

Maria Cláudia Medeiros Dantas de Rubim Costa
Severino Clemente da Silva Filho
Simone Pedrosa Lima
Sonaira Larissa Varela de Medeiros
Adriana Souza da Silva Rocha
Joana D'arc Nascimento
Iarah Daniela Dantas Silva
Flavia Andreia Soares Dos Santos
Osvaldo de Góes Bay Junior

PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO - HUAB/EBSERH

2016 – 2017

Maria Cláudia Medeiros Dantas de Rubim Costa
Severino Clemente da Silva Filho
Simone Pedrosa Lima
Sonaira Larissa Varela de Medeiros
Adriana Souza da Silva Rocha
Joana D'arc Nascimento
Iarah Daniela Dantas Silva
Flavia Andreia Soares Dos Santos
Oswaldo de Góes Bay Junior

PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO - HUAB/EBSERH

Plano Diretor Estratégico do Hospital Universitário Ana Bezerra apresentado ao Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa para certificação como especialista em Gestão de Hospitais Universitário no SUS.

2016 - 2017

AGRADECIMENTOS

A Deus acima de tudo.

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) por ter oportunizado a equipe gestora do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) a realização da Especialização em Gestão de Hospitais Universitários no Sistema Único de Saúde (SUS).

A Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), na pessoa da magnífica reitora professora Ângela Maria Paiva Cruz por acreditar da capacidade e fortalecimento dos hospitais de ensino.

A facilitadora Jocelene Batista Pereira e a consultora Carolina Forgioni pelo harmonioso convívio, ensinamento e companheirismo na construção do plano.

Ao Professor Kleber Moraes, superintendente da Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC) e sua equipe gestora pelo prazer do convívio durante o curso e parcerias estabelecidas.

Ao Professor Stênio da Silveira Gomes, superintendente do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) e sua equipe pelo incentivo e parcerias em todas as etapas da construção do Plano Diretor Estratégico (PDE).

Ao Hospital Sírio Libanês (HSL) por compartilhar a busca pela excelência nos processos assistenciais, de ensino e de gestão em saúde.

Especialmente a todos os funcionários e equipe gestora do HUAB que, diuturnamente estão motivados a colaborar para o crescimento do hospital, mesmo frente as adversidades do cotidiano e por serem contaminados por um fazer saúde e educação diferentes.

RESUMO

COSTA, M.C.M.D.R.; FILHO, S.C.S.; LIMA, S.P.; MEDEIROS, S.L.V.; ROCHA, A.S.S.; NASCIMENTO, J.D.; SILVA, I.D.D.; SANTOS, F.A.P.S.; BAY, O.G.J. **Plano Diretor Estratégico- PDE 2016/2017 – HUAB/EBSERH**. Santa Cruz/RN, 2015.

O Plano Diretor Estratégico – PDE, representa um marco de mudança na concepção institucional do Hospital Universitário Ana Bezerra – HUAB, bem como de sua inserção efetiva na Rede de Atenção à Saúde. Para tanto, contou com o apoio da equipe do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês (IEP/HSL) que por meio da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH proporcionou um curso de especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais, mediante a utilização de metodologias ativas, com vistas à qualificação de lideranças para o desenvolvimento de competências que culminaram, dentre outras questões, com a construção deste documento, cujo objetivo é planejar ações estratégicas que promovam melhorias nos processos administrativos, assistenciais, de ensino e pesquisa, fortalecendo a missão institucional em consonância aos princípios do SUS. Ademais, visa fortalecer a integração entre a equipe e colaboradores; estimular a reflexão sobre questões relacionadas ao desenvolvimento organizacional; levantar oportunidades a partir da análise diagnóstica situacional; proporcionar o avanço na infraestrutura física, tecnológica e de informação; promover a absorção e fixação de médicos; e aperfeiçoar a gestão de insumos, processos e pessoas. Diante dessas considerações, se pode afirmar que o documento ora proposto fornecerá subsídios para transformações significativas nos cenários de prática da instituição em apreço a partir da reorientação das ações no âmbito das três áreas em destaque, de modo a contribuir para a expansão e excelência dos serviços oferecidos a comunidade na perspectiva da humanização e integralidade do cuidado prestado.

DESCRITORES: planejamento estratégico, assistência, ensino, gestão em saúde.

SUMÁRIO

1 CONTEXTUALIZAÇÃO	6
1.1 CONHECENDO A HISTÓRIA DO HUAB.....	6
1.2 CONTEXTUALIZANDO A EPIDEMIOLOGIA E A INSERÇÃO DO HUAB NA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE.....	9
1.3 CONHECENDO OS SERVIÇOS OFERECIDOS NO HOSPITAL.	13
1.4 PROMOVENDO A INSERÇÃO DO HUAB NO ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO.	15
1.5 CONHECENDO O HISTÓRICO DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO HUAB.	17
1.6 CONTEXTUALIZANDO OS PROCESSOS DE GESTÃO DO HUAB.....	19
2 OBJETIVOS	29
2.1 OBJETIVO GERAL	29
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
3 PERCURSO METODOLÓGICO	30
3.1 PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DO PDE	30
3.2 METODOLOGIA DE APRENDIZAGEM	32
3.3 CONSTRUÇÃO DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.	34
3.3.1 Formação das equipes para discussão e deliberação do PDE.	35
3.3.2 Levantamento de expectativas e desafios.	37
3.3.3 Levantamento preliminar dos macroproblemas.	38
3.3.4 Diagnóstico de aderência à Lista de Contribuições.	42
3.3.5 Aderência à Lista de Gaps Normativos.	46
3.3.6 Diagnóstico de aderência à Bases e Padrões.	48
3.3.7 Construção das Árvores Explicativas.	51
3.3.8 Associação dos Nós Críticos com as oportunidades de melhoria.	55
3.4 METODOLOGIA PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO	57
3.5 METODOLOGIA PARA ANÁLISE DE VIABILIDADE.....	57
3.6 METODOLOGIA PARA A GESTÃO DO PLANO ESTRATÉGICO	58
4. REVISÃO DE LITERATURA E PROBLEMATIZAÇÃO	59
4.1 MACROPROBLEMA I: DIFICULDADE DE ABSORÇÃO E FIXAÇÃO DE MÉDICOS.	59
4.2 MACROPROBLEMA II: INSUFICIÊNCIA NA ESTRUTURA FÍSICA, TECNOLÓGICA E DE INFORMAÇÕES FRENTE AO ATUAL PERFIL DE ATENÇÃO À SAÚDE.	63
4.3 MACROPROBLEMA III: DIFICULDADE NA OPERACIONALIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE GESTÃO DE INSUMOS, SERVIÇOS E PESSOAS.....	67
5 REFERÊNCIAS E CASOS DE SUCESSO.	74

5.1 PROJETO COLUMBUS - FORTALECIMENTO DAS BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA.	74
5.2 TROCAS DE EXPERIÊNCIA ENTRE AS MATERNIDADES DO RN	80
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	83
7. ANÁLISE ORÇAMENTÁRIA	100
8. ANÁLISE DE VIABILIDADE	92
9. GESTÃO DO PLANO, METAS E INDICADORES DE MONITORAMENTO.	101
9.1 CONSCIENTIZAÇÃO E COMPROMISSO COM O PLANO E A ESTRATÉGIA	105
9.2 MONITORAMENTO DO PLANO, AÇÕES E ATIVIDADES.....	105
9.3 ACOMPANHAMENTO DE INDICADORES.....	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
ANEXO 1 - RELAÇÃO DOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS/CONSULTA	116
ANEXO 2 – RELAÇÃO DOS SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO	117
ANEXO 3 – RELAÇÃO DAS ATIVIDADES DE EXTENSÃO.....	120
ANEXO 4 – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO CONSOLIDADA	122

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Este capítulo refere-se à apresentação do HUAB, perfazendo uma trajetória desde sua fundação, seu perfil epidemiológico e de inserção na rede, os serviços oferecidos, sua vinculação no ensino, pesquisa e extensão, da política de humanização e os processos de gestão.

1.1 CONHECENDO A HISTÓRIA DO HUAB

O referido hospital (FIGURA 1) foi inaugurado em 04 de fevereiro de 1952. A sua construção foi realizada com recursos do governo estadual e municipal e ora foi denominado, "Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Santa Cruz". O presidente da associação mantenedora, na época, era o Sr. João Bianor Bezerra e o primeiro Diretor Geral foi o obstetra, Demócrito Ramos da Rocha.

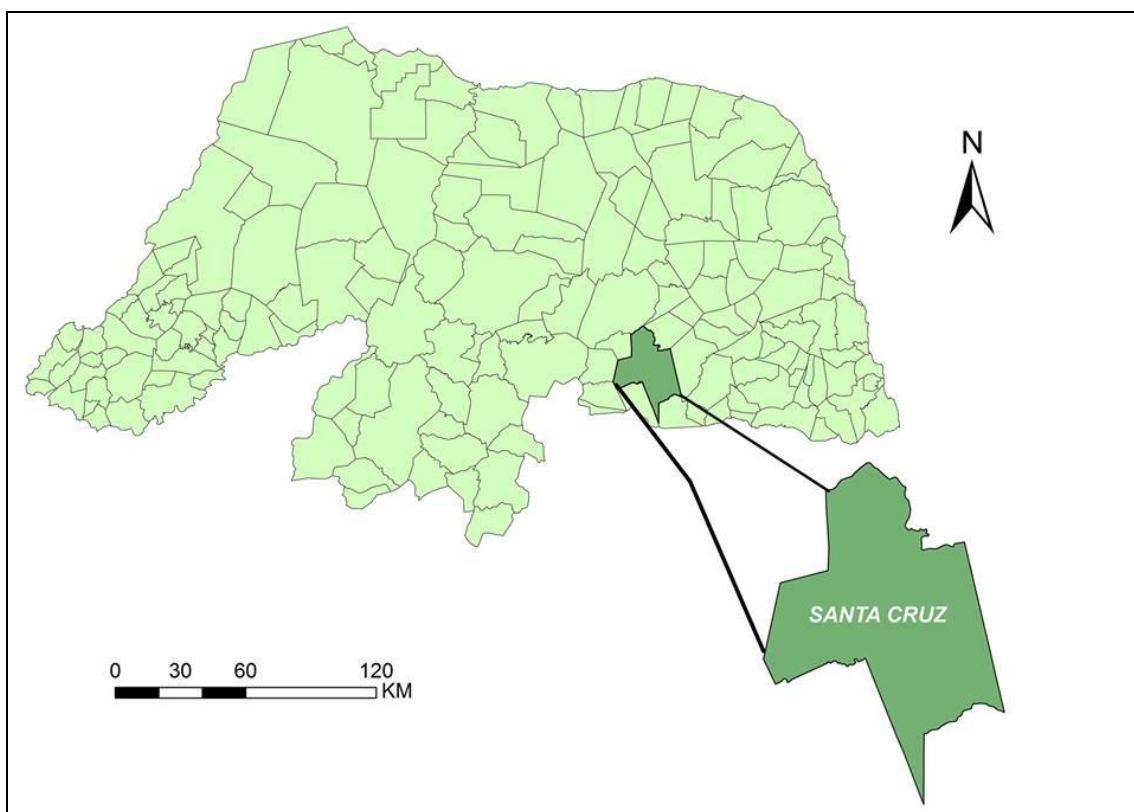
FIGURA 1- Foto antiga do HUAB.



Fonte: Arquivo HUAB.

Em 1966 o HUAB é incorporado a UFRN, por meio do Centro Rural de Treinamento e Ações Comunitárias (CRUTAC), que tinha como objetivo a extensão da Universidade as cidades interioranas, sendo instalado na região do Trairi - Santa Cruz/RN, cuja distância da capital do Rio Grande do Norte (RN), Natal, é de 122 Km (FIGURA 2). Desta forma, o hospital passou a servir como campo de estágio, vinculando-se a UFRN, que se configurando como a primeira universidade a consolidar o estágio dos alunos no interior do Estado.

FIGURA 2 - Mapa de localização do HUAB no município de Santa Cruz / RN.



Fonte: Setor de Estatística e Regulação em Saúde/HUAB.

No percurso histórico, o hospital realizava assistência geral, mas, sempre manteve sua vocação voltada a saúde da mulher, porém, foi na década 90 em que o seu foco assistencial ficou direcionado a especialidade materno-infantil. Até o ano de 2013, o mesmo era um órgão suplementar da UFRN com mais três outras instituições, fazendo parte do complexo hospitalar e de saúde. O único localizado no interior do Estado do RN servindo como referência para assistência obstétrica e pediátrica a 5ª Unidade Regional de Saúde Pública (V URSAP). A partir do ano de 2013, o hospital passa a possuir vinculação com a EBSEH e, desde então, vem trabalhando conjuntamente com a superintendência da instituição na qualificação de processos assistenciais, de ensino e gestão.

Atualmente com a denominação de Hospital Universitário Ana Bezerra (FIGURA 3), mantém o seu papel na assistência a saúde do município de Santa Cruz e cidades vizinhas. A cada ano a instituição vem reforçando seu cunho acadêmico, especialmente pela parceria com a Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA), unidade acadêmica especializada da UFRN, situada no município de Santa Cruz e, mais recentemente, com a Escola de Medicina Multicampi (Sede em Caicó/RN), sendo o hospital, referência para a área materno-infantil dos cursos.

FIGURA 3 - Foto atual do HUAB.



Fonte: Arquivo HUAB.

O HUAB tem aumentado sua resolutividade na área materno-infantil, assim como o seu nível de complexidade, com a possibilidade da abertura ainda em 2016 do espaço da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) materna, tornando-se referência para vários municípios do Estado, evitando a superlotação na capital do RN. Devido ao seu importante papel na região está sendo discutido com a UFRN, com a Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte, com a Prefeitura da cidade de Santa Cruz e com a EBSEH, a possibilidade de o hospital aumentar a sua abrangência assistencial e nesse contexto, assumir as demandas do Hospital Municipal Aluizio Bezerra, também localizado em Santa Cruz e se tornar um hospital geral. Nesse sentido é necessário discorrer sobre a sua atuação assistencial na região a fim de ser discutida a sua ampliação futura.

1.2 CONTEXTUALIZANDO A EPIDEMIOLOGIA E A INSERÇÃO DO HUAB NA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE.

Sendo importante instituição de saúde prestadora do SUS, o HUAB tem estabelecido parceria e definição de serviços, por meio do processo de contratualização, firmado com a Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz (SMSSC), enquanto município polo da região do Trairi e do Potengi. Esse processo se concretiza de acordo com a Programação Pactuada Integrada (PPI) com os gestores municipais de saúde das referidas regiões.

No que diz respeito a epidemiologia da macrorregião atendida pelo HUAB, a população estimada para o ano de 2012 na Região do Trairi e Potengi, que corresponde a 5ª Região de Saúde, era de 188.820 habitantes, ou seja, 5,8% da população estadual. Os municípios da região de saúde supracitada perfazem um total de 21 municípios, sendo 10 pertencentes à região do Trairi e 11 pertencentes à região do Potengi.

Na avaliação do recorte da potencial população a ser atendida pelo HUAB, considerando seu perfil assistencial, constatou-se que 30% do total dos residentes da região eram de mulheres em idade fértil (MIF), ou seja, de 10 a 49 anos, esse número corresponde a 5,4 % das MIF do estado do RN. Ao se analisar os dados sobre a população de 0 a 14 anos, potencial público atendido no setor de Pediatria da instituição, esse estrato etário na região corresponde a 27% da população, essa proporção é maior do que a encontrada para o estado como um todo, no qual as crianças representam 23%, enquanto a proporção nacional, por sua vez, é de 25% (BRASIL, 2015).

Algumas informações sobre variáveis do contexto social serão apresentadas considerando sua importância como fator condicionante para o estado de saúde de uma população. Segundo o Censo de 2010, a taxa de analfabetismo na 5ª Região de Saúde foi de 27,3%, a segunda maior entre as regiões de saúde e acima da taxa estadual que é de 17,8 %. A região apresentou uma taxa de trabalho infantil de 9,32%, acima do 7,19% do estado; com a renda média domiciliar per capita calculada de R\$ 265,74, a menor entre as regiões de saúde do RN e muito abaixo da média estadual de R\$ 531,56, o que demonstra a evidente vulnerabilidade socioeconômica que a população de referência apresenta e que possui reflexos em seu perfil de morbimortalidade (BRASIL, 2015).

Quando da análise da mortalidade para a 5ª Região de Saúde se considerou o último quinquênio disponíveis no site do DATASUS, ou seja, de 2009 a 2013. Na busca da proporcionalidade segundo as causas listadas pelos Capítulos da CID-10, se revela os cinco principais grupos de causas correspondentes, em ordem decrescente do número total de

óbitos (5188 óbitos), a saber: às doenças do aparelho circulatório (33,56%); às neoplasias/tumores (14,82%); às causas externas de morbidade e mortalidade (11,70%); às doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (10,97%) e às doenças do aparelho respiratório (7,98%). Durante esse período, foram notificados cinco óbitos na Gravidez, parto e puerpério (BRASIL, 2015).

Ainda na busca de traçar o perfil de mortalidade para os residentes da região, vale apresentar a taxa de mortalidade a partir da sua causa de internação, as maiores foram entre os pacientes com doenças endócrinas e metabólicas (11,76%), seguido de perto pelas doenças do aparelho circulatório (11,06%) e aparelho respiratório (9,25%). Entre as crianças internadas as maiores taxas de mortalidades foram por doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (10%), seguida das doenças endócrinas e metabólicas (7,69 %). O indicador sobre a porcentagem de óbitos em UTI nos menores de 15 anos para o ano de 2014 se apresenta preocupante, 18,90%, maior que o resultado do estado que foi 12,89%, sendo a região de saúde com a mais alta taxa (BRASIL, 2015).

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS) de 2011 sobre a mortalidade infantil, o estado do RN teve um índice de 16,9 óbitos por 1000 nascidos vivos, maior que o do Brasil que foi de 15,3 e menor que o Nordeste que foi de 18 óbitos por 1000 nascidos vivos. A taxa para a região de saúde não se encontra disponível e, considerando a impossibilidade de um cálculo direto devido ao sub-registro de óbitos apresentado pelos estados do Nordeste, não exporemos esse indicador, todavia, vale destacar que na análise da mortalidade em menores de um ano ocorridos no RN, na série histórica de 2009 a 2013, cerca de 5% dos óbitos eram de residentes da V URSAP. A justificativa também se estende para a não apresentação da Taxa de Mortalidade Materna para o recorte geográfico de interesse (BRASIL, 2015).

Em relação às causas de morbidade que mais acometem a população da região, ao se analisar as internações dos residentes, verificou-se que segundo os Capítulos CID-10, no período compreendido entre junho de 2014 a junho de 2015, em ordem decrescente as principais causas de internações foram: a gravidez, parto e puerpério (32,36%); as neoplasias/tumores (9,3%) e as lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas (8,12%) (BRASIL, 2015).

Na busca do detalhamento da principal causa de internamento, ou seja, a gravidez, parto e puerpério, analisou-se os dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), na qual se verificou que em 2013 foi registrado cerca de 2600 nascidos vivos de mães residentes na 5ª região, embora, 20% desses nascimentos ocorreram em estabelecimentos fora da região. A Taxa de Cesárea para esse recorte geográfico, no ano

de 2013, foi de 44%, ao considerar as mães residentes, ou seja, independente, de onde aconteceram seus partos, resultado menor que os 58% encontrado para o estado. Na análise dos partos ocorridos na região, independente da residência das mães, a taxa de cesárea em 2013 é ainda menor, 37%, muito favorável ao se comparar com o resultado do Nordeste que foi de 50% e a taxa brasileira, 57 %, para esse mesmo ano (BRASIL, 2015).

Ainda na busca de melhor detalhamento do perfil de morbidade da região, alguns outros indicadores para o ano de 2014 relacionados à assistência especializada serão apresentados, tais como o coeficiente de internações em alta complexidade, que foi de 3,37 por 1000 habitantes no ano de 2014. A taxa de acesso a procedimentos ambulatoriais de média complexidade que foi de 0,96 procedimentos por 100 habitantes, menor que o 1,25 para o estado. Quanto à taxa de internação na média complexidade, essa foi de 2,49 procedimentos por 100 habitantes, um pouco abaixo dos 2,65 em nível estadual (BRASIL, 2015).

Para as crianças de 0 a 14 anos residentes, as causas de internação mais prevalentes entre junho de 2014 e junho de 2015 foram as seguintes: doenças infecciosas e parasitárias (19,02%); doenças do aparelho respiratório (18,73%); afecções originadas no período perinatal (16,94%) e doenças do aparelho digestivo (7,86%) (BRASIL, 2015).

Em relação as instalações sanitárias, acesso a água tratada e coleta de lixo, os indicadores são bastante positivos, todos acima de 99% de cobertura. Outras informações importantes são aquelas relacionadas à rede assistencial, vale destacar que na V URSAP, segundo o CNES está registrado um total de 139 médicos no ano de 2015, ou seja, uma média de 0,7 médicos por mil habitantes, uma média menor do que 1,32 para todo o estado e inferior aos 2,16 para a região metropolitana de Natal. Indicando uma problemática relevante para a assistência a saúde, ou seja, um déficit desse profissional no interior do estado (BRASIL, 2015).

Quanto à assistência a saúde na atenção básica, a região contava em agosto de 2015 com 85 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e seis equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Segundo os dados coletados no sitio do DATASUS em 2014 havia uma cobertura de 99,10% da referida estratégia nos municípios da região (BRASIL, 2015).

De acordo com informações do CNES de setembro de 2015, em relação às estruturas de saúde, o município de Santa Cruz possuía um Centro de Apoio a Saúde da Família (CASF), dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), oito Unidades Básicas de Saúde, um Posto de Saúde, cinco ambulatórios especializados (dois desses privados), dois

consultórios (todos privados), três policlínicas (todas privadas), duas Unidades de Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapia (uma dessa privada), uma Unidade de Vigilância em Saúde, uma Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar/Urgência/Emergência, uma unidade móvel terrestre, um hospital especializado- HUAB e um hospital geral- Hospital Regional Aluizio Bezerra (HORAB).

Considerando as estruturas de saúde ora apresentadas, a necessidade de garantir o acesso dos usuários inseridos na linha do cuidado da mulher e da criança aos serviços ofertados, assim como a dificuldade estadual para organizar uma resposta e modular as demandas de saúde que respeitam os níveis assistenciais, verifica-se a importância do fortalecimento do papel do HUAB na RAS do Estado do Rio Grande do Norte.

Ressalta-se que o serviço de atendimento oferecido pelo mesmo é, frequentemente, utilizado pelos moradores da região e do estado, constituindo-se em uma importante porta de entrada da população ao sistema de saúde, o que resulta na preocupação de como está organizado interna e externamente essa rede nessas linhas do cuidado.

Na perspectiva de fomentar a discussão sobre RAS, o hospital estabelece relações horizontais entre os pontos de atenção com foco nas necessidades de saúde de uma população. Buscando dispositivos que objetivem a garantia da resolutividade, da responsabilização, do cuidado integral, humanizado e multiprofissional. Essa instituição é referência regional na saúde materno-infantil, vinculado à central de marcação de consultas do SUS. Mantém parceria com as Secretarias Municipais da Região, fortalecendo estratégias que permitem a redução da mortalidade neonatal, infantil e materna, prioridade do Pacto pela Vida. Destaca-se também a sua importância no ensino, uma vez que recebe acadêmicos de vários cursos da UFRN, atendendo a diferentes áreas de formação na saúde da mulher e da criança.

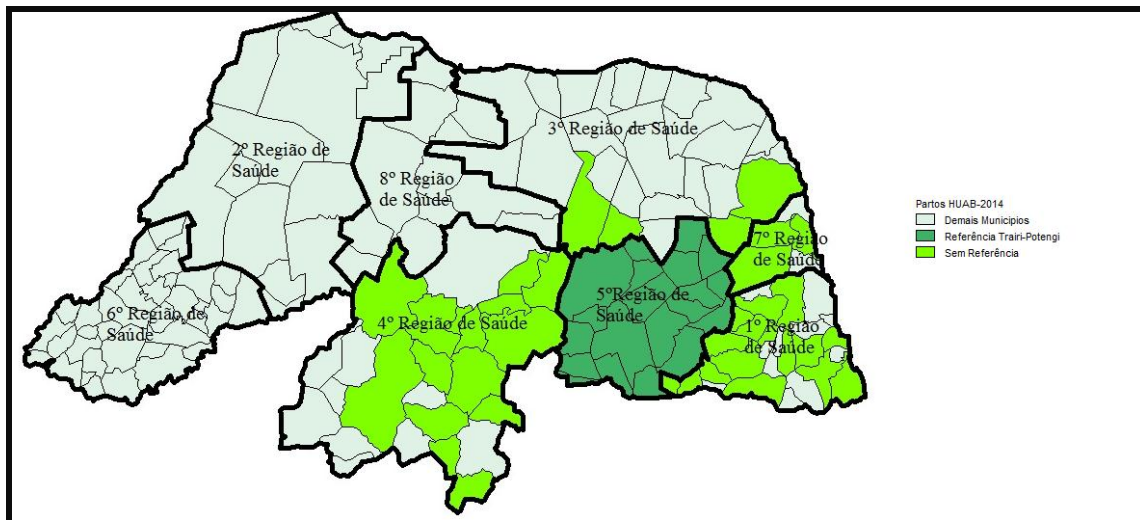
Obedecendo as diretrizes instituídas pelas políticas do MS, o perfil epidemiológico regional e as necessidades demandadas pela população, o HUAB busca institucionalizar as suas linhas de cuidado, a saber: Linha de Cuidado da Saúde da Mulher e a Linha de Cuidado da Saúde da Criança.

Nesse sentido a partir de 2011, o hospital se insere na Rede Cegonha, na atenção ao câncer do colo uterino e câncer de mama, por meio de um termo de compromisso entre a Secretaria Estadual de Saúde Pública (SESAP – RN), SMSSC e a UFRN como prestador materno-infantil para a região do Trairi e Potengi. Entendendo que seus pressupostos são balizados pela Política Nacional de Humanização (PNH) pretende-se garantir acesso, acolhimento e resolutividade, bem como a redução da morbimortalidade materna e neonatal,

na perspectiva de mudança de modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança (BRASIL, 2015a).

Mesmo sendo referência para a V URSAP, diante da importância do HUAB e das dificuldades de organização do sistema de saúde, a instituição vem prestando assistência também para outros 38 municípios do Estado do Rio Grande do Norte (FIGURA 4), provenientes de várias regiões de Saúde.

FIGURA 4 - Municípios que referenciam usuários para o HUAB.



Fonte: Setor de Estatística e Regulação em Saúde/HUAB.

Nesse contexto epidemiológico supracitado, respeitando as demandas específicas tanto regional quanto estadual, é que o HUAB ratifica seu valor enquanto prestador de serviços do SUS, dessa maneira, sua assistência ofertada, a qual será discutida no próximo tópico, busca sempre garantir uma maior resolutividade para os problemas apresentados.

1.3 CONHECENDO OS SERVIÇOS OFERECIDOS NO HOSPITAL.

Em sua especificidade materno-infantil, o HUAB realiza assistência à mulher com leitos cadastrados em clínica obstétrica, obstetrícia cirúrgica, obstetrícia clínica. Os mesmos são distribuídos para a assistência no Pré parto, Parto e Puerpério (PPP), Clínica Cirúrgica e Clínica Ginecológica. Além desses, existem os leitos voltados para a assistência neonatal e de clínica pediátrica (QUADRO 1). É importante ressaltar que no referido hospital é realizando atendimento de urgência e emergência obstétrica e ginecológica, e pronto atendimento pediátrico referenciado.

QUADRO 1- Distribuição dos leitos de internação.

TIPO DE LEITO	LEITOS CADASTRADOS NO CNES	LEITOS ATIVOS
GINECOLOGIA CIRURGICA	03	05
CLÍNICA GERAL	02	02
NEONATOLOGIA	04	04
OBSTETRÍCIA CLÍNICA	23	22
OBSTETRÍCIA CIRURGICA	06	06
PEDIATRIA CLÍNICA	15	07
TOTAL	53	46

Fonte: Setor de Estatística e Regulação em Saúde/HUAB.

Os serviços são oferecidos por meio do processo de Contratualização hospitalar realizado, inicialmente, entre a UFRN e a SESAP/RN, quando o município de Santa Cruz não possuía gestão plena do sistema. Em 2008, houve um convênio firmado para que o HUAB oferecesse atenção à saúde a nível ambulatorial e hospitalar. Posteriormente, em 2012, o convênio foi firmado entre a universidade e a SSMSC com o mesmo objetivo da Contratualização anterior. A mais recente se deu por meio do contrato de nº 001/2014 da Secretaria Municipal de Saúde, datado de 10 de agosto de 2014.

Atualmente, o serviço ambulatorial do hospital oferece atendimento nas várias áreas profissionais. Assim, o acesso ao atendimento do **Ambulatório Especializado (ANEXO 1)** e aos **Serviços de Apoio Diagnóstico (ANEXO 2)** é integrado ao SUS e regulado pela Coordenação Municipal de Regulação – Santa Cruz/RN. Para os atendimentos de RAIO - X, as triagens neonatais (teste da linguinha, teste do olhinho, teste da orelhinha, teste do pezinho e teste do coraçãozinho), consulta materno infantil puerperal e planejamento familiar a marcação é realizada direto na instituição.

Ao considerar o fluxo para o atendimento ambulatorial no hospital, se tem inicialmente o usuário referenciado pela Atenção Básica a Saúde (ABS), cuja autorização é de responsabilidade dos administradores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) junto à regulação da contratualização, em seguida, repassa para os usuários, os quais são responsáveis pelo devido agendamento.

Esse agendamento é coordenado pela equipe de gerenciamento ambulatorial que executa e monitora toda programação através do Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários (AGHU). Sempre que for necessário dar prosseguimento às consultas, os agendamentos passam a ser realizados no próprio hospital. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Imagem é responsável pela realização de exames de imagem e laboratoriais dos pacientes internados no hospital, dos que estão no serviço do ambulatório e dos que são referenciados de outras instituições apenas para esse fim, porém, para serem realizados têm que haver sua devida autorização efetuada pela Secretaria de Saúde.

Como dito anteriormente, o hospital se organiza, principalmente, para dar resolutividade aos problemas de saúde demandados, entretanto, por ser trata de um hospital de ensino, se faz necessário a integração entre assistência e academia, para se pensar nos espaços assistências existentes na perspectiva de qualificar e fortalecer ainda mais o ensino, pesquisa e extensão. Tal realidade será apresentada a seguir.

1.4 PROMOVENDO A INSERÇÃO DO HUAB NO ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO.

O Hospital Universitário Ana Bezerra em consonância com a política de ensino, pesquisa e extensão da UFRN, mantém uma Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP), a qual administra uma infraestrutura capaz de oferecer campos de estágios para os cursos da área da saúde (medicina, enfermagem, fisioterapia, biomedicina, odontologia, nutrição, serviço social, psicologia e farmácia). Para dar suporte às atividades desenvolvidas, a GEP conta com uma equipe de quatro integrantes: um Gerente, um Chefe do Setor de Ensino, um Chefe do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica e um Chefe da Unidade de Telessaúde, sendo os mesmos responsáveis pelos projetos de ensino, pesquisa e extensão, tanto na graduação quanto no ensino técnico. A GEP também administra as questões referentes às coordenações das Residências Médicas e da Multiprofissional em Saúde.

Nesse sentido, o hospital é campo de práticas de ensino na área materno-infantil para a FACISA (Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi) e para a Escola de Medicina Multicampi. O curso de medicina pertence ao campus Caicó/RN (Sede), campus Currais Novos/RN e campus Santa Cruz. Em relação à FACISA, o primeiro curso, o de enfermagem, funcionou nas acomodações do HUAB e contou com as estruturas acadêmicas e de alguns profissionais para o seu pleno desenvolvimento, até que o prédio da FACISA e concursos para absorção de mais professores fossem totalmente consolidados. Na atualidade, o hospital também é campo de estágio para alguns cursos do campus central e comporta uma média de 250 alunos de graduação em estágio por semestre.

No que diz respeito a pós-graduação possui 04 programas de residência em saúde: Residência Médica em Pediatria, em Saúde da Família e Comunidade e em Ginecologia e Obstetrícia, além da Residência Multiprofissional em Saúde, contemplando as profissões de enfermagem, farmácia, serviço social, fisioterapia, nutrição, psicologia e odontologia. Essa última, tem trazido um reconhecimento importante do bom trabalho assistencial do HUAB com enfoque multiprofissional, já que é uma das características marcantes do hospital, sendo reconhecido por professores e alunos que passam em estágio, bem como pelos usuários que são assistidos. Foi submetida recentemente para avaliação do Ministério da Educação (MEC) a Residência em anesthesiologia, que sendo aprovada, terá seu funcionamento previsto para março de 2016.

O Setor de Pesquisa por meio do grupo de pesquisa - “**O Cuidar na Saúde na Perspectiva Multiprofissional**” - é responsável pela gerência dos estudos científicos realizados no HUAB, o mesmo possui 21 pesquisadores cadastrados. Dentre os trabalhos realizados destacam-se aqueles produzidos por docentes e técnicos do próprio hospital.

Em 2014, o grupo produziu mais de 20 artigos na temática materno infantil, todos devidamente citados na Plataforma Lattes de seus diversos pesquisadores, e o setor cadastrou 26 novos projetos aplicando as mais diversas metodologias (ensaio clínicos, observacionais e estudos qualitativos). Também foi construído um projeto de fomento externo, e firmada parceria com a Universidade de São Paulo para um outro projeto aprovado no Programa de Pós-doutorado de Neurociências e Comportamento da USP.

A GEP articulou os seguintes cursos: “O curso Básico de Pesquisa Clínica” do MS e o “Curso de Saúde Baseado em Evidência” do Hospital Sírio Libanês. Os mesmos tiveram o intuito de promover a formação e atualização da equipe, assim como docentes, preceptores e residentes. Na perspectiva de aprimorar a produção científica dos pesquisadores inseridos no hospital, montou-se uma oficina para elaboração de artigos científicos e uma oficina para discussões metodológicas dos artigos em andamento nas temáticas materno infantil.

Ressaltamos que, atualmente, a citada gerência tem participado do Comitê de Ética em Pesquisa da FACISA como membro integrante do colegiado, unidade a qual o HUAB está cadastrado via CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa). Destaca-se a ampliação de espaços de discussões sobre novas temáticas para o auxílio e orientações em fomentos externos à universidade (CAPES, CNPQ, MS, etc). Além disso, a expansão no número de vagas das residências médicas contribuirá ainda mais para a consolidação das atividades de pesquisa do HUAB, visto que a conclusão das Residências em Saúde, está condicionada à elaboração e submissão de um artigo científico.

Os projetos de extensão, também vinculados ao ensino, tem atuado como uma excelente estratégia articuladora entre os profissionais da saúde, os pacientes e os discentes de diferentes cursos (técnico, graduação e pós-graduação) que se utilizam das instalações e dos serviços oferecidos pelo hospital, fortalecendo a integração ensino/serviço.

As atividades de extensão (**ANEXO 3**) estão vinculadas ao programa de extensão da unidade denominado “Programa H.U.A.B: HUmanizar, Acolher, Bem-cuidar”. O programa possui como meta de trabalho dignificar as relações mantidas entre a instituição, seus profissionais e os usuários, oferecendo serviços de qualidade e atenção integral desde a porta de entrada até o nível de atendimento ambulatorial e/ou hospitalar. A expectativa, com

a consecução da proposta, foi ofertar aos usuários do serviço uma assistência que transcenda os limites da concepção biológica do processo saúde-doença, remetendo os estudantes integrantes a uma prática transformadora e comprometida com o bem-estar da população e da sociedade em geral.

Ainda nessa perspectiva, atendendo as potencialidades do hospital e necessidades de ensino da região e estado, o HUAB vem reiterando as possibilidades de configurar-se como centro formador de referência em recursos humanos para assistência obstétrica no estado. Para isso, vem reforçando vínculos com universidades e instituições de ensino, bem como, capacitando seus profissionais na perspectiva de se tornarem multiplicadores em saúde.

No intuito de fortalecer o referido hospital como sendo esse centro formador, implementou-se, por meio de uma parceria entre a GEP e a Divisão de Gestão de Pessoas (DIVGP), o Núcleo de Educação Permanente (NEP), com o objetivo de qualificar os profissionais da saúde que prestam assistência e realizam preceptoria, além de capacitar os profissionais da RAS.

Para tal, as atividades foram planejadas e executadas a partir de um plano de trabalho que possui seis ações estruturantes, a saber: estruturação da GEP; formação de preceptores comprometidos com o processo de educação em serviço; promover o fortalecimento das residências em saúde; fortalecer as atividades da formação no âmbito da graduação; incrementar as pesquisas e; sistematizar informações referentes as ações de ensino, pesquisa e extensão realizadas.

Esse plano de trabalho tem acompanhamento sistemático tanto pela GEP quanto pela equipe de ensino e pesquisa da EBSEH, por meio de videoconferências. O instrumento obteve cerca de 90% de êxito e as metas não cumpridas já constam no plano de trabalho para 2016.

Com o foco na excelência no processo de formação é que o hospital se planeja e se estrutura, buscando sempre consolidar dispositivos que ampliem e qualifiquem o ensino, a pesquisa e a extensão no interior do estado, sem perder a sua principal essência, a humanização na assistência.

1.5 CONHECENDO O HISTÓRICO DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO HUAB.

Desde a definição do seu perfil assistencial materno-infantil, o HUAB sempre buscou qualificar os processos assistenciais pautado nas políticas de humanização. Dentro dessas

premissas, desde 1996, a instituição implantou o Projeto de Gestão Humanizada, tendo como objetivo fundamental aprimorar a relação entre os profissionais da instituição, desses como os usuários e do hospital com a comunidade. Como resultado deste empenho recebeu no ano de 1996 o título de hospital Amigo da Criança.

Em 1997 implementou a brinquedoteca hospitalar e, como reconhecimento de experiências exitosas na realização do parto humanizado recebeu em 2000 o prêmio “Galba de Araújo” (BRASIL, 2000) (FIGURA 5). Em 2002, ratificado em 2011, por desenvolver ações efetivas que primam pela transformação social, o hospital foi reconhecido pela fundação Banco do Brasil como a que realiza tecnologia social.

FIGURA 5 - Prêmio Galba de Araújo, 2000.



Fonte: Arquivo HUAB.

Em sua estrutura atual oferece a assistência materno-infantil em 53 leitos cadastrados no CNES à disposição do SUS. Para melhorar a qualidade assistencial e contemplando o desenho regional da rede cegonha, o hospital finalizou a reforma da estrutura PPP contemplando 10 espaços específicos para garantir o acesso ao serviço e o cuidado ao parto de forma integral. Também foi concluída a reforma e ampliação de 03 salas de cirurgia. Ressalta-se ainda que está em processo de finalização a reforma para implantação de 10 leitos de UTI Neonatal.

A unidade PPP foi instituída com a participação da equipe multiprofissional na condução dos partos de risco habitual. Nesse contexto, o enfermeiro obstetra é a referência organizativa, sendo a integração da equipe o principal diferencial na assistência obstétrica.

Com foco na qualidade assistencial e administrativa, foi implantado o “*check list*” do parto seguro, que, no momento encontra-se em processo de implementação com a participação de toda a equipe.

Nos quadros de mulheres em abortamento e óbito fetal intrauterino (OFIU), há um tratamento diferenciado por considerar esse como período de maior sofrimento para a usuária e sua família. As usuárias são acompanhadas por todos os profissionais da assistência, principalmente médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social, ficando em enfermaria separada, com seu acompanhante, evitando o contato com as puérperas com recém-nascidos.

Outros dispositivos preconizados pela PNH foram implementados, a saber: Visita Aberta, Presença do Acompanhante no Processo de Parto e o Acolhimento e Classificação de Risco. As Linhas de Cuidado encontram-se em fase de consolidação. Há nesse contexto, a garantia do Registro de Nascimento na alta hospitalar, bem como a realização dos testes de triagem ao bebê. O Hospital oferece ainda a consulta do 5º dia para o binômio mãe-bebê e esses são atendidos pela equipe multiprofissional nos primeiros dias pós-parto. É garantida a continuidade do vínculo com o Hospital até os 45 dias de vida do bebê. No contexto da Política de Humanização da Assistência hospitalar, se destaca o Programa **Humanizar, Acolher e Bem Cuidar (HUAB)**.

Vale destacar, a postura humanizada assumida pela instituição e seus colaboradores, baseando-se no PNH, bem como no Programa Humaniza SUS, que visa a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores, gestores e demais integrantes da RAS. É prioridade de gestão os processos construídos e balizados pela política (BRASIL, 2015a). Nesse sentido, será apresentado a seguir todo o processo de gestão vivenciado pelo HUAB.

1.6 CONTEXTUALIZANDO OS PROCESSOS DE GESTÃO DO HUAB.

Desde 1999, quando implantou o Projeto de Gestão Humanizada, o HUAB tem como objetivo principal aprimorar as relações entre profissionais de saúde e usuário, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade e com os outros serviços. Vale enfatizar que existe um cenário favorável, pois desde então, foi construída uma cultura organizacional susceptível às mudanças, com foco na melhoria do cuidado prestado à população.

Assim, ao longo dos anos o HUAB vem evoluindo nos processos de gestão. Em 2004 foi instituído o Conselho Gestor formado com representação da comunidade, dos trabalhadores de saúde do HUAB e do governo, respeitando a paridade, através da portaria

414/04-r, de 11 de agosto de 2004. Posteriormente, a composição foi reformulada para contemplar a representatividade da academia, por meio da portaria nº 1.513/12-r, de 21 de setembro de 2012.

Este Conselho Gestor, de caráter deliberativo e consultivo, constituiu o elo entre a comunidade e a administração do Hospital, com a finalidade de promover a participação da sociedade na gestão da referida instituição, objetivando a qualidade e a satisfação do usuário. Formado por 12 membros, sendo seis da comunidade interna e seis membros da comunidade externa, discutia e deliberava sobre todas as políticas institucionais.

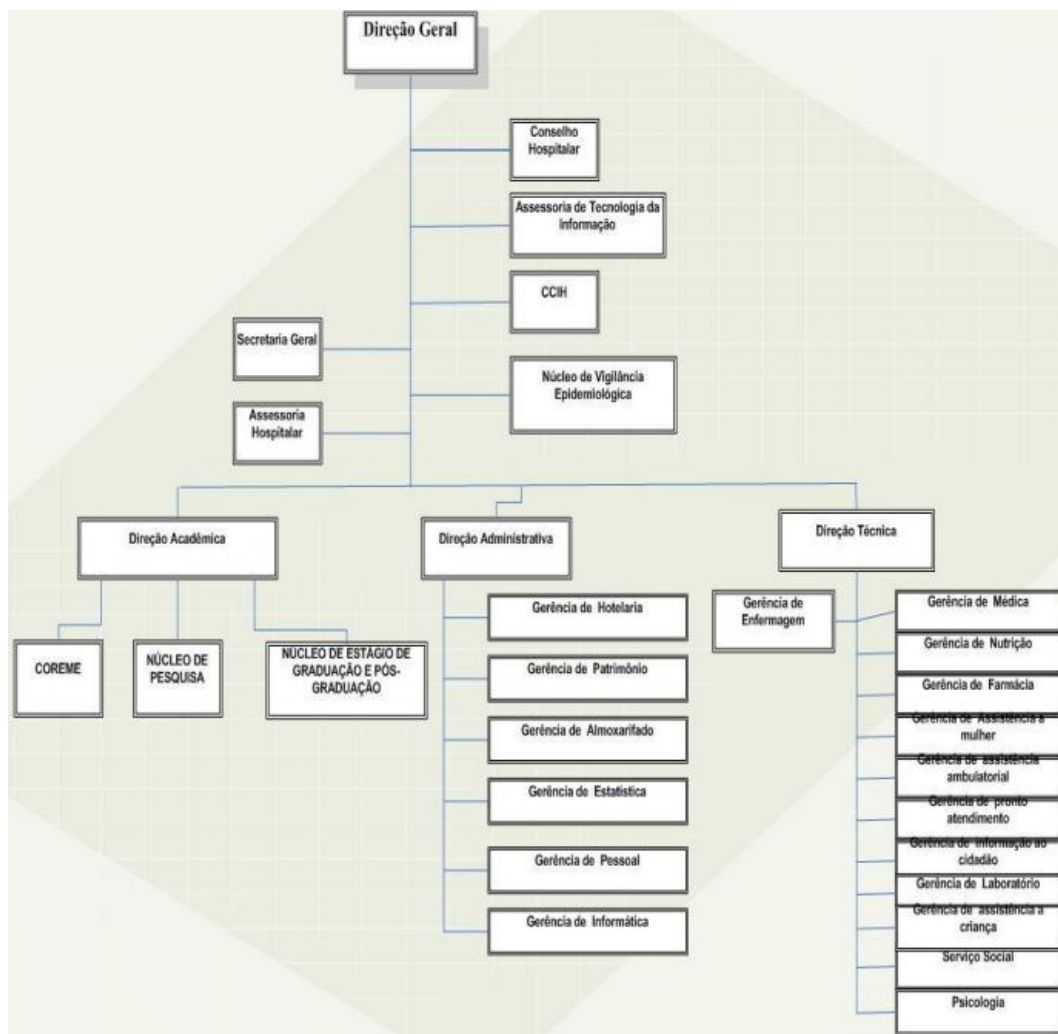
Foram implantadas ainda as unidades funcionais como forma de modernizar a gestão, além de favorecer a participação dos colaboradores na condução das unidades. A discussão da mudança de organograma (FIGURA 6) sempre foi uma constante, com o objetivo de horizontalizar a administração dos serviços.

Ademais, é realizado anualmente o planejamento estratégico do HUAB com representação de todas as categorias do hospital. Portanto, a colaboração com a construção do planejamento é realizada por funcionários da assistência, da academia e da administração, bem como pelos gestores e suas metas embasadas na missão institucional: *“Prestar assistência materno infantil, qualificada e humanizada, servindo a um ensino voltado para uma formação cidadã”*.

Na perspectiva de viabilizar o planejado faz-se necessário compreender a lógica de financiamento do serviço. Os recursos para a manutenção dos Hospitais Universitários, vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior, são originados principalmente dos Ministérios da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS).

Nas décadas de 1990 e 2000 estes hospitais enfrentaram grande crise financeira em função de dificuldades de financiamento de suas atividades. Objetivando solucionar o problema da crise, em 2004, o MS apresentou um novo modelo de financiamento e alocação de recursos, por meio de orçamentação mista do custeio do hospital. Neste novo modelo, o financiamento está condicionado ao desempenho do hospital, sendo os recursos alocados conforme componentes fixos e variáveis (BRASIL, 2004).

FIGURA 6 - Estrutura Organizacional HUAB, 2008.



Fonte: Unidade de Planejamento HUAB (2008).

O financiamento passa, então, a ser orçado sob forma mista, apresentando valores pré-fixados (para os componentes fixos) e pós-fixados (para os componentes que são variáveis). A produção dos serviços ambulatoriais e hospitalares, financiada pelo SUS, integra os cálculos para estabelecimento do financiamento tanto no componente fixo da orçamentação, quanto no variável.

Mais tarde, em 2013, este modelo é estendido para toda a rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, pela Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), a partir da publicação da Portaria nº 3390/2013-MS (BRASIL, 2013).

É reforçado, então, o instrumento da Contratualização com a finalidade de formalizar a relação entre gestores de saúde e hospitais integrantes do SUS, por meio de estabelecimento de compromissos entre as partes, promovendo a qualificação da assistência, da gestão hospitalar e do ensino/pesquisa (BRASIL, 2013a).

Atualmente, o HUAB mantém compromisso com a SMSSC pelo Contrato nº 001/2014-SMS (QUADRO 2), que estabelece metas quantitativas e qualitativas para todos os eixos temáticos da PNHOSP (BRASIL, 2013).

QUADRO 2 – Contratualização do HUAB pela SMS (Valores fixos: pré-fixados).

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DA RECEITA	Mensal (R\$)	Anual (R\$)
Média Complexidade Ambulatorial (R\$ 43.383,89/mês) e hospitalar (R\$ 156.833,40/mês)	200.217,29	2.402.607,48
IGH	15.357,16	184.285,92
Incentivo 100% SUS – Portaria 929 e 907	3.221,78	38.661,36
Incentivo FIDEPS	20.000,00	240.000,00
Incentivo do Programa Interministerial de Reforço e Manutenção dos HU's – Portaria 775/2005-GM	11.804,17	141.650,04
Incentivo para o Custeio e Manutenção dos HU's – Portaria 73/2009-GM/MS	24.177,75	290.133,00
Incentivo REHUF – Portarias 1929/2010-GM/MS e 883/2010-MEC/MS/MP	14.397,84	172.774,08
Total dos valores Pré-fixados	289.175,99	3.470.111,88

Fonte: Divisão de Administração e Finanças/HUAB (2015).

O valor recebido mensalmente pelo HUAB é insuficiente para atender todas as demandas por insumos e serviços, originadas das atividades realizadas na assistência à saúde, no ensino e na pesquisa.

Os recursos constantes na programação orçamentária do referido contrato estão embasados nos valores da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Historicamente, os valores constantes nas tabelas de financiamento do SUS são incapazes de cobrir os custos dos procedimentos realizados, por apresentarem-se defasados.

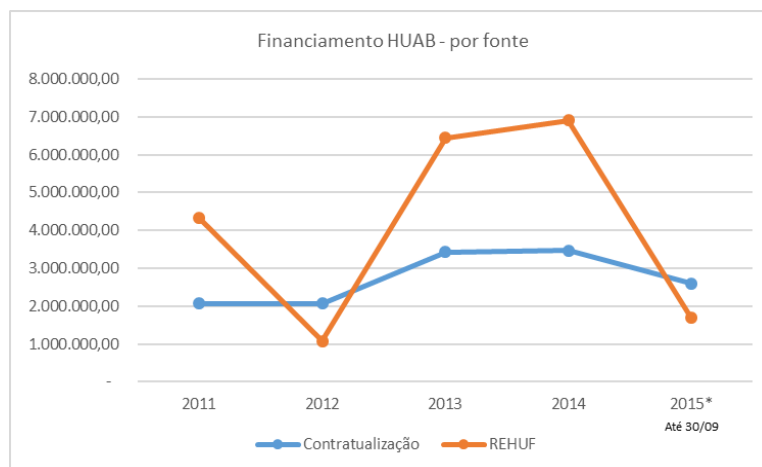
Visando minimizar este problema, os Ministérios da Educação e da Saúde implementaram um Programa Interministerial de Reforço à Manutenção dos Hospitais Universitários Federais, criando, pela Portaria 2223/2002-MS, um adicional mensal para incentivo aos HU's federais vinculados ao MEC, com recursos do Fundo de Ações Estratégicas – FAEC, do Ministério da Saúde.

Este programa é aperfeiçoado e, em 2010, o Governo Federal, através do Decreto 7082 (regulamentado pela Portaria Interministerial nº 883-MS), instituiu pelo Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) que tem como objetivo financiar os HUFs de forma a garantir a cobertura das despesas correntes e, progressivamente, investimentos para infraestrutura e parque tecnológico (BRASIL, 2010).

A expectativa era que os investimentos deste programa conseguissem dotar os hospitais de condições estruturais e de gestão que os permitam exercer plenamente suas atividades assistenciais e acadêmicas, se configurando uma nova fase dos hospitais. Nesse contexto, no HUAB, houve a ampliação do centro cirúrgico, bem como a reforma das enfermarias tipo PPP, UTI neonatal e a construção da subestação de energia que irá proporcionar o funcionamento de novos serviços.

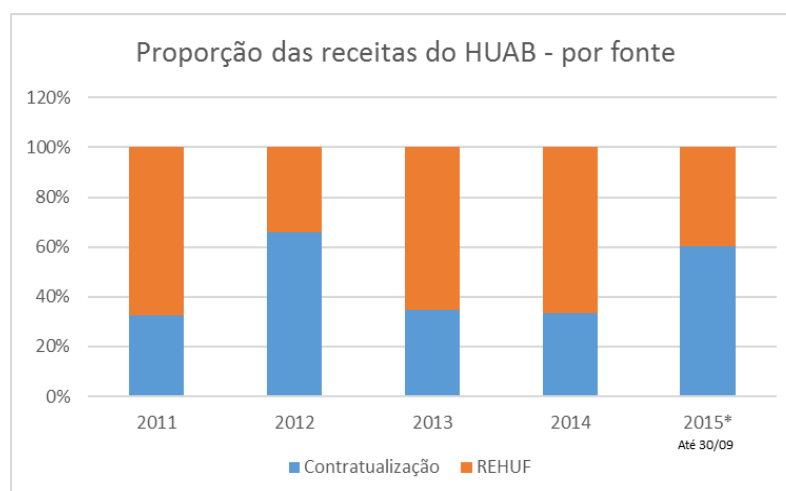
Desde a criação do REHUF, o HUAB recebeu mais de 20 milhões de reais. Estes recursos foram empregados na manutenção do hospital (insumos e serviços), obras e reformas, bem como na aquisição de equipamentos e materiais permanentes. Os recursos oriundos do REHUF representam uma parcela significativa no financiamento do HUAB (FIGURA 7 e FIGURA 8).

FIGURA 7 - Financiamento do HUAB - por fonte - em R\$ (reais).



Fonte: Divisão de Administração e Finanças/HUAB (2015).

FIGURA 8 - Proporção das Receitas do HUAB - por fonte - em %



Fonte: Divisão de Administração e Finanças/HUAB (2015).

Em média, os recursos oriundos do REHUF representam 55% do total de receitas do HUAB, enquanto que a Contratualização equivale a 45%.

É inegável a contribuição que o Programa REHUF tem trazido para a manutenção das atividades do HUAB, financiando mais da metade de seus gastos com custeio e investimentos. Porém, para garantir sua autossustentabilidade financeira, o hospital precisa qualificar melhor sua prestação de serviços de assistência à saúde, ampliando as ações de procedimentos hospitalares de média e alta complexidades. Para tanto, necessita utilizar toda sua capacidade instalada, aumentando, inclusive, a taxa de ocupação, bem como a complexidade hospitalar.

Ainda na perspectiva de uma assistência e ensino de qualidade o MS e ME instituíram a certificação hospitalar por meio da portaria interministerial 2400 de 02 de outubro de 2004 que estabelece os requisitos para a certificação como hospitais de ensino (BRASIL, 2004a). Nesse contexto, o HUAB foi reconhecido como hospital de ensino nos anos de 2005, 2008 e 2013 (QUADRO 3). Esse processo colaborou para o crescimento da instituição, levando em consideração a necessidade de melhoria constante.

Recentemente foi publicada a portaria 285 de 24 de março de 2015, que redefine o programa de certificação dos hospitais de ensino com um nível de exigência ainda maior em relação a portaria anterior (BRASIL, 2015b).

QUADRO 3 - Hospitais de ensino certificados em 2013.

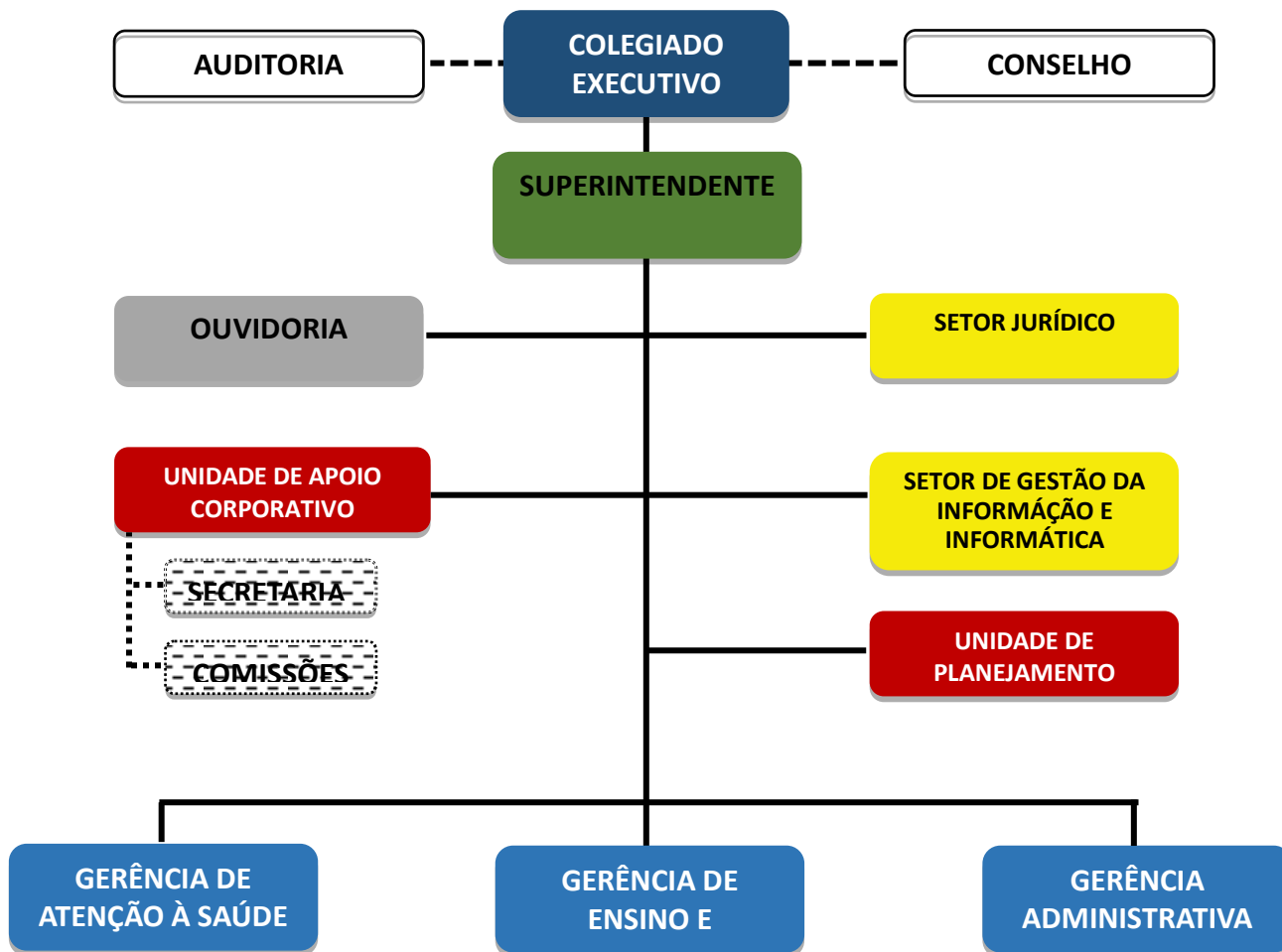
UF	MUNICÍPIO	HOSPITAL	CNPJ	CNES
SC	Florianópolis	Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (UFSC)	83.899.526/0001-82	3157245
CE	Fortaleza	Hospital Infantil Albert Sabin	07.954.571/0038-04	2563681
RN	Santa Cruz	Hospital Universitário Ana Bezerra	00.394.445/0271-31	4014111
RJ	Rio de Janeiro	Maternidade Escola da UFRJ	33.663.683/0052-66	2270021
MG	Alfenas	Hospital Universitário Alzira Velano	17.878.554/0003-50	2171988
MG	Itajubá	Hospital Escola de Itajubá	21.040.696/0003-11	2208857
SP	São Paulo	Maternidade Leonor Mendes de Barros	46.374.500/0117-14	2077701

Fonte: BRASIL (2013).

No intuito de fortalecimento da gestão, desde o ano de 2013, o HUAB está sob a gestão da EBSEH, de acordo com contrato firmado entre a UFRN e a EBSEH nos termos do artigo 6º da Lei nº 12.550/2011, mantendo sua característica de hospital de ensino e pesquisa, cujo objetivo é a qualificação dos processos assistenciais e o fortalecimento de ações acadêmicas, em consonância com a missão institucional (BRASIL, 2011). Então, por meio da assinatura do contrato de nº 055/2013 foi formalizado a gestão do hospital à

EBSERH, nesse momento com um novo organograma (FIGURA 9). Como consequência a estrutura de governança foi modificada.

FIGURA 9 - Estrutura Organizacional HUAB, 2013.



Fonte: EBSEH (2013).

Foi ainda elaborado nesse momento, o plano de reestruturação do HUAB, que constitui instrumento anexo ao contrato de gestão com o hospital, objetivando estabelecer ações estratégicas e metas para o ano de 2013, a partir das necessidades identificadas.

Tal plano é um instrumento de pactuação de compromissos entre a EBSEH e o Hospital, além de configurar um subsídio para a melhoria da gestão e dos resultados. A implementação dessas ações, no âmbito do processo de adesão à EBSEH, foi a concretização de um trabalho conjunto a ser iniciado, na busca do padrão desejado para os hospitais universitários: assistência de excelência no atendimento às necessidades de saúde da população, com condições adequadas para a geração de conhecimento e para a formação profissional.

Outro componente essencial para o desenvolvimento institucional diz respeito a política de Gestão de Pessoas, que a exemplo dos demais hospitais universitários integrantes da UFRN, passou por vários estágios de desenvolvimento desde sua fundação e afiliação ao sistema federal.

Os hospitais universitários da UFRN sempre mantiveram relativa autonomia de gestão em relação ao poder central, ou ao menos possuíam réplicas menores de unidades gestoras de finanças, material, patrimônio e pessoas. A estrutura inicial de gestão de pessoas (1979) era composta apenas do DP – Departamento de Pessoal, em nível central (reitoria) e se replicava no HUAB apenas na pessoa de um funcionário para cuidar dos registros funcionais, além de diversas outras tarefas administrativas.

Em 1982 ocorre o primeiro concurso público especialmente para os hospitais universitários e, nesse momento inaugura-se um relativo planejamento de recursos humanos a partir das demandas acadêmicas e também assistenciais. Gradativamente, o nível central de gestão (reitoria) vai se reestruturando e dando lugar a novas subunidades gestoras.

Em decorrência do aumento dos quadros de docentes e funcionários, o DP cresce e se complexifica por meio de vários setores: admissão, cadastro, benefícios e aposentadoria, e pagamento. No início dos anos 90 já havia também um setor responsável pelas questões relativas à saúde dos funcionários, também ligado ao DP.

Percebe-se que ao longo dos anos inexistia, no âmbito dos hospitais, unidade estruturada de gestão de pessoas, mas apenas funcionários responsáveis por gerar informações demandadas pelo nível central. Porém, a partir de 1995, com a criação da Pró-Reitoria de Recursos Humanos na UFRN (PRH/UFRN) e, nos anos subsequentes com a adoção de novo modelo administrativo no HUAB, surgiu o setor de Recursos Humanos (RH) no âmbito local do hospital. A partir de então, o hospital passou a participar de atividades propostas e desenvolvidas pela PRH/UFRN e a, ele próprio, criar atividades demandadas pelos funcionários.

A despeito da criação da PRH e seus departamentos (Departamento de Administração de Pessoal, Departamento de Assistência ao Servidor e o Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos), as suas ações não conseguiram efetivamente ser aplicadas no HUAB. A distância física é um dos pontos que trazem dificuldade para o alcance dos resultados esperados para a área de gestão de pessoas no hospital.

Vale ressaltar os notáveis esforços das equipes que se sucederam no período de 1998 até 2014, em busca de resultados positivos. No entanto, esse período foi marcado por

uma forte crise nos hospitais, notadamente no que concerne a contratação de pessoal. Contratações diminutas e precarizadas, bem como acompanhamento e avaliação dificultados fizeram urgir o programa REHUF, citado anteriormente e culminar na criação e implantação/adesão da EBSEH. A UFRN, apesar de evoluir nesse período para uma gestão mais moderna, se deparava com dificuldades na inclusão dos hospitais nessa evolução:

a) sistemas de informação - criados para toda UFRN não funcionavam bem no HUAB, pois não havia infraestrutura para tal. Logo, a parte de administração de pessoal (amplamente informatizada) restava prejudicada;

b) atenção à saúde, pericia e segurança no trabalho – a política e os programas não eram acompanhados de modo sistemático e ágil;

c) capacitação e qualificação de pessoas – o arrojado programa da UFRN não se refletia com a mesma força e diversidade no HUAB, principalmente por falta de estrutura e pessoal para atendimento em localidades distantes da capital;

d) dificuldade na execução de demais mecanismos de gestão de pessoas local.

Tais pontos acima descrito gerava insatisfação por parte do quadro de servidores e, em particular, daqueles que respondiam pelo RH local. Essa situação agravava ainda mais a carência de pessoal efetivo e a falta de perspectiva de mudanças.

A assinatura do contrato entre a UFRN e EBSEH, possibilitou à administração do HUAB enfatizar a atenção acerca da gestão de pessoas. Tal atenção, já integrada ao princípio de humanização na atenção à saúde, tem sido estendida como marca no trato com as pessoas que integram as equipes de trabalho.

Essa ênfase às pessoas se refletiu na opção em dotar a estrutura gestora de uma Divisão de Gestão de Pessoas (composta por duas unidades), quando originalmente seria apenas um setor, e constituí-la com servidores motivados pelo desafio e em aprendizado constante.

Cabe salientar que, no passado próximo, todos os servidores do Setor de Recursos Humanos (denominação anterior) eram terceirizados e não tínhamos um gestor que pudesse se dedicar integralmente a esse setor. Portanto, o quadro atual denota uma perspectiva de evolução e oportunidade de planejar, desenvolver e acompanhar melhor as pessoas em seu trabalho.

Nessa perspectiva, a Divisão de Gestão de Pessoas do HUAB-UFRN/EBSERH busca assegurar a implementação das políticas e práticas de gestão de pessoas alinhadas às estratégias institucionais e às expectativas e necessidades dos colaboradores.

Ainda contextualizando a gestão do HUAB no início de 2014, dentro do contexto do REHUF a fim de diagnosticar e propor soluções para os problemas específicos de sua rede dos hospitais universitários federais foi dado início ao processo implantação do projeto AGHU no HUAB, em fevereiro de 2014. Essa iniciativa trouxe muitos benefícios para o hospital, proporcionando aprimoramento dos processos de atendimento, prontuário eletrônico e indicadores que permitem transparência e uma gestão eficiente. Além do AGHU, outros sistemas foram implementados como os SIGs contratos e protocolos da EBSERH, permitindo a gestão de contratos e protocolos de forma digital.

Frente aos desafios contextualizados a equipe gerencial sente a necessidade de fortalecimento dos seus processos de trabalho, buscando a expansão e excelência dos serviços prestados a comunidade. Deste modo, contamos com o apoio da equipe do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês (IEP/HSL) que, por intermédio da EBSERH, vem proporcionando um curso que objetiva apoiar a equipe gestora e lideranças do HUAB para o desenvolvimento de competências gerenciais e para a construção do Plano Diretor Estratégico.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Planejar ações estratégicas que promovam melhorias nos processos administrativos, assistenciais e de ensino e pesquisa, fortalecendo a missão institucional em consonância aos princípios do SUS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer a integração entre a equipe gestora e colaboradores;
- Estimular a reflexão sobre questões relacionadas ao desenvolvimento institucional;
- Levantar oportunidades de melhoria identificadas a partir da Análise Diagnóstica Situacional;
- Proporcionar melhoria na Infraestrutura física, tecnológica e de informação frente ao atual perfil de atenção a saúde;
- Promover a absorção e fixação de médicos no HUAB;
- Melhorar a gestão de insumos, processos e pessoas.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

O PDE do HUAB foi construído, a partir do Planejamento Estratégico Situacional (MATUS, 1993).

3.1 PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DO PDE

No intuito de orientar a formatação do Programa de Desenvolvimento de Competências (PDC) e a construção do PDE, a EBSE RH apresentou à Superintendência da instituição a sua proposta (FIGURA 10) atrelada à formação de chefias da instituição por meio do Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários, organizado pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês (IEP/HSL).

FIGURA 10 - Representação dos eixos de trabalho do PDE.



Fonte: O autor (2015).

Assim, percebe-se que o Projeto de Capacitação e Planos Diretores inclui, além do Curso de Capacitação em Gestão dos Hospitais Universitários do SUS para a equipe de governança, apoio e consultoria para construção do PDE direcionado para as reais necessidades dos HUs, bem como avaliação e construção de termos de referência para adequação às boas práticas e qualidade da assistência hospitalar.

O grupo de trabalho foi composto por especialistas da matriz, do HSL e, articuladores e equipe gestora dos HUs, tendo como diretriz a integração na realidade dos hospitais, a proximidade e disponibilidade e construção conjunta do processo de melhoria contínua.

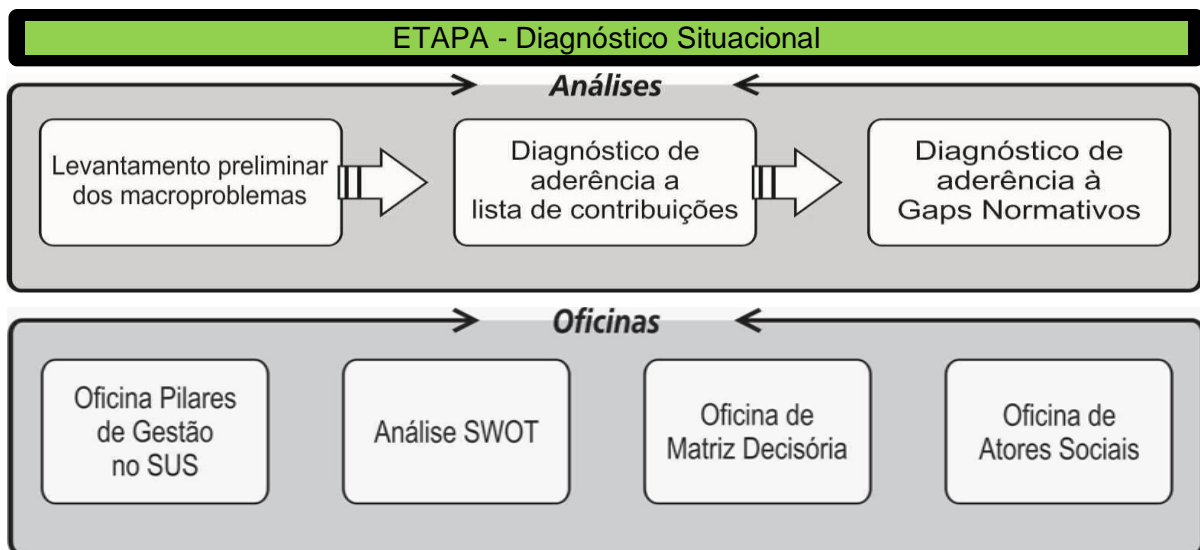
Na nossa instituição, antes da inicialização das atividades para a construção do PDE, foi realizada uma ampla discussão entre a equipe de governança e os demais colaboradores, para a compreensão e entendimento da conjuntura em que o PDE seria

construído. Para isso, foi feito o resgate histórico por meio da documentação existente e da memória dos colaboradores. A partir disso evoluiu-se para um diagnóstico sanitário da V URSAP, pela busca sistematizada no sitio do DATASUS (BRASIL, 2015), de onde foram extraídos dados, logo transformados em informações. Essas, por sua vez, favoreceram o entendimento dos fluxos assistenciais, contexto socioeconômico sanitário, demografia e perfil de morbimortalidade da população da macrorregião.

Ao mesmo tempo, todo o staff do HUAB foi mobilizado para que apresentassem o descritivo do hospital, que perpassou desde o seu financiamento, recursos humanos, estrutura e reestruturação física e gerencial, entre outros descritivos da realidade do hospital. Esse momento supracitado foi de extrema importância, por ser esclarecedor e fomentador de discussão, uma vez que, grande parte dos colaboradores se inseriram na instituição com a chegada da EBSEH. A partir desse entendimento se traçou a delimitação da real vocação da instituição e como essa reflete e potencializa a sua missão.

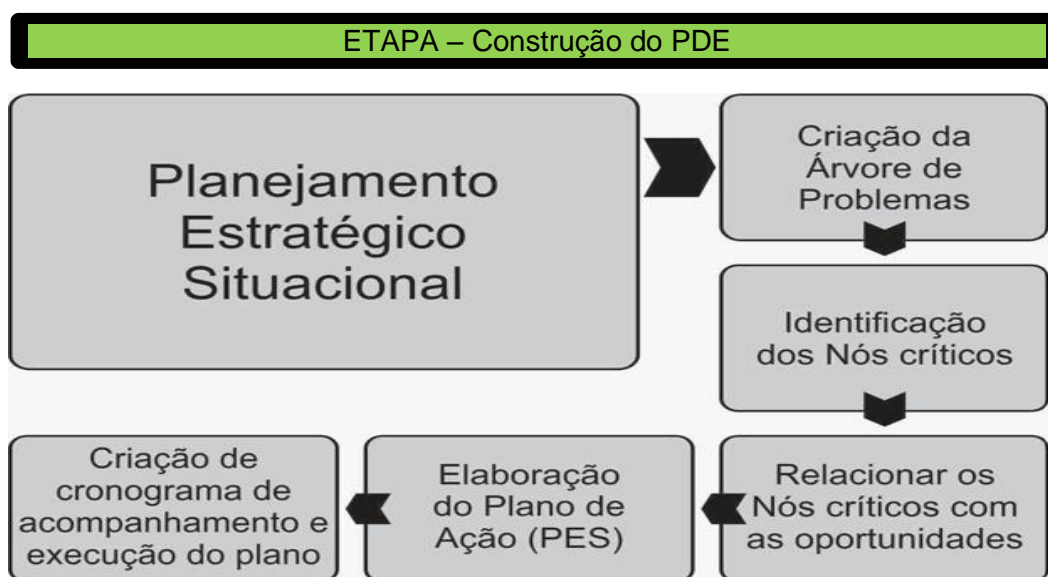
Apropriados deste contexto e, no intuito de cumprir o objetivo proposto pelo curso, seguimos os seguintes fluxos do percurso metodológico, os quais estão representados nas figuras 11 e 12.

FIGURA 11 - Fluxo para o diagnóstico situacional do HUAB.



Fonte: O autor (2015).

FIGURA 12 - Fluxo para a construção do PDE



Fonte: O autor (2015).

Cada uma das etapas, posteriormente, será apresentada e explicada de maneira detalhada, entretanto, se faz necessário a apresentação da metodologia de aprendizagem utilizada, pois ela permeia todas as atividades desenvolvidas.

3.2 METODOLOGIA DE APRENDIZAGEM

Neste tópico segue a metodologia de aprendizagem adotada pelo curso, a qual foi baseada na espiral construtivista e ancorada na (s): Teorias Interacionistas da Educação; Metodologia Ativa; Aprendizagem Significativa; Integração Teoria-prática; Dialogia (PADILHA et al., 2015).

FIGURA 13 - Espiral Construtivista



Fonte: Caderno de textos do Instituto de Ensino e Pesquisa do HSL (2015).

Segundo o caderno do curso (PADILHA et al., 2015, p. 20), dentre as etapas que constituem a espiral construtivista, pode-se citar:

- A **identificação do problema formulando explicações**: nesta etapa é permitido que cada participante explicita suas ideias, percepções, sentimentos e valores prévios, trazendo à tona os fenômenos que já conhece. O exercício de suposições, conjecturas e proposições favorece a expansão das fronteiras de aprendizagem e auxilia na elaboração das questões de aprendizagem que irão desafiar as fronteiras identificadas.

- **Elaborando questões de aprendizagem**: nesta etapa, formulam-se questões que representam as necessidades de aprendizagem e orientam a busca de novas informações, as quais irão proporcionar o enfrentamento do problema identificado, trazendo a objetividade e o foco para o estudo individual dos participantes.

- **Busca de novas informações**: esta etapa busca estimular a pesquisa de novas informações, as quais devem ser realizadas pelos participantes. O acesso às bases remotas de dados é estimulado por meio de capacitações para a busca e análise crítica de informações.

- **Construindo novos significados**: a construção de novos significados é um produto do confronto entre os saberes prévios e as novas informações trazidas pelas pesquisas/ buscas realizadas. Todos os conteúdos compartilhados devem receber um tratamento de análise e crítica, devendo-se considerar as evidências apresentadas.

- **Avaliação do processo**: a avaliação formativa é realizada, verbalmente, ao final de cada atividade e assume um papel fundamental na melhoria do processo. Todos devem fazer a autoavaliação focalizando seu processo individual de aprendizagem, e também, avaliar a construção coletiva do conhecimento.

Neste contexto, durante todo o curso foram utilizadas algumas estratégias educacionais (PADILHA et al., 2015, p. 26), a saber:

- **Situação-Problema**: Atividade organizada por meio de encontros em pequenos grupos para o processamento de situações baseadas no mundo do trabalho. As situações-problema são elaboradas pelos docentes especialistas, com apoio dos autores da proposta educacional do curso, e cumprem o papel de disparadoras do processo ensino-aprendizagem. São processadas em dois momentos, sendo o primeiro, denominado síntese provisória e o segundo nova síntese.

- **Narrativa Reflexiva**: Atividade organizada por meio de trabalho em pequenos grupos para o processamento de situações trazidas pelos participantes, a partir de suas próprias experiências. Também cumpre o papel de disparadora do processo ensino-aprendizagem. As narrativas proporcionam, de forma mais direta e intensa, a exploração e reflexão sobre os contextos locais de cada participante.

- **Aprendizagem baseada em equipe ou *team based learning* – TBL:** É desencadeada a partir de uma situação/contexto que funciona como disparador de aprendizagem. Cada participante analisa individualmente a situação ou os materiais indicados para um estudo prévio. Após esse estudo ou leitura, os participantes respondem a um conjunto de testes que abordam a tomada de decisão frente à situação/contexto em questão. Após compartilharem suas escolhas individuais, cada equipe discute as alternativas e busca um consenso ou pacto para a discussão dos resultados por equipe. As alternativas definidas pelas equipes são debatidas por um ou mais especialistas. Após os esclarecimentos e respostas às dúvidas das equipes, os especialistas apresentam desafios de aplicação dos conhecimentos em novas situações simuladas, no formato de oficinas, jogos ou dramatizações;

- **Oficina de trabalho:** Atividade presencial que pode ser realizada em pequenos ou grandes grupos orientados ao desenvolvimento de capacidades de caráter instrumental e de conhecimentos operacionais;

- **Viagem:** Atividade social e artística dentro de um contexto pedagógico que contribui para a aprendizagem de forma ampliada e diversificada. Pode ainda ser organizada de maneira articulada a uma oficina de trabalho.

- **Educação a distância - EAD:** Nessa modalidade de educação, o processo ensino-aprendizagem não ocorre presencialmente, sendo intermediado por tecnologias disponíveis que possibilitam interações síncronas (comunicação em tempo real, como por exemplo o chat) ou assíncronas (sem simultaneidade de participação, como por exemplo o fórum) entre participantes em diferentes localizações. Uma plataforma de aprendizagem virtual permite que educador e participantes desenvolvam atividades educacionais, socializem experiências, dados e informações, possibilitando a sistematização, a organização e a publicação de produções acadêmicas para suporte às atividades educacionais e de gestão acadêmica.

Tais estratégias estiveram presentes em todos os momentos de construção do PDE, tornando-se significativas para esse processo, assim como para o processo de desenvolvimento de competências da equipe gestora do HUAB.

3.3 CONSTRUÇÃO DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.

Neste tópico, respeitando a ordem cronológica dos acontecimentos, serão explicados todos os momentos que se fizeram presentes na etapa de diagnóstico situacional, apresentado anteriormente na forma de fluxo. Esse momento, por meio das visitas e oficinas, possibilitou a identificação das oportunidades de melhorias, as quais serviram para a construção do PDE e para o desenvolvimento de competências dos participantes.

3.3.1 Formação das equipes para discussão e deliberação do PDE.

Esta etapa consiste na formação do grupo que ficou responsável por discutir, construir e deliberar sobre o plano. Para isso, foi recomendada à Superintendência do HUAB a formação da equipe, chamada de ampliada, constituída por cerca de 20 colaboradores das seguintes áreas, a saber: Superintendência; Gerência de Atenção à Saúde; Gerência de Ensino e Pesquisa; Gerência Administrativa; Responsáveis pelas Divisões e Setores das Gerências supracitadas, como as lideranças da Divisão Médica, da Enfermagem, do Setor de Vigilância, de Pesquisa, de Ensino, de Orçamento, de Contabilidade, de Administração, de Engenharia Clínica, de Infraestrutura Física, de Hotelaria Hospitalar, de Suprimentos; do Jurídico, de TI, da Ouvidoria, do Planejamento, entre outras lideranças que o hospital considerou pertinentes.

O primeiro encontro com a proposta do IEP/HSL durante os dias 23 e 24 de outubro de 2014, oportunizou um contato inicial entre os facilitadores do HSL e a equipe da própria instituição. Por sua vez, para esse momento houve a recomendação para a Superintendência que os participantes deveriam compor uma equipe ampliada, formada por colaboradores de áreas diversas e estratégicas da instituição. No caso do HUAB, compareceram 32 pessoas na primeira oficina realizada no auditório da instituição.

QUADRO 4 - Lista de participantes da primeira reunião

Nome	Área ou função
Luiz Fernando Silva	Administrador
Carla Cilene A. Dantas Petrônio	Alojamento Conjunto
Adriana S. da Silva Rocha	Apoio Terapêutico
Maria do Socorro Abrantes	Centro Cirúrgico
Lívia Bianco	Cofacilitadora
Marco Antônio Diniz	Contabilidade
Raimundo Veríssimo Fernandes	Contabilidade
Claudio Bezerra Dantas	Divisão Administração e Finanças
Cláudio R. de Mello e Silva	Divisão Administração e Finanças
Quenia Camille S. Martins	Divisão de Enfermagem
Sonaira Larissa V. de Medeiros	Divisão de Gestão do Cuidado
Oswaldo de Goes	Enfermagem
Valeska Galdino da Silva	Enfermagem
Flavia Andreia P. S. dos Santos	Ensino e Pesquisa
Altair Massaro	Facilitador

Carolina Forgioni	Facilitadora apoio
Iarah Daniela D. Silva	Farmácia
Lukandda Cury de Medeiros Castro	Fisioterapia
Severino Clemente da Silva Filho	Gerencia administrativa
Quenia Camille S. Martins	Divisão de Enfermagem
Sonaira Larissa V. de Medeiros	Divisão de Gestão do Cuidado
Osvaldo de Goes	Enfermagem
Valeska Galdino da Silva	Enfermagem
Petrônio Souza	Gerencia Assistencial
Tércia Liêda Cardoso Bezerra	Gerencia de Pessoas- Desenvolvimento
Heloisa Mara Batista Fernandes	Laboratório
Ruze Cláudia Freitas Lima	Laboratório
Luiz Ricardo de Carvalho Arquiteto	Logística e Infraestrutura
Janaina Gomes de Paiva Amorim	Odontologia
Denise Soares de Almeida	Ouvidora
José C. R. C. T.	RC
Joana Darc do Nascimento	Regulação e Avaliação em Saúde
Jéssica Cristiane M da Silva	RH
Welton Rodrigues Medeiros	Serviço de Vigilância em Saúde
Edinara Lina de Oliveira	Serviço Social
Maria da Guia M. G. da Silva	Setor de Abastecimento
Ana Karla de S. Duarte	Setor de Administração
Maria Cláudia M.D. R.Costa	Superintendente

Fonte: O autor (2015).

Nas visitas presenciais dos facilitadores do IEP/HSL, trabalhou-se preferencialmente com a equipe ampliada, incluídos nas discussões com o intuito de agregar mais percepções e informações a esse diagnóstico. Para que o objetivo do atual e posteriores encontros fossem clarificados e a equipe do HSL fosse inserida na instituição, o primeiro contato se desenvolveu da seguinte maneira:

-Apresentação da equipe

Antes do início das atividades, foi realizada uma apresentação dos membros com o uso de dinâmicas de integração, em que cada participante se apresentou. Na oportunidade, foi discutida as responsabilidades e definição dos participantes nas próximas fases do projeto.

Outro aspecto importante a ser relatado foi o envolvimento entre a nova equipe de funcionários da EBSEH e a equipe gestora.

3.3.3 Levantamento preliminar dos macroproblemas.

O objetivo desta atividade foi principalmente a de valorizar a leitura prévia dos participantes sobre a realidade (atenção à saúde no hospital e na região) e a identificação de desconfortos, inquietudes e desassossegos em relação ao atual contexto/conjuntura do cuidado à saúde no hospital e região.

Esse momento possibilitou o entendimento e uma reflexão acerca do contexto em que está inserido o hospital e suas expectativas de melhoria. Para isso, foi realizado o levantamento preliminar dos macroproblemas, apresentado na TABELA 1, abaixo:

TABELA 1 - Declaração dos macroproblemas do HUAB.

#	Declaração do macroproblema
A	Dificuldade nos processos de gerenciamento da contratualização com a gestão do SUS
B	Dificuldade na operacionalização nos processos de gestão de insumos, serviços e pessoas
C	Dificuldade nos processos de administração e adesão aos processos de trabalho
D	Fragilidade na construção e operacionalização do modelo assistencial
E	Insuficiência na estrutura física, tecnológica e de informação frente ao atual perfil de atenção à Saúde

Fonte: Everis (2015).

Para se chegar a esses macroproblemas foram realizadas as seguintes estratégias, a saber:

1. Identificação individual da situação inicial, por meio do levantamento de desconfortos em relação ao atual contexto/conjuntura do HUAB.

i) cada participante elegeu três desconfortos/inquietudes em relação à atual situação do hospital e região e anotou em tarjetas que foram posteriormente agrupadas;

2. Identificação da situação inicial pela equipe ampliada, por meio do esclarecimento das ideias individuais, análise de pertinência e agrupamento de ideias afins.

ii) as ideias foram apresentadas, utilizando-se a técnica da visualização móvel: a) numerando as tarjetas; b) esclarecendo as ideias, sem questionamentos sobre a pertinência delas; c) análise de mérito/pertinência e agrupamento de ideias afins, permitindo a construção de macroproblemas (FIGURA 15); e

(iii) Logo após, aconteceram intervenções do facilitador guiando a diferenciação de causas e consequências para que os macroproblemas fossem, de fato, descritores da atual situação e originados pelo agrupamento das ideias afins, chamado de “núcleo de sentido”. O enunciado dos macroproblemas foi revisado para alcançar a “declaração dos macroproblemas” que contemplou de modo lógico e claro as visões do núcleo de sentido;

3. Diálogo entre perspectivas e construção de parcerias

(iv) a equipe ampliada comparou os macroproblemas construídos com os macroproblemas previamente identificados pelos autores do Programa de Desenvolvimento de Competências. A partir desse debate, ajustes foram realizados ao considerar as diferentes perspectivas, no intuito que o grupo ficasse confortável com possíveis mudanças acordadas e que ainda contemplassem a sua visão inicialmente apresentada.

FIGURA 15 - Equipe do HUAB levantando os macroproblemas preliminares.



Fonte: O autor (2014).

O levantamento preliminar dos Macroproblemas foi considerado pelo grupo como o ponto chave dessa primeira visita. A partir de metodologias ativas facilitadas e aplicadas pela equipe do HSL, o grupo expressou as principais dificuldades vivenciadas em seu ambiente de trabalho, expressos nos macroproblemas, retratando uma construção coletiva, o qual conseguiu emergir os principais entraves no desenvolvimento institucional.

Nesta mesma visita de identificação preliminar dos macroproblemas, foram realizadas duas oficinas, a saber:

- **OFICINA: Como fazer e receber críticas.**

Este exercício permitiu a discussão dos critérios considerados relevantes para um retorno efetivo, método fundamental para o acompanhamento do desenvolvimento

profissional dos colaboradores. A oficina levantou os cinco critérios considerados relevantes para um retorno efetivo, conhecer diferentes perspectivas sobre o mesmo conjunto de critérios e a valorização do grupo frente aos dez critérios (QUADRO 5). Para isso, seguiram-se quatro etapas:

1. Rodada de leitura dos critérios em voz alta.
2. Eleição de cinco critérios que os participantes julgaram importantes;
3. Eleição de critérios.
4. Consolidação e soma dos valores em uma tabela que posteriormente foi discutida pelo grupo.

O resultado da discussão dos critérios relevantes para um retorno efetivo está consolidado no QUADRO 5, abaixo. Os números representam a quantidade de votos que cada critério recebeu em cada posição de importância, sendo o 1º o mais importante.

QUADRO 5 - Critérios relevantes para fazer e receber críticas pela equipe do HUAB.

Critério	1º	2º	3º	4º	5º	Subtotal
Cuidado	10	1	1	2	1	15
Atenção	2	5	1	1	0	9
Solicitação	0	0	1	0	3	4
Especificidade	2	3	4	0	0	9
Afetividade	0	0	0	1	2	3
Objetividade	1	7	5	1	2	16
Oportunidade	2	2	1	1	3	9
Direção	1	1	3	4	1	10
Confirmação	1	0	1	3	1	6
Compreensão	0	0	2	6	6	14

Fonte: Everis (2015).

O quadro evidencia que os critérios – Cuidado, Objetividade e Compreensão são capazes de caracterizar o grupo de maneira geral, apontando para a preocupação quanto à forma como o retorno é passado ao interlocutor, buscando sempre seu desenvolvimento. Junto a isso, é importante que o retorno seja pautado em fatos e aspectos que o tornem algo objetivo para que possa ser trabalhado de maneira assertiva por quem recebe o retorno. Por fim, o critério Compreensão indica a preocupação do grupo em se certificar sobre o entendimento do interlocutor quanto ao *feedback* passado.

- **OFICINA: Pilares da gestão de HUFs**

A oficina iniciou-se com um *brainstorm* envolvendo a equipe ampliada quanto às questões relacionadas à gestão, seus objetivos e quais os seus pilares de sustentação. A discussão evidenciou as divergências do grupo sobre a definição do que é gestão, e ainda, destacou-se diferentes percepções entre a gestão pública e a gestão privada, principalmente no que tange à gestão do cuidado. A referida oficina obedeceu aos seguintes passos:

- a. O cofacilitador e o facilitador conduziram um *brainstorm* com os participantes sobre os temas: “O que é gestão”, “quais os pilares que apoiam a gestão hospitalar pública” e “quais fundamentos embasam a gestão pública”;
- b. Os participantes escreveram em tarjetas três áreas que consideram como pilares da Gestão de HUFs no SUS, sendo apresentadas posteriormente a todos e expostas em um quadro. Logo após todas as tarjetas terem sido coladas iniciou-se a discussão.
- c. As tarjetas foram rearranjadas em núcleos de sentido, formatados a partir dos Modelos de Referência: Gestão Hospitalar, Gestão da Clínica, Humanização, Hotelaria, Compras, Administrativo Financeiro e Gestão de Obras e Engenharia Clínica.

FIGURA 16 - Consolidação da discussão de Pilares de Gestão de HUFs no SUS.



Fonte: o autor (2014)

A oficina fomentou discussão acerca das práticas nessa área em um Hospital Universitário Federal no Sistema Único de Saúde (SUS). Esse momento também foi planejado para que o grupo tivesse uma maior aproximação ao escopo do projeto e dos materiais de análises das próximas visitas. Nesse contexto, por meio de instrumentos metodológicos específicos emergiu na instituição quatro temas principais, foram eles: Gestão Hospitalar, Hotelaria Hospitalar, Administração Econômico-Financeira e Gestão de

Obras e Engenharia Clínica. Foi acordada uma nova visita que teria como objetivo continuar o diagnóstico situacional da instituição.

3.3.4 Diagnóstico de aderência à Lista de Contribuições.

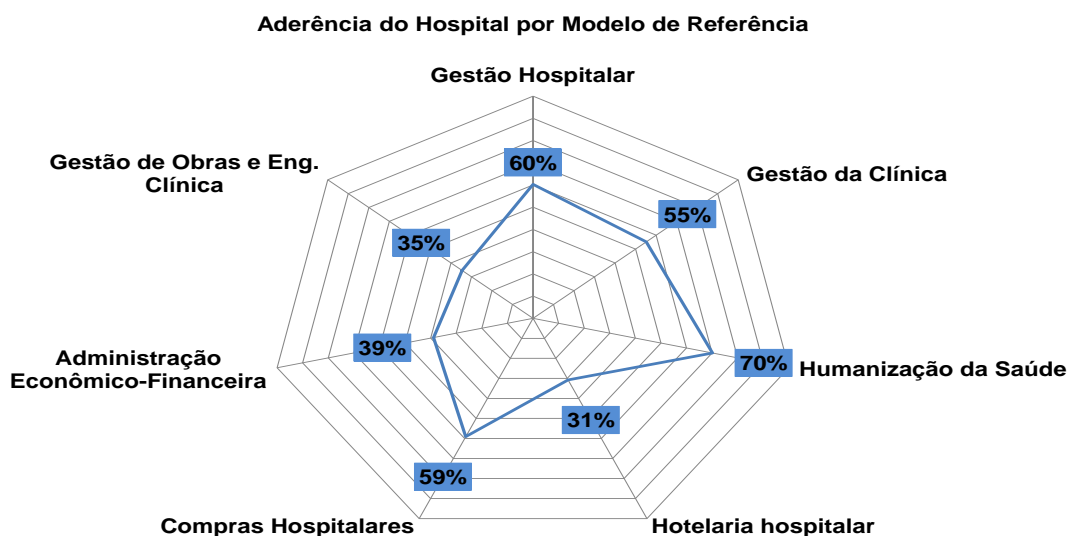
A Lista de Contribuições é constituída por um grupo de mecanismos de gestão, infraestrutura e processos a serem analisados, relevantes para a promoção da qualidade de gestão no ambiente hospitalar, no âmbito dos sete Modelos de Referência, que serviram como ferramenta para o levantamento da situação do HUAB.

A descrição dos Modelos de Referência foi realizada de forma conjunta pela EBSEH e pelos especialistas do Hospital Sírio-Libanês, por meio de entrevistas e discussões sobre a abrangência de cada tema. Nesta perspectiva foram identificados sete modelos, a saber: gestão hospitalar; gestão da clínica; humanização da saúde; hotelaria hospitalar; compras hospitalares; administração econômica-financeira; gestão de obras e engenharia.

A partir das respostas e da observação direta foram calculados os índices de aderência aos Modelos de Referência, quantificando em porcentagem o grau de adequabilidade aos pontos observados. Cada afirmativa positiva recebeu seu peso de acordo com sua definição como estratégica, necessária e/ou obrigatória, que tiveram um peso de 2 pontos; os itens ponderados como desejáveis tiveram um peso de 1 ponto.

Ao final e, levando em consideração a avaliação proposta pela Everis, nessa realidade o HUAB apresentou uma média de 49% de aderência às boas práticas relacionadas na Lista de Contribuições dos Modelos de Referência de Gestão Hospitalar, Gestão da Clínica, Humanização da Saúde, Hotelaria Hospitalar, Compras Hospitalares, Administração Econômico-Financeira e Gestão de Obras e Engenharia Clínica. O nível de aderência consolidado por Modelo é apresentado na FIGURA 17, abaixo.

FIGURA 17 - Aderência do HUAB por modelo de referência.



Fonte: Everis (2015).

Ao analisarmos o gráfico acima, identifica-se que o Modelo de Humanização da Saúde é o que possui maior aderência, com 70%, seguido por Gestão Hospitalar (60%), Compras Hospitalares (59%) e Gestão da Clínica (55%). Com 39%, Administração Econômico - Financeira é o quinto modelo com maior aderência, seguido de Gestão de Obras e Engenharia Clínica, com 35% e, por fim, com a menor aderência (31%) encontra-se o modelo de Hotelaria Hospitalar.

Dessa forma, com base nos estudos de aderência são destacadas as seguintes boas práticas:

- **Existência de Linhas de Cuidado e práticas multiprofissionais.** O HUAB possui um modelo assistencial com foco no usuário, pautado na atuação multiprofissional em todas as fases da assistência, dividida em duas principais linhas de cuidado: Saúde da Mulher e Saúde da Criança, já consideradas na contratualização vigente, porém ainda sem indicadores específicos;
- **Existência de iniciativas de Humanização.** O HUAB possui diversas iniciativas e programas em funcionamento com foco no usuário e trabalhador, como visita aberta, acolhimento com classificação de risco, brinquedoteca e acompanhantes dos usuários; e

- **Contabilização da depreciação dos ativos.** Embora o cálculo seja feito com o suporte do sistema da universidade, a depreciação é considerada mensalmente a partir das informações do patrimônio.

Na época do diagnóstico realizado pela Everis foi possível destacar como principais oportunidades de melhoria:

- **Definição de planejamento estratégico e orçamentário.** Existência de um colegiado gestor, no qual há o envolvimento de toda a equipe de maneira multiprofissional no processo de construção.

- **Melhoria no modelo de Compras Hospitalares.** O setor de compras está em um momento de transição, com a mudança da responsabilidade das compras da UFRN para o HUAB. Com isso, espera-se a nomeação de um pregoeiro, bem como de uma nova ferramenta da EBSEH que permita a gestão interna dos processos de compras, que serão realizadas pelo Comprasnet;

- **Melhoria no modelo de Gestão de Obras e Engenharia Clínica.** Apesar de possuírem um Plano Diretor Físico que direciona as iniciativas de obras, o HUAB não conta com pessoal suficiente para a execução das ações, levando a agir reativamente. Além do impacto nas obras e reformas, a falta de pessoal causa também falta de manutenção preventiva dos equipamentos; e

- **Necessidade de reestruturação dos processos de hotelaria.** Os processos de higienização e processamento de roupas são realizados por pessoal terceirizado e gestão interna e não possuem rotinas institucionalizadas, de maneira que é o modelo com a menor aderência. Em relação ao gerenciamento de resíduos, o hospital possui desde o ano de 2005 PGRSS. Em todos os serviços de hotelaria, falta controle quanto à execução de treinamentos de capacitação para os postos de trabalho contratados.

Ressalta-se que a aderência do hospital ao modelo de referência e as oportunidades de melhorias, possivelmente sofreram modificações significativas, pois vários destes pontos estão sendo trabalhadas simultaneamente ao processo de construção do PDE.

• **OFICINA MATRIZ SWOT**

Para complementar a técnica anterior na busca das potencialidades e fortalezas da instituição se lançou mão da construção da Matriz SWOT. A Análise SWOT é uma ferramenta utilizada para fazer análise ambiental, sendo a base da gestão e do planejamento estratégico numa empresa ou instituição. É um importante instrumento

utilizado para planejamento estratégico que consiste em recolher dados importantes que caracterizam o ambiente interno (forças e fraquezas) e externo (oportunidades e ameaças) da empresa.

Para a sua realização, seguiram-se as etapas:

1- Definição das principais forças, fraquezas, ameaças e oportunidades. A equipe ampliada e gestora discutiram em grupo para a definição dos quatro aspectos da SWOT (FIGURA 18).

2- Cruzamentos das variáveis- Houve o cruzamento dos quatro pontos da SWOT, ou seja, variáveis internas e variáveis externas, gerando a Matriz de Aproveitamento de Oportunidades e Controle de Ameaças. Essa identificou oportunidades que podem se transformar em fortaleza, bem como às ameaças que podem ser minimizadas.

3- Compilação da Matriz de Aproveitamento de Oportunidades e Controle de Ameaças - Aqui o grupo posicionou na matriz as variáveis que se relacionaram e verificou-se o quadrante que possui o maior número de marcações, indicando o cenário atual vivido pelo HUF. A partir dessa constatação temos 4 possíveis resultados, são eles: Desenvolvimento (Oportunidade x Força); Crescimento (Oportunidade x Fraqueza); Manutenção (Ameaça x Força) e Sobrevivência (Ameaça x Fraqueza).

FIGURA 18 - Oficina de Matriz SWOT



Fonte: O autor (2014)

As Forças com maior número de cruzamentos foram “Trabalho qualificado em equipe”, “Humanização da assistência como valor organizacional” e “Comprometimento da equipe”. Já a Fraqueza com maior número de cruzamentos é a “Escassez de profissionais médicos”. Ao término do exercício de cruzamento das informações e de ampla discussão com a equipe gestora e ampliada, foram elaborados dois objetivos estratégicos:

- O HUAB precisa melhorar sua estrutura física e sanar dificuldades com a falta de profissionais médicos e falha na comunicação. Dessa forma, as oportunidades que existem hoje para o HUF, como a capacitação do Sírio Libanês e demais investimentos da EBSEH, vem como suporte estratégico a fim de diminuir as dificuldades impostas pelo sistema de saúde;
- Fortalecer um trabalho qualificado humanizado em equipe, como referência materno-infantil para favorecer o HUAB como polo formador suprindo a carência assistencial da região, buscando ampliar sua complexidade e se inserindo cada vez mais nas redes de atenção à saúde, aproveitando as oportunidades de capacitação e investimentos oferecidos pela EBSEH. Tudo isso para minimizar os efeitos da ineficiência da regulação, falta de estruturação da rede, inadequação da CLT e as dificuldades na fixação de profissionais.

3.3.5 Aderência à Lista de Gaps Normativos.

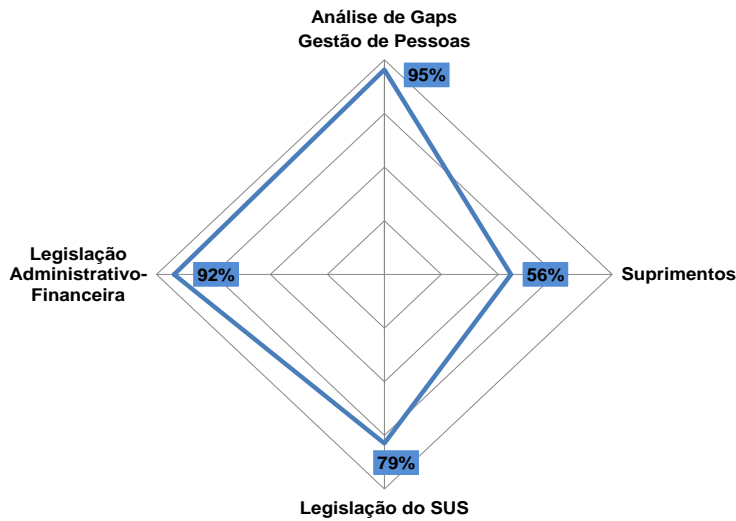
Previamente à visita da equipe do HSL, uma lista sobre a adequabilidade aos temas Legislação de Gestão de Pessoas, Legislação de Suprimentos, Legislação Administrativo-Financeira, Legislação do SUS e Regulação, foi preenchida de forma autônoma pela equipe gestora do hospital, tendo sido posteriormente realizadas reuniões de apoio e esclarecimento de dúvidas conceituais relativas a pontos específicos da lista.

Adicionalmente foram feitas visitas ao hospital que permitiram identificar os pontos de não conformidade em relação aos que não possibilitam o cumprimento das legislações e normas, assim como outros pontos de atenção que não se enquadram diretamente nas outras fases do diagnóstico.

A partir dos resultados foi calculado o índice de aderência, onde ao item avaliado como “sim” foi atribuído valor 1 e ao item avaliado como “não” foi atribuído valor 0. Já os itens avaliados como não aplicável a realidade do hospital, foram excluídos do cálculo. A soma foi então dividida pelo número total de itens validos.

O HUAB apresenta 83% de aderência às exigências normativas referentes à Legislação de Gestão de Pessoas, Legislação de Suprimentos e Legislação Administrativo-Financeira e Legislação do SUS. O nível de aderência consolidado por tema é apresentado na FIGURA 19, a seguir:

FIGURA 19 - Aderência do HUAB por tema da Lista de Gaps Normativos.



Fonte: Everis (2015).

O HUAB apresenta moderada aderência geral às normativas analisadas. A maior aderência observada foi no grupo Gestão de Pessoas, com 96%, seguida por Legislação Administrativo-Financeira com 92%. Os temas que apresentam maior oportunidade de melhoria são Legislação do SUS, com 79% e Suprimentos com 56%.

- **Oficina de Matriz Decisória**

A aplicação da Matriz Decisória teve por objetivo realizar uma análise do contexto hospitalar, complementar às análises feitas previamente para identificação inicial dos macroproblemas, construção da Matriz SWOT e análise de aderência aos Modelos de Referência. Como continuidade destas análises, a Matriz Decisória, por meio da revisita a todos estes aspectos, colaborou para a priorização dos macroproblemas do HUAB, com base em critérios definidos pelos hospitais.

FIGURA 20 – Oficina de Matriz Decisória



Fonte: O autor (2014).

A Matriz Decisória, por meio da revisita aos instrumentos supracitados, colaborou com a priorização dos macroproblemas. Esse momento foi conduzido pelos facilitadores respeitando as particularidades da instituição, a seguir explanamos sobre a proposta básica que essa segue:

- Análise de Contexto – nessa etapa houve um retorno a Matriz SWOT, macroproblemas e análise de aderência aos Modelos de Referência e às normatizações, em que onde o grupo refletiu sobre os aspectos de suas rotinas. Nesta etapa, verificou-se a pertinência dos macroproblemas identificados na primeira visita aos fatores apontados como Forças e Fraquezas, o que permitiu uma releitura aos incômodos e principais problemas identificados.
- Construção da Matriz Decisória – cada colaborador se aproximou do problema e reagiu de acordo com sua individualidade, de certo modo antecipou as análises para priorização dos problemas, ao se pontuar pela urgência. Nesse sentido, atribui-se um valor alto, médio ou baixo para cada um dos problemas. O interesse em solucionar o problema, foi categorizado em: (a) Manter a realidade ou rechaçar a mudança (sinal negativo); (b) Mudar a realidade (sinal positivo); (c) Indiferença (neutro).

A revisão e priorização dos Macroproblemas preliminares em oficina resultou na TABELA 2, a seguir:

TABELA 2 – Oficina de Matriz Decisória.

#	Macroproblema	Interesse	Pontuação média
B	Dificuldade na operacionalização nos processos de gestão de insumos, serviços e pessoas	Positivo	2
D	Dificuldade de absorção e fixação de médicos, em decorrência da incompatibilidade da carga horária desejada com a permitida pela legislação	Positivo	3
E	Insuficiência na estrutura física, tecnológica e de informação frente ao atual perfil de atenção à Saúde	Positivo	2,3

Fonte: Everis (2014).

Essa foi de extrema importância, pois consolidou e priorizou os macroproblemas do hospital e, diante dos cinco, escolhemos três que nortearam toda a construção da proposta de enfrentamento.

3.3.6 Diagnóstico de aderência à Bases e Padrões.

Essa fase se constituiu numa espécie de revisita aos produtos do percurso, além de validação das análises de aderência e buscou relacionar as oportunidades de melhoria aos macroproblemas. Previamente a equipe gestora recebeu um questionário baseado em Documento de Bases e Padrões, em que se consideram as boas práticas contempladas nos

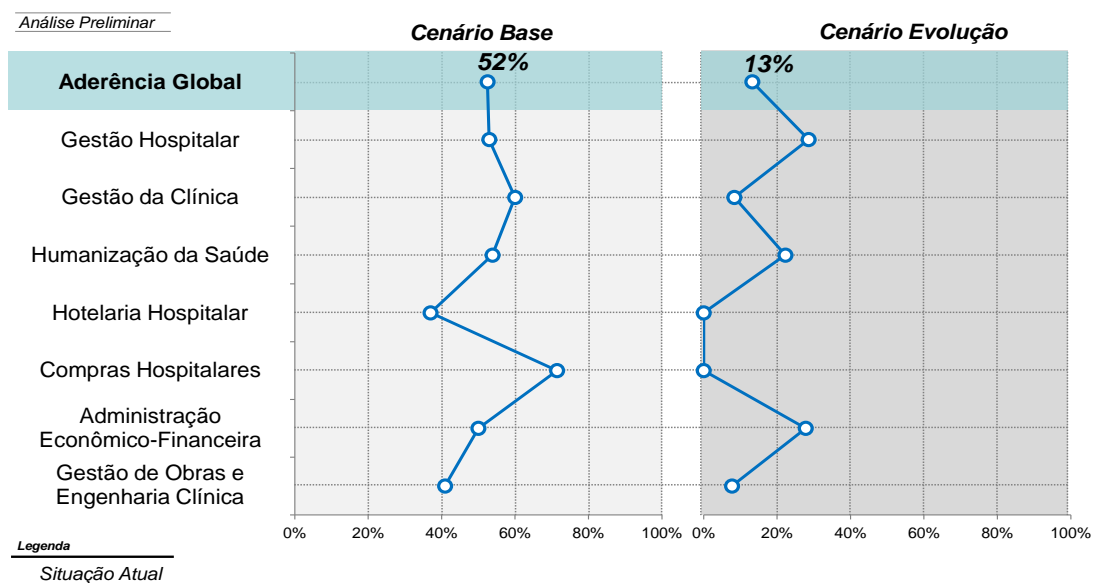
Modelos de Referência, posicionando-as num cenário de curto-prazo (Cenário Base) ou num cenário de médio/longo-prazo (Cenário Evolução).

Essa planilha foi impressa e distribuída entre os grupos formados na equipe ampliada, de modo que cada um recebeu dois ou três Modelos de Referência, com uma folha para o Cenário Base e outra para o Cenário Evolução.

Inicialmente o grupo validou as respostas, “Sim”, “Não” e “Parcial”, que relacionavam a aderência aos Padrões demonstrados nas planilhas. Se entre as visitas algo tivesse avançado na instituição, a equipe ampliada poderia alterar positivamente o status, desde que, condicionada a uma análise crítica anterior para evitar a supervalorização de alguma ação ou mudança, neste caso, essa teria que ser justificada.

Num segundo momento, os grupos relacionaram os Padrões contidos na Planilha com todos os macroproblemas. As planilhas com as notas de cada grupo serviram para a revisão dos gráficos e da análise de aderência a Bases e Padrões. Os resultados estão representados na FIGURA 21, abaixo:

FIGURA 21 - Análise de aderência a Cenário Base e Cenário Evolução



Fonte: Everis (2015).

Ao revisitar todos os instrumentos relacionados ao diagnóstico situacional na Oficina de Bases e Padrões constatou que o HUAB indica uma aderência global de 52% ao Cenário Base e de 13% ao Cenário Evolução. O Modelo de Referência de maior destaque no Cenário Base foi o de Compras Hospitalares, com 71% de aderência aos padrões, seguido por Gestão da Clínica, com 60% e Humanização da Saúde, com 54%. O Modelo de Gestão

Hospitalar apresentou 53% de aderência, seguido por Administração Econômico-Financeira, com 50% e Gestão de Obras e Engenharia Clínica, com 41%. O Modelo que possuía a menor aderência ao Cenário Base e, conseqüentemente, maiores oportunidades de melhoria, é o de Hotelaria Hospitalar, com 37%. Alguns desses dados podem ser justificados pela realidade do hospital na época da coleta dos dados, pois o mesmo estava passando uma grande reforma estrutural.

- **Oficina de Atores Sociais**

A Oficina de Atores Sociais ocorreu durante a IV Visita ao HUAB e teve por objetivos:

- Alinhar o conceito de ator social;
- Identificar atores sociais relevantes em relação aos Macroproblemas priorizados e selecionados; e
- Identificar a motivação dos atores relevantes para resolução dos Macroproblemas do HUAB.

A oficina teve início com uma explanação e nivelamento sobre o conceito de ator social. Logo após, a equipe ampliada foi dividida em grupos multiprofissionais onde foram formados três grupos com 10 participantes cada. Posteriormente foi escolhido um macroproblema e os atores sociais relacionados. A formação da equipe ampliada foi reconstituída e foi identificada a “Relevância” de cada ator social, classificados em quatro grupos e identificados por quatro letras: A. Recursos Políticos; B. Recursos Econômicos; C. Recursos Técnicos; D. Recursos Organizacionais.

Na equipe ampliada também foram atribuídas notas para cada ator social segundo seu “Valor” e “Interesse”. O valor – que pode ser alto, médio ou baixo – diz respeito ao poder e à governabilidade para mudar da situação atual para a situação desejada. Ao passo que o interesse – que pode ser positivo, negativo e neutro – demonstra a disposição do ator na resolução do problema. A partir dessas duas categorizações foi analisada sua “Motivação”, que podia variar entre “Aliado”, “Oponente” e “Indiferente”. Essa informação pôde ser resgatada ao longo do processo de construção do PDE.

O grupo ampliado identificou os atores sociais relevantes em relação aos Macroproblemas (QUADRO 6).

QUADRO 6 - Matriz dos Atores Sociais relevantes.

ATORES SOCIAIS	RELEVÂNCIA	ATORES SOCIAIS	RELEVÂNCIA
EBSERH (Sede)	Parceiro	Cooperativas médicas	Parceiros a conquistar
UFRN	Parceiro	Médicos do HUAB	Parceiros a conquistar
SESAP	Parceiro	Ministério Público	Parceiro
SMSSC	Parceiro a conquistar	HUAB	Parceiro
Sindicato Médico	Parceiro a conquistar	Controle Social	Parceiro
CRM	Parceiro a conquistar		

Fonte: Everis (2015).

3.3.7 Construção das Árvores Explicativas.

A “árvore explicativa” foi utilizada esquematicamente para as relações de causalidade a partir do problema priorizado, funciona como um mapa explicativo dos diversos participantes, considerando o contexto da intervenção, sempre focado na análise de problemas.

O objetivo da análise de problemas foi o de estabelecer uma visão geral da situação problemática e de sua abrangência, em que, no momento da determinação do foco de análise (problema priorizado) delimitando o subconjunto da realidade a ser analisada, teremos uma maior clareza dessa situação.

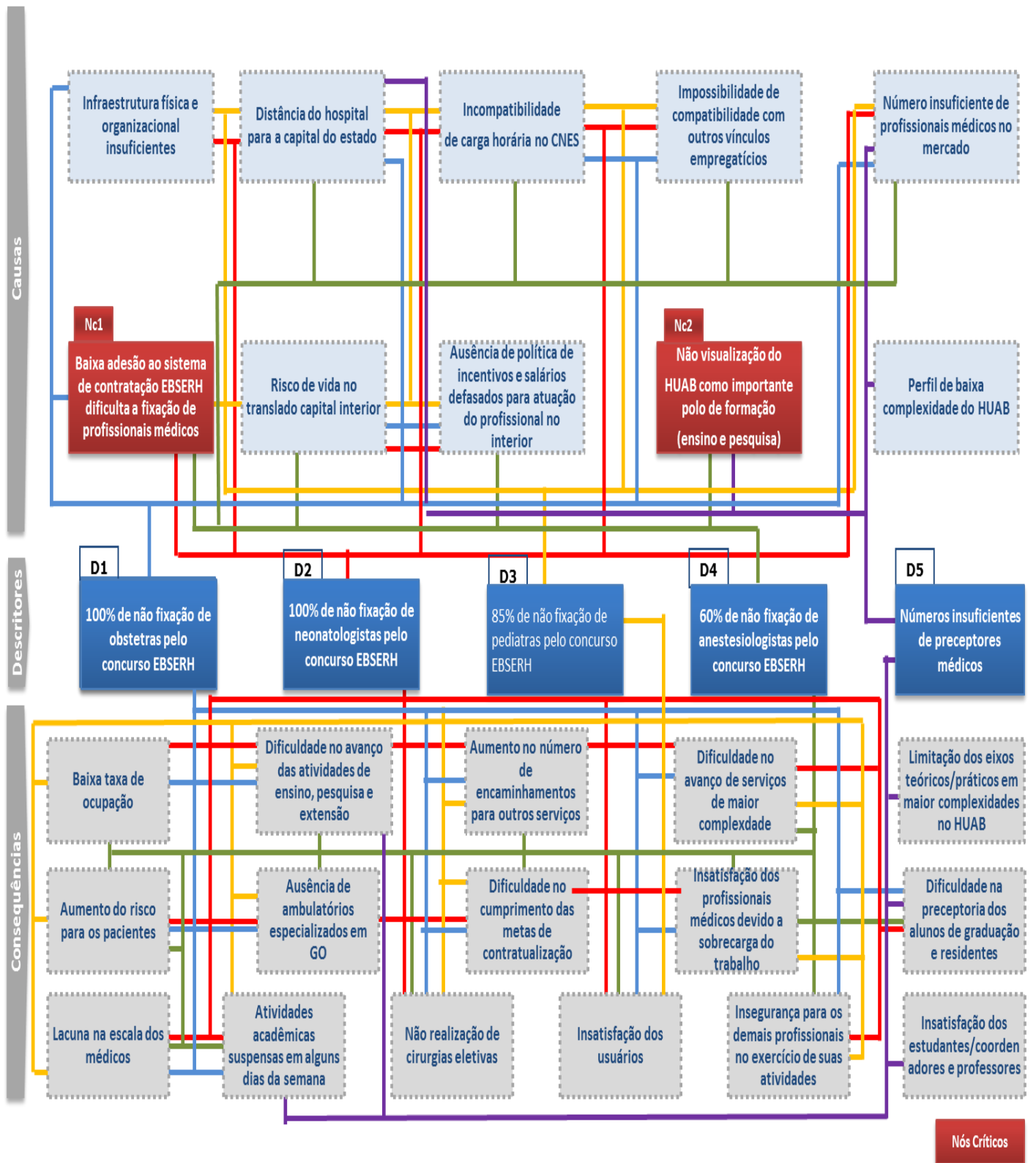
Neste contexto, com a árvore explicativa, como um diagrama de causa-efeito, obteve-se um instrumento que possibilitou a compreensão do problema e de suas inter-relações causais. Ressalta-se que, o raciocínio ao se trabalhar com esse instrumento, é analítico-causal e não hierárquico. Dentre os procedimentos para a construção das árvores explicativas, deve-se identificar:

- 1- As manifestações que melhor descrevem o problema, expressando-as em forma de descritores;
- 2- As causas que determinam o problema;
- 3- As consequências do problema; e
- 4- A cadeia lógica multicausal entre os descritores, causas e consequências, ou seja, as árvores de problemas devem ser desenhadas de maneira clara e precisa, a partir da identificação dos descritores, das causas e consequências do problema e da forma como estão relacionados entre si.

A partir dos problemas priorizados nas etapas anteriores, a equipe desenvolveu as seguintes árvores explicativas, a seguir (FIGURA 22, FIGURA 23 e FIGURA 24):

FIGURA 22 - Árvore explicativa referente ao macroproblema: Dificuldade de absorção e fixação de médicos.

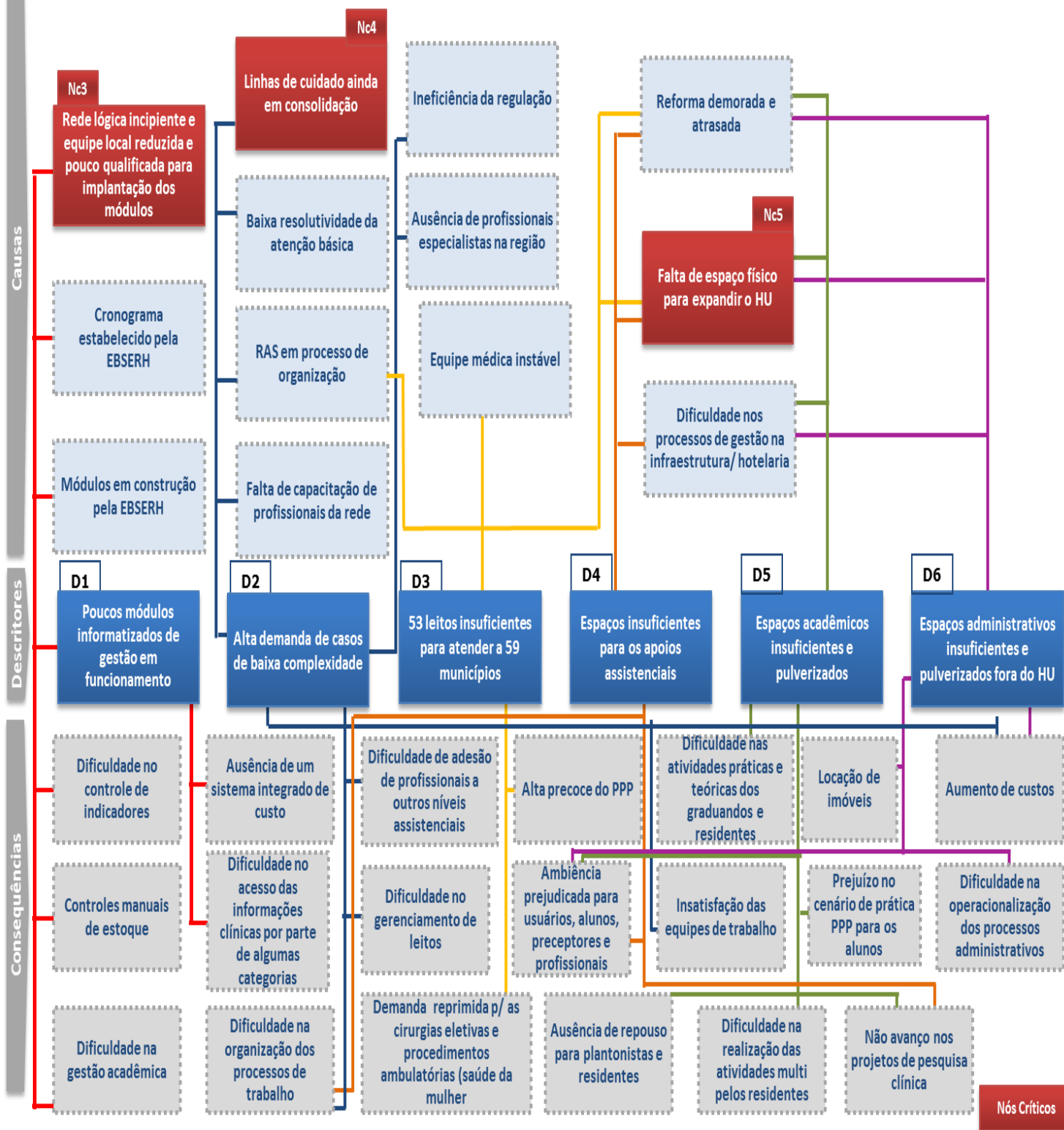
MACROPROBLEMA 1 - Dificuldade de absorção e fixação de médicos



Fonte: O autor (2015)

FIGURA 23 - Árvore explicativa referente ao macroproblema: Insuficiência na estrutura física, tecnológica e de informação frente ao atual perfil de atenção à saúde.

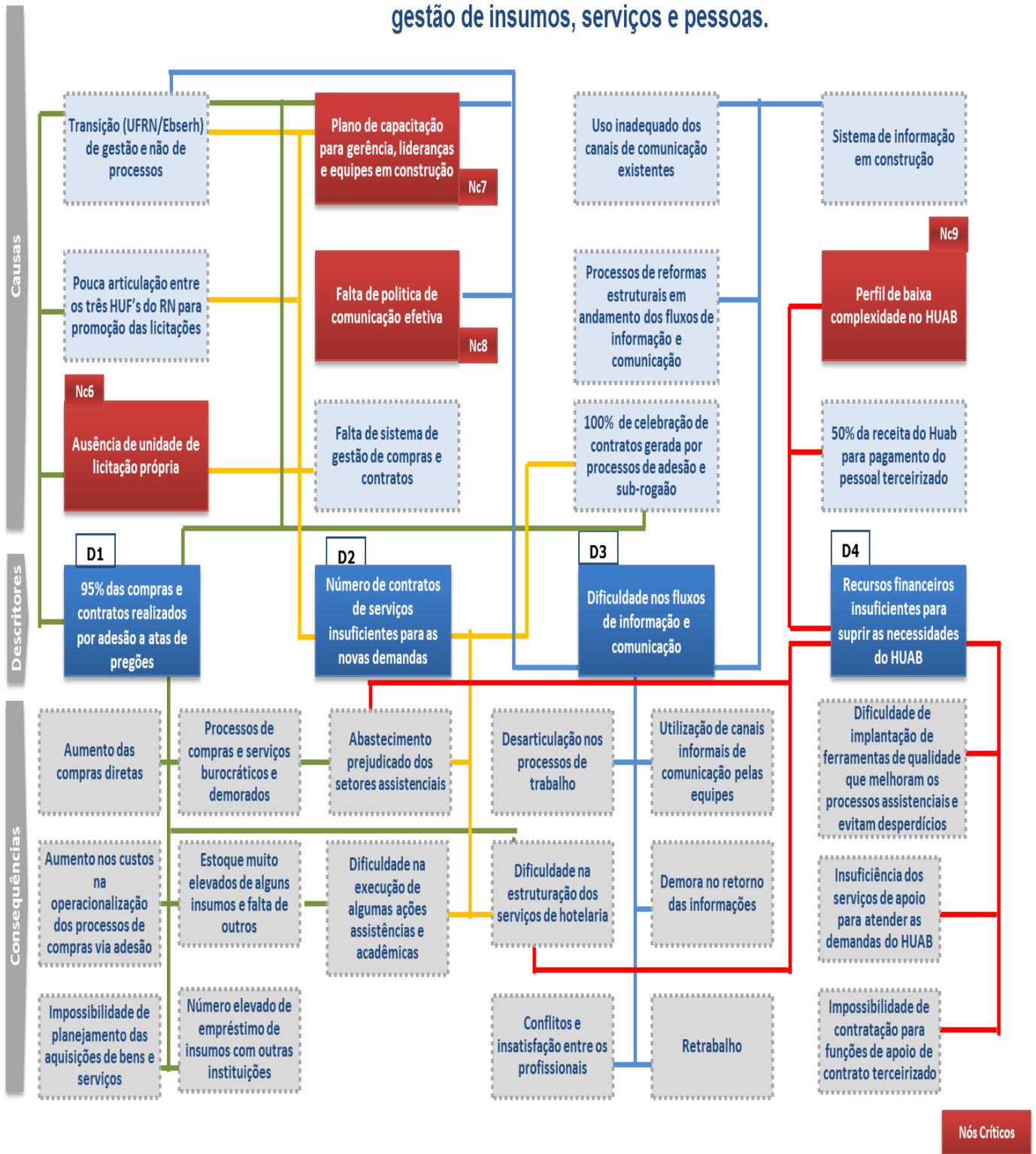
MACROPROBLEMA 2 - Insuficiência na estrutura física, tecnológica e de informação frente ao atual perfil de atenção à saúde



Fonte: O autor (2015)

FIGURA 24 - Árvore explicativa referente ao macroproblema: Dificuldade na operacionalização dos processos de gestão de insumos, serviços e pessoas.

MACROPROBLEMA 3 - Dificuldade na operacionalização dos processos de gestão de insumos, serviços e pessoas.



Fonte: O autor (2015)

Percebe-se que tais árvores possibilitam uma visão detalhada das relações de causalidade a partir do que a equipe caracterizou como macroproblema. Se formou um diagrama de causa-efeito, distinguindo as situações problemáticas, as quais permitiu trabalhar de maneira analítico-causal, tornando-se possível a construção de intervenções coerentes com o contexto.

Cada árvore tem na sua constituição alguns elementos fundamentais, a saber: Descritores, Causas, Consequências e Nós Críticos.

- Descritores – Expressam o problema (quantitativamente e qualitativamente) de forma que se possa monitorar, a fim de acompanhar a sua evolução, além de servir como referência para a avaliação do impacto do plano sobre o problema.
- Causas dos descritores – As causas praticamente explicam o porquê da existência do problema, além de evidenciar a existência dos descritores elaborados.
- Consequências dos descritores – todos descritores por expressarem o problema possui relação direta com consequências.
- Nó-Crítico (NC) – Nós críticos são as causas-chave sobre as quais o grupo atuará. Esses nós deram origem aos planos de ação do HUAB. As causas escolhidas atenderam, simultaneamente, a três condições:
 - A intervenção sobre a causa escolhida tem impacto positivo sobre os descritores, para modificá-los positivamente?
 - Há possibilidade de intervenção sobre a causa escolhida?
 - É politicamente oportuno atuar sobre a causa escolhida?

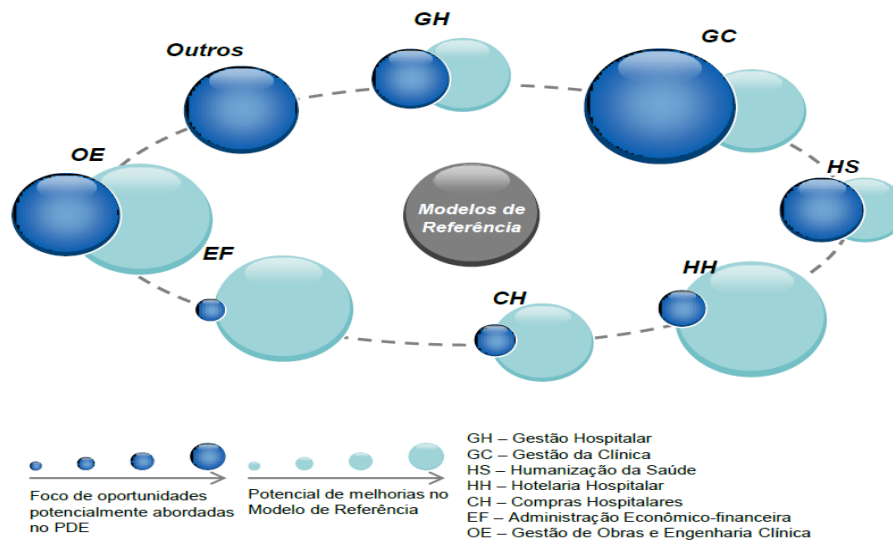
Após finalizadas as árvores de problemas foi realizada uma associação dos nós críticos identificados com as oportunidades de melhoria para o HUAB, tal relação será apresentada no próximo tópico.

3.3.8 Associação dos Nós Críticos com as oportunidades de melhoria.

Esta etapa corresponde ao estabelecimento de uma integração entre o PDE e os conjuntos de boas práticas de gestão a serem implantados no HUAB, os nós críticos foram relacionados às oportunidades de melhoria identificadas a partir do diagnóstico situacional realizado.

Dessa forma, uma análise de tendências consolidada (FIGURA 25) permitiu uma visão sobre os temas com maior potencial de ações a serem definidas pelo hospital. A análise de tendências baseia-se na comparação entre a quantidade de oportunidades de melhoria identificadas durante a Análise Situacional e o potencial de abordagem delas no PDE, identificado pela abrangência dos nós críticos.

FIGURA 25 - Incidência média de nós críticos e oportunidades de melhoria abordadas no PDE do HUAB.



Fonte: Everis (2015).

A visão inicial do direcionamento do HUAB na elaboração do seu Plano Diretor Estratégico indica que há possibilidades de ajustes no foco de nós críticos e oportunidades abordadas pelo hospital considerando o potencial de melhoria identificado na análise de aderência às boas práticas dos Modelos de Referência.

Os nós críticos priorizados pela equipe deste hospital e, as oportunidades a eles relacionadas, enfocam os modelos de Gestão da Clínica e Gestão de Obras e Engenharia Clínica. Por outro lado, a análise dos Modelos de Gestão Hospitalar, Hotelaria Hospitalar, Administração Econômico-Financeira e Compras Hospitalares indica carência de nós críticos que suportem o potencial de melhoria diagnosticada durante a Análise Situacional e que garantam a elaboração de planos de intervenção para estes temas.

Todas as etapas apresentadas anteriormente foram essenciais para a construção de intervenções coerentes com um contexto específico, capaz de modificar a situação problemática. Porém, ressalta-se que o planejamento estratégico é um processo dinâmico e suas readequações são naturais, assim, no próximo tópico, será apresentada a metodologia para a elaboração do plano de ação.

3.4 METODOLOGIA PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

Após a definição da árvore de problemas, a equipe foi apresentada a duas ferramentas que permitiram o desenho de planos de ação – 5W2H e PES. Nesta etapa a equipe elaborou uma proposta de enfrentamento de cada nó crítico, a partir da proposição de um resultado esperado com sua solução, e das ações desdobradas em atividades necessárias para isso. A escolha do instrumento para esta etapa foi o PES simplificado.

No PES simplificado, para cada ação/atividade devem ser identificados parceiros e eventuais opositores, os indicadores que mostram o êxito das mesmas, além dos recursos necessários e prazos, conforme a FIGURA 26, abaixo:

FIGURA 26 - Formulário utilizado para a elaboração do plano de ação.

Espaço do problema						
Problema						
Nó crítico X						
Resultado esperado (com a solução do nó crítico)	Ações/atividades	Responsáveis	Parceiros eventuais / opositores	Indicadores de qualidade	Recursos necessários	Prazos

Esta atividade precisou de um tempo maior para a sua conclusão, pois a mesma foi feita para cada nó crítico, exigindo reflexões e construção de consensos a respeito das várias etapas. O produto final foi a produção de várias planilhas, pois, cada nó crítico trabalhado pela equipe exigia a construção de uma. Assim, foi necessário a identificação dos potenciais parceiros e os parceiros a conquistar que são essenciais para a viabilidade do plano de ação, dessa maneira, tornou-se necessário a análise de viabilidade que será explicada a seguir.

3.5 METODOLOGIA PARA ANÁLISE DE VIABILIDADE.

Esta etapa corresponde ao momento estratégico do plano de ação, pois ela que tornará possível as ações que se pretende realizar, respeitando o contexto de incertezas e imprevisibilidades, uma vez que há variáveis que independem dos atores que planejam, as mesmas podem ser controladas por diversos atores em contextos específicos.

Para a análise de viabilidade seguiu-se as seguintes etapas, a saber:

- Identificando as ações conflitivas do plano de ação, para isso analisou-se a posição/motivação dos atores frente às diferentes ações, indicando o interesse e o valor que cada um atribui a cada uma das operações, os quais são apresentados posteriormente na matriz no tópico análise de viabilidade;
- Construindo estratégias para dar viabilidade às ações conflitivas do plano de ação, como dito anteriormente, os atores podem se posicionar como aliados, opositores ou indiferentes, podem ser mais ou menos relevantes a depender dos recursos que dispõem para interferir nas ações do plano. Nesse contexto foi construída uma segunda matriz que identifica mais claramente as estratégias mais adequadas a serem utilizadas para dar viabilidade às ações conflitivas, a qual será apresentada no tópico da análise de viabilidade.

3.6 METODOLOGIA PARA A GESTÃO DO PLANO ESTRATÉGICO

Essa etapa é considerada um dos principais momentos do planejamento, pois é fundamental construir um sistema de gestão que coordene e acompanhe a execução das ações. Para o acompanhamento considerou-se um conjunto de variáveis relacionadas à implementação das ações, respeitando alguns movimentos descritos abaixo.

- Classificação das ações quanto a viabilidade, impacto, comando e procedência;
- Construção da matriz de monitoramento; e
- Análise orçamentaria.

Todos esses movimentos citados estão elucidados e construídos no tópico: *GESTÃO DO PLANO, METAS E INDICADORES DE MONITORAMENTO*.

Destacamos que a trajetória metodológica, ora apresentada, foi um marco no âmbito da gestão do HUAB, pois permitiu que o grupo fizesse várias reflexões conjunturais, com participação coletiva, buscando a todo o momento apreender a realidade que influenciava diretamente nas propostas de intervenções. Nesse contexto, produziu-se um PDE específico, objetivo, com ações factíveis, que busca solucionar os nós críticos em um prazo de dois anos.

4. REVISÃO DE LITERATURA E PROBLEMATIZAÇÃO

A presente revisão de literatura demonstra conceitos essenciais para uma melhor compreensão e sustentação teórica dos macroproblemas diagnosticados no HUAB por meio das ferramentas já discutidas anteriormente.

O mesmo está subdividido em três partes. Na primeira é discutido o Macroproblema I denominado: Dificuldade de absorção e fixação de médicos. Em seguida, é abordado o Macroproblema II: Insuficiência na estrutura física, tecnológica e de informações frente ao atual perfil de atenção à saúde. Por último, o Macroproblema III: Dificuldade na operacionalização dos processos de gestão de insumos, serviços e pessoas.

Salienta-se que antes de adentrar nos teóricos que discorrem sobre a temática, serão apresentadas notas introdutórias acerca dos elementos que descrevem os macroproblemas no contexto do HUAB.

4.1 MACROPROBLEMA I: DIFICULDADE DE ABSORÇÃO E FIXAÇÃO DE MÉDICOS.

Este subcapítulo discorre sobre as atuais dificuldades enfrentadas para a absorção e fixação de médicos no contexto do Brasil, sobretudo no HUAB, bem como ressalta a necessidade de análises e ações com vistas à formação de um campo profissional que garanta o acesso à saúde de forma equânime no país, especialmente àqueles em condições geográficas desfavoráveis. Neste sentido, o referencial aponta para o debate sobre essa questão não somente no reconhecimento dos obstáculos, mas também na perspectiva de criação de ferramentas que possam resolver essa deficiência. Assim, na conjuntura atual cabe então colocar em pauta no Plano Diretor Estratégico (PDE) da instituição em apreço esse macroproblema tendo em vista os impactos negativos que têm causado à população que necessita deste serviço.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM), o Brasil possui atualmente 330.825 médicos e, segundo o órgão, este número seria suficiente para suprir as necessidades de todas as regiões, se não fossem os problemas de distribuição desses profissionais. Deste modo, o país apresenta uma concentração principalmente no Sudeste e Sul, o que representa um dos principais desafios à garantia da equidade em saúde. Diante dessa conjuntura, muitos municípios não conseguem fixar médicos, fato que resulta na dificuldade de acesso da população ao serviço destes profissionais (MACIEL,2007).

Tal realidade também é nítida no estado do Rio Grande do Norte, sobretudo no interior do estado, onde se encontra o HUAB. Apesar das várias estratégias adotadas pela equipe da referida instituição com vistas ao enfrentamento desse grave problema para a

saúde pública, essa situação ainda persiste, ocasionando deficiência assistencial, afetando deste modo, seriamente a população mais pobre e desprotegida que residem nas regiões mais isoladas.

Assim, na perspectiva de aprimorar o atendimento a esta necessidade básica, o governo federal criou a Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013, com o objetivo de instituir o Programa Mais Médicos. Iniciativa que visa descentralizar os médicos para regiões longínquas nas quais não existe atendimento (MORENO; VEDOVATO, 2015). Além disso, há vários mecanismos utilizados para prover médicos, que vão desde as propostas mais voluntaristas até ações articuladas com incentivos, por exemplo, bolsa com auxílios alimentação e moradia, alguns propõem processos de educação continuada com envolvimento de instituições universitárias e em outros casos, a atuação nessas áreas tornou-se pré-requisito para a obtenção de registro profissional, créditos educativos e ingresso em especialidades médicas ou bolsas de pós-graduação. Ainda há outros que articulam carreira com provimento (CARVALHO; SOUSA, 2013)

Enfim, no Brasil, os programas de provimento e fixação remontam à época da ditadura militar, que implementou o Projeto Rondon, cujo objetivo era levar estudantes a atuarem em locais de difícil acesso, expandindo ações e serviços de saúde. Ainda, nesse período, surgiu o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), sendo este uma das estratégias de fortalecimento do Programa Saúde da Família (PSF), que estava surgindo à época e foi responsável pela ampliação do acesso e da cobertura assistencial de várias localidades carentes de atendimento (MACIEL, 2007). Relatam-se ainda, outras iniciativas de enfrentamento dessa questão como por exemplo o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), criado pelo Ministério da Saúde em 2011 para prover médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas prioritariamente em áreas de difícil acesso ou em populações vulneráveis (BRASIL, 2011a).

Vale ressaltar que estudo do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) desenvolvido em 2011 analisou como sendo a ausência de médico o maior desagrado da população em relação ao Sistema Único de Saúde. A quantidade insuficiente deste profissional, está aparente em algumas áreas do território nacional e é uma questão emergencial, que exige uma resolução imediata (MORENO; VEDOVATO, 2015). No entanto, apesar de todas as iniciativas ministeriais para resolver essa situação, o problema persiste no país, sendo esta a realidade também presente no HUAB, conforme mencionado. Deste modo, faz-se necessário providências urgentes, uma vez que, a quantidade de

médicos na referida instituição encontra-se insuficiente para atender as necessidades dos usuários, distanciando-se do que é preconizado pelas políticas do Ministério da Saúde.

Nessa abordagem, não se tem conseguido avançar na complexidade. É preciso enfatizar que a obra da UTI neonatal já foi finalizada, contudo, não se consegue operacionalizar esse atendimento pela falta do profissional qualificado que venha a dar resposta a essa e outras demandas. De acordo com a Portaria n.º 1101/GM Em 12 de junho de 2002, calcula-se, em média, a necessidade de 4% a 10% do total de leitos hospitalares para regiões (Brasil 2002). Considerando que o hospital em apreço é referência para a 5ª região de saúde do estado, reforça os danos que a falta desse atendimento tem causado não só para a população dessas localidades, bem como para todo o estado do Rio Grande do Norte, pois o seu funcionamento contribuiria para desafogar essas unidades na capital, onde ocorre a maior sobrecarga a procura dos referidos leitos.

Essa situação, também atinge diretamente o ensino, uma vez que dificulta o acesso e o aprendizado dos alunos que utilizam o HUAB para as atividades curriculares da graduação e residências. O número reduzido desses profissionais repercute diretamente na deficiência da preceptoria aos discentes. Diante dessa conjuntura, a gerência de ensino e pesquisa será obrigada, no futuro próximo, a reduzir o número de alunos de medicina em campo de estágio, sendo esse fato, muito grave para a educação médica do país. Somado a isso, impossibilitará também o avanço do HUAB enquanto polo de formação, caso a situação ora apresentada não seja resolvida a curto prazo.

No que tange aos médicos lotados na instituição, há também um prejuízo evidente, em decorrência da dificuldade de liberação para qualificação de um maior número de profissionais pois causaria um desfalque grave na escala de serviço. Diante disso, os mesmos se sentem desprestigiados, desencadeando insatisfação e conseqüentemente dificulta negociações com vistas à melhoria dos processos de trabalho. De tal modo, essa ausência de educação permanente, repercute também negativamente à nível assistencial bem como no ensino pois inviabiliza o acesso a novos conhecimentos. Vale ressaltar, que mesmo diante de tanta dificuldade, HUAB tem procurado oferecer boas condições de trabalho, bem como estimular a participação em cursos, de modo a favorecer a criação de vínculo e comprometimento com o serviço. Face ao exposto, pode-se mencionar que foram oferecidos para os mesmos, cursos de capacitação em preceptoria à nível local bem como à distância por meio do Instituto Oswaldo Cruz.

Estudo feito por Campos e Malik (2008) mostra que os fatores que mais contribuem para essa dificuldade de fixação de médicos, são principalmente a distância, a falta de condições materiais e de capacitação. Destaca-se que, embora o salário seja um dos

atrativos para esses profissionais, este não tem garantido a sua permanência no serviço. A educação permanente passa, então, a ser estratégica para mudar o processo de trabalho e investir em práticas cuidadoras (MERHY, 2002). De acordo com Carvalho (2013) essa nova postura, passa a ser pautada na solidariedade, na alteridade, na troca de saberes, no respeito às singularidades de cada profissional e na multiprofissionalidade, características fundamentais para quaisquer perspectivas de mudança para a melhoria da qualidade e resolutividade da atenção à saúde da população.

Póvoa e Andrade (2006) citam importante estudo a esse respeito realizado por Pinto e Machado (2000), que aponta para evidências de que os médicos tendem a permanecer no local onde realizaram qualificação profissional, bem como sua residência médica, independentemente de serem ou não naturais do local. Este resultado vem ao encontro das evidências empíricas já apontadas na literatura, reforçando a importância da consideração da distribuição geográfica das faculdades de medicina e dos programas de residência médica para a fixação desses profissionais (PÓVOA; ANDRADE,2006).

Nesse sentido, o Ministério da Educação se prontificou a abrir 11,5 mil vagas nos cursos de medicina até 2017, bem como 12 mil vagas para especializações até 2020. Até o presente momento, 2415 vagas foram criadas nas áreas que mais precisam de profissionais. Além de existirem requisitos específicos para a abertura do curso, como a existência de pelo menos três programas de residência médica. Essas residências devem ser nas áreas prioritárias do SUS, ou seja, Clínica Médica, Cirúrgica, Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria e Medicina de Família e Comunidade (MORENO; VEDOVATO, 2015). De acordo com Gastão Wagner (2013), deve-se apoiar, a ampliação de vagas, para a residência médica, principalmente se forem priorizadas especialidades em falta no SUS.

Nessa perspectiva, vale ressaltar que umas das estratégias que vem sendo adotada pelo HUAB, no intuito de fixar esse profissional e com isso colaborar para reverter essa situação, tem sido a criação de cursos de pós-graduação, podendo-se destacar no ano de 2014 e 2015 a criação e ampliação de vagas das seguintes residências médicas: Ginecologia e Obstetrícia, Saúde da Família e Pediatria. Ademais, foi realizado este ano o cadastro para implantação da Residência em Anestesiologia, aguardando visita do Conselho Nacional para aprovação. Além disso, tem-se buscado garantir espaços para estágios para os alunos da graduação de medicina de modo a fortalecer a interiorização. Entretanto, apesar de reconhecer a importância dessas iniciativas, sabe-se que não resolverá a curto prazo, a realidade ora apresentada.

Deste modo, apesar de várias estratégias à nível local com vistas a resolver essa problemática, a escassez de médicos no HUAB é uma realidade que tem ocasionado o comprometimento da continuidade do cuidado e conseqüentemente a qualidade dos serviços ofertados, além de deficiência no âmbito do ensino conforme já referido. Essa conjuntura tem repercutido em graves problemas, como por exemplo o aumento do número de encaminhamentos para outros serviços gerando a sobrecarga das maternidades da capital. Fato que pode ser comprovado por meio da taxa de ocupação que apresenta índices baixíssimos, retratando a dificuldade de acesso da população ao serviço de saúde pela ausência do referido profissional.

Além disso, não se consegue atender de forma satisfatória à contratualização dificultando o fortalecimento do HUAB na rede de atenção à saúde; inviabilização da consolidação das linhas de cuidado; além de gerar a insatisfação por parte dos usuários e demais profissionais com o SUS. Diante dessas considerações faz-se necessário urgentemente, articular mecanismos para absorção e fixação desses profissionais na instituição em apreço, de modo a atender as necessidades de saúde da população e dessa forma garantir o princípio constitucional da universalidade.

4.2 MACROPROBLEMA II: INSUFICIÊNCIA NA ESTRUTURA FÍSICA, TECNOLÓGICA E DE INFORMAÇÕES FRENTE AO ATUAL PERFIL DE ATENÇÃO À SAÚDE.

Um dos aspectos que compõe o macroproblema II é a necessidade de espaço físico no HUAB. A ampliação é algo urgente, uma vez que, os espaços estão insuficientes contemplando parcialmente as necessidades de conforto e privacidade dos usuários distanciando-se do que é preconizado pelas políticas do Ministério da Saúde. Somado às necessidades dos usuários, há uma estrutura que dificulta o trabalho dos profissionais, pois as enfermarias que se destinam a assistência à mulher, exceto os PPP (pré-parto, parto e pós-parto), são apertadas dificultando a livre movimentação dos profissionais e por conseqüência o processo de trabalho deles.

Essa situação também atinge diretamente a academia. Espaços limitados conduzem a gerência de ensino e pesquisa do hospital a limitar o número de graduandos dos diversos cursos da saúde e residentes da multiprofissional e de medicina, sendo esse fato, algo grave para os discentes que perdem de aprender, pois o hospital apresenta uma riqueza de casos clínicos e aprendizado imensurável.

Ainda no que tange aos profissionais, há também uma inadequação dos ambientes de repouso, que além de insuficientes apresentam uma estrutura antiga e desconfortável. Mediante a esse quadro, os profissionais sentem-se desprestigiados e não valorizados o

que gera descontentamento com o trabalho e a gestão, dificultando pactuações internas em torno da melhoria da assistência.

A insuficiência do espaço físico no HUAB não ocasiona prejuízos apenas assistenciais e acadêmicos, há também perdas nas questões administrativas. Devido à falta de espaço físico intrahospitalar, as estruturas administrativas (superintendência, as gerências administrativa, acadêmica, assistencial e recursos humanos) foram alocadas fora do hospital, gerando dificuldades de acompanhamento dos processos, bem como aumento dos custos.

Esta realidade, contradiz as orientações e políticas implementadas pelo governo federal. A atual política de saúde foi fruto de um movimento nacional pela reforma sanitária, que impulsionou a sociedade à propor e defender novas políticas e novos modelos de organização na área. Nesse sentido, a partir da Constituição de 1988, o direito à saúde passou a ser direito de todos, de forma universal, integral, gratuito e igualitário, sendo a promoção dever do Estado. Posteriormente, surgiu o arcabouço legal desse novo modelo denominado Sistema Único de Saúde (SUS), acessível a todos, cabendo ao Estado custeá-lo. Desde sua origem, a nova legislação trouxe também, princípios de gestão para a boa prestação dos serviços (BRASIL, 2015c; ELALI; LOPE; VELOSO, 2008).

Nas últimas duas décadas novas questões emergiram, determinando aprimoramentos ao sistema, entre os quais se destacam: a política de humanização do atendimento, a inserção da preocupação com a acessibilidade no âmbito dos espaços físicos de atenção à saúde, e o processo de acreditação das unidades integradas à rede. Tais elementos somam-se à própria concepção básica do SUS no que concerne à construção da cidadania, à integração ao capital social, à participação comunitária e ao controle social. (BRASIL, 2015c).

Entretanto, o maior desafio perpassa pela qualidade dos investimentos. A princípio é necessário compreender as necessidades dos usuários e dos responsáveis pelos serviços de saúde, para então, a partir dos espaços edificados, garantir melhorias nos serviços e universalidade do atendimento à saúde. Por conseguinte, não basta dispor de recursos suficientes para as construções de estabelecimentos assistenciais de saúde, se não forem adotados cuidados para garantir a sustentabilidade, a humanização e a manutenção desses espaços físicos (BRASIL, 2015c)

No que diz respeito à humanização, muito tem se falado e discutido. O Ministério da Saúde tem implementado o Humaniza SUS como política que atravessa as diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde, incorporando os diferentes níveis e dimensões da Atenção e da Gestão. Por meio do princípio da transversalidade, a Política Nacional de Humanização (PNH) se instrumentaliza de ferramentas e dispositivos para consolidar redes,

vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores com vistas a potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2010a).

Resumidamente, a humanização contempla, além da qualidade do atendimento também o conforto dos ambientes hospitalares, que devem oportunizar um padrão satisfatório para todos os seus usuários, profissionais e acompanhantes, sem exceção. O usuário, devido a suas condições físicas e psicológicas, chega ao hospital apreensivo, ansioso, desconfiado, inseguro, desanimado, triste e com medo, evidenciando um misto de sensações e expectativas. Frequentemente, essa pessoa fragilizada é atendida por um profissional apressado, sob tensão e cansado. O trabalho em ambientes hospitalares é estressante por sua própria natureza. Esse estresse pode ser acentuado ou atenuado de acordo com o padrão de conforto do local de trabalho (BRASIL, 2015c).

Nessa perspectiva, ambientes hospitalares, mais do que outros ambientes, devem proporcionar a seus usuários sensação de aconchego, segurança, relaxamento e bem-estar, corroborando dessa forma, para a recuperação de pacientes, tranquilidade dos seus familiares e melhor atuação dos profissionais de saúde. Para haver humanização, faz-se necessário o compromisso com a ambiência e melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2015c).

Ambiência na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve possibilitar uma atenção acolhedora, resolutiva e humana. Ao defender o conceito de Ambiência para a arquitetura nos espaços da Saúde, atinge-se um avanço qualitativo no debate da humanização dos territórios de encontros do SUS. Vai-se além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, passando a considerar as situações que são construídas. Essas situações são construídas em determinados espaços e num determinado tempo, e vivenciadas por uma grupalidade, um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais (BRASIL, 2010a).

O conceito de ambiência segue três eixos: Espaço que visa à confortabilidade centrado na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, garantindo conforto aos trabalhadores e usuários; Espaço que corrobora com a produção de subjetividades, ou seja, encontro de sujeitos por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho; Espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. É importante ressaltar que

esses três eixos devem estar sempre juntos na composição de uma ambiência, sendo esta subdivisão apenas didática (BRASIL, 2010a).

Particularmente as orientações para adequação das maternidades dizem respeito a ambientes que proporcionem conforto e privacidade para a mulher, bebê e acompanhante com cores harmônicas, conforto térmico, luminoso e acústico. Esses ambientes também deverão possuir bancadas, armários e banho quente. Além de uma adequação de espaços para solário e uma sala multi-uso para orientação e conversa com mães e acompanhantes (BRASIL, 2011b).

Outra dificuldade apontada pelo diagnóstico e construção da árvore explicativa foi a limitada tecnologia em informação que o HUAB possui. A Tecnologia da Informação – TI assumiu nos últimos anos um papel importantíssimo nas Organizações Públicas Brasileiras. No contexto nacional, as tecnologias de informação são instrumentos fundamentais para apoiar e dar suporte às operações do Ministério da Saúde - MS e do Sistema Único de Saúde - SUS. O foco principal da TI é a efetiva utilização da informação como suporte às práticas organizacionais. Além disso, a TI tem transversalidade sobre vários eixos da organização, apoiando a instituição a atender as exigências por agilidade, flexibilidade, efetividade e inovação (BRASIL, 2014).

Particularmente os hospitais são descritos como estruturas complexas que apresentam diversas áreas distintas que são interdependentes com recursos humanos e procedimentos diversificados. Assim, diante dessa complexidade, faz-se necessário a construção e manutenção da infraestrutura de TI, com equipamentos, sistema de informação, banco de dados, estrutura de rede, internet e outros recursos que demandam investimentos, pessoal capacitado, flexibilidade, disponibilidade e uma gestão eficaz (GONÇALVES, 2006; MANSUR, 2009).

Nesse sentido, Marin (2010) reforça que os Sistemas de Informação Hospitalar proporcionam a informação de forma ágil e segura aos diversos profissionais, facilitando a tomada de decisão, atendendo a necessidade de informações dos pacientes da organização, possibilitando assim a troca de informações com instituições parceiras distantes, repercutindo assim na qualidade assistencial.

Os Sistemas de Informação Hospitalar no geral são divididos através das funcionalidades que possuem, como: documentação clínica, solicitações médicas (prescrição eletrônica, evolução clínica, solicitações de exames, dietas e cuidados), essas informações constarão o prontuário eletrônico, o que possibilita a integração dos dados administrativos com os clínicos (GUTIERREZ, 2011).

4.3 MACROPROBLEMA III: DIFICULDADE NA OPERACIONALIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE GESTÃO DE INSUMOS, SERVIÇOS E PESSOAS.

As dificuldades diagnosticadas que deram origem ao Macroproblema III dizem respeito as compras e contratos realizados por adesão a atas de pregões; números de contratos e serviços insuficientes para as novas demandas; dificuldades nos fluxos de informação e comunicação e por último os recursos financeiros insuficientes para suprir as necessidades do hospital. Vale salientar que esse macroproblema teve como nós críticos a ausência de uma unidade de licitação; plano de capacitação para as gerências lideranças e equipes em construção; falta de política de comunicação efetiva e por último, perfil de baixa complexidade do HUAB.

A ausência de uma Unidade de Licitação em sua estrutura organizacional faz com que o HUAB precise utilizar exclusivamente, para realizar seus processos de compras e contratação, os métodos legais criados para atender situações excepcionais, a saber: *adesão à ATA de registro de preço; dispensa de licitação e inexorabilidade*. Essas formas de aquisição para insumos e serviços geram uma gama de dificuldades que impossibilitam o gerenciamento racional do orçamento, estoque, serviços e custos hospitalares, além de carregarem consigo um excesso de burocracia que afeta diretamente o clima organizacional, gerando insatisfação de todos os empregados e por vezes, a interrupção de algum serviço assistencial ou acadêmico, dado o elevado dispêndio de tempo para conclusão desses processos, não desconsiderando que muitos deles são fracassados devido aos inúmeros entraves burocráticos que a legislação atual condiciona.

Nesse cenário atual de compras e contratação de serviços pelo HUAB, ocasionado pela impossibilidade de licitar, o que se vê é: o desabastecimento de alguns insumos essenciais; estoques elevados de muitos insumos, devido à imprevisibilidade das novas aquisições, o que exige maior espaço físico para armazenamento; maior risco de desperdícios por expiração do prazo de validade daqueles produtos com estoque muito elevado; impossibilidade de gerir melhor os escassos recursos financeiros, principalmente, nessa conjuntura adversa onde o Brasil se insere atualmente; falta de contratos de prestação de serviços essenciais ao funcionamento do HUAB, como por exemplo, serviço de manutenção de equipamentos e controle de qualidade de água, entre outros; dispêndio de tempo e recursos para a execução dos processos de aquisição por meio dos métodos já citados, tencionando as equipes e gerando conflitos frequentes; sub-rogação dos contratos da UFRN, trazendo consigo saldos e cláusulas contratuais que impedem a continuidade da prestação de serviços pelos fornecedores ao HUAB e/ou adequação as necessidades deste hospital.

Outra situação existente é a ausência de módulos administrativos implantados da ferramenta AGHU, impossibilitando o gerenciamento das atividades de cunho administrativo e causando o descontrole dos seus processos. Essa realidade não permite padronizar os fluxos de ações para as atividades administrativas, o que gera retrabalho e duplicidade das tarefas, ausência de indicadores administrativos, impossibilidade de socialização das informações e, por fim, desmotivação dos funcionários do HU.

Os problemas vivenciados pelo hospital mais uma vez não fogem da realidade brasileira. Os municípios brasileiros assumiram responsabilidades crescentes no âmbito da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) em decorrência da descentralização com vistas a organizar estruturas e processos de gestão para contemplar a atenção à saúde com qualidade e efetivar as atribuições regulatórias e de fiscalização sanitária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

No entanto, falar em organizações de qualidade na área da saúde pública no Brasil ainda é incipiente para a maioria das instituições. No contexto dos hospitais universitários isso não é diferente. Sabe-se que a crescente demanda de pacientes bem como a desorganização do fluxo de atendimento ainda existente, vem trazendo sérios problemas aos hospitais, principalmente aqueles universitários que têm como missão a assistência complexa e hierarquizada (LIMA, 2006).

Conforme Lima (2006), embora tenha-se evoluído muito nos últimos anos na questão da qualidade em saúde pública no país, ainda se faz necessário avançar em boa parte dos princípios básicos norteadores do SUS. Face ao exposto, torna-se imprescindível desenvolver algumas questões quais sejam: a descentralização das ações de saúde entre os diferentes níveis de governo, a regionalização que consiste na delimitação geográfica da área de atendimento, a hierarquização no intuito de organizar os serviços de saúde da menor até a maior complexidade, instituindo um sistema de regulação eficiente, e a disponibilidade dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos. Além disso, a utilização de indicadores para estabelecer prioridades e alocação de recursos, e a capacidade de resolução e organização dos serviços que corresponde aos processos de trabalho internos.

De acordo com Lima (2004), o fato dos hospitais universitários terem caráter multi-institucional significa que devem cuidar das diferentes interações e circuitos que podem ocorrer nos espaços de produção da saúde, e que se expressam através de algumas tensões no cotidiano do hospital. Se por um lado essa diversidade permite enxergar uma dinâmica institucional com grandes possibilidades de mudanças internas na gestão e nos processos da organização, por outro existe um conjunto de fatores externos que podem

significar restrições concretas às mudanças organizacionais, ou dependendo do que esteja em jogo, servir de argumento para não implantar as transformações necessárias.

Desta forma, as organizações de saúde pública estão precisando muito reduzir custos (eliminando desperdício e retrabalho), aumentar a qualidade no atendimento dos serviços (reduzindo falhas, complexidade e variabilidade nos processos), e capacitar suas lideranças em gestão (LIMA, 2006). Diante dessas considerações, pode-se afirmar que apesar dos progressos e avanços obtidos na área da saúde nos últimos anos, ainda são notórios os graves problemas gerenciais, que se refletem na estrutura física dos serviços, perfil dos gestores e trabalhadores, no acesso aos recursos e nas políticas e ações de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; CONIL, 2002, 2008; TOMASI et al., 2003; FACCHINI et al., 2008) bem como a falta de co-responsabilização entre as esferas de governo, a influência política local em detrimento da política de saúde, o declínio na qualidade da infraestrutura e oferta de serviços, o despreparo técnico-administrativo dos gestores e trabalhadores, e deficiências na democratização da gestão pelos espaços de controle social (BOSSERT, BEAUVAIS, 2000; SOLLA, 2006; BODSTEIN, 2002; CREVELIN; PEDUZZI, 2005).

Vale ressaltar que independentemente da região, é comum encontrar gestores com pouca formação em saúde pública e pequena experiência prévia na área. Desta forma, destaca-se a necessidade de readequação administrativa para incluir na agenda a educação permanente (BOSSERT, BEAUVAIS, 2000; MELO et al., 2008). A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) lançada pelo Ministério da Saúde através da Portaria 198, de fevereiro de 2004, possibilita a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores e a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão nesta área, fortalecendo o controle social com o objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população (CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009).

Sendo assim, não resta dúvida que o âmbito da saúde pública é um ambiente único e desafiador para a melhoria da qualidade e de seus processos de trabalho. Destarte, um programa de gestão da qualidade com melhoria de processos nas organizações hospitalares se impõe, pela própria natureza e diversidade dos serviços prestados. Sabe-se que a qualidade do trabalho realizado em uma organização é resultado não somente do funcionamento dos processos individuais, mas também o quanto os mesmos se conectam com um sistema. Um sistema em uma organização é um grupo interdependente de itens, pessoas ou processos trabalhando juntos em direção a um propósito comum (LIMA, 2006).

Deste modo, quando se examina com atenção uma organização, a primeira coisa que se vê são as diversas funções. No entanto, a visão sistêmica sugere que essa perspectiva não nos permite compreender o modo como o trabalho é realmente feito, e isso é um precursor necessário ao aperfeiçoamento do desempenho. Para ter essa compreensão, é necessário olhar os processos. Contudo, a falta de visão sistêmica sobre eles aliada a uma preocupação das equipes apenas com suas áreas, menosprezando os clientes internos e externos, são alguns dos fatores que criam um conjunto desalinhado de esforços, que podem fazer pessoas e equipes de boas intenções caminharem em direções diferentes (CAMPOS, 2003).

Nessa abordagem, é possível descobrir que os processos institucionais são considerados o nível menos entendido e menos gerenciado de uma organização. Diante disso, temos duas escolhas à saber: ignorá-los e esperar que eles façam aquilo que se deseja; ou compreendê-los e gerenciá-los. A experiência da autora sugere fortemente que o nível ora apresentado, é onde a mudança mais substancial, em geral, precisa acontecer. Acrescenta que se houver a necessidade de escolher um dos três níveis de desempenho das organizações como sendo a área de maior oportunidade, deve-se optar pelo gerenciamento dos processos. Assim, não melhorar o desempenho nesta área implica não melhorar a organização, uma vez que não gerenciar os processos de maneira efetiva significa não gerenciar efetivamente os negócios.

Segundo Lima (2006), os processos podem ser entendidos como a forma pelas quais as coisas são feitas na empresa mediante a utilização de recursos da organização para oferecer resultados aos seus clientes. Neste sentido, os hospitais públicos universitários, cujas características essenciais de prestadores de serviços e fonte de produção intelectual em saúde, são instituições potencialmente ricas para o desenvolvimento de melhorias através de seus processos de trabalho. Contudo, os HU's apresentam dificuldade neste âmbito devido à diversidade de cuidados, à imprevisibilidade da demanda e à falta de critérios claros que permitam questionar a relação custo-benefício.

Vale enfatizar que em alguns casos nem mesmo existem processos estabelecidos, uma vez que se constata a preocupação dos profissionais de saúde em oferecer o melhor atendimento que conhecem orientados apenas pelo princípio da assistência ao paciente. Deste modo, sem considerar os gastos e a infraestrutura necessária, colocam em risco financeiro a organização onde trabalham. Os administradores, por outro lado, ao moderarem custos, materiais e recursos humanos sem considerar os limites de risco da prática médica e aos pacientes, aumentam a possibilidade de problemas assistenciais (LIMA, 2006).

Assim a arte, encontra-se no meio termo entre a prática assistencial e de apoio administrativo. Para isso, há necessidade que ambos troquem informações, bem como ajustem posicionamentos e condutas. A dificuldade de alcançar e manter o equilíbrio entre eles exige dos profissionais da saúde e dos administradores uma atenção precisa sobre as necessidades e interesses um do outro, de tal modo que se atinja a justa medida para as partes (LIMA, 2006).

Destaca-se que quando as pessoas redesenham processos, a comunicação entre elas e os departamentos tornam-se foco. Entretanto, é escassa utilização dos sistemas oficiais de informação entre as unidades da organização sobretudo no que se refere à avaliação e monitoramento dos processos. Além disso, as estratégias tanto de produção quanto de divulgação e comunicação parecem improvisadas e ainda inadequadas para alcançar os trabalhadores de saúde e a população (BRASIL, 2006; TOMASI, et.al., 2003; CREVELIN, PEDUZZI, 2005; SHIMIZU; ROSALES, 2009).

Em resumo, existe carência de estrutura adequada nas áreas de gestão do trabalho, educação e comunicação em saúde com vistas a alcançar estruturas eficazes e eficientes. Assim sendo, investimentos são necessários para a implementação de estratégias de educação e difusão de novos conceitos e práticas de gestão. Para a efetivação de mudanças no processo gerencial é necessário ainda que se fortaleça a autonomia, reforce o planejamento local e participativo, e se valorize as instâncias colegiadas e de controle social (SOLLA, 2006; CREVELIN; PEDUZZI, 2005).

Deste modo, é preciso a criação de uma rede de informação para melhor compreensão das necessidades mútuas. As pessoas começam a ver uns aos outros, e passam a enxergar a instituição como uma grande conexão de processos gerenciados adequadamente na perspectiva de reduzir variabilidade (LIMA, 2006). A autora acrescenta que em alguns casos de organizações que não gerenciam seus processos, a variação no funcionamento das tarefas é tão grande, que podemos dizer que nem mesmo existe processo, ou seja, as atividades ocorrem de qualquer maneira. Nestes casos, é necessário criar uma padronização dos mesmos pois reduzirá a variabilidade das operações, o que normalmente causará também a diminuição na mutação dos resultados.

Particularmente, o que diz respeito à gestão de materiais em ambientes hospitalares, em especial os mantidos com verbas públicas, representam aos gestores um desafio constante, pois as necessidades impostas pelas políticas públicas de saúde, as demandas dos usuários, as formas legais de aquisição dos medicamentos e materiais necessários, bem como os anseios dos profissionais de saúde, devem direcionar as ferramentas de administração de materiais (MEAULO; PENSUTTI, 2011).

Gonçalves (2007) afirma que o objetivo da gestão de materiais é o de conciliar os interesses entre as necessidades de suprimentos e a otimização dos recursos financeiros e operacionais das empresas. Assim sendo, a gestão de materiais é um processo no qual se planeja, executa e controla, em condições mais eficientes e econômicas, o fluxo de materiais, partindo das especificações dos artigos a comprar até a entrega do produto (FRANCISCHINI; GURGEL, 2002).

Meaulo e Pensutti (2011) fizeram um levantamento das principais ferramentas que segundo os estudiosos podem ser utilizadas: Identificação de materiais; Controle de estoque; Cálculo de médias de consumo; Identificação dos principais custos ligados a estoques; Estoque mínimo, de segurança, ponto de pedido e intervalo de re-suprimento; Controle de materiais pelo método da Curva ABC; Controle de materiais pelo método XYZ.

A introdução dessas principais ferramentas pode ajudar a administração pública a prestar um serviço mais adequado, sem riscos de comprometimento da qualidade do serviço. Estas medidas são consideradas suficientes para normalizar as constantes reclamações de falta de material e excesso de gastos com estoques (MEAULO; PENSUTTI, 2011).

No que concerne a gestão de serviços apesar das restrições e problemas enfrentados pelos hospitais, a clientela assistida necessita ter acesso a todas as características humanas e técnicas que envolvem o atendimento hospitalar, cujos serviços requerem tecnologia de última geração, pessoal qualificado e instalações modernas, com o serviços prestados de uma forma rápida e com o menor desgaste emocional e físico possível (BORBA, 2004). Neste contexto, nos dias atuais exige-se ainda mais do gestor hospitalar no que tange à adoção de rígidos critérios de qualidade (LONDONO; MORERA; LAVERDE, 2003).

Por conseguinte, muitas são as organizações que direcionam esforços para a melhoria da qualidade dos seus serviços, empregando metodologias e implementando diferentes programas de qualidade, visando a satisfação de seus clientes. Castellanos (2002) aponta a necessidade dos gestores hospitalares mudarem a sistemática do processo de tomada de decisão, incluindo a perspectiva dos clientes, extrapolando os aspectos econômico-financeiros.

Por fim, Soviensk e Stigar (2008) alertam para as mudanças ocorridas na área de gestão de recursos humanos nos últimos anos. Os autores afirmam que a área de Recursos Humanos deixou de ser um simples departamento de pessoal para se tornar o personagem principal de transformação dentro da organização. Há poucos anos, o mesmo atuava de

forma mecanicista, no qual a visão do empregado prevalecia sobre a obediência, a execução da tarefa, ao chefe e, o controle centralizado. Na atualidade, o cenário é diferente: os empregados são chamados de colaboradores, e os chefes de gestores.

Pode-se afirmar que gerir pessoas não está mais pautado em uma visão mecanicista, sistemática, metódica, ou mesmo sinônimo de controle, tarefa e obediência. Mas discutir e entender o disparate entre as técnicas tidas como obsoletas e tradicionais, com as modernas, juntamente com a gestão da participação e do conhecimento. A gestão de pessoas visa à valorização dos profissionais e do ser humano, diferentemente do setor de Recursos Humanos, que visava a técnica e o mecanicismo do profissional (SOVIENSK, STIGAR, 2008).

A Gestão de Pessoas deve ser comprometida com a formação do profissional que a instituição deseja, objetivando o desenvolvimento e crescimento da instituição como o do próprio funcionário, tido como colaborador para adquirir os resultados esperados. Nesse sentido, busca conscientizar o colaborador de que suas ações devem ser norteadas pelos seguintes princípios: desenvolvimento responsável e ético de suas atividades; capacidade de atuação baseada nos princípios da gestão empreendedora; capacidade de realização de tarefas que integrem as inovações tecnológicas; capacidade de trabalhar em rede; capacidade de atuar com flexibilidade; conhecimento da missão e dos objetivos institucionais das organizações em que atuam; dominar o conteúdo da área de negócio da organização; capacidade de atuar como consultor interno das organizações em que trabalham, entre outros (SOVIENSK, STIGAR, 2008).

Para desenvolver essas ações, o gestor também deve ter: visão sistêmica, trabalho em equipe, bom relacionamento interpessoal, planejamento, capacidade empreendedora, capacidade de adaptação e flexibilidade, cultura da qualidade, criatividade e comunicação, liderança, iniciativa e dinamismo. O desenvolvimento dessas habilidades e competências é de suma importância, tanto para o gestor como para o colaborador, uma vez que, envolvem elementos da personalidade das pessoas aplicados à sua práxis profissional, representando assim um processo de associação entre as características individuais e as qualidades requeridas para missões profissionais específicas (SOVIENSK, STIGAR, 2008).

5 REFERÊNCIAS E CASOS DE SUCESSO.

Este capítulo apresenta algumas experiências vivenciadas pela equipe do HUAB que foram fomentadoras de movimentos positivos de reflexão, e estímulo a mudança e qualificação da assistência.

5.1 PROJETO COLUMBUS - FORTALECIMENTO DAS BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA.

No período de 12/06 à 29/06/2014, como parte integrante do Projeto Columbus, o grupo de superintendentes e gerentes dos hospitais federais, bem como os profissionais da EBSEH – Sede, realizaram visitas técnicas em quatro países da Europa (França, Portugal, Itália e Espanha) com o objetivo de conhecer experiências exitosas nas mais diversas áreas da gestão dos Hospitais de assistência, interfaceando com a academia.

Em Barcelona (Espanha), Verona e Ferrara (Itália) as maternidades visitadas realizam um trabalho voltado para a qualidade da assistência materna e neonatal. Prioritariamente foi exposto o sistema de saúde de cada localidade, bem como a articulação com a atenção primária e a construção das redes assistenciais.

Em Barcelona, na região da Catalunha, sistema de saúde semelhante ao Brasil, há uma preocupação com a cobertura universal e acesso livre aos serviços de saúde para toda a população. No Hospital de Sant Pau e no Hospital Universitário Sant Joan de Deu, na assistência ao parto, a enfermeira obstetra designada *comadrona*, possui autonomia para a realização do parto de risco habitual, após ter sido realizada a classificação de risco da parturiente e assim ter a definição estrita do comando dessa profissional.

Percebe-se nitidamente a confiança da equipe médica no referido profissional, bem como o trabalho integrado. Tudo é fundamentado no Protocolo de seguimento de Lembaràs a Catalunha. A formação dessas profissionais fornece competência para o desenvolvimento de suas atividades com segurança e qualidade. O médico obstetra deverá ser acionado frente às intercorrências que poderão existir, e estarão prestando assistência as parturientes de risco. Nesse contexto, os fluxos assistenciais são bem definidos e a rede dos serviços de saúde apresenta-se integrada, desde o pré-natal até a assistência puerperal.

As gestantes são acompanhadas pelas *comadronas* nos CAPs (Centro de Atenção Primária) e os territórios possuem os hospitais de referência por nível de complexidade. As gestantes, a partir da 36ª semana são encaminhadas para o hospital de referência daquele território e será acompanhada pela *comadrona* do hospital. Nesse momento, é realizada a cardiocotografia e a gestante conhece as instalações e a profissional que realizará o seu

parto. Há uma preocupação com o vínculo e a confiabilidade na *comadrona*. A puérpera ao retornar para o território receberá a visita da enfermeira obstetra para as orientações e necessidades puerperais. O Sistema de Saúde não é do médico e ou profissionais, mas sim do cidadão.

Ainda no Hospital de Sant Pau há uma preocupação com o acompanhamento da qualidade da assistência obstétrica, por meio de reuniões diárias com toda a equipe de saúde Médicos Obstetras e Neonatologistas, Comadronas, Assistente Social e Psicólogos (Integração da equipe multiprofissional). Outra estratégia de gestão é a educação continuada dos profissionais assistenciais. As comadronas de sala de parto são tutoras das residentes de enfermagem.

Outro ponto relevante diz respeito ao tempo de permanência hospitalar, em que nos hospitais supracitados, o parto vaginal tem uma permanência hospitalar de 48 horas e a cesárea de 4 dias.

Foi visitado também o Centro de Saúde La Roca, referência para uma população de 11.000 habitantes que caracterizou o sistema de saúde da Catalunha com definição clara de construção de redes assistenciais, da preocupação com os vínculos dos pacientes com as unidades assistenciais e da resolutividade em todos os níveis, da baixa à alta complexidade.

O médico da família é obrigatório na atenção primária e ele possui 6 anos de graduação e 4 anos de especialidade. A enfermeira realiza toda a atenção à mulher e o médico acompanha a ecografia, bem com a gestante de risco. Os exames laboratoriais e de diagnósticos são garantidos e o sistema de saúde se organiza de tal forma que não haja solução de continuidade.

A assistência farmacológica também é garantida, porém existe um controle na utilização e prescrição dos fármacos. O recém-nascido deverá receber a visita do médico pediatra em até 05 dias e do enfermeiro pediátrico em até 10 dias. Existem metas a serem atingidas e há uma pactuação com os profissionais da saúde das unidades. Cada unidade tem seu hospital de referência mais próximo independente do nível de complexidade, e os hospitais devem conhecer as unidades de saúde.

Há também uma preocupação com o fortalecimento do sistema, haja visto que existe a prioridade no médico da família e a presença de enfermeiras qualificadas na área. Todas as metas e indicadores são firmados em contratos com o Sistema de Saúde e o financiamento dependerá do cumprimento das metas.

Na Itália foram visitados o Hospital de Verona e o Hospital de Sta Anna Ferrara, sendo estas organizações hospitalares semelhantes as da região da Catalunha, porém o profissional não médico responsável pela assistência obstétrica de risco habitual é a obstetrix, que não tem a formação de enfermeiro, mas possui três anos de formação em obstetrícia, possuindo uma autonomia plena em sua atuação. O sistema em relação a fluxos e redes de assistência é bem definido.

O parto de risco habitual também é acompanhado pela obstetrix e o médico obstetra garante o acompanhamento das parturientes de risco. Para proporcionar este fluxo há a realização da classificação de risco e uma sinalização por meio de partograma em cores, do risco de cada paciente. Neste momento, e dependendo da cor do partograma, a parturiente será acompanhada pela obstetrix ou pela equipe médica.

No Hospital de Verona há uma reunião clínica realizada pela equipe obstétrica e neonatal composta por médico obstetra, a obstetrix, o médico neonatologista e o enfermeiro para avaliar todos os casos presentes na maternidade, bem como os encaminhamentos realizados com todas as parturientes/puérperas e neonato.

A equipe que assiste o parto trabalha com metas pactuadas de menos intervenções inapropriadas, como o excesso de cesareanas, excesso de induções, excesso de uso de práticas não recomendadas. Houve como resultado desse trabalho uma redução de episiotomia de 50% para 16% e a taxa de cesárea caiu de 35% para 26%, em dois anos. Deste público 30% das pacientes já haviam realizado parto operatório anterior. É incentivado o contato pele a pele e não há o corte do cordão umbilical imediatamente após o nascimento. São utilizadas técnicas não farmacológicas de alívio da dor e o ambiente é favorecido com musicoterapia, penumbra e aromas. É disponibilizada a anestesia peridural, bem como o gás inalatório que é administrado pelo anestesista. Todas as pacientes ao serem admitidas no hospital realizam a ultrassonografia e a cardiotocografia.

Nas referidas realidades, sendo o parto de risco habitual não há a presença do pediatra no ambiente de parto. Os mesmos profissionais (comadrona ou obstetrix) que assistem ao parto realizam também os cuidados ao recém-nascido, já que é uma parturiente cujo recém-nascido deverá estar dentro dos parâmetros de normalidade. Porém, se houver alguma intercorrência, imediatamente o pediatra é acionado, pois este permanece nas dependências hospitalares e, portanto, alcançável.

No que diz respeito à estrutura física, os ambientes são confortáveis, individualizados para a parturiente e acompanhantes. A parturiente tem a opção de escolher a posição do parto e eles disponibilizam a banheira em algumas acomodações. Os ambientes são estilo

PPP (Pré-Parto, Parto e Puerpério) e a parturiente permanece no mesmo ambiente até à alta hospitalar. Há o estímulo ao aleitamento materno, mas os hospitais não possuem o selo UNICEF de Amigo da Criança. Não diferente das outras localidades visitadas, há uma preocupação com as metas pactuadas na assistência obstétrica, como por exemplo, a redução da taxa de cesárea.

Desta maneira, percebe-se que na Catalunha e Itália uma assistência obstétrica pautada em valorização da autonomia da mulher e os processos de trabalho são bem definidos.

Em relação à França (Paris) e Portugal (Lisboa e Porto) as visitas nas maternidades foram restritas, já que os roteiros estavam direcionados aos serviços de urgência, cuidados paliativos e cirurgias ambulatoriais.

Na França 20% da população feminina encontra-se na fase reprodutiva, sendo que estas terão que escolher o local do parto, podendo ser em hospitais públicos, clínicas privadas ou em sua própria residência acompanhado por parteiras, entretanto as parteiras que realizam os partos nas residências não são remuneradas pelo seguro saúde do país.

Durante o pré-natal as mulheres são acompanhadas por parteiras, pediatras e clínicos. A partir da 28ª semana elas visitam a maternidade, a fim de decidirem onde terão seus filhos. Geralmente optam pelos hospitais, pois estes possuem os serviços de reanimação neonatal.

As parteiras possuem formação universitária de 01 ano, no curso básico para todas as profissões da saúde, e mais 04 anos voltados para ginecologia e obstetrícia, e são denominadas sages-femmes. Todas elas possuem autonomia para a condução dos partos normais, inclusive realizando ultrassonografia. São treinadas ainda para fazer a reanimação dos recém-nascidos, sendo os pediatras são acionados apenas em gravidez gemelar ou líquido amniótico meconial.

Outro fator relevante foi à preocupação com a taxa de cesárea (23%), bem como o acompanhamento sistemático de todos os procedimentos cirúrgicos que são realizados no hospital. O responsável pela unidade obstétrica diariamente discute com a equipe plantonista todo o processo que resultou na indicação de cesárea. Dessa forma, foi observado que apesar da gestão da obstetrícia respeitar a autonomia do médico obstetra indicar ou não a cesárea, ele deverá justificar perante os seus pares sua decisão. Após a adoção dessas estratégias houve redução significativa na taxa de cesárea. Nesse mesmo contexto, as parturientes têm acesso à anestesia peridural, perfazendo um total de 65% dos

partos com o referido procedimento, situação essa diferente da realidade brasileira em que as mulheres, na sua maioria, não têm acesso a analgesia farmacológica da dor no parto.

Outra iniciativa observada durante a visita é a preparação das mulheres para o parto, por meio de aulas que contemplam assuntos como: trabalho de parto propriamente dito, técnicas de respiração, aleitamento materno, etc.

Existe ainda, através do decreto 98, uma organização relacionada aos níveis de complexidade das maternidades que são subdivididas em: Centro de Parto Normal Tipo I (maternidade básica onde não é necessário pediatra), Centro de Parto Normal Tipo II A (Sem cuidados intensivos neonatal), Centro de Parto Normal Tipo II B (Com cuidados intensivos), Centro de Parto Normal Tipo III (com reanimação Neonatal).

No que diz respeito à estrutura física, às maternidades que foram apresentadas nas visitas possuíam ambientes relativamente satisfatórios, com estruturas favoráveis ao incentivo do parto natural, porém apesar do aparato, os nascimentos ainda são no modelo tradicional.

Por fim, é importante destacar que na Europa o trabalho multiprofissional é concentrado no médico e enfermeiro, sendo o processo de trabalho é bem definido. Nos contextos visitados, o próprio mercado condiciona as regras da empregabilidade considerando a crise vivenciada nos países europeus. A cultura organizacional também faz o diferencial no modelo, uma vez que todos os profissionais da saúde deverão ser guiados em suas atividades cotidianas por metas, indicadores, resultados quantitativos e qualitativos, e menor custo. Há uma preocupação e análise quanto aos sistemas adaptativos complexos, como foco, para a compreensão da organização hospitalar.

REALIZANDO *BENCHMARKING* COM A REALIDADE DO HUAB

No Brasil, apesar dos progressos na assistência ao parto e nascimento em decorrência das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e políticas ministeriais, ainda existem deficiências na qualidade desse atendimento em decorrência da fragmentação e intervenções desnecessárias. Diante dessa realidade, a mudança do paradigma obstétrico é um desafio que deve ser enfrentado e discutido com a sociedade, profissionais de saúde e gestores públicos.

O HUAB possui uma cultura organizacional favorável às mudanças para a melhoria desse cuidado, buscando fortalecer as ações de boas práticas recomendadas na assistência à parturiente e neonato, além de considerar a importância da realidade vivenciada nos serviços de saúde europeus.

Apresentamos a seguir alguns pontos considerados significativos e pertinentes para a nossa realidade, que proporcionaram a reflexão e a discussão da sua viabilidade e operacionalização na nossa instituição, a saber:

- Autonomia dos enfermeiros obstetras para a realização do parto de risco habitual, após ter sido realizada a classificação de risco da parturiente e assim ter a definição estrita do comando dessa profissional.
- Ações fundamentadas em protocolo, como o protocolo de seguimento de Lembaràs a Catalunha.
- O médico obstetra é acionado frente às intercorrências no momento do parto, como para o acompanhamento das parturientes de risco.
- Fluxos assistenciais bem definidos e rede dos serviços de saúde apresentando-se integrada, desde o pré-natal até a assistência puerperal.
- As gestantes, a partir da 36^a semana são encaminhadas para o hospital de referência, sendo acolhidas e acompanhadas pela equipe multiprofissional deste hospital.
- Em relação ao tempo de permanência hospitalar, no parto vaginal a permanência é de 48 horas e a cesárea de 72 dias.
- Reunião clínica realizada pela equipe obstétrica e neonatal (multiprofissional) para avaliar todos os casos presentes na maternidade, bem como os encaminhamentos realizados com todas as parturientes/ puérperas e neonato.
- Adoção de outras técnicas não farmacológicas de alívio da dor, assim como proporcionar um ambiente favorecido com musicoterapia, penumbra, cheiros agradáveis.
- Disponibilização da anestesia peridural para analgesia no parto.
- Realização de ultrassonografia e cardiotocografia em todas as gestantes admitidas no hospital.
- Realização dos cuidados ao recém-nascido pelo enfermeiro, em parturientes de risco habitual e RN's dentro dos parâmetros de normalidade.
- Direito de escolha da parturiente sobre a posição do parto e disponibilização da banheira em acomodações. Além da estruturação de ambientes estilo PPP (Pré-Parto, Parto e Puerpério).

- Espaços para discussão com a equipe plantonista sobre o processo que resultou na indicação de cesárea.

A experiência do *benchmarking* resultou no aprimoramento de algumas ações (QUADRO 7) já realizadas pelo HUAB, e permitiu a discussão de outras ainda em processo de implantação com a equipe assistencial, assim como com a rede de atenção à saúde. Ressaltamos que a reorganização dos processos de trabalho é fundamental para a implementação de ações exitosas com foco na integralidade do cuidado.

QUADRO 7 – Ações e resultados no HUAB – Projeto Columbus, 2014.

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES		RESULTADOS
1	Sensibilizar e capacitar as gerências de atenção à saúde e a administrativa e equipe assistencial.	95% da equipe assistencial sensibilizada.
2	Assegurar a utilização dos protocolos mediante a capacitação.	95% assegurado.
3	Utilizar instrumentos de avaliação de acordo com parâmetros da rede cegonha.	100% dos indicadores do instrumento utilizados está de acordo com o protocolo da rede cegonha.
4	Informar e sensibilizar as parturientes sobre as boas práticas.	87% das usuárias sensibilizadas sobre as boas práticas
5	Definir os indicadores e captar as informações.	100% dos indicadores estabelecidos e informações captadas.
6	Participação dos enfermeiros na realização dos partos.	65% do total de partos após a implantação do projeto Columbus foram realizados por enfermeiros. Constata-se que houve um aumento de 49% de partos realizados por esses profissionais, em relação a média dos três últimos meses antes da implantação do projeto. Com isso, ultrapassamos a meta previamente estabelecida de 15%.
7	Reduzir do uso de ocitocina	36% de redução no uso de ocitocina em pacientes em trabalho de parto.
8	Redução do uso de episiotomia	22% de redução na realização de episiotomias.
9	Estabelecimento do contato pele a pele	95% de realização de contato pele a pele.

13% não tiveram acesso aos métodos não farmacológicos em decorrência de admissão em período expulsivo e parto em trânsito, tornando impossível a oferta dos mesmos. Diante disso, se pode afirmar que 100% das parturientes admitidas ainda em trabalho de parto utilizaram as técnicas de alívio da dor.

FONTE: Relatório Final - Projeto Columbus (2014).

5.2 TROCAS DE EXPERIÊNCIA ENTRE AS MATERNIDADES DO RN

O encontro entre as equipes de gestão dos hospitais HUAB e MEJC ocorreu no dia 02/10/2015 no auditório do HUAB. Na ocasião houve um acolhimento dos visitantes com um café da manhã e logo após foi realizada uma visita as instalações do hospital visto que a

maior parte da equipe da MEJC ainda não o conhecia. Durante a visita foi possível apresentar os fluxos assistências do HUAB promovendo um maior entendimento da rotina de trabalho no hospital, assim como do seu espaço físico.

Após a visita, as atividades foram retomadas com as falas dos superintendentes que contextualizaram o trabalho de seus hospitais assim como, promoveram um resgate histórico da relação entre eles. Em seguida as equipes apresentaram seus PDEs compartilhando seus planos de trabalho e identificando ações e atividades que eram comuns ou que poderiam contar com a colaboração mútua para uma plena realização. Esse momento fomentou discussões a respeito do papel de cada hospital na assistência a mulher e ao neonato no estado e sobre como unir forças para a qualificação do cuidado em cada um.

Com o levantamento desse diálogo foram então formados grupos mistos para que efetivamente fossem elencados os pontos de apoio para as atividades citadas em cada hospital, tendo sido os mesmos apresentados e validados com o grande grupo.

Durante a apresentação realizada por componentes dos dois hospitais foram percebidos vários pontos comuns entre os grupos, transparecendo muito claramente quais as necessidades mais urgentes de apoio entre os dois hospitais.

Ao discutir as estratégias de parcerias e troca de experiências entre os dois hospitais no que se refere à **gestão, assistência e academia** foram pactuadas as necessidades de criação de agendas construtivas de viabilidade sobre os pontos a seguir:

- **Assistência**

1. Apoio matricial para o processo de diagnóstico e terapêutico nos diferentes níveis assistenciais dentro da Linha de Cuidado da mulher e neonato (EX: teste do coraçãozinho), previamente pactuado entre as duas instituições.
2. Capacitação de profissionais para a atuação em neonatologia e videolaparoscopia;
3. Instituir espaços para construção e consolidação de núcleo interno de regulação em ambas as instituições;
4. Estabelecer e articular conjuntamente os núcleos internos de regulação (NIR) a fim de possibilitar as ações de referência e contra-

referência, dentro da Linha de Cuidado da mulher e neonato, previamente pactuado entre as duas instituições.

- **Academia**

1. Estabelecer cronograma de reuniões científicas por videoconferência em conjunto com o HUAB;
2. Colocar no edital dos residentes a inclusão do HUAB como campo de prática obrigatória;
3. Articular para que o HUAB e a MEJC possam utilizar seus espaços de maneira conjunta no intuito de fortalecimento das pesquisas clínicas;
4. Construção integrada dos protocolos clínicos.

- **Gestão**

1. Criar a Unidade de Licitação a fim de compartilhar com a MEJC os processos licitatórios e otimizar os processos de compras;
2. Buscar em conjunto (HUAB e MEJC) o apoio necessário com o HUOL, para o processo de potencialização dos profissionais da unidade licitatória;
3. Criar conjuntamente, HUAB E MEJC, os protocolos administrativos;
4. Parceria quanto consultoria entre o do setor de infraestrutura do HUAB e a divisão de infraestrutura da MEJC.

O encontro possibilitou a reflexão do quanto são importantes momentos de discussão conjunta, em que, dúvidas, descontentamentos e questionamentos são colocados em pauta, sendo em seguida esclarecidos e sanados, estabelecendo um processo de pactuação de compromissos e ajuda mútua, respeitando as especificidades de cada hospital.

Assim, os conhecimentos dos dois hospitais, as suas peculiaridades, seus perfis assistenciais, dos seus planos de ação no PDE, bem como a afinidade do grande grupo proporcionou a possibilidade de integração e de crescimento institucional das duas maternidades da EBSEH do Rio Grande do Norte.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Este capítulo apresenta os desenhos de intervenção que foram elaborados considerando cada macroproblema (MP) eleito e seus respectivos nós críticos (NC). A importância fundamental deste processo está no fato de que esta proposta descreve os objetivos a serem alcançados, assim como todas as ações necessárias para isso, e que visam como resultado final a superação de cada um desses problemas.

O planejamento é apresentado na forma de planos de ação para os quais foi utilizada a metodologia PES como ferramenta para detalhamento das atividades propostas. Neste momento optou-se por demonstrar os projetos de forma resumida para um melhor entendimento das ações sinalizadas. As planilhas completas podem ser visualizadas no **ANEXO 4** intitulado *Proposta de Intervenção Consolidada*.

Com o PES cada ação pensada foi desmembrada em atividades, que expressassem com maior precisão os seus objetivos. Cada uma delas teve seus resultados e metas determinados, assim como seus responsáveis, os recursos predominantes e necessários, seu tempo de realização, e seus indicadores de acompanhamento. As matrizes de viabilidade e precedência para a execução de todas as ações serão apresentadas nos capítulos *Análise de Viabilidade* e *Gestão e Monitoramento do Plano*, respectivamente.

Como a discussão dos três Macroproblemas eleitos já aconteceu anteriormente neste documento, este capítulo trás de forma resumida uma contextualização que justifica a escolha de cada nó crítico e que antecede a apresentação de cada plano de ação. Abaixo, nos QUADROS 8 e 9 estão discriminados os macroproblemas e nós críticos alvos desta proposta de intervenção.

QUADRO 8 – Macroproblemas elegidos para o HUAB.

MP1	Dificuldade de absorção e fixação de médicos.
MP2	Insuficiência na estrutura física, tecnológica e de informação frente ao atual perfil de atenção à saúde.
MP3	Dificuldade na operacionalização dos processos de gestão de insumos, serviços e pessoas.

QUADRO 9 – Nós críticos por Macroproblema elegidos para o HUAB.

MP1	NC1	Baixa adesão ao sistema de contratação EBSE RH dificulta a fixação dos profissionais médicos.
MP1	NC2	Não visualização do HUAB como importante polo de formação (ensino e pesquisa).
MP2	NC3	Rede lógica incipiente e equipe local pouco qualificada para implantação dos módulos AGHU.
MP2	NC4	Linhas de cuidado ainda em consolidação.
MP2	NC5	Falta de espaço físico para expandir o HU.
MP3	NC6	Ausência de unidade de licitação própria.
MP3	NC7	Plano de capacitação para gerência, lideranças e equipes em construção.
MP3	NC8	Falta de política de comunicação efetiva.
MP3	NC9	Perfil de baixa complexidade do HUAB.

MACROPROBLEMA I - DIFICULDADE DE ABSORÇÃO E FIXAÇÃO DE MÉDICOS.

Para o problema de fixação de médicos no hospital foram escolhidos os nós críticos 1 e 2 discutidos abaixo:

NC1 - Baixa adesão ao sistema de contratação EBSE RH dificulta a fixação dos profissionais médicos.

Se o acesso à saúde pública ainda é um dos maiores problemas enfrentados pela população no país, nos interiores e periferias a situação é mais complexa. Dentre os diversos dilemas que envolvem os serviços de saúde, destaca-se na nossa realidade, a baixa adesão dos profissionais médicos ao sistema de contratação da EBSE RH, dificultando a fixação deste profissional no interior.

No concurso realizado para o HUAB a contratação de médicos obstetras, pediatras e anesthesiologistas foi praticamente nula, o que resultou em escalas incompletas com importante prejuízo na assistência a mulher e a criança nas situações de urgência, eletivas e também ambulatoriais.

Assim, há uma necessidade de ampliação e aprofundamento do debate, pois, no momento em que se pretende elevar de forma inadiável o acesso aos serviços médicos para a maior parte da população, tem-se que pensar de maneira inseparável a fixação dos médicos nos interiores do estado, pois a forte concentração geográfica dos profissionais e dos serviços ainda é um problema impactante que impede a concretização dos princípios que regem o nosso SUS.

Ressaltamos que, ao considerar o processo de regionalização e interiorização dos serviços de saúde como um tema de relevância social, em que há uma realidade concreta e relacional com a má distribuição de profissionais médicos entre capitais e interior, temos que possibilitar a capacidade de mudanças e a concretização de processos que favoreçam a tão

desejada adesão e fixação. Vários estudos apontam que não há falta de médicos de maneira generalizada, mas uma concentração desigual, que possui como determinantes as consequências do mercado, da concentração de renda, das disparidades regionais e da distribuição das especialidades médicas.

Nas nossas discussões procuramos elencar os diversos fatores que interferem no provimento e fixação dos médicos na nossa instituição, os quais poderão ser enfrentados. Entendemos que são várias as ações (QUADRO 10) necessárias para minimizar o problema da má distribuição de médicos, em especial na região do interior do estado. Algumas delas, mais especificamente voltadas para o âmbito assistencial, têm que ser realizadas como iniciativas pontuais, mas que precisarão ser intensificadas de modo articulado entre os mais diversos atores, estabelecendo uma sinergia entre os processos e aproximando as ações e a construção de objetivos comuns.

Nesta perspectiva, pretende-se alcançar como resultados esperados a redução da má distribuição geográfica e a fixação de forma racional e coerente dos profissionais da área médica, conseqüentemente melhorando a assistência à saúde da população.

QUADRO 10 – Plano de Ação resumido para o nó crítico: Baixa adesão ao sistema de contratação EBSE RH dificulta a fixação dos profissionais médicos.

Nó crítico	Resultados Esperados	AÇÕES E ATIVIDADES
NC1	Maior fixação e adesão de médicos para cobertura da escala e maior resolutividade dos serviços assistenciais do HUAB.	1. Viabilização dos serviços assistenciais do HUAB
		1a. Acionar o MP federal para garantia de um respaldo legal na execução da jornada de trabalho de 24h em caráter emergencial.
		1b. Formar grupo de trabalho para dar resolutividade a dificuldade de contratação de médicos para o HUAB.
		1c. Articular com demais HU's para a possibilidade de parceria e disponibilidade de médicos para o HUAB.
		1d. Provocar a discussão temática na sede para uma maior visibilidade, sensibilização e possível solução da problemática.
		1e. Fomentar a discussão do plantão 24h para médicos no ACT da EBSE RH.
		1f. Articular com a SESAP e a SMS dos Municípios para a viabilização de (re)alocações de recurso via PPI.
		1g. Articulação com a UFRN para a viabilização de concurso para médicos. Sensibilização da reitora e equipe de gestão para necessidade de contratação de médicos e professores através de concurso público da UFRN.
		1h. Articulação com a SESAP para a cessão de profissionais, ou parte da sua CH para o HUAB.
		1i. Articular o aumento de CH dos médicos da EBSE RH lotados em outros HU's para suprir a necessidade do HUAB.
		1j. Abertura, em caráter emergencial, de processo seletivo para médicos em processo de formação ou com experiência.
		1k. Novo concurso para provimento de médicos.
		1l. Articular discussão junto a EBSE RH - SEDE, UFRN (Reitoria, FACISA e Multicampi) e SESAP para definição dos perfis assistenciais frente a proposta de ampliação dos serviços do HUAB e possível criação de um novo HU na região.

NC2 - Não visualização do HUAB como importante polo de formação (ensino e pesquisa).

Os Hospitais Universitários tem papel fundamental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) uma vez que são considerados referências para a assistência de alta complexidade, e sobretudo por serem polos formadores de recursos humanos bem como para o desenvolvimento de pesquisas com vistas à melhoria da qualidade e segurança da saúde da população.

No entanto, no Brasil, a formação de recursos humanos tem sido reconhecida como um elemento crítico no processo de reorientação e transformação dos sistemas de saúde. Essa área, cuja complexidade de problemas requer uma aproximação interdisciplinar, não tem recebido a relevância política que merece tornando-se uma preocupação para trabalhadores, gestores e docentes (BRASIL, 1993a). Essas inquietações tem surgido com muita frequência ao longo dos últimos anos, o que fez desencadear importantes análises e iniciar diferentes propostas que, se houvessem sido implantadas, quer pelos gestores, quer pelos formadores, teriam minimizado grande parte das distorções que hoje afetam o trabalho na saúde em decorrência das deficiências nos processos de formação (SANTANA, 2001).

Assim, na perspectiva de contribuir para a mudança dessa realidade e cumprir o seu papel enquanto instituição de ensino, o Hospital Universitário Ana Bezerra tem a pretensão de continuar avançando, com vistas a se tornar um grande polo de formação na área da saúde, a partir de eixos norteadores de reorientação da formação para o SUS, por meio de práticas educativas construtivistas e significativas com vistas a uma maior qualificação das ações e serviços de saúde desenvolvidos para atender aos cidadãos (QUADRO 11). Os avanços quanto ao desenho das ações também se apresentam associados às experiências acumuladas pela instituição supracitada ao longo do tempo, representando o amadurecimento de suas bases estruturantes. Tal contexto necessita e propicia a efetivação e o ordenamento desta formação por meio da operacionalização conjunta de políticas, programas e propostas para o setor em questão na perspectiva da integração ensino-serviço-comunidade.

QUADRO 11 – Plano de Ação resumido para o nó crítico: Não visualização do HUAB como importante polo de formação (ensino e pesquisa).

Nó crítico	Resultados Esperados	AÇÕES E ATIVIDADES
NC2	Destacar o HUAB como centro formador no cuidado materno-infantil, dando visibilidade as suas potencialidades nesse processo.	1-Fortalecimento da integração entre Universidade e hospital.
		1a- Garantir assento para os gestores nos conselhos (CONFACIS, CONSEPE, etc), bem como dos docentes na GEP.
		1b- Garantir a participação dos professores na formação dos residentes e funcionários do hospital.
		1c- Planejar oficinas com os coordenadores de curso a fim de discutir a formação dos graduandos no âmbito hospitalar.
		1d- Garantir a participação dos membros da GEP nas oficinas de planejamento de estágios e aulas práticas.
		2-Incrementação das atividades de ensino e pesquisa do HUAB na RAS adequadas às necessidades locais e regionais de assistência e de formação.
		2a- Garantir a participação dos membros da GEP na comissão interna de Acompanhamento da Contratualização.
		2b- Articulação com a Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESAP) a proposta do HUAB como polo formador para profissionais de saúde na assistência obstétrica baseada nas boas práticas.
		2c- Inserir a proposta do HUAB enquanto centro formador na Rede Cegonha/ Estadual
		2d- Articular junto a FACISA e Multicampi o fomento das atividades de ensino, pesquisa e extensão inseridas no HUAB.
		3-Ampliação e consolidação dos cenários de prática no cuidado à mulher e à criança
		3a- Promover /Articular cursos de capacitação em preceptoría em saúde, a fim de ter um quadro de profissionais comprometidos com o processo de educação em serviço.
		3b- Reorganizar os eixos teóricos que são ministrados aos residentes médicos (saúde da família e pediatria) e residência multiprofissional, com vistas a promover o fortalecimento das residências do HUAB
		3c- Implantar novos cenários de prática na perspectiva da média e alta complexidade
		3d- Fortalecer os serviços ambulatoriais, de Vigilância em Saúde e Setor de Regulação
		3e- Disponibilizar espaços físicos a fim de atender as demandas acadêmicas e de hotelaria dos professores, residentes e lunos de graduação e pós-graduação.
		3f- Acompanhar sistematicamente as atividades de ensino (estágios, aulas práticas) realizadas no HUAB
		3g- Repactuação entre as instituições de ensino e HUAB a fim de otimizar dias, horários e cenários das atividades.
		4- Ampliação dos apoios matriciais entres os HU's (UFRN) para o fortalecimento da assistência, do ensino e da pesquisa no HUAB
		4a- Identificar atores da academia, internos e externos à universidade que insiram seus projetos no HUAB.
		4b- Discutir estratégias para ampliar o apoio matricial diagnóstico e terapêutico favorecendo a mudança do perfil assistencial do HUAB.
		4c- Organizar a estrutura e os treinamentos necessários para dar viabilidade aos apoios matriciais.
		4d- Articular projetos interinstitucionais com vistas a ampliação do escopo de atuação assistencial e o compartilhamento desses.
		4e- Monitorar a adesão.

MACROPROBLEMA 2 - INSUFICIÊNCIA NA ESTRUTURA FÍSICA, TECNOLÓGICA E DE INFORMAÇÃO FRENTE AO ATUAL PERFIL DE ATENÇÃO À SAÚDE.

Considerando as dificuldades enfrentadas em relação as estruturas física, tecnológica e de informação foram escolhidos os nós críticos 3, 4 e 5 discutidos abaixo:

NC3 - Rede lógica incipiente e equipe local pouco qualificada para implantação dos módulos AGHU.

No início de 2014, dentro do contexto do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF), lançado pelo Ministério da Educação (MEC), a fim de diagnosticar e propor soluções para os problemas específicos de sua rede de hospitais universitários federais foi dado início o processo implantação do projeto AGHU - Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários no HUAB, primeiramente com a implantação dos

módulos: Pacientes, Internação e Ambulatório Administrativo, e num segundo momento os módulos: Prescrição Médica, Prescrição de Enfermagem e Controle do Paciente.

Como é de conhecimento o objetivo do aplicativo é: *“apoiar a padronização das práticas assistenciais e administrativas dos Hospitais Universitários Federais e permitir a criação de indicadores nacionais, o que facilitará a adoção de projetos de melhorias comuns para esses hospitais”*.

Essa implantação trouxe muitos benefícios para o HUAB. Desde então, os controles das práticas administrativas vêm evoluindo gradativamente e proporcionando aprimoramento dos processos de atendimento e dos indicadores que permitem transparência e uma gestão eficiente.

Ainda em 2014 o HUAB foi contemplado com um novo Data Center no formato modular de Contêiner, 2 servidores, 35 computadores, switches e racks de rede. Posteriormente, a equipe de TI foi ampliada de 2 técnicos para 1 analista de redes, 1 analista de processos e 5 técnicos em TI, além disso, novos atrativos de tecnologia foram implementados, permitindo atender cada vez mais com excelência as demandas.

No entanto, este crescimento tem esbarrado em algumas dificuldades estruturais e de equipamentos de Tecnologia da Informação (TI) que deem suporte adequado ao funcionamento desse sistema que já se faz fundamental não só para a evolução dos processos assistenciais e administrativos do hospital, como também já é suporte essencial para que os alunos, residentes e professores qualifiquem seu processo de formação, assim como funcionários e demais interessados.

De maneira a permitir a continuidade urgente da implantação e uso adequado dos novos módulos, assim como, apoio e suporte técnico eficiente e eficaz no HUAB, existe a necessidade de grandes mudanças estruturais no cenário de Tecnologia da Informação, e por isso, este ponto foi sinalizado e colocado em discussão como importante ação a ser executada de curto e médio prazo (QUADRO 12).

QUADRO 12 – Plano de Ação resumido para o nó crítico: Rede lógica incipiente e equipe local pouco qualificada para implantação dos módulos AGHU

Nó crítico	Resultados Esperados	AÇÕES E ATIVIDADES
NC3	Garantir um melhor funcionamento do AGHU que possibilite incremento de novos módulos com vistas a redução de custos, ganho de produtividade, disponibilização de indicadores confiáveis e	1. Revisão da infraestrutura para o funcionamento do AGHU
		1a. Ativar a Subestação de energia elétrica
		1b. Adquirir servidores e 80 computadores
		1c. Implantar o Novo Data Center
		1d. Organizar os racks e switches
		1e. Implantar a política de segurança
		1f. Realizar o cabeamento estruturado para a rede de informática do HUAB.

otimização dos controles dos processos.	2. Implantação de novos módulos AGHU
	2a. Preparar um laboratório de treinamento
	2b. Obter conhecimentos básicos junto a Sede e/ou HU's avançados sobre os módulos
	2c. Definir referências na equipe, formando grupos de acordo com o módulo em implantação
	2d. Alinhar com a sede o planejamento de implantação de novos módulos
	2e. Identificar Módulos de interesse / prioritários
	2f. Monitorar o plano de ação do AGHU

NC4 - Linhas de cuidado ainda em consolidação.

Para CECÍLIO e MERHY (2003): *“... uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores...”*

A assistência integral à saúde é um grande desafio para os profissionais e gestores que trabalham com o SUS. Para promovê-la é preciso compreender todas as dimensões da vida do ser humano no sentido de prevenir agravos e recuperar a saúde. As Linhas de Cuidado são imagens pensadas para expressar fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades (FRANCO, 2003).

Nesse sentido a organização do cuidado em linha é atualmente o que parece se aproximar mais do cumprimento desse importante preceito do SUS, pois, na lógica do acolhimento, vínculo e responsabilização, incorpora a ideia da integralidade o que significa unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação; e proporcionar o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita.

Hoje o HUAB já trabalha suas ações na perspectiva do amadurecimento de duas linhas de cuidado, uma voltada para a saúde da mulher e outra voltada para a saúde da criança. Diversas ações já foram realizadas, como grupos de discussão e planejamento, eventos e oficinas, para que os sentidos e significados desse trabalho fossem socializados a todos os profissionais de saúde do hospital.

Neste momento em que a instituição recebe uma quantidade significativa de profissionais novos e vivencia uma oportunidade de crescimento estrutural e profissional singular, inclusive com o reconhecimento de sua atuação com referência atualmente ampliada em comparação ao que havia se pactuado anteriormente, é fundamental que essas práticas sejam definitivamente organizadas para que este salto qualitativo assistencial se consolide internamente e consiga qualificar ainda mais a assistência a mulher e a criança na região.

As discussões ocorreram no sentido de que após o processo de divulgação e de sensibilização das equipes já ocorridos, as Linhas de Cuidado passem a se estruturar formalmente nos seus protocolos clínicos, diretrizes, fluxogramas de atendimento, educação permanente e gestão, consolidando assim o processo e contribuindo para que o HUAB atue ainda mais como fomentador para uma organização cada vez maior da Rede de Atenção a Saúde (RAS) na qual está inserido, de forma qualificada e que atenda adequadamente a necessidade da população (QUADRO 13).

QUADRO 13 – Plano de Ação resumido para o nó crítico: Linhas de cuidado ainda em consolidação.

Nó crítico	Resultados Esperados	AÇÕES E ATIVIDADES
NC4	Linhas de Cuidado consolidadas e funcionando com todos os serviços de forma plena.	1. Redefinição da sequência de atendimento em Linhas de Cuidado.
		1a- Reavaliar o papel do HUAB na RAS baseado nas mudanças epidemiológicas da população e em novas demandas.
		1b- Identificar a necessidade de apoio matricial na realização de ajustes na RAS que ajudem a fortalecer as Linhas de Cuidado de Saúde da Mulher e da Criança.
		1c- Definir e implantar os processos de monitoramento e avaliação do funcionamento das Linhas de Cuidado.
		2. Construção, implantação e implementação dos protocolos clínicos, diretrizes e fluxogramas de atendimento nas Linhas de Cuidado.
		2a- Definir as equipes para a construção dos protocolos clínicos, diretrizes e fluxogramas.
		2b- Definir os documentos prioritários para elaboração segundo a demanda assistencial
		2c- Implantar a rotina de elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares
		2d- Capacitar as equipes para execução dos protocolos e demais documentos.
		2e- Definir e implantar os processos de monitoramento e avaliação dos protocolos no cenário das Linhas de Cuidado.
		3. Promoção de educação permanente das equipes envolvidas nas Linhas de Cuidado.
		3a- Articular com NEP-HUAB e com outras instituições a realização das diversas atividades de educação permanente.
		4. Implementação do modelo e gestão por Linha de Cuidado no HUAB.
		4a- Identificar e capacitar os gestores das linhas de cuidado
		4b- Capacitar os demais gestores no apoio matricial as linhas de cuidado
		4c- Monitorar e avaliar a gestão através dos indicadores assistenciais

NC5 - Falta de espaço físico para expandir o HU

As alterações na estrutura física do HUAB justificam-se pela necessidade de adequação dos seus diversos setores frente às novas demandas, tendo em vista a implantação de novos programas e estratégias advindos da sua recente adesão à EBSERH, de sua parceria com a FACISA e com outras instâncias acadêmicas da UFRN, bem como o perfil assistencial adequado às necessidades da região, com aumento da complexidade.

Outro fator determinante para justificar as reformas da estrutura física do HUAB encontra-se no estado de depreciação das partes mais antigas do hospital, nas quais os elementos constitutivos da edificação são obsoletos e inadequados, incapazes de comportar adequadamente as atividades ali realizadas.

As propostas de intervenção (QUADRO 14) foram definidas após sucessivas reuniões da Superintendência com gerências, chefias e servidores do HUAB. Constam de reformas significativas em áreas existentes, como também de construções novas, algumas das quais no espaço liberado por demolições de partes da edificação que não se adequam às necessidades do hospital e outras nas poucas áreas não edificadas ainda existentes.

Todos os projetos atendem as recomendações das normas vigentes, prevendo a utilização de materiais que propiciem boas condições de assepsia dos ambientes e conforto aos seus usuários. Todos os ambientes foram projetados com dimensões e dispositivos que permitam a acessibilidade universal. A concepção dos projetos teve como princípio norteador a busca pela humanização do espaço destinado aos usuários do hospital, sejam eles pacientes, acompanhantes, colaboradores ou visitantes. Foram concebidos novos corredores de circulação e passarelas de interligação, racionalizando e aperfeiçoando as articulações entre os diversos setores componentes do hospital, visando favorecer a circulação interna e agilizar a comunicação intersetorial. A intenção é aperfeiçoar os fluxos e evitar cruzamentos indevidos, principalmente no tocante à circulação de pacientes, profissionais de saúde e cadáveres.

Não obstante, em função de obras recentemente concluídas ou ainda em execução, diversas adaptações foram inevitáveis, o que implicou em algumas instalações improvisadas e provisórias, as quais terão que ser eliminadas ou consolidadas em momento posterior.

QUADRO 14 – Plano de Ação resumido para o nó crítico: Falta de espaço físico para expandir o HU

Nó crítico	Resultados Esperados	AÇÕES E ATIVIDADES
NC5	Estrutura física suficiente e adequada para atender de forma satisfatória as atuais e as novas demandas assistenciais, administrativas e acadêmicas.	1. Inserção da proposta de Reforma e Ampliação do HUAB no Plano Plurianual de Ação Governamental do Governo Federal
		1a. Submeter a proposta do Plano Diretor de Ampliação e Reformas ao Colegiado Executivo do HUAB.
		1b. Submeter o Plano Diretor à aprovação da Presidência da EBSEH.
		1c. Encaminhamento do pleito à bancada parlamentar federal do RN.
		2. Apresentação o Plano Diretor de Ampliação e Reformas à comunidade do HUAB (Superintendência e Gerências, Colegiado Gestor, representantes das Unidades e FACISA).
		2a. Submeter a proposta do Plano Diretor de Ampliação e Reformas à comunidade em reunião conjunta.
		2b. Discutir as propostas referentes às unidades com seus respectivos integrantes.
		2c. Submeter a proposta do Plano Diretor ao Colegiado Gestor do HUAB para aprovação formal.
		3. Articulação de recursos financeiros para elaboração dos projetos e execução da obra.
		3a. Elaborar estimativa de custos da obra para inserção no OGU.
		3b. Articular a bancada para inserção de emenda parlamentar no OGU.
		4. Elaboração dos projetos executivos e do orçamento, para posterior realização do processo licitatório
		4a. Viabilizar através da EBSEH/Sede a elaboração dos projetos complementares necessários à liberação dos recursos e licitação da obra.
		4b. Aprovar os projetos nos órgãos competentes.
4c. Encaminhar dos projetos a Divisão Administrativa e Financeira do HUAB para elaboração do Termo de Referência e do Edital para licitação.		

	5. Pactuação com a comunidade interna e externa a definição da execução das obras
	5a. Reunir servidores para apresentar o plano de execução da obra.
	5b. Reunir instâncias representativas da comunidade de Santa Cruz para apresentar e pactuar as ações do plano de execução da obra.
	5c. Trabalhar junto a SOST as melhores estratégias de execução das obras garantindo a manutenção da segurança para o trabalhador.
	6. Adequação de infraestrutura física objetivando atenuar e/ou eliminar transtornos atuais e atender as demandas assistenciais e acadêmicas do HUAB.
	6a. Elaboração dos projetos de obras de adequação da infraestrutura física
	6b. Encaminhamento de projetos para aprovação junto aos órgão de controle em saúde
	6c. Alocação de recursos junto a sede para a realização das obras de transição
	6d. Realização da Licitação da obra.
	6e. Execução das obras de adequação:
	6f. Licitação para aquisição de equipamentos para as obras de adequação
	6g. Instalação de equipamentos hospitalares.
	6h. Treinamento de pessoal para uso dos equipamentos hospitalares.

MACROPROBLEMA 3 - DIFICULDADE NA OPERACIONALIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE GESTÃO DE INSUMOS, SERVIÇOS E PESSOAS.

Considerando as dificuldades administrativas e assistências enfrentadas na operacionalização dos processos de gestão de insumos, serviços e pessoas foram escolhidos os nós críticos 6, 7, 8 e 9 discutidos abaixo:

NC6 - Ausência de uma unidade de licitação própria.

“A função compras é um seguimento essencial do Departamento de Materiais ou Suprimentos, que tem por finalidade suprir as necessidades de matérias ou serviços.” (Dias, 1995, p.259). Para toda e qualquer organização, seja ela com fins lucrativos ou não, o setor de compras é um dos principais segmentos para o atingimento de seus objetivos com menos dispêndio de recursos financeiros e maior satisfação dos grupos com legítimos interesses nas suas ações e nos seus desempenhos. Levando essa ideia para o âmbito da administração pública, cuja finalidade se materializa no atendimento ao interesse público, a mesma tem a obrigação de adquirir seus bens e contratar seus serviços, utilizando-se de processos licitatórios, em suas várias modalidades, regulamentados por lei, o que estabelece um alto grau de formalismo na condução do processo e de suas relações.

Considerando que os pilares eficiência e eficácia na utilização dos bens públicos da sociedade são valores que devem ser garantidos na governabilidade do país, o bom planejamento, o controle e a execução das compras para uma organização tornam-se indispensáveis ao desenvolvimento das atividades que compõem, satisfazendo-a no momento correto.

Dessa forma, para efetivar as aquisições por meio de licitações, é preciso que se constitua uma comissão de licitação ou se designe pregoeiro e equipe de apoio, conforme a modalidade, em observância à legislação vigente, objetivando a realização de todo o trâmite

que um processo de compras requer (desde a preparação do edital até a homologação do resultado).

No HUAB nunca foi constituída uma comissão de licitação, nem designado pregoeiro, para compras de materiais e contratações de serviços a fim de atender as demandas originadas da assistência realizada, bem como das atividades de ensino, pesquisa e extensão. Antes de ser gerido pela EBSEH, todas as compras do HUAB foram realizadas pela Comissão Permanente de Licitação e/ou por Pregoeiros da UFRN.

A partir da gestão do HUAB pela EBSEH, a UFRN deixou de realizar qualquer licitação para o hospital. Conforme decisão da EBSEH Sede, o HUAB encaminharia suas demandas de compras para as Unidades de Licitação da MEJC e HUOL (especialmente MEJC, motivo pelo qual o HUAB cedeu um servidor de seu quadro de pessoal para juntar-se à equipe de licitação daquela Maternidade).

No entanto, percebe-se que durante o período de transição, o foco das ações fica concentrado na gestão, e não nos processos de trabalhos. Entre outras dificuldades, a pouca articulação no planejamento de compras entre os hospitais vinculados à UFRN, aliada a ausência de uma unidade própria de licitação, trouxeram ao HUAB muitas dificuldades no atendimento de suas demandas por consumo de bens e serviços. Para minimizar o problema, foram sub-rogados todos os contratos de serviços geridos pela UFRN onde o HUAB constava como participante.

Para aquisições dos materiais de consumo, bem como contratação de serviços sem contratos para sub-rogação ou prestes do final de vigência, restou ao HUAB três opções: a) compras diretas por Dispensas ou Inexibidades de Licitação; b) adesão a registros de preços de outros órgãos, inclusive da UFRN; e c) encaminhar suas demandas às Unidades de Licitações da MEJC e HUOL.

A realização de compras diretas, por dispensa ou inexigibilidade de licitação, não atendem todas as demandas do HUAB tendo em vista que se limitam a algumas situações permitidas pela legislação vigente. Além disso, diminui-se consideravelmente a possibilidade de concorrência (e, conseqüentemente, melhores preços) em função da inexistência do “ganho em escala” existente quando se compra em quantidades maiores para os 3 hospitais.

A segunda opção permitida ao HUAB foi a de realização de adesão aos registros de preços de outros órgãos. Além de se utilizar esta opção como regra geral (deveria ser a exceção), há o inconveniente de se comprar o que se tem licitado e registrado, nem sempre com as especificações mais adequadas aos tipos de atividades desenvolvidas no HUAB,

impossibilitando o cumprimento do planejamento de compras, que fica condicionado a se encontrar os bens e serviços necessários em atas de registros de preços com necessidades de outros órgãos.

Excluindo-se as possibilidades de compras diretas e por adesão aos registros de preços de outros órgãos, restou ao hospital, por final, encaminhar suas demandas de licitação por bens e serviços às Unidades de Licitação do HUOL e MEJC. Talvez pela impotência do HUAB frente às decisões dos outros dois hospitais, que priorizam seus próprios planos de compras, esta última opção é a que menos depende das decisões tomadas internamente.

Pelas condições expostas, a ausência de uma Unidade de Licitação própria do HUAB compromete toda a execução das atividades assistenciais e acadêmicas pela falta de alguns insumos/serviços necessários, pela impossibilidade de cumprimento do planejamento de compras, bem como pelas dificuldades impostas à gestão de materiais e serviços, no que concerne ao fornecimento de insumos nas quantidades, no tempo e com a qualidade necessária para desenvolvimento das atividades assistenciais, de ensino, de pesquisa e de extensão no âmbito no HUAB.

Na perspectiva do que foi contextualizado e reforçado pela característica da prestação de serviços essenciais de saúde materno-infantil e ensino, é tempestiva a criação da Unidade de Licitação (QUADRO 15) e sua inserção à estrutura organizacional da filial EBSEH-Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB).

QUADRO 15 – Plano de Ação resumido para o nó crítico: Ausência de uma unidade de licitação própria.

Nó crítico	Resultados Esperados	AÇÕES E ATIVIDADES
NC6	Realização de processos licitatórios para atender as demandas do HUAB de forma mais eficiente e eficaz.	1. Criação da Unidade de Licitação
		1a. Elencar os recursos necessários para composição e funcionamento da Unidade de Licitação, à saber: Espaço físico, recursos humanos, bens e serviços de TI, mobiliário.
		1b. Elaborar e submeter a proposta à aprovação do Colegiado Gestor do HUAB.
		1c. Viabilizar os recursos solicitados para o funcionamento da Unidade.
		2. Implantação e implementação das atividades da Unidade de Licitação.
		2a. Padronizar equipamentos e insumos que necessitam ser licitados pelo HUAB.
		2b. Levantar os grupos de materiais, insumos, equipamentos e serviços a serem licitados em conjunto com HUOL, MEJC e EBSEH SEDE.
		2c. Levantar os grupos de materiais, insumos, equipamentos e serviços que necessitam ser licitados pelo HUAB.
		2d. Articular com HUOL, MEJC e outras instituições federais as atribuições de cada HU do RN para a realização dos pregões em conjunto.
		2e. Elaborar os Termos de Referência e Projetos Básicos para futuras licitações que atendam às necessidades peculiares do HUAB.
		2f. Dar condições técnicas e humanas a Unidade de Apoio Operacional para prestar o suporte necessário na pesquisa de preços da fase interna dos processos de licitação e elaborar rotinas que permitam a integração das unidades envolvidas.
		2g. Articular junto as Unidades de Licitação MEJC, HUOL, UFRN e EBSEH/Sede capacitação para os funcionários da Unidade de Licitação HUAB.
		2h. Elaborar o Manual de Normas e Rotinas da Unidade de Licitação/HUAB e elaborar e divulgar os protocolos operacionais de solicitação e realização de licitação pelo HUAB.
2i. Estabelecer e divulgar o cronograma com a programação das compras de bens e serviços locais e com as compras de bens e serviços compartilhados com os demais HU's do RN.		

NC7 - Plano de capacitação para gerência, lideranças e equipes em construção.

O Plano de Desenvolvimento de Competências tem por intuito o desenvolvimento das competências dos integrantes do Hospital Universitário Ana Bezerra. Esse instrumento se faz importante para consolidação da missão, visão e valores do HUAB/EBSERH, qualificando e desenvolvendo seus profissionais para que suas políticas, programas e serviços se concretizem com maior efetividade. Busca assim qualificar e elevar o desempenho técnico do hospital, alinhado a seus objetivos estratégicos.

O processo de construção e atualização do Plano de Desenvolvimento de Competências se faz necessário considerando as circunstâncias de formação da equipe assistencial, administrativa e gestora. O diagnóstico de necessidades de capacitação com focos temáticos tem por fundamento adquirir ou aperfeiçoar conhecimentos essenciais às Linhas de Cuidados e à Modernização da Gestão do HUAB. O processo de desenvolvimento de pessoas está inserido nas bases da educação corporativa, buscando a formação de pessoas de maneira organizada, alinhando metas da organização com as necessidades e resultados esperados no colaborador.

Em aspectos subjetivos, a integração da equipe nesse processo favorece a comunicação, relacionamento, satisfação e motivação, melhorando assim a qualidade de vida no trabalho. Conforme Fernandes et al. (2013), funcionários competentes e motivados, que usam tecnologias e métodos adequados, aperfeiçoam continuamente os processos, melhorando seus indicadores e deixando os clientes satisfeitos, trazendo assim bons resultados institucionais.

Trata-se, portanto, de um conjunto de ações que redundem impacto positivo à integração das equipes e aprimoramento nos processos de trabalho, e que articulem equilibradamente teoria e prática, na modalidade presencial ou à distância, na perspectiva da educação permanente. Estando previsto ainda o fortalecimento gerencial, mediante o desenvolvimento e a qualificação dos gerentes.

Um dos pontos principais para que o processo de aprendizagem tenha êxito é que todos os envolvidos, direta ou indiretamente, devem investir esforços contínuos – técnico, orçamentário e estrutural – na consolidação de uma cultura de capacitação continuada que vai desde a implantação, atualização, execução, monitoramento e avaliação.

“Competências individuais e processos de gestão de pessoas situam-se na perspectiva de aprendizado e crescimento, como recursos e processos que sustentam o desempenho organizacional. ” (FERNANDES et al., 2013)

O Plano de Desenvolvimento de Competências (QUADRO 16) é parte fundamental na construção da cultura de uma gestão diferenciada preconizada pela EBSEH, abrangendo o conhecimento conjugado à prática, num aprendizado significativo, formando trabalhadores conscientes da natureza social da empresa e do poder de transformação de sua atividade profissional.

QUADRO 16 – Plano de Ação resumido para o nó crítico: Plano de capacitação para gerência, lideranças e equipes em construção.

Nó crítico	Resultados Esperados	AÇÕES E ATIVIDADES
NC7	Manter o PDC atualizado promovendo ações de capacitação contínuas e permanentes direcionadas ao desenvolvimento profissional, de maneira a qualificar e elevar o desempenho técnico do hospital, alinhado a seus objetivos estratégicos e ao favorecimento da qualidade de vida no trabalho.	1- Implantação e implementação do Plano de Desenvolvimento de Competências
		1a- Atualização do PDC com as lideranças e suas equipes do HUAB.
		1b- Pactuação do PDC com a Superintendência e sua governança.
		1c- Submeter o Plano de Desenvolvimento de Competências (PDC) atualizado do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) a EBSEH/SEDE para a aprovação.
		1d- Monitoramento do PDC com avaliação contínua dos seus resultados.
		2- Implantação do programa de educação permanente
		2a- Definir coordenador responsável pelo núcleo de educação permanente
		2b- Definir público alvo, temáticas a serem trabalhadas, facilitadores, cronograma de treinamento.
		2c- Aplicar pesquisas de satisfação e aprimorar programa de educação permanente.
		2d - Inserir o Programa de Educação Permanente do PDC da instituição.

NC8 - Falta de uma política de comunicação efetiva

Diante da nova realidade de recursos humanos é necessário um instrumento estratégico de gestão que possa minimizar ruídos e resistências que dificultem a implementação do Plano Diretor Estratégico e as decisões gerenciais de forma geral.

Desta forma, o Plano de Comunicação Interna tem o intuito de despertar a importância do diálogo no processo do desenvolvimento organizacional, bem como a sua adesão. Nesse sentido, Kunsch (1997), relata que: “(...) a primeira constatação que se faz é a necessidade de se considerar o setor de comunicação interna como uma área vital, integrada ao conjunto de políticas, estratégias e objetivos funcionais da organização. É preciso haver total assimilação da ideia por parte da cúpula diretiva, dos profissionais responsáveis pela implantação e dos agentes internos envolvidos”.

Assim, o Plano de Comunicação a ser proposto deverá pensar nos objetivos de crescimento e expansão do hospital, além de levar em consideração os colaboradores.

Acredita-se que baseados nesses aspectos os processos de comunicação criarão um canal direto entre empregados e gerência, que permita o fluxo de informação nos dois sentidos. Ressaltando que com tal proposta pretende-se melhorar a motivação e satisfação do empregado, o que reflete diretamente no atendimento ao público interno e externo.

De acordo com esse direcionamento todos são responsáveis pela comunicação e é necessário sensibilizar toda a equipe para tal empenho. Dessa forma, o Plano de Comunicação (QUADRO 17) deve ser construído a partir de um planejamento e de forma coletiva entre os colaboradores e gestores do hospital, refletindo naturalmente nos processos internos e externos.

Conforme Fortes (2003): *“O planejamento identifica-se com as funções administrativas de organizar, dirigir e controlar, manifestadas em todos os campos da instituição, como produção, distribuição, finanças e engenharia, proporcionando a linha mestra para as realizações em grupos”*. Ressaltamos que o plano de comunicação vem para agregar valores e fazer diferença no desenvolvimento e crescimento profissional e institucional do Hospital Universitário Ana Bezerra.

QUADRO 17 – Plano de Ação resumido para o nó crítico: Falta de uma política de comunicação efetiva.

Nó crítico	Resultados Esperados	AÇÕES E ATIVIDADES
NC8	Informações transmitidas sem dificuldade e de forma efetiva entre os diversos setores do hospital e externamente a ele, seguindo os fluxos da política de comunicação interna.	1- Implementação da política e construção de fluxos de comunicação para toda a instituição
		1a- Criar um GT de comunicação do HUAB.
		1b- Identificar os atores interessados na participação no GT;
		1c- Mapear as estruturas e os processos definidos como prioritários;
		1d- Sistematizar o acompanhamento e o controle do processo definidos;
		1e- Instituir mecanismo de revisão periódica para os processos trabalhados.
		3- Identificação adequada das diferentes áreas e dos atores inseridos no Hospital
		3a- Definir e implementar mecanismos de sinalização dentro das instalações do Hospital;
		3b- Articular o exercício de sinalização e identificação das áreas do hospital com a área de Gestão de Obras;
		3c- Assegurar que seja efetuada a comunicação de alterações e deslocamentos de áreas para outros espaços físicos a todos os trabalhadores e usuários impactados.
		3d- Identificar com crachá e/ou outros mecanismos os visitantes, funcionários, acadêmicos, professores, acompanhantes e demais atores.
		3e- Instituir os orientadores de fluxo interno.
		4- Disponibilização de materiais informativos institucionais nos setores
		4a- Inserir quadro de avisos nos setores
		4b- Definir formalmente os conteúdos a serem inseridos nos manuais, site, boletins informativos e panfletos.
		4c- Desenvolver materiais informativos assegurando a participação da área de Gestão da Comunicação (ou equivalente).
		4d- Definir os locais de disponibilização dos materiais informativos, considerando-se o público-alvo.
4e- Revisar e avaliar periodicamente os materiais informativos para identificar necessidades de atualização.		

NC9 - Perfil de baixa complexidade do HUAB

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos” (Fernando Pessoa).

Apreender o perfil assistencial do HUAB e definir as prioridades das ações de saúde, considerando os níveis assistências organizadores da atenção à saúde no Brasil, se torna relevante do ponto de vista do planejamento, pois permite uma reflexão dos serviços ofertados a população e as potencialidades existentes na instituição com perspectiva de avanço e resolutividades dos problemas de saúde existentes na nossa região e regiões vizinhas.

Ressaltamos que as relações assistências estabelecidas historicamente, influenciam diretamente na alocação racional de serviços e equipamentos de saúde não possibilitando, frequentemente, a reorientação desses. Hoje, nossos indicadores evidenciam que os nossos serviços de especialidade e de atenção hospitalar de média complexidade são, muitas vezes, a porta de entrada do sistema, atendendo diretamente grande parte da demanda que deveria ser atendida na rede básica. Assim, essa realidade estabelece uma perda da potencialidade de resolutividade no atendimento da rede básica de saúde, além de proporcionar, de maneira desnecessária, um acesso da população aos tratamentos especializados colocando em xeque a verdadeira eficiência dos gastos do SUS.

Buscar estabelecer uma reorganização dos serviços de saúde para aumentar a complexidade dos serviços assistenciais de maneira efetiva e eficaz, se faz necessário que o nosso planejamento contemplem atividades que busquem superar pontos considerados essenciais por Mendes (2001), a saber: não construir sistemas de saúde autônomos, expandindo a rede sem articulação regional, sem observar a necessária economia de escala, com serviços de saúde mal dimensionados para as necessidades da população, que se tornam ociosos, custosos e inviáveis técnica e financeiramente.

Após o conhecimento da situação de saúde e da oferta de serviços de saúde já existentes, devem elaborar-se propostas de intervenção, envolvendo reorientação da estrutura do sistema, modificação, ampliação ou criação de novos serviços, bem como de programas de saúde a serem desenvolvidos em cada região, abrangendo todos os níveis de atenção, atentando para as necessidades de otimizar custos, aumentar a eficiência na realização dos atendimentos, com o objetivo final de melhoria dos níveis de saúde da população e de seu bem estar (BRASIL, 2007).

Assim, consideramos que o nosso levantamento geral de informações sobre a situação de saúde da área de interesse, com o conhecimento dos principais problemas de saúde e das necessidades da população foram fundamentais para a definição das prioridades, buscando estruturar o reordenamento do conjunto de serviços, estabelecendo um espaço assistencial de saúde mais resolutivo e autossuficiente, refletindo diretamente e, de maneira positiva, nos serviços de saúde localizados na capital. Dentre as principais ações estratégicas para esse nó crítico tem-se: o funcionamento da UTINEO; a ampliação quantitativa e qualitativa de procedimentos ambulatoriais e a ampliação quantitativa e qualitativa de procedimentos cirúrgicos (QUADRO 18).

QUADRO 18 – Plano de Ação resumido para o nó crítico: Perfil de baixa complexidade do HUAB.

Nó crítico	Resultados Esperados	AÇÕES E ATIVIDADES
NC9	Aumentar a complexidade a fim de atender as demandas assistenciais e acadêmicas	1. Viabilização do funcionamento da UTI-NEONATAL.
		1a- Pactuar com os gestores de saúde e equipe assistencial interna a inauguração da UTI
		1b- Finalizar a estrutura física, equipamentos, insumos e pessoas para a UTI
		1c- Habilitar 10 leitos de UTI no CNES
		1d- Capacitar os profissionais e elaborar os protocolos
		1e- Mobilizar a FACISA e Coordenação do Curso de Medicina (Multicampi) como importantes atores para a defesa do aumento da complexidade.
		2. Ampliação quantitativa e qualitativa de procedimentos ambulatoriais.
		2a- Elaborar uma proposta de reorganização e ampliação baseada na epidemiologia regional já identificando as necessidades de ajustes na estrutura física, na compra de insumos e no dimensionamento de pessoas.
		2b- Pactuar com os gestores de saúde e equipe assistencial interna a reorganização e ampliação dos ambulatorios.
		2c- Capacitar os profissionais e elaborar os protocolos
		2d- Mobilizar a FACISA e Coordenação do Curso de Medicina (Multicampi) como importantes atores para a defesa do aumento da complexidade
		3. Ampliação quantitativa e qualitativa de procedimentos cirúrgicos.
		3a- Elaborar uma proposta de reorganização e ampliação baseada na epidemiologia regional já identificando as necessidades de ajustes na estrutura física, na compra de insumos e no dimensionamento de pessoas.
		3b- Pactuar com os gestores de saúde e equipe assistencial interna a ampliação e reorganização das cirurgias
		3c- Capacitar os profissionais e elaborar os protocolos
		3d- Mobilizar a FACISA e Coordenação do Curso de Medicina (Multicampi) como importantes atores para a defesa do aumento da complexidade.

7. ANÁLISE ORÇAMENTÁRIA

Este capítulo tem por objetivo apresentar de forma sucinta, o planejamento orçamentário do HUAB referente os anos 2016 e 2017, em consonância com o (PDE), com demonstrativo de despesas, além das receitas que visem a implementação das ações do referido plano.

Ressalta-se que as despesas referentes ao novo Plano Diretor de obras de infraestrutura física do HUAB para os próximos 05 anos, no valor de R\$ 17.509.380,00 não estão contempladas neste planejamento, uma vez que tal ampliação vincula-se a disponibilidade de fonte de recursos ainda não definidos. Trata-se de uma obra que prevê a duplicação da estrutura física, aumentando significativamente a capacidade assistencial de 53 para 97 leitos, além de uma nova estrutura de apoio ao diagnóstico, aumento da complexidade materna e outros.

É necessário ainda enfatizar que os projetos arquitetônicos e estimativa de custos do plano de ampliação já foram aprovados pela sede e enviados para escritório de projetos que finalizará os projetos complementares, para futura licitação da obra.

Segue estimativa do Plano Diretor de Obras no QUADRO 19, abaixo:

QUADRO 19 – Estimativa do Plano Diretor de Obras, 2015.

ITEM	DISCRIMINAÇÃO	ÁREA CONSTRUÍDA (m ²)	VALOR UNITÁRIO/m ² (R\$)	VALOR ESTIMADO (R\$)
01	PAVIMENTO INFERIOR	1.182,93	3.500,00	4.140.255,00
02	PAVIMENTO TÉRREO	963,14		3.178.362,00
03	1º PAVIMENTO	995,31		3.284.523,00
04	2º PAVIMENTO	697,60		2.302.080,00
05	3º PAVIMENTO	697,60		2.302.080,00
06	4º PAVIMENTO	697,60		2.302.080,00
TOTAL		5.234,18		17.509.380,00

O planejamento orçamentário e acompanhamento de sua execução é parte integrante do planejamento estratégico do hospital. É por meio dessa prática que o hospital trabalha para alcançar os objetivos estratégicos de longo prazo, delimita e prioriza as ações estratégicas de curto prazo e controla a aderência da execução orçamentária ao planejamento, assim como às necessidades estratégicas de longo prazo.

No processo de planejamento deve-se realizar um diagnóstico completo, a fim de se conhecer a situação atual do hospital e definir estratégias em cima destes pontos, visando um cenário ideal. Para isto, é necessário tomar decisões que afetam a estrutura física e

tecnológica, os processos de produção e os produtos do sistema utilizados no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, bem como da manutenção e desenvolvimento das atividades de ensino e pesquisa. Tais decisões estão relacionadas aos macroproblemas identificados e nós críticos, com planos de intervenção para cada um deles. Todas as etapas do processo de planejamento precisam ser plenamente desempenhadas a fim de conseguir os resultados esperados (TANCREDI; BARROS; FERREIRA, 1998). Planejar, portanto, é uma estratégia para aumentar as chances de sucesso de uma empresa num mundo de negócios que muda constantemente.

Assim sendo, o planejamento orçamentário deve considerar as necessidades diagnosticadas e aquelas já previstas pelas rotinas de funcionamento da instituição, de modo a processar todos os dados constantes do sistema de informações contábeis atuais e introduzir os dados previstos para o próximo exercício, considerando as alterações já definidas (PADOVEZE, 2005). O processo do planejamento orçamentário decorre da necessidade de crescer de forma ordenada, tendo em vista a implementação e a adequação de padrões, princípios, métodos de processos racionais e utilização de práticas eficientes para a realização das metas estabelecidas no plano de intervenção (ZDANOWICZ, 1998).

A equipe administrativa do HUAB, na construção do (PDE) elaborou, em conjunto com outras equipes assistenciais e acadêmicas, seu plano de viabilidade orçamentária (PLANILHA 1), no objetivo de planejar e demonstrar os recursos necessários para obtenção dos resultados esperados, ou seja, os desdobramentos dos nós críticos trabalhados no Plano de Intervenção, bem como identificar fontes desses recursos.

Este planejamento busca vislumbrar um cenário operacional que deverá ser alcançado no período determinado, considerando aspectos relevantes de produtividade, qualidade e efetividade dos serviços assistenciais que a sociedade exige. É por meio do planejamento orçamentário que se poderá visualizar as medidas que deverão ser executadas, bem como as expectativas a respeito do futuro da empresa (PADOVEZE, 2005; ZDANOWICZ, 1998).

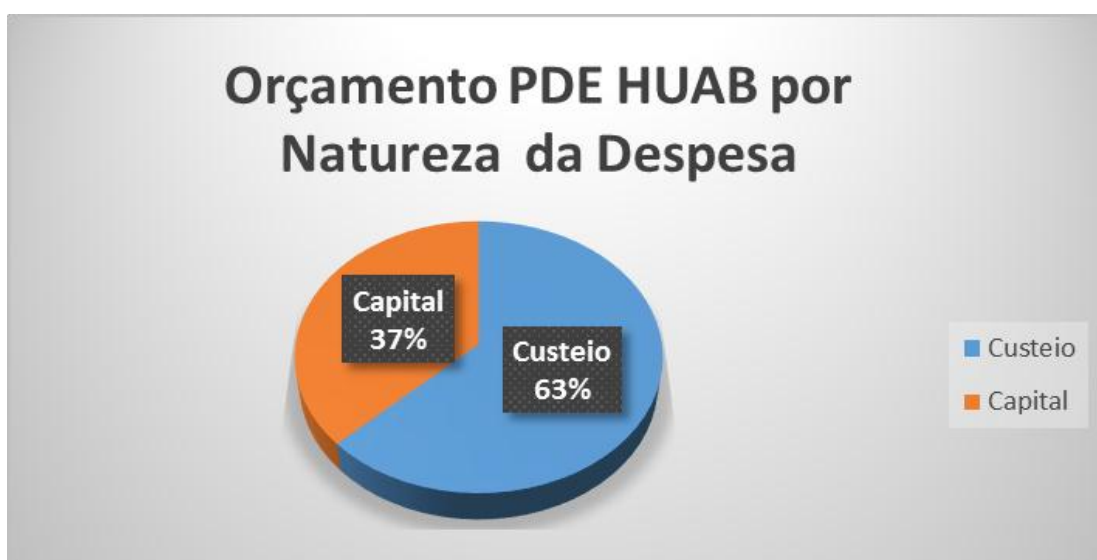
Desta forma o HUAB, na construção deste planejamento estratégico, trabalha com a perspectiva das definições e acompanhamento da execução orçamentária de acordo com os prazos de cada meta estabelecida a curto e médio prazo, buscando a viabilidade de recursos, materiais, tecnológicos, pessoais e financeiros para a implementação PDE, de acordo com os limites estabelecidos no plano.

Faz-se necessário o uso de ferramentas de gestão, AGHU (Aplicativo de Gestão Hospitalar) e o SisPDE para o monitoramento da execução orçamentária, bem como a

disponibilidade destas informações para a equipe gestora, no sentido de facilitar o acompanhamento das metas de curto e médio prazo, durante o período da realização do PDE.

O planejamento orçamentário apresentado neste PDE expõe uma programação de despesas totais no valor de R\$ 8.585.000,00. As despesas correntes (custeio) somam R\$ 5.395.000,00, o equivalente a 62,8%; já as despesas de capital (investimentos) totalizam R\$ 3.190.000,00, equivalentes a 37,2% do total programado, conforme demonstrado no GRÁFICO 1.

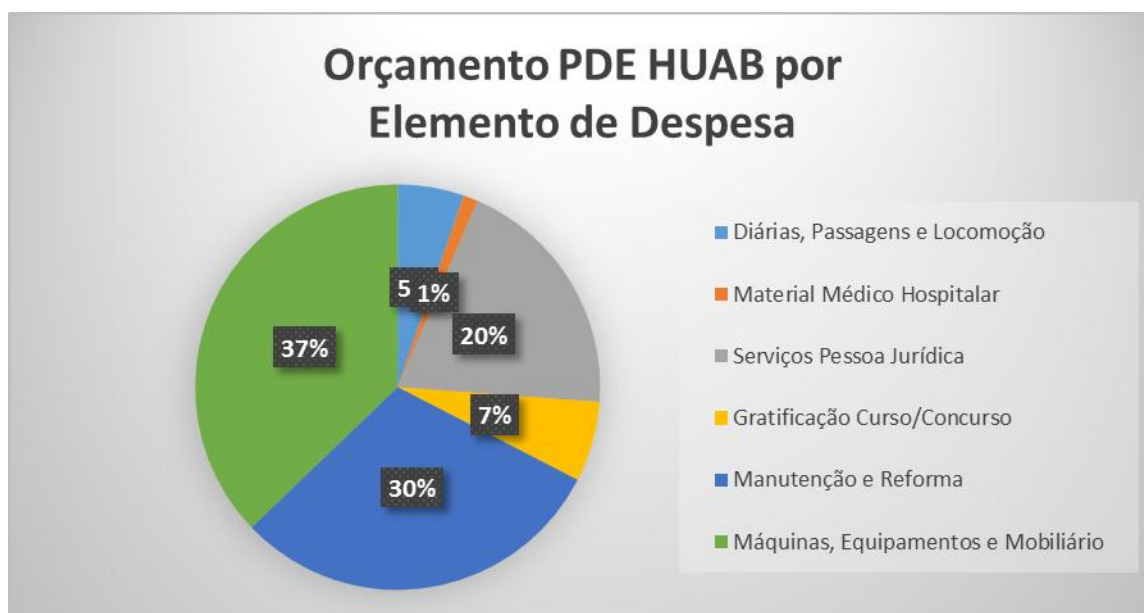
GRÁFICO 1 - Orçamento do PDE-HUAB, por Elemento de despesas.



Fonte: Divisão de Administração e Finanças do HUAB.

O detalhamento de todo o orçamento deste PDE, no nível de elemento de despesa contempla inicialmente um maior volume de recursos a serem investidos em equipamentos/mobiliário (37%), seguido por investimentos em reformas (30%) e serviços realizados por terceiros – Pessoa Jurídica (20%), conforme demonstrado no GRÁFICO 2.

GRAFICO 2 - Orçamento do PDE-HUAB, por percentual de Elemento de despesas



Fonte: Divisão de Administração e Finanças do HUAB.

Este volume de investimento deverá ter origem nas receitas alocados pela EBSERH Sede, no valor total de R\$ 8.585.000,00, sendo apresentadas na planilha de execução orçamentária do PDE. As informações que deram origem a esses valores são as descritas nos planos de ações para nó crítico identificado.

PLANILHA 1 - Planilha demonstrativa do orçamento do PDE-HUAB, por elemento de despesas.

EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA – PDE			VALORES EM R\$	%	RECURSOS
					EBSERH SEDE
Despesas de Custeio (grupo 3)			5.395.000,00	62,8%	8.585.000,00
DESPESAS DE CUSTEIO	Despesas de Consumo Não Finalístico	Água, Luz, Esgoto, Telefonia	-		
		Combustíveis e Lubrificantes	-		
		Diárias, Passagens e Locomoção	455.000,00	5,3%	455.000,00
		Materiais e Serviços de Alimentação e Cozinha	-		
		Materiais e Serviços de Limpeza	-		
		Vigilância e Segurança	-		
		Materiais/Serviços de Consumo Geral	-		
		Materiais/Serviços de Tecnologia da Informação	-		
		Outros	-	0,0%	
	Materiais/Serviços Finalísticos	Gás (exceto GLP)	-		
		Material Médico Hospitalar	100.000,00	1,2%	100.000,00
		Outros Serviços Pessoa Jurídica	1.691.000,00	19,7%	1.691.000,00
	Pessoal	Gratificação Curso/Concurso	549.000,00	6,4%	549.000,00
		Terceirização pelo HUF, Universidade ou Fundação	-		
		Contrato Temporário e Benefícios Correlatos	-		
		RPA e Outras Formas Específicas	-		
	Manutenção e Reforma	Benefícios	-		
Manutenção		-			
Ensino e Pesquisa	Reforma	2.600.000,00	30,3%	2.600.000,00	
	Apoio ao Ensino e Pesquisa	-			
Locação (Bens móveis e imóveis)	Bolsas e Residência	-			
	Locação (Bens móveis e imóveis)	-			
Impostos e contribuições	Impostos e Contribuições	-			
Despesas de Capital (grupo 4)					
DESPESAS DE INVESTIMENTO	Obras em Andamento	Obras em Andamento	-		-
	Instalações	Instalações	-		-
	Máquinas, Equipamentos e Mobiliário	Máquinas, Equipamentos e Mobiliário	3.190.000,00	37,2%	3.190.000,00
	Mão de Obra e Outros Ativos Diversos	Mão de Obra e Outros Ativos Diversos	-		-
TOTAL			8.585.000,00		8.585.000,00

Fonte: Divisão de Administração e Finanças do HUAB (2)

8. ANÁLISE DE VIABILIDADE

Este capítulo refere-se à análise de viabilidade das ações propostas na composição dos planos. Apresenta-se como uma ferramenta que indicará se as ações propostas são viáveis, e identificar entre as ações quais são consensuais e quais demonstram conflitos. A análise é feita a partir do estudo do poder de cada ator envolvido na ação e permite visualizar quais destas são prioritárias e quais os graus de esforço requerido para tornar viável a realização de cada ação.

Neste sentido, o “estudo de viabilidade” permite traduzir as motivações dos envolvidos em ações operacionais e controlá-las, direcionando esforços para sua realização, ou seja, da “*capacidade de tomar decisões, operacionalizar as ações e mantê-las em operação*”, de acordo com o fundamento de todo o Planejamento Estratégico em Saúde – PES (ARTMANN, 1993).

Em síntese, os objetivos da análise de viabilidade são:

- Identificar os atores que controlam recursos críticos necessários para implementação de cada operação;
- Fazer análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano;
- Desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação.

Já no contexto HUAB, a construção dessa análise se deu por meio de uma ampla discussão com a equipe de governança ampliada. A partir daí, conseguiu-se mapear os atores sociais envolvidos nas ações estratégicas descritas nos “nós críticos” relacionados com os macroproblemas, o que possibilitou a oportunidade de traçar as planilhas de motivações e estratégias desses atores para superação dos desafios.

Finalizada a identificação dos nós críticos e posterior definição dos atores sociais de cada ação, foi realizado o estudo da viabilidade das ações de acordo com a análise do poder que cada ator social tem sobre as ações propostas para a resolução do nó crítico.

Para verificar a motivação dos atores sociais diante da ação, analisou-se o interesse positivo (+), interesse negativo (-), indiferente (0) e o valor alto (A), médio (M) e baixo (B) que cada ator se relaciona com à ação. MATUS (1993) explica que o estudo da viabilidade é importante, pois torna possível que ações controladas por diversos atores sejam

alcançadas. Para desenvolvê-lo, utilizamos os quadros denominados Matriz 1: atores e motivações.

8.1 MATRIZ 1: ATORES –MOTIVAÇÕES

Avaliando a ação presente no crítico 1 como mostra o QUADRO 20 abaixo, percebe-se que para a realização desta, o Hospital Universitário Ana Bezerra poderá contar com oito parceiros com interesse positivo e alto valor, dois com interesse positivo e valor médio e três parceiros a conquistar, e, avaliando o peso imobilizador destes, que varia de médio a alto, será necessário pensar em estratégias de viabilidade que permita ao hospital alcançar a ação proposta. É uma ação que trará um alto benefício para a assistência do hospital, mas que demandará um alto grau de esforço da equipe na busca da cooperação e negociação com os atores, aliando ao plano de ação maior governabilidade e capacidade de execução da ação.

QUADRO 20 - Matriz: Atores / Motivações – Nó crítico 1

ATORES	NC1. BAIXA ADESÃO AO SISTEMA DE CONTRATAÇÃO EBSERH DIFICULTANDO A FIXAÇÃO DO PROFISSIONAIS MÉDICOS
	Ação 1: Viabilização dos serviços assistenciais do HUAB
ATOR 1 Ministério Público	+A
ATOR 2 UFRN	+A
ATOR 3 SESAP/RN	+A
ATOR 4 SMS-SANTA CRUZ	+A
ATOR 5 Setor Jurídico HUAB	+A
ATOR 6 EBSERH – Sede	+A
ATOR 7 Hospitais da Rede UFRN/EBSERH	+A
ATOR 8 Articulador HUAB	+A
ATOR 9 FACISA	+M
ATOR 10 CERES/ Multicampi	+M
ATOR 11 Ministério do Trabalho	-B
ATOR 12 Outras categorias profissionais de saúde	-A
ATOR 13 Cooperativas Médicas	-B

O nó crítico 2 conforme QUADRO 21 abaixo, possui ações que apresentam importantes atores com peso mobilizador para o alcance e resolução das atividades. São ações que demandam um alto grau de esforço por parte da equipe com grandes benefícios no sentido de solidificar o HUAB no cenário principal das instituições de ensino do Estado. Observando as ações de número 1 a 4 percebe-se que os atores envolvidos possuem

interesse positivo e valor alto, à exceção de alguns que se mostram indiferentes, entretanto possuem valor expressivo para a obtenção dessas ações.

QUADRO 21 - Matriz: Atores / Motivações – Nó crítico 2

ATORES	NC2. NÃO VISUALIZAÇÃO DO HUAB COMO IMPORTANTE POLO DE FORMAÇÃO (ENSINO E PESQUISA).			
	Ação 1 Fortalecimento da integração entre Universidade e hospital.	Ação 2 Incrementação das atividades de ensino e pesquisa do HUAB na RAS adequadas às necessidades locais e regionais de assistência e de formação.	Ação 3 Ampliação e consolidação dos cenários de prática no cuidado à mulher e à criança.	Ação 4 Ampliação dos apoios Matriciais entres os HU's (UFRN) para o fortalecimento da assistência, do ensino e da pesquisa no HUAB.
ATOR 1 FACISA	+A	+A	+M	+A
ATOR 2 Faculdade de Medicina (multicampi)	+A	+A	+M	+A
ATOR 3 SESAP	-	+A	+A	-
ATOR 4 SMS	-	+A	0A	-
ATOR 5 MEJC	-	-	+A	0A
ATOR 6 HUOL	-	-	+B	0A
ATOR 7 PROAE	-	-	+M	-

As ações presentes nó crítico 3 como mostra o QUADRO 22 abaixo, apresentam-se como viáveis, uma vez que todos os seus atores apresentam um interesse positivo e alto valor para consecução daquelas. É uma ação que trará um alto benefício para a assistência do hospital, mas que demandará um alto grau de esforço da equipe na busca da cooperação e negociação com os atores, aliando ao plano de ação maior governabilidade e capacidade de execução da ação.

QUADRO 22 - Matriz: Atores / Motivações – Nó crítico 3

ATORES	NC3. REDE LÓGICA INCIPIENTE E EQUIPE LOCAL REDUZIDA E POUCO QUALIFICADA PARA IMPLANTAÇÃO DOS MÓDULOS DO AGHU	
	Ação 1 Revisão da infraestrutura para o funcionamento do AGHU	Ação 2 Implantação de novos módulos AGHU.
ATOR 1 DGPTI	+A	+A
ATOR 2 DAF-HUAB	+A	+A
ATOR 3 Comissão de implantação do AGHU	-	+A
ATOR 4 SGPTI	-	+A
ATOR 5 Lideranças HUAB	-	+A

O nó crítico 4 como mostra o QUADRO 23 abaixo, apresenta as ações de número 2, 3 e 4 como altamente viáveis na obtenção do êxito, uma vez que possuem atores com interesse positivo e valores oscilando de médio a alto. O esforço da equipe na execução da ação de número 2 é considerado alto e das ações de número 3 e 4 considerado médio, entretanto os benefícios de ambas é elevado para o hospital, pois promove um processo de reorganização assistencial. Já a ação de número 1, por apresentar um componente forte opositor que pode dificultar a realização desta tarefa e mostrando-se, portanto, conflituosa, necessitará do desenvolvimento de estratégias de viabilidade para que a mesma possa ser alcançada. Requer alto grau de esforço da equipe e com grandes benefícios para o serviço.

QUADRO 23 - Matriz: Atores / Motivações – Nó crítico 4

ATORES	NC4. LINHAS DE CUIDADO AINDA EM CONSOLIDAÇÃO			
	Ação 1 Redefinição da sequência de atendimento em linhas de cuidado.	Ação 2 Construção, implantação e implementação dos protocolos clínicos, diretrizes e fluxogramas de atendimento nas linhas de cuidado.	Ação 3 Promoção de educação permanente das equipes envolvidas nas linhas de cuidado.	Ação 4 Implementação do modelo de gestão por linhas de cuidado no HUAB.
ATOR 1 EBSERH /Sede	+A	+M	+A	+A
ATOR 2 UFRN	0A	+B	0A	0A
ATOR 3 SESAP	+B	+M	0A	0A
ATOR 4 SMS- Santa Cruz	+M	0A	0A	0A
ATOR 5 V URSAP	+M	+M	0A	0A
ATOR 6 Controle Social	0A	-	-	-
ATOR 7 Profissionais de Saúde(corporativismo)	-A	+A	+A	0A
ATOR 8 MEJC	+A	+B	-	-
ATOR 9 HUOL	0A	+B	-	-

O QUADRO 24 abaixo traz que as ações de número 2, 3, 4 e 6 presentes no nó crítico 5 se mostram com alto grau de viabilidade por apresentar parceiro interessados com valor oscilando de médio a alto. Requer da equipe um alto grau de esforço, gerando altos benefícios para o serviço. Já as ações de número 1 e 5 deste mesmo nó encontram em determinados atores parceiros a serem conquistados para que o alcance das mesmas se dê de forma exitosa e estratégias precisarão ser construídas para dar viabilidade a essas ações. Exigem um esforço de grau médio por parte da equipe e com alto benefício para as questões relacionadas a espaço físico do HUAB.

QUADRO 24 - Matriz: Atores / Motivações – Nó crítico 5.

ATORES	NC5. FALTA DE ESPAÇO FÍSICO PARA EXPANDIR O HUAB					
	Ação 1 Inserção da proposta de Reforma e Ampliação do HUAB no Plano Plurianual de Ação Governamental do Governo Federal.	Ação 2 Apresentação do Plano Diretor de Ampliação e Reformas à comunidade do HUAB (Superintendência e Gerências, Colegiado Gestor e representantes das Unidades e FACISA).	Ação 3 Articulação de recursos financeiros para elaboração dos projetos e execução da obra.	Ação 4 Elaboração dos projetos executivos e do orçamento, para posterior realização do processo licitatório	Ação 5 Pactuação com a comunidade interna e externa a definição da execução das obras	Ação 6 Adequação de infraestrutura física objetivando atenuar e/ou eliminar transtornos atuais e atender as demandas assistenciais e acadêmicas do HUAB.
ATOR 1 Bancada Parlamentar Federal	+A	-	+A	-	-	-
ATOR 2 UFRN	+A	-	+A	-	+A	-
ATOR 3 SESA/RN	+M	-	+M	+A	+A	+A
ATOR 4 PMSC	+A	-	0B	-	+A	-
ATOR 5 Equipe Gestora/ HUAB	-	+A	-	-	+A	-
ATOR 6 FACISA	-	+M	-	-	+A	-
ATOR 7 EBSERH/Sede	-	-	+A	+A	+A	+A
ATOR 8 CERES	-	-	0B	-	+A	-
ATOR 9 INFRAESTRUTURA DO HUAB	-	-	-	+A	+A	-
ATOR 10 SOST	-	-	-	-	+A	-
ATOR 11 Corpo de Bombeiros, IDEMA	-	-	-	0A	-	-

O nó crítico 6 conforme QUADRO 25 abaixo apresenta duas ações com alto grau de viabilidade por apresentar atores com interesse positivo e alto valor, à exceção de instituições federais que são parceiros de processos licitatórios, entretanto são indiferentes a necessidade do hospital. As ações trarão um alto benefício para o setor administrativo da

instituição, no entanto requer um grande esforço da equipe para a obtenção das ações, uma vez que a governabilidade do hospital neste nó requer a negociação e cooperação com entes externos.

QUADRO 25 - Matriz: Atores / Motivações – Nó crítico 6

ATORES	NC6. AUSÊNCIA DE UMA UNIDADE DE LICITAÇÃO	
	Ação 1 Criação da Unidade de Licitação.	Ação 2 Implantação e implementação das atividades da Unidade de Licitação.
ATOR 1 EBSERH/Sede	+A	+A
ATOR 2 Gerências Administrativas (DAF/DILH/UAbast/UAf/UPat do HUOL e MEJC)	+A	+A
ATOR 3 Instituições federais do RN (Parceiros de processos licitatórios)	-	0A
ATOR 4 Unidade de Desenvolvimento de Pessoas	-	+A

O nó crítico 7 como mostra o QUADRO 26 abaixo apresenta ações com alto grau de viabilidade por mostrar atores com interesse positivo e valor médio e alto e atores que se mostram indiferentes, mas que de mesmo modo possuem valor no alcance dessas ações. Por serem altamente estratégicas para o HUAB trazem altos benefícios exigindo por parte da equipe um alto grau de esforço.

QUADRO 26 - Matriz: Atores / Motivações – Nó crítico 7

ATORES	NC7. PLANO DE CAPACITAÇÃO PARA GERENTES, LIDERANÇAS E EQUIPES EM CONSTRUÇÃO	
	Ação 1 Implantação e implementação do Plano de Desenvolvimento de Competências	Ação 2 Implantação do programa de educação permanente
ATOR 1 EBSERH/SEDE	+A	+A
ATOR 2 FACISA/UFRN	0B	+M
ATOR 3 HUOL/EBSERH	0B	0A
ATOR 4 MEJC/EBSERH	0B	0A
ATOR 5 IFRN - SANTA CRUZ	0B	0B
ATOR 6 SESAF/RN	0B	+A
ATOR 7 Escola de Administração Fazendária - ESAF	0B	0B
ATOR 8 Escola Nacional de Administração Pública - ENAP	0B	0B

O nó crítico 8 demonstrado no QUADRO 27 abaixo possui três ações com alto grau de viabilidade, pois todos os atores têm interesse positivo e valor alto, o que colabora para a execução das ações. São ações de alto benefício para o Hospital Universitário Ana Bezerra e que requerem um esforço médio por parte da equipe para alcançá-las.

QUADRO 27 - Matriz: Atores / Motivações – Nó crítico 8.

ATORES	NC8. FALTA DE UMA POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO EFETIVA		
	Ação 1 Implementação da política e construção de fluxos de comunicação para toda a instituição.	Ação 2 Identificação adequada das diferentes áreas e dos atores inseridos no Hospital	Ação 3 Disponibilização de materiais informativos institucionais nos setores.
ATOR 1 EBSERH –Sede	+A	+A	+A
ATOR 2 HUAB	+A	+A	+A

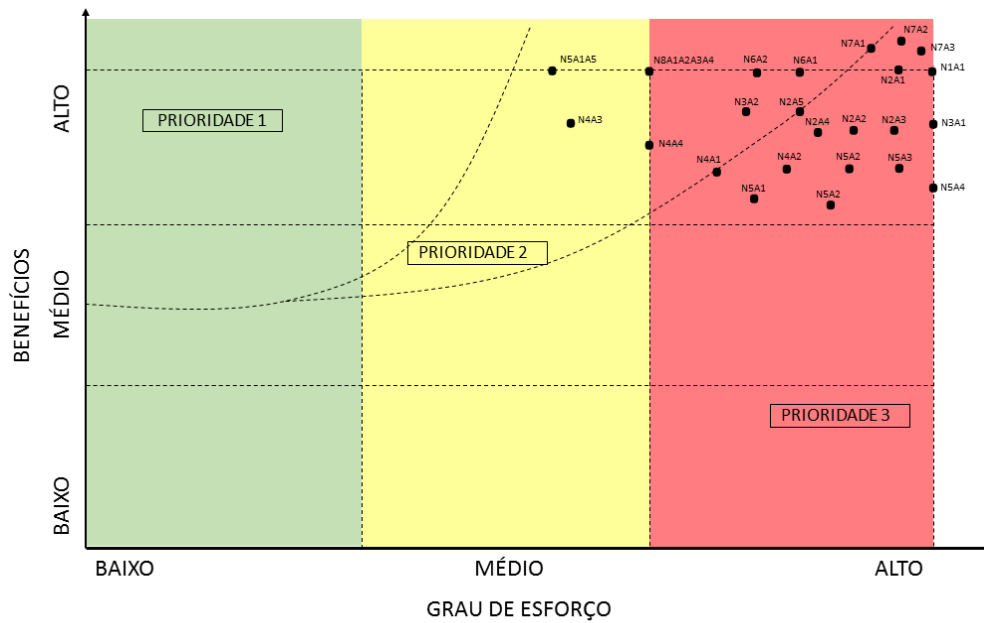
O nó crítico 9 que trata do perfil de baixa complexidade do HUAB, conforme QUADRO 28 abaixo, apresenta três ações com bom grau de viabilidade por evidenciar atores com interesse positivo e valor alto, à exceção de alguns atores que se mostram indiferentes para estas ações. Requerem alto grau de esforço da equipe pela necessidade de cooperação e negociação com os atores, mas promoverão grandes benefícios para o hospital.

QUADRO 28 - Matriz: Atores / Motivações – Nó crítico 9.

ATORES	NC9. PERFIL DE BAIXA COMPLEXIDADE DO HUAB	
	Ação 1 Viabilização do funcionamento da uti-neonatal.	Ação 2 Ampliação quantitativa e qualitativa de procedimentos ambulatoriais.
ATOR 1 EBSERH/Sede	+A	+A
ATOR 2 UFRN (estudantes/residentes)	+A	+A
ATOR 3 Unidade de Licitação MEJC e HUOL	0A	0M
ATOR 4 MEJC – HUOL/UFRN	+A	0A
ATOR 5 SINF/PROAD/UFRN	+A	-
ATOR 6 FACISA/UFRN	+A	+A
ATOR 7 GEP/HUAB	+A	+A
ATOR 8 DIVGP/HUAB	+A	+A
ATOR 9 HUAB/UFRN (corpo técnico/corporações)	-A	+A
ATOR 10 Gerência Administrativa - Setor de Infraestrutura/HUAB	+A	+A
ATOR 11 SESAP/RN CIB/RN	+A	+A
ATOR 12 Central de Regulação SMS-CMS-CIR/Santa Cruz	+A	+A

O GRÁFICO 3 mostra o ilustrativo de priorização das ações. Permite avaliar que as ações propostas requerem um nível alto de esforço para a sua execução e mostra por sua vez que o benefício esperado após a implementação das ações é favorável na resolução do nó crítico.

GRÁFICO 3 - Matriz de priorização das ações.



8.2 MATRIZ 2: ESTRATÉGIAS DE VIABILIDADE

Na prática, sabe-se que a efetividade de determinadas ações depende da articulação e diálogo entre os setores, sejam internos ou externos. Essa premissa está presente nas diversas atribuições da equipe gestora, modificando-se de acordo com as ações, atores e contextos, porém, o reconhecimento do trabalho em equipe se faz presente como facilitador desse processo.

A análise de viabilidade permitiu verificar os benefícios apontados pelos parceiros classificados com interesse positivo aliado com um alto valor como destaque nas parcerias estabelecidas, e cujas contribuições se fortalecerá ainda mais, seja diante de uma gestão participativa na instituição ou contribuindo para a constatação de que este modo de gerir é aplicável e possível de ser construído por todos.

Quanto aos atores identificados com interesse negativo ou indiferente, embora seu valor foi considerado alto para elucidar com as ações propostas, encara-se que estes atores apresentam um desafio para a equipe, e esta definição é bastante instigante, uma vez que encaramos estes atores como parceiros a conquistar.

Conforme os resultados apontados pela Análise de Viabilidade (QUADRO 29), percebe-se que a maioria dos atores foram identificados com *interesse positivo* e com *valor alto ou médio* e apenas três ações apresentam-se com atores com postura de oposição diante da proposta, sendo necessário pensar em estratégias de viabilidade para conquistar os atores que tornam as ações conflituosas. No quadro abaixo é apresentado os recursos necessários.

QUADRO 29 - Matriz: Estratégias de Viabilidade.

ACÇÕES CONFLITIVAS DO PLANO DE AÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS	RECURSOS QUE TEMOS E NÃO TEMOS	VIABILIDADE	O QUE FAZER PARA AUMENTAR A VIABILIDADE
<p>NC1. IMPOSSIBILIDADE DE PLANTÃO 24H.</p> <p>Ação1: Viabilização dos serviços assistenciais do HUAB</p>	<p>Políticos Econômicos Técnicos Organizacionais</p>	<p>Político Técnicos Organizacionais</p>	Média	<ul style="list-style-type: none"> Acompanhar junto a EBSEERH/Sede nas negociações com a categoria/sindicatos (acordos coletivos); Ampliar o quadro de programas de residências.
<p>NC4. LINHAS DE CUIDADO AINDA EM CONSOLIDAÇÃO</p> <p>Ação1: Redefinição da sequência de atendimento em linhas de cuidado</p>	<p>Políticos Econômicos Técnicos Organizacionais</p>	<p>Políticos Econômicos Técnicos Organizacionais</p>	Média	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer o diálogo com o gestor local; Fortalecer as atribuições dos pontos de atenção (componentes da linha do cuidado); Fomentar as ações de integração entre ensino e serviço (RAS). Reforçar/estabelecer reuniões técnicas com os atores selecionados como relevantes para definição da ação.
<p>NC9. PERFIL DE BAIXA COMPLEXIDADE DO HUAB</p> <p>Ação1: Viabilização do funcionamento da UTI-Neonatal</p>				<ul style="list-style-type: none"> Reduzir a fragmentação do trabalho, estabelecendo aos colaboradores clara responsabilidade pelos processos; Dimensionar a equipe para atuar na UTI-Neonatal; Habilitar os leitos junto a Central de Regulação Estadual.

Considerar que ao expor ideias e conhecimentos na elaboração dos planos de ação, nos deu a oportunidade de perceber o amadurecimento profissional e o aperfeiçoamento das experiências vivenciadas pela equipe, como resultante de muitos esforços, principalmente pelo resultado demonstrado na Análise de Viabilidade numa concepção sólida e exequível na construção do PDE do HUAB, reforçando a responsabilidade e o protagonismo coletivo.

9. GESTÃO DO PLANO, METAS E INDICADORES DE MONITORAMENTO.

Os capítulos anteriores foram dedicados à apresentação do desenvolvimento do plano, que considerando o contexto em que se insere o HUAB, discorreu pelos ambientes internos e externos com os quais interage, identificando e examinando problemas, respectivas causas e consequências, necessidades, perspectivas, ameaças e oportunidades, culminando em um conjunto de proposições (ações e atividades) que se estruturam em um planejamento a ser executado no biênio 2016-2017.

Neste capítulo o que se apresenta é uma sistemática capaz de executar o plano, passando do contexto conceitual e ideológico para o prático e efetivo. Em um ambiente nem sempre favorável, ou seja, é possível inferir, onde nem tudo que foi pensado e estabelecido acontecerá ou se realizará como previsto, determina-se a necessidade de um acompanhamento constante e, principalmente, atenção e atitude quando da ocorrência de eventos ou resultados indesejáveis ou mesmo restritivos, que se configurem obstáculos à execução e/ou a efetividade da ação ou plano.

Desta forma, conceitua Dagnino (2012), planejar sob incertezas significa: não congelar o cálculo sobre o futuro, refazê-lo constantemente; utilizar recursos como previsão e reação rápida diante de mudança ou eventos imprevistos; estar preparado para enfrentar surpresas, crises e conflitos; e afastar a incerteza evitável mediante ações preventivas.

É preciso rever periodicamente o ambiente, as ameaças e as oportunidades que se apresentam, com intuito de prever situações que possam vir a interferir no que foi planejado, o que possibilitará a revisão tanto de estratégias quanto de ações (CHIAVENATO, 2012).

Acrescente-se ainda, que a gestão estratégica pode ser entendida como uma composição de quatro momentos principais. Dentre esses, considerando o interesse deste capítulo, destaca-se aquele intitulado “operação”, que significa o momento de agir sobre a realidade; fazer, implementar, monitorar e avaliar (DAGNINO, 2012).

Assim, o HUAB delinea um modelo que parte da conscientização de sua equipe para com o plano, estratégias, ações, metas e objetivos propostos, estabelece a forma e periodicidade de acompanhamento da evolução das ações, da prestação de contas por parte de executores e atores envolvidos e, por fim, a medida que as ações vão sendo implementadas, estabelece um processo de avaliação da efetividade das mesmas, por meio do comportamento dos indicadores de resultado frente as metas pré-concebidas.

Antes, porém, de detalhar o modelo de Gestão e Monitoramento, propriamente dito, observa-se a necessidade de estabelecer um instante inicial, um “ponto de partida” para

execução do plano proposto. Nesse sentido, fez-se necessário estabelecer uma sequência lógica de execução e prioridade das ações, respeitando-se as interdependências e condições de precedência porventura existentes entre elas. Assim, para categorizá-las, utilizou-se dos critérios estabelecidos pelo Termo de Referência: Gestão Do Plano (HSL, 2015) abaixo descritos:

1. Viabilidade (alta, média ou baixa): ações de maior viabilidade são aquelas sobre as quais a equipe de Governança tem alta governabilidade e/ou requerem menos recursos para implantação;
2. Impacto (alto, médio ou baixo): ações que tragam maiores resultados, representam maior impacto;
3. Comando {(i) gerentes e atores internos; (ii) comissões temporárias internas; (iii) atores internos articulados com atores externos};
4. Precedência (1ª, 2ª, 3ª etc.): por respectivas características, algumas ações devem preceder outras.

Aplicando-se estes critérios ao universo de ações pré-estabelecidas para fazer cumprir o plano, bem como atingir objetivos e metas propostos, e ainda, considerando atores envolvidos (internos e externos, parceiros ou opositores), e os recursos necessários e disponíveis, estabeleceu-se a classificação das ações conforme indicado a seguir (QUADRO 30).

QUADRO 30: Classificação das ações por comando e precedência.

Ação	VIABILIDADE (alta, média, baixa)	IMPACTO (alto, médio, baixo)	COMANDO	PRECEDÊNCIA
4.4. Implementação do modelos e gestão por Linha de Cuidado no HUAB.	ALTA	ALTO	GEENTES E ATORES INTERNOS	1ª
5.2. Apresentação o Plano Diretor de Ampliação e Reformas à comunidade do HUAB (Superintendência e Gerências, Colegiado Gestor, representantes das Unidades e FACISA).	ALTA	ALTO	GEENTES E ATORES INTERNOS	1ª
6.1. Criação da Unidade de Licitação	ALTA	ALTO	GEENTES E ATORES INTERNOS	1ª
7.1. Implantação e implementação do Plano de Desenvolvimento de Competências	ALTA	ALTO	GEENTES E ATORES INTERNOS	1ª
8.2. Identificação adequada das diferentes áreas e dos atores inseridos no Hospital	ALTA	ALTO	GEENTES E ATORES INTERNOS	1ª
2.1. Fortalecimento da integração entre Universidade e hospital.	ALTA	ALTO	ATORES INTERNOS ARTICULADOS COM ATORES EXTERNOS	1ª
9.2. Ampliação quantitativa e qualitativa de procedimentos ambulatoriais.	ALTA	ALTO	ATORES INTERNOS ARTICULADOS COM ATORES EXTERNOS	1ª
9.3. Ampliação quantitativa e qualitativa de procedimentos cirúrgicos.	ALTA	ALTO	ATORES INTERNOS ARTICULADOS COM ATORES EXTERNOS	1ª
9.1. Viabilização do funcionamento da UTI-NEONATAL.	ALTA	ALTO	ATORES INTERNOS ARTICULADOS COM ATORES EXTERNOS	1ª
3.1. Revisão da infraestrutura para o funcionamento do AGHU	MÉDIA	ALTO	ATORES INTERNOS ARTICULADOS COM ATORES EXTERNOS	1ª
1.1 Viabilização dos serviços assistenciais do HUAB	MÉDIA	ALTO	ATORES INTERNOS ARTICULADOS COM ATORES EXTERNOS	1ª
5.1. Inserção da proposta de Reforma e Ampliação do HUAB no Plano Plurianual de Ação Governamental do Governo Federal	MÉDIA	ALTO	ATORES INTERNOS ARTICULADOS COM ATORES EXTERNOS	1ª
6.2. Implantação e implementação das atividades da Unidade de Licitação.	ALTA	ALTO	GEENTES E ATORES INTERNOS	2ª
7.2. Implantação do programa de educação permanente	ALTA	ALTO	GEENTES E ATORES INTERNOS	2ª
8.1. Implementação da política e construção de fluxos de comunicação para toda a instituição	ALTA	ALTO	GEENTES E ATORES INTERNOS	2ª
3.2. Implantação de novos módulos AGHU	ALTA	ALTO	GEENTES E ATORES INTERNOS	2ª
4.1. Redefinição da sequência de atendimento em Linhas de Cuidado.	MÉDIA	ALTO	ATORES INTERNOS ARTICULADOS COM ATORES EXTERNOS	2ª
2.2. Incrementação das atividades de ensino e pesquisa do HUAB na RAS adequadas às necessidades locais e regionais de assistência e de formação.	MÉDIA	ALTO	ATORES INTERNOS ARTICULADOS COM ATORES EXTERNOS	2ª
2.3. Ampliação e consolidação dos cenários de prática no cuidado à mulher e à criança	MÉDIA	ALTO	ATORES INTERNOS ARTICULADOS COM ATORES EXTERNOS	2ª
5.6 Adequação de infraestrutura física objetivando atenuar e/ou eliminar transtornos atuais e atender as demandas assistenciais e acadêmicas do HUAB.	MÉDIA	ALTO	ATORES INTERNOS ARTICULADOS COM ATORES EXTERNOS	2ª
8.3. Disponibilização de materiais informativos institucionais nos setores	ALTA	ALTO	GEENTES E ATORES INTERNOS	3ª
4.3. Promoção de educação permanente das equipes envolvidas nas Linhas de Cuidado.	MÉDIA	ALTO	ATORES INTERNOS ARTICULADOS COM ATORES EXTERNOS	3ª
5.3. Articulação de recursos financeiros para elaboração dos projetos e execução da obra.	MÉDIA	ALTO	ATORES INTERNOS ARTICULADOS COM ATORES EXTERNOS	3ª
4.2. Construção, implantação e implementação dos protocolos clínicos, diretrizes e fluxogramas de atendimento nas Linhas de Cuidado.	ALTA	MÉDIO	GEENTES E ATORES INTERNOS	3ª
2.4. Ampliação dos apoios matriciais entre os HU's (UFRN) para o fortalecimento da assistência, do ensino e da pesquisa no HUAB	BAIXA	ALTO	ATORES INTERNOS ARTICULADOS COM ATORES EXTERNOS	3ª
5.4. Elaboração dos projetos executivos e do orçamento, para posterior realização do processo licitatório.	MÉDIA	ALTO	ATORES INTERNOS ARTICULADOS COM ATORES EXTERNOS	4ª

Fonte: Evers, 2015 – adaptado pelo autor.

Em paralelo, considerando a ordem, condições de precedência e os prazos estimados para execução e conclusão de cada uma das ações, determinou-se o cronograma inicial de execução, conforme a seguir (QUADRO 31). Trata-se, pois, de um momento estático, donde se partirão os registros e a evolução efetiva da execução das ações. Essa evolução se registrará no SisPDE (Sistema de Monitoramento do Plano Diretor Estratégico), como se verá adiante.

QUADRO 31 - Cronograma inicial das ações.

CRONOGRAMA DAS AÇÕES DO PLANO																								
MACROPROBLEMA	NÓ CRÍTICO	AÇÕES	2016												2017									
			Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out
MP1	NC1	1.1	←————→																					
		2.1	←————→																					
	NC2	2.2	←————→																					
		2.3	←————→																					
		2.4	←————→																					
MP2	NC3	3.1	←————→																					
		3.2	←————→																					
	NC4	4.1	←————→																					
		4.2	←————→																					
		4.3	←————→																					
		4.4	←————→																					
	NC5	5.1	←→																					
		5.2	←————→																					
		5.3	←————→																					
		5.4	←————→																					
		5.5	←————→																					
		5.6	←————→																					
MP3	NC6	6.1	←————→																					
		6.2	←————→																					
	NC7	7.1	←————→																					
		7.2	←————→																					
	NC8	8.1	←————→																					
		8.2	←————→																					
		8.3	←————→																					
	NC9	9.1	←————→																					
		9.2	←————→																					
		9.3	←————→																					

Fonte: O autor (2015)

Configurado o “marco inicial” para execução do plano, passamos, então, a enfatizar e detalhar o seu cenário prático e efetivo, estabelecendo o processo de execução e necessário acompanhamento das ações. Para tanto, conforme citado na introdução deste capítulo, o HUAB, estabelece um modelo de Gestão e Monitoramento alicerçado em três premissas: Conscientização e Compromisso com o Plano e a Estratégia; Monitoramento do plano, ações e atividade e Acompanhamento dos Indicadores de Resultado. Também, para facilitar e aperfeiçoar o acompanhamento, está sendo disponibilizada uma ferramenta automatizada, o SisPDE (Sistema de Monitoramento do Plano Diretor Estratégico), desenvolvido pela área de Serviços de Planejamento Estratégico, em conjunto com a Diretoria de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação (DGTPi), ambas da EBSERH/SEDE.

9.1 CONSCIENTIZAÇÃO E COMPROMISSO COM O PLANO E A ESTRATÉGIA

Almejando comprometimento da equipe e colaboradores em geral, o plano será compartilhado e debatido em todos os níveis da organização, em especial, por meio das reuniões de trabalho nos diversos níveis hierárquicos do HUAB. Essa função é de fundamental importância para o sucesso das ações, uma vez que, espera-se motivar, instigar e obter contribuições de todos aqueles que tiverem envolvimento e participação com qualquer das ações. O que se espera aqui é enraizar o plano e suas especificidades, criando um ambiente em que todas as ações de todos integrantes da equipe são norteadas pelo PDE.

Conforme Chiavenato (2012), para que as ações resultantes de um planejamento se realizem, concretizando a implementação do plano é imprescindível que cada servidor tenha plena consciência da missão institucional e pleno conhecimento dos resultados globais desejados, de forma que seja possível identificar qual é o espaço de sua contribuição individual para que esses resultados sejam alcançados. E, enfatiza: *“Um indivíduo compromete-se com aquilo que conhece, e o comprometimento será tão intenso quanto maior for sua participação na definição e no planejamento do que se pretende atingir”*.

Assim, com essa atitude protagonizada pelos principais líderes, espera-se conscientizar, obter compromissos e ampla adesão aos planos de ação. Para ratificar e formalizar esse compromisso e responsabilidade, os gestores, quando do estabelecimento do plano de trabalho anual de cada um de seus colaboradores, bem como quando da avaliação das realizações de suas respectivas equipes individualmente ou em grupo, o farão em total consonância com as especificações do PDE.

9.2 MONITORAMENTO DO PLANO, AÇÕES E ATIVIDADES.

Nessa etapa, sob a responsabilidade da Unidade de Planejamento do HUAB será operacionalizada a execução do plano, registrando as ocorrências e evolução das ações, tendo como base nas funcionalidades do SisPDE - sistema baseado no *software* livre “Redmine”, gerenciador de projetos baseados na *web* - que fora customizado para apoiar os Hospitais Universitários Federais (HUF) filiados a Ebserh no monitoramento de seus Planos Diretores Estratégicos (PDE).

No SisPDE, os macroproblemas, nós críticos, ações e atividades serão cadastrados e, a partir de então passam a ser mantidos com inserções pelos responsáveis pelas atividades em execução. Na prática, conforme andamento da execução de cada uma das ações, o responsável indicará o percentual de atingimento, convencionado em múltiplos de

10, como por exemplo: 10% concluído, 20% concluído e assim sucessivamente até 100% concluído (quando será a atividade finalizada). Para os registros necessários será utilizada a funcionalidade “tarefas” do SisPDE, conforme exemplificado pela tela a seguir (FIGURA 27). Vale registrar que, no contexto do SisPDE, “tarefa” equivale à “atividade” no PDE. Nesta opção é possível editar a tarefa, alterando seu percentual de execução, ou ainda atribuindo a tarefa para outro (s) colaborador (es), além de permitir fazer vários tipos de filtros e emitir relatórios customizáveis (Manual do SisPDE, 2015).

FIGURA 27 - Exemplo de Tela do SisPDE correspondente à função “Tarefas”.

The screenshot displays the 'TAREFAS' section of the SisPDE system. At the top, there is a navigation bar with tabs for 'Visão geral', 'Atividade', 'Tarefas', 'Gantt', 'Arquivos', and 'Configurações'. The 'Tarefas' tab is active. Below the navigation bar, there are filter options: 'Situação' is set to 'Aberta', and 'Opções' allows for column selection. The main area contains a table of tasks.

#	TIPO	SITUAÇÃO	PRIORIDADE	TÍTULO	ATRIBUÍDO PARA	ALTERADO EM
1431	HC-UFMG - Atividade	Não Iniciada	Normal	Atividade 5d- Monitorar e avaliar as ações da política de saúde do trabalhador		25/08/2015 17:23 h
1430	HC-UFMG - Atividade	Em andamento - 90%	Normal	Atividade 5c- Finalizar a Implantação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO, Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA, Programa de Qualidade de Vida e outros programas de exigência legal		10/09/2015 12:12 h

Fonte: Manual SisPDE (2015)

Como fase integrante do monitoramento, os responsáveis executores deverão apresentar a Unidade de Planejamento do HUAB, um posicionamento mensal da evolução de suas respectivas atividades, devendo encaminhar até o 5º dia útil do mês subsequente, o relatório conforme modelo a seguir, retratando cumulativamente a evolução da(s) atividade(s). O modelo abaixo (QUADRO 32) representa fichas individualizadas para cada atividade com intuito de registrar a evolução do desenvolvimento das mesmas. Assim sendo, mensalmente, a ficha é atualizada e quando da conclusão da atividade, todo histórico estará registrado em cada ficha. A ficha, a cada atualização, será arquivada na função “arquivos” (FIGURA 28) do SisPDE.

QUADRO 32 - Ficha de Monitoramento

FICHA DE MONITORAMENTO DO PLANO, AÇÕES E ATIVIDADES		
Macroproblema:		
Nó Crítico:		
Ação:		
Atividade:		
Responsável:		
Evolução		
Data	Situação	Resultados
Dificuldades		
Novas Ações e/ou Ajustes		
Data	Situação	Resultados
Dificuldades		
Novas Ações e/ou Ajustes		

Fonte: O autor (2015).

FIGURA 28 - Exemplo de tela do SisPDE indicando a função de “Arquivos”

ARQUIVOS Novo arquivo

ARQUIVO ▲	DATA	TAMANHO	D/L	MD5
PDE HCUFGM v1.0.pdf	15/09/2015 16:29 h	3,08 MB	0	aa7e82bc2731ddd346077720a891d619

Fonte: Manual SisPDE (2015).

Ainda sobre a ficha de Monitoramento, vale ressaltar que, em havendo dificuldades a serem superadas, o responsável pela execução deverá apresentar pelo menos uma alternativa de solução a ser trabalhada com o auxílio da Unidade de Planejamento, que funcionará, no âmbito de suas competências, como órgão motivador, articulador e facilitador

no desenvolvimento das ações e atividades, em especial, sobre aquelas que se apresentem com dificuldades, atrasadas e /ou não iniciadas.

Neste particular, agindo sobre eventuais dificuldades, atividades atrasadas e/ ou não iniciadas, executores e Unidade de Planejamento poderão necessitar criar uma nova atividade como medida de readequação ou correção. O SisPDE, conforme tela abaixo (FIGURA 29) permite cadastrar uma nova tarefa (atividade no PDE). A nova tarefa é inserida no contexto ou “caminho”: Macroproblema / Nó crítico / Ação / Atividade (tarefa no SisPDE) sensibilizando e atualizando o cronograma (gráfico de Gantt) a ela vinculado.

FIGURA 29 - Exemplo de tela do SisPDE indicando a função “Nova Tarefa”.

NOVA TAREFA

Tipo * HC-UFMG - Atividade Privado

Título *

Descrição

Situação * Não iniciada Início 2015-09-15

Prioridade * Normal Data prevista

Atribuído para

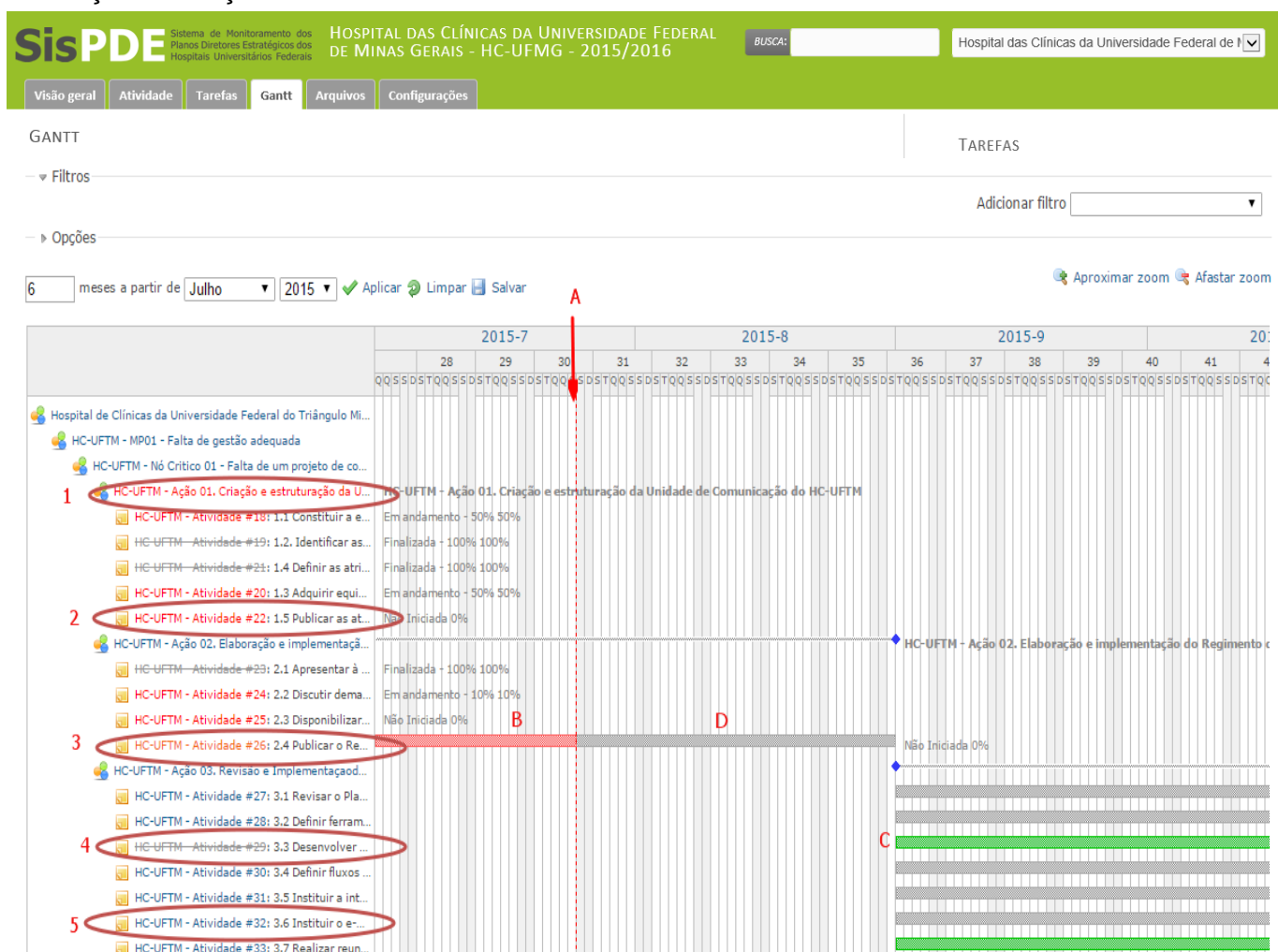
Arquivos Procurar... (Tamanho máximo: 5 MB)

Observadores Eduardo Ferreira De Sousa Leticia Ferreira Da Silva Machado Paula Branco de Mello Rogério Luiz Scapini

Fonte: Manual SisPDE, 2015

Complementando um ciclo de monitoramento, trimestralmente ou a critério da Superintendência do HUAB, os responsáveis pelas ações e atividades serão convocados a apresentar em plenária posição envolvendo suas ações, resultados e problemas. Estas apresentações terão como base o cronograma (Gantt) do SisPDE, conforme exemplo de tela ilustrado na FIGURA 30.

FIGURA 30 - Exemplo de tela do SisPDE indicando um cronograma (Gantt) indicando evoluções das ações.



A - Indica a data atual do sistema.

B - O período vermelho indica o período não executado, levando em consideração a data de início da atividade.

C - O período verde indica o percentual da atividade executado.

D - O período cinza indica o período ainda não contabilizado pelo Gantt, visto que é uma data futura à atual data do sistema.

1 - A ação está em vermelho. Significa que todas as atividades dessa ação já deveriam ter sido concluídas, conforme a "Data prevista", mas ainda não foram finalizadas. Nesse caso, o SisPDE leva em consideração a maior data prevista das atividades e considera a ação como atrasada. Quando estiver na cor azul, significa que ainda há atividades com datas que ainda não prescreveram.

2 - A atividade está em vermelho. Significa atraso na atividade, ou seja, a atividade tinha uma "data prevista" que prescreveu e que ainda não foi concluída.

3 - A atividade está em laranja. Significa que de acordo com a "Data prevista" a atividade já deveria ter um percentual executado. É um sinalizador de atenção.

4 - A atividade está tachada e em cinza. Significa que a atividade foi fechada, seja por atingir o 100% de execução ou por ter sido excluída. O sistema não leva em consideração se a atividade foi fechada em atraso ou faz qualquer comparação de linha de base.

5 - A atividade está em azul. Significa que a atividade pode ter a data de início ainda não atingida, pois é uma data posterior à data atual.

Fonte: Manual SisPDE (2015).

9.3 ACOMPANHAMENTO DE INDICADORES.

Os indicadores de resultado, identificados no ANEXO 4 (Proposta de Intervenção Consolidada), devem oferecer à equipe de governança e líderes em geral, informações cuja interpretação permitem avaliar a evolução das ações, o atingimento de metas e objetivos,

bem como fornecer subsídios para identificar e determinar necessidades de correção e realinhamento das ações e atividades.

Nesse item, espera-se uma avaliação em relação ao planejado, que na visão de Chiavenato (2012), significa comparar os resultados alcançados (descritos pelos indicadores de desempenho) com o desempenho pretendido (descrito por objetivos estratégicos e metas definidos) e, ainda, a avaliação deve servir para que se analisem as causas e os efeitos dos desvios entre o programado e o realizado, de forma que os gestores possam recomendar mudanças e ações corretivas. E, assim, sintetiza: atingir um resultado determinado não é suficiente; a ideia é desencadear um processo de melhoria contínua.

Esses indicadores serão apurados pela Unidade de Planejamento, a partir da implantação ou conclusão das ações, devendo a cada apuração apresentar um parecer sobre a situação do indicador diante dos objetivos e metas propostos. Esse parecer, uma síntese do comportamento do indicador em relação a expectativa e meta proposta será encaminhado a equipe de governança com propósito de fornecer informações que subsidiem a tomada de alguma ação ou decisão.

Nesse contexto, integrantes da equipe de governança e gestores poderão agir questionando e determinando providencias, evidenciando a dinâmica e a flexibilidade necessária ao funcionamento e execução do plano. Esse acompanhamento permitirá, ainda, confirmar a efetividade da ação e evidenciar um processo de melhoria contínua, à medida que o(s) indicador(es) apresentem resultados crescentes, bem como criar oportunidades de realinhamento de metas e objetivos.

Finalizando, uma vez terminado o ciclo (2016-2017), a Unidade de Planejamento emitirá um relatório consolidado contemplando as intercorrências, evoluções, custos e resultados do plano implementado, visando subsidiar um novo ciclo de planejamento estratégico voltado ao alcance de novos patamares de desenvolvimento do HUAB.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARTMANN, E. **O Planejamento estratégico situacional: à trilogia, matusiana e uma proposta para o nível local de saúde: uma abordagem comunicativa.** Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

BARBIERI, J.C.; MACHLINE, C. **Logística Hospitalar: teoria e prática.** 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 7, p. 401-12, 2002.

BORBA, Valdir R. **Marketing de relacionamento para organizações de saúde.** São Paulo: Atlas, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Prêmio Galba de Araújo.** O reconhecimento para quem valoriza o parto humanizado. Brasília, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1101/GM** Em 12 de junho de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. Portaria interministerial MEC/MS 1006 de 2004. **Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS.** Brasília, [2004].

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 2.400, de 02 de outubro de 2004. **Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino.** Brasília, 2004a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri2400_02_10_2007.html. Acesso em 12 de outubro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS: ProgeSUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos ProjeSUS, 1).

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. **Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Federais – REHUF**, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Brasília, 2010 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.html. Acesso em: 12 de outubro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência** . 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a. 32 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Presidência da República. [Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011.](#) **Autoriza o poder executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH;** Acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei n 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal; e dá outras providências, Brasília, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm. Acesso em 12 de outubro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 2.087, de 01 de setembro de 2011. **Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 02 set. 2011 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. **Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS)**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/52c702b09553f.pdf>. Acesso em: 07 de dezembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013(*). **Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)**. Brasília, 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html. Acesso em 12 de outubro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Plano Diretor de Tecnologia da Informação 2014- 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS (DATASUS)**. Sistemas e aplicativos. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: 06 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Rede de colaboração de humanização da gestão e da atenção do SUS**. Brasília, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 285, de 24 de março de 2015. **Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE)**. Brasília, 2015b. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_26631225_portaria_interministerial_n_285_de_24_de_marco_de_2015.aspx. Acesso em: 07 de dezembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Qualificação e sustentabilidade das construções dos estabelecimentos assistenciais de saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2015c. 64 p. (Série Ecos, Economia da Saúde para Gestão do SUS; Eixo 2, v. 4).

CAMPOS, C.V.A; MALIK, A.M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. Rio de Janeiro 42(2):347-68, Mar./abr. 2008.

CAROTTA, F; KAWAMURA, D; SALAZAR, J. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.1, 2009.

CARVALHO, M.S. **Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica: um olhar implícito sobre sua implantação**. 2013. 167p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade de Brasília, Brasília-BR, 2013.

CARVALHO, M.S; SOUSA, M.F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface (Botucatu)** vol.17 no.47 Botucatu out./dez. 2013

CASTELLANOS, Pubenza L. **Comparação entre a satisfação do usuário com os serviços oferecidos num hospital geral e a percepção gerencial dessa satisfação**. 2002. 128 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação da Escola de Administração de Empresas de São Paulo e Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2002.

CECÍLIO, L. C; MERHY, E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde, v. 1, p. 197-210, 2003.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração geral e pública.**3. ed. Barueri, SP; Manole, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CFM divulga **dados sobre a concentração de médicos no Brasil** [Internet]. Brasília: CFM; 2010 (acesso out,2015) Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=9777&catid=3:portal.

CONNILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública**, v. 8, supl.191-2002, 2002.

CONNIL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, supl. 1:S716, 2008.

DAGNINO, Renato Peixoto. **Planejamento estratégico governamental.** 2.ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2012.

DIAS, M. A. P. **Administração de Materiais:** princípios, conceitos e gestão. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2009

ELALI, G. A.; LOPE, M. A.; VELOSO, M. **Avaliação da (in)Sustentabilidade sócio-ambiental de unidades básicas de saúde.** Natal: UFRN, 2008. Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da UFRN.

FACCHINI, L.A et al. **Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios da região Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas.** **Cad Saúde Pública**, v. 24, supl. 1: S159-72, 2008.

FERNANDES, T. R. et al. **Qualidade de vida no trabalho.** MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DO CESUCA-2317-5915, n. 7, 2013.

FORTES, W. G. **Relações Públicas: processo, funções, tecnologia e estratégias.** 2.ed. São Paulo: Summus, 2003.

FRANCISCHINI, P.G; GURGEL, F.A. **Administração de materiais e do patrimônio.** São Paulo: Pioneira Thonson; 2002.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio M. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado.** O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano, v. 2, p. 125-34, 2003.

GASTÃO, W.S Campos - **Revista do Médico Residente**, 2013 - crmpr.org.br

GONÇALVES, E.L. **Gestão Hospitalar:** Administrando o hospital moderno. São Paulo: Saraiva, 2006.

GONÇALVES, P. S. **Administração de Materiais.** 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. **Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil.** In: MINISTÉRIO DA SAÚDE (Org.). Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 157-190.

GUTIERREZ, M.A. Sistema de informação hospitalares: progressos e avanços. **Journal of health informatics**, São Paulo, v.3, n.2, 2011.

KUNSCH, M. M. K.; KUNSCH, W. L. **Relações Públicas Comunitárias: A comunicação numa perspectiva dialógica e transformadora**. Summus Editorial, 2007.

LIMA, L. P. **O Desafio Gerencial da Multiinstitucionalidade dos Hospitais Universitários**: o Caso do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2004.

LIMA, Maria Bernadete Barros Piazzon Barbosa. **A gestão da qualidade e o redesenho de processos como modelo de desenvolvimento organizacional em hospitais públicos universitários**: o caso do Hospital das Clínicas da UNICAMP. Campinas: [s.n.], 2006.

LONDONO, G. M.; MORERA, R. G.; LAVERDE, G. P. **Administração hospitalar**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2003.

MACHADO, M. H. **Os médicos e sua prática profissional**: as metamorfoses de uma profissão. 1996. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Instituto Universitário de Pesquisas e Estudos do Rio de Janeiro (IUPERJ), Rio de Janeiro, 1996.

MACIEL F. R. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais** de saúde: o caso brasileiro / Romulo Maciel Filho. – 2007 262 f.

MANSUR, R. **Governança Avançada de TI: na prática**. Rio de Janeiro: Brasport, 2009.

MARTINS, P. G.; ALT, R. C. **Administração de Materiais e Logística**. São Paulo : Saraiva, 2009.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Tomo I e II, IPEA, Brasília, 1993.

MEAULO, M.P. PENSUTTI, M. **A gestão de estoques em ambientes hospitalares**: Analisando a utilização de ferramentas de gestão de materiais em ambientes hospitalares públicos e filantrópicos no município de Santa Bárbara D'Oeste. In: CONVIBRA ADMINISTRAÇÃO – CONGRESSO VIRTUAL BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO, 8., 2011, [S.l.]. Anais..., 2011. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/upload/paper/adm/adm_3253.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2015.

MELO, E.M. et al. A organização da Atenção Básica em municípios integrantes do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família em Mato Grosso, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, supl. I:S29-41, 2008.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002

MORENO, L.V.D; VEDOVATO, L.R. Reflexões sobre o regime de contratação dos médicos cubanos no programa mais médicos. **Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico**. ISSN: 2446-6778 N° 1, volume 1, artigo nº 12, Janeiro/Junho 2015

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 20. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Manual SisPDE (Sistema de Monitoramento do Plano Diretor Estratégico) - DGTPI**. Ministério da Educação, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestão municipal de saúde**: textos básicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº. GM 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Pacto pela Saúde 2006: aprova as diretrizes operacionais do Pacto**. Brasília: Diário Oficial da União 2006.

PADILHA, R.Q. et al. **Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS**: caderno do curso 2015. São Paulo: Ministério da Saúde; Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares; Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, 2015.

PADOVEZE, Clóvis Luís. **Planejamento Orçamentário**. São Paulo: Thomson, 2005.

PINTO, L.F.; MACHADO, M. H. Médicos migrantes e a formação profissional: um retrato brasileiro. **Rev Bras Educ Méd** 2000; 24:53-64.

PÓVOA, L.; ANDRADE, M.V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(8):1555-1564, ago, 2006.

SHIMIZU, H.E; ROSALES, C. As práticas desenvolvidas no Programa de Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? **Rev. Bras Enferm**, v. 62, p.: 424-9, 2009.

SOLLA, J.J.S.P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o Pacto de Gestão. **Rev. Baiana Saúde Pública**, n. 30, p.: 332-48, 2006.

SOVIENSK, F; STIGAR, R. Recursos humanos X Gestão de pessoas. **Revista Científica de Administração**, v. 10, n. 10, jan./jun. 2008. p.51 a 61. Disponível em: <http://www.proseg.co/media/7addfab9962e99dfff8119ac1e1e75.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2015.

TADEU, H.F.B. (Org) et all; **Gestão de estoques**: fundamentos, modelos matemáticos e melhores práticas aplicadas. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

TOMASI, E. et al. A. Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública. **Rev Saúde Pública**,. v. 3, p.:800-6, 2003.

TANCREDI, F. B.; BARROS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. Planejamento em Saúde para gestores municipais de Serviços de Saúde. **Série Saúde e Cidadania**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. 61 p.

ZDANOWICZ, J. E. **Planejamento Financeiro e Orçamento**. 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

ANEXO 1 - RELAÇÃO DOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS/CONSULTA

ESPECIALIDADES
ODONTOLOGIA
CONSULTA MATERNO INFANTIL PUERPERAL (MULTIPROFISSIONAL)
FISIOTERAPIA
FONODIOLOGIA
GINECOLOGIA GERAL E CIRÚRGICA
PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO
PEDIATRIA
MASTOLOGIA
NUTRIÇÃO
PSICOLOGIA
SAE – SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA (INFANTIL E GESTANTE)
PLANEJAMENTO FAMILIAR

RELAÇÃO DOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS/PROCEDIMENTOS

ESPECIALIDADE
COLPOSCOPIA
CIRURGIA DE ALTA FREQUENCIA - CAF
BIÓPSIAS DE ÚTERO E OVÁRIO
FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA
FISIOTERAPIA UROGINECOLÓGICA
PUNÇÃO MAMÁRIA
ULTRASSONOGRRAFIA

RELAÇÃO DOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS/TRIAGEM

ESPECIALIDADE
TESTE DA LINGUINHA
TESTE DO OLHINHO
TESTE DA ORELHINHA
TESTE DO PEZINHO

ANEXO 2 – RELAÇÃO DOS SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO

- Relação dos exames diagnósticos por Ultrassonografia

Ultrassonografia Doppler de Fluxo Obstétrico	Ultrassonografia de Tireóide
Ultrassonografia de Abdomen Superior	Ultrassonografia Obstétrica
Ultrassonografia Abdomen Total	Ultrassonografia Obst. Com Doppler
Ultrassonografia do Aparelho Urinário	Ultra-sonografia Pelvica(Ginecológica)
Ultrassonografia da Bolsa Escrotal	Ultrassonografia Transfontonela
Ultrassonografia Mamária Bilateral	Ultrassonografia Transvaginal

- Relação dos exames diagnósticos por Radiologia

Mamografia Bilateral para Rastreamento	Radiografia de Antebraço
Radiografia de Cavum (Lateral+Hirtz)	Radiografia de Clavicula
Radiografia de Cranio (PA+lateral+oblíqua/Bretton+Hirtz)	Radiografia de Mão
Radiografia de Cranio (PA e Lateral)	Radiografia de Mão e Punho (p/determinação de idade ossea)
Radiografia de Ossos da Face (MN+Lateral+Hirtz)	Radiografia de Omoplata/ Ombro (Tres Posições)
Radiografia de Seios de Face (FN+MN+Lateral+Hirtz)	Radiografia de Punho (AP+Lateral+Obliqua)
Radiografia Oclusal	Radiografia de Abdomen Simples (AP)
Radiografia Peri-Apical	Radiografia de Articulação Coxo-Femoral
Radiografia de Coluna Cervical (AP+Lateral+TO/Flexão)	Radiografia de Bacia
Coluna Lombo-Sacra (c/obliquas)	Radiografia de Calcaneo
Radiografia de Coluna Toracica (AP+Lateral)	Radiografia de Coxa
Radiografia de Torax (PA e Perfil)	Radiografia de Joelho (AP+Lateral)
Radiografia de Torax (PA)	Radiografia de Pé/Dedos do Pé
Mamografia Bilateral para Rastreamento	Radiografia de Perna

- Relação dos exames diagnósticos laboratoriais

Determinação de Curva Glicêmica	Coombs Direto
Dosagem de Acido Úrico	Fator Rematoide(Teste do Latex)
Dosagem de Amilase	Dosagem de Antígeno Prostático Específico (PSA)
Dosagem de Bilirrubina Total e Frações	Dosagem de Proteína C Reativa

Dosagem de Cálcio	Pesquisa de anticorpos ANTI-HIV-1+HIV-2 (Elisa)
Dosagem de Cálcio Ionizável	Pesquisa de Anticorpos Antiestreptolisina (ASLO)
Dosagem de Colesterol (HDL)	Pesq. De Antic.Contra Antig. Central do vírus da Hepatite B (ANTI-HBS)
Dosagem de Colesterol (LDL)	Pesq. De Antic.Contra Antig. Central do vírus da Hepatite C (ANTI-HCV),
Dosagem de Colesterol Total	Pesquisa de Anticorpos IGG Anticítomegalovirus
Dosagem de Creatinina	Pesquisa de Anticorpos IGG Antitoxoplasma
Dosagem de Creatinofosfoquinase	Pesquisa de Anticorpos IGG contra o Vírus da Rubéola
Dosagem de Desinod Lática (Isoenz Fracionad)- LDH	Pesquisa de Anticorpos IGM Anticítomegalovirus
Dosagem de Ferritina	Pesquisa de Anticorpos IGM Antitoxoplasma
Dosagem de Ferro Sérico	Pesquisa de Anticorpos IGM contra o Vírus da Rubéola
Dosagem de Fosfatase Alcalina	Pesq. De Antic.Contra Antig. Central do vírus da Hepatite B (HBSAG)
Dosagem de Fósforo	Teste de VDRL p/diagnóstico de Sífilis
Dosagem de GAMA GT	VDRL para detecção de sífilis em gestante
Dosagem de Glicose	Pesquisa de Ovos e Cistos de Parasitas
Dosagem de Hemoglobina Glicosada	Pesquisa de Sangue Oculto
Dosagem de Magnésio	Análise de Caracteres físicos, elementos e sedimento da Urina
Dosagem de Potássio	Dosagem de Proteínas (Urina de 24horas)
Dosagem de Proteínas Totais e Frações	Dosagem de Microalbuminúria de Urina
Dosagem de Transaminase Oxalacética (TGO)	Hormônio Foliculo Estimulante (FSH)
Dosagem de Transaminase Pirúvica (TGP)	Dosagem de Hormônio Luteinizante - LH
Dosagem de Transferrina	Dosagem de Hormônio Tireoestimulante (TSH)
Dosagem de Triglicérides	Dosagem de Prolactina
Dosagem de Ureia	Dosagem de Tiroxina-T4

Contagem de Plaquetas	Dosagem de Tiroxina Livre (T4 Livre)
Determinação de Tempo de coagulação	Dosagem de Triiodotironina-T3
Determinação de Tempo de Sangramento - DUKE	Cultura de Bactérias para identificação (urina)
T T P A	Determinação Direta e Reversa de Grupo ABO
T A P	Pesquisa de Fator RH (Inclui D Fraco
Determinação de VHS	Coombs Direto
Hemograma Completo	Fator Rematoide(Teste do Latex)

ANEXO 3 – RELAÇÃO DAS ATIVIDADES DE EXTENSÃO

PROJETOS DE EXTENSÃO 2013
PROJETO ACOLHER PARA CUIDAR: Humanizando a assistência aos usuários do HUAB
PROJETO MÃE CIDADÃ: Cidadania como reflexo da atenção multiprofissional às gestantes de alto risco
PROJETO A.M.A.R.: Aleitamento Materno como Ato de Amor e Responsabilidade
FAZENDO ARTE: Bem-Estar através da Arte Entre as Mães Acompanhantes do HUAB
SORRISO DE CRIANÇA: A brincadeira como ferramenta de promoção da saúde
INCLUSÃO DIGITAL: O Mundo Digital no Contexto Hospitalar Pediátrico
EDUCAR BRINCANDO: A Educação e o Lúdico no Ambiente Hospitalar
QUALIDADE DE VIDA: TRABALHO, SAÚDE E SOCIEDADE
EDUCAÇÃO EM SAÚDE: O Empoderamento do Acompanhante como Promoção a Saúde na Unidade Funcional Pediátrica do HUAB
Projeto SAÚDE EM AÇÃO
Projeto Nascer Saudável na Adolescência: Assistência Multiprofissional a gestante adolescente
ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL: à saúde da puérpera e do recém nascido

PROJETOS DE EXTENSÃO 2014
ACOLHIMENTO: Uma ação assistencial para a qualidade no atendimento em saúde no HUAB.
Atenção multiprofissional à saúde da puérpera e do recém nascido
Desenvolvendo a ludicidade através do mundo digital no contexto hospitalar pediátrico
EDUCAR BRINCANDO: a educação no ambiente hospitalar
O CUIDADO ATRAVÉS DO ACOLHIMENTO: Humanizando a assistência aos usuários do HUAB.
Projeto A.M.A.R (Aleitamento Materno Com Amor e Responsabilidade)
Projeto Mãe Cidadã: Conhecimento e Cuidado Multiprofissional para Gestantes de Alto Risco

Projeto Mãe Cidadã: Educação e Cuidado Multiprofissional para Gestantes de Alto Risco
Projeto Qualidade De Vida - Saúde e Cidadania 2014
SORRISO DE CRIANÇA: Brincadeira no Ambiente Hospitalar Pediátrico

PROJETOS DE EXTENSÃO 2015
A ARTE DE PARTEJAR: PROMOVEDO O ACESSO AOS MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO
ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO: UMA AÇÃO COM ACOMPANHANTES DOS USUÁRIOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA
ACOLHIMENTO: QUALIFICANDO A ASSISTÊNCIA NO ATENDIMENTO EM SAÚDE NO HUAB
AMAMENTAR UM ATO DE AMOR
AMAR (ALEITAMENTO MATERNO COM AMOR E RESPONSABILIDADE)
BEM-VINDO À VIDA: FORTALECIMENTO DAS BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO
HUMANIZAÇÃO NO ACOLHIMENTO: QUALIFICANDO A ASSISTÊNCIA NO ATENDIMENTO EM SAÚDE NO HUAB
"I SEMANA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO HUAB- O CUIDADO SEGURO PARA O PACIENTE: UM DESAFIO DE TODOS!
PROJETO DE ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO PARA ACOMPANHANTES DOS USUÁRIOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA
PROJETO MÃE CIDADÃ: CONHECIMENTO E CUIDADO MULTIPROFISSIONAL PARA GESTANTES DE ALTO RISCO
PROJETO QUALIDADE DE VIDA - SAÚDE E CIDADANIA
SORRISO DE CRIANÇA: O BRINCAR COMO FORMA DE PROMOVER SAÚDE
VISITA ABERTA E DIREITO A ACOMPANHANTE: UMA AÇÃO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA EM SANTA CRUZ/RN
VISITA ABERTA NO HUAB: UM DIREITO EM DISCUSSÃO

ANEXO 4 – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO CONSOLIDADA

MP1 - NC1 - BAIXA ADESAO AO SISTEMA DE CONTRATAÇÃO EBSERH DIFICULTANDO A FIXAÇÃO DO PROFISSIONAIS MÉDICOS											
Macroproblema	Nº crítico	Resultados Esperados	Ações e atividades	Responsáveis	Potenciais Parceiros/ Parceiros a conquistar	Data Início	Data Fim	Prazo Total	Recursos Necessários	Indicadores de Qualidade (Resultado)	Meta
MP1	NC1	Maior fixação e adesão de médicos para cobertura da escada e maior resolutividade dos serviços assistencias do HUAB.	1. Viabilização dos serviços assistencias do HUAB	Cláudia (Superintendente)	PARCEIROS: Ministério Público, UFRN, SESAP, SMS Setor Jurídico EBSERH - Sede Hospitais da Rede Ebserh, Facisa, Ceres/ Multicampi e Articulador HUAB ----- PARCEIROS A CONQUISTAR: Ministério do Trabalho, outras categorias profissionais de saúde, cooperativas médicas.	02/01/16	31/12/16	12 meses	Financeiros, Cognitivos, Políticos e Organizacionais	1.Cobertura dos serviços médicos assistencias 24h/7. dias na semana. 2. % de realização da Contratualização com SUS.	1. Cobrir 100% das escalas médicas até dezembro de 2016. 2. Cumprir 100% da contratualização no segundo semestre de 2016.
			1a. Acionar o MP federal para garantia de um respaldo legal na execução da jornada de trabalho de 24h em caráter emergencial	Petrônio (Gerente de Atenção a Saúde)							
			1b. Formar grupo de trabalho para dar resolutividade a dificuldade de contratação de médicos para o HUAB	Petrônio (Gerente de Atenção a Saúde) Sonaira (Chefe de Divisão do Cuidado)							
			1c. Articular com demais HU's para a possibilidade de parceria e disponibilidade de médicos para o HUAB	Petrônio (Gerente de Atenção a Saúde) Sonaira (Chefe de Divisão do Cuidado)							
			1d. Provocar a discussão temática na sede para uma maior visibilidade, sensibilização e possível solução da problemática	Cláudia (Superintendente) Petrônio (Gerente de Atenção a Saúde)							
			1e. Fomentar a discussão do plantão 24h para médicos no ACT da EBSERH.	Cláudia (Superintendente) Petrônio (Gerente de Atenção a Saúde)							
			1f. Articular com a SESAP e a SMS dos Municípios para a viabilização de (re)alocações de recurso via PPI.	Cláudia (Superintendente) Petrônio (Gerente de Atenção a Saúde) Severino (Gerente Administrativo)							
			1g. Articulação com a UFRN para a viabilização de concurso para médicos. Sensibilização da reitora e equipe de gestão para necessidade de contratação de médicos e professores através de concurso público da UFRN	Cláudia (Superintendente) Petrônio (Gerente de Atenção a Saúde) Severino (Gerente Administrativo)							
			1h. Articulação com a SESAP para a cessão de profissionais, ou parte da sua CH para o HUAB	Cláudia (superintendente)Petrônio (Gerente de Atenção a Saúde) Sonaira (Chefe de Divisão do Cuidado)							
			1i Articular o aumento de CH dos médicos da EBSERH lotados em outros HU's para suprir a necessidade do HUAB	Cláudia (superintendente)Petrônio (Gerente de Atenção a Saúde) Sonaira (Chefe de Divisão do Cuidado)							
			1j. Abertura, em caráter emergencial, de processo seletivo para médicos em processo de formação ou com experiência.	Cláudia (superintendente)Petrônio (Gerente de Atenção a Saúde)							
			1k. Novo concurso para provimento de médicos	Cláudia (superintendente)Petrônio (Gerente de Atenção a Saúde)							
			1l. Articular discussão junto a EBSERH - SEDE, UFRN (Reitoria, FACISA e Multicampi) e SESAP para definição dos perfis assistencias frente a proposta de ampliação dos serviços do HUAB e possível criação de um novo HU na região.	Cláudia (superintendente)Petrônio (Gerente de Atenção a Saúde)							

MP1 - NC2 - NÃO VISUALIZAÇÃO DO HUAB COMO IMPORTANTE POLO DE FORMAÇÃO - ENSINO E PESQUISA												
Macroproblema	Nó crítico	Resultados Esperados	Ações e atividades	Responsáveis	Potenciais Parceiros	Data Início	Data Fim	Prazo Total	Recursos Necessários	Indicadores de Qualidade (Resultado)	Meta	
MP1	NC2	Destacar o HUAB como centro formador no cuidado materno-infantil, dando visibilidade as suas potencialidades nesse processo.	1-Fortalecimento da integração entre Universidade e hospital.	Simone, Flávia, Silvana (GEP) Siderlan (DivGP)	FACISA Faculdade de medicina Multicampi.	01/08/15	01/01/16	6 meses	Técnico, financeiro, Cognitivos, Políticos e Organizacionais	Nº de professores inseridos em capacitações internas e residências. Número de participação em reuniões nos conselhos; Número de participação nas reuniões de planejamento dos cursos de graduação	1. Prtipicar ativamente nas reuniões citadas	
			1a- Garantir assento para os gestores nos conselhos (CONFACIS, CONSEPE, etc), bem comodos docentes na GEP.									
			1b- Garantir a participação dos professores na formação dos residentes e funcionários do hospital.									
			1c- Planejar oficinas com os coordenadores de curso a fim de discutir a formação dos graduandos no âmbito hospitalar. 1d- Garantir a participação dos membros da GEP nas oficinas de planejamento de estágios e aulas práticas.									
			2-Incrementação das atividades de ensino e pesquisa do HUAB na RAS adequadas às necessidades locais e regionais de assistência e de formação.	Simone, Silvana, Sonaira, Joana Darc, Carlla, Sonaira e Tércia	SESAP, SMS, FACISA e Multicampi	01/10/15	01/10/16	1 ano	cognitivo, técnico, organizaciona e político	Nº de reuniões realizadas no ano / Nº de reuniões previstas) x 100. Nº de politicas prioritárias que o HU participa.	1- Participação ativa do GEP nas discussões e deliberações da contratualização do HUAB	
			2a- Garantir a participação dos membros da GEP na Comissão interna de Acompanhamento da Contratualização.									
			2b- Articulação com a Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESAP) a proposta do HUAB como polo formador para profissionais de saúde na assistência obstétrica baseada nas boas práticas.									
			2c- Inserir a proposta do HUAB enquanto centro formador na Rede Cegonha/ Estadual 2d- Articular junto a FACISA e Multicampi o fomento das atividades de ensino, pesquisa e extensão inseridas no HUAB.									
			3-Ampliação e consolidação dos cenários de prática no cuidado à mulher e à criança	Simone, Silvana e Flávia (GEP)	FACISA MULTICAMPI SMS SESAP MEJC HUOL PROAE	01/08/15	01/01/17	2 anos	financeiro, organizacional, técnico e cognitivo	Número de preceptores capacitados. -Documentos de avaliação da preceptoría validados e revisados. -Eixos teóricos ministrados e registrados no sistema acadêmico/UFRN. -Novos espaços físicos criados para atendimento da demanda, tais como, salas de estudo, repouso e outros. -Número de visitas de acompanhamento realizadas aos cenários de práticas. -Número de alunos de graduação recebidos. -Número de alunos de pós graduação lato sensu/stricto sensu recebidos.	1- Estabelecer a capacitação de 100% dos funcionários em atividades de preceptoría; 2- Aumento em mais de 50% o número de espaços físicos	
			3a- Promover /Articular cursos de capacitação em preceptoría em saúde, a fim de ter um quadro de profissionais comprometidos com o processo de educação em serviço.									
			3b- Reorganizar os eixos teóricos que são ministrados aos residentes médicos (saúde da família e pediatria) e residência multiprofissional, com vistas a promover o fortalecimento das residências do HUAB									
			3c- Implantar novos cenários de prática na perspectiva da média e alta complexidade									
			3d- Fortalecer os serviços ambulatoriais, de Vigilância em Saúde e Setor de Regulação									
			3e- Disponibilizar espaços físicos a fim de atender as demandas acadêmicas e de hotelaria dos professores, residentes e lunos de graduação e pós-graduação.									
			3f- Acompanhar sistematicamente as atividades de ensino (estágios, aulas práticas) realizadas no HUAB									
			3g- Repactuação entre as instituições de ensino e HUAB a fim de otimizar dias, horários e cenários das atividades.									
			4- Ampliação dos apoios matriciais entres os HU's (UFRN) para o fortalecimento da assistência, do ensino e da pesquisa no HUAB	Simone, Silvana, Flávia, Osvaldo e Quênia	FACISA, HUOL, MEJC E MULTICAMPI	01/08/15	01/01/17	2 anos	financeiro, organizacional, técnico e cognitivo	Σ (projetos interinstitucionais implantados no período) / Σ (projetos previstas no programa para o período) Total de atendimentos após a implantação das interações matriciais Contabilização das manifestações por tipo (reclamações, sugestões, elogios e solicitações)/ Total de manifestações	1- Implantar pelo menos três projetos institucionais nas linhas de cuidados do HUAB; 2- Aumento em pelo menos 50% nos atendimentos ambulatoriais e assistencias nas diferentes linhas de cuidados do HUAB	
			4a- Identificar atores da academia, internos e externos à universidade que insiram seus projetos no HUAB.									
			4b- Discutir estratégias para ampliar o apoio matricial diagnóstico e terapêutico favorecendo a mudança do perfil assistencial do HUAB.									
			4c- Organizar a estrutura e os treinamentos necessários para dar viabilidade ao apoios matriciais.									
4d- Articular projetos interinstitucionais com vistas a ampliação do escopo de atuação assistencial e o compartilhamento desses.												
4e- Monitorar a adesão.												

MP2 - NC3 - REDE LOGICA INCIPIENTE E EQUIPE LOCAL REDUZIDA E POUCO QUALIFICADA PARA IMPLANTAÇÃO DOS MÓDULOS AGHU

Macroproblema	Nº crítico	Resultados Esperados	Ações e atividades	Responsáveis	Potenciais Parceiros	Data Início	Data Fim	Prazo Total	Recursos Necessários	Indicadores de Qualidade (Resultado)	Meta
MP2	NC3	Garantir um melhor funcionamento do AGHU que possibilite incremento de novos módulos com vistas a redução de custos, ganho de produtividade, disponibilização de indicadores confiáveis e otimização dos controles dos processos.	1. Revisão da infra estrutura para o funcionamento do AGHU	Eduardo	DGPTI DAF-HUAB	01/01/16	31/12/17	24 meses	Financeiros, Cognitivos, Políticos e Organizacionais	1.Quantidade de chamados de suporte para o AGHU	1. Redução de chamados em 50% até 2017
			1a. Ativar a Subestação de energia elétrica								
			1b. Adquirir servidores e 80 computadores								
			1c. Implantar o Novo Data Center								
			1d. Organizar os racks e sw itches								
			1e. Implantar a política de segurança								
			1f. Realizar o cabeamento estruturado para a rede de informática do HUAB.								
			2. Implantação de novos módulos AGHU	Eduardo	Comissão de implantação do AGHU. SGPTI Lideranças HUAB	01/01/16	31/12/17	24 meses	Financeiros, Cognitivos, Políticos e Organizacionais	1.Quantidade de módulos implantados X Quantidade de módulos disponíveis	1. Implantação de módulos em 60% até 2017
			2a. Preparar um laboratório de treinamento								
			2b. Obter conhecimentos básicos junto a Sede e/ou HUs avançados								
			2c. Definir referências na equipe, formando grupos de acordo com o módulo em implantação								
			2d. Alinhar com a sede o planejamento de implantação de novos módulos								
			2e. Identificar Módulos de interesse / prioritários								
			2f. Monitorar o plano de ação do AGHU								

MP2 - NC4 - LINHAS DE CUIDADO AINDA EM CONSOLIDAÇÃO

Macroproblema	Nº crítico	Resultados Esperados	Ações e atividades	Responsáveis	Potenciais Parceiros / Parceiros a conquistar	Data Início	Data Fim	Prazo Total	Recursos Necessários	Indicadores de Qualidade (Resultado)	Meta		
MP2	NC4	Linhas de Cuidado consolidadas e funcionando com todos os serviços de forma plena.	1. Redefinição da sequência de atendimento em Linhas de Cuidado.		PARCEIROS: EBSEH - SEDE / UFRN / SESAP / SMS / V URSAP / CONTROLE SOCIAL / MEJC / HUOL						Linhas de cuidado atuando de forma integral em consonância com as necessidades assistenciais da região.		
			1a- Reavaliar o papel do HUAB na RAS baseado nas mudanças epidemiológicas da população e em novas demandas.	Petrônio (GAS)		01/01/16	31/12/16	1 ano	Técnico / Cognitivo / Organizativo / Político	-			
			1b- Identificar a necessidade de apoio matricial na realização de ajustes na RAS que ajudem a fortalecer as Linhas de Cuidado de Saúde da Mulher e da Criança	Petrônio (GAS) / Sonaira (DivGC) / Adriana (SATE) / Graça Carlos (SAD)		01/01/16	31/12/16	1 ano	Técnico / Cognitivo / Organizativo / Político	-			
			1c- Definir e implantar os processos de monitoramento e avaliação do funcionamento das Linhas de Cuidado	Petrônio (GAS) / Sonaira (DivGC)	01/01/16	31/12/16	1 ano	Técnico / Cognitivo / Organizativo	Cumprimento dos indicadores da rede cegonha				
			2. Construção, implantação e implementação dos protocolos clínicos, diretrizes e fluxogramas de atendimento nas Linhas de Cuidado.		PARCEIROS: EBSEH - SEDE / UFRN / SESAP / SMS / V URSAP ----- PARCEIROS A CONQUISTAR: PROFISSIONAIS DE SAÚDE (CORPORATIVISMO)								
			2a- Definir as equipes para a construção dos protocolos clínicos, diretrizes e fluxogramas	Petrônio (GAS) / Sonaira (DivGC)		01/01/16	31/12/17	2 anos	Técnico / Cognitivo / Organizativo	Equipes definidas e atuantes			
			2b- Definir os documentos prioritários para elaboração segundo a demanda assistencial	Petrônio (GAS) / Sonaira (DivGC)		01/01/16	31/12/17	2 anos	Técnico / Cognitivo / Organizativo	Documentos definidos para elaboração			
			2c- Implantar a rotina de elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares	Petrônio (GAS) / Cabral (Div Médica) / Sonaira (DivGC) / Quênia (DivEnf) / Adriana (SATE) / Graça Carlos (SAD)		01/01/16	31/12/17	2 anos	Técnico / Cognitivo / Organizativo	Elaboração de no mínimo 5 Projetos terapêuticos no mês			
			2d- Capacitar as equipes para execução dos protocolos e demais documentos.	Petrônio (GAS) / Sonaira (DivGC) / Tércia (UDP) / Lucélia (NEP)		01/01/16	31/12/17	2 anos	Técnico / Cognitivo / Organizativo	Equipe 100% capacitada			
			2e- Definir e implantar os processos de monitoramento e avaliação dos protocolos no cenário das Linhas de Cuidado.	Petrônio (GAS) / Sonaira (DivGC) / Tércia (UDP) / Lucélia (NEP)		01/01/16	31/12/17	2 anos	Técnico / Cognitivo / Organizativo	Processos de avaliação definidos e implantados			
			3. Promoção de educação permanente das equipes envolvidas nas Linhas de Cuidado.										
			3a- Articular com NEP-HUAB e com outras instituições a realização das diversas atividades de educação permanente.	Petrônio (GAS) / Sonaira (DivGC) / Tércia (UDP) / Lucélia (NEP)	01/01/16	31/12/17	2 anos	Técnico / Cognitivo / Organizativo	- Percentual de adesão dos profissionais de saúde às ações de educação permanente. - Realização de 30h an0-funcionário de atividades educativas.				
			4. Implementação do modelo e gestão por Linha de Cuidado no HUAB.										
			4a- Identificar e capacitar os gestores das linhas de cuidado	Petrônio (GAS) / Sonaira (DivGC) / Tércia (UDP) / Lucélia (NEP)	01/01/16	31/12/16	1 ano	Técnico / Cognitivo / Organizativo /	10% dos gestores identificados e treinados				
4b- Capacitar os demais gestores no apoio matricial as linhas de cuidado	Petrônio (GAS) / Sonaira (DivGC) / Adriana (SATE) / Graça (SAD) Tércia (UDP) / Lucélia (NEP)	01/01/16	31/12/16	1 ano	Técnico / Cognitivo / Organizativo	10% dos gestores identificados e treinados							
4c- Monitorar e avaliar a gestão através dos indicadores assistenciais	Petrônio (GAS) / Sonaira (DivGC)	01/01/16	31/12/16	1 ano	Técnico / Cognitivo / Organizativo	Cumprimento dos indicadores da rede cegonha							

MP2 - NC5 - FALTA DE ESPAÇO FÍSICO PARA EXPANDIR O HUAB

Macroproblema	Nó crítico	Resultados Esperados	Ações e atividades	Responsáveis	Potenciais Parceiros	Data Início	Data Fim	Prazo Total	Recursos Necessários	Indicadores de Qualidade (Resultado)	Meta
MP2	NC5	Estrutura física suficiente e adequada para atender de forma satisfatória as atuais e as novas demandas assistenciais, administrativas e acadêmicas.	1. Inserção da proposta de Reforma e Ampliação do HUAB no Plano Plurianual de Ação Governamental do Governo Federal	Cláudia Rubim (Superintendente)	Potenciais Parceiros: Bancada Parlamentar Federal, UFRN, Sesap/RN Prefeitura de Santa Cruz.	01/08/15	31/08/15	1 mês	Técnicos, Cognitivos, Políticos e Organizacionais	Proposta inserida no PPA	Proposta inserida no PPA
			1a. Submeter a proposta do Plano Diretor de Ampliação e Reformas ao Colegiado Executivo do HUAB.								
			1b. Submeter o Plano Diretor à aprovação da Presidência da EBSEH.								
			1c. Encaminhamento do pleito à bancada parlamentar federal do RN.								
			2. Apresentação o Plano Diretor de Ampliação e Reformas à comunidade do HUAB (Superintendência e Gerências, Colegiado Gestor, representantes das Unidades e FACISA).	Luiz Ricardo de Carvalho (SLH)	Potenciais Parceiros: Equipe Gestora do HUAB	01/02/16	01/06/15	6 meses	Técnicos, Cognitivos, Políticos e Organizacionais	Plano diretor de ampliação e reformas apresentado a comunidade do HUAB.	Plano Diretor de Ampliação e Reforma avaliado, adequado e aprovado pela comunidade do HUAB e colegiado Gestor.
			2a. Submeter a proposta do Plano Diretor de Ampliação e Reformas à comunidade em reunião conjunta.								
			2b. Discutir as propostas referentes às unidades com seus respectivos integrantes.								
			2c. Submeter a proposta do Plano Diretor ao Colegiado Gestor do HUAB para aprovação formal.	Cláudia Rubim (Superintendente)	Potenciais Parceiros: Bancada Parlamentar Federal, UFRN (FACISA E Multicampi), Prefeitura de Santa Cruz, Sesap/RN, EBSEH.	01/02/16	01/08/16	8 meses	Cognitivos, Políticos e Organizacionais	Estimativa de custo orçada tanto para elaboração do projeto, quanto para execução da obra..	Emenda parlamentar incluída no OGU
			3a. Elaborar estimativa de custos da obra para inserção no OGU.								
			3b. Articular a bancada para inserção de emenda parlamentar no OGU.								
			4. Elaboração dos projetos executivos e do orçamento, para posterior realização do processo licitatório	Luiz Ricardo de Carvalho (SLH)	Potenciais Parceiros: EBSEH/Sede Infraestrutura, SESAP/RN (SUV/ISA) Corpo de Bombeiros, IDEMA	01/07/16	01/07/17	12 meses	Financeiros, Técnico, Cognitivos e Organizacionais	Projetos Recebidos. Termo de Referência elaborado.	Projetos complementares prontos e recebidos. Licenças para execução dos projetos recebidos.
			4a. Viabilizar através da EBSEH/Sede a elaboração dos projetos complementares necessários à liberação dos recursos e licitação da obra.								
			4b. Aprovar os projetos nos órgãos competentes.								
			4c. Encaminhar dos projetos a Divisão Administrativa e Financeira do HUAB para elaboração do Termo de Referência e do Edital para licitação..								
			5. Pactuação com a comunidade interna e externa para a definição da execução das obras	Cláudia Rubim (Superintendente) e Severino (GAD)	Potenciais Parceiros: EBSEH/Sede, Gerências, UFRN Prefeitura de Santa Cruz, SESAP.	01/02/16	01/02/17	12 meses	Técnico, Cognitivos, Políticos e Organizacionais	Reuniões marcadas.	Atas das reuniões realizadas
			5a. Reunir servidores para apresentar o plano de execução da obra.								
			5b. Reunir instâncias representativas da comunidade de Santa Cruz para apresentar e pactuar as ações do plano de execução da obra.								
			5c. Trabalhar junto a SOST as melhores estratégias de execução das obras garantindo a manutenção da segurança para o trabalhador.	Luiz Ricardo de Carvalho (SLH)	Potenciais Parceiros: EBSEH/Sede/Infraestrutura, SESAP/RN (SUV/ISA)	01/02/16	31/12/17	23 meses	Técnico, Cognitivos, Políticos e Organizacionais		
			6. Adequação de infraestrutura física objetivando atenuar e/ou eliminar transtornos atuais e atender as demandas assistenciais e acadêmicas do HUAB.								
			6a. Elaboração dos projetos de obras de adequação da infraestrutura física								
			6b. Encaminhamento de projetos para aprovação junto aos órgão de controle em saúde								
			6c. Alocação de recursos junto a sede para a realização das obras de transição								
			6d. Realização da Licitação da obra.								
6e. Execução das obras de adequação:											
6f. Licitação para aquisição de equipamentos para as obras de adequação											
6g. Instalação de equipamentos hospitalares.											
6h. Treinamento de pessoal para uso dos equipamentos hospitalares.											

MP3 - NC6 - AUSENCIA DE UMA UNIDADE DE LICITAÇÃO PRÓPRIA

Macroproblema	Nó crítico	Resultados Esperados	Ações e atividades	Responsáveis	Potenciais Parceiros	Data Início	Data Fim	Prazo Total	Recursos Necessários	Indicadores de Qualidade (Resultado)	Meta	
MP3	NC6	Realização de processos licitatórios para atender as demandas do HUAB de forma mais eficiente e eficaz.	1. Criação da Unidade de Licitação		Potenciais Parceiros: Ebserh/SEDE Gerências Administrativas/DAF/DILH/UAbast/UAUF/UPat do HUOL e MEJC, Instituições federais do RN	01/01/16	01/08/16	8 meses	Técnico Político Cognitivo Organizativo	Unidade de Licitação incorporada ao Organograma do HUAB	-Pregões gerenciados pelo HUAB e homologados para aquisição de alimentos perecíveis, pão e leite, água mineral, locação de veículos, lavagem de veículos, serviço de manutenção de equipamentos do HUAB, serviço de calibração de equipamentos do HUAB, reagente e material laboratorial. - Pregões gerenciados pela HUAB e prontos para uso.	
			1a. Elencar os recursos necessários para composição e funcionamento da Unidade de Licitação, à saber: Espaço físico, recursos humanos, bens e serviços de TI, mobiliário.	Cláudio Bezerra Dantas (DAF)								
			1b. Elaborar e submeter a proposta à aprovação do Colegiado Gestor do HUAB.	Severino Clemente da Silva Filho(Gadm)								
			1c. Viabilizar os recursos solicitados para o funcionamento da Unidade.	Cláudia Rubim (Superintendente)Severino Clemente da Silva Filho(Gadm)								
			2. Implantação e implementação das atividades da Unidade de Licitação.		Potenciais Parceiros: Ebserh/SEDE, Gerências Administrativas/DAF/DILH/UAbast/UAUF/UPat do HUOL e MEJC, Unidade de Desenvolvimento de Pessoas	01/09/16	31/12/17	16 meses				
			2a. Padronizar equipamentos e insumos que necessitam ser licitados pelo HUAB.	Luiz Ricardo de Carvalho (SLH)								
			2b. Levantar os grupos de materiais, insumos, equipamentos e serviços a serem licitados em conjunto com HUOL, MEJC e EBSEH SEDE.	Maria da Guia (UnAbast)								
			2c. Levantar os grupos de materiais, insumos, equipamentos e serviços que necessitam ser licitados pelo HUAB.	Maria da Guia (UnAbast)								
			2d. Articular com HUOL, MEJC e outras instituições federais as atribuições de cada HU do RN para a realização dos pregões em conjunto.	larah Daniela (SEAD)								
			2e. Elaborar os Termos de Referência e Projetos Básicos para futuras licitações que atendam às necessidades peculiares do HUAB.	Unidade de Licitação								
			2f. Dar condições técnicas e humanas a Unidade de Apoio Operacional para prestar o suporte necessário na pesquisa de preços da fase interna dos processos de licitação e elaborar rotinas que permitam a integração das unidades envolvidas.	Severino Clemente da Silva Filho(Gadm)								
			2g. Articular junto as Unidades de Licitação MEJC, HUOL, UFRN e EBSEH/Sede capacitação para os funcionários da Unidade de Licitação HUAB.	Tércia Lêda(UDPe)								
			2h. Elaborar o Manual de Normas e Rotinas da Unidade de Licitação/HUAB e elaborar e divulgar os protocolos operacionais de solicitação e realização de licitação pelo HUAB.	Cláudio Bezerra Dantas (DAF)								
			2i. Estabelecer e divulgar o cronograma com a programação das compras de bens e serviços locais e com as compras de bens e serviços compartilhados com os demais HUs do RN.	Unidade de Licitação								

MP3 - NC7 - PLANO DE CAPACITAÇÃO PARA GERENTES, LIDERANÇAS E EQUIPES AINDA EM CONSTRUÇÃO

Macroproblema	Nó crítico	Resultados Esperados	Ações e atividades	Responsáveis	Potenciais Parceiros	Data Início	Data Fim	Prazo Total	Recursos Necessários	Indicadores de Qualidade (Resultado)	Meta
MP3	NC7	Manter o PDC atualizado promovendo ações de capacitação contínuas e permanentes direcionadas ao desenvolvimento profissional, de maneira a qualificar e elevar o desempenho técnico do hospital, alinhado a seus objetivos estratégicos e ao favorecimento da qualidade de vida no trabalho.	1- Implantação e implementação do Plano de Desenvolvimento de Competências	UDP (Jéssica e Tercia) GA - Junior GEP - Simone GAS - Dr Petronio	Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi - FACISA/UFRN Hospital Universitário Onofre Lopes - HUOL/EBSERH Maternidade Escola Januário Cicco - MEJEC/EBSERH EBSERH/SEDE Escola de Administração Fazendária - ESAF Escola Nacional de Administração Pública - ENAP Secretaria de Estado de Saúde Pública - SESAP/RN Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia - Santa Cruz.	01/01/2016	01/12/2017	Renovação anual até 2017	Financeiro, organizacional, técnico e cognitivo	Σ (avaliações favoráveis do treinamento) / Σ (avaliações realizadas do treinamento)	Satisfação de 90% dos profissionais capacitados
			1a- Atualização do PDC com as lideranças e suas equipes do								
			1b- Pactuação do PDC com a Superintendência e sua governança.								
			1c- Submeter o Plano de Desenvolvimento de Competências (PDC) atualizado do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) a EBSERH/SEDE para a aprovação								
			1d- Monitoramento do PDC com avaliação contínua dos seus	UDP (Jéssica e Tercia) Divisão de Enfermagem (Quenia e Osvaldo)					Σ (treinamentos assistenciais e administrativos) / Σ (treinamentos planejados)	Realização de 90% dos treinamentos planejados	
			2- Implantação do programa de educação permanente								
			2a- Definir coordenador responsável pelo núcleo de educação								
			2b- Definir público alvo, temáticas a serem trabalhadas, facilitadores, cronograma de treinamento:								
			2c- Aplicar pesquisas de satisfação e aprimorar programa de educação permanente			01/08/2015	01/12/2015	05 meses		Σ (horas-homem em treinamento realizado) / Σ (horas-homem treinamento planejado)	- Implantação de PDC em 90% - 20 horas-homem treinado por semestre
			2d- Inserir o Programa de Educação Permanente do PDC da instituição								

MP3 - NC8 - FALTA DE UMA POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL EFETIVA

Macroproblema	Nó crítico	Resultados Esperados	Ações e atividades	Responsáveis	Potenciais Parceiros	Data Início	Data Fim	Prazo Total	Recursos Necessários	Indicadores de Qualidade (Resultado)	Meta
MP3	NC8	Informações transmitidas sem dificuldade e de forma efetiva entre os diversos setores do hospital e externamente a ele, seguindo os fluxos da política de comunicação interna.	1- Implementação da política e construção de fluxos de comunicação para toda a instituição	Simone, Flávia, Silvana e Danilo Siderlan	EBSERH-SEDE	01/08/15	01/10/15	3 meses	Cognitivos, Políticos e Organizacionais	1- % de pessoas e setores envolvidos 2- N° de prioridades definidas 3- % de fluxos de comunicação implementados 4-Σ (ações implantadas no período) / Σ (ações previstas no programa para o período)	1. Fluxo de comunicação implementados e consolidados; 2. Minimizar as formas de comunicação informal no âmbito do HU; 3. Ampliar a comunicação das mudanças relacionadas aos processos de trabalho e outros;
			1a- - Criar um GT de comunicação do HUAB.								
			1b- Identificar os atores interessados na participação no GT;								
			1c- Mapear as estruturas e os processos definidos como prioritários ;								
			1d- Sistematizar o acompanhamento e o controle do processo definidos .								
			1e- - Instituir mecanismo de revisão periódica para os processos trabalhados								
			3- Identificação adequada das diferentes áreas e dos atores inseridos no Hospital	GAS e Infraestrutura (Sonaira, Adriana, Denise, Severino Junior, Suely e Luiz Ricardo)		01/08/15	01/01/16	6 meses	Financeiro, organizacional, técnico e cognitivo	Contabilização do número de respondentes que indicaram o nível 'Satisfeito' na escala definida em relação à sinalização dentro do Hospital / Total de respondentes	1- Garantir que sejam identificadas e sinalizadas todas as áreas de fluxo de paciente; 2- Garantir a institucionalização dos orientadores de fluxo na instituição; 3- Que 100% dos seus funcionários trabalhem com a identificação mínima
			3a- Definir e implementar mecanismos de sinalização dentro das instalações do Hospital;								
			3b- Articular o exercício de sinalização e identificação das áreas do hospital com a área de Gestão de Obras; e								
			3c- Assegurar que seja efetuada a comunicação de alterações e deslocamentos de áreas para outros espaços físicos a todos os trabalhadores e usuários impactados.								
			3d- Identificar com crachá e/ou outros mecanismos os visitantes, funcionários, acadêmicos, professores, acompanhantes e demais atores;								
			3e- Instituir os orientadores de fluxo interno;								
4- Disponibilização de materiais informativos institucionais nos setores	Tércia, Osvaldo, Jéssica, Simone, Quênia, Adriana, Sonaira e Carla	01/08/15	01/01/16	6 meses	financeiro, organizacional, técnico e cognitivo	Contabilização do número de respondentes que indicaram o nível 'Satisfeito' na escala definida em relação às informações institucionais disponibilizadas nos setores / Total de respondentes % de materiais produzidos, aprovados e institucionalizados	1- materiais informativos disponibilizados de maneira correta; 2- 100% dos setores com espaços informacionais adequados				
4a- Inserir quadro de avisos nos setores											
4b- Definir formalmente os conteúdos a serem inseridos nos manuais, site, boletins informativos e panfletos											
4c- Desenvolver materiais informativos assegurando a participação da área de Gestão da Comunicação (ou equivalente);											
4d- Definir os locais de disponibilização dos materiais informativos, considerando-se o público-alvo											
4e- Revisar e avaliar periodicamente os materiais informativos para identificar necessidades de atualização.											

MP3 - NC9 - PERFIL DE BAIXA COMPLEXIDADE DO HUAB

Macroproblema	Nó crítico	Resultados Esperados	Ações e atividades	Responsáveis	Potenciais Parceiros/ Parceiros a Conquistar	Data Início	Data Fim	Prazo Total	Recursos Necessários	Indicadores de Qualidade (Resultado)	Meta
MP3	NC9	Aumentar a complexidade a fim de atender as demandas assistenciais e acadêmicas	1. Viabilização do funcionamento da UTI-NEONATAL.								
			1a- Pactuar com os gestores de saúde e equipe assistencial interna a inauguração da UTI	Cláudia (Superintendência) / Petrónio (GAS) / Severino (GAD) / Simone (GEP)	Potenciais Parceiros: UFRN/FACISA, SESAP, SMS, Setor de Infraestrutura HUAB, SINF/UFRN, PROAD/UFRN, Unidade de Licitação - MEJC e HUOL, CR, SMS, CMS, CIR, CIB, estudantes e residentes. Parceiros a conquistar: corpo técnico; corporações.	01/01/16	31/12/16	1 ano	Técnico / Cognitivo / Organizativo / Político	Gestores e equipe assistencial interna sensibilizada	
			1b- Finalizar a estrutura física, equipamentos, insumos e pessoas para a UTI	Junior (GAD) / Luiz Ricardo (SINF) / Petrónio (GAS) / Siderlan (DivGP)		01/01/16	31/12/16	1 ano	Técnico / Cognitivo / Organizativo / Político / Financeiro	Obras finalizadas / 100% de equipamentos comprados / 100% dos insumos disponibilizados / Equipe assistencial 100% completa	
			1c- Habilitar 10 leitos de UTI no CNES	Pretrônio (GAS)		01/01/16	31/12/16	1 ano	Técnico / Cognitivo / Organizativo / Político	Leitos de UTI habilitados	
			1d- Capacitar os profissionais e elaborar os protocolos	Petrônio (GAS) / Tércia (UDP) / Lucélia (NEP)	MEJC - HUOL - SESAP - EBSERH/Sede - DivGP - GEP	01/01/16	31/12/17	2 anos	Técnico / Cognitivo / Organizativo	Protocolos elaborados / Equipe 100% treinada de capacitada	
			1e- Mobilizar a FACISA e Coordenação do Curso de Medicina (Multicampi) como importantes atores para a defesa do aumento da complexidade.	Cláudia (Superintendência) / Petrónio (GAS) / Severino (GAD) / Simone (GEP)	UFRN - ESTUDANTES - RESIDENTES	01/01/16	31/12/17	2 anos	Técnico / Cognitivo / Organizativo / Político	-	
			2. Ampliação quantitativa e qualitativa de procedimentos ambulatoriais.								
			2a- Elaborar uma proposta de reorganização e ampliação baseada na epidemiologia regional já identificando as necessidades de ajustes na estrutura física, na compra de insumos e no dimensionamento de pessoas.	Pretrônio (GAS)	UFRN/FACISA - SESAP - SMS - HUAB (corpo técnico, estudantes e residentes)	01/01/16	30/06/16	06 meses	Técnico / Cognitivo / Organizativo	Proposta elaborada para apresentação	
			2b- Pactuar com os gestores de saúde e equipe assistencial interna a reorganização e ampliação dos ambulatorios.	Cláudia (Superintendência) / Petrónio (GAS) / Severino (GAD) / Simone (GEP)	UFRN/FACISA - SESAP - SMS - HUAB (corpo técnico, estudantes e residentes)	01/01/16	31/12/16	1 ano	Técnico / Cognitivo / Organizativo / Político	Gestores e equipe assistencial interna sensibilizada	
			2c- Capacitar os profissionais e elaborar os protocolos	Petrônio (GAS) / Tércia (UDP) / Lucélia (NEP)	MEJC - HUOL - SESAP - EBSERH/Sede - DivGP - GEP	01/01/16	31/12/17	2 anos	Técnico / Cognitivo / Organizativo	Protocolos elaborados / Equipe 100% treinada de capacitada	
			2d- Mobilizar a FACISA e Coordenação do Curso de Medicina (Multicampi) como importantes atores para a defesa do aumento da complexidade	Cláudia (Superintendência) / Petrónio (GAS) / Severino (GAD) / Simone (GEP)	UFRN - ESTUDANTES - RESIDENTES	01/01/16	31/12/17	2 anos	Técnico / Cognitivo / Organizativo / Político	-	
			3. Ampliação quantitativa e qualitativa de procedimentos cirúrgicos.								
			3a- Elaborar uma proposta de reorganização e ampliação baseada na epidemiologia regional já identificando as necessidades de ajustes na estrutura física, na compra de insumos e no dimensionamento de pessoas.	Pretrônio (GAS)	UFRN/FACISA - SESAP - SMS - HUAB (corpo técnico, estudantes e residentes)	01/01/16	30/06/16	06 meses	Técnico / Cognitivo / Organizativo	Proposta elaborada para apresentação	
			3b- Pactuar com os gestores de saúde e equipe assistencial interna a ampliação e reorganização das cirurgias	Cláudia (Superintendência) / Petrónio (GAS) / Severino (GAD) / Simone (GEP)	UFRN/FACISA - SESAP - SMS - HUAB (corpo técnico, estudantes e residentes)	01/01/16	31/12/16	1 ano	Técnico / Cognitivo / Organizativo / Político	Gestores e equipe assistencial interna sensibilizada	
			3c- Capacitar os profissionais e elaborar os protocolos	Petrônio (GAS) / Tércia (UDP) / Lucélia (NEP)	MEJC - HUOL - SESAP - EBSERH/Sede - DivGP - GEP	01/01/16	31/12/17	2 anos	Técnico / Cognitivo / Organizativo	Protocolos elaborados / Equipe 100% treinada de capacitada	
3d- Mobilizar a FACISA e Coordenação do Curso de Medicina (Multicampi) como importantes atores para a defesa do aumento da complexidade.	Cláudia (Superintendência) / Petrónio (GAS) / Severino (GAD) / Simone (GEP)	UFRN - ESTUDANTES - RESIDENTES	01/01/16	31/12/17	2 anos	Técnico / Cognitivo / Organizativo / Político	-				