

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITARIO ALCIDES CARNEIRO



PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO
2017 - 2018

Campina Grande
2016

MINISTRO DA EDUCAÇÃO

José Mendonça Filho

REITOR DA UFCG

José Edilson de Amorim

PRESIDENTE DA EBSERH

Kleber de Melo Morais

SUPERINTENDENTE DO HUAC

Homero Gustavo C. Rodrigues

**EQUIPE DO CURSO DE GESTÃO DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS
CONVÊNIO EBSERH – IEP/SÍRIO LIBANES**

Daisy Ferreira Ribeiro
Cândida Cavalcante Diniz
Consuelo Padilha Vilar Salvador
Homero Gustavo Correia Rodrigues
Joelma Alexandre Farias
Maria do Socorro de Araújo Campos
Mabel Kalina Franca Paz
Neuma Sobreira Leda
Paulo de Freitas Monteiro

Facilitador: Ronaldo Queiroz

Co-facilitador: Naiade Festa Freitas

PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO

**HOSPITAL UNIVERSITARIO ALCIDES CARNEIRO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES**



**HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS**

RESUMO

O Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) é uma unidade hospitalar inaugurada em 1950. Ao longo dessas quase sete décadas passou por três vinculações administrativas (IPASE, INAMPS e UFPB). Atualmente é vinculado à Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e sob gestão especial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), desde dezembro de 2015.

A EBSERH, por sua vez, através de convênio com o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês (IEP/HSL) possibilitou nove profissionais do HUAC participarem do Curso de Gestão de Hospitais Universitários Federais. O curso, conduzido através de metodologias ativas, permitiu aos participantes a ampliação de conhecimentos na área de gestão, assistência e educação em saúde, cujo resultado traduz-se através de uma proposta de Plano Diretor Estratégico (PDE) para período 2017-2018, objetivando tornar o HUAC uma unidade prestadora de serviços de saúde mais qualificada para o cumprimento do seu papel social.

O PDE foi elaborado com a utilização de ferramentas de planejamento, com a participação da governança do HUAC, equipe ampliada (coordenadores de setores e chefias de serviços) e facilitadores do IEL/SL, resultando inicialmente em um diagnóstico situacional e subsequente identificação de dois macroproblemas que comprometem sobremaneira o funcionamento do HUAC: gestão hospitalar e gestão da clínica.

Os macroproblemas foram explorados à exaustão, fazendo emergir os nós críticos que concorrem para a pouca eficiência dos serviços prestados pelo HUAC. A proposta de enfrentamento destes problemas críticos expressa-se através de um plano de ação, incluindo a viabilidade, formas de acompanhamento e monitoramento da execução, que busca fundamentalmente viabilizar a cultura da humanização na instituição, definição de canais e processos de comunicação e de trabalho, incentivo às práticas que promovam qualidade de vida no trabalho e o desenvolvimento de inovações tecnológicas.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO:

O Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) está localizado em Campina Grande – Estado da Paraíba. Situada no dorso granítico da Serra da Borborema, a cidade de Campina Grande, é provavelmente a cidade do interior do Nordeste que apresenta os maiores índices de desenvolvimento.

Figura 1 – Vista Panorâmica de Campina Grande



Fonte: @CampinaG.Fotos

Tem uma área física de 621 km² e, de acordo com estimativas de 2014, sua população é de 402 912 habitantes, sendo a segunda cidade mais populosa da Paraíba, e sua região metropolitana, formada por dezenove municípios, possui uma população estimada em 630 788 habitantes.

Figura 2 – Campina Grande e Região metropolitana



Campina Grande foi emancipada em 1864 e sua vitalidade econômica e cultural tem sido um estímulo para a fixação de um grande contingente populacional que encontra na cidade o ambiente e as condições concretas para a realização dos empreendimentos mais variados. É conhecida por ser um importante pólo educacional, comercial, têxtil, de couros e calçados, e, mais recentemente, de turismo através dos eventos religiosos que ocorrem durante o carnaval, festival de inverno e o “Maior São João do Mundo”.

As principais atividades estão ligadas à extração mineral, culturas agrícolas, pecuária, indústrias de transformação, de beneficiamento, de softwares, comércio varejista e atacadista. Também possui o segundo maior PIB entre os municípios paraibanos, representando 15,63% do total das riquezas produzidas na Paraíba.

É sede da Federação das Indústrias do Estado, do Parque Tecnológico da Paraíba, da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Campina Grande é um dos 74 polos tecnológicos do país, mapeados pela Associação Nacional de Entidades Promotoras de Empreendimentos Inovadores (ANPROTECA). Possui uma centena de empresas de Tecnologia da Informação e o maior número proporcional de doutores do Brasil - 600. Nos últimos anos, o setor alavancou para 43 países as exportações de software e hardware, que vão de bancos de dados de alta complexidade às mais simples recicladoras de cartuchos.

A cidade encontra-se a 120 km da capital do estado, João Pessoa, e é cortada por três importantes rodovias federais: BR 104 - BR 412 - BR 230. Por sua localização privilegiada exerce grande influência econômica sobre mais de 100 municípios, da Paraíba e de estados vizinhos.

Figura 3 – Contextualização geográfica de Campina Grande



Em 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Campina Grande foi de 0,720, o 2º melhor do estado da Paraíba e 1301º entre os 5565 municípios do País.

A pirâmide populacional mostra que as mulheres representam 52,7% da população e nos últimos 10 anos houve uma diminuição da faixa etária entre 0 e 19 anos, devido à queda na taxa de fecundidade.

A Esperança de Vida ao Nascer na Paraíba, em 2010, era de 70,1 anos (DATASUS – 2010). A Paraíba é o estado com maior proporção de idosos e maiores índices de envelhecimento entre os estados nordestinos, demandando, por consequência, ações voltadas para o atendimento de doenças crônicas e incapacitantes. Na Paraíba a razão de dependência é uma das maiores do nordeste.

Tabela I - INDICADORES DEMOGRÁFICOS DA PARAIBA (DATASUS – 2012)

INDICADOR	PARAIBA	NORDESTE
Taxa de Crescimento da População	2000-2010 (0,90) 2010-2012 (0,64)	2000-2010 (1,07) 2010-2012 (0,77)
Proporção (%) da População Urbana	75,3	73,9
Proporção de menores de 5 anos	7,7	8,0
Proporção de idosos na População	12,0	10,3
Índice de Envelhecimento	47,3	38,6
Razão de Dependência	59,4	58,3
Taxa de Mortalidade Bruta	6,1	6,9

Fonte: DATASUS

Apesar da pujança econômica, Campina Grande também se insere no cenário de desigualdades sociais do estado e do nordeste, representada pela elevada taxa de analfabetismo, baixa renda *per capita* e ocorrência de trabalho infantil, por conseguinte, convivendo com questões relacionadas com o subdesenvolvimento e más condições de vida.

Tabela II - INDICADORES SÓCIO-ECONÔMICOS DA PARAIBA (DATASUS – 2010)

INDICADOR	PARAIBA	NORDESTE
Taxa de Analfabetismo	21,38	18,54
Proporção de pessoas de baixa renda	54,77	56,10
Renda Média Domiciliar <i>per capita</i>	462,29	462,29
Taxa de Trabalho Infantil	10,21	10,21

Fonte: DATASUS

Obs.: O salário mínimo em 2010 era de R\$ 510,00

A mortalidade Infantil encontra-se acima da média nacional. Em 2011, as principais causas de mortalidade foram doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas. Nos óbitos por causas externas destaque para os homicídios, que alcançaram 42,6/100.000, predominantemente entre 15 e 49 anos. A Hanseníase (18,4/100.000), AIDS (11,14/100.000), Tuberculose (30,06/100.000), Dengue (225/100.000), entre outras, também alcançam incidências preocupantes. (DATASUS – 2012)

Tabela III - INDICADORES DE MORTALIDADE DA PARAIBA (DATASUS – 2011)

INDICADOR	PARAIBA	NORDESTE
Taxa de Mortalidade Infantil	17,5	18,0
Óbitos por causas mal definidas	8,7	8,3

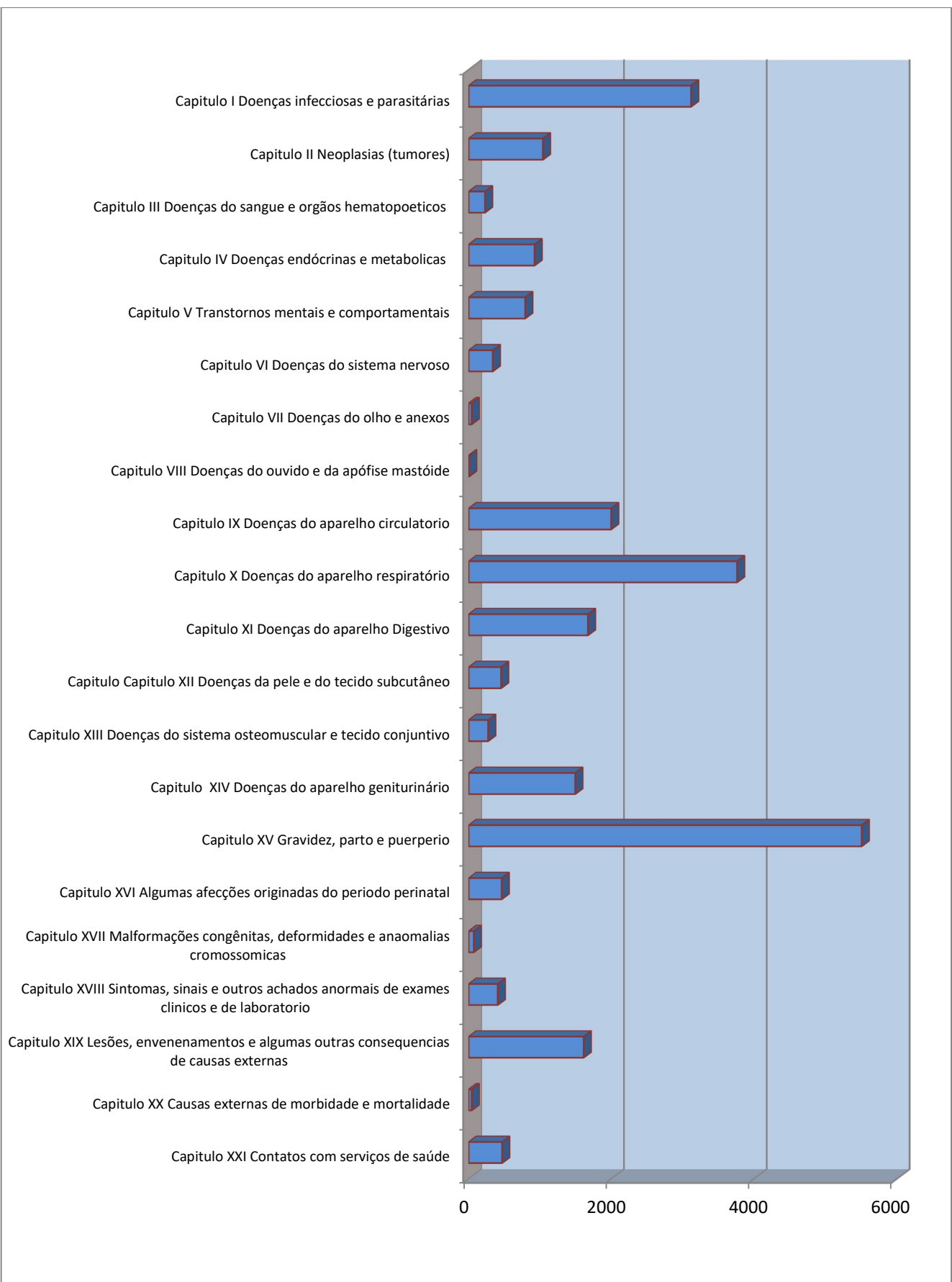
Fonte: DATASUS

Tabela IV - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS (DATASUS – 2011)

Unidade da Federação	Doenças infecciosas e parasitárias	Neoplasias	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho respiratório	Afecções originadas no período perinatal	Causas externas	Demais causas definidas
NORDESTE	4,58	13,96	31,05	9,65	2,85	15,89	22,03
Paraíba	3,53	14,15	33,83	9,29	2,23	13,63	23,3

Fonte: DATASUS

Em relação à morbidade hospitalar (**Gráfico I**) houve uma predominância das internações relacionadas à gravidez, parto e puerpério, representando 22,27%. As doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 15,2%, 12,6% e 8% do total de internações, respectivamente.



Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIH – 2013

O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) divulgado pelo Ministério da Saúde em 2012, que avaliou o acesso e a qualidade dos serviços em todo o Brasil em relação aos diferentes níveis de atenção do SUS (básica, especializada ambulatorial e hospitalar e de urgência e emergência) entre os anos de 2008 e 2010, atribuiu a Campina Grande a nota 5,3 numa escala de 0 – 10.

Campina Grande tem gestão plena de saúde e é sede do Terceiro Núcleo Regional de Saúde (NRS), unidade da divisão geopolítica administrativa estadual, constituindo-se numa macrorregional de saúde que congrega 70 municípios, sendo referência para os serviços de saúde, ainda, para os estados de Pernambuco e Rio Grande do Norte. O município segue as normas emanadas pelo Pacto pela Saúde 2006, portaria nº. 399/GM, do MS, de 22 de fevereiro de 2006.

Possui uma rede de serviços de atenção básica de saúde organizada em 6 (seis) Distritos Sanitários. No município de Campina Grande-PB, o PSF foi implantado em 1994, compondo, com mais 13 municípios, as experiências pioneiras institucionalizadas pelo Ministério da Saúde. Atualmente estão implantadas 98 equipes de saúde da família distribuídas em 70 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), onde a cobertura de atendimento atinge 84,9% da população.

Tabela V - ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SUS – CAMPINA GRANDE (2008-2011)

GRUPO	INDICADOR	NOTA	RESULTADO	PARÂMETRO
Atenção Básica - ACESSO POTENCIAL OU OBTIDO	Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde	7.86	78.62%	100%
	Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal	8.37	41.85%	50%
	Proporção nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	6.18	55.66%	90%
Usados para pontuação de acréscimo à Proporção nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	Proporção nascidos vivos de mães com 4 a 6 consultas de pré-natal	0.72	26.89%	-
	Proporção nascidos vivos de mães com 1 a 3 consultas de pré-natal	0.03	6.95%	-
Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade - ACESSO OBTIDO	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população da mesma faixa etária (nº ex p/ mulheres)	5.07	45.65	90 exames para cada 100 mulheres em 3 anos
	Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária (nº ex p/ 100 mulheres)	2.94	20.60	70 exames para cada 100 mulheres em 2 anos
	Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente (nº ex p/100 hab.)	1.99	0.52	2,6 proc./100 hab. ano
	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente (nº int. p/ 100 hab.)	7.11	4.48	6,3 int./100 hab. ano
Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade, Referência de Média e Alta Complexidade e Urgência e Emergência - ACESSO OBTIDO.	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente (nº ex p/100 hab.)	3.47	2.71	7,8 proc./100 hab. ano
	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente (nº ex p/1000 hab.)	3.16	1.99	6,3 int./1000 hab. ano
	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente	6.81	47.65%	70%
	Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes	10.00	1.26%	0,90%
	Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes	1.50	0.18%	1,17%
	Proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes	10.00	1.26%	0,72%
	Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes	3.23	0.37%	1,14%
Atenção Básica - Efetividade	Proporção de Internações Sensíveis a Atenção Básica - ISAB	8.95	31.94%	28%
	Taxa de Incidência de Sífilis Congênita (p/ 1000 nasc)	5.71	1.75	1 p/mil nasc. ano
	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	7.26	61.73%	85%
	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase	9.20	82.80%	90%
	Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano	10.00	95.66%	95%
	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada (nº residente p/ 100 p/ mês)	0.41	0.33	8 hab. / 100 hab. ano
	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	5.78	13.85%	8%
Média e Alta Complexidade, urgência e emergência – Efetividade.	Proporção de Parto Normal	6.75	47.23%	70%
	Proporção de óbitos em menores de 15 anos nas UTI	9.30	10.76%	10%
	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)	4.91	20.38%	10%

Fonte: DATASUS

Tabela VI – REDE FÍSICA PÚBLICA E PRIVADA PRESTADORA DE SERVIÇOS AO SUS

ESTABELECIMENTO	TOTAL	TIPO DE GESTÃO		
		MUNICIPAL	ESTADUAL	FEDERAL
Centro de Regulação de serviços de saúde	1	1		
Centro de Atenção hematológica e hemoterapia	1		1	
Centro de Atenção Psicossocial	5	5		
Centro de Saúde/Unidade Básica	78	76	2	
Clínica/centro especializado	19	19		
Consultório isolado	29	29		
Cooperativa	1	1		
Farmácia	1		1	
Hospital especializado	8	8		
Hospital Geral	8	7		1
Hospital /dia isolado	3	3		
Laboratório Central de Saúde Pública	1		1	
Policlínica	4	2	2	
Posto de Saúde	7	7		
Pronto Atendimento	1	1		
Pronto Socorro Especializado	1	1		
Secretaria de Saúde	1	1		
Unidade de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT isolado)	33	33		
Unidade de Vigilância em Saúde	3	3		
Unidade Mista	2	1		1
Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência	18	18		
Unidade móvel terrestre	2	2		

Fonte: CNES

O Plano Municipal de Saúde de Campina Grande para o quadriênio 2014-2017 estabelece os seguintes objetivos:

- a) Fortalecer a implantação de programas e potencializar as ações de qualificação, monitoramento e avaliação na Estratégia de Saúde da Família;
- b) Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e do colo do útero;
- c) Fortalecer o cuidado a saúde, em todos os níveis de atenção, às populações de maior vulnerabilidade;
- d) Melhorar as condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção;
- e) Fomentar a ampliação das ações em vigilância alimentar e nutricional;
- f) Estimular a ampliação das ações dos serviços de saúde bucal da ESF;
- g) Operacionalizar todos os serviços e programas da rede de média e alta complexidade, por meio do pronto custeio, recursos humanos e investimentos necessários, com ampliação do acesso da população aos serviços de saúde destes níveis de atenção;
- h) Fortalecer a rede hierarquizada de reabilitação do município;
- i) Programar a Rede de Atenção às Urgências.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO

Cumpre-nos inicialmente um breve registro sobre o patrono desta casa hospitalar – Alcides Vieira Carneiro.

Nasceu em Princesa Isabel – PB, em 11 de junho de 1906. Iniciou o curso de Direito na capital cearense, mas bacharelou-se no Recife, em 1926.

Dentre outras atribuições foi Procurador da República, no Estado de Espírito Santo; Oficial de Gabinete do Ministro da Educação; Consultor Jurídico do Ministério da Educação e Advogado da Polícia Militar, no Rio de Janeiro; Curador de Massas Falidas, no Rio de Janeiro. Exerceu, ainda, as Curadorias de Menores e de Família e Procurador de Justiça; Presidente do IPASE. Quando faleceu, era Ministro do Superior Tribunal Militar e Presidente da Campanha Nacional das Escolas da Comunidade.

Foi como Presidente do IPASE, de 1947 a 1951 que deixou sua grande marca como administrador público. Uma de suas principais obras foi o Hospital Alcides Carneiro, em Campina Grande, que hoje é o **Hospital Universitário Alcides Carneiro**.

Além de advogado e político, Alcides Carneiro era, acima de tudo, um grande orador, seus discursos sensibilizavam qualquer público. Era também, poeta e trovador. Membro da Academia Carioca de Letras, Delegado da Academia Paraibana de Letras, junto à Federação das Academias Brasileiras de Letras do Brasil.

São celebres algumas de suas frases (*):

Numa carta ao Professor OSCAR DE CASTRO: “Incursionei na política, onde os homens me ensinaram os caminhos do inferno e o estilo do diabo. Aprendi depressa, mas depressa enjoei. Ela não é, senão para muito poucos, a arte humana de trabalhar pelos outros. De qualquer forma, para se vencer politicamente, é preciso enganar muito e mentir outro tanto. No começo, há engulhos. Depois o estomago aceita. A natureza é sabia e os homens, sabidos”.

(*) selecionadas a partir do Blog “Tempos do imaginário”

Sobre a tortura sertaneja sob o flagelo das secas “Cadáveres sem conta pontilham já as estradas empoeiradas e mostram os dentes ao sol num derradeiro protesto; e não lhes dão sequer uma cova por piedade, pois os que morrem de fome e de sede pouco têm o que enterrar, mesmo porque o coveiro piedoso é menos apressado do que o corvo voraz. ”

Na inauguração do Hospital do IPASE no Rio de Janeiro, ele disse: “Esta é uma casa que por infelicidade se procura, mas por felicidade se encontra”.

Sobre Campina Grande “Um dia afirmei, em fervorosa exaltação, que Deus fez a Paraíba com o braço e Campina Grande com o coração. ”

Sobre a Paraíba “Paraíba, a terra que se fez tão pequenina para não parecer tão grande e se fez tão grande para se vingar de ser tão pequenina”

“Meus senhores, meus conterrâneos. Não recordemos mais. Recordar não é viver, porque recordar é viver de lembrança, e viver de lembrança é morrer de saudade”

“Balzac definia a teimosia como a persistência dos tolos. Gandhi provou que a persistência é a teimosia dos sábios. ”

“Retire-se do mundo a liberdade e o mundo continuará vivendo com os seus grilhões. Varra-se da face da terra a luz do pensamento e a humanidade se acostumará à escuridão. Mas, desapareça da face do planeta a justiça e tudo afundará na voragem apocalíptica da destruição e da morte. ”

Faleceu em Brasília – DF, em 22 de maio de 1976 em consequência da ruptura de um aneurisma da aorta abdominal durante jantar de despedida do STM – Superior Tribunal Militar, que lhe era oferecido por motivo de sua aposentadoria.

O Hospital Regional Alcides Carneiro (HRAC) foi inaugurado em 20 de dezembro de 1950 com a finalidade de prestar assistência médica aos funcionários públicos federais, vinculados ao Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado (IPASE).

Foto do HUAC no início do funcionamento



Fonte: Retalhos Históricos de Campina Grande

Desde sua fundação, o Hospital Regional Alcides Carneiro tornou-se centro de referência em ensino e assistência médica no Nordeste. De acordo com um estudo, realizado em Campina Grande em 1963, pela Academia Brasileira de Administração Hospitalar Assistência, “muito embora o município tenha sido elevado à categoria de Cidade em 1864, somente em 1932, com a instalação e funcionamento do Hospital Pedro I, pela Loja Maçônica Regeneração Campinense, foi que teve início, naquele município, a prestação de cuidados médico-hospitalares à população” 70. Mas segundo, esse mesmo estudo, na década de 60 apenas o Hospital Alcides Carneiro, era o único hospital desta cidade que apresentava melhores condições de assistência médica, visto que nos demais hospitais faltavam pessoas especializadas na área médica, além disso, os serviços prestados eram insuficientes para atender a população campinense. Todavia, de acordo com a mesma pesquisa, o Hospital Alcides Carneiro era o único hospital que prestava atendimento odontológico e que apresentava um “perfeito serviço ambulatorial, com atendimento regular, com clínicas perfeitamente diferenciadas e com seguimento médico”71 .

Os jornais da década de 60 enfatizavam que neste espaço eram realizadas algumas palestras que tratavam sobre as patologias existentes na cidade, como exemplo pode ser citado a palestra que

abordou a paralisia infantil, na qual os médicos discutiram sobre a vacina que combatia esta enfermidade 73 .

Em editorial publicado em 30 de janeiro de 1960, o Prof. Lopes de Andrade, sobre intercâmbio cultural, assinalou que “o Hospital Alcides Carneiro vem realizando com o melhor êxito o intercâmbio cultural com outros centros, trazendo para cá, para cursos rápidos, conferências ou assistência durante algum tempo, especialistas de alto grau, mandados do Rio de Janeiro ou de outras capitais. Há poucos dias, em palestra no Rotary Club local o dr. Rego Lins, autoridade em obstetrícia, que está atuando junto ao Hospital do IPASE e deverá permanecer entre nós cerca de um mês, dizia da necessidade de o médico tornar-se um eterno estudante”

Com a extinção do IPASE, em 1977, todos os órgãos relacionados à Previdência Social passaram a integrar um Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), composto por diversos órgãos, entre eles o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) – encarregado da prestação de assistência médica aos contribuintes através da rede própria e conveniada. Nesta redefinição de atribuições o Hospital Regional Alcides Carneiro passou a integrar este Instituto.

Durante a permanência sob a administração do INAMPS, o HRAC ampliou a sua vocação para o ensino através da concessão de estágios para acadêmicos de enfermagem e farmácia da Universidade Regional do Nordeste e acadêmicos de medicina da Universidade Federal da Paraíba – Campus II, bem como a criação de três programas de residência médica: cirurgia geral, clínica médica e pediatria.

Com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, o INAMPS foi extinto, resultando, no ano seguinte, na cessão da estrutura física e todos servidores do HRAC à Universidade Federal da Paraíba (UFPB), passando, a partir de então, a denominar-se Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC).

Embora de há muito acomodasse atividades de ensino, por meio da concessão de estágios, as atividades do HUAC eram predominantemente assistenciais. Com a cessão à UFPB, iniciou-se uma fase delicada de transição entre um hospital exclusivamente assistencial para uma unidade hospitalar universitária, que desenvolvesse necessariamente o ensino, a pesquisa e a extensão.

Durante toda a década de 1990, o HUAC passou por um processo de perda progressiva do quadro de funcionários do antigo INAMPS, sofrendo paralelamente uma reposição insuficiente de postos de trabalho.

Em 2000, com o aprofundamento da redução do quadro de pessoal, os gestores da época decidiram realizar a contratação direta de pessoal para atividades-fim através da Fundação José Américo – Fundação de Apoio da UFPB. Com essas contratações o HUAC experimentou uma das maiores produções ambulatoriais e hospitalares da sua história, de vez que todas as carências foram sanadas e no caso de baixas, por aposentadoria, exoneração ou morte, providenciava-se imediatamente a reposição. Esse cenário de franco desenvolvimento ensejou até a criação de um novo hospital – por meio de locação – denominado HUAC 2. Nessa ocasião, constituía-se no maior complexo hospitalar da Paraíba, com mais de 400 leitos.

No início de 2005, devido as auditorias dos órgãos de controle e termo de ajustamento de conduta do Ministério Público do Trabalho (MPT), que consideraram ilegais as contratações de pessoas para o exercício de atividade-fim, todos aqueles servidores com vínculos precários foram demitidos, entrando o HUAC numa fase de intensa depressão manifesta pela grave insuficiência no seu quadro de pessoal. A situação agravou-se de tal forma, em face do imobilismo generalizado, que resultou numa intervenção na gestão, por ato do Reitor.

Paralelamente, travaram-se intensos debates acerca dos destinos do hospital, que culminou com a elaboração e aprovação do Regimento do HUAC, no Colegiado Pleno da UFCG, estabelecendo, entre outros, os seus objetivos, a forma de escolha dos seus dirigentes e a composição do Conselho Deliberativo – com previsão de participação de representantes dos usuários do SUS.

Naquele momento também se estabelecia o primeiro processo da contratualização, dentro das diretrizes da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de Abril de 2004, por meio de Termo de Compromisso assinado com o gestor local do SUS, definindo o teto financeiro para o desenvolvimento das atividades do HUAC.

Em 2007, dirigentes eleitos assumem a gestão do HUAC, em meio à falta de investimentos, falta de pessoal, irregularidade da oferta dos serviços contratualizados e, por consequência, perda de credibilidade perante a rede de saúde local.

Entre 2007 e 2011 a gestão encarregou-se de adaptar os serviços prestados à força de trabalho e estrutura disponíveis. Paralelamente recorreu ao Ministério Público Federal buscando uma solução para o grave déficit de pessoal.

Em 2010, a Justiça Federal, provocada pelo Ministério Público Federal, deferiu liminar autorizando a realização de processo seletivo simplificado para a contratação de 280 servidores. Muitas especialidades médicas, entretanto, fundamentais para a contratualização com o gestor municipal, deixaram de ter suas vagas preenchidas por conta do caráter temporário da contratação.

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

O Programa proporcionou ao hospital, de forma progressiva, a efetivação de algumas diretrizes estabelecidas, sem, contudo trazer uma solução definitiva para a grave crise de déficit de recursos humanos existente, não obstante as várias solicitações ao MEC, para recompor a força de trabalho do HUAC. Nesse período, como alternativa a esse problema, também vivenciado por outros hospitais universitários, o MEC propôs o Adicional de Plantão Hospitalar (APH).

Ressalta-se que tal medida, longe de resolver a demanda por recursos humanos, possibilitou apenas uma ampliação da carga horária semanal de algumas categorias de profissionais de saúde, proporcionando o funcionamento mais adequado de alguns serviços assistenciais.

Uma nova gestão assumiu para o quadriênio 2012 – 2016, logo se posicionando contra a adesão à EBSEH, criada pela Lei Federal 12.550, de 15 de dezembro de 2011 com o objetivo de superar as fragilidades administrativas e assistenciais, bem como a vulnerabilidade jurídica das contratações precárias existentes nos hospitais universitários.

As discussões se prolongaram por três anos nas várias instâncias da UFCG, até que o contrato foi assinado em dezembro de 2015.

Quadro 1 – Missão, Visão e Valores do HUAC.

<p style="text-align: center;">MISSÃO</p> <p>Prestar assistência médico-hospitalar qualificada e humanizada aos usuários do SUS associada à formação de profissionais de saúde com excelência, fomentando a pesquisa e a extensão.</p>
<p style="text-align: center;">VISÃO</p> <p>Ser reconhecido como centro de excelência na assistência de saúde pública de alta e média complexidade e como modelo de ensino e pesquisa na área da saúde.</p>
<p style="text-align: center;">VALORES</p> <ul style="list-style-type: none">• Ética• Responsabilidade• Compromisso• Transparência• Respeito• Integralidade• Credibilidade

1.1.1. ESTRUTURA FÍSICA E TECNOLÓGICA

O HUAC possui uma área construída de 16.584,49 m², distribuída entre os seguintes espaços:

- 1) Setor Administrativo;
- 2) Auditório;
- 3) Laboratório de Informática/Telemedicina
- 4) Centro Cirúrgico;
- 5) Unidade de Terapia Intensiva (Adulto);
- 6) Unidade de terapia Intensiva (Infantil e neonatal);
- 7) Ala A – Unidade de internação em Cirurgia;
- 8) Ala B – Unidade de internação em Pneumologia;
- 9) Ala C – Unidade de Internação em Clínica Médica (Masculina);
- 10) Ala D – Unidade de Internação em Clínica Médica (Feminina);
- 11) Ala E – Unidade de Internação em Infectologia;
- 12) Unidade de internação em Pediatria Geral;
- 13) Unidade de internação em Oncopediatria;
- 14) Setor de Radiologia;
- 15) Unidade Transfusional;
- 16) Laboratório de Análises Clínicas;
- 17) Laboratório de Anatomia Patológica;

- 18) Central de Abastecimento Farmacêutico;
- 19) Almoxarifado central;
- 20) Rouparia;
- 21) Cozinha e Refeitório;
- 22) Pronto Atendimento (Adulto e Infantil);
- 23) Setor de manutenção;
- 24) Bloco de Ambulatórios I – CAESE;
- 25) Bloco de Ambulatórios II – Dr. Joaquim Bastos;
- 26) Fisioterapia;
- 27) Coordenações, departamentos e salas de aula do ciclo profissionalizante dos cursos da área de saúde da UFCG.

Figura 5 – Vista aérea do HUAC



Fonte: Google Earth

Figura 6 – Planta de Zoneamento do HUAC – Pavimento Térreo

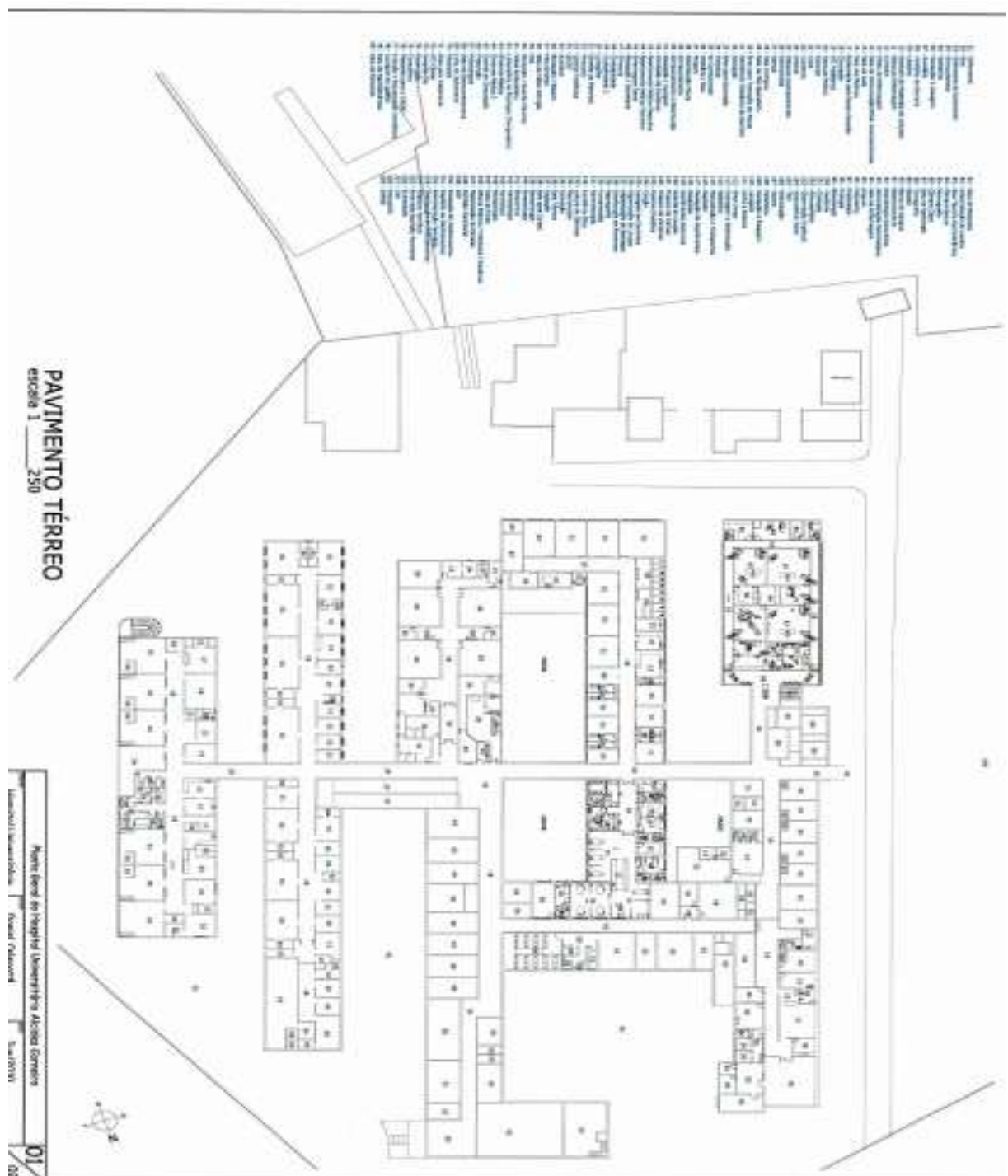
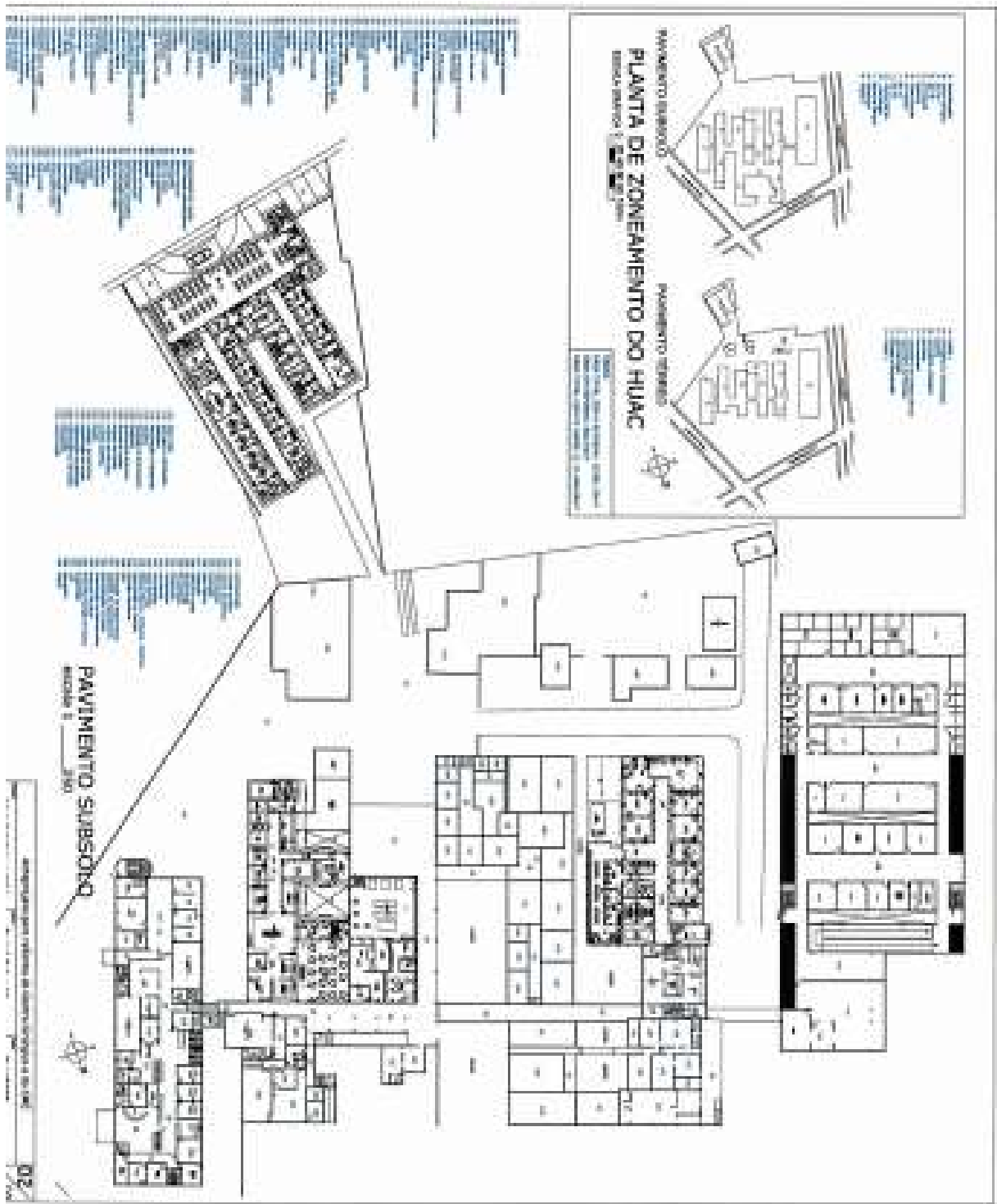


Figura 7 – Planta de Zoneamento do HUAC – Pavimento Subsolo



Fonte: Divisão de Infraestrutura/HUAC

O parque tecnológico do HUAC está em processo de revisão, procurando-se identificar aqueles equipamentos antigos, obsoletos, impossíveis de recuperação, pelo custo elevado ou pela inexistência de peças de reposição. Inclui-se nesta situação um aparelho de Cineangiocoronariografia, adquirido em 2002, cujo fabricante posicionou-se pela sua inviabilidade.

Paralelamente, institui-se, neste ano de 2016, um plano de manutenção dos equipamentos, expresso pela continuidade de contratos já existentes e levantamento, licitação e contratação de empresas especializadas na manutenção de equipamentos ainda sem cobertura, buscando proporcionar melhores condições de trabalho e elevar a segurança dos serviços prestados à população.

Atualmente o HUAC possui os seguintes contratos de manutenção corretiva e preventiva:

- a) **Contrato 26/2011** - manutenção corretiva e preventiva, com reposição de peças, de 02 grupos geradores marca HEIMER;
- b) **Contrato 20/2012** - manutenção corretiva e preventiva, com reposição de peças, de 04 equipamentos de Odontologia completos das marcas GNATUS, DABY e ODONTOBRÁS, 02 aparelhos de Raios-X odontológico, 02 autoclaves, 02 amalgamadores e 05 fotopolimerizadores;
- c) **Contrato 26/2012** - manutenção corretiva e preventiva, com reposição de peças, 04 aparelhos de Raios-X portáteis e 03 processadoras de filme automáticas;
- d) **Contrato 02/2013** - manutenção corretiva e preventiva, com reposição de peças, de 07 bisturis eletrônicos, 05 mesas cirúrgicas, 04 carros de anestesia, 09 cardioversores, 05 autoclaves, 09 estufas e 11 centrifugas sorológicas;
- e) **Contrato 03/2013** - manutenção corretiva e preventiva, com reposição de peças, de 05 secadoras, 01 centrifuga e 02 lavadoras, da lavanderia hospitalar;
- f) **Contrato 02/2015** - manutenção corretiva e preventiva, com reposição de peças, de 01 cabine de segurança biológica e 01 Capela de Fluxo Laminar;
- g) **Contrato 05/2015** - manutenção corretiva e preventiva, com reposição de peças, de 07 incubadoras, 05 berços aquecidos, 04 bilitrons, 13 aspiradores, 01 berço aquecido e um aparelho de fototerapia, todos da marca FANEM;

- h) **Contrato 08/2016** – manutenção corretiva e preventiva, com reposição de peças, de 32 equipamentos da marca DIXTAL, entre respiradores artificiais e carros de anestesia;
- i) **Contrato 09/2016** - manutenção corretiva e preventiva, com reposição de peças, de 06 respiradores artificiais da marca MAQUET;
- j) **Contrato 07/2016** - manutenção corretiva e preventiva, com reposição de peças, de 02 respiradores artificiais da marca PHILIPS;
- k) **Contrato 13/2016** – contrato de manutenção corretiva e preventiva, com reposição de peças, de 06 veículos automotores;
- l) **Contrato 15/2016** - manutenção corretiva e preventiva, com reposição de peças, de 06 monitores multiparametricos e 01 ventilador da marca DRAGER;
- m) **Contrato 16/2016** - manutenção corretiva e preventiva, com reposição de peças, de 23 monitores multiparametricos da marca General Eletric.
- n) **Contrato 19/2016** – manutenção corretiva e preventiva, com reposição de peças, de 282 aparelhos de ar condicionado, 93 equipamentos de refrigeração e 21 equipamentos de copa e cozinha;
- o) **Contrato 29/2016** – manutenção corretiva de arco cirúrgico, marca GE;
- p) **Contrato 31/2016** - manutenção corretiva e preventiva, com reposição de peças, de aparelho de tomografia computadorizada da marca Phillips.

Em planilha denominada “**LEVANTAMENTO DAS PRIORIDADES DOS HOSPITAIS DA REDE EBSERH – 2016**”, relativas às reformas, equipamentos e obras, encaminhadas aos hospitais universitários, apresentamos as seguintes prioridades:

REFORMAS:

- a) Revestimento com argamassa baritada de piso e paredes de 6 (seis) salas do Centro Cirúrgico;
- b) Reforma do Bloco de Ambulatórios "Dr. Joaquim Bastos".

EQUIPAMENTOS:

- a) Autoclave 720 litros;
- b) Equipamentos para Cozinha e Refeitório;
- c) 10 monitores multiparametricos de alta resolução.

OBRAS:

- a) Projeto *as-built* e de reforma das instalações elétricas, hidráulicas, sanitárias e do sistema de prevenção e combate a incêndio;
- b) Construção de novas unidades de internação em Infectologia e Pneumologia.

1.1.2. ENSINO E PESQUISA

O HUAC tem certificação como hospital de ensino concedida através da **Portaria Interministerial nº 148, de 02 de Fevereiro de 2016.**

Constitui-se em campo de prática para estudantes dos diferentes campi da Universidade Federal de Campina Grande e Universidade Estadual da Paraíba. Além dos cursos tradicionais da área de saúde como Medicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Psicologia, o HUAC pretende expandir o acesso, a exemplo das Engenharias, Administração, Contabilidade, Pedagogia, entre outros, pelo reconhecimento da importância deste cenário para o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão também para essas áreas.

Oferece ainda pós-graduação *Latu-Sensu* sob a forma de Residência Médica nas seguintes áreas:

Quadro 2 – Programas de Residência Médica em funcionamento no HUAC

DENOMINAÇÃO	DURAÇÃO DO PROGRAMA	VAGAS OFERTADAS EM EDITAL 2016	TOTAL DE RESIDENTES MATRICULADOS	ANO DE INÍCIO DO PROGRAMA
Cirurgia geral	2	4	8	1996
Clínica médica	2	8	16	1996
Endocrinologia e metabologia	2	4	7	2002
Ginecologia e obstetrícia	3	3	7	2012
Infectologia	3	3	8	2007
Medicina intensiva pediátrica	2	1	1	2014
Pediatria	2	5	10	1996

O HUAC está integrado à Rede Universitária de Telemedicina (RUTE).

Dispõe de um Comitê de Ética em Pesquisa que avalia todos os projetos de pesquisa dos cursos da área de saúde da UFCG. Entre janeiro e agosto de 2016 o CEP aprovou 134 projetos e, destes, 28 estão sendo desenvolvidos nas dependências do HUAC. São eles:

Quadro 3 – Projetos de pesquisas em andamento no HUAC

1. Perfil epidemiológico de clientes atendidos na Oncopediatria de um hospital universitário do nordeste brasileiro
2. Incidência de neuropatia periférica induzida por quimioterapia num hospital universitário do nordeste.
3. Relação entre a técnica adequada de uso dos dispositivos inalatórios e o controle da asma, em pacientes atendidos nos ambulatórios de pneumologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro, em Campina Grande.
4. Avaliação de pacientes com mucopolissacaridoses Tipo IV sob aspectos clínicos, eletrocardiográficos e ecocardiográficos.
5. Comunicação como instrumento do cuidar de pacientes com ferida crônica: discurso de enfermeiros.
6. Uso de fitoterápicos e/ou plantas medicinais em pacientes atendidos no ambulatório de reumatologia do Hospital Universitário de Campina Grande.
7. A visão da mulher acometida pelo câncer de mama.
8. Análise epidemiológica de leishmaniose visceral em um hospital universitário da Paraíba.
9. Identificação e avaliação de potenciais interações medicamentosas em pacientes da unidade de terapia intensiva do Hospital Universitário Alcides Carneiro.
10. Avaliação da densidade mineral óssea em pacientes com mucopolissacaridose IV (Síndrome de Mórquio).
11. Conhecimento de enfermeiros sobre o manejo clínico de pacientes com ferida neoplásica.
12. Avaliação da incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica e traqueobronquite nosocomial pelo Clinical Pulmonary Infection Score (CPIS) e seu prognóstico segundo escore SOFA.
13. Perfil clínico epidemiológico dos pacientes acompanhados por adenomegalias no ambulatório de oncologia pediátrica de um hospital de referência em Campina Grande.
14. Conhecimento dos enfermeiros de um hospital universitário sobre eventos adversos em pacientes assistidos na instituição.
15. Perfil epidemiológico das internações pediátricas de casos de leishmaniose visceral no HUAC de 2008 a 2014.
16. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem que trabalham em unidade de terapia intensiva.
17. Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com o vírus HIV/AIDS no Hospital Universitário Alcides Carneiro em Campina Grande.
18. Prevalência e incidência de infecção em cateteres totalmente implantados na Oncopediatria de um hospital universitário do nordeste brasileiro.
19. Maturity-onset diabetes of the young (mody): rastreamento e seguimento.
20. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem do Hospital Universitário Alcides Carneiro.

21. Apresentação clínica de doença celíaca em crianças atendidas em um serviço universitário.
22. Prevalência de constipação intestinal em um ambulatório especializado: apresentação clínica, alimentação e resultados clínicos.
23. Febre: conhecimentos e atitudes de pais e cuidadores de crianças e adolescentes.
24. Representação social do processo de hospitalização infantil.
25. Úlcera vasculogênica: conhecimento de acadêmicos de enfermagem acerca da prevenção, avaliação e tratamento.
26. Estudos multi-institucional das leucemias infantis: contribuição dos marcadores imuno-moleculares na distinção de seus subtipos e de fatores de riscos etiopatogenicos.
27. Efeitos do uso da levotiroxina sem jejum: um estudo prospectivo e aberto.
28. Atendendo as necessidades humanas básicas numa unidade de infectologia: discurso de pacientes.

1.1.3. O HUAC NO CONTEXTO ASSISTENCIAL LOCAL E REGIONAL

O HUAC destaca-se no cenário regional pela assistência multiprofissional e interdisciplinar na área de saúde, particularmente nas especialidades de Infectologia, Endocrinologia, Pediatria, Oncopediatria, Genética Médica, Clínica Médica, Oncologia Clínica e Fisioterapia.

Embora o HUAC constitua, dentro da rede assistencial de Campina Grande, um estabelecimento de saúde referencial para as ações de atenção à saúde de média e de alta complexidade, o fluxo de referência e contra referência e de regulação, necessitam de um maior aprimoramento.

Além disso, a contratualização existente decorre de pacto realizado em 2006, porquanto carece de uma atualização, e permanente acompanhamento, de maneira que consolide seu papel na rede de atenção à saúde do município.

1.1.4. INFRAESTRUTURA ASSISTENCIAL

Quadro 4 - SALAS E CONSULTÓRIOS:

Descrição	Quantidade
Salas de cirurgias ambulatoriais ativas	02
Consultórios Médicos	58
Consultórios Odontológicos	03

Salas de cirurgias ativas	04
Salas de recuperação pós-anestésica	01

Quadro 5 - NUMERO DE LEITOS:

Leitos	Quantidade
Clínica Médica (Endocrinologia, Cardiologia, Gastreenterologia, Oncologia Clínica, Reumatologia, Pneumologia, Dermatologia, hematologia, Neurologia, Infectologia)	64
Clínica Cirúrgica (Oncologia, Otorrinolaringologia, urologia, cirurgia geral, cirurgia torácica, proctologia, cirurgia vascular, neurocirurgia, ginecologia)	29
Clínica Pediátrica (Pediatria Geral)	34
Oncopediatria	10
UTI Adulto	10
UTI Neonatal	04
UTI Infantil	05
Total	156

Quadro 6 - SERVIÇOS ESPECIALIZADOS:

Serviço	Característica
Atenção a doença renal	Próprio
Hospital dia	Próprio
Serviço de atenção cardiovascular / cardiologia	Próprio
Serviço de atenção em neurologia / neurocirurgia	Próprio
Serviço de atenção em saúde bucal	Próprio
Serviço de diagnostico por anatomia patológica e/ou citopatopatológica	Próprio
Serviço de diagnostico por imagem	Próprio
Serviço de diagnostico por imagem	Terceirizado
Serviço de diagnóstico por laboratório clínico	Próprio
Serviço de diagnóstico por laboratório clínico	Terceirizado
Serviço de diagnostico por métodos gráficos dinâmicos	Próprio
Serviço de endoscopia	Próprio
Serviço de farmácia	Próprio
Serviço de fisioterapia	Próprio
Serviço de hemoterapia	Próprio
Serviço de oncologia	Próprio
Serviço de pneumologia	Próprio
Serviço de reabilitação	Próprio
Serviço de urgência e emergência (*)	Próprio
Serviço de videolaparoscopia	Próprio
Serviço de suporte nutricional	Próprio

(*) O serviço de urgência e emergência é utilizado como referência para o próprio ambulatorial do HUAC, Programa Saúde da Família (PSF) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA)

1.1.4.1. HABILITAÇÕES

- a) Serviço hospitalar para tratamento de AIDS;
- b) UNACON com Serviço de Oncologia Pediátrica;
- c) UTI Adulto – Tipo II;
- d) UTI Pediátrica – Tipo I;
- e) UTI Neonatal – Tipo I.

1.1.5. HISTÓRICO DE PRODUÇÃO (2012-2015)

1.1.5.1. PRODUÇÃO AMBULATORIAL

Quadro 7 - ESPECIALIDADES ATENDIDAS

- Cardiologia
- Cirurgia torácica
- Gastreenterologia
- Nefrologia
- Pneumologia
- Otorrinolaringologia
- Cirurgia cabeça e pescoço
- Mastologia
- Oncologia infantil e adulta
- Pediatria
- Cirurgia pediátrica
- Endocrinologia
- Urologia
- Proctologia
- Clínica médica
- Ortopedia
- Dermatologia
- Neurologia
- Cirurgia geral
- Cirurgia oncológica
- Cirurgia plástica
- Angiologia
- Hematologia
- Reumatologia
- Oftalmologia
- Alergia e imunologia
- Infectologia
- Psiquiatria

- Ginecologia

1.1.5.1.1. MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL

Quadro 8 - COLETA DE MATERIAL POR MEIO DE PUNCAO/BIOPSIA

ANO	BIOPSIA (ORGÃOS DIVERSOS)	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE	PUNCAO LOMBAR
2012	8	260	-
2013	-	153	4
2014	6	113	65
2015	16	265	34
2016	98	695	48

Quadro 9 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO

ANO	BIOQUÍMICA	HEMATOLOGIA	HORMÔNIOS	MICROBIOLOGIA	PARASITOLOGIA	SOROLOGIA	URINÁLISE
2012	51.608	11.438	6.402	1.479	2.817	5.279	5.034
2013	89.661	40.043	8.521	3.060	4.160	7.882	12.930
2014	35.367	10.401	3.555	1.232	1.027	3.760	2.922
2015	37.711	8.762	3.448	961	853	4.034	2.355
2016	73.344	15.561	8.625	2.396	2.620	7.309	5.100

Quadro 10 - DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA E CITOPATOLOGIA

ANO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS
2012	2.129	1.946
2013	2.740	1.045
2014	930	2.597
2015	3.998	6.189
2016	591	2.769

Quadro 11 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA E ULTRASSONOGRAFIA

ANO	RADIOLOGIA	ULTRASSONOGRAFIA	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA
2012	6.568	1.080	732
2013	5.286	1400	108
2014	3.813	1948	215
2015	3.556	1420	1029
2016	6.839	3.316	1.459

Quadro 12 - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA

ANO	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	COLONOSCOPIA	BRONCOFIBROSCOPIA	HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA
2012	365	-	-	308
2013	663	31	1	-
2014	510	90	14	2
2015	597	80	30	1
2016	899	103	72	1

Quadro 13 - METODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES

ANO	CARDIOLOGIA	GINECOLOGIA		NEUROLOGIA	PNEUMOLOGIA		UROLOGIA
	ECG	Colposcopia	Histeroscopia Diagnóstica	EEG	Gasometria	Prova de Função Pulmonar	Cateterismo Uretral
2012	9.652	235	36	1.372	49	488	3.180
2013	10.412	415	366	1.048	28	-	2.506
2014	8.482	184	362	1.100	21	-	2.490
2015	5.339	183	220	119		90	2.359
2016	8.816	419	324	1.363		1.127	2.405

Quadro 14 - CONSULTAS MÉDICAS/OUTROS PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR

ANO	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	TOTAL
2012	5.879	62.219	68.098
2013	5.613	69.503	75.116
2014	2.351	60.973	63.324
2015	4.464	47.428	51.892
2016	8.171	68.871	77.042

Quadros 15 – PACIENTES MARCADOS E NÃO ATENDIDOS (ABSTENÇÕES)

ANO	AUSÊNCIAS
2012	6.095
2013	22.743
2014	19.774
2015	14.875
2016	

Quadro 16 - CONSULTA/ATENDIMENTO AS URGENCIAS (GERAL)

ANO	ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVAÇÃO ATE 24 HORAS	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA
2012	2.895	13.002
2013	2.134	1.163
2014	1.450	946
2015	1.566	972

Quadro 17 - ASSISTENCIA FISIOTERAPICA

ANO	CARDIOVASCULARES E PNEUMO-FUNCIONAIS	DISFUNÇÕES MUSCULO ESQUELETICAS	ALTERAÇÕES NEUROLOGICAS
2012	1.822	13.274	17
2013	2.451	24.684	231
2014	1.967	24.660	20
2015	1.515	20.060	122

Quadro 18 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS AMBULATORIAIS

ANO	PROCEDIMENTOS
2012	2.371
2013	929
2014	2.429
2015	2.158

1.1.5.1.2. ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL

Quadro 19 - DIAGNÓSTICOS POR ULTRASSONOGRAFIA, TOMOGRAFIA E ENDOSCOPIA.

ANO	ECOCARDIOGRAFIA		TOMOGRAFIA	ENDOSCOPIA
	DE ESTRESSE	TRANSESOFAGICA		
2012	16	10	940	-
2013	-	-	1.565	-
2014	-	-	471	-
2015		13	34	3

Quadro 20 - PROCEDIMENTOS CLINICOS - ONCOLOGIA

ANO	QUIMIOTERAPIA PALIATIVA (ADULTO)	QUIMIOTERAPIA CONTROLE TEMPORARIO	QUIMIOTERAPIA PREVIA	QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE	QUIMIOTERAPIA CURATIVA (ADULTO)	QUIMIOTERAPIA DE TUMORES (CRIANÇAS)	QUIMIOTERAPIA PROCEDIMENTOS ESPECIAIS
2012	1.611	28	128	816	25	300	-
2013	999	10	133	1.645	36	425	10
2014	860	26	85	1.534	53	453	438
2015	801	84	75	1.397	53	383	321

1.1.5.2. PRODUÇÃO HOSPITALAR

1.1.5.2.1. MÉDIA COMPLEXIDADE HOSPITALAR

Quadro 21 – PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

PROCEDIMENTOS/ANO	2012	2013	2014	2015
PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA	13	08	16	17
ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA (PEDIATRIA/CLINICA MÉDICA/CLINICA CIRÚRGICA)	344	305	274	211
TRATAMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	126	174	210	265
TRATAMENTO DE DOENÇAS DO SANGUE	136	165	217	196
TRATAMENTO DE DOENÇAS ENDÓCRINAS	324	375	438	418
TRATAMENTO DE DOENÇAS DO SNC E SNP	80	59	53	49
TRATAMENTO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES	198	155	170	217
TRATAMENTO DE DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	113	204	147	240
TRATAMENTO DE DOENÇAS DA PELE	85	90	87	57
TRATAMENTO DE DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO			54	51
TRATAMENTO DURANTE A GESTAÇÃO	01	01		01
TRATAMENTO DE MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS	26	18	19	35
TRATAMENTO DE PACIENTES SOB CUIDADO PROLONGADO	01		04	
TRATAMENTO DE DOENÇAS DO OUVIDO/APÓFISES MASTOIDE E VIAS AÉREAS	398	422	400	469
TRATAMENTO DAS DOENÇAS DO APARELHO GENITURINÁRIO	118	83	126	146
TRATAMENTO DE AFECÇÕES ORIGINADAS NO PERÍODO PERINATAL	80	74	65	70
TRATAMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS	01			01
TRATAMENTO EM ONCOLOGIA	147	188	245	252
TRATAMENTO DIALÍTICO	01		01	
TRATAMENTO EM NEFROLOGIA	17	21	18	26
TRATAMENTO DE INTOXICAÇÕES E ENVENENAMENTOS	05	03		
TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES A PROCEDIMENTOS EM SAÚDE	65	105	84	95
TOTAL	2.279	2.450	2.628	2.816

QUADRO 22 – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

PROCEDIMENTOS/ANO	2012	2013	2014	2015
CIRURGIAS DE PELE, TECIDO SUBCUTÂNEO E MUCOSA.	20	60	50	59
CIRURGIA DE TIREOIDE E PARATIREOIDE	26	64	67	55
CIRURGIA DA SUPRARRENAL	01		03	01
CIRURGIA DO SNC E SNP	13	03		10
CIRURGIA DE OUVIDO, NARIZ E GARGANTA.	42	117	80	101
CIRURGIA DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES, DA CABEÇA DE DO PESCOÇO.	02	01	04	03
CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO	01	04	02	03
CIRURGIA DO APARELHO CIRCULATÓRIO	06	10	19	10
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ÓRGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL.	197	399	364	421
CIRURGIA DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR	21	38	47	117

CIRURGIA DO APARELHO GENITURINÁRIO	85	245	269	314
CIRURGIA DE MAMA	45	146	137	65
CIRURGIA TORÁCICA	03	15	11	19
CIRURGIA REPARADORA	02	02	05	14
OUTRAS CIRURGIAS (PROCEDIMENTOS GERAIS)	15	27	24	58
TOTAL	479	1131	1082	1250

1.1.5.2.2. ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR

Quadro 23 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

PROCEDIMENTOS/ANO	2012	2013	2014	2015
PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA			01	01
ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA (PEDIATRIA/CLINICA MÉDICA/CLINICA CIRÚRGICA)				
TRATAMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	131	123	149	126
TRATAMENTO DE DOENÇAS DO SANGUE				
TRATAMENTO DE DOENÇAS ENDÓCRINAS				
TRATAMENTO DE DOENÇAS DO SNC E SNP	06	04	01	

TRATAMENTO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES				
TRATAMENTO DE DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO				
TRATAMENTO DE DOENÇAS DA PELE				
TRATAMENTO DURANTE A GESTAÇÃO				
TRATAMENTO DE MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS				
TRATAMENTO DE PACIENTES SOB CUIDADOS PROLONGADOS				
TRATAMENTO DE DOENÇAS DO OUVIDO/APÓFISES MASTOIDE E VIAS AÉREAS				
TRATAMENTO DAS DOENÇAS DO APARELHO GENITURINÁRIO				
TRATAMENTO DE AFECÇÕES ORIGINADAS NO PERÍODO PERINATAL				
TRATAMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS				
TRATAMENTO EM ONCOLOGIA	125	145	142	141
TRATAMENTO DIALÍTICO				
TRATAMENTO EM NEFROLOGIA				
TRATAMENTO DE INTOXICAÇÕES E ENVENENAMENTOS				
TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES A PROCEDIMENTOS EM SAÚDE				
TOTAL	262	272	293	268

Quadro 24 – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

PROCEDIMENTOS/ANO	2012	2013	2014	2015
CIRURGIAS DE PELE, TECIDO SUBCUTÂNEO E MUCOSA.				
CIRURGIA DE TIREOIDE E PARATIREOIDE				
CIRURGIA DA SUPRARRENAL				
CIRURGIA DO SNC E SNP	12	07	02	
CIRURGIA DE OUVIDO, NARIZ E GARGANTA.			01	
CIRURGIA DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES, DA CABEÇA DE DO PESCOÇO.				01
CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO				
CIRURGIA DO APARELHO CIRCULATÓRIO	08	10	11	04
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ÓRGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL.		02	02	
CIRURGIA DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR	01	02	01	
CIRURGIA DO APARELHO GENITURINÁRIO				

CIRURGIA DE MAMA				
CIRURGIA TORÁCICA	04	14	21	24
CIRURGIA REPARADORA			01	01
CIRURGIA EM ONCOLOGIA	11	28	21	70
OUTRAS CIRURGIAS (PROCEDIMENTOS GERAIS)				
TOTAL	36	63	60	100

Quadro 25 – TOTAL DE INTERNAÇÕES

ANO	2012	2013	2014	2015
INTERNAÇÕES	3.288	4.284	4.359	4.510

Fonte: SAME/HUAC

Quadro 26 - INDICADORES DE INTERNAÇÃO POR UNIDADES - 2015

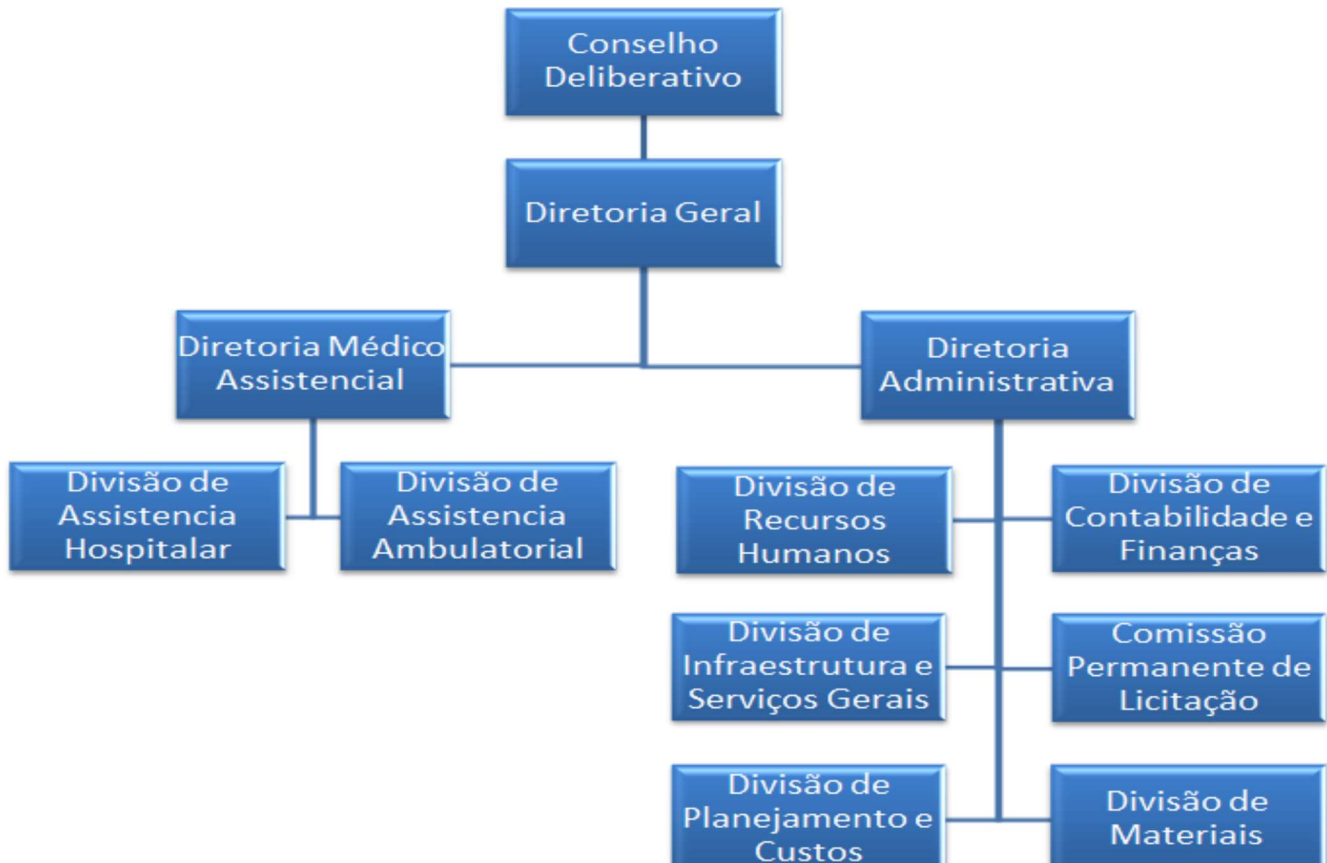
SETORES/INDICES	TAXA DE OCUPAÇÃO	MÉDIA DE PERMANÊNCIA	TAXA DE MORTALIDADE
Ala A – Cirurgia	46,1	2,9	0,8
Ala C/D/E – Clínica Médica	79,4	10,6	6,4
Pediatria + Oncopediatria	54,5	6,4	0,4
UTI Adulto	84,6	9,0	42,6
UTI Infantil	84,5	12,1	21,3
UTI Neonatal	62,5	12,3	18,4

Fonte: SAME/HUAC

1.1.6. GOVERNANÇA DO HU

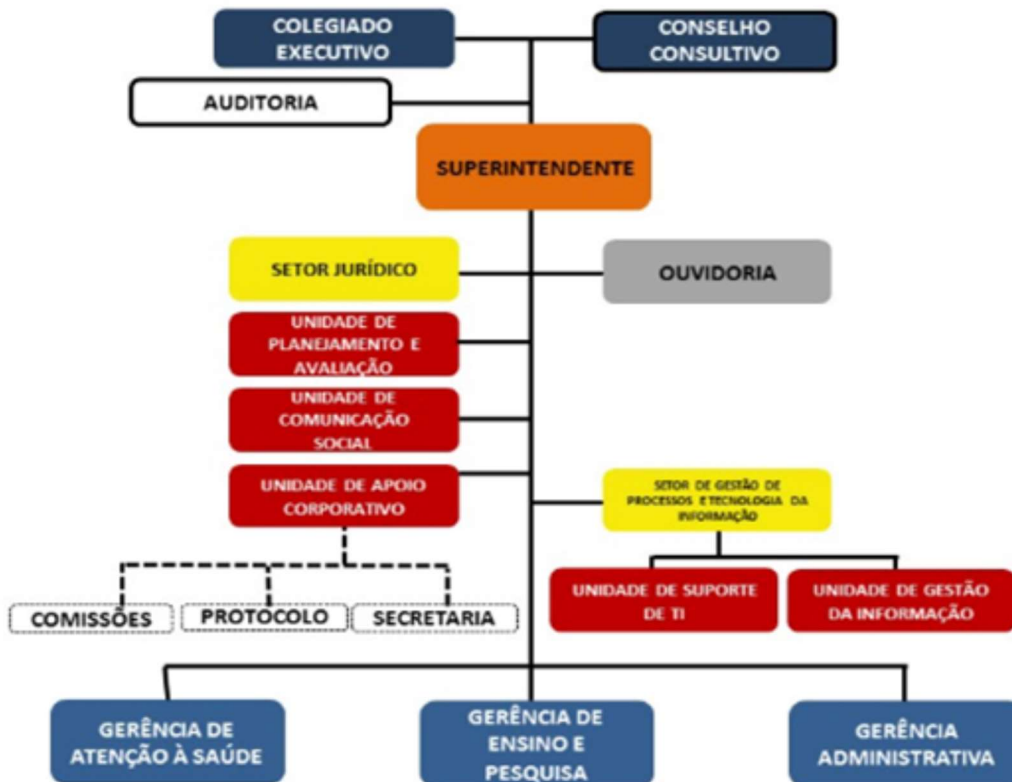
O Regimento Interno do HUAC foi aprovado através da Resolução nº 002/2006 do Colegiado Pleno da UFCG, fixando o seguinte organograma, que vigeu até 2015:

Figura 8 – Organograma do HUAC, antes do contrato com a EBSEH.



A partir da contratualização com a EBSEH, ocorrida em 19 de dezembro de 2015, pretende-se implantar o organograma proposto para as filiais de pequeno porte, conforme figuras abaixo:

Figura – 9 Organograma proposto para o HUAC após o contrato com a EBSERH



1.1.8. DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

Em março de 2015, época da adesão da UFCG à EBSE RH, o HUAC possuía um quadro funcional composto por servidores integrantes do Regime Jurídico Único (RJU), parte vinculado à UFCG e outra parte ao Ministério da Saúde, além de servidores contratados temporariamente por decisão judicial, conforme quadro abaixo:

Quadro 27 – Quantitativo de servidores/Março 2015

MÉDICOS	QUANTIDADE
Ministério da Saúde	21
Ministério da Educação	80
Contrato Temporário - Lei 8745/93.	56
SUBTOTAL	157
OUTROS PROFISSIONAIS - NÍVEL SUPERIOR	
Ministério da Saúde	20
Ministério da Educação	49
Contrato Temporário Lei 8745/93.	95
SUBTOTAL	164
PROFISSIONAIS - NÍVEL MÉDIO	
Ministério da Saúde	85
Ministério da Educação	331
Contrato Temporário Lei 8745/93.	79
SUBTOTAL	495
TOTAL	816

Fonte: Divisão de Pessoal/HUAC

Através de estudo de dimensionamento de pessoal realizado em abril de 2015, conjuntamente entre a EBSE RH e o HUAC, considerando o porte da unidade, a série histórica de serviços produzidos e a capacidade instalada, verificou-se a necessidade de um contingente de 1.137 servidores, conforme quadro a seguir.

Quadro 28 – Quadro de Pessoal proposto

CARGOS	Nº DE PROFISSIONAIS DIMENSIONADOS
ATIVIDADES ASSISTENCIAIS	
MÉDICO	229
ENFERMEIRO	176
TÉCNICO. DE ENFERMAGEM	385
ASSISTENTE SOCIAL	18
BIÓLOGO	1
BIOMÉDICO	2
CIRURGIÃO DENTISTA	3
FARMACÊUTICO	22
FÍSICO	1
FISIOTERAPEUTA	33
FONOAUDIÓLOGO	7
NUTRICIONISTA	16
PEDAGOGO	2
PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA	1
PSICÓLOGO	12
TECNÓLOGO	1
TERAPEUTA OCUPACIONAL	7
TÉCNICO. DE FARMÁCIA	15
TÉCNICO. DE LABORATÓRIO	32
TÉCNICO. EM CITOPATOLOGIA	3
TÉCNICO. EM RADIOLOGIA	24
TÉCNICO. EM SAÚDE BUCAL	3
SUBTOTAL DE ATIVIDADES ASSISTENCIAIS	993
ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
ADVOGADO	1
ANALISTA ADMINISTRATIVO	19
ANALISTA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	4
ENGENHEIRO	4
ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	1
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	104
TÉCNICO. EM INFORMÁTICA	8
TÉCNICO. EM SEGURANÇA DO TRABALHO	3
SUBTOTAL ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS	144
TOTAL	1.137

Fonte: DGP/EBSERH

Subtraindo-se os servidores vinculados ao RJU, vislumbrava-se a realização de um concurso público com 551 vagas.

Em maio de 2016, através da Portaria MPOG nº 20, o quadro de pessoal do HUAC ficou limitado a 864 servidores, representando uma redução de 24,% na projeção inicial.

Desde o dimensionamento inicial, o quadro de servidores RJU e temporários vem reduzindo-se por conta de aposentadorias, remoções, exonerações, falecimentos e redistribuições, de maneira que atualmente conta com 722 integrantes, assim distribuídos:

Quadro 29 – Quantitativo de servidores – SETEMBRO/2016

VINCULO	QUANTIDADE
Ministério da Saúde	114
Ministério da Educação	401
Contrato Temporário - Lei 8745/93.	207
TOTAL	722

Através dos editais EBSEH nº 02/2016, 03/2016 e 04/2016 foram normatizados os concursos públicos para as áreas médica, assistencial e administrativa com 89, 176 e 28 vagas, respectivamente.

As provas objetivas serão realizadas em dezembro de 2016.

O ingresso dos servidores aprovados se dará em duas etapas: em 2017 haverá apenas a substituição daqueles servidores contratados temporariamente, perfazendo 243 ingressantes e os demais em 2018.

1.1.9. FINANCIAMENTO

1.1.9.1. CONTRATUALIZAÇÃO

A contratualização é o meio pelo qual o gestor de saúde local do SUS e o representante legal do Hospital de Ensino estabelecem metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar, que deverão ser acompanhadas e validadas pela Comissão Permanente de Acompanhamento dos Contratos.

Um Plano Operativo, parte integrante do Convênio, define as metas qualitativas e quantitativas pactuadas nas áreas de Atenção à Saúde, Gestão Hospitalar, Formação e Educação, Pesquisa e Avaliação Tecnológica em Saúde e Recursos Financeiros.

Esses instrumentos, criados a partir da edição da Portaria Interministerial nº 1.000, de 15/04/2004, dos Ministérios da Educação e da Saúde, que define a certificação dos Hospitais de Ensino e da Portaria nº 1006/MEC/MS, de 27/05/2004, que cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS, buscavam uma adequada e justa política de financiamento para os hospitais universitários, assim como a definição clara do seu perfil de acordo com o nível hierárquico da atenção à saúde.

A contratualização entre o HUAC e o Gestor Municipal de Saúde foi estabelecida em abril de 2006, sob as seguintes bases financeiras:

Quadro 30 – Bases financeiras da contratualização HUAC/SMS - 2006

PRÉ-FIXADO	
	Valor em Contrato
Média Complexidade Ambulatorial	216.929,77
Média Complexidade Hospitalar	200.224,77
Incentivos Federais	233.292,69
Subtotal Pré-Fixado	650.447,23
PÓS-FIXADO	
Alta Complexidade	64.536,46
FAEC	53.221,40
Subtotal Pós-Fixado	117.757,86
Valor Total	768.205,09

Ao longo de 10 anos novos serviços foram criados, novos procedimentos foram incorporados à prática clínica, sem que, até o momento, tenha havido qualquer predisposição da Gestão de Saúde local em rever a contratualização, por meio de aditivos ou nova pactuação, a despeito de considerável elevação do desempenho de produção:

Quadro 31 – Desempenho de Produção

PRÉ-FIXADO		
	Média de Produção*	Desempenho da Produção**
Média Complexidade Ambulatorial	510.417,12	122%
Média Complexidade Hospitalar		
Incentivos Federais	233.292,69	
Subtotal Pré-Fixado	743.709,81	
PÓS-FIXADO		
Alta Complexidade	202.294,14	313%
FAEC	823,44	2%
Subtotal Pós-Fixado	203.117,58	172%
Valor total	946.827,39	

* Média de produção relativa ao período janeiro a julho/2016.

** Desempenho médio relativo ao período janeiro a julho/2016.

**Quadro 32 - HISTÓRICO DE DESCONTOS FUNDO A FUNDO
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE – HUAC**

Descontos Fundo a Fundo/Ano	2012	2013	2014	2015	2016(até setembro)
Contratualização	7.875.230,64	7.218.961,42	7.875.230,64	3.937.615,32	
SIA (Alta)	1.007.111,88	1.856.183,52	2.026.702,89	1.950.272,85	1.166.707,30
SIH (Alta)	222.419,98	475.702,76	628.744,08	630.430,35	427.762,37
MÉDIA COMPLEXIDADE				2.503.583,92	3.337.236,32
PORTARIA INTERMINISTERIAL				405.750,00	541.000,00
FIDEPS				3.937.615,32	859.582,00
IAC				384.251,58	512.335,44
REHUF	1.182.838,08	1.084.268,24	1.182.838,08	1.182.838,08	788.558,72
	10.287.600,58	10.635.115,94	11.713.515,70	14.932.357,40	7.633.182,15

1.1.9.2. REHUF

Até 2010 os recursos orçamentários de custeio e capital do HUAC eram predominantemente advindos da contratualização com o Gestor Municipal, a partir de pactuação firmada em 2006.

Esses recursos demonstravam-se francamente insuficientes para fazer face aos diversos compromissos decorrentes das atividades de ensino, pesquisa, extensão e assistência, exercidas pelo hospital universitário.

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

O REHUF orientou-se pelas seguintes diretrizes:

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

No HUAC, os repasses do REHUF iniciaram em 2010. Certamente que os recursos do programa proporcionaram importantes avanços, particularmente na aquisição de novos equipamentos e complementação do custeio hospitalar.

Quadro 33 – RECURSOS RECEBIDOS DO REHUF

RUBRICA/ANO	2012	2013	2014	2015	2016
CUSTEIO	2.655.003,41	5.847.211,44	4.315.944,91	5.173.846,92	5.651.551,88
CAPITAL	363.804,01		475.000,00	690.238,41	588.367,11
	3.018.807,42	5.847.211,44	4.790.944,91	5.864.085,33	6.239.918,99

Fonte: Contabilidade/HUAC

Contudo, a maioria das diretrizes propostas, principalmente relacionadas à gestão hospitalar e à grave e crescente carência de recursos humanos, não foi alcançada.

A continuidade das atividades assistenciais do HUAC só foi possível com a recomposição parcial da força de trabalho da partir de Ação Civil Pública proposta pelo Ministério Público Federal, em 2010, e com a instituição do Adicional de Plantão Hospitalar por meio do Decreto 7.186, de 27 de maio de 2010.

2. OBJETO E OBJETIVOS

O objeto deste trabalho é a construção do PDE que norteará as atividades da equipe do HUAC para os anos de 2017 e 2018, estabelecendo ações estratégicas em busca da missão institucional, a partir do diagnóstico situacional realizado e da análise dos resultados.

2.1. Objetivo Geral:

Identificar os principais problemas enfrentados pelo HUAC e propor ações estratégicas para os próximos dois anos, que promovam a melhoria da assistência à saúde, dos processos administrativos e da formação de profissionais.

2.2. Objetivos específicos:

- a) Promover a gestão orçamentária e a otimização dos custos, além de garantir o cumprimento de metas e a disponibilidade de informações confiáveis sobre a atividade do hospital.
- b) Elaborar e implementar programas de desenvolvimento de pessoas que permitam a concretização dos objetivos institucionais;
- c) Estruturar e melhorar a comunicação interna na instituição;
- d) Promover Atenção à Saúde centrada no paciente e ofertada por equipes multiprofissionais;

- e) Implementar a cultura de humanização na instituição buscando a eficiência e eficácia na assistência integral ao paciente;
- f) Articular com a Rede de Atenção à Saúde a construção de linhas de cuidado e definir o papel do HUAC neste processo assistencial.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

O programa de capacitação em Gestão de Hospitais Universitários do SUS foi desenvolvido em oito encontros realizados na sede do IEP/HSL, com início em maio e término em dezembro de 2016.

As atividades educacionais foram desenvolvidas presencialmente e a distância no portal Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Os participantes dos 12 Hospitais Universitários Federais foram distribuídos em pequenos grupos denominados “Grupos Diversidade” com o objetivo de ampliar a discussão de problemas e facilitar o encontro de possíveis soluções. O processo ensino-aprendizagem foi orientado, através da utilização de metodologias ativas, para o desenvolvimento de competências nas áreas de gestão, atenção à saúde e educação. A evolução dos gestores do HUAC, quanto ao perfil de competências estabelecidos, foi consolidada nos Trabalho de Conclusão de Curso e portfólio apresentados individualmente.

A construção do Plano Diretor Estratégico, realizada ao longo dos encontros com o Grupo Afinidade no IEP e em reuniões de trabalho realizados in loco, com a equipe ampliada e os facilitadores do IEP, foi desenvolvida utilizando-se a metodologia do Planejamento Estratégico em Saúde, com a definição e priorização dos problemas, a seleção de “nós críticos” a serem enfrentados, a elaboração de um plano de ação e a análise de sua viabilidade.

Para a execução deste projeto, foram planejadas preliminarmente três visitas técnicas ao hospital, que serviram de base para a identificação dos macroproblemas, aplicação das ferramentas para o diagnóstico situacional e análise do registro de produção assistencial. Nesse período, foi realizada uma visita técnica guiada as ambiências assistenciais e de apoio do HUAC, propiciando aos facilitadores conhecer as instalações físicas, os fluxos processuais; os serviços assistenciais oferecidos e as tecnologias e inovações utilizadas no atendimento ao usuário. Para a elaboração do percurso metodológico foram utilizados 04 relatórios internos, desenvolvidos pela equipe do Hospital Sírio – libanês, a saber: diagnóstico consolidado de aderência a base e padrões, 2016; oficinas de apoio ao diagnóstico situacional, 2016;

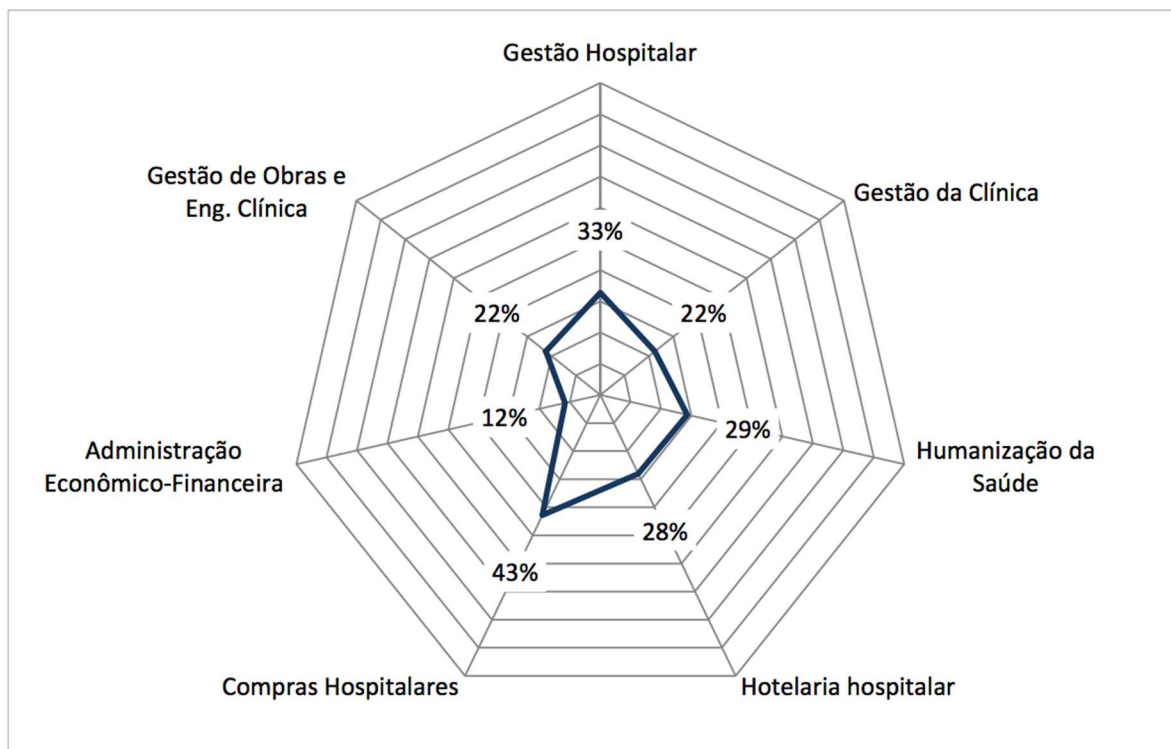
diagnóstico da aderência à lista de Gaps normativos: onda 3, 2016 e o 1º relatório de análise para apoio à construção dos PDE.

3.1. Aderência à lista de contribuições dos modelos de referência

O diagnóstico de aderência à lista de contribuições foi realizado ao longo de três visitas técnicas ao hospital, quando foi avaliada a aderência às boas práticas referentes aos temas de gestão hospitalar, gestão da clínica e humanização da saúde, da administração econômico-financeira e compras hospitalares, da hotelaria hospitalar e gestão de obras e engenharia clínica.

O HUAC apresentou 27% de aderência global às boas práticas relacionadas na lista de contribuições dos modelos de referência. O nível de aderência consolidado por modelo é apresentado na figura a seguir.

Figura 10 - Aderência do HUAC por modelo de referência



A aderência global do HUAC às boas práticas foi baixa. O hospital destacou-se positivamente na aderência às boas práticas em relação ao modelo de referência de compras hospitalares (43%), com a maior aderência diagnosticada, e gestão hospitalar (33%), ambos

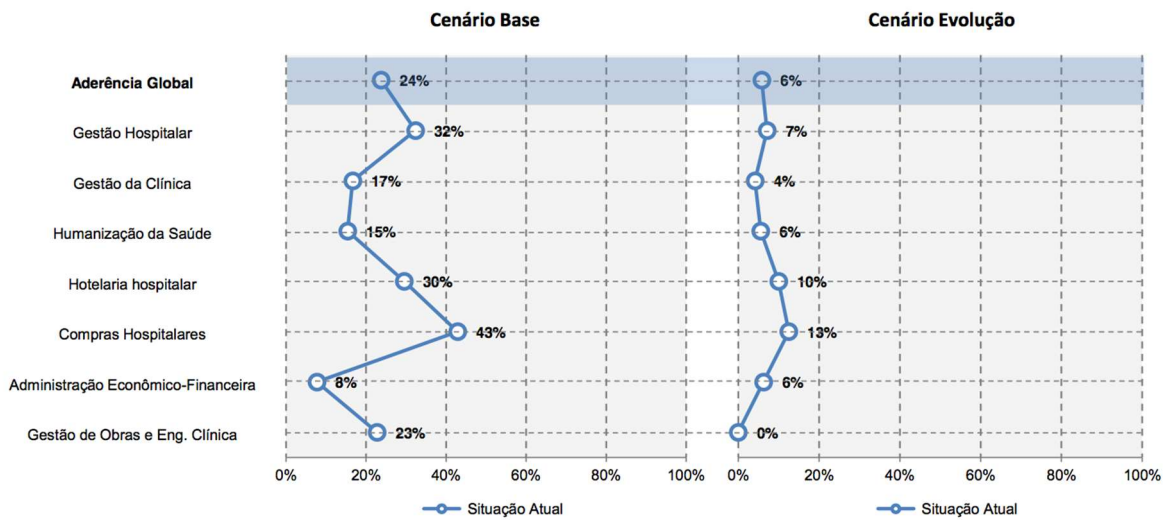
acima da aderência global. Em contrapartida, os modelos de referência de humanização da saúde (29%) e hotelaria hospitalar (28%) apresentaram índices no mesmo patamar da média global do hospital. Por fim, os modelos que representaram o maior percentual de oportunidades de melhoria e encontram-se abaixo da média global foram gestão da clínica (22%), gestão de obras e engenharia clínica (22%) e administração econômico-financeira (12%).

Entre as boas práticas destacaram-se a análise dos dados de produção para tomada de decisão em relação contratualização, a existência da maioria dos Programas de segurança assistencial, a implementação da política de visitas e respeito à diversidade, a padronização dos serviços de produção do Serviço de Nutrição Dietética (SND) e de processamento de roupas, a utilização de instrumentos padronizados no processo de compra e a utilização de plataformas online para compras, a implantação de sistema informatizado de gestão financeiro-econômica e contábil e a gestão de notas e comissionamento de contrato com relação a projetos de obras e de aquisição de equipamentos médico- hospitalares.

Por outro lado, verificou-se um conjunto de oportunidades de melhoria que limitam a obtenção de um melhor resultado na aderência às boas práticas destacando-se a padronização dos processos de distribuição e dispensação, a definição das Linhas de Cuidado junto com o gestor local respeitando-se a vocação assistencial do HUAC na RAS, a constituição de Grupos ou Responsáveis pela Humanização e Ouvidoria, a gestão dos níveis dos serviços de processamento de roupas e da higienização, a capacitação dos profissionais com relação aos serviços, a padronização de materiais hospitalares e classificação dos insumos, a expansão do planejamento orçamentário realizando-o de forma participativa, a institucionalização da rotina de mapeamento e avaliação da infraestrutura e de equipamentos médico-hospitalares e a construção de um Plano Diretor Físico que balize as iniciativas nesses dois âmbitos.

De acordo com o diagnóstico realizado no HUAC, e após a aplicação da ferramenta de bases e padrões, os resultados de aderência aos cenários base e de evolução foram os seguintes:

Figura 11 - análise global de aderência do HUAC aos cenários base e de evolução



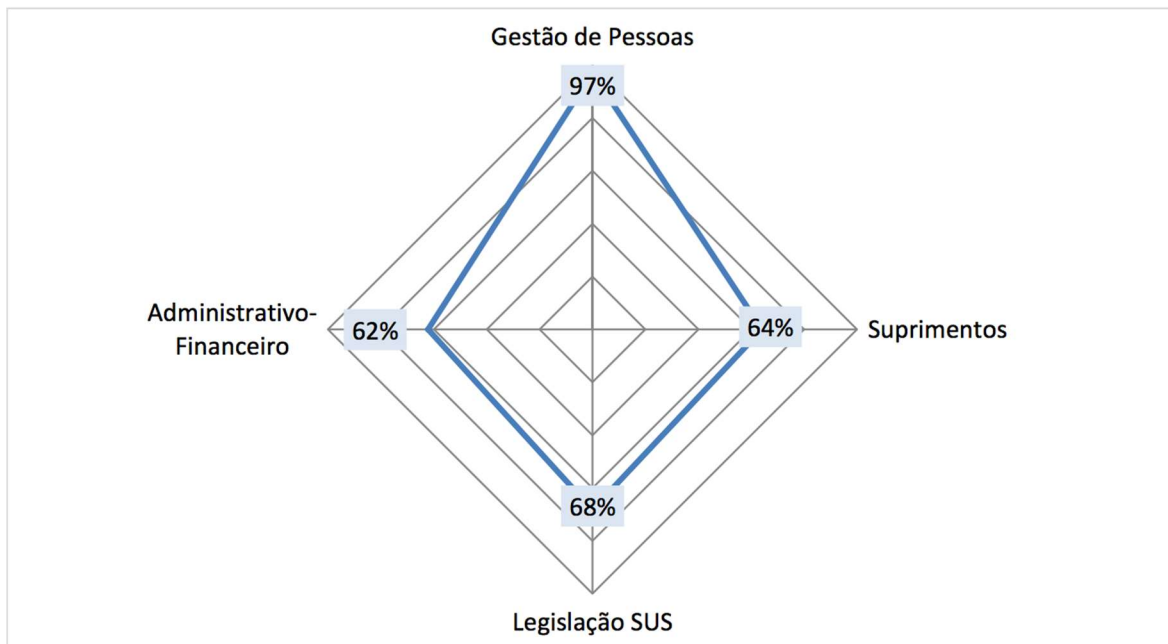
No consolidado dos sete modelos de referência, o HUAC apresentou uma aderência baixa tanto ao cenário base (27%), quanto ao cenário evolução (6%). Com relação ao cenário evolução, o hospital já definiu algumas ações para os modelos de compras hospitalares, hotelaria hospitalar e gestão hospitalar, que irão ampliar a aderência as boas práticas em 13%, 10% e 7%, respectivamente.

Ressalte-se que os resultados verificados para alguns temas avaliados como críticos, ocorreram de forma transversal nos resultados das demais ferramentas aplicadas ao diagnóstico situacional, destacando-se negativamente os modelos de gestão da clínica e gestão hospitalar.

3.2. O diagnóstico da aderência à lista de Gaps normativos

Na segunda visita também foi realizada a análise de aderência à Lista de gaps normativos, identificando os pontos de não conformidade no que se refere à legislação de gestão de pessoas, legislação de suprimentos, legislação administrativo-financeira e legislação de regulação e do SUS. O HUAC apresentou 73% de aderência global às exigências normativas citadas. O nível de aderência consolidado por tema é apresentado na figura a seguir.

Figura 12 - Aderência do HUAC-UFCG por tema da Lista de Gaps Normativos



A aderência global do HUAC às normatizações foi moderada. O destaque foi o cumprimento de normativas e legislações de gestão de pessoas (97%), ao passo que o cumprimento de normativas e legislações do SUS (68%), de suprimentos (65%) e administrativo-financeira (62%) não chegaram a 70%. Desta forma, o HUAC apresentou um cenário de atenção no cumprimento das normativas e legislações, já que não alcançou 100% de aderência em nenhum modelo.

3.3. Oficina de identificação de macroproblemas do HUAC

O objetivo dessa atividade também foi de desenvolver uma primeira aproximação com a estratégia educacional do IEP/HSL, valorizando a leitura prévia dos participantes sobre a realidade da atenção à saúde no hospital e na região, com a identificação de desconfortos em relação ao atual contexto do cuidado à saúde no hospital. Essa Oficina de Trabalho foi desenvolvida em três momentos: identificação individual da situação inicial, o agrupamento de ideias afins formando núcleos de sentido, e a diferenciação de causas e consequências para que os macroproblemas sejam descritores da atual situação e originados pelo agrupamento das ideias afins. O enunciado dos macroproblemas foi revisado para alcançar a declaração dos macroproblemas. Ajustes foram realizados a partir do debate sobre a relação entre os macroproblemas construídos e os identificados no programa de desenvolvimento de competências.

De acordo com o levantamento preliminar dos macroproblemas, realizado durante o primeiro módulo de capacitação no HUAC, foram identificadas pela equipe ampliada seis declarações finais apresentadas a seguir:

Quadro 34 - Declaração dos macroproblemas do HUAC-UFCG

ID	Declaração do macroproblema
A	A Gestão Hospitalar é ineficiente e há necessidade de se realizar a revisão de todos os fluxos e processos
B	Deficiência qualitativa e quantitativa de recursos humanos com reflexos negativos na inserção do HUAC – UFCG na rede e na produtividade do hospital
C	Dificuldade de articulação das atividades docentes-assistenciais
D	Necessidade de modernização e ampliação da estrutura física e do parque tecnológico do hospital
E	Falta de comunicação eficiente interna e externa das atividades do HUAC - UFCG
F	Gestão da clínica inexistente e modelo assistencial não centrado no paciente

No macroproblema **“A Gestão Hospitalar é ineficiente e há necessidade de se realizar a revisão de todos os fluxos e processos”**, a equipe ressaltou o tema do descumprimento da contratualização. Outro tema de destaque foi a necessidade de melhorar os fluxos administrativos, ampliando a integração nos diversos setores.

Quanto ao macroproblema **“Deficiência qualitativa e quantitativa de recursos humanos com reflexos negativos na inserção do HUAC na rede e na produtividade do hospital”**, observou-se a predominância do tema de falta de profissionais, pois o hospital ainda não realizou concurso para contratação de pessoal pela EBSEH e sofre com altas taxas de absenteísmo e descumprimento da carga horária de trabalho.

O macroproblema **“Dificuldade de articulação das atividades docentes- assistenciais”** refletiu a necessidade de haver uma maior integração entre o ensino e assistência.

Com relação ao macroproblema **“Necessidade de modernização e ampliação da estrutura física e do parque tecnológico do hospital”**, houve destaque para o fato das instalações atuais do Hospital não serem suficientes nem adequadas para o pleno funcionamento do Hospital. Dentre as deficiências mencionadas, destacam- se a estrutura física envelhecida, falta de estacionamento, falta de equipamentos e de espaço físico para atividades assistenciais e de ensino.

No tocante ao macroproblema “**Falta de comunicação eficiente interna e externa das atividades do HUAC – UFCG**”, houve destaque para o tema da comunicação ser precária, não contando com ferramentas institucionais internas e externas para disponibilizar informações aos prestadores de serviço e usuários.

No macroproblema “**Gestão da clínica inexistente e modelo assistencial não centrado no paciente**” tratou dos desperdícios, da falta de padronização de insumos e baixa produtividade. Também foi mencionado a falta de serviço de óbito, a subnotificação de agravos e os leitos não serem regulados.

3.4. Oficina “Como fazer e receber críticas”

Esta oficina é uma ferramenta fundamental para o acompanhamento do desenvolvimento profissional dos colaboradores. A oficina buscou levantar os dez critérios considerados relevantes para um retorno efetivo, conhecer as diferentes perspectivas sobre o mesmo conjunto de critérios e valorizar o grupo frente aos dez critérios.

Ela foi realizada em quatro etapas, sendo iniciada com uma rodada de leitura dos critérios em voz alta, eleição de cinco critérios julgados importantes, pontuação dos critérios eleitos; consolidação do resultado obtido pelo facilitador e discussão do resultado pela equipe ampliada. O quadro abaixo apresenta a consolidação dos critérios:

Quadro 35 - Critérios relevantes para fazer e receber críticas pela equipe do HUAC

Critério	1º	2º	3º	4º	5º	Subtotal
Cuidado	16	6	1	0	3	26
Atenção	4	7	2	3	2	18
Solicitação	0	1	2	0	2	5
Especificidade	2	5	8	6	0	21
Objetividade	8	3	3	5	2	21
Afetividade	0	0	4	3	6	13
Oportunidade	4	6	2	3	2	17
Direção	0	2	6	5	2	15
Confirmação	0	2	1	3	6	12
Compreensão	2	1	3	7	9	22

Os cinco critérios com maior número de votos foram: cuidado (26 votos); compreensão

(22 votos); Especificidade e Objetividade (21 votos cada) e Atenção (18 votos). Esse resultado demonstrou que a equipe valoriza a crítica, visando o desenvolvimento do outro e com bases e critérios claros. As colunas representam a relevância dos critérios, ficando na primeira posição de relevância o cuidado (16 votos), o que reforça a ideia de que a crítica, na visão da equipe do HUAC, deve ser feita sempre visando o suporte e ajuda ao outro. Ressalte-se que nenhum critério ficou sem votação e que o critério compreensão, apesar de ser um dos cinco mais votados, a sua votação se concentrou na quinta coluna, que era a menos relevante.

3.5. Oficina “Pilares da Gestão de HUF no SUS”

A oficina buscou identificar, com o grupo, a relação da visão de gestão da equipe com os conteúdos a serem abordados nos modelos de referência, lista de contribuições, lista de gaps normativos e bases e padrões.

A oficina foi conduzida em três momentos: realização de *brainstorm* com os participantes, sobre o que é gestão, quais os pilares que apoiam a gestão hospitalar pública e quais fundamentos embasam a gestão pública; descrição em tarjetas, pelos participantes, de três áreas consideradas como pilares da gestão de HUF no SUS e discussão para agrupamento das tarjetas em núcleos de sentido, buscando a formação dos modelos de referência em gestão hospitalar, gestão da clínica, humanização da saúde, hotelaria hospitalar, compras hospitalares, administração econômico-financeira e gestão de obras e engenharia clínica.

Dentre esses núcleos de sentido, destacou-se o modelo de referência de Gestão Hospitalar, priorizando o controle a avaliação das metas, planejamento eficiente e transparente, o que resultaria em uma logística eficiente.

Em seguida, o destaque foi para três núcleos de sentido relacionados de forma transversal com os sete modelos de referência, sendo eles capacitação de pessoal, Ética e compromisso. Com relação a capacitação de pessoal, foi priorizado a educação permanente e continuada. Sobre Ética foi considerado um tema essencial na gestão pública e que deve permear todos os setores do Hospital. Em relação a compromisso, apontou-se a necessidade de haver o envolvimento e responsabilização dos servidores.

Outros destaques foram os núcleos de sentido relativos aos Modelos de Referência “Administração Econômico-Financeira” e “Gestão da Clínica”. No primeiro núcleo, foi apontado essencialmente a questão de que um dos pilares é o recurso financeiro em si e o

seu uso racional. No núcleo de sentido relacionado a gestão da clínica, relacionou-se uma boa gestão da assistência a necessidade de haver uma maior interação entre os setores do hospital.

Também formaram núcleos de sentido relativos aos modelos de referência compras, gestão de obras e engenharia e humanização da saúde, não sendo relacionado o modelo de referência de hotelaria. Nesse caso, as prioridades foram o processo de compra de insumos em si, a infraestrutura física e as necessidades de equipamentos para atender à demanda e sua manutenção, além do significado do termo humanizar para a equipe.

3.6. Oficinas de análise da matriz SWOT

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

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

O percurso metodológico para a construção da matriz SWOT incluiu:

A. Realização de uma discussão em grupo, com as equipes ampliada e gestora, para a definição das forças, fraquezas, ameaças e oportunidades, além da identificação e priorização das mais relevantes dos quatro quadrantes da SWOT (classificando as forças e oportunidades de 1 a 10 e as fraquezas e ameaças de -1 a -10).

B. Cruzamento das variáveis mais relevantes (variáveis internas versus variáveis externas), procurando identificar as fortalezas que potencializam as oportunidades identificadas e as fortalezas que minimizam ou extinguem as ameaças levantadas. Em relação às fraquezas, seguiu-se a mesma lógica, identificando as que poderiam limitar o aproveitamento das oportunidades e as que poderiam potencializar as ameaças.

C. Avaliados os quatro cenários que possuem maior quantidade de cruzamentos definidos pelos quadrantes do quadro abaixo, identificando-se os objetivos estratégicos para construção do PDE:

Quadro 36 - Matriz SWOT cruzada

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

Após a elaboração da Matriz SWOT pela equipe ampliada do HUAC, foram identificados 6 pontos Fortes e Fracos internos ao hospital e 8 Oportunidades e Ameaças verificadas no ambiente externo, conforme quadro a seguir:

Quadro 37 - Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças identificadas no HUAC

Forças	Fraquezas
<ul style="list-style-type: none">• Ser um Hospital Escola e ter a capacidade de formar profissionais de excelência na área da saúde – (7)• Possuir serviços de alto nível em algumas especialidades – (8)	<ul style="list-style-type: none">• Falta de envolvimento e compromisso dos servidores – (-10)• Deficiência de Recursos Humanos – (-8)• Deficiência na infraestrutura física e tecnológica, o que dificulta a ampliação dos serviços – (-10)• Gestão da Clínica deficiente – (-10)
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none">• Sermos referência regional – (10)• Possibilidade de nova contratualização a partir do apoio do gestor local – (10)• Inserção nos centros de controle de saúde municipal – (10)• Fazer parte da Ebserh dá oportunidade de avanço tecnológico, novo modelo de gestão, melhor infraestrutura e capacitação por meio de cursos – (10)• Oportunidade de crescimento do hospital a partir de parceria institucional – (10)	<ul style="list-style-type: none">• Insuficiência da central reguladora, gerando queda da produtividade do HUAC – (-10)• Aquisição de novos hospitais pelo gestor municipal – (-5)• Ausência de alguns serviços na atenção básica, aumentando a demanda do HUAC – (-5)

No âmbito interno, destacaram-se duas Fortalezas para equipe do HUAC, ser atuante como Hospital Escola, formando profissionais e possuir uma equipe profissional forte. Quanto às fraquezas duas se também se destacaram, especialmente por sua classificação de impacto (-10) para o hospital. A primeira delas retratou a falta de compromisso dos funcionários em realizar a assistência e a segunda fraqueza destacou a deficiência na utilização de ferramentas da Gestão da Clínica, pela ausência de linhas de cuidado definidas, de protocolos clínicos implementados, de uma classificação de risco formal e da regulação dos leitos.

No cenário externo, apesar de termos cinco itens avaliados como de alto impacto, a equipe do HUAC destacou duas oportunidades como as de maior relevância. A primeira está relacionada a uma maior participação do hospital nos órgãos colegiados de saúde do município, o que facilitar a abordagem de temas como a contratualização. A segunda oportunidade destacada foi a possibilidade da realização de uma nova contratualização,

embora a equipe considerasse não haver clareza se esse novo contrato seria favorável ao hospital.

Entre as ameaças detectadas, destacou-se a ausência de regulação de leitos, levando a que os casos mais complexos sejam encaminhados ao HUAC, aumentando o tempo médio de permanência e impactando na taxa de mortalidade.

Após a construção da Matriz SWOT cruzada, verificou-se que o HUAC tem um maior número de cruzamentos no quadrante Crescimento (11), que relaciona fraquezas às oportunidades. Quando consideramos oportunidades e ameaças, duas fraquezas se destacam: a falta de compromisso dos servidores (seis cruzamentos) e a gestão da clínica deficiente (cinco cruzamentos). Estas fraquezas precisam ser trabalhadas para melhor aproveitamento das oportunidades.

O segundo quadrante com maior número de cruzamentos foi o de Desenvolvimento (8), que relaciona fortalezas com as oportunidades, deixando claro a necessidade de utilizar as duas fortalezas, ser atuante como Hospital Escola e possuir uma equipe profissional forte, para potencializar o aproveitamento das Oportunidades identificadas.

No cenário sobrevivência, observou-se que o HUAC apresentou Fraquezas relevantes, como a gestão da clínica deficiente que tem uma relação direta com todas ameaças mapeadas, potencializando a vulnerabilidade do HU diante dessas ameaças.

A partir dos cruzamentos e da identificação dos fatores críticos, a equipe definiu seus objetivos estratégicos abaixo, de maneira a direcionar futuros planos de ação:

- A. Envolver os funcionários implantando a cogestão e otimizar a comunicação interna;
- B. Implantar programas de capacitação e valorização dos trabalhadores do hospital;
- C. Participar do planejamento de investimento de infraestrutura e tecnologia em conjunto com a sede;
- D. Implantar a Gestão da Clínica;
- E. Criar a residência multiprofissional e otimizar as residências médicas existentes; e,
- F. Apoiar os serviços já existentes e implantar outros serviços de qualidade no hospital.

O quadro abaixo ilustra a matriz SWOT cruzada, elaborada pela equipe ampliada do HUAC, durante segunda visita da equipe de facilitadores.

Quadro 37 - Matriz SWOT cruzada do HUAC

Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC-UFCG

		OPORTUNIDADES (O)					AMEAÇAS (T)			SOMATÓRIO LINHA
		Sermos referência regional(10)	Possibilidade de nova contratualização a partir do apoio do gestor local (10)	Inserção nos centros de controle de saúde municipal (10)	Fazer parte da Ebserh dá oportunidade de avanço tecnológico, novo modelo de gestão, melhor infraestrutura e capacitação por meio cursos (10)	Oportunidade de crescimento do hospital a partir de parceria institucional(10)	Insuficiência da central reguladora, gerando queda da produtividade do HUAC (-10)	Aquisição de novos hospitais pelo gestor municipal (-5)	Ausência de alguns serviços na atenção básica, aumentando a demanda do HUAC(-5)	
FORÇAS (S)		DESENVOLVIMENTO (8 cruzamentos)					MANUTENÇÃO (2 cruzamentos)			
	Ser um Hospital Escola e ter a capacidade de formar profissionais de excelência na área da saúde (7)	x	x	x	x	x		x		6
	Possuir serviços de alto nível em algumas especialidades (8)	x	x			x		x		4
FRAQUEZAS (W)		CRESCIMENTO (11 cruzamentos)					SOBREVIVÊNCIA (6 cruzamentos)			
	Falta de envolvimento e compromisso dos servidores (-10)	x	x	x	x	x		x		6
	Deficiência de Recursos Humanos (-8)	x	x					x		3
	Deficiência na infraestrutura física e tecnológica, o que dificulta a ampliação dos serviços (-10)	x	x					x		3
	Gestão da Clínica deficiente (-10)	x	x				x	x	x	5

3.7. Oficina de matriz decisória

A aplicação da matriz decisória buscou refinar as análises feitas previamente, com a revisita aos resultados das oficinas realizadas durante o Diagnóstico Situacional, levando a priorização dos Macroproblemas do hospital.

Para tal, foram retomados os produtos da construção da matriz SWOT, da oficina de identificação de macroproblemas e da análise de aderência aos modelos de referência e aos gaps normativos. Nessa etapa, foi verificada a pertinência dos macroproblemas priorizados, tanto em relação as forças e fraquezas pontuadas na matriz SWOT, quanto nas oportunidades de melhoria identificadas pela aplicação das listas de contribuições e de gaps normativos.

A seguir o grupo avaliou conjuntamente o valor de cada Macroproblema e seu interesse em solucioná-lo. O grupo atribuiu um valor qualitativo de alto, médio ou baixo para cada Macroproblema, indicando a sua importância em função de seus valores, conhecimentos e necessidades, sempre ponderando sobre a possibilidade de conflito quando de sua implementação. O interesse na resolução do Macroproblema foi definido por meio das três possíveis atitudes: manter a realidade (sinal negativo); mudar a realidade (sinal positivo) e Indiferença (neutro).

Após o preenchimento da Matriz, foram selecionados os Macroproblemas com valor

alto e interesse positivo para avaliação individual de cada participante, por meio da atribuição de uma pontuação de 0 a 10 para cada Macroproblema. A consolidação do resultado foi feita pela média aritmética de todas as pontuações atribuídas pelos participantes, identificando-se os Macroproblemas com maior pontuação, como prioritários para serem trabalhados no PDE. Os resultados deste exercício são apresentados no quadro a seguir:

Quadro 38 - Matriz decisória para qualificação dos macroproblemas no HUAC

ID	Macroproblema	Valor	Interesse	Pontuação média
A	A Gestão Hospitalar é pouco eficiente e há necessidade de se realizar a revisão de todos os fluxos e processos	Alto	Positivo	9,37
B	Deficiência qualitativa e quantitativa de recursos humanos com reflexos negativos na inserção do HUAC – UFCG na rede e na produtividade do hospital	Alto	Positivo	8,77
C	Dificuldade de articulação das atividades docente-assistenciais	Médio	Positivo	-
D	Necessidade de modernização e ampliação da estrutura física e do parque tecnológico do hospital	Alto	Positivo	7,90
E	Falta de comunicação eficiente interna e externa das atividades do HUAC-UFCG	Médio	Positivo	-
F	Gestão da clínica deficiente e modelo assistencial não centrado no paciente	Alto	Positivo	8,97

Dessa forma, a equipe ampliada definiu como prioritário o macroproblema “A Gestão Hospitalar é pouco eficiente e há necessidade de se realizar a revisão de todos os fluxos e processos”, reconhecendo que há pontos fracos a serem trabalhados e há interesse do grupo em interferir para que isso aconteça, pois se trata da atividade fim do hospital.

O segundo Macroproblema definido como prioritário foi “Gestão da clínica deficiente e modelo assistencial não centrado no paciente”, havendo consenso de que o tema deve ser tratado de forma prioritária e que sua resolução traria impactos significativos para o HUAC.

Os macroproblemas que trataram da falta de recursos humanos e da necessidade de modernização e ampliação da estrutura física e do parque tecnológico do hospital, apesar de considerados relevantes, não foram priorizados por não haver governança sobre esses temas.

Ao final, o HUAC priorizou dois macroproblemas para serem trabalhados no PDE, conforme o quadro abaixo.

Quadro 39 - Priorização dos Macroproblemas do HUAC-UFCG

ID	Macroproblema
1	A Gestão Hospitalar é pouco eficiente e há necessidade de se realizar a revisão de todos os fluxos e processos
2	Gestão da clínica deficiente e modelo assistencial não centrado no paciente

3.8. Oficina de Atores Sociais

Essa oficina buscou identificar e classificar papel desempenhado pelos atores sociais envolvidos na transformação de uma determinada realidade. Após a equipe ampliada identificar os atores sociais envolvidos nos macroproblemas priorizados, os mesmos foram caracterizados quanto a sua relevância, de acordo com os seus recursos disponíveis, classificando-os em quatro grupos:

- A. Recursos Políticos: refere-se à administração de recursos de poder para Aplicação na consecução dos objetivos;
- B. Recursos Econômicos: refere-se à disponibilidade de recursos econômicos e financeiros;
- C. Recursos TÉCNICO.s: consiste em disponibilizar a capacidade técnica existente na forma de tecnologia que viabilize as operações; e
- D. Recursos Organizacionais: refere-se às capacidades institucionais, e de liderança dos gestores.

A seguir, a equipe atribuiu notas ao valor e interesse de cada ator social em mudar uma realidade. O valor atribuído, que diz respeito ao poder e à governabilidade, poderia ser alto, médio ou baixo. O interesse, que demonstrava a disposição de mudar uma determinada situação, poderia ser positivo, negativo ou neutro. Também foi avaliada a motivação de cada ator perante o macroproblema, que poderia variar entre aliado, oponente e indiferente.

Os resultados obtidos nessa oficina, para o macroproblema “A Gestão Hospitalar é pouco eficiente e há necessidade de se realizar a revisão de todos os fluxos e processos”, foram transcritos no quadro a seguir.

Quadro 40 - Matriz de Relevância de Atores Sociais para o Macroproblema “A Gestão Hospitalar é pouco eficiente e há necessidade de se realizar a revisão de todos os fluxos e processos”

Atores Sociais	Relevância	Valor	Interesse	Motivação
Direção Geral (colegiado executivo)	Recursos Políticos e Econômicos	Alto	Positivo	Aliado
Equipe Administrativa	Recursos Técnicos e Organizacionais	Alto	Indiferente	Indiferente
Ebserh	Recursos Políticos, Econômicos e Técnicos	Alto	Positivo	Aliado

Em relação ao primeiro macroproblema, a maioria dos atores sociais identificados pela equipe do HUAC foi aliada, não havendo registro de oponentes. Estes atores são detentores de recursos políticos, econômicos e TÉCNICOS, que impactarão positivamente na resolução do macroproblema em questão, sendo previsto um alto grau de viabilidade no seu enfrentamento.

Os resultados das discussões da oficina de atores sociais para o macroproblema “Gestão da clínica deficiente e modelo assistencial não centrado no paciente” estão espelhados no quadro a seguir.

Quadro 41 - Matriz de Relevância de Atores Sociais para o Macroproblema “Gestão da clínica deficiente e modelo assistencial não centrado no paciente”

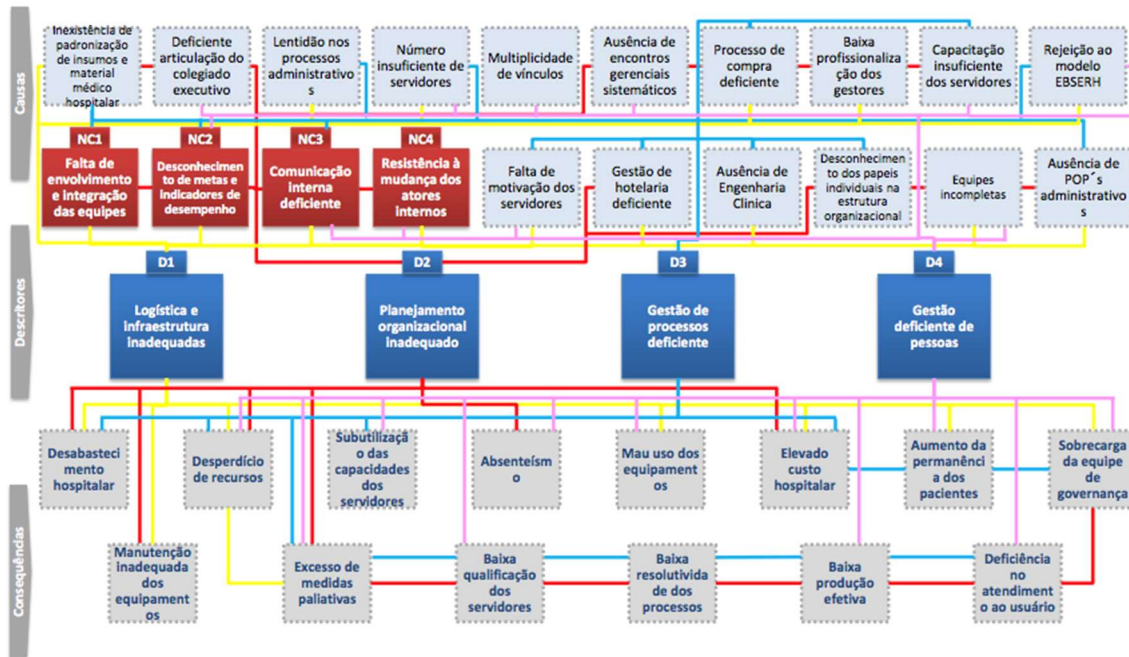
Atores Sociais	Relevância	Valor	Interesse	Motivação
Docentes que atuam no HU	Recursos Técnicos e Organizacionais	Médio	Indiferente	Oponente
Equipe de SADT (apoio diagnóstico)	Recursos Técnicos	Alto	Negativo	Oponente
Enfermagem	Recursos Políticos, Técnicos e Organizacionais	Alto	Positivo	Aliado
Gerência de Ensino e Pesquisa	Recursos Políticos, Técnicos e Organizacionais	Alto	Positivo	Aliado
Equipe Médica (Corpo Clínico)	Recursos Políticos, Técnicos e Organizacionais	Alto	Negativo	Oponente
Equipe de Saúde Multidisciplinar (exceto médicos, enfermeiros)	Recursos Técnicos e Organizacionais	Alto	Positivo	Aliado
Internos e residentes	Recursos Técnicos e Organizacionais	Alto	Negativo	Indiferente
Direção Geral	Recursos Políticos e Econômicos	Alto	Positivo	Aliado
Equipe Administrativa	Recursos Técnicos e Organizacionais	Alto	Indiferente	Indiferente

Em relação ao Macroproblema “Gestão da clínica deficiente e modelo assistencial não centrado no paciente”, a maioria dos atores sociais envolvidos também foi considerada como aliados. Estes atores detêm os recursos políticos, organizacionais e TÉCNICOS, somente um possui recursos econômicos (Direção Geral), que impactarão positivamente na resolução do Macroproblema citado, sendo previsto um alto grau de viabilidade no seu enfrentamento. No entanto, um dos oponentes mapeados (equipe médica), possui impacto organizacional e político sobre o interesse de mudar a realidade, sendo necessário desenvolver ações para contingenciá-las.

3.9. Árvore explicativa

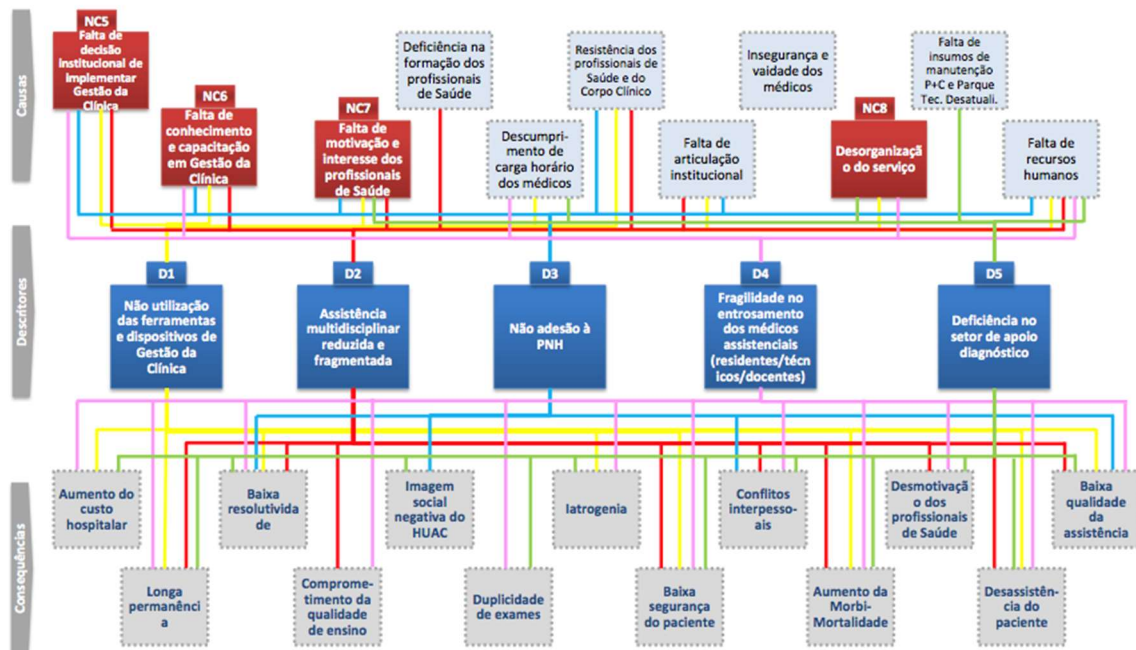
A partir dos dois macroproblemas priorizados no HUAC foram desenvolvidas duas árvores explicativas. A definição destas árvores explicativas serviu de base para as análises de relevância dos nós críticos e das oportunidades de melhorias do hospital.

Figura- 13 Árvore explicativa do macroproblema do HUAC “A Gestão Hospitalar é pouco eficiente e há necessidade de se realizar a revisão de todos os fluxos e processos”



Após a construção da primeira árvore explicativa, foram identificados os seguintes nós críticos relacionados ao macroproblema “A Gestão Hospitalar é pouco eficiente e há necessidade de se realizar a revisão de todos os fluxos e processos”: falta de envolvimento e integração das equipes; desconhecimento de metas e indicadores de desempenho; comunicação interna deficiente; e resistência à mudança dos atores internos.

Figura 14 - Árvore explicativa do macroproblema do HUAC “Gestão da clínica deficiente e modelo assistencial não centrado no paciente”



Na construção da segunda árvore explicativa, foram identificados os seguintes nós críticos relacionados ao macroproblema “Gestão da clínica deficiente e modelo assistencial não centrado no paciente”: falta de decisão institucional de implementar Gestão da Clínica; falta de conhecimento e capacitação em Gestão da Clínica; falta de motivação e interesse dos profissionais de Saúde; e desorganização do serviço.

A análise global dos nós críticos, identificados pelo HUAC, resultou em uma média de 08 oportunidades de melhoria por nó crítico. Dentre os 8 nós críticos levantados, 03 estão relacionadas a processos e estruturas assistenciais, 03 à gestão de pessoas e 02 à comunicação.

4. FUNDAMENTAÇÃO TÉORICA

Até o final da década de 1980, os hospitais universitários tinham a única missão de serem hospitais-escola. O foco do atendimento eram as pessoas sem cobertura do INAMPS, por não terem carteira profissional assinada.

Com a Constituição de 1988, os hospitais universitários passaram a integrar o Sistema Único de Saúde e, por consequência, tornaram-se agentes nucleares de duas políticas de Estado – educação e saúde. Desde então, os tensionamentos inerentes à complexidade de articulação de tais políticas passaram a se manifestar mais fortemente nos HU (Machado, 2007).

A proposição da revisão dos paradigmas gerenciais dos hospitais universitários, a ser manifesto pelo Plano de Desenvolvimento Estratégico (PDE), a partir da criação da EBSEH, é resultado da constatação de especialistas e de órgãos de controle de que a propalada “crise dos HU” não estava circunscrita às limitações orçamentárias, pois, se assim o fosse, a pura e simples injeção de recursos financeiros seria suficiente para superar a dita “crise”.

Outras constatações do dia-a-dia dos hospitais universitários contribuem para reforçar o entendimento de que os problemas transcendem as questões relacionadas ao financiamento, impondo outros substantivos desafios, incluindo aqueles relacionados à organização e a gestão.

O fluxograma situacional (árvore de problemas) elaborado a partir das experiências de profissionais do HUAC resultou na identificação de (02) dois macroproblemas que dificultam o cumprimento do seu papel social – assistência médico-hospitalar qualificada e humanizada - não necessariamente vinculadas às carências orçamentárias:

MACROPROBLEMA 1 - A gestão hospitalar é pouco eficiente e há necessidade de se realizar a revisão de todos os fluxos e processos.

Esse macroproblema remete a necessidade de um profundo processo de intervenção na gestão do HUAC, considerando, inclusive, não se tratar apenas de questões técnicas, mas que envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos e, principalmente, nas pessoas.

Sem prejuízo de outras ações, necessariamente 04 aspectos devem fazer parte desse enfrentamento:

a) IDENTIDADE ORGANIZACIONAL

O exame da realidade de um hospital revela uma das estruturas mais complexas dentre as que participam da sociedade moderna (Senhoras, 2007). Desse modo, diante dessa reconhecida complexidade, o primeiro passo do processo de planejamento estratégico é a formação da identidade organizacional. É preciso conhecer a organização para, então, planejar o seu futuro.

A identidade organizacional de uma instituição é composta pela sua missão, sua visão e os objetivos globais. Segundo Hill (1998), a missão visa explicitar, de forma geral, para os clientes e colaboradores, a finalidade da organização no mercado, ou seja, é a razão de sua existência. Já a visão organizacional define o que a instituição pretende alcançar em longo prazo. Em outras palavras, é um retrato do futuro da instituição (David, 1999). Conhecendo a realidade da instituição (missão) e aonde se quer chegar (visão), fica, então, faltando apenas definir os objetivos que deverão ser concretizados. Tais objetivos nortearão as diretrizes que levarão a instituição ao futuro almejado (Visão)

Embora tenha perpassado diversas vinculações administrativas (IPASE, INAMPS, UFPB e UFCG), com quase 70 anos de existência, o HUAC não possuía uma identidade organizacional formatada. Se provocado, cada colaborador ofereceria uma resposta diferente.

Através do diagnóstico situacional coordenado pela equipe do IEP/SL, conseguiu-se construir essa proposta de identidade organizacional, procurando se afastar da abstração, da introjeção.

Contudo, a simples imposição da identidade organizacional, não fará com que o colaborador absorva o sentimento de responsabilidade pela atividade que desenvolve; é necessário envolvê-lo no estabelecimento do padrão, explicar seus objetivos e potenciais resultados (Teixeira, 2014).

Diante de um grupo tão heterogêneo, é certo que o processo será lento, Para isso, será necessária a utilização de dinâmicas que facilitem o processo. O engajamento dos colaboradores na adesão aos objetivos estratégicos da instituição incluirá necessariamente diversas iniciativas relacionadas ao desenvolvimento das pessoas, tanto nas competências de gestão quanto nas competências técnicas, por meio de capacitações e educação continuada.

Temos que nos aproximar de uma tendência mundial em saúde, no sentido de recuperar a dimensão humana não apenas no tratamento hospitalar, mas na gestão hospitalar, expressão que abrange a mudança de cultura em prol de atribuir responsabilidade a todos aqueles sujeitos que produzem saúde, direta ou indiretamente (Nassar, 2006).

b) CLIMA ORGANIZACIONAL

O comportamento dos membros de uma organização é influenciado pela percepção que têm da qualidade do ambiente organizacional – clima organizacional – segundo Chiavenato (2002). Constitui-se, portanto, em um ambiente que pode ser favorável quando proporciona satisfação dos participantes produzindo elevação do moral interno, desfavorável quando proporciona frustração contribuindo para a baixa do moral interno e neutro quando este clima é indiferente aos participantes, levando-os a não se importarem com o que aconteça na instituição.

Koys & DeCotiis (1991), agruparam em oito dimensões ou fatores estruturantes do universo do clima organizacional. Esses fatores são:

- Autonomia - percepção de autodeterminação em relação aos procedimentos de trabalho, objetivos e prioridades;
- Coesão- percepção de proximidade entre os membros da organização;
- Confiança - percepção de liberdade e abertura na comunicação com os membros dos níveis mais altos da organização;
- Pressão - abordagem de questões relativas percepção das demandas de tempo para a finalização das tarefas e para a manutenção de padrões de desempenho;
- Suporte - percepção da tolerância dos supervisores e chefias em relação ao comportamento dos funcionários, incluindo aspectos referentes possibilidade de aprender com os erros;
- Reconhecimento - valorização das contribuições do funcionário;
- Justiça - percepção da equidade com que a organização trata seus membros;
- Inovação - percepção sobre o encorajamento recebido para a implementação de práticas e comportamentos criativos e inovadores.

O primeiro passo será exatamente o que pretende o presente plano, ou seja, definir a estratégia organizacional e seus objetivos. Em seguida, atuar de forma a despertar nos

colaboradores as atitudes necessárias à consecução dos objetivos organizacionais definidos (Schuler, 1992).

A qualidade de vida no trabalho definida como a gestão dinâmica e contingencial de fatores físicos, tecnológicos, sociais e psicológicos, também afeta a cultura e renova o clima organizacional, refletindo no bem-estar do trabalhador e na produtividade da empresa, com relação aos fatores psicossociais (Fernandes, 1996).

Com estes fundamentos, faz-se necessário identificar no âmbito do HUAC o que motiva e o que incomoda os colaboradores no dia-a-dia de trabalho, direcionando particularmente para fatores que interferem no clima organizacional, a exemplo das relações interpessoais, condições de trabalho, recursos materiais e sentimento de inclusão na estrutura do hospital.

Desse modo, serão lançadas as bases para a construção de uma estrutura humanizada contemplando em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, a valorização e o respeito à dignidade da pessoa humana, não apenas de pacientes e seus familiares, mas também dos profissionais que nele trabalham, garantindo condições para um atendimento de qualidade.

c) GESTÃO PARTICIPATIVA

O mundo, no qual gestores públicos atuam, está mudando rapidamente, indicando uma mudança no sentido de descentralização dos níveis organizacionais, enquanto promove flexibilidade e autonomia gerencial (Casasnovas, 2009)

A gestão tradicional, individualista, conservadora dos hospitais tem representado um dos obstáculos na implantação de um modelo inovador de gestão, especialmente quando a organização investiu em uma comunicação verticalizada e centralização de poder e de tomada de decisão.

Ao se referir ao modelo de aprendizagem organizacional com base em competências como uma alternativa para inovação da gestão hospitalar, Emmerick (2007) destaca que o estímulo à aprendizagem em hospitais tem sido particularmente difícil, resultando em claras manifestações de resistência, porque são integrados por especialistas de várias áreas técnicas com cristalizado individualismo.

Hernandez e col. (2001) apontam pressupostos clássicos criados ao longo dos anos para justificar a resistência à mudança. Ao mesmo tempo, contestam esses pressupostos e apresentam alguns contrapressupostos que acreditam deveriam passar a ser utilizados na

geração de novos modelos e teorias operacionais sobre quando, como e por que ocorre a resistência à mudança:

Pressuposto clássico 1 - A resistência à mudança é um “fato da vida” e deve acontecer durante qualquer intervenção organizacional.

Contrapessupostos:

- A resistência é escassa/somente acontecerá em circunstâncias excepcionais;
- Ao tentar preveni-la, os agentes de mudança acabam contribuindo para sua ocorrência ou agravamento;
- A resistência é um comportamento alardeado pelos detentores do poder e pelos agentes de mudança quando são desafiados em seus privilégios ou ações.

Pressuposto clássico 2 - A resistência à mudança é maléfica aos esforços de mudança organizacional;

Contrapessupostos:

- A resistência é um fenômeno saudável e contributivo;
- A resistência é usada como uma desculpa para processos de mudança fracassados ou inadequadamente desenhados.

Pressuposto clássico 3 - Os seres humanos são naturalmente resistentes à mudança;

Contrapessupostos:

- Os seres humanos resistem à perda, mas desejam a mudança: tal necessidade tipicamente se sobrepõe ao medo do desconhecido.

Pressuposto clássico 4 - Os empregados são atores organizacionais com maior probabilidade de resistir à mudança;

Contrapessupostos:

- A resistência – quando ocorre – pode acontecer entre os gestores, agentes de mudança e empregados.

Pressuposto clássico 5 - A resistência à mudança é um fenômeno grupal/coletivo.

Contrapessupostos:

- A resistência é tanto individual quanto coletiva – a resistência vai variar de uma pessoa para outra, em função de muitos fatores situacionais e de percepção.

Kotter e Schlesinger (1979) apud Hernandez (2001) apontam estratégias genéricas para se superar a resistência à mudança, entre elas: **COMUNICAÇÃO E PARTICIPAÇÃO**.

Quase sempre o processo de comunicação sofre entraves, bloqueios, dificuldades e restrições devido a barreiras que se interpõem entre os emissores e recebedores. As barreiras à comunicação são as restrições e limitações que ocorrem dentro ou entre as etapas do processo de comunicação. (Ferreira Silva, 2007). O boato é um exemplo típico de comunicação distorcida, ampliada e muitas vezes, desviada.

Segundo Kunsck (2003) a comunicação como atividade gerencial, isto é como processo pelo qual o gerente garante a ação das pessoas para promover a ação empresarial, tem dois propósitos principais, a saber: proporcionar informação e compreensão necessária para que as pessoas possam conduzir-se nas suas tarefas; proporcionar as atitudes necessárias que promovam a motivação, cooperação e satisfação nos cargos.

Não basta pautar-se por ações isoladas de comunicação, centradas no planejamento tático para resolver questões, gerenciar crises e gerir produtos sem uma conexão com a análise ambiental e as necessidades do público, interno e externo, de forma permanente e pensada estrategicamente (Kunsck, 2003).

A comunicação é um campo conceitual e prático que envolve processos permanentes de interação e dialogo. Para assegurar o entendimento e a negociação da organização com os atores sociais é preciso garantir que as decisões tomadas sejam conduzidas e aplicadas na mesma direção e com os mesmos objetivos, é fundamental trabalhar as duas perspectivas do campo, conhecer e agir (Oliveira, 2007).

Chiavenato (2004) afirma que são componentes do processo de comunicação:

- Fonte – a fonte significa a pessoa, coisa ou processo que emite ou fornece as mensagens por intermédio do sistema. O remetente cria uma ideia ou escolhe um fato para comunicar. É o que passa a ser o conteúdo da comunicação, isto é, a mensagem com um determinado significado. O remetente organiza sua ideia ou a mensagem por meio de uma série de símbolos, sinais ou códigos pelos quais pretende comunicar a outra pessoa (destino);
- Transmissor - o transmissor significa o meio, processo ou equipamento que codifica e transporta a mensagem através de algum canal até o receptor (destino) que deve recebê-la. Em princípio, todo transmissor é um decodificador de mensagem;
- Canal - é o espaço intermediário situado entre o transmissor e o receptor, que geralmente constituem dois pontos distantes;

- Receptor - significa o processo ou equipamento que capta e recebe a mensagem no canal. Para tanto, o receptor decodifica a mensagem para poder colocá-la à disposição do destino. Em princípio, todo receptor é um decodificador de mensagem;
- Destino - é a pessoa, coisa ou processo a quem é destinada a mensagem no ponto final do sistema de comunicação;
- Ruído – é a perturbação indesejável que tende a deturpar e alterar, de maneira imprevisível, as mensagens transmitidas. Em um sistema de comunicação, toda fonte de erros ou distorções está incluída no conceito de ruído. Uma informação ambígua ou que induz a erro é uma informação que contem ruído.

As barreiras à comunicação podem ocorrer: Na fonte com codificação pouco clara. Falta de clareza; significados diversos; fontes concorrentes; mensagem não desejada. Na transmissão quando existem muitos intermediários que distorcem; com canais sobrecarregados e com prioridades conflitantes. No receptor quando há: desatenção, falta de interesse, avaliação prematura, má interpretação, preocupação com o próprio ponto de vista (Chiavenato, 1999).

Diante do panorama identificado no HUAC, surge a questão: como a gestão pode melhorar suas comunicações?

São sugestões de Pimenta (2002):

- Coragem para gerenciar - o gerente deve buscar o ponto de equilíbrio entre a aceitação e a rejeição de riscos, o desempenho da empresa e a segurança pessoal;
- Buscar amplitude e profundidade – o gerente de mudança deve ser um generalista, com capacidade de compreender inter-relações complexas e com conhecimento multidisciplinar;
- Focar a gerência pela orientação para pessoas – deve ser um profissional capaz de reconhecer valores pessoais e organizacionais;
- Ter orientação global e antevisão de futuro - deve voltar-se para a problemática global, de forma permanente, ter uma postura proativa com vistas à identificação e análise de ameaças e oportunidades;
- Ter conhecimento relativo de todas as coisas – ante a impossibilidade de assimilar as crescentes informações relevantes disponíveis, deve o gerente saber correlacionar informações diversas;

- Deter conhecimento tecnológico específico – não há meio para fugir do impacto tecnológico. Não se pode esperar do gerente plena competência tecnológica, mas a detenção do conhecimento específico em sua área é imprescindível;
- Compreender os conceitos básicos de comunicação – o gerente precisa dominar os elementos que formam a equação da comunicação e estudar as variáveis que geram eficácia, traduzindo os valores para as suas rotinas e procurando exercitar as condições e premissas para o aperfeiçoamento;
- Saber escolher formas e canais de comunicação – grande parte das distorções se deve ao uso inadequado de formas e canais de comunicação. A Compreensão da natureza da mídia organizacional ajudará o gerente em suas comunicações, contribuindo para sua eficácia; f
- Identificar ruídos/problemas – o gerente não deve passar por cima dos problemas. Sua identificação e catalogação se fazem necessárias para a devida correção;
- Corrigir linguagens – as linguagens gerenciais são, costumeiramente, herméticas ou muito recheadas de tecnicismo. O desafio é o de transformar o recheio TÉCNICO. em “algo palatável” de fácil assimilação pelos diversos níveis organizacionais;
- Aperfeiçoar habilidades comunicativas – trata-se, nesse caso, de ajustar as questões relativas à codificação/decodificação com todos os problemas de expressão/locução; interpretação/leitura/audição/atitudes (para consigo, para com os temas e os receptores); domínio temático, etc.;
- Saber escolher os alvos – as comunicações gerenciais pecam pela difusão ampla e heterogênea, perdendo o sentido do foco central. Nesse sentido, o gerente precisa escolher alvos principais, secundários e terciários;
- Senso de oportunidade – ter senso de oportunidade significa escolher o momento certo para a expressão da ideia e veiculação da mensagem, Tempos errados e circunstâncias inadequada acabam atenuando e até “matando” as ideias básicas do projeto comunicativo;
- Identificar recursos de comunicação disponíveis – as organizações dispõem de formidáveis recursos de comunicação, frequentemente esquecidos ou mesmo desconhecidos pelas fontes gerenciais. Identificar tais recursos é lição primeira do corpo gerencial; f

- Atualizar-se constantemente – não há tempo para iniciar ou tempo para acabar de estudar. Todo tempo é um bom tempo. O gerente precisa saber aproveitar parte de seu tempo para se requalificar/reciclar, inclusive nas áreas técnicas da comunicação (media training, por exemplo, conceito que designa o programa de treinamento do corpo gerencial para enfrentar os meios de comunicação);
- Definir bem o que quer comunicar – se o gerente tem dúvidas sobre o conteúdo da comunicação, fará melhor se não se comunicar. Quando não se sabe bem o que comunicar, a comunicação será contaminada pelo vírus da improvisação e da confusão. O gerente manha sua imagem;
- Aceitar sugestões/críticas – a modéstia é uma grande qualidade. Modéstia não significa humilhação. Devem-se aprender todas as horas, com as pessoas ao seu redor, das mais simples às mais importantes da organização;
- Flexibilidade – o gerente precisa ter jogo de cintura para mudar de acordo com uma nova ideia, um bom conselho, uma sugestão positiva para o aperfeiçoamento. f
- Dar valor ao processo de comunicação – o gerente acaba pecando muito em suas comunicações por não perceber a importância do processo para sua vida pessoal e profissional e para própria evolução da organização em que trabalha. É fundamental que conheça os benefícios do sistema de comunicação;

Nassar (2006) arremata sugerindo que comunicar-se sempre é um processo e se essa ideia for desconsiderada, tende-se ao insucesso, frustração, ansiedade, insegurança e ineficiência nos relacionamentos internos e externos. Desse modo, a comunicação remete para a concepção de um projeto, de ações envolventes e simultâneas, integradoras, focadas nos diversos públicos, com utilização de instrumentos e linguagens apropriadas.

A gestão participativa, por sua vez, apresenta a vantagem de possibilitar a resolução de problemas que não podem ser solucionados individualmente; o comprometimento com soluções adotadas, uma vez que todos contribuem para chegar até ela; o fortalecimento do processo de tomada de decisão e a preparação de novos líderes dentro da instituição (Mendes, 2004). Estimula a motivação, a cooperação e a liberação do potencial criativo da equipe que induz a um maior engajamento e responsabilização por resultados (Matos, 1980).

Os Modelos de Gestão Participativa tratam da descentralização de estruturas organizacionais de tomada de decisão em unidades autônomas, que refletem, a princípio, o todo organizacional (Motta, 2002). Estes modelos são baseados em equipes multidisciplinares, menores níveis de papéis hierárquicos, responsabilidade compartilhada e dinâmica de poder equilibrada, desenvolvidos em processos de tomada de decisão.

Os processos de democratização fundamentam-se nos princípios de cogestão (espaços de debate e negociação entre os diferentes atores) e gestão colegiada, de modo que todos os trabalhadores participam da tomada de decisão que afeta o seu trabalho ou serviço. Todos esses trabalhadores se encontram periodicamente para repensar o ambiente de trabalho e sugerir direções para a organização. Assembleias ou conselhos de trabalhadores realizados no local de trabalho, onde os mesmos exercitam formas de liderança compartilhada (Campos, 2000).

A gestão participativa cria uma rede de espaços coletivos para a cogestão do trabalho em saúde: conselhos, colegiados, etc. Sujeitos com interesses, desejos e valores diferentes com capacidade de construir um pensar e agir coletivo capazes de enfrentamento de conflitos com pactuações de compromissos. É um exemplo de gerência democrática esperada nos dias de hoje.

d) PADRONIZAÇÃO E MANUALIZAÇÃO DE PROCESSOS

O HUAC se ressentia da carência de ferramentas de gestão, que possibilitem um bom planejamento e execução de atividades gerenciais e operacionais, a exemplo de:

- a) Padronização e manualização de processos;
- b) Sistemas de informação como ferramenta de apoio para agilizar e automatizar a gestão;
- c) Ferramentas de análises de custos, contabilidade, gestão orçamentária e financeira; e
- d) Gestão das atividades monitorada através de Indicadores para controle processual (indicadores de produção) e de resultados (indicadores de desempenho).

São notórios os desperdícios e a má utilização de insumos e equipamentos, e a pouca atenção ao planejamento logístico da instituição.

A logística de abastecimento é um dos principais pilares de qualquer instituição pública, tendo uma considerável importância estratégica, pois é um dos locais onde se aplicam os recursos orçamentários existentes, por meio da efetivação dos processos de compras de materiais, bens e serviços necessários ao alcance dos objetivos da instituição (Batista e Maldonado, 2008).

Segundo Alves (1998) a administração de hospitais constitui-se numa especialidade complexa e peculiar da administração, por envolver união de recursos humanos e procedimentos muito diversificados. Serviços característicos de outras organizações, tais como engenharia, alimentação, lavanderia, hotelaria e suprimentos, convivem com os complexos cuidados da área de saúde, interagindo com eles, a fim de dar aos pacientes, condições para sua recuperação.

A gestão por processos é uma importante ferramenta que permite à empresa, coordenação e controle das atividades organizacionais, proporcionando uma execução uniforme e eficiente dos serviços. Um processo é uma série de passos lógicos, através dos quais todas as ações repetidas numa empresa são iniciadas, executadas, controladas e finalizadas (Rodrigues, 1996).

Sobre padronização, Chiavenato (2003) afirma que a organização racional do trabalho não se preocupou somente com a análise do trabalho, estudo dos tempos e movimentos, fadiga do operário, divisão do trabalho e especialização do operário e com os planos e incentivos salariais. Foi mais além e passou a se preocupar também com a padronização dos métodos e processos de trabalho, no intuito de reduzir a variabilidade e a diversidade no processo produtivo e, daí, eliminar o desperdício e aumentar a eficiência.

Para Falconi (1994) a organização deve definir padrões para execução das tarefas com o intuito de melhorar o fluxo de trabalho, ajudando também aos indivíduos da organização a desempenhar suas funções com confiança, responsabilidade e obter um ótimo desempenho.

Ainda segundo o autor, o padrão é o instrumento que indica a meta (fim) e os procedimentos (meios) para a execução do trabalho, de tal maneira que cada um tenha condições de assumir a responsabilidade pelos resultados de seu trabalho.

Segundo Araújo (2011) o objetivo da manualização é permitir a reunião de informações dispostas de forma sistematizada, criteriosa e segmentada que atue como instrumento facilitador do funcionamento da organização.

O mesmo autor salienta que, num sentido mais amplo e/ou geral, a elaboração de um manual de normas e procedimentos objetiva:

- a) Fixar critérios e padrões da forma de fazer os processos organizacionais;
- b) Uniformizar a terminologia técnica e administrativa utilizada na organização;
- c) Normatizar as atividades, métodos e formulários utilizados;
- d) Garantir a execução correta dos processos, independentemente das alterações políticas, gerenciais e administrativas;
- e) Evitar equívocos sobre a interpretação de como deve ser realizada alguma atividade do processo;
- f) Contribuir na ambientação e treinamento de novos servidores, bem como dos antigos que assumem novas funções;
- g) Contribuir para a eficiência e eficácia dos trabalhos realizados; e
- h) Servir como instrumento efetivo e contínuo para consulta e orientação aos profissionais da organização.

Certamente que não se constituirá na solução de todos os problemas administrativos do HUAC, mas a padronização e manualização dos seus processos representará um importante ponto de partida para melhorar o seu funcionamento, aumentando a sua capacidade de enfrentamento das dificuldades e avaliação objetiva das suas práticas.

MACROPROBLEMA 1 – Gestão da clínica deficiente e modelo assistencial não centrado no paciente

O processo de fragmentação do conhecimento e a conseqüente divisão do processo de trabalho em saúde tem dificultado a responsabilização sobre o cuidado clínico e o desenvolvimento de vínculo terapêutico.

Como lembra Campos (2006), nesta lógica de linha de produção, alterou-se o modo de cuidar: o paciente é encaminhado de serviço a serviço, via sistemas de referência e contra-referências (definidos por protocolos ou centrais de regulação), sem que nenhum profissional ou equipe se responsabilize por ele como um todo. A relação, que outrora foi médico-paciente, foi transformada em “diversos profissionais - paciente”. Profissionais estes que, na maioria das vezes, nem sequer trabalham de forma interdisciplinar. Como resultados observam-se o aumento de custos, o desperdício decorrente da repetição de exames e

procedimentos, a demora no acesso ao tratamento, enfim, baixa qualidade do cuidado à saúde.

Ao percorrer o interior dos processos no universo hospitalar, algumas questões ficam aparentes acerca da produção das ações em saúde:

a) O cuidado em saúde tem uma coordenação fragmentada pela lógica médica, através de um processo ambíguo que nem sempre está integrado com a equipe multiprofissional, nem mesmo com as outras unidades que são fornecedoras de serviços;

b) O processo do cuidado em saúde conta com a participação de muitos profissionais que vão compor a totalidade e integralidade da assistência. O que ocorre é que existem vários ruídos nessa interação, que evidenciam problemas ligados à organização do trabalho e a construção das relações entre as equipes.

Nessa perspectiva, alguns conceitos se contrapõem ao modelo predominante na maioria dos hospitais, inclusive no HUAC, porquanto, diferentemente, centralizam as atenções nas pessoas sob cuidados. São eles:

a) CLÍNICA AMPLIADA

A clínica ampliada busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional (Brasil, 2009).

Na clínica ampliada, é necessário um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular; assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar ajuda em outros setores (intersectorialidade); reconhecer os limites do conhecimento dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; e assumir um compromisso ético profundo. A clínica ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas também a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viverem outras coisas na sua vida (BRASIL, 2004).

São objetivos da clínica ampliada, segundo Campos (2003):

a) Produzir saúde - através de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, intervenções curativas e de reabilitação;

- b) Coprodução de autonomia - Nesta perspectiva, autonomia é entendida como a capacidade dos pacientes, das famílias e das comunidades de cuidarem de si mesmos, lidando com suas próprias dependências e com situações que a eles se apresentam.
- c) Ampliar nos profissionais de saúde a capacidade de inter-relacionamento com isso a possibilidade de vínculo com os usuários e com os próprios projetos institucionais.

A implantação da Clínica Ampliada inclui as seguintes proposições (Oliveira, 2008):

- **ACOLHIMENTO COM ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO.**

Para Campos (2003), acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar compreendê-la e solidarizar-se com ela. É no acolhimento que é feita a estratificação de risco do paciente e são avaliadas suas necessidades de saúde.

- **EQUIPES DE REFERÊNCIA.**

Campos (2006) sugere para o exercício da Clínica Ampliada, uma mudança na lógica de organização dos serviços e na própria racionalidade da assistência. Em grande parte dos serviços de saúde brasileiros predomina a lógica da urgência / emergência, com intervenções rápidas, pontuais e verticais, que não favorecem o vínculo terapêutico.

Equipes de referência são grupos de trabalho, necessariamente multiprofissionais e interdisciplinares, que trabalham com adstrição de clientela sob a qual possuem responsabilidade clínico-sanitária (Oliveira, 2008).

- **PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR**

A humanização da saúde e o atendimento integral aos usuários do SUS são metas que vem sendo almejadas pelos trabalhadores e profissionais de saúde pública atualmente. Para tanto, são repensadas estratégias de ação e produção do cuidado que coloquem o usuário no centro da atenção e sua saúde como fim, a exemplo do Projeto Terapêutico Singular (Silva, 2013).

O Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, voltadas para um sujeito individual ou coletivo como resultado da discussão grupal de uma equipe interdisciplinar. Geralmente é dedicado a situações mais complexas, sendo analisada a fundo, uma variação da discussão de caso clínico. É, portanto, uma reunião de toda a equipe, onde todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito

com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para a definição de propostas de ações nesse sentido (Cunha & Campos, 2010).

Trata-se de uma discussão prospectiva e não retrospectiva, conforme acontecia, tradicionalmente, na discussão de casos em medicina. Assim, as equipes de referência empreendem a construção de responsabilidade singular e de vínculo estável entre equipe de saúde e usuário/ família. Cada profissional de referência terá o encargo de acompanhar as pessoas ao longo de todo seu tratamento naquela organização, providenciando a intervenção de outros profissionais ou serviços de apoio consoante necessário e, finalmente, assegurando sua alta e continuidade de acompanhamento em outra instância do sistema. Nesse sentido, a dimensão singular é, pois, a essência do projeto terapêutico. É o lócus onde se inscreve a concepção de ser humano que determina a ação de saúde oferecida para alcançar o objetivo de criar produtos de saúde: cuidar, melhorar a qualidade de vida dos usuários, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença, entre outros (Pinto, 2011).

Cunha & Campos, 2010 sugerem que o Projeto Terapêutico Singular contém quatro movimentos:

- 1) Definir hipóteses diagnósticas;
- 2) Definição de metas;
- 3) Divisão de responsabilidades;
- 4) Reavaliação.

Diversos autores citados (Ruoff, 2002; Chapell, 2004; Kwan & Sandercock, 2004; Thomas, 2004) *apud* Cunha & Campos (2010) sugerem os benefícios do Projeto Terapêutico Singular:

- Melhoram a coordenação entre as equipes;
- São eficazes na padronização clínica;
- Contribuem a redução das internações hospitalares e das taxas de permanência;
- Aumentam a satisfação das pessoas usuárias;
- Melhoram a qualidade da atenção;
- Levam a melhores resultados clínicos;
- Diminuem o uso de medicamentos; e
- Reduzem os custos da atenção à saúde.
- **UNIDADES DE PRODUÇÃO**

De uma departamentalização funcional (aquela que se baseia nas especialidades ou nas profissões) que centraliza o poder nas corporações profissionais, passa-se a ter unidades de produção, centradas no cuidado ao paciente. Este novo tipo de departamento, agora organizado de acordo com a sua atividade-fim / objeto de trabalho (por exemplo, clínica médica, emergência e terapia intensiva), são necessariamente multiprofissionais e interdisciplinares, agrupam diversas equipes de referência e integram os diferentes processos de trabalho de cada profissão ou especialidade sob apenas um mesmo comando e coordenação, o gestor da unidade de produção (Campos, 1998).

- **DEMOCRATIZAÇÃO DA GESTÃO**

O gestor da unidade de produção, junto às equipes de referência, forma um colegiado de gestão. Este elabora, em permanente negociação, o planejamento estratégico (diretrizes, programas de trabalho, metas, tarefas e responsáveis) de cada unidade de produção, avaliando-o periodicamente; discute e delibera sobre os casos clínicos pelos quais é responsável e sobre questões do processo de trabalho, como escala de plantões e férias (Oliveira, 2008).

A Clínica Ampliada aposta em uma gestão que ofereça formas de controle, diretrizes e critérios, mas que ao mesmo tempo dê suporte às equipes em seus projetos; que estimule sua criatividade e empenho improvisador, concedendo autonomia relativa às equipes (para pensar e organizar seus processos de trabalho e projetos terapêuticos) e ao mesmo tempo cobre responsabilização (Mendes, 2002).

b) GESTÃO DA CLINICA

A Gestão da Clínica tem como objetivo assegurar padrões clínicos ótimos e, conseqüentemente, melhorar a qualidade das práticas clínicas (OMS, 1998). Segundo Mendes (2009) é um conjunto de tecnologias de micro gestão, destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade:

- Centrada nas pessoas;
- Efetiva;
- Estruturada com base em evidências científicas;
- Segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde;
- Eficiente e provida com os custos ótimos;

- Oportuna, prestada no tempo certo;
- Equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas;
- Ofertada de forma humanizada.

Entre os instrumentos de gestão da clínica destacam-se;

- 1) Linha de cuidado;
- 2) Diretriz clínica;
- 3) Regulação

LINHA DE CUIDADO

A definição de linhas de cuidado internas pode contribuir para a seleção da oferta de serviços do hospital para a rede de saúde pública, contribuindo assim para a estruturação de linhas de cuidado na rede de saúde a qual o Hospital está inserido.

Para o estabelecimento das linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde, torna-se necessário um processo de contratualização adequado e focado nesse novo modelo. A contratualização é formalizada por meio de instrumento celebrado entre o gestor do SUS contratante e o prestador de atenção à saúde sob sua gestão, com a definição das regras contratuais, do estabelecimento de metas, indicadores de acompanhamento e dos recursos financeiros (BRASIL, 2013).

O estabelecimento de linha de cuidado representa uma forma de gerir os serviços hospitalares que tem sido adotada em hospitais de referência e é considerada como uma forma eficaz de garantir a integralidade do cuidado com foco no usuário

O hospital pode ser visto como um componente fundamental da integralidade do cuidado pensada de forma ampliada, como um ponto na linha que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita.

No hospital, o cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é somatório de um grande número de pequenos cuidados que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores. Assim, 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 do hospital. Um dos

desafios do processo gerencial do hospital contemporâneo é conseguir coordenar, adequadamente, esse conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos cuidadores individuais, que resulte em uma dada coordenação do cuidado. O tema da integralidade do cuidado no hospital, como nos demais serviços de saúde, passa, necessariamente, pelo aperfeiçoamento da coordenação do trabalho de equipe (Cecílio; Merhy, 2003).

DIRETRIZES CLÍNICAS

As diretrizes clínicas representam uma das importantes tecnologias apontadas por Mendes (2007) para a implementação da gestão da clínica. São desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição ou patologia, realizada de modo a normalizar todo o processo, ao longo de sua história natural, cobrindo, portanto, as ações de prevenção primária, secundária e terciária, e por todos os pontos de atenção à saúde de uma rede de atenção à saúde, envolvendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

A possibilidade de ordenar previamente os fluxos dos usuários ao longo de todos os pontos de atenção da rede de atenção à saúde e de estabelecer as intervenções em cada qual, nos aspectos promocionais, preventivos, curativos, reabilitadores e paliativos, é que confere a diretriz clínica, a possibilidade de servir de instrumento para o desenho da rede de atenção à saúde (Mendes, 2007).

O mesmo autor sugere que a elaboração da diretriz clínica que envolve várias etapas:

- a) A escolha da condição ou patologia: que deve levar em conta a sua relevância para a população, para a rede de atenção à saúde e pode ser determinada pela magnitude, pelo custo, pela importância para os usuários ou por prioridades institucionais ou políticas;
- b) A definição da equipe multidisciplinar que irá elaborar a diretriz clínica, preferencialmente, com a representação das diversas categorias profissionais, dos diversos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos. Em alguns países, como a Escócia e pelo Instituto Nacional de Excelência Clínica, no Reino Unido, têm como norma colocar representações de grupos de usuários portadores da condição de saúde como membros da equipe.

- c) A análise situacional da condição ou patologia: que se dá a partir do diagnóstico situacional na rede de atenção à saúde, de enfrentamento da condição ou patologia, que implica, operacionalmente, em desenhar os fluxos dos usuários por todos os pontos de atenção à saúde, anotando o que é feito em cada um deles, por quais profissionais e assinalando quais os problemas detectados;
- d) A busca de evidências e de experiências relevantes nas literaturas nacional e internacional, utilizando evidência científica, especialmente as revisões sistemáticas da literatura ou meta-análises. As evidências devem ser organizadas por categorias e classificadas segundo a força das evidências;
- e) A formalização da diretriz clínica, através de documento que viabilize a melhor comunicação do conteúdo aos profissionais de saúde e, preferencialmente, que as recomendações estejam organizadas sob forma de algoritmos de fácil entendimento para os leitores;
- f) A validação interna e externa da diretriz clínica: é importante para garantir que o instrumento de normalização seja aceito e utilizado posteriormente. A validação interna é realizada por um consenso interno à organização. A validação externa deve ser obtida, quando possível, através da manifestação explícita de sociedades corporativas temáticas;
- g) A avaliação da diretriz clínica deve ser realizada, após a implantação com periodicidade definida. A avaliação inclui juízos de valor sobre: os métodos usados no desenvolvimento das diretrizes clínicas; o conteúdo das recomendações finais; os fatores associados ao seu acolhimento pelos potenciais utilizadores; a validade esperada das diretrizes clínicas; os resultados finais pretendidos;
- h) A publicação da diretriz clínica deve ter uma diagramação adequada, a fim de que se torne amigável aos seus usuários. Deve ser disponibilizada em papel e em meio eletrônico, que pode sofrer revisões em períodos de tempo menor que a publicação em papel;
- i) A revisão da diretriz clínica periodicamente, uma vez que as evidências surgem com muita frequência; é prudente que os instrumentos de normalização sejam revistos, a cada um ou dois anos.

Para Mendes (2009), as diretrizes clínicas cumprem quatro funções essenciais nos sistemas de atenção à saúde:

- 1) Função gerencial: decorre da necessidade de se controlar a variabilidade de conduta dos profissionais, através da padronização dos processos, tornando a atenção à saúde mais gerenciável;
- 2) Função educacional: decorre da utilização das diretrizes clínicas na educação permanente para os profissionais de saúde e de educação em saúde os usuários dos sistemas de atenção à saúde. As diretrizes clínicas devem ser transformadas em produtos educacionais com o objetivo fundamental de mudar os comportamentos dos profissionais de saúde e dos usuários dos sistemas de atenção à saúde.
- 3) Função comunicacional: pressupõe o uso das diretrizes clínicas como instrumentos de comunicação entre o sistema de atenção à saúde e seus profissionais e os usuários. Para tanto, devem ser escritas numa linguagem de fácil apropriação para os profissionais de saúde e devem ser editadas numa versão que possa ser apropriada pelos usuários.
- 4) Função legal: ocorre porque as Cortes de Justiça, especialmente nos países desenvolvidos, cada vez mais, nos julgamentos dos contenciosos nos sistemas de atenção à saúde utilizam, como base de suas deliberações, as diretrizes clínicas. Portanto, a obediência às normas definidas nas diretrizes clínicas pode constituir uma proteção jurídica para os profissionais e para as organizações de saúde.

REGULAÇÃO

A constituição de Núcleo Interno de Regulação (NIR) objetiva, entre outros, criar espaço institucional, onde se define, a partir de critérios clínicos, as prioridades de internação nos leitos hospitalares e melhorar o fluxo de saída do serviço de emergência hospitalar (Bittencourt, 2010).

Nos hospitais, o Núcleo Interno de Regulação (NIR) constitui a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios

preestabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário.

O NIR tem as seguintes funções internas:

- Regular os leitos das unidades de internação, com base no aumento da efetividade clínica;
- Regular as vagas das unidades de internação, com base no critério de admissão por risco;
- Implantar o Projeto Terapêutico Singular (PTS), especialmente, nos casos de longa permanência, a partir do trabalho de equipes multidisciplinares; e
- Monitorar o Tempo Médio de Permanência.

Entre as funções externas do NIR se incluem:

- A responsabilização pela continuidade do cuidado, por meio da organização de redes de assistenciais e de corredores virtuais de atenção à saúde;
- A promoção da interface da Unidade de Saúde com o Complexo Regulador (central de leitos; central de consultas especializadas; central de procedimentos de alta complexidade; central de urgência e emergência); e
- A promoção da interface da Unidade de Saúde com a Rede de Atenção Local (coordenações distritais de saúde; centros de saúde; equipes do PSF, etc).

Donaldson & Gray (1998) *apud* Oliveira (2008) destacam que qualquer gestor de saúde que pretenda implantar a Gestão da Clínica em sua organização precisa criar um ambiente para que a excelência clínica prospere. E para isso é necessário:

- 1) Estabelecer uma cultura de aprendizado organizacional – com um clima aberto, participativo e de questionamento, em que ideias e boas práticas são compartilhadas, onde educação e pesquisa são valorizadas e onde há estímulo para que as decisões sejam baseadas em evidências;
- 2) Estabelecer uma estratégia global para assegurar a qualidade da assistência e alinhá-la aos objetivos dos profissionais, das equipes e da organização;
- 3) Desenvolver instrumentos e indicadores para avaliação de melhoria da qualidade dos serviços prestados. Tempo de espera para atendimento e para consulta de retorno, número de exames repetidos solicitados por paciente são alguns exemplos de indicadores que buscam monitorar a eficiência e efetividade dos serviços de saúde;

- 4) Investir no treinamento e desenvolvimento contínuos dos profissionais da organização;
- 5) Fornecer suporte à prática clínica (garantindo boa infraestrutura e fortes sistemas de gestão, continuamente melhorados - bibliotecas, tecnologias de informação, auditorias, etc.);
- 6) Buscar parceiros que possam colaborar no processo de melhoria da qualidade;
- 7) Envolver os pacientes no cuidado clínico, os colocando no centro da assistência (considerar seus valores e experiências, deixá-los participar na definição de qualidade, capacitá-los a participar plenamente dos processos decisórios, etc.);
- 8) Assegurar um ambiente de segurança, onde problemas relacionados à qualidade do cuidado são reconhecidos precocemente, investigados e corrigidos e onde os erros cometidos geram aprendizados, que previnem outros problemas e sustentam as melhorias;
- 9) Demonstrar “Accountability” junto à sociedade (expressão sem tradução exata para o português, mas que envolve capacidade e transparência na prestação de contas);
- 10) Ter lideranças poderosas, capazes de promover tamanha mudança de cultura organizacional em todos os níveis da organização.

5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Tomando como base os macroproblemas definidos nas oficinas realizadas no Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC com a equipe do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês e, a partir dos quais construímos nossas árvores de problemas, definimos os nós críticos e dentre estes, seguindo a metodologia orientadora, aqueles que se demonstraram mais contundentes em relação ao macroproblema discutido.

Tendo sido definidos dois macroproblemas no HUAC, para cada um, foram encontrados 04 (quatro) nós críticos para serem trabalhados buscando a resolução do macroproblema. Para cada nó crítico foram definidas ações, num total de 23 (vinte e três), sendo 11 (onze) para o macroproblema 1 e 12 (doze) para o macroproblema 2. Para a

execução destas ações foram definidas atividades estabelecendo o modo como se realizaria cada ação, o(s) responsável (is) pela mesma e o resultado esperado.

O plano de ação foi construído tendo por base a ferramenta 5W3H conforme descritivos e materiais disponibilizados para a construção deste PDE.

Das disposições assumidas na presente proposta de intervenção, espera-se o alcance dos resultados propostos por meio do empenho dos responsáveis pelas mesmas e a plena realização das atividades visando ao atendimento da ação, destinada à resolução do nó crítico, o que ensejará na minimização de aspectos contundentes dos macroproblemas.

MP1: A GESTÃO HOSPITALAR É POUCO EFICIENTE E HÁ NECESSIDADE DE SE REALIZAR A REVISÃO DE TODOS OS FLUXOS E PROCESSOS

Nó Crítico 01	Ação	Atividades	Precedência	Responsáveis	Resultados Esperados
Falta de envolvimento e integração das equipes	1. Capacitação e sensibilização da equipe para o novo modelo de gestão	1a. Potencializar equipe ampliada envolvendo participantes considerados aliados e com capacidade de influenciar as áreas nas quais atuam	-	Superintendente Homero GAS Consuelo; Cândida; Neuma GAD Daisy; Socorro; Joelma GEP Paulo; Mabel Colegiados das UP.	i) Promover decisões colegiadas e compartilhadas.
		1b. Realizar oficinas de capacitação em ferramentas de gestão hospitalar e gestão da clínica	-	Superintendente Homero GAS Consuelo; Cândida; Neuma GAD Daisy; Socorro; Joelma GEP Paulo; Mabel Parceiros institucionais.	ii) Melhorar o desempenho da gestão Técnico-Administrativa. iii) Maior adesão dos trabalhadores ao novo modelo de gestão.
		1c. Realizar palestras com temáticas de relações interpessoais, motivação no trabalho, terapias alternativas e qualidade de vida.	-	Superintendente Homero GAS Consuelo; Cândida; Neuma GAD Daisy; Socorro; Joelma GEP Paulo; Mabel Parceiros institucionais.	iv) Promover maior credibilidade e transparência na Gestão Hospitalar.
	2. Criação das Unidades de Produção (finalísticas, apoio TÉCNICO. e administrativo) e seus colegiados.	2a. Oferecer oficinas de iniciação ao modelo de UP	-	Superintendente Homero GEP Paulo	v) Aperfeiçoar os processos de trabalho utilizando ferramentas de gestão que resultem em maior eficácia nas ações cotidianas
		2b. Implantar as UP e o Colegiado das UP	2a	Superintendente Homero GAS Consuelo, Cândida, GAD Daisy.	
		2c. Fazer acompanhamento das atividades das UP (estabelecimento de metas qualitativas e quantitativas, acompanhamento de indicadores de desempenho).	2b / 3	Colegiado das UP	

Nó Crítico 02	Ação	Atividades	Precedência	Responsáveis	Resultados Esperados
Desconhecimento de metas e indicadores de desempenho	3. Definição de metas qualitativas e quantitativas das três Gerências (administrativo, assistencial e de ensino e pesquisa) do HUAC	3a. Reunir unidades de produção por área para apresentar detalhadamente os objetivos institucionais.	2b	Superintendente Homero	i) Nortear os servidores para o alcance dos objetivos organizacionais ii) Inserir os colaboradores na construção de melhores processos setoriais de trabalho
		3b. Analisar conjuntamente a capacidade instalada do hospital	2b	Superintendente Homero GAS Consuelo GAD Daisy GEP Paulo Colegiados das UP	
		3c. Discutir metas com as UP e formalizá-las por área do HUAC	2b	Superintendente Homero GAS Consuelo GAD Daisy GEP Paulo Colegiados das UP	
	4. Definição de indicadores que contribuirão para o alcance das metas estabelecidas	4a. Discutir com as UP a criação do Painel de Bordo (Indicadores de desempenho) de cada unidade	2b	Superintendente Homero GAS Consuelo GAD Daisy GEP Paulo Colegiados das UP	iii) Criar mecanismos de mensuração da produtividade e desempenho dos serviços do HUAC
		4b. Definir os indicadores institucionais do HUAC	-	Superintendente Homero	
		4c. Monitorar o conjunto de indicadores institucionalizados (no Colegiado e nas UP)	4b	SAME Rosa Nina CCIH - Alice Chefe da Assessoria de Planejamento	

Nó Crítico 03	Ação	Atividades	Precedência	Responsáveis	Resultados Esperados
Comunicação interna deficiente	5. Construção e Implantação de uma política de comunicação institucional	5a. Negociar com a governança as estratégias de implantação	-	Chefe da Unidade de comunicação Assistente de comunicação	i) Socializar de forma efetiva as informações e divulgação de resultados; ii) Aproximar a equipe de governança do conjunto dos trabalhadores do HUAC; iii) Dar visibilidade interna a política de comunicação do HUAC iv) Promover a melhoria na circulação dos usuários e colaboradores pelo hospital
		5b. Definir as estratégias de comunicação externa (responsáveis pela representação da instituição externamente; canais de comunicação externa; e formato das documentações divulgadas externamente)	5a	Chefe da Unidade de comunicação Assistente de comunicação	
		5c. Definir as estratégias e canais de comunicação interna (forma de disposição das informações, linguagem visual e os locais onde serão expostos, projeto de sinalização)	5a	Chefe da Unidade de comunicação Assistente de comunicação	
		5d. Normatizar e Institucionalizar a Política de Comunicação do HUAC	-	Chefe da Unidade de comunicação Assistente de comunicação Superintendente Homero	
		5e. Estabelecer rotina de manutenção e atualização das informações (comunicação interna e externa)	5b,5c	Chefe da Unidade de comunicação Assistente de comunicação	
		5f. Implantar Painel de Bordo de gestão a vista pelos setores de grande circulação do Hospital	5e	GAS Consuelo GEP Paulo GAD Daisy	
		5g. Planejar e divulgar em vários pontos do hospital os resultados da gestão, com foco nos trabalhadores e usuários	5c,5d	Chefe da Unidade de comunicação Assistente de comunicação	
6. Divulgar a estrutura organizacional e suas competências	6a. Criar página do HUAC na Web e rede de e-mails institucionais/intranet	-	Chefe do Setor de Tecnologia da Informação	v) Fazer com que todos os colaboradores conheçam a estrutura organizacional	
7. Divulgação da missão, visão e valores do HUAC.	7a. Utilizar os meios de comunicação disponíveis para divulgação;	-	Chefe da Unidade de comunicação Assistente de comunicação	vi) Tornar esses conceitos conhecidos e integrá-los as ações do HUAC	

		7b. Apresentar em eventos (palestras, seminários, cursos, treinamentos).	-	Chefe da Unidade de comunicação Assistente de comunicação	
	8. Inclusão dos representantes das UP em reuniões de planejamento, avaliação e desempenho	8a. Elaborar um cronograma regular de reuniões	2b	Superintendente Homero GAS Consuelo, GAD Daisy GEP Paulo	vii) Integrar as UP nas decisões da gestão
		8b. Convocar e realizar reuniões	8a	Superintendente Homero GAS Consuelo, GAD Daisy GEP Paulo	

Nó Crítico 04	Ação	Atividades	Precedência	Responsáveis	Resultados Esperados
Resistência a mudança dos atores internos	9. Difusão do PDE	9a. Fazer uma explanação dialogada do PDE para a equipe ampliada		Superintendente Homero GAS Consuelo; Candida; Neuma GAD Daisy; Socorro; Joelma GEP Paulo; Mabel Colegiados das UP	i) Engajar os servidores no novo projeto de gestão
		9b. Disponibilizar mídia para apresentação do PDE aos representantes das UP		Superintendente Homero GAS Consuelo; Candida; Neuma GAD Daisy; Socorro; Joelma GEP Paulo; Mabel Colegiados das UP	
		9c. Orientar representantes das UPs para disseminação do PDE em suas unidades		Superintendente Homero GAS Consuelo; Candida; Neuma GAD Daisy; Socorro; Joelma GEP Paulo; Mabel Colegiados das UP	
		9e. Publicar o PDE nos meios de comunicação disponíveis no hospital		Equipe da Unidade de Comunicação	

Resistência a mudança dos atores internos		9f. Sistematizar reuniões da equipe ampliada para acompanhamento do cronograma de desenvolvimento das ações, das atividades e da avaliação de metas		Superintendente Homero GAS Consuelo; Candida; Neuma GAD Daisy; Socorro; Joelma GEP Paulo; Mabel Colegiados das UP	
	10. Operacionalização do Programa de avaliações de desempenho por competência aos funcionários RJUs e institucionalização aos funcionários Ebserh	10a. Definir e pactuar com os chefes de serviço responsáveis a aplicação do programa de avaliação, em seus setores, referentes aos funcionários RJUs		Cada Gerente (Consuelo - GAS, Paulo - GEP, Daisy - GAD), define as chefias em suas áreas de atuação, que serão responsáveis pela aplicação do programa	ii) Propiciar um melhor acompanhamento do desenvolvimento dos trabalhadores do HUAC, dentro das competências necessárias à melhor execução dos serviços
		10b. Identificar os funcionários (RJUs) que estão com a avaliação pendente		DGP Geórgia	
		10c. Criar um mecanismo de divulgação das datas de avaliação dos funcionários RJUs		DGP Geórgia	
		10d. Criar um sistema de acompanhamento da realização das avaliações dos funcionários RJUs		Joelma, Geórgia, Chefias de Divisão e Setoriais	
		10e. Buscar informação, junto à EBSERH, sobre as especificidades do Programa de Avaliação de Desempenho direcionada aos funcionários contratados pela empresa		Chefe DGP - Joelma	
		10f. Implantar o Modelo referente aos funcionários EBSERH no HUAC		Chefe DGP - Joelma	
		10g. Divulgar o modelo, fluxo e processo de acompanhamento das progressões funcionais e das avaliações de desempenho		Chefe DGP - Joelma, Chefe da Unidade de Comunicação, Assistente de Comunicação	
	11. Definição e implementação do Programa de qualidade de vida do trabalhador	11a. Criar espaços de convivência ao trabalhador e planejar atividades a serem realizadas neste local		Gerências (GAS - Consuelo, GEP - Paulo, GAD - Daisy), Chefe da DRH - Joelma, Geórgia, Chefias Setoriais,	iii) Promover qualidade de vida ao trabalhador do HUAC, dentro de parâmetros normativamente dispostos
		11b. Definir e implementar o programa de prevenção de doenças "cuidando de quem cuida"		GAS - Consuelo Chefe DRH - Joelma, Geórgia	

		11c. Criar e implantar mecanismos de monitoramento do Programa de Qualidade de Vida do Trabalhador		DGP - Joelma, Geórgia	
--	--	--	--	-----------------------	--

MP2: GESTÃO DA CLÍNICA DEFICIENTE E MODELO ASSISTENCIAL NÃO CENTRADO NO PACIENTE

Nó Crítico 05	Ação	Atividades	Precedência	Responsáveis	Resultados Esperados
Falta de decisão institucional de implementar Gestão da Clínica	12. Atualização da Contratualização com o gestor local, em consonância com as diretrizes da PNHOSP	12a. Avaliar a capacidade instalada do hospital, considerando o perfil epidemiológico e as necessidades locais e/ou regionais		Superintendente Homero GAS Consuleo SMS	i) Repactuar os termos da contratualização
		12b. Estabelecer o papel do hospital e o que ele tem a oferecer diante das necessidades da RAS		Superintendente Homero GAS Consuleo SMS	
		12c. Qualificar o Instrumento Formal de Contratualização (IFC) em âmbitos tanto quantitativos quanto qualitativos (ex.: Linhas de Cuidado e Protocolos Clínicos)		Superintendente GAS Consuleo	
		12d. Negociar com o gestor local a reformulação do Instrumento Formal de Contratualização, considerando a estrutura definida nas diretrizes da contratualização	12a,12b, 12c	Superintendente GAS Consuleo	
		12e. Desdobrar as metas pactuadas na contratualização em objetivos internos para todas as áreas do HUAC (Contrato Interno de Gestão)	12d	Superintendente GAS Consuleo	
	13. Estabelecimento de um Modelo de Gestão por processos	13a. Mapear os fluxos e processos administrativos, financeiros, finalísticos e de apoio, de gestão de obras e compras hospitalares.		GAD Daisy GAS Consuleo GEP Paulo UPs	ii) Melhorar fluxos e processos
		13b. Analisar os processos documentados e definir melhorias necessárias	13a	GAD Daisy GAS Consuleo GEP Paulo UPs	
		13c. Definir indicadores de desempenho dos processos	13b	GAD Daisy GAS Consuleo GEP Paulo UPs	
		13d. Definir a estrutura organizacional adequada para o suporte a este modelo de gestão		GAD Daisy GAS Consuleo GEP Paulo UPs	
		13e. Implementar as novas versões dos processos (ajustar diretrizes, POPs, protocolos, rotinas e fluxos) e capacitar os executores	13a, 13b, 13c,13d	GAD Daisy GAS Consuleo GEP Paulo UPs	
		13f. Organizar o monitoramento do desempenho dos processos		GAD Daisy GAS Consuleo GEP Paulo UPs	

		13g. Monitorar o desempenho dos processos	13f	GAD Daisy GAS Consuelo GEP Paulo UPs	
14. Qualificação das relações estratégicas do hospital	14a. Participar de espaços estratégicos no âmbito da gestão do SUS (fóruns de discussão governamentais, comissões intergestoras, Conselho de Saúde, Câmaras Técnicas, bipartites, etc.)			Superintendência Homero GAS Consuelo GEP Paulo	iii) Possibilitar o crescimento do HUAC
	14b. Constituir canal de interlocução com órgãos de controle interno e externo e Ministério Público			Superintendência Homero GAS Consuelo GEP Paulo	
	14c. Promover reuniões com o gestor do SUS para discutir o papel do HUAC na RAS local, garantir a participação nas políticas prioritárias do SUS e sobre o funcionamento da Comissão de Acompanhamento da Contratualização			Superintendência Homero GAS Consuelo GEP Paulo	

Nó Crítico 06	Ação	Atividades	Precedência	Responsáveis	Resultados Esperados
Falta de conhecimento e capacitação em Gestão da Clínica	15. Implementação de um programa de desenvolvimento profissional	15a. Mapear necessidades de capacitação técnica das UP	-	Chefe da DGP Joelma UP	i) Gerar satisfação nos servidores e possibilitar melhorias no desempenho individual e institucional
		15b. Formar grupo de trabalho capacitado que garanta a aplicação do programa alinhado à Educação Continuada e preparar trabalhadores especializados para a implementação da Educação Permanente	15a	Paulo (GEP) e Joelma (DGP)	
		15c. Formatar o plano anual de capacitações (Educação Continuada) e planejar a aplicação de ferramentas de ensino aprendizagem (Educação Permanente)	15b	Chefe da DGP Joelma	
		15d. Estabelecer parcerias institucionais para realização das capacitações elencadas caso necessário	15a	Superintendente Homero	

Nó Crítico 08	Ação	Atividades	Precedência	Responsáveis	Resultados Esperados
Desorganização do serviço	Ação 17: Implantação das Linhas de Cuidado do HUAC	17a. Criar Comissão para instituir as Linhas de Cuidado		GAS Consuelo	i) Mudar a gestão do cuidado centrada no profissional médico para centrada no paciente
		17b. Capacitar a Comissão para instituir as Linhas de Cuidado	17a	GAS Consuelo GEP Paulo	
		17c. Verificar as condições internas (demandas, profissionais, equipamentos e estrutura física) e externas (taxas, mortalidade, existência dos serviços da região e a pactuação com o gestor local)	17a	GAS Consuelo Comissão de instituição de Linhas de Cuidado	
		17d. Definir as condições de saúde que serão trabalhadas como Linhas de Cuidado a partir da Análise prévia	17a	GAS Consuelo Comissão de instituição de Linhas de Cuidado	II) Tornar o cuidado integral com ênfase no indivíduo
		17e. Capacitar as equipes envolvidas nas Linhas de Cuidado a serem implantadas	17a,17b,17c, 17d	GAS Consuelo GEP Paulo Comissão de instituição de Linhas de Cuidado Parceiros institucionais	
		17f. Implantar as Linhas de Cuidado	17a,17b,17c, 17d	GAS Consuelo GEP Paulo Comissão de instituição de Linhas de Cuidado	
		17g. Criar os colegiados e as coordenações das Linhas de Cuidado	17a,17b,17c, 17d	GAS Consuelo Comissão de instituição de Linhas de Cuidado	
		17h. Definir os indicadores relacionados às Linhas de Cuidado	17f,17g	GAS Consuelo Comissão de instituição de Linhas de Cuidado	iii) Definir fluxo assistencial interno e externo
		17i. Definir rotina de monitoramento e avaliação das Linhas de Cuidado	17h	GAS Consuelo Comissão de instituição de Linhas de Cuidado	
		17j. Reforma e ampliação de espaços assistenciais	17c	EBSERH Superintendência Homero GAD Daisy	
	18. Criação dos Protocolos Clínico-Assistenciais	18a. Criar a Comissão de Protocolos Clínicos		GAS Consuelo GEP Paulo Colegiado das UP	iv) Construção de processos assistenciais multiprofissionais e focados na integralidade do cuidado.
		18b. Mapear os Protocolos existentes e definir os novos protocolos a serem elaborados	18a	Comissão de Protocolos Clínicos Colegiado das UP	

Desorganização do serviço		18c. Revisar os Protocolos já existentes e criar os novos elencados, incluindo aqueles que operacionalizam as Linhas de Cuidado	18b	Comissão de Protocolos Clínicos Colegiado das UP	
		18d. Capacitar a equipe envolvida nos Protocolos Clínicos a serem implantados	18b, 18c	GEP Paulo Comissão de Protocolos Clínicos Colegiado das UP	
		18e. Pactuar internamente com os profissionais envolvidos a utilização dos Protocolos estabelecidos (definir a forma de divulgação e pactuação)	18d	Comissão de Protocolos Clínicos Colegiado das UP Equipe de Comunicação	
		18f. Definir rotina de monitoramento e avaliação dos Protocolos Clínicos	18e	GEP Paulo GAS Consuelo Comissão de Protocolos Clínicos Colegiado das UP	
	19. Estruturação do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde	19a. Criar as equipes multiprofissionais para a formação e gestão dos Núcleos de Regulação Interna (NIR) e de Avaliação em Saúde (NAS)		GAS Consuelo Colegiado das UP	v) Reduzir tempo de permanência
			19b. Criar os Núcleos referentes ao Setor de Regulação e Avaliação em Saúde	19a	
		19c. Complementar os processos regulatórios intra-hospitalares, incluindo o Kanban, a gestão de leitos e a discussão das equipes multiprofissionais referente ao acompanhamento dos pacientes, dentre outros.	19b	GAS Consuelo Núcleos referentes ao Setor de Regulação e Avaliação em Saúde Parceiros institucionais	vi) Extinguir a cultura de leito sob o controle do médico
		19d. Divulgar ao gestor local o novo Modelo de Atenção e pactuar a grade de referências (referência e contrarreferência), incluindo a pactuação dos critérios de regulação ambulatorial	19a e 19b	Superintendente Homero GAS Consuelo	
		19e. Implantar mecanismos de contrarreferenciamento que garantam a alta responsável e a continuidade do cuidado junto a outros equipamentos de saúde da RAS	19d	GAS Consuelo Núcleos referentes ao Setor de Regulação e Avaliação em Saúde	vii) Proporcionar equidade no acesso ao hospital

Desorganização do serviço		19f. Monitorar índices ambulatoriais e hospitalares	19c	GAS Consuelo Núcleos referentes ao Setor de Regulação e Avaliação em Saúde	
	20. Otimização do Núcleo de Segurança do Paciente(NSP)	20a. Reorganizar a equipe e determinar o profissional referência que atuará exclusivamente no Núcleo.		GAS Consuelo	viii) Corrigir a subnotificação da ocorrência de eventos adversos aos usuários do hospital
		20b. Estabelecer o regulamento interno do Núcleo	20a	GAS Consuelo Equipe do Núcleo de segurança	
		20c. Desenvolver o Plano de Segurança do Paciente	20b	Equipe do Núcleo de segurança	
		20d. Implantar o NSP e capacitar os servidores	20c	GAS Consuelo GEP Paulo Equipe do Núcleo de segurança	
		20e. Definir rotinas de atualização do Plano	20d	Equipe do Núcleo de segurança	
		20f. Divulgar e monitorar o Plano	20d	Equipe do Núcleo de segurança	
	21. Criação da Auditoria Clínica	21a. Definir a equipe multiprofissional responsável pelo Serviço		GAS Consuelo	ix) Para instituir rotinas e capacitar a equipe de auditoria clínica
		21b. Definir o Modelo e atribuições da equipe multiprofissional	21a	GAS Consuelo Equipe multiprofissional	
		21c. Capacitar a equipe para a prática da Auditoria Clínica	21b	Superintendência Homero Parceiros institucionais	
		21d. Estabelecer indicadores e metas qualitativos e quantitativos do serviço	21b	Equipe multiprofissional	
		21e. Definir cronograma de auditoria nos diversos setores do HUAC	21b,21c e 21d	Equipe multiprofissional	
	22. Otimização do funcionamento das Comissões técnicas do HUAC-UFCG	22a. Definir os componentes das Comissões		GEP Paulo GAS Consuelo	x) Instituir rotinas, capacitar os participantes das comissões e avaliar os indicadores propostos
		22b. Capacitar os profissionais nomeados de cada Comissão	22a	GEP Paulo GAS Consuelo Parceiros Institucionais	
		22c. Definir cronograma de reuniões de cada Comissão	22b	Componentes das comissões	
		22d. Definir rotina de monitoramento e avaliação dos indicadores de resultado das referidas Comissões	22b	Componentes das comissões	
	Desorganização do serviço				

		22e. Divulgar resultados com periodicidade semestral de cada Comissão		Componentes das comissões	
23. Estruturação do Acolhimento aos alunos, residentes e servidores no HUAC-UFCG		23a. Instituir a equipe multiprofissional de articulação no acolhimento de discentes		GEP Paulo	xi) Sensibilizar os discentes para a assistência centrada no paciente e multidisciplinar
		23b. Criar os Programas de Boas Vindas e de Integração dos discentes	23a	GEP Paulo GAS Consuelo	
		23c. Definir rotinas de atualização dos Programas de Boas Vindas	23b	GEP Paulo	
		23d. Reforma dos espaços de acolhimento e acomodação		EBSERH Superintendência Homero GAD Daisy	
		23e. Preparar apresentação institucional dos Planos de Visita às áreas do hospital	23b	GEP Paulo	

5.1. ANÁLISE DE VIABILIDADE

A análise de viabilidade do plano foi realizada considerando os recursos necessários para o desdobramento de cada ação. Para tal, foi criada uma planilha com os macroproblemas (MP) e os nós críticos (NC) com as ações necessárias para a sua resolução e os atores sociais que estarão envolvidos na sua execução.

Com base numa análise comparativa de tais necessidades com os recursos que o HUAC possui, foi decidido se a ação era viável ou não. Com base neste raciocínio, as 13 ações estratégicas foram consideradas “viáveis”, porém, devido à ausência de alguns dos recursos necessários e a necessidade de interação com atores externos para obtê-los, 10 destas ações foram consideradas “parcialmente viáveis”. Nestes casos, foram propostas ações para aumentar a viabilidade, através dos recursos necessários para torna-las viáveis no mais curto espaço de tempo.

No macroproblema 1(MP1) - *Gestão Hospitalar pouco eficiente com necessidade de revisar fluxos e processos*, temos 4 ações que a viabilidade foram consideradas de média viabilidade, por não termos os recursos primordiais para sua viabilidade. No macroproblema 2 (MP2) – *Gestão da Clínica deficiente não centrada paciente*, observa-se 5 ações de média viabilidade e 1 de baixa viabilidade, que justifica-se pela falta de recursos e pelos conflitos que as envolvem.

MP	NÓ CRÍTICO	AÇÃO	VIABILIDADE		IMPACTO	DURAÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS	RECURSOS ORGANIZACIONAIS	ESTRATÉGIA
MP 1 - A GESTÃO HOSPITALAR É POUCO EFICIENTE E HÁ NECESSIDADE DE SE REALIZAR A REVISÃO DE TODOS OS FLUXOS E PROCESSOS	FALTA DE ENVOLVIMENTO E INTEGRAÇÃO DAS EQUIPES	1. CAPACITAR E SENSIBILIZAR A EQUIPE PARA O NOVO MODELO DE GESTÃO	ALTA	AÇÃO SEM CONFLITO	ALTO	LONGA	POLITICO, ORGANIZACIONAL, ECONÔMICO E TÉCNICO.	ECONÔMICO	-
		2. CRIAR AS UNIDADES DE PRODUÇÃO (FINALÍSTICAS, APOIO TÉCNICO. E ADMINISTRATIVO) E SEUS COLEGIADOS.	ALTA	AÇÃO CONFLITIVA	ALTO	LONGA	ORGANIZACIONAL, POLITICO E TÉCNICO. E ECONÔMICO	ECONÔMICO E ORGANIZACIONAL	PERSUASÃO E NEGOCIAÇÃO
	DESCONHECIMENTO DE METAS E INDICADORES DE DESEMPENHO	3. DEFINIR METAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS DAS TRÊS GERÊNCIAS (ADMINISTRATIVO, ASSISTENCIAL E DE ENSINO E PESQUISA) DO HUAC	ALTA	AÇÃO SEM CONFLITO	ALTO	CURTA	POLITICO, ORGANIZACIONAL, ECONÔMICO E TÉCNICO.	ECONÔMICO	-
		4. DEFINIR OS INDICADORES QUE CONTRIBUIRÃO PARA O ALCANCE DAS METAS ESTABELECIDAS	ALTA	AÇÃO SEM CONFLITO	ALTO	LONGA	POLITICO, ORGANIZACIONAL, ECONÔMICO E TÉCNICO.	ECONÔMICO	-
	COMUNICAÇÃO INTERNA DEFICIENTE	5. CONSTRUIR E IMPLANTAR A POLITICA DE COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL	MÉDIA	AÇÃO SEM CONFLITO	ALTO	MÉDIA	ORGANIZACIONAL, ECONOMICO E TÉCNICO.	ECONÔMICO	-
		6. DIVULGAR A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E SUAS COMPETÊNCIAS	ALTA	AÇÃO SEM CONFLITO	BAIXO	CURTA	ORGANIZACIONAL, ECONOMICO E TÉCNICO.	ECONÔMICO	-
		7. DIVULGAR A MISSÃO, VISÃO E VALORES DO HUAC	ALTA	AÇÃO SEM CONFLITO	MÉDIO	MÉDIA	ECONÔMICO	ECONÔMICO	-

		8. INCLUIR OS REPRESENTANTES DAS UP'S EM REUNIÕES DE PLANEJAMENTO, AVALIAÇÃO E DESEMPENHO	MÉDIA	AÇÃO SEM CONFLITO	ALTO	LONGA	POLITICO, ORGANIZACIONAL, ECONÔMICO E TÉCNICO.	ECONÔMICO	-
	RESISTÊNCIA A MUDANÇA DOS ATORES INTERNOS	9. DIFUNDIR O PDE	ALTA	AÇÃO SEM CONFLITO	ALTO	CURTA	ECONÔMICO	ECONÔMICO	-
		10. OPERACIONALIZAR O PROGRAMA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO POR COMPETÊNCIA PARA OS FUNCIONÁRIOS RJUS E INSTITUCIONALIZAÇÃO PARA OS FUNCIONÁRIOS EBSEH	MÉDIA	AÇÃO SEM CONFLITO	MÉDIO	LONGA	TÉCNICO. E ECONÔMICO	ECONÔMICO	-
		11. DEFINIR E IMPLEMENTAR O PROGRAMA DE QUALIDADE DE VIDA DO TRABALHADOR	MÉDIA	AÇÃO SEM CONFLITO	MÉDIO	LONGA	ORGANIZACIONAL, ECONÔMICO E TÉCNICO.	ECONÔMICO	-
		12. ATUALIZAR A CONTRATUALIZAÇÃO COM O GESTOR LOCAL, EM CONSONÂNCIA COM AS DIRETRIZES DA PNHOSP	BAIXA	AÇÃO CONFLITIVA	ALTO	LONGA	POLITICO, ORGANIZACIONAL, ECONÔMICO E TÉCNICO..	ECONÔMICO E TÉCNICO.	-
MP 2 - GESTÃO DA CLÍNICA DEFICIENTE E MODELO ASSISTENCIAL NÃO ENTRADO NO PACIENTE	GESTÃO DA CLÍNICA DEFICIENTE E MODELO ASSISTENCIAL NÃO CENTRADO NO PACIENTE	13. ESTABELECE UM MODELO DE GESTÃO POR PROCESSOS	MÉDIA	AÇÃO CONFLITIVA	ALTO	LONGA	POLITICO, ORGANIZACIONAL, ECONÔMICO E TÉCNICO..	ECONÔMICO E TECNOLÓGICO	NEGOCIAÇÃO E PERSUAÇÃO
		14. QUALIFICAR AS RELAÇÕES ESTRATÉGICAS DO HOSPITAL	ALTA	AÇÃO CONFLITIVA	ALTO	LONGA	POLITICO, ORGANIZACIONAL E ECONÔMICO	ECONÔMICO	-
		15. IMPLEMENTAR O PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL	ALTA	AÇÃO SEM CONFLITO	ALTO	LONGA	ECONÔMICO E TÉCNICO.	ECONÔMICO	-
		FALTA DE CONHECIMENTO E CAPACITAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA							

FALTA DE MOTIVAÇÃO E INTERESSE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	16. IMPLEMENTAR A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	MÉDIA	AÇÃO CONFLITIVA	ALTO	LONGA	POLITICO, ORGANIZACIONAL, ECONÔMICO E TÉCNICO.	ECONÔMICO, ORGANIZACIONAL E TÉCNICO.	PERSUASÃO E NEGOCIAÇÃO CONFLITIVA
	DESORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO	17. IMPLANTAR AS LINHAS DE CUIDADO DO HUAC	MÉDIA	AÇÃO CONFLITIVA	ALTO	LONGA	POLITICO, ORGANIZACIONAL, ECONÔMICO E TÉCNICO.	ECONÔMICO, ORGANIZACIONAL E TÉCNICO.
CRIAR OS PROTOCOLOS CLÍNICO-ASSISTENCIAIS		ALTA	AÇÃO CONFLITIVA	ALTO	MÉDIA	ORGANIZACIONAL, ECONÔMICO E TÉCNICO.	ECONÔMICO	-
18. ESTRUTURAR O SETOR DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE		ALTA	AÇÃO SEM CONFLITO	ALTO	LONGA	POLITICO, ORGANIZACIONAL, ECONÔMICO E TÉCNICO.	ECONÔMICO	-
19. OTIMIZAR O NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE		MÉDIA	AÇÃO CONFLITIVA	ALTO	LONGA	POLITICO, ORGANIZACIONAL, ECONÔMICO E TÉCNICO.	ECONÔMICO E TÉCNICO.	PERSUASÃO E NEGOCIAÇÃO CONFLITIVA
20. CRIAR A AUDITORIA CLÍNICA		MÉDIA	AÇÃO CONFLITIVA	ALTO	ORGANIZACIONAL, ECONÔMICO E TÉCNICO.	ORGANIZACIONAL, ECONÔMICO E TÉCNICO.	ECONÔMICO E ORGANIZACIONAL	IMPOSIÇÃO
21. OTIMIZAR O FUNCIONAMENTO DAS COMISSÕES TÉCNICAS DO HUAC-UFCG		BAIXA	AÇÃO CONFLITIVA	ALTO	ORGANIZACIONAL, ECONÔMICO E TÉCNICO.	ORGANIZACIONAL, ECONÔMICO E TÉCNICO.	ECONÔMICO, ORGANIZACIONAL E TÉCNICO.	PERSUASÃO E NEGOCIAÇÃO CONFLITIVA
22. ESTRUTURAR O ACOLHIMENTO AOS ALUNOS NO HUAC-UFCG		ALTA	AÇÃO SEM CONFLITO	BAIXO	ECONÔMICO	ECONÔMICO	ECONÔMICO	-

5.2. GESTÃO DO PLANO

Com o objetivo de otimizar a gestão do plano, foram definidos, a partir de discussões e reflexões dos constituintes do grupo afinidade, indicadores e metas, assim como o cronograma de execução. Sabe-se que esta é uma etapa fundamental do planejamento, pois através dela é possível acompanhamento, coordenação e certificação de que as ações estão sendo efetivamente executadas.

A partir das ações programadas para resolução de cada nó crítico foram determinados prazo de início e término, bem como construídos indicadores que monitoram o resultado das ações implementadas e estabelecimento de metas que, uma vez alcançadas, refletirão o grau de êxito na execução do plano. Estas serão avaliadas trimestralmente pela equipe de governança.

Para acompanhamento do cronograma será utilizado o instrumento "SIS PDE" que deverá disponibilizado pela EBSEH para os hospitais que constituem sua rede, o que tornará possível o monitoramento do cronograma de execução de maneira simultânea, pela empresa e pela equipe de governança do HUAC, possibilitando a comunicação entre os planejadores para eventuais ajustes que se fizerem necessários.

Nó Crítico	Ação	Início	Término	Indicadores	Metas
Falta de envolvimento e integração das equipes	1. Capacitação e sensibilização da equipe para o novo modelo de gestão	01/02/17	31/01/2018	Índice de servidores capacitados Grau de satisfação global dos trabalhadores	75% de índice de capacitação 70% dos trabalhadores satisfeitos
	2. Criação das Unidades de Produção (finalísticas, apoio TÉCNICO. e administrativo) e seus colegiados.	01/02/2017	31/12/2018	% servidores capacitados % de UP implantada	100% de capacitados 100% de UP implantadas
Desconhecimento de metas e indicadores de desempenho	3. Definição de metas qualitativas e quantitativas das três Gerências (administrativo, assistencial e de ensino e pesquisa) do HUAC	01/04/2017	31/05/2017	% de revisão de processos de trabalho das UP	100% de processos revisados
	4. Definição de indicadores que contribuirão para o alcance das metas estabelecidas	01/04/2017	31/12/2018	% de Indicadores efetivamente implantados por área	75% de indicadores implantados

Comunicação interna deficiente	5. Construção e Implantação de uma política de comunicação institucional	01/01/2018	31/12/2018	% de satisfação dos usuários e trabalhadores com a sinalização dentro do Hospital % materias positivas veiculadas na mídia	75% dos usuários e trabalhadores satisfeitos 70% de matérias positivas veiculadas
	6. Divulgar a estrutura organizacional e suas competências	01/09/2018	31/12/2018	% de resolutividade das demandas nos setores	Aumento de 50%
	7. Divulgação da missão, visão e valores do HUAC	01/03/2018	31/12/2018	% de melhoria nos indicadores de ensino, pesquisa e assistência.	Aumento de 50%
	8. Inclusão dos representantes das UP's em reuniões de planejamento, avaliação e desempenho	02/07/2017	31/12/2018	% de deliberações nas reuniões	70% de participação

Resistência a mudança dos atores internos	9. Difusão do PDE	01/02/2017	01/08/2017	<p>% das metas da contratualização cumpridas</p> <p>85% das metas atendidas</p> <p>% de aumento da produção científica do HUAC</p> <p>50% de aumento de publicações</p> <p>% de redução no tempo médio dos processos de aquisição de insumos para HUAC</p> <p>30% de redução</p> <p>Giro de Estoque</p> <p>30% de redução</p> <p>Taxa de retorno de materiais</p> <p>30% de redução</p>
	10. Operacionalização do Programa de avaliações de desempenho por competência aos funcionários RJUs e institucionalização aos funcionários Ebserh	01/02/2017	31/12/2018	<p>% de colaboradores que atingiu pontuação acima de 70% na avaliação anual de desempenho</p> <p>90% dos servidores estarem com suas avaliações de desempenho atualizadas e com monitoramento adequado</p> <p>% de satisfação dos trabalhadores</p> <p>75% dos trabalhadores satisfeitos</p>

	11. Definição e implementação do Programa de qualidade de vida do trabalhador	02/06/2017	31/12/2018	% de satisfação dos trabalhadores	75% dos trabalhadores satisfeitos
Gestão da clínica deficiente e modelo assistencial não centrado no paciente	12. Atualização da Contratualização com o gestor local, em consonância com as diretrizes da PNHOSP	02/07/2017	31/12/2018	Contratualização dos serviços prestados % das metas da contratualização cumpridas	Contratualização assinada com a secretaria de saúde 85% das metas atendidas
	13. Estabelecimento de um Modelo de Gestão por processos	01/03/2017	31/12/2018	% de procedimentos pagos pelo SUS Taxa de ocupação operacional % de erro nas dispensação de medicamentos	90% de procedimentos pagos 90% de ocupação 50% de redução
	14. Qualificação das relações estratégicas do hospital	02/01/2017	31/12/2018	% de participação do HUAC nos fóruns competentes	Ampliar participação em 50%

Falta de conhecimento e capacitação em Gestão da Clínica	15. Implementação de um programa de desenvolvimento profissional	02/07/2017	31/12/2018	% de satisfação dos trabalhadores	75% de ocupação
Falta de motivação e interesse dos profissionais de Saúde	16. Implementação da Política Nacional de Humanização	01/03/2017	31/12/2018	% de satisfação dos usuários e trabalhadores	75% de usuários e trabalhadores satisfeitos

Desorganização do serviço	17. Implantação das Linhas de Cuidado do HUAC	02/05/2017	31/12/2018	% de usuários contrarreferenciados	75% dos usuários atendidos a partir de contrarreferenciamento
	18. Criação dos Protocolos Clínico-Assistenciais	02/05/2017	02/04/2018	% de usuários que foram incluídos no tratamento conforme protocolos	75% dos usuários incluídos nos protocolos
	19. Estruturação do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde	01/04/2017	31/12/2018	% de internações reguladas % de consultas e exames regulados	75% das consultas, exames e internações reguladas

Desorganização do serviço	20. Otimização do Núcleo de Segurança do Paciente	01/02/2017	31/12/2018	% de cirurgias seguras	75% das cirurgias seguras
				% de incidentes adversos com dano ao paciente	Redução de 50%
				% de infecção de corrente sanguínea associada ao uso de Cateter Venoso Central (CVC)	Redução de 50%
				% de queda de usuários internados	Redução de 50%
				% de ocorrência de infecções do trato urinário	Redução de 50%

Desorganização do serviço	21. Criação da Auditoria Clínica	02/02/2017	31/08/2017	% de incidentes adversos com dano ao paciente % de reinternações pelo mesmo motivo (pós-alta) Taxa de infecção hospitalar	Redução em 50%
	22. Otimização do funcionamento das Comissões técnicas do HUAC-UFCG	01/03/2017	31/12/2018	número de notas técnicas produzidas pelas comissões	Aumento em 50%
	23. Estruturação do acolhimento aos alunos, residentes e servidores no HUAC-UFCG	01/02/2017	30/04/2017	% de alunos acolhidos % de residentes acolhidos % de servidores acolhidos	85% de alunos, residentes e servidores acolhidos

5.3. Planilha Orçamentária

Na perspectiva de executar o plano de intervenção construído para o HUAC, foi elaborada uma proposta orçamentária considerando os grupos e elementos de despesas classificados pela contabilidade pública. Nesse sentido, a equipe responsável pela construção plano elencou os gastos de custeio e investimentos necessários para concretizar as ações propostas e consolidou as informações no quadro (xx) descrito abaixo.

Vale salientar que os recursos de custeio relacionam-se com todos os itens necessários ao desenvolvimento dos trabalhos, desde material de expediente até manutenção predial. Tais gastos, além de possibilitar a execução dos trabalhos administrativos, objetiva melhorar a ambiência para os usuários e espaços de convivência dos trabalhadores. Já as despesas relativas a investimento, refere-se aos recursos necessários para realizar as ampliações e adequações nos setores assistenciais, indispensáveis a implantação das unidades de produção, da Política Nacional de Humanização, das linhas de cuidado e para estruturar os espaços de acolhimento de estudantes e servidores no HUAC. Engloba também, a necessidade de mobiliar e equipar os diversos setores hospital, bem como os novos espaços de trabalho necessários ao funcionamento dos novos setores e ambientes de trabalho das comissões técnicas.

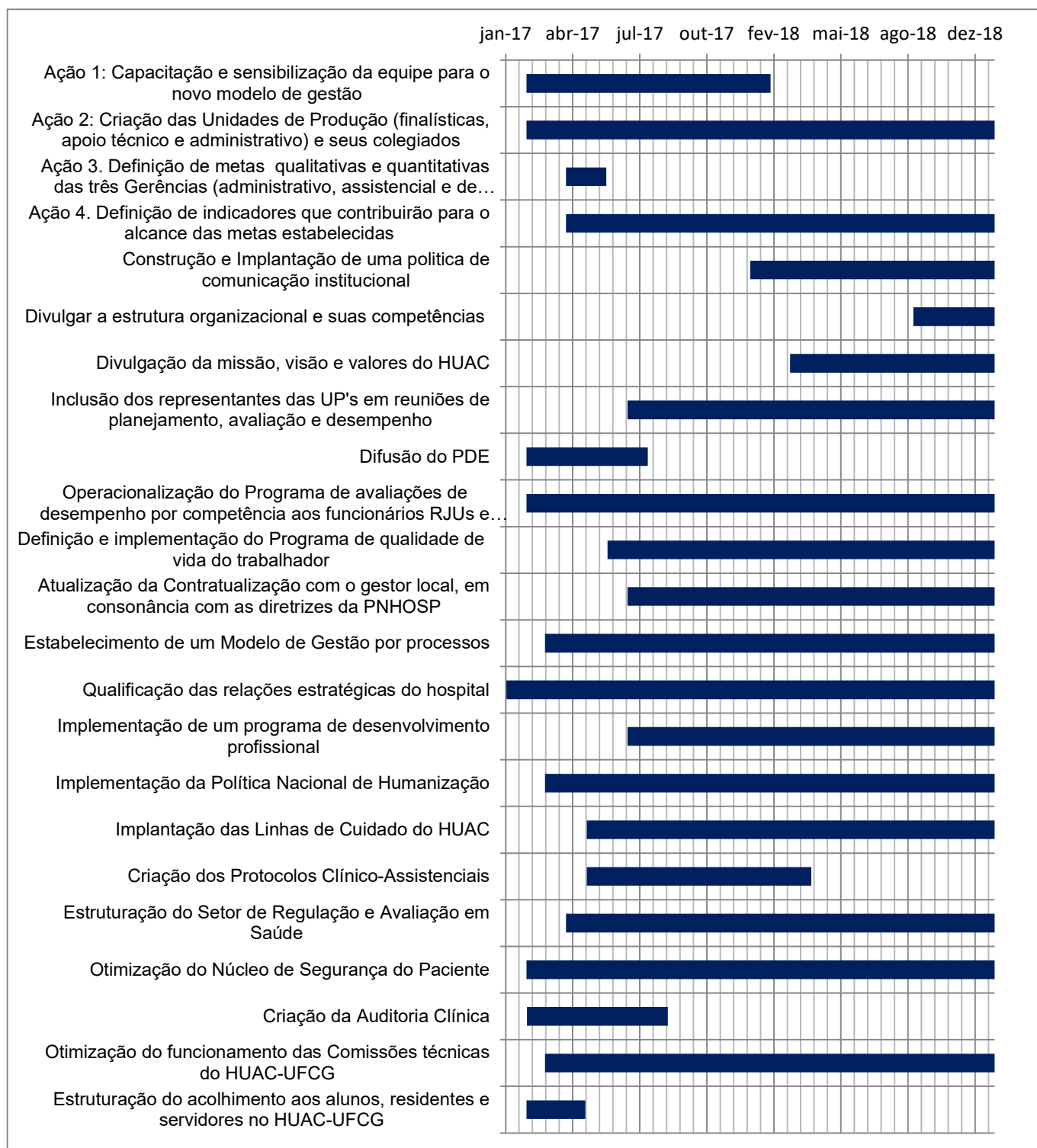
NÓ CRÍTICO	AÇÃO	RECURSOS FINANCEIROS		TOTAL
		CUSTEIO	INVESTIMENTOS	
Falta de envolvimento e integração das equipes	1. Capacitação e sensibilização da equipe para o novo modelo de gestão	44.000,00	0,00	44.000,00
	2. Criação das Unidades de Produção (finalísticas, apoio técnico e administrativo) e seus colegiados	468.000,00	750.000,00	1.218.000,00
	TOTAL NÓ CRITICO 01			1.262.000,00
Desconhecimento de metas e indicadores de desempenho	3. Definição de metas qualitativas e quantitativas das três Gerências (administrativo, assistencial e de ensino e pesquisa) do HUAC	5.000,00	0,00	5.000,00
	4. Definição de indicadores que contribuirão para o alcance das metas estabelecidas	18.000,00	0,00	18.000,00
	TOTAL NÓ CRITICO 02			23.000,00
Comunicação interna deficiente	5. Construção e Implantação de uma política de comunicação institucional	28.500,00	10.000,00	38.500,00
	6. Divulgar a estrutura organizacional e suas competências	50.000,00	0,00	50.000,00
	7. Divulgação da missão, visão e valores do HUAC	15.000,00	0,00	15.000,00
	8. Inclusão dos representantes das UP's em reuniões de planejamento, avaliação e desempenho	17.000,00	20.000,00	37.000,00
	TOTAL NÓ CRITICO 03			140.500,00
Resistência a mudança dos atores internos	9. Difusão do PDE	12.000,00	0,00	12.000,00
	10. Operacionalização do Programa de avaliações de desempenho por competência aos funcionários RJUs e	100.000,00	25.000,00	125.000,00

	institucionalização aos funcionários Ebserh			
	11. Definição e implementação do Programa de qualidade de vida do trabalhador	31.000,00	50.000,00	81.000,00
	TOTAL NÓ CRITICO 04			218.000,00
Gestão da clínica deficiente e modelo assistencial não centrado no paciente	12. Atualização da Contratualização com o gestor local, em consonância com as diretrizes da PNHOSP	2.000,00	0,00	2.000,00
	13. Estabelecimento de um Modelo de Gestão por processos	77.000,00	25.000,00	102.000,00
	14. Qualificação das relações estratégicas do hospital	104.000,00	0,00	104.000,00
	TOTAL NÓ CRITICO 05			208.000,00
Falta de conhecimento e capacitação em Gestão da Clínica	15. Implementação de um programa de desenvolvimento profissional	272.000,00	0,00	272.000,00
	TOTAL NÓ CRITICO 06			272.000,00
Falta de motivação e interesse dos profissionais de Saúde	16. Implementação da Política Nacional de Humanização	3.440.000,00	500.000,00	3.940.000,00
	TOTAL NÓ CRITICO 07			3.940.000,00
Desorganização do serviço	17. Implantação das Linhas de Cuidado do HUAC	1.025.000,00	4.000.000,00	5.025.000,00

18.Criação dos Protocolos Clínico-Assistenciais	16.000,00	0,00	16.000,00
19.Estruturação do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde	16.000,00	20.000,00	36.000,00
20. Otimização do Núcleo de Segurança do Paciente	53.000,00	20.000,00	73.000,00
21. Criação da Auditoria Clínica	17.000,00	20.000,00	37.000,00
22. Otimização do funcionamento das Comissões técnicas do HUAC-UFCG	26.000,00	10.000,00	36.000,00
23. Estruturação do acolhimento aos alunos, residentes e servidores no HUAC-UFCG	623.000,00	400.000,00	1.023.000,00
TOTAL NÓ CRITICO 08			6.246.000,00
TOTAL DO PLANO			12.309.500,00

Fonte: Elaborado pelos autores

5.4. CRONOGRAMA



6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVES, A. Fontes de financiamento e eficiência em dois hospitais privados filantrópicos paulistas: um estudo de caso. 1998. 129f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
2. ARAÚJO, L. C. G. Organização, sistemas e métodos e as tecnologia de gestão operacional. São Paulo, Atlas, 2011.
3. BATISTA, M. A. C.; MALDONADO, J. M. S. V. O papel do comprador no processo de compras em instituições públicas de ciência e tecnologia em saúde (C&T/S). Rev. Adm. Pública. Rio de Janeiro, v.42, n.4, p. 681-699, jul./ago. 2008.
4. BITTENCOURT, Roberto José - A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixo desempenho organizacional. 2010. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.
5. BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da saúde, 2009.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo TÉCNICO. da Política Nacional de Humanização. HUMANIZASUS: a clínica ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
7. CAMPOS GWS. Um método para análise e cogestão de coletivos. São Paulo: HUCITEC; 2000.
8. _____. Saúde Paidéia - São Paulo: Editora Hucitec, 2003.
9. CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciência & Saúde Coletiva, v.12, n.4, p.849-859, 2007.
10. CAMPOS, G.W.S., Amaral, M.A Clínica e Saúde Coletiva compartilhada: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Minayo C, et al., organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006.

11. CASASNOVAS GL, McDaid M, Costa Font J. Decentralization and management autonomy? Evidence from the Catalonian hospital sector in a Decentralized Spain. *Int Public Manage Rev.* 2009; 10(2): 103-19.
12. CECILIO, L. C. O; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.* Rio de Janeiro: IMS; UERJ; ABRASCO, 2003.
13. CHIAVENATO I. *Gerenciando pessoas. O passo decisivo para a administração participativa.* São Paulo: Makron Books; 1992.
14. CHIAVENATO Idalberto. *Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações.* Rio de Janeiro: Campus, 2004.
15. CHIAVENATO, I. *Recursos Humanos.* 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.
16. CHIAVENATO, Idalberto. *Gestão de Pessoas; o novo papel dos recursos humanos nas organizações.* Rio de Janeiro: Campus, 1999.
17. CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Método Paidéia para cogestão de coletivos organizados para o trabalho, *Marília*, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010.
18. DAVID, F. *Strategic Management: a competitive advantage approach, concepts and cases.* New Jersey: Prentice Hall, 1999.
19. EMMERICKI, A.; PEREIRA, H. J.; QUANDT, C. O. *Aprendizagem na mudança do modelo de gestão em organização hospitalar.* Anais do XXVII Encontro Nacional de Engenharia de Produção, Foz do Iguaçu, Paraná, 2007.
20. Falconi, V. *Qualidade: gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia.* 3 ed. Rio de Janeiro: Bloch, 1994.
21. FERNANDES, E. C. *Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar.* 2. Ed. Salvador: Casa da Qualidade, 1996.
22. FERREIRA SILVA, S.S; Nascimento, T.C; Nogueira, V.B. *Diagnóstico da comunicação interna e desenvolvimento de um plano integrado de comunicação empresarial – PICE no hospital regional de Picuí-pb.* QUALIT@S Revista Eletrônica, 2007.
23. HERNANDEZ, J.M. C; CALDAS, M.P. *Resistência à mudança: uma revisão crítica* Revista de Administração de Empresas. São Paulo, 2001.
24. HILL, C; JONES, G.; SCHILLING, M. *Strategic Management: theory an Integrated Approach.* Stamford: Cengage, 1998.

25. KOYS, D.; DeCOTIIS, T. Inductive measures of psychological climate. *Human Relations*, v.44, n.3, p.265-285,1991.
26. KUNSCK, Margarida Maria Krohling. *Planejamento de Relações Públicas*. São Paulo: Summus, 2003.
27. MACHADO, S.P & KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. *Ciência e Saúde*. 12(4) 871-877, 2007.
28. MATOS. F. G. *Gerência participativa*. Rio de Janeiro: Biblioteca do exército, 1980.
29. MENDES, G. D. L. *Análise do processo de melhoria contínua no sistema de gestão de segurança: estudo de caso em um terminal petrolífero*. 2004. Dissertação (Mestrado em Sistemas de Gestão) Departamento de Engenharia de Produção, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2004.
30. MERHY, E. E; CECÍLIO, L. C. O. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão Hospitalar*. Campinas: Unicamp, 2003.
31. MOTTA PR. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Record ; 2002.
32. NASSAR, M. R. F. O papel da comunicação nas organizações de saúde: oportunidades e desafios. *Anais do XXIX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação UnB 6 a 9 de setembro de 2006*.
33. NASSAR, P. O uso das novas tecnologias de acesso ao virtual. In: KUNSCH, M. M. K. (Org.). *Obtendo resultados com relações publicas*. São Paulo, 2006.
34. OLIVEIRA, Flávia Barreto de *Gestão da clínica e clínica ampliada: sistematizando e exemplificando princípios e proposições para a qualificação da assistência hospitalar*. Rio de Janeiro, 2008.
35. OLIVEIRA, Ivone de L. *Componentes da comunicação Estratégica*. Texto apresentado no XXIX Congresso Brasileiro de Ciências de Informação. UNB, Brasília, 2007.
36. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Therapeutic patient education, continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998.
37. PIMENTA, Maria Alzira. *Comunicação Empresarial: Conceitos e Técnicas pra Administradores*. Campinas, São Paulo: Ed. Alínea, 2002.

38. PINTO, D.M. et al. Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.20, n.3, p. 493-302, jul./set.2011.
39. RODRIGUES, S. *Sistemas de Informação: um enfoque gerencial*. São Paulo, Atlas, 1996.
40. SCHULER, R. S. (1992). Strategic human resource management: linking the people with the strategic needs of the business. *Organizational Dynamics*. p. 18-32, 1992.
41. SENHORAS, E. M. A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. In: *Revista Eletrônica de Comunicação & Inovação em Saúde*. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2007.
42. SILVA, Esther Pereira; Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. UFPB. João Pessoa, 2013.
43. TEIXEIRA, P. C. et al. *Padronização e melhoria de processos produtivos em empresas de panificação: estudo de múltiplos casos*. São Paulo, 2014.