riscos relacionados à assistência de enfermagem. Ao final da pesquisa, as estratégias mais elencadas foram as relacionadas à identificação atenta dos riscos aos quais os pacientes estão sujeitos aos cuidados da enfermagem; incorporação de boas práticas na assistência direta e/ou indireta; identificação de barreiras e oportunidades encontradas para promover a segurança.

Nesse sentido, após o levantamento e a identificação compartilhada dos riscos (físicos, químicos, assistenciais, clínicos e institucionais), a reflexão e a educação permanente desses profissionais devem ser promovidas. Além disso, os gestores devem estar atentos, incentivar e capacitar os profissionais para a prevenção, notificação e manejo efetivos dos riscos durante a realização e avaliação da assistência prestada.

A redução dos riscos e danos e a incorporação de boas práticas dependem da mudança de cultura dos profissionais para a segurança, do acompanhamento de indicadores de qualidade, da existência de um sistema de registros, aliada à política de segurança do paciente instituída nacionalmente.

5. Gestão do Plano, Metas e Indicadores de Monitoramento

A gestão do PDE contará com a participação do colegiado 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 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) (amplamente utilizado para monitorar o 1º PDE) desenvolvido pela Ebserh-Sede (Figura 42).

FIGURA 42: O SisPDE PARA O MONITORAMENTO DO 2º PDE.

MINHAS TAREFAS (17)		TAREFAS REPORTADAS (128)	
#	PROJETO	#	PROJETO
6187	HU-UNIVASF - Ação 14 - Implementação de um programa de gestão da qualidade	6185	HU-UNIVASF - Ação 14 - Implementação de um programa de gestão da qualidade
6158	HU-UNIVASF - Ação 10 - Estabelecimento dos Planos Terapêuticos singulares (PTS), estruturando o trabalho interdisciplinar com fo	6187	HU-UNIVASF - Ação 14 - Implementação de um programa de gestão da qualidade
6137	HU-UNIVASF - Ação 06 - Redefinição dos fluxos de processos do Centro Cirúrgico	6170	HU-UNIVASF - Ação 12 - Implementação do modelo de gestão por processos

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). Além disso, a Unidade de Planejamento irá monitorar usando o GEPLANES para acompanhar as ações estratégicas desenvolvidas pelos diferentes setores do HU-Univasf.

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 43 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 64.

FIGURA 43: METODOLOGIA PARA O MONITORAMENTO DO PDE NO HU-UNIVASF.

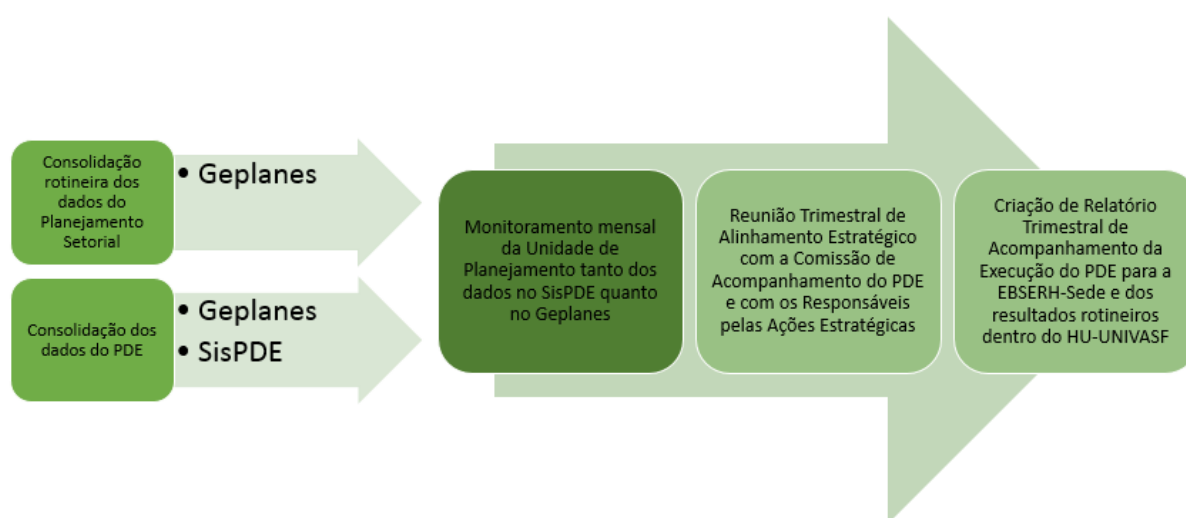


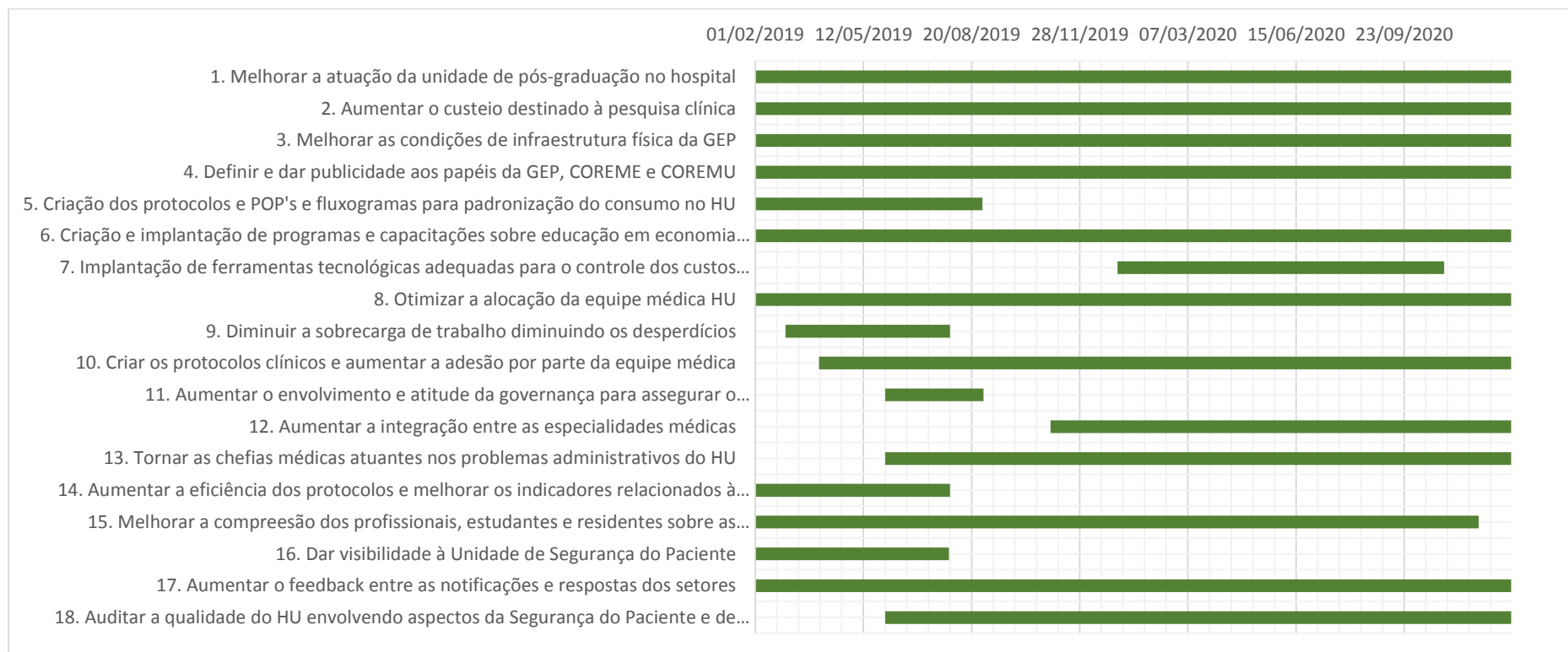
TABELA 64: INDICADORES DE MONITORAMENTO.

Ação Estratégica	Indicadores	Meta até 2020
PDE de forma global	Total de Atendimentos	90000 (+4%)
	Total de Cirurgias	6500 (+13%)
	Média de Permanência	7 dias (-5%)
	Denúncias na Ouvidoria	No máximo 20
	Índice de Satisfação Geral	70 em 2019 e 80 em 2020
1. Melhorar a atuação da unidade de pós-graduação no hospital 2. Aumentar o custeio destinado à pesquisa clínica 3. Melhorar as condições de infraestrutura física da GEP 4. Definir e dar publicidade aos papéis da GEP, COREME e COREMU	Número de projetos de pesquisa cadastrados	100
	Produção Científica do HU - UNIVASF	50
	Número de grupos de pesquisa	40
	Número de alunos em visita técnica no HU-UNIVASF	4500
5. Criação dos protocolos e POP's e fluxogramas para padronização do consumo no HU 6. Criação e implantação de programas e capacitações sobre educação em economia da saúde 7. Implantação de ferramentas tecnológicas adequadas para o controle dos custos hospitalares	% dos custos setoriais do HU	Elaboração dos percentuais de custos setoriais do HU
	Custo por paciente	Detalhamento dos custos dos pacientes por setor
8. Otimizar a alocação da equipe médica HU 9. Diminuir a sobrecarga de trabalho diminuindo os desperdícios 10. Criar os protocolos clínicos e aumentar a adesão por parte da equipe médica 11. Aumentar o envolvimento e atitude da governança para assegurar o gerenciamento das equipes médicas 12. Aumentar a integração entre as especialidades médicas 13. Tornar as chefias médicas atuantes nos problemas administrativos do HU	% de desenvolvimento dos protocolos assistenciais	100%
	Número de reuniões do corpo clínico	12 (uma por mês) com formalização de ata
	Taxa de infecção Geral do HU-UNIVASF	6.5%
	Infecção de Sítio Cirúrgico (%)	3%
14. Aumentar a eficiência dos protocolos e melhorar os indicadores relacionados à segurança do paciente 15. Melhorar a compreensão dos profissionais, estudantes e residentes sobre as práticas inseguras 16. Dar visibilidade à Unidade de Segurança do Paciente	Índice de Queda	<0,5
	Taxa de adesão à lista de verificação de Cirurgia Segura	100% com todos os itens preenchidos
	Taxa de adesão ao preenchimento da Escala Braden	70%

17 Aumentar o feedback entre as notificações e respostas dos setores 18. Auditar a qualidade do HU envolvendo aspectos da Segurança do Paciente e de processos meios	Taxa de adesão ao preenchimento da escala de Morse em pacientes internados	70%
	Taxa de adesão de higiene das mãos	60%
	Número de pacientes com pulseiras padronizadas	100%
	Taxa de erro na identificação do paciente	15%
	Número de Never Events	0
	Selo Ebserh	Padrão Bronze até 2020

As ações estratégicas serão monitoradas conforme o cronograma apresentado na Figura 44.

FIGURA 44: CRONOGRAMA DE AÇÕES PARA 2019-2020.



6. Considerações Finais

Conclui-se que este PDE mostra as ações estratégicas para tornar o HU-Univasf um hospital referência no ensino, na pesquisa, na extensão e inovação no campo da saúde, na assistência pública humanizada e de qualidade em média e alta complexidade, e na gestão hospitalar contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde. Os desafios para os próximos dois anos serão grandes, devido às incertezas político-econômicas em 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 2019 e 2020. Há, ainda, a expectativa de que os três macroproblemas sejam superados e que o hospital alcance sua visão institucional. O HU-Univasf agradece mais uma vez a todos os colaboradores que contribuíram para a formalização deste documento, e pelo apoio incondicional da Univasf e da sociedade do Vale do São Francisco.

7. 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.
- ARAÚJO, K. M.; LETA, J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* vol.21 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2014 Epub Nov 04, 2014
- 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.
- CNES, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em < <http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em 27/11/2018.
- CARRANCA, T. No Brasil 70% não têm plano de saúde particular, apontam SPC e CNDL. Disponível em: <https://www.valor.com.br/empresas/5338363/no-brasil-70-nao-tem-plano-de-saude-particular-apontam-spc-e-cndl>. Acesso em: 09/11/18.
- 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.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Filiais Ebserh. Disponível em <<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/filiais-ebserh>> Acessado em 11/01/2019

po

EXAME. Reajustes altos afastam 3 milhões de brasileiros dos planos de saúde. <https://exame.abril.com.br/seu-dinheiro/preco-de-planos-de-saude-explode-e-afasta-milhoes-de-usuarios/> Acesso em 27/11/2018

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>. 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.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 21/11/18.

KOIKE, B. Planos de saúde perdem 617 mil clientes no 1º trimestre. Disponível em: <https://www.valor.com.br/empresas/4546251/planos-de-saude-perdem-617-mil-clientes-no-1-trimestre>. Acesso em 09/11/18.

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.

LINS, M.P.E.; MEZA, L. A. Análise por Envoltória de Dados e Perspectivas de Integração no Meio Ambiente de Apoio à Decisão. Rio de Janeiro: Coppe, 2000.

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.

MARTINS. E. Contabilidade de custos. 10ª ed. São Paulo: Atlas, 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.
- MATOS, J. P.; Eficiência dos Hospitais Universitários Federais nas Regiões Norte e Nordeste: uma análise por envoltória de dados. São Carlos, 2014.
- 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.
- MV. O impacto da liderança médica na gestão hospitalar. Disponível em <<http://www.mv.com.br/pt/blog/o-impacto-da-lideranca-medica-na-gestao-hospitalar>> Acessado em 11/01/2018.
- NPSF. National Patient Safety Foundation. Free from Harm: accelerating patient safety improvement fifteen year safer To Err Is Human [Internet]. 2015 [cited 2016 Aug 25]. Available from: <http://www.npsf.org/?page=freefromharm>.
- OLIVEIRA, D. F. A implantação de um sistema de gestão de custos no hospital universitário pela Ebserh: Um estudo de caso com a utilização do PMBOK. Revista de Administração Hospitalar e inovação em Saúde. (2017)
- OLIVEIRA, R. M.; LEITAO, I. M. T. A.; SILVA, L. M.S.; FIGUEIREDO, S. V.; SAMPAIO, R. L.; GONDIM, M. M. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Universidade Estadual do Ceará – CE, 2014.
- OLIVEIRA RM, LEITAO IMTA, SILVA LMS, FIGUEIREDO SV, SAMPAIO RL, GONDIM MM. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. Esc Anna Nery Rev Enferm[Internet]. 2014 [cited 2016 Jan 13];8(4):122-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/en_1414-8145-ean-18-01-0122.pdf.
- PAIXAO, D. S. S.; BATISTA, J.; MAZIERO, E. C. S.; ALPENDRE, F.T.; AMAYA, M. R. CRUZ, E.D.A. Adesão aos Protocolos de Segurança do Paciente em Unidades de Pronto Atendimento. Revista Brasileira de Enfermagem, 2017.

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.

PILOTTO, B. (2009). Os hospitais Universitários e sua crise! Disponível em
<http://pt.scribd.com/doc/36023434/Os-Hospitais-Universitarios-e-Sua-Crise>. Acesso em: 22
 de maior de 2014.

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.

POSSA, L. B.; CORTES, S. M. V. Mecanismos de Participação e Atores Sociais em Hospitais: o caso do Grupo Hospitalar Conceição – RS. Saúde Soc. São Paulo, v.21, supl.1, p.59-70, 2012

POPESKO, B.; Specifics of the Activity-Based Costing applications in Hospital Management. International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health, Czech Republic, v.5, n.3, p. 179-186, 2013. _____; NOVÁK, P. Implementation of the Process-Oriented Costing System in a Hospital Department. International Journal of Trade, Economics and Finance. V.5 n. 1, p. 82-87, 2014.

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.

SANTOS ANS. Segurança do paciente em unidades não hospitalares de atendimento as urgências e emergências: análise de riscos [Dissertação]. Goiânia (MG): Universidade Federal de Goiás; 2015.

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

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

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.

STANG AS, WINGERT AS, HARTLING L, PLINT AC. Adverse events related to emergency department care: a systematic review. PLoS One [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 16]; 8 (9): e 74214. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0059565/>.

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

WEIGL M, MULLER A, HOLLAND S, WEDEL S, Woloshynowych M. Work conditions, mental workload, and patient care quality: a multisource study in the emergency department. BMJ Qual Saf [Internet]. 2016 [cited 2016 Sep 12];25:499-508. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2015/09/08/bmjqs-2014-003744>.

WHO. World Health Organization. The conceptual framework for the international classification for patient safety v1.1: final technical report and technical annexes [Internet]. 2009 [cited 2016 Sep 20]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.



UNWASF

EBSERH