



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY



Plano Diretor Estratégico – PDE
2018/2020



REITOR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

Margareth de Fátima Formiga Melo Diniz

VICE REITOR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

Bernadina Maria Juvenal Freire de Oliveira

SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY

Flávia Cristina Fernandes Pimenta

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Moisés Diogo de Lima

GERENTE ADMINISTRATIVO

Alberto Magno de Arruda Palmeira

GERENTE DE ENSINO E PESQUISA

Ângelo Brito Pereira de Melo

CHEFE DA UNIDADE DE PLANEJAMENTO

Sérgio Ribeiro dos Santos

PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO – PDE 2018/2020 – HULW/UFPB

Dedicatória

Dedicamos este trabalho a todos os servidores do HULW pela valiosa colaboração na construção deste PDE.

RESUMO

Trata-se do Plano Diretor Estratégico do Hospital Universitário Lauro Wanderley, cujo objetivo é planejar ações estratégicas que permitam ao HULW alcançar sua missão institucional tornando-se um hospital de excelência na tríade: atenção à saúde, ensino/pesquisa e gestão. O plano foi elaborado com base num diagnóstico situacional do hospital onde foram identificados pontos fortes e fracos, a partir de procedimento metodológico que utilizou várias ferramentas de planejamento, a fim de apontar os seguintes macroproblemas: MP1 - Processos assistenciais não aderentes às boas práticas de gestão da clínica e humanização; MP2 - Modelos e práticas de gestão insuficientes para alavancar a missão do HULW; MP3 - Baixa integração entre assistência ensino e pesquisa e MP4 - Infraestrutura física e equipamentos insuficientes para o alcance da missão institucional no hospital. Cada macroproblema analisado em suas causas gerou nós críticos e intervenções para resolvê-los. O MP1 apresenta 5 nós críticos e 06 ações; o MP2 apresenta 4 nós críticos e 07 ações; o MP3 apresenta 2 nós críticos e 07 ações; e o MP4 apresenta 2 nós críticos e 02 ações. As ações propostas serão executadas no período de 2018 a 2020 e foram programadas num plano orçamentário para o referido triênio no valor de R\$ 38.474.000,00. Também foi elaborado o plano de viabilidade e de acompanhamento e monitoramento da execução das ações. Portanto, o Plano Diretor Estratégico é uma realidade para o HULW que, passo a passo, vai avançando para se constituir uma cultura organizacional.

Sumário

	Apresentação	
1.	Contextualização	11
2.	Objeto e objetivos	27
3.	Percurso Metodológico	29
	3.1 Diagnóstico situacional e definição da missão, visão e valores	29
	3.2 Levantamento de oportunidades de melhoria: níveis de aderência a bases e padrões, identificação dos “gaps” normativos	32
	3.3 Análise de contexto e Matriz SWOT	33
	3.3.1 Declaração dos macroproblemas	35
	3.3.2 Identificação e análise dos atores sociais	36
	3.3.3 Análise dos macroproblemas	37
4.	Fundamentação teórica	45
5.	Proposta de Intervenção	58
	5.1 Relação de ações por Nó Crítico	59
	5.2 Plano de intervenção	61
6.	Análise de Orçamentária	81
7.	Análise de Viabilidade	83
8.	Gestão do Plano, Metas e Indicadores de Monitoramento	87
9.	Referências Bibliográficas	91

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DO HULW	12
FIGURA 2 – NÍVEL DE ADERÊNCIA AS BOAS PRÁTICAS RELACIONADOS NA LISTA DE CONTRIBUIÇÕES DO MODELO DE REFERÊNCIA PARA O HULW	32
FIGURA 3 – ADERÊNCIA DO HULW POR TEMA DA LISTA DE GAPS NORMATIVOS	33
FIGURA 4 – OFICINA DE ANÁLISE SWOT NO HULW	34

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – INVESTIMENTOS DO REHUF NO HULW NO PERÍODO DE 2013 A 2017	23
TABELA 2 – MATRIZ DECISÓRIA PARA PRIORIZAÇÃO DOS MACROPROBLEMAS PARA OS PARTICIPANTES DO GRUPO AFINIDADE E AMPLIADO DO HULW	36

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA POR CATEGORIA ECONÔMICA EM 2016 ATÉ JUNHO/2017	25
QUADRO 2 – MATRIZ DE RELEVÂNCIA DE ATORES SOCIAIS	37

LISTA DE ABREVIATURAS

DD	DOCUMENTO DESCRITIVO
EBSERH	EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
GTH	GRUPO DE TRABALHO EM HUMANIZAÇÃO
HULW	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY
IEA	INTEGRAÇÃO ENSINO-ASSISTÊNCIA
MEC	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
MP	MACROPROBLEMA
NC	NÓ CRÍTICO
NOB	NORMA OPERATIVA BÁSICA
PDC	PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
PDE	PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO
PES	PLANO ESTRATÉGICO SITUACIONAL
RAS	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
REHUF	REESTRUTURAÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS
SIG	SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO
SSM	SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SWOT	FORÇA, FRAQUEZA, OPORTUNIDADE E AMEAÇA
UFPB	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

APRESENTAÇÃO

O presente plano é o Plano Diretor Estratégico (PDE) do Hospital Universitário Lauro Wanderley, que será desenvolvido no período de 2018 a 2020. Inicialmente, será apresentado a contextualização da situação atual do hospital após a inserção da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e os três anos de contrato de gestão com a EBSERH.

Assim, estão expostos neste plano os objetivos, a missão, visão e os princípios que nortearão a execução do PDE, a abordagem metodológica, o suporte teórico que fundamenta as intervenções, a gestão do plano e monitoramento.

O plano foi desenvolvido com a participação de diversos colaboradores internos constituído por chefes de divisão, chefes de unidades, chefes de setores e outros. O resultado esperado com este plano é colocar o hospital num caminho que possa seguir para o alcance da sua missão, aprimorando os cenários assistenciais e de ensino, promovendo maior integração entre o hospital e a rede de atenção à saúde do Município e do Estado da Paraíba.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

1.1 Fundação e história do Hospital Universitário Lauro Wanderley

O Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) integra a estrutura da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Durante a gestão do Reitor João Medeiros foi efetuado a implantação do Campus Universitário, em terreno doado pelo Excelentíssimo Senhor Governador do Estado da Paraíba, Dr. Pedro Moreno Gondim, através da Lei nº 1.871 de 17 de novembro de 1958 e escritura pública lavrada no Cartório Eunápio Torres, em 11 de fevereiro de 1959, o que constituiu o marco inicial da grande aspiração da comunidade acadêmica paraibana.

Mas, foi no final da década de 1960, no reitorado do Profº Guilhardo Martins Alves que teve início a edificação de vários prédios no atual campus I da UFPB, entre eles, o Hospital Universitário. Enquanto se cuidava da construção do hospital, concomitantemente, foi instalada uma equipe liderada pelo Profº Newton de Araújo Leite que, além de administrar a construção do hospital, planejava todos os atos necessários à sua implantação.

O HULW está localizado no município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, cuja estimativa populacional para 2017 é de 811.598 habitantes, é a oitava cidade mais populosa da Região Nordeste e 23ª do Brasil. O município integra a 1ª Região de Saúde Mata Atlântica, que abrange 14 municípios: João Pessoa, Alhandra, Bayeux, Caaporã, Conde, Cruz do Espírito Santo, Lucena, Mari, Pitimbu, Riachão do Poço, Santa Rita, Sapé e Sobrado, com uma população de 1.453.904 habitantes, sendo que o município de João Pessoa corresponde a 55,82% dessa população

O prédio do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) é um conjunto arquitetônico moderno com cerca de 44.000m². Dentre os hospitais universitários do MEC, ocupa posição de destaque por sua atuação na área de ensino e assistência. Foi inaugurado oficialmente em 12 de fevereiro de 1980.

Assim, após a transferência da clínica de doenças infecto-contagiosas do Hospital Clementino Fraga foram em seguida implantadas as unidades materno-infantil, de clínica médica e cirúrgica. Portanto, o HULW tem sido uma grande escola de formação dos profissionais da saúde na Paraíba, contando com a imprescindível colaboração e participação de mestres, doutores, servidores e alunos, notadamente na

área da saúde: Enfermagem, Farmácia, Odontologia, Nutrição, Fonoaudiologia, Educação Física e Medicina, nas áreas afins como Serviço Social, Psicologia, Administração, Arquivologia e outros que estão em permanente atuação no contexto desta instituição.

É importante salientar que atualmente o HULW é uma filial da EBSERH vinculada ao Ministério da Educação sendo parte integrante e inseparável deste, situado no Campus Universitário I, no bairro do Castelo Branco, município de João Pessoa-PB, conforme mapeamento mostrado na Figura 1.

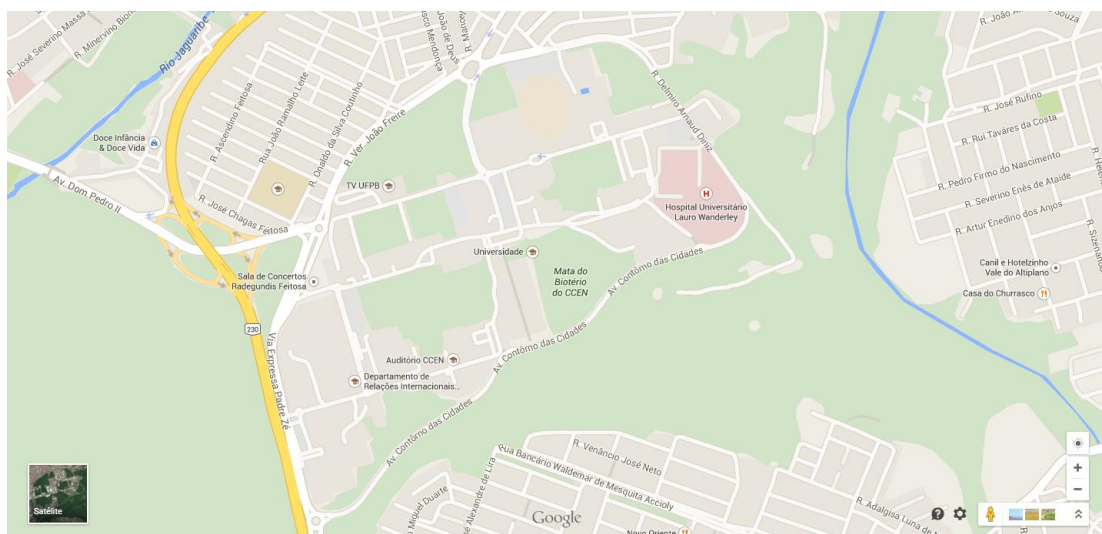


Figura 1 – Localização geográfica do HULW, na Cidade Universitária da UFPB.

Fonte: Google Maps



1.2 A estrutura hoje

A estrutura física do HULW, remonta a década de setenta, e, portanto, pré-inovações tecnológicas que massificou os sistemas de informatização, novas tecnologias de informação, comunicação e transmissão de dados. Objetivamente a edificação HULW, não estava preparada para receber a implantação dos aplicativos de gestão e toda a modernização de sistemas, realidade dos últimos três anos de gestão.

Assim, a reestruturação das instalações físicas, voltadas para a infraestrutura predial – redes hidráulica, sanitárias, elétricas e de dados, tornou-se uma demanda urgente. Além disso, a falta de recursos planejados para intervenções amplas, conduziu a que se implantassem ações direcionadas, pontuais, mas efetivas, para suprir demandas inadiáveis para a pronta utilização dos recursos tecnológicos disponíveis.

No entanto, com o reforço da equipe técnica de infraestrutura, a partir das contratações processadas, através do concurso público promovido pela EBSEH, representou um grande avanço com mudanças significativas, propiciando a melhoria na capacidade do Setor de Infraestrutura em atender e realizar com mais eficiência o atendimento das demandas diárias, bem como o planejamento de ações saneadoras da oferta de infraestrutura básica.

Apesar da escassez de recursos financeiros e materiais conseguiu-se avançar na melhoria da qualidade do serviço prestado, bem como, na quantidade de processos para aquisição de serviços e material de consumo formalizados, pois, hoje dispõe-se de pelo menos um profissional de cada área do conhecimento para subsidiar a elaboração dos processos deste setor.

Assim, as intervenções no campo das instalações prediais, como a substituição de parte da rede hidráulica e sanitária, instalações elétricas, reestruturação de ambientes, desativação de caldeiras, instalação de central de gás, melhoria das instalações de combate a incêndio e pânico, sistema de ar condicionado e ventilação, representaram ações com significativos resultados, para a melhoria dos serviços.

Portanto, podem-se destacar as ações a seguir, como avanços conquistados que impulsionaram significativamente as condições das instalações e, conseqüentemente, o nível de conformidade com normas de segurança e conforto ao usuário:

- **Obras de Reforma**

Conclusão das Reformas dos seguintes ambientes: Copas padronizadas dos andares 1º, 3º, 4º e 5º pavimentos; Clínica Médica - 5º Pavimento, Clínica Pediátrica - 4º

pavimentos; Farmácia, Anatomia Patológica e Setor de Endoscopia e Pequenas Cirurgias; Serviço de Fissurados e Endocrinologia; Bloco Cirúrgico – Primeira Etapa.

- **Ações de melhoria em Infraestrutura e Equipamentos:**

- ✓ Instalação de central de gás GLP com rede de distribuição;
- ✓ Substituição do sistema de geração de vácuo;
- ✓ Ampliação da rede de distribuição de gases medicinais;
- ✓ Instalação de minicentral de gases medicinais no centro de imagem;
- ✓ Instalação de 1 aparelho de tomografia;
- ✓ Instalação de 2 aparelhos de mamografia;
- ✓ Supervisão do processo de desvinculação da rede elétrica UFPB-HULW;
- ✓ Adequação das salas administrativas do CDI;
- ✓ Adequação da sala de ultrassom do CDI;
- ✓ Recuperação do estado de manutenção da subestação elétrica e dos grupos geradores do HULW;
- ✓ Adequação na configuração da instalação dos grupos geradores disponíveis (GGi e GGiii), de modo que um grupo gerador poderá atuar como reserva (backup) do outro em caso de defeito, melhorando o nível de confiabilidade e disponibilidade do sistema de emergência do hospital;
- ✓ Atualização do diagrama UNIFILAR da subestação elétrica, identificação dos quadros de distribuição geral do HULW;
- ✓ Limpeza preventiva do quadro de distribuição geral do ambulatório;
- ✓ Adequação das instalações elétricas dos balcões térmicos da nutrição;
- ✓ Adequação das instalações elétricas da câmara de congelados da nutrição;
- ✓ Adequação das instalações elétricas da sala de cirurgia do centro cirúrgico para transmissão em 4k;
- ✓ Adequação das instalações elétricas de setores administrativos (gerência administrativa, superintendência, patrimônio, faturamento, auditório), GEP, CEROF, e vários serviços no ambulatório, para ativação do sistema AGHU;
- ✓ Supervisão do processo de desvinculação da rede elétrica UFPB-HULW;
- ✓ Análise tarifária para contrato de consumo de energia com a ENERGISA;
- ✓ Plano de ação para economia de energia, água e papel no HULW;
- ✓ Aquisição de ferramentas e equipamentos elétricos para o HULW;
- ✓ Elaboração de catálogo padrão de materiais elétricos do HULW;
- ✓ Elaboração de 10 procedimentos operacionais (POPs) da área de elétrica;

- ✓ Análise de consistência do projeto de instalações elétricas do centro cirúrgico do HULW;
- ✓ Substituição de tubulações de esgoto em ferro fundido e de água em ferro galvanizado com mais de 40 anos por tubulações de PVC em todas as reformas que estamos executando no hospital.

Dentre os avanços e conquistas de maiores destaques podem-se apontar a Legalização Formal do nosso Hospital, conquistada com muita luta, neste ano de 2017, a saber: **O Alvará de Funcionamento, a Licença do Corpo de Bombeiros e a Licença da Vigilância Sanitária.** Esta legalização consiste em condição para a habilitação de serviços de alta magnitude e vem ao encontro da tão sonhada excelência na prestação de serviço.

Assim, dentre os inúmeros desafios a serem superados, podem-se enfatizar as ações de concretização dos Projetos de Reformas e Adaptações assumidas como compromisso perante a Vigilância Sanitária, que condicionaram a renovação anual do nosso licenciamento. Dentre estas ações, destacam-se a conclusão do Terceiro Pavimento – Unidade de Atenção a Mulher, a Reestruturação do Bloco Cirúrgico – Etapas II e III, Reforma da Central de Material Esterilizado.

1.3 Papel do hospital: Assistência, Ensino e Pesquisa na Rede de Atenção à Saúde

1.3.1 Assistência

O HULW conta com 225 leitos ativos, 10 laboratórios e 80 consultórios médicos. Nesse espaço são realizados cerca 15 mil consultas/mês, 614 internações/mês, 485 cirurgias/mês e até 65 mil exames/mês, sendo 70% da demanda de pacientes em nível ambulatorial e 30% de pacientes internados. A nossa taxa de ocupação é, em média, de 78% e o tempo médio de permanência é de 9,4 dias.

O HULW apresenta-se na rede de atenção à saúde como serviço especializado de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, sendo referência para todo o Estado da Paraíba e demais estados circunvizinhos da região. O hospital tem importante papel na atenção à saúde, tendo em vista a diversificação de especialidades disponíveis. É um hospital reconhecido e respeitado pela população, com alta

credibilidade, o que estimula a procura direta e dificulta a implantação do acesso regulado pelo município para atenção secundária e terciária. Hoje, a demanda não regulada ainda é grande, respondendo por cerca de 30% das consultas realizadas no ambulatório do hospital.

A proposta de reestruturação organizacional do HULW buscou em primeiro momento a agregação de serviços, com a finalidade de estruturá-los por linha de cuidado. Entende-se por linha de cuidado a articulação de recursos e práticas de produção de saúde orientadas por diretrizes clínicas que objetiva a condução oportuna e ágil dos pacientes pelas possibilidades de diagnóstico e terapia em resposta às suas necessidades de saúde.

É importante destacar que a proposta de dimensionamento dos serviços assistenciais foi construída de maneira participativa entre a EBSEH e o Hospital Universitário Lauro Wanderley. Conta com 16 unidades assistenciais com estruturação progressiva das linhas de cuidado, a seguir especificadas:

	LINHAS DE CUIDADO	SERVIÇOS	PROFISSIONAIS
1	Unidade da Visão	Serviço de Oftalmologia	Oftalmologista
2	Unidade do Sistema Cardiovascular	Serviço de Cardiologia Serviço de Angiologia Serviço de Cirurgia Cardíaca Serviço de Cirurgia Vascular/ Endovascular	Cardiologista Clínico Angiologista
3	Unidade do Sistema Digestivo	Serviço de Gastroenterologia Serviço de Hepatologia Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo Serviço de Coloproctologia	Gastroenterologista Hepatologista Cirurgião do Aparelho Digestivo Coloproctologista
4	Unidade do Sistema Endócrino	Serviço de Endocrinologia Serviço de Obesidade Mórbida	Endocrinologista
5	Unidade do Sistema Neuro-músculo esquelética	Serviços de Neurologia Serviço de Neurocirurgia Serviço de Ortopedia Serviço de Reumatologia	Neurologista Reumatologista
6	Unidade do Sistema Respiratório	Serviços de Pneumologia Serviço de Cirurgia Torácica Serviço de Controle do Tabagismo	Pneumologista Cirurgião Torácico Pneumologista
7	Unidade do Sistema Urinário	Serviço de Urologia Serviço de Nefrologia	Urologista Nefrologista
8		Serviço de Ginecologia	Ginecologista

Unidade de Atenção à Saúde da Mulher	Serviço de Mastologia	Mastologista
9 Unidade de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente	Serviço de Pediatria e Medicina do Adolescente	Pediatra Medicina do Adolescente Endocrinologista infantil Alergologista infantil Pneumologista infantil Gastroenterologista infantil Cardiologista infantil Hematologista Infantil Nefrologia infantil Reumatologia infantil
	Serviço de Genética	Geneticista
	Serviço de Neurogenética	Neurologista Infantil
	Serviço de Cirurgia Pediátrica	Cirurgião Pediátrico
10 Unidade Materno Infantil	Serviço de Obstetrícia	Obstetra
	Serviço de Neonatologia	Neonatalogista
	Serviço de Assistência Especializada Familiar	GO/Infecção/Pediatra
11 Unidade de Oncologia/Hematologia	Serviço de Oncologia	
	Serviço de Cirurgia Oncológica	Cirurgião Oncológico
	Serviço de Hematologia	Hematologista
12 Unidade de Clínica Médica	Serviço de Clínica Médica	Clínico Geral
	Serviço de Dermatologia	Dermatologista
	Serviço de Geriatria	Geriatra
	Serviço de Imunologia	Imunologista
	Serviço de Cuidados Paliativos e Clínica da Dor	Acupunturista
13 Unidade de Cirurgia Geral	Serviço de Anestesiologia	Anestesiologista
	Serviço de Cirurgia Geral	Cirurgião Geral
	Serviço de Cirurgia Plástica/Reparadora	Cirurgião Plástico
	Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço	Cirurgião de Cabeça e Pescoço
	Serviço de Otorrinolaringologia	Otorrinolaringologista
14 Unidade de Atenção Psicossocial	Serviço de Psiquiatria	Psiquiatra Psiquiatra Infantil
15 Unidade de Saúde Bucal	Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial	Cirurgião Bucomaxilofacial
	Serviço de Odontologia Hospitalar	Cirurgião dentista
16 Unidade de Atenção as doenças infectoparasitárias	Serviço de Doenças Infectocontagiosas/ DST/AIDS	Infectoologistas

O HULW realiza atendimento para todos os municípios do Estado da Paraíba e é referência para atenção ambulatorial especializada. No ambulatório são oferecidos serviços assistenciais em consultas especializadas nas unidades acima descritas. Além disso, realiza cirurgias ambulatoriais e consultas de Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Nutrição, Odontologia e Fisioterapia. Também é realizado atendimento de pré-natal para acompanhamento das gestantes de alto risco. Soma-se ainda uma variedade de exames de Média e Alta-complexidade realizados pelo HULW em: Patologia Clínica, Anatomopatologia e Citopatologia, Radiodiagnóstico, Ultrassonográficos e Diagnose.

Assim, o HULW representa uma importante estrutura na Rede de Atenção à Saúde, tanto para internação como para atenção ambulatorial especializada. Entretanto, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Estado (PDR) a Programação Pactuada e Integrada (PPI) deve ser respeitada.

Entende-se o processo de contratualização como o meio pelo qual as partes – representante legal do HULW e gestor local do SUS – estabelecem metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar, formalizadas através da celebração de convênio, com indicadores de desempenho que devem ser acompanhados e monitorados pelo Conselho Gestor da Instituição ou Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos, com o objetivo de resgatar o papel e a inserção deste hospital no sistema de saúde local, como formador de profissionais de saúde, e ainda, no desenvolvimento e avaliação de tecnologias.

O Plano Operativo Assistencial (POA), hoje denominado Documento Descritivo (DD) é parte indissociável do Termo de Convênio onde foram definidas as regras contratuais a serem cumpridas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) - João Pessoa e Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW).

Neste DD foram descritas as características gerais dos serviços e atividades pactuadas, bem como a explicitação das diretrizes, metas físicas e de qualidade estabelecidas para cada uma das áreas de atuação pactuadas pelo convênio, quais sejam: Assistência, Gestão, Ensino e Pesquisa, Avaliação.

A contratualização foi elaborada com base na missão institucional do HULW, nas necessidades de saúde apontadas pela Secretaria Municipal de Saúde frente à realidade sanitária loco – regional, devidamente pactuada e aprovada pelas partes envolvidas, o que possibilita ao HULW participar formalmente da Rede Pública de Saúde do SUS, através de metas e diretrizes das políticas públicas de Estado, com vistas

também à formação de recursos humanos para a realidade de saúde do país, bem como participar dos processos de educação permanente para o SUS. Tem por objetivo, no âmbito do modelo assistencial, para o SUS/João Pessoa, definir suas áreas de atuação, as metas quantitativas e qualitativas a serem atingidas, assim como, os indicadores de desempenho a serem monitoradas para acompanhamento e avaliação da efetividade do Convênio entre as partes.

Após o início da atual gestão do HULW foi definida como prioridade a revisão do Documento Descritivo, cuja elaboração remontava o ano de 2005, com a última revisão em 2011. Para isso, foi designada pela superintendência uma comissão interna com a participação da Divisão de Gestão do Cuidado, do Núcleo Interno de Regulação e do Processamento Financeiro, responsáveis pelos contatos iniciais com os profissionais da Secretaria de Saúde do município de João Pessoa, responsáveis pela confecção do referido documento.

A comissão interna do HULW, após reunião presencial com os auditores da SSM/João Pessoa, realizou a revisão do contrato anterior, contando com a presença das chefias de serviços médicos (unidade de internação hospitalar e ambulatorial) com o objetivo de rever as metas físicas para os diversos setores, notadamente os serviços que envolviam os quantitativos de exames de análise clínica e diagnose por métodos gráficos e de imagem. Da mesma forma foi revisto o potencial de internação hospitalar nas diversas clínicas do HULW.

Esta revisão das metas foi entregue aos profissionais da Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa para análise, parecer e elaboração de minuta do documento descritivo, que foi submetida a nova avaliação do HULW, com a participação dos técnicos do Setor de Contratualização Hospitalar da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

A minuta do documento descritivo, com novas metas físicas e consequentemente financeiras foi analisada por todas as partes envolvidas (HULW, EBSERH-sede, SSM/João Pessoa) e discutida amplamente e exaustivamente nas dependências do HULW. É importante destacar que o novo DD implica em maior aporte financeiro ao HULW pela Secretaria de Saúde, por essa razão foi necessário aguardar nova definição de aceite por parte da SSM/João Pessoa.

Finalmente, o DD foi aceito entre as partes e devidamente submetido aos trâmites oficiais para oficialização estando o DD em vigor e sendo, através da comissão de monitoramento, reavaliado semestralmente para possíveis ajustes de suas metas.

1.3.2. Ensino e pesquisa

É importante destacar que o HULW oferece especializações *Latu-Sensu* no formato de Residência Multiprofissional, Residência Buco-Maxilo Facial e Residência Médica nas áreas de Anestesiologia, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Oftalmologia, Terapia Intensiva e Doenças Infecto-Contagiosas, Mastologia, Endoscopia, Ginecologia, Reumatologia, Endocrinologia, Psiquiatria, Dermatologia, além de disponibilizar campo de prática na profissionalização dos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Nutrição, Farmácia, Odontologia, Serviço Social, Psicologia, Educação Física, Relações Públicas, Biblioteconomia, Engenharia Elétrica, Engenharia Mecânica, Ciências Contábeis, entre outros.

O HULW se caracteriza por ser um hospital de ensino de porte médio. Entende-se nesse contexto que o hospital de ensino se caracteriza como sendo aquele que se torna “um espaço de referência da atenção à saúde para alta complexidade, a formação de profissionais de saúde e desenvolvimento tecnológico...” (Portaria GM/MS nº 1.702/2004).

Um importante aspecto no que se refere ao diagnóstico situacional da pesquisa em saúde no HULW é o grande potencial para realização de pesquisa, todavia sem nenhum apoio financeiro e físico estrutural necessários para seu desenvolvimento, sendo que a maioria das pesquisas no HULW surge por iniciativas individuais e, portanto, não financiadas. Todavia, no último triênio o hospital teve uma média de cento e quarenta publicações por ano, sendo a maioria dessas pesquisas com perfil acadêmico e poucas pesquisas clínicas.

No entanto, a integração entre ensino, pesquisa e assistência ainda é um problema no HULW. Os vários atores envolvidos no ensino e na pesquisa têm perspectivas diferentes daqueles atores ligados à assistência. A integração desse processo tanto no hospital quanto na UFPB é um desafio, no sentido de valorizar o trabalho docente e de tornar mais clara a definição de papéis para os docentes e os técnicos no HULW.

Por outro lado, a integração entre o ensino, pesquisa e a assistência à saúde no contexto do SUS é estreitamente relacionada à capacidade instalada e modalidades assistenciais que o HULW dispõe, visando responder às demandas de saúde da população e referenciada de João Pessoa, bem como a formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde. Essa integração deve contribuir no fortalecimento do HULW

para cumprir sua missão de qualificar a oferta de serviços, buscando o aperfeiçoamento do SUS na rede de atenção.

Por parte da UFPB, toda a regulação do ensino e pesquisa é realizada pelos gestores dos cursos e departamentos de ensino, além dos grupos de pesquisa, sem integração dessas coordenações com a governança do hospital, no que se refere às atividades realizadas no HULW. Dessa forma, os coordenadores dos cursos não realizam o planejamento das atividades docentes juntamente com o principal campo de prática dos cursos de saúde da UFPB, o HULW.

Por outro lado, boa parte dos técnicos-administrativos do hospital entendem que a assistência deve ser a atividade primordial do hospital, em virtude da forma de financiamento do HULW, que ocorre por produção assistencial, através da contratualização. Por ser um hospital, para este grupo de profissionais a assistência deve ser a principal atividade, que sedimenta o ensino e a pesquisa, promovendo então, durante as ações de planejamento e decisões de gestão uma falta de perspectiva para o ensino e pesquisa, esquecendo parte da missão do hospital.

1.3.3 Inserção na Rede de Atenção à Saúde

Para inserção do HULW no contexto de construção e qualificação das redes regionais de atenção à saúde, tem-se que reconhecer seu papel na rede como referência em situações de alta e média complexidade, contribuindo para a integralidade do cuidado ao fazê-lo com critérios para contra referência, após realizar o atendimento ao usuário.

Assim, pensar no HULW na perspectiva de rede de atenção e linhas de cuidado, nos leva a inferir na integração resolutiva junto à atenção básica e às redes de apoio compondo um tecido de respostas que se integrem territorialmente.

Essa inserção é complexa, pois exige planejamento centrado nas necessidades sociais em saúde de caráter presente e prospectivo, projetando as necessidades atuais e futuras na construção complexa e integrada do hospital com a rede de atenção à saúde.

Nessa perspectiva, a inserção do HULW é fundamental, porque a maior parte do nosso atendimento é dirigida aos pacientes que são encaminhados pelos serviços de saúde da rede assistencial do Estado da Paraíba ou é fruto da demanda espontânea, que chega ao hospital sem nenhum encaminhamento ou com encaminhamento não regulado.

Além disso, outros fatores dificultam o cumprimento do papel do HULW na rede de atenção à saúde, entre os quais destacamos, entre outros: a insuficiência de informações quanto ao papel institucional na rede, tanto para os profissionais quanto para os usuários, o desconhecimento dos contratos estabelecidos entre o HULW/EBSERH/Gestão Municipal com a consequente ausência de planejamento voltado para o cumprimento de metas; as dificuldades de organização da rede básica e a comunicação precária entre os serviços.

Porém, pode-se afirmar que, o HULW é uma instituição de saúde consolidada na rede e indispensável por sua contribuição social na assistência, na formação profissional e na pesquisa acadêmica.

1.4 Financiamento e Gestão do Hospital

O Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF, foi instituído através do Decreto nº 7.082 de 27 de janeiro de 2010, com o objetivo de criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais pudessem desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde.

O financiamento dos hospitais universitários federais está sendo compartilhado, paritariamente, entre as áreas da educação e da saúde. A tabela 1 mostra a série histórica dos recursos financeiros investidos no HULW.

TABELA 1 – Série histórica do financiamento do HULW de 2013 a 2017

Recursos recebidos por origem nos últimos 5 exercícios (2013-2016)			
Exercício	Origem	Programa	Total
2013	Contratualização/MS	2015 - Aperfeiçoamento do sistema único de saúde (SUS)	16.562.495,70
	MEC	2032 - Educação superior - graduação, pós-graduação, ensino pesquisa e extensão	8.547.101,02
	REHUF/MS	2015 - Aperfeiçoamento do sistema único de saúde (SUS)	13.867.645,74
Total			38.977.242,46
Exercício	Origem	Programa	Total
2014	Contratualização/MS	2015 - Aperfeiçoamento do sistema único de saúde (SUS)	14.384.332,95
	MEC	2032 - Educação superior - graduação, pós-graduação, ensino pesquisa e extensão	6.682.947,50
	REHUF/MS	2015 - Aperfeiçoamento do sistema único de saúde (SUS)	10.501.368,96
	REHUF/MEC	2032 - Educação superior - graduação, pós-graduação, ensino pesquisa e extensão	3.385.432,15
Total			34.954.081,56
Exercício	Origem	Programa	Total
2015	Contratualização/MS	2015 - Aperfeiçoamento do sistema único de saúde (SUS)	15.388.971,67
		2032 - Educação superior - graduação, pós-graduação, ensino pesquisa e extensão	4.871.648,35
	REHUF/MS	2015 - Aperfeiçoamento do sistema único de saúde (SUS)	5.464.677,00
	UFPB/MEC	2032 - Educação superior - graduação, pós-graduação, ensino pesquisa e extensão	19.188,92
	REHUF/MEC	2032 - Educação superior - graduação, pós-graduação, ensino pesquisa e extensão	11.459.670,14
Total			37.204.156,08
Exercício	Origem	Programa	Total
2016	Contratualização/MS	2015 - Aperfeiçoamento do sistema único de saúde (SUS)	15.320.243,21
		2080 - Educação de qualidade para todos	468.733,27
	MS	2015 - Aperfeiçoamento do sistema único de saúde (sus)	65.000,00

	REHUF/MS	2015 - Aperfeiçoamento do sistema único de saúde (sus)	12.152.344,71
	REHUF/MEC	2080 - Educação de qualidade para todos	9.548.438,02
Total			37.554.759,21
Exercício	Origem	Programa	Total
Jan - jun/2017	Contratualização/MS	2015 - Aperfeiçoamento do sistema único de saúde (sus)	9.404.729,29
	REHUF/MS	2015 - Aperfeiçoamento do sistema único de saúde (sus)	3.779.457,98
	REHUF/MEC	2080 - Educação de qualidade para todos	414.491,48
Total			13.598.678,75

Fonte: Gerência Administrativa, 2017.

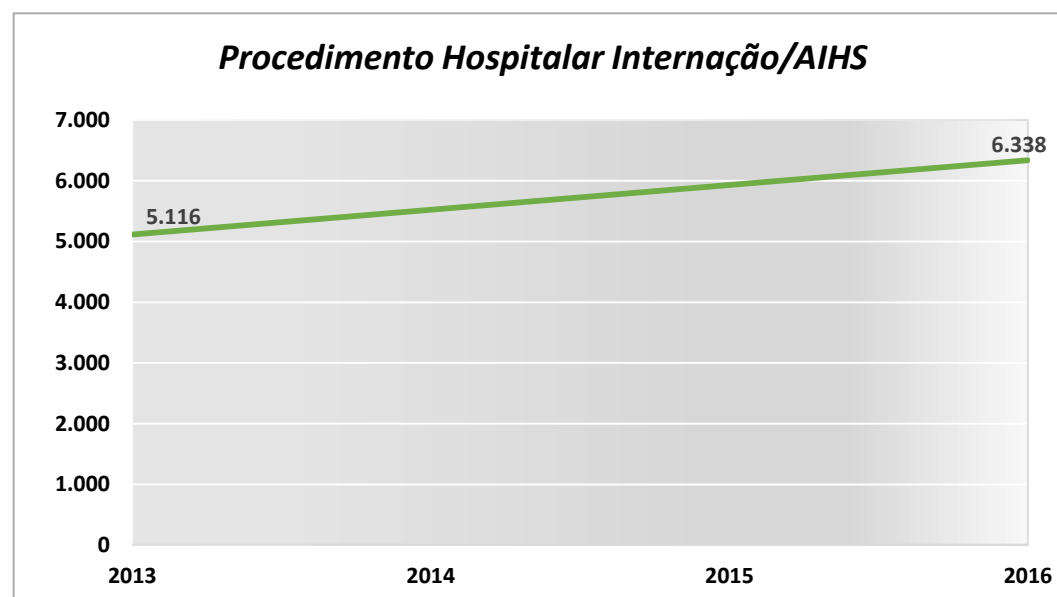


Fonte: Gerência Administrativa, 2017

QUADRO 1 – Execução orçamentária por categoria econômica em 2016 e até junho de 2017.

	2016			JAN - JUN/2017		
DESPESA	CRÉDITO RECEBIDO	CRÉDITO EMPENHADO	% EXECUÇÃO	CRÉDITO RECEBIDO	CRÉDITO EMPENHADO	% EXECUÇÃO
CUSTEIO	34.569.325,94	34.431.522,85	99,6%	13.098.678,75	12.903.935,02	98,5%
CAPITAL	2.985.433,27	2.564.619,92	85,9%	500.000,00	407.797,94	81,6%
TOTAL GERAL	37.554.759,21	36.996.142,77	98,5%	13.598.678,75	13.311.732,96	97,9%

Fonte: Gerência Administrativa, 2017.



1.4.1 Assinatura de contrato com a EBSEH

A Universidade Federal da Paraíba, representada por sua Reitora, Prof^a Margareth de Fátima Formiga Melo Diniz, firmou contrato com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, Empresa Pública vinculada ao Ministério da Educação, criada pela Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011.

O contrato tem por objeto a gestão especial gratuita, pela contratada do HULW na forma e condições definidas no contrato e na Lei nº 12.550, os quais podem-se destacar:

- A oferta, à população, de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico, no âmbito do SUS;
- O apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública; e,
- A implementação de sistema de gestão único, com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas.

O contrato foi celebrado pelo prazo de 20(vinte) anos, conforme estabelecido no respectivo plano de metas, com validade e eficácia condicionada à publicação resumida do instrumento pela contratante, no Diário Oficial da União e na integralidade, pela contratada, em sítio próprio da rede mundial de computadores. No entanto, o contrato é passível de prorrogações mediante Termo Aditivo. O Contrato nº 45/13, foi firmado em Brasília em 17 de dezembro de 2013.

1.4.2 Modelo de governança do HULW

O modelo de governança experimentado no HULW com a chegada da EBSEH é a gestão compartilhada distribuída entre todos os segmentos envolvidos: gerência de atenção à saúde, gerência de ensino e pesquisa e gerência administrativa, que se caracteriza por uma atuação participativa, capaz de atender as três áreas de competência – gestão, atenção à saúde e ensino.

A liderança atual volta suas atenções para os bons resultados, integração de ideias e ações, de forma a solidificar o seu compromisso com a excelência. O compartilhamento de um propósito comum gira em torno do cumprimento da missão institucional.

1.4.3 Dimensionamento atual e futuro de pessoal

Atualmente, o HULW dispõe de cerca de 1.789 servidores, sendo vinculados pelo Regime Jurídico Único (RJU) 805 colaboradores e 984 contratados, através de concurso público da EBSEH. Além desse quadro o HULW tem o apoio de servidores terceirizados com 251 colaboradores para atividades-meio.

Todos os aprovados no concurso participam do programa de integração onde têm oportunidade de conhecer o contexto da EBSEH e do hospital e de aprofundar conhecimentos acerca de realidade do HULW, através de palestras com profissionais convidados.

O desenvolvimento de pessoas tem sido um grande desafio para os gestores, para atingir os objetivos de capacitação de seus colaboradores, melhorar os resultados das equipes, desenvolver comportamentos/attitudes condizentes com a missão e visão da EBSEH e do HULW, para esse fim, foi criado o Comitê de Desenvolvimento de Pessoas, através da Portaria nº 809, de 13 de agosto de 2015.

2 OBJETO E OBJETIVOS

O objeto deste trabalho é a construção do PDE que norteará as atividades da equipe do HULW para os anos de 2018 e 2020, estabelecendo ações estratégicas em busca da missão institucional, a partir do diagnóstico situacional realizado e da análise dos resultados.

2.1 Objetivo Geral

Planejar ações estratégicas que permitam ao HULW alcançar sua missão institucional tornando-se um hospital de excelência na tríade: atenção à saúde, ensino/pesquisa e gestão.

2.2 Objetivos Específicos

- Viabilizar processos assistenciais aderentes as boas práticas de gestão da clínica e humanização: assistência integral, linhas de cuidado, trabalho em equipes multidisciplinares, protocolos assistenciais.

- Adotar padrões e práticas de gestão que corroborem para o alcance da missão do hospital: gestão compartilhada, normatização dos processos de trabalho.
- Elaborar e implementar programas de desenvolvimento de pessoas que permitam a concretização dos objetivos institucionais: pessoas comprometidas, motivadas, com perfil adequado.
- Promover integração entre assistência, ensino e pesquisa no hospital e na Rede de Atenção à Saúde com o HULW: contratualização, papel do hospital frente a rede de atenção à saúde e a pesquisa clínica.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Diagnóstico situacional e definição da Missão, Visão e Valores

Na etapa inicial foram realizadas algumas oficinas de sensibilização para todas as chefias do hospital. Encontra-se disponível no site do HULW uma vídeo-aula sobre planejamento estratégico, de acesso livre a todos os colaboradores do hospital, através do link http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=RkxC7qDhVFQ.

Além disso, no site <http://www.ebserh.gov.br/web/hulw-ufpb> encontra-se o menu *Planejamento e Gestão*, em que diversas informações estão disponibilizadas a respeito do planejamento. A construção do novo PDE continua sendo eminentemente participativa envolvendo os principais atores sociais: lideranças, colaboradores internos e a comunidade universitária que estão diretamente envolvidos com o cenário de práticas na formação acadêmica, contribuindo com as discussões e sugestões que objetiva a melhoria contínua do desempenho do HULW no atendimento as suas demandas.

Essa participação ocorreu, através de oficinas, rodas de conversas, plenárias e reuniões corporativas. Sabe-se que pensar estrategicamente não é tarefa fácil, ainda mais para empresas que estão engolidas pela sua operação. Esse é um cenário comum e tem sido fator contributivo para a “decrescência” de diversos negócios. A falta de uma direção clara atrapalha a caminhada das corporações. Parafraseando um diálogo de Alice no País das Maravilhas: “quando não sabemos para onde queremos ir, qualquer caminho serve”.

Assim sendo, entende-se que planejamento é uma questão de mentalidade, que parte de um objetivo maior e passa pela necessidade de organizar a conquista desse objetivo, prevendo que não será fácil. Nesse sentido, é preciso querer evoluir, mas é imprescindível estar disponível para o novo.

Dentro desse escopo de uma nova maneira de pensar e agir, ou seja, ser pautado pelo futuro, o desafio passa a ser outro: como estabelecer a melhor estratégia? Entende-se que num país como nosso, olhar para o futuro, quando ele é extremamente incerto, torna essa prática parecer sem sentido. Porém, quando se estabelece um norte claro para o negócio, pode-se explorar ao máximo a capacidade estratégica, de uma forma que faça sentido.

De maneira que, foi iniciada as atividades, a partir das deliberações do Comitê Gestor do PDE que tem a responsabilidade de promover ampla divulgação na construção do novo PDE e envolver todas os colaboradores em cargos de liderança a participarem.

Portanto, a metodologia que norteou os trabalhos foi a participação ativa de todos os envolvidos nas oficinas ou reuniões centradas na realidade que estão inseridos. Cada facilitador deu forte estímulo ao reconhecimento dos problemas vivenciados no dia-a-dia da prática profissional no seu ambiente de trabalho. Logo, os participantes foram capazes de intervir e promover transformações que julgaram necessárias da realidade, a partir das sugestões e troca de ideias. Assim, eles se tornaram protagonistas da construção do PDE, sendo responsáveis pela sua trajetória e pelo alcance de seus objetivos, no qual deverão ser capazes de auto gerenciar e autogovernar seus processos.

De forma que, pretendeu-se valorizar o diálogo e desmistificar a realidade com uma prática consciente e crítica. Nesse contexto, problematização não se restringiu apenas a apresentar questões, mas chegar a discussões que despertaram ideias de soluções dos problemas.

Diante do exposto, foram sugeridos que para os 7 modelos de referência: gestão hospitalar, gestão da clínica, humanização da saúde, hotelaria, compras hospitalares, administração econômico-financeiro e gestão de obras/engenharia clínica, fossem designados responsáveis ou facilitadores para conduzir as reuniões das oficinas ou rodas de conversas.

A abordagem dessa fase do planejamento envolveu os gestores dos diversos níveis hierárquicos, docentes e servidores. Assim, foi possível nas oficinas a discussão e revisão da Missão, Visão e Valores do hospital.

Sabe-se que a missão da organização exerce a função orientadora e delimitadora da ação organizacional definida num período de tempo, onde são comunicados os valores, crenças, expectativas, conceitos e recursos. A importância que se dá à missão está relacionada ao fato de que ela é uma diretriz da qual se derivam vários objetivos estratégicos voltados ao alcance da excelência.

Portanto, a missão é a expressão da razão da existência de uma instituição, em um ambiente dinâmico, é fundamental dotá-la de flexibilidade para que possa acompanhar as mudanças dos cenários internos e externos. Outro aspecto a ser considerado em relação ao tema é que a Missão deve ter “a cara da empresa”, uma espécie de sua carteira de identidade.

Missão

Prestar assistência integral, ética e humanizada à comunidade, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, na busca permanente pela excelência, desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa e extensão para formação de profissionais que respeitem a dignidade humana e sejam agentes transformadores da sociedade.

A visão é a idealização de um futuro desejado para a organização. Ela deve ser clara e estar em permanente demonstração para a comunidade. A visão de futuro transmite a essência da organização em termos de seus propósitos, do escopo do negócio e da liderança competitiva, para prover a estrutura que regula as suas relações institucionais e sociais e os seus objetivos gerais de desempenho.

A visão, portanto, representa “o que queremos ser” e está alinhada com a idealização do futuro que os líderes têm de seu próprio trabalho. Logo, cabe a superintendência e as gerências (líderes) do HULW, a responsabilidade de proporcionar significado prático à visão de futuro. A nossa visão foi alterada de forma temporal:

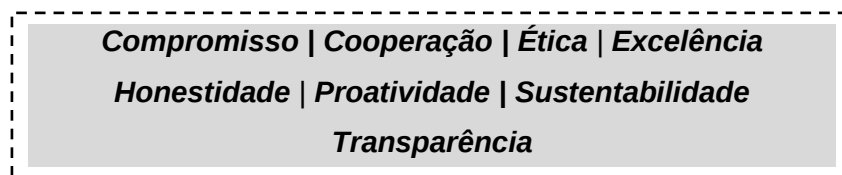
Visão

Ser reconhecido nacionalmente pela excelência na atenção à saúde, geração de conhecimento, formação e capacitação profissional, tornando-se um hospital acreditado até 2025.

Toda organização que deseja implementar seu planejamento estratégico deve demonstrar com clareza os valores que orientam sua gestão estratégica. Os valores traduzem as crenças nas quais acreditamos e reagem às relações sociais que transformam em realidade concreta o pensamento estratégico; são dogmas duradouros e basilares da organização com relevância e importância para todos os envolvidos. Assim, se consubstanciam em um conjunto de crenças e princípios que orientam as atividades da instituição.

Portanto, é preciso identificar, explicitar e divulgar os valores fundamentais da organização, as crenças que norteiam o seu cotidiano. Na construção das bases da gestão estratégica, foram identificados valores que personificam as crenças de todos os que trabalham no HULW e que dão sustentação a seu projeto institucional. Os valores foram validados pelas lideranças do HULW e foram definidos assim:

Valores



3.2 Levantamento de oportunidades de melhoria: modelos de referência

a) Modelos de referência as boas práticas

O HULW procurou alinhar as boas práticas relacionadas na Lista de Contribuições dos 7 Modelos de Referência: (1) Gestão Hospitalar, (2) Gestão da Clínica, (3) Humanização da Saúde, (4) Hotelaria, (5) Compras Hospitalares, (6) Administração Econômico-Financeira; e (7) Gestão de Obras e Engenharia Clínica. O nível de aderência consolidado para cada um dos modelos é apresentado na figura a seguir.

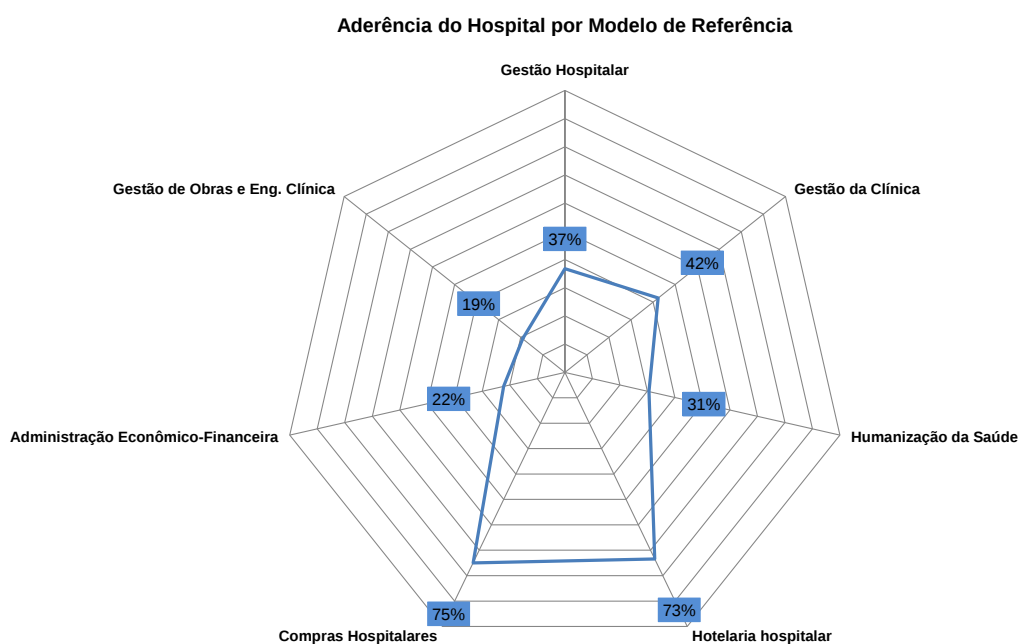


Figura 2 – Nível de aderência as boas práticas relacionado na Lista de Contribuições do Modelo de Referência para o HULW.

b) Identificação de *gaps* normativos

O preenchimento da lista de *gaps* normativos está relacionado às legislações de Gestão de Pessoas, de Suprimentos, Administrativo-financeira e de Legislação do SUS. Foram identificados os pontos de não conformidade em relação à infraestrutura, processos e recursos humanos que não possibilitam o cumprimento das legislações e normas. O nível de aderência consolidado por tema é apresentado no gráfico a seguir.

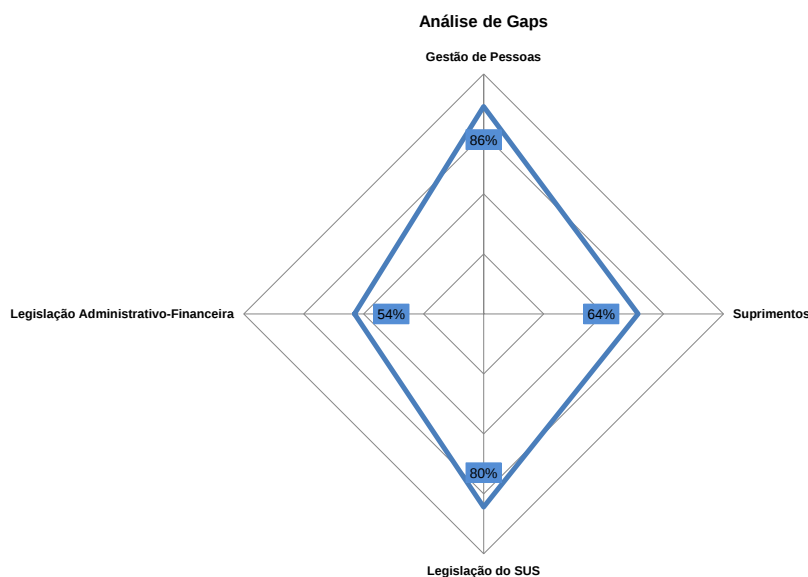


Figura 3 - Aderência do HULW por tema da *Lista de Gaps Normativos*

A aderência global do HULW às normativas é moderada. A partir do levantamento dos níveis de aderência aos Modelos de referência, assim como, da identificação dos *gaps* normativos, foi realizado a Matriz SWOT.

3.3 Análise de contexto e Matriz SWOT

A Análise SWOT ou Análise FOFA ou FFOA (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças) é uma ferramenta utilizada para fazer análise de cenário (ou análise de ambiente). É um sistema simples para verificar a posição estratégica da empresa no ambiente em que ela está inserida.

O ponto forte ou força/fortaleza é a diferenciação conseguida pela organização (variável controlável que proporciona uma vantagem operacional no ambiente), ou seja, é aquilo em que somos excelentes. O ponto fraco ou fragilidade/debilidade é uma

situação inadequada da organização (variável controlável) que proporciona desvantagem operacional no ambiente, ou seja, é aquilo em que somos deficientes. A análise dos pontos fortes e fracos constitui o cenário interno da organização.

A oportunidade é uma força ambiental incontrolável pela organização, que pode favorecer a sua ação estratégica, desde que conhecida e aproveitada satisfatoriamente. A ameaça é a força ambiental incontrolável pela organização, que cria obstáculo à sua ação estratégica, mas que poderá ou não ser evitada, desde que conhecida em tempo hábil. Portanto, as oportunidades e ameaças têm sua origem no cenário externo da organização.

Assim, foi realizada uma avaliação dos pontos fortes e fracos do HULW e um exame do cenário externo, com as oportunidades e ameaças. A análise SWOT realizada no HULW para elaboração do PDE contemplou etapas de brainstorming e discussão com a equipe multiprofissional ampliada de gestores para classificação e cruzamento das variáveis, visando uma análise aprofundada da situação atual do hospital.

	POSITIVO	NEGATIVO
INTERIOS	Consideração da rede EBSERH Recomposição da equipe de assistência com grande qualificação Melhora da assistência de enfermagem ao usuário do SUS Melhoria na qualidade dos profissionais Amadurecimento do grupo de gestores Forças (S)	Contratualização deficiente Infraestrutura inadequada Vulnerabilidade dos sistemas de controle de efetiva produção da força de trabalho Atendimento não regulado Falta de compromisso de alguns profissionais com o trabalho Falta de resolutividade dos processos de trabalho Falta de compromisso com o uso racional dos recursos do hospital Fraquezas (S)
EXTERIOS	Experiência de outros hospitais da rede EBSERH Capacitação pela educação continuada dos profissionais Exigência da aplicação da utilização dos recursos do REHUF Retomada do crescimento econômico Novo regulamento das estatais Oportunidades (O)	Nomeação política de gestores Política de redução da máquina pública Péssimo cenário econômico e político Vulnerabilidade da estrutura de governo Ameaças (T)

Figura 4 - Oficina de Análise SWOT no HULW, 2017.

Observa-se, que há certo equilíbrio na consolidação das Forças e Fraquezas e das Oportunidades e Ameaças. Dentre as *forças* apontadas pelo grupo, destaca-se a qualidade dos profissionais, em especial, os profissionais da saúde. A equipe indicou que algumas *forças* têm potencial de serem melhor aproveitadas, tendo em vista o amplo espaço físico do hospital e a excelente reputação junto à população.

Entre as *fraquezas*, observa-se a dificuldade em desenhar um compromisso mais efetivo dos profissionais com o trabalho em todos os setores do hospital. Além disso, a equipe apontou uma vulnerabilidade dos sistemas de controle efetivo da

produção da força de trabalho e o atendimento não regulado que prejudicam um planejamento eficaz.

No ambiente externo, em relação às *oportunidades*, a equipe apontou a experiência de outros hospitais da rede EBSEH como uma grande oportunidade de crescimento efetiva do hospital, o novo regulamento das estatais e a exigência da aplicação da utilização dos recursos do REHUF.

Ao analisar a Matriz SWOT ficou evidenciado a necessidade de melhoria dos processos internos, através da gestão de risco e controle, alinhados a um sistema integrado de informações, o AGHU.

Além disso, as ameaças percebidas indicam a relevância do planejamento estratégico como um plano de ação capaz de minimizar o efeito que essas ameaças têm sobre as fraquezas, de forma a viabilizar o crescimento.

3.3.1 Declaração dos Macroproblemas

Foi realizado o levantamento dos macroproblemas com a participação dos gestores e demais colaboradores, a partir da técnica de identificação de desconfortos, visualização móvel (tarjetas) e agrupamento por núcleos de sentido. Após esse agrupamento de problemas, o diálogo com os macroproblemas identificados pelos participantes permitiu acrescentar diferentes perspectivas e ampliar a leitura da realidade.

Os macroproblemas identificados foram: (1) Processos assistenciais não aderentes as boas práticas de gestão da clínica e humanização; (2) Modelos e práticas de gestão insuficientes para alcançar a missão do HULW; (3) Baixa integração entre assistência, ensino e pesquisa; (4) Infraestrutura física e equipamentos insuficientes para o alcance da missão institucional.

A matriz de priorização, com a pontuação do valor e interesse de cada macroproblema foi aplicada buscando levar em consideração todos os aspectos avaliados com a equipe até aquele momento: recapitulação e discussão dos macroproblemas iniciais, resultados da matriz SWOT e da aderência aos Modelos de Referência.

O grupo discutiu coletivamente uma nota de interesse entre positivo, neutro e negativo para cada macroproblema, representando a vontade do HULW em transformar, manter-se indiferente ou rechaçar a mudança de cada situação. Para todos

os macroproblemas, foi atribuído interesse positivo consensualmente pelos participantes.

Em seguida, cada participante atribuiu notas de 1 (um) a 6 (seis) a cada macroproblema, representando a nota 1 a maior prioridade considerada pelo participante. As notas apresentaram uma visão quantitativa do grupo em relação à priorização, que foi complementada com uma discussão incitada pelo facilitador sobre a importância qualitativa da priorização.

Observa-se que o macroproblema - Desenvolvimento de pessoas insuficientes frente aos objetivos institucionais do HULW – não priorizado para este PDE, uma vez que foi realizado concurso público para suprir o déficit de pessoal. Assim, o grupo optou por priorizar os macroproblemas sobre os quais teriam maior governabilidade para uma intervenção:

MP1 - Processos assistenciais não aderentes as boas práticas de gestão da clínica e humanização;

MP2 - Modelos e práticas de gestão insuficientes para alavancar a missão do HULW;

MP3 - Baixa integração entre assistência, ensino e pesquisa;

MP4 - Infraestrutura física e equipamentos insuficientes para o alcance da missão institucional.

TABELA 2 – Matriz Decisória para priorização dos Macroproblemas pelos participantes da oficina de discussão do HULW.

Macroproblemas	Interesse	Pontuação
MP1	Positivo	82
MP2	Positivo	74
MP3	Positivo	70
MP4	Positivo	60

3.3.2 Identificação e análise dos atores sociais

Ator social é o cidadão que assume crescentemente seu papel social quando pensa, discute, argumenta, elabora juízos de valor, faz escolhas e toma posição sobre as mais variadas questões. A opinião pública também é considerada como ator, mediante sua capacidade de deliberação e influência. Ator social é uma pessoa, grupo

ou organização que participa de algum “jogo social”, que possui um projeto político, controla algum recurso relevante, tem, acumula (ou desacomoda) forças no seu decorrer e possui, portanto, capacidade de produzir fatos capazes de viabilizar seu projeto (MATUS, 1996).

A identificação e análise dos atores sociais foi realizada com presença dos participantes das oficinas de discussão. Os atores sociais que têm influência nos macroproblemas escolhidos foram: governança do hospital, gestores internos, equipe multiprofissional, gestor municipal, reitoria, EBSERH.

Os três primeiros macroproblemas priorizados pelo HULW foram escolhidos para análise dos atores. Para cada ator social foi definida sua “Relevância”, na qual se procurou verificar qual recurso o ator social possui, podendo ser: a) Político; b) Econômico; c) Técnico e d) Organizacional. Também se avaliou a “Governabilidade” de cada ator sobre os recursos disponíveis, variando entre “Alta”, “Média” e “Baixa”. Ainda foi avaliado o interesse (positivo, negativo ou neutro) que cada ator social possui em resolver os macroproblemas apontados. A consolidação desses três aspectos permitiu classificar os atores quanto à sua “motivação” em relação aos macroproblemas apontados.

Quadro 2 - Matriz de Relevância de Atores Sociais

Atores Sociais	Relevância	Governabilidade	Interesse	Motivação
Governança do hospital	A;B;C;D	Alta	Positivo	Aliado
Gestores internos	A;B;C;D	Alta	Positivo	Aliado
Equipe Multiprofissional	A;B;C;D	Alta	Positivo	Aliado
Gestor Municipal	A;B;C;D	Alta	Neutro	Indiferente
Reitoria	A;B	Alta	Positivo	Aliado
EBSERH	A;B;C;D	Alta	Positivo	Aliado

Dentre os seis atores indicados, apenas o Gestor Municipal foi considerado indiferente, pois a gestão do HULW é do Gestor Federal. Dessa forma, o gestor Municipal não se envolve em questões internas do HULW, pois não está sob sua gestão.

3.3.3 Análise dos macroproblemas

Parte-se da compreensão de que, a partir dos problemas deve-se explicar a realidade. Para isso, o planejamento estratégico utiliza um diagrama onde o problema selecionado é descrito e, em seguida, decomposto em suas causas e consequências

para o ator social que o está explicando, segundo seus valores, objetivos e conduta. As causas dos problemas podem ser, por sua vez, decompostas constituindo-se subproblemas. Trata-se de manifestar uma intencionalidade concreta, que explique as causas para mudá-las.

A identificação das causas é essencial, pois não se atua sobre as consequências nem sobre os descritores (sintomas) de um problema. Logo, o produto deste trabalho denomina-se “Árvore do Problema” ou “Árvore Explicativa”, onde todos podem visualizar a rede causal que envolve determinado problema e quais são aquelas causas fundamentais para as quais serão direcionadas a vontade de mudança e as ações do Plano. Estas causas são denominadas de “Nós Críticos”.

Os descritores de cada um dos macroproblemas foram os seguintes:

MP1: Processos assistenciais não aderentes as boas práticas de gestão da clínica e humanização

- 70% dos pacientes sem pulseiras de identificação;
- 52% dos leitos não identificados;
- 90% dos protocolos não implementados;
- 100% das cirurgias fora do circuito;
- 20% dos pacientes são identificados com abreviações dos sobrenomes;
- Déficit de 80% na aplicação do check-list cirurgia segura;
- 80% de não utilização de ficha de avaliação de risco;
- 90% dos profissionais não treinados quanto aos protocolos;
- 50% de falhas na comunicação intersetorial;
- Desconhecimento da PNH pelos membros da comissão;
- Indefinição de atuação;
- Aumento na taxa de insatisfação dos usuários (80% das reclamações da ouvidoria);
- Falta de implantação das linhas de cuidado;
- Alta permanência (>6 dias) e baixa ocupação (<80%) dos leitos.

MP2: Modelos e práticas de gestão insuficientes para alavancar a missão do HULW

- Despesa fora do limite orçamentário;
- Orçamento deficiente;
- Fragmentação dos processos administrativos.
- Morosidade na execução dos processos;
- Retrabalho no fluxo do processo;
- Termo de referência mal elaborado;

- Aumento no percentual de compras emergenciais.

MP3: *Baixa integração entre assistência, ensino e pesquisa*

- Distanciamento entre docentes e técnicos nas atividades de ensino, pesquisa, assistência e gestão no HULW;
- Desarticulação das instituições (hospital/UFPB/Rede de Atenção) com ações isoladas.

MP4: *Infraestrutura física e equipamentos insuficientes para o alcance da missão institucional*

- Grande número de intervenções corretivas;
- Indisponibilidade de equipamentos

As figuras a seguir mostram as árvores explicativas, com seus descritores, causas e consequências. Entre as causas foram selecionadas aquelas que cumprem as três condições do “nó crítico”, a saber: (1) ter impacto decisivo sobre os descritores (2) ter possibilidade de intervenção (3) ter viabilidade política.

Nós críticos do Macroproblema 1: Processos assistenciais não aderentes as boas práticas de gestão da clínica e humanização

- NC1 – Falha na adesão a política de segurança dos pacientes;
- NC2 - Deficiência na implantação da Política Nacional de Humanização/Acolhimento;
- NC3 - Deficiência no gerenciamento de leitos, consultas e SADT;
- NC4 - Pouca integração da equipe multiprofissional no atendimento multidisciplinar e integral do paciente;
- NC5 - Falta de normatização e planejamento das linhas de cuidado.

Nós críticos do Macroproblema 2: Modelos e práticas de gestão insuficientes para alavancar a missão do HULW

- NC6 - Baixa de qualificação na elaboração e controle do processo;
- NC7 - Demanda para atendimento maior que a oferta de serviços regulados/contratualizados;
- NC8 - Falta de sistema integrado de gestão;
- NC9 - Deficiência e pouca organização dos processos de trabalho.

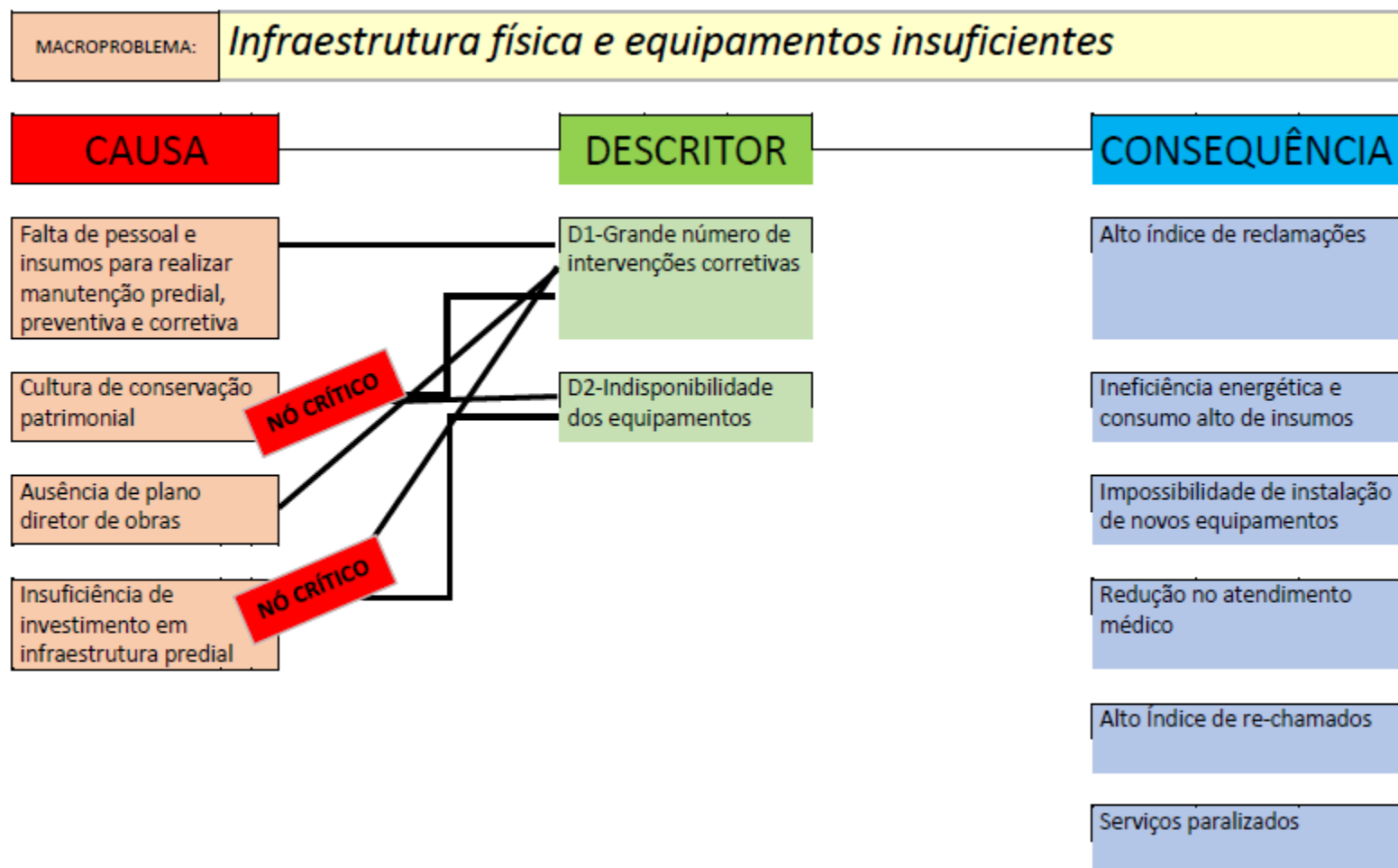
Nós críticos do Macroproblema 3: Baixa integração entre assistência, ensino e pesquisa

- NC10 - Comunicação ineficiente (ausência de ferramentas de comunicação entre assistência, ensino, pesquisa e extensão);
- NC11 - Planejamento desarticulado entre o ensino, pesquisa, extensão e assistência.

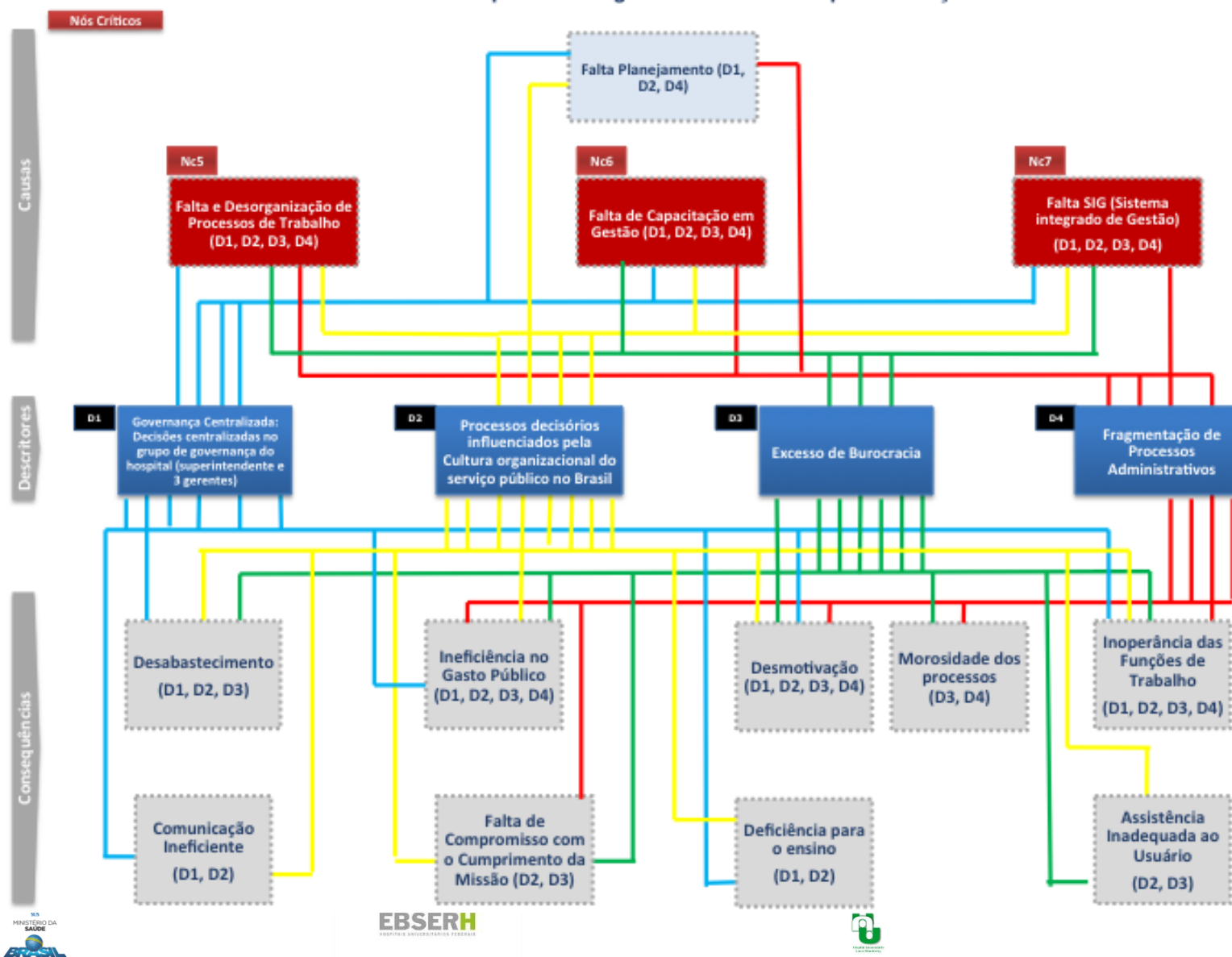
Nós críticos do Macroproblema 4: Infraestrutura física e equipamentos insuficientes para o alcance da missão institucional

- NC12 - Falta cultura de conservação patrimonial;
- NC13 - Deficiência na aplicação dos investimentos do REHUF em infraestrutura predial e equipamentos.

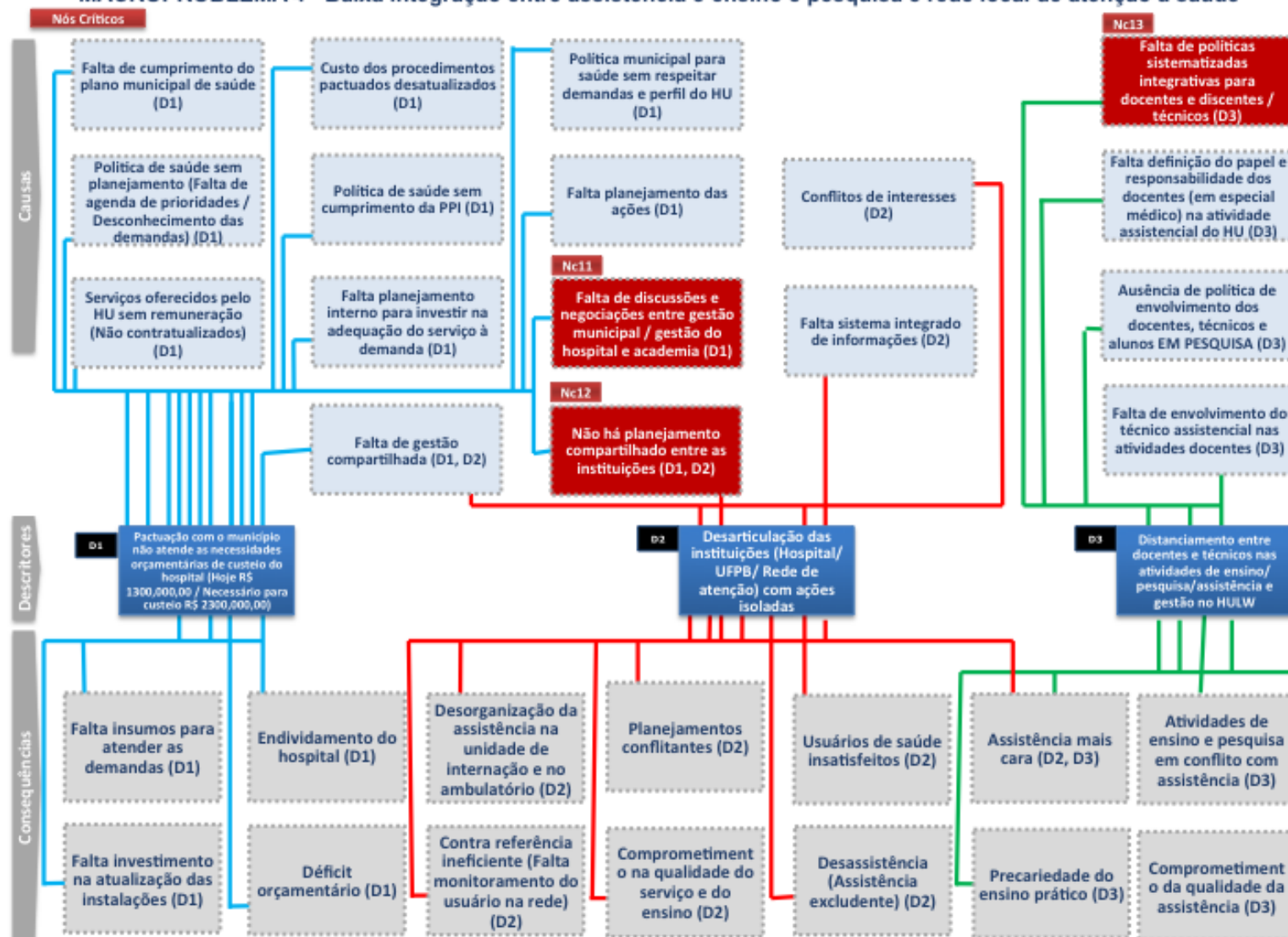




MACROPROBLEMA 2 - Modelos e práticas de gestão insuficientes para alcançar a missão do HULW



MACROPROBLEMA 4 - Baixa integração entre assistência e ensino e pesquisa e rede local de atenção à saúde



4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Apresentamos a seguir as bases teóricas que orientaram a construção do PDE, tanto para explicar os problemas e identificar os nós críticos, como para apontar para os cenários desejáveis e as intervenções necessárias para as mudanças.

4.1 Gestão da clínica

Diversos autores trabalham na perspectiva deste tema. Alguns utilizam esta própria expressão, como Mendes (2002), Portela (2003, 2007), Campos & Amaral (2007) e Gonzáles (2003), enquanto outros trabalham com expressões como “gestão da assistência à saúde” e “gestão do cuidado à saúde”. O referencial teórico-conceitual utilizado por esses autores é o da Governança Clínica (Clinical Governance) no Reino Unido ou da Atenção Gerenciada (Managed Care) nos EUA.

Mendes (2002) definiu a gestão da clínica como “um conjunto de instrumentos tecnológicos que permite integrar os diversos pontos de atenção à saúde para conformar uma rede de atenção à saúde, capaz de prestar a atenção no lugar certo, no tempo certo, com o custo certo e a qualidade certa”. Tal perspectiva cria a necessidade de adequar o cuidado de acordo com a demanda real, considerando a dimensão temporal, de custo e de resultados. O autor especifica melhor o termo, ao caracterizar a gestão da clínica como a aplicação de tecnologias de micro gestão dos serviços de saúde com a finalidade de assegurar padrões clínicos ótimos, de aumentar a eficiência, de diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais, de prestar serviços efetivos e de melhorar a qualidade da atenção à saúde. Isso implica em conhecimento da capacidade interna e das necessidades da população, planejamento e existência de uma política de saúde com necessidades bem definidas (Valente, 2010).

As tecnologias empregadas na gestão da clínica, segundo Mendes (2002) são:

- Diretrizes clínicas – têm como base as evidências científicas com o propósito de influenciar nas decisões dos profissionais de saúde e dos pacientes que são as linhas guias e os protocolos clínicos, que normalizam todo o processo e o padrão de atenção no cuidado em saúde orientando a equipe de saúde, quanto ao planejamento local, fornecendo indicadores e parâmetros para monitoramento e reabilitação e avaliação das ações;
- Gestão da condição de saúde – consiste no desenvolvimento de intervenções na promoção da saúde, na prevenção da condição da saúde ou doença, no seu

tratamento e reabilitação, englobando todos os pontos de atenção com o objetivo de alcançar bons resultados na qualidade da atenção à saúde e a eficiência dos serviços, com base na evidência disponível na literatura científica.

- Gestão de casos – é o processo que se desenvolve entre o gestor de caso e o usuário do serviço de saúde e propicia uma atenção de qualidade, personalizada e humanizada, melhorando a qualidade do cuidado, diminuindo a fragmentação da atenção, permitindo identificar as pessoas com maior risco;
- Lista de espera – são utilizadas para “ordenar ou restringir o uso de serviços onde a demanda é maior que a oferta”. Procedimentos expectantes são aqueles relacionados a determinadas patologias onde o médico, respaldado por protocolos clínicos, espera vigilar sua evolução antes de intervir imediatamente. Sistemas integrados de informação “garantem a sistemicidade da rede de pontos de atenção à saúde” e envolvem prontuários eletrônicos, centrais de regulação/agendamento e centrais de transporte de usuários;
- Auditoria clínica – consiste na análise crítica e sistemática da qualidade da atenção à saúde, incluindo os procedimentos usados no diagnóstico e tratamento, o uso dos recursos e os resultados para os pacientes em todos os pontos de atenção, observando a utilização dos protocolos clínicos estabelecidos.

Para que haja melhoria contínua da qualidade dos cuidados clínicos é fundamental o desenvolvimento da excelência na gestão das informações, que devem ser válidas, de qualidade, atualizadas e obtidas em tempo hábil para subsidiar a tomada de decisões, auxiliarem no planejamento e na formulação de políticas.

Halligan & Donaldson (2001) apontam que uma organização de saúde que pretenda estabelecer uma cultura de governança clínica precisa saber manejar adequadamente informação em saúde, desde a sua seleção até seu uso efetivo. As informações devem ser compartilhadas entre os diversos profissionais envolvidos na assistência, discutidas interdisciplinarmente em fóruns ou encontros periódicos e organizadas de forma a gerar consensos, protocolos e diretrizes clínicas.

Nesses espaços compartilhados, são também elaboradas estratégias de implementação conjunta das recomendações e diretrizes, bem como propostas de melhoria na assistência. Tais propostas derivam da análise das queixas dos pacientes, dos resultados atingidos, da discussão dos incidentes clínicos e do benchmarking - comparação de desfechos clínicos entre serviços similares, objetivando atingir a grau máximo de qualidade dentro de um campo de práticas.

4.2 Linhas de cuidado

Linha de Cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, a fim de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde, incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social (PESSOA, 2011).

Segundo o autor, para existir rede não basta só estrutura. É preciso ter sistema de governança e logística combinado com a intencionalidade das equipes de trabalhadores em operar fluxos entre si e os diversos serviços, para fazer a devida integração entre as estruturas. O que diferencia sistema e rede é que o primeiro prescinde uma estrutura já existente e é fragmentado, enquanto que na rede a estrutura está interligada, através dos sistemas de governança, logística e a atividade de fluxo e conexão entre os trabalhadores e serviços.

As linhas de cuidado são estratégias que permite o acompanhamento do paciente na rede. É importante destacar que a linha de cuidado deve ser integral, ou seja, incorpora a ideia da integralidade na assistência à saúde, isso significa que se deve unificar ações de promoção da saúde, de prevenção a agravos, curativas e de reabilitação, proporcionando acesso a todos os recursos tecnológicos de que o usuário necessita desde a atenção básica até a alta complexidade do hospital. Portanto, o cuidado integral é pleno, realizado pelo profissional de saúde, de forma acolhedora, estabelecendo vínculo e responsabilidade diante do estado de saúde do usuário.

Assim, a linha de cuidado integral funciona com base nos projetos terapêuticos, ou seja, é o conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário, com base em uma avaliação de risco, envolvendo o risco clínico, social, econômico, ambiental e afetivo, ou seja, é um olhar integral sobre o problema de saúde considerando todas as variáveis na avaliação do risco. Logo, com base no risco é definido o Projeto Terapêutico e a partir dele o profissional de saúde vai orientar o usuário a buscar na rede de serviços, os recursos necessários ao atendimento à sua necessidade. É importante ressaltar que o projeto terapêutico deve ser elaborado pela equipe de saúde e com a participação do usuário, porque ele é cogestor e corresponsável pelo sucesso do tratamento.

De forma que, a efetivação de um pacto entre os gestores das Unidades de Saúde e entre os gestores municipais, de acordo com a regionalização da rede assistencial, é fundamental para que as Linhas de Cuidado funcionem. Para montar as

Linhas de Cuidado Integral é necessário o envolvimento de todos os que de alguma forma devem estar implicados com o cuidado em saúde. Assim, com a Linha de Cuidado Integral organizada, o serviço de saúde opera centrado nas necessidades dos usuários e não mais na oferta de serviços, o que geralmente limita o acesso.

Para montar a linha de cuidado, segundo Pessoa (2011), é necessário envolvimento de todos os que de alguma forma devem estar implicados com o cuidado em saúde. Pela ordem, os autores propõem:

1. Identificar a rede de serviços de saúde, e aqueles que devem estar envolvidos, e propor que a discussão para a construção das Linhas de Cuidado Integral se dê de forma coletiva.
2. Definir e priorizar quais Linhas de Cuidado Integral serão montadas.
3. Realizar as oficinas de trabalho com todos aqueles implicados com determinado segmento de cuidado e nesta oficina produzir os pactos, e definir os fluxos de cuidado aos usuários
4. Mapear todas as possibilidades de acesso aos serviços e usar a criatividade para garantir que o sistema trabalhe com base nas necessidades dos usuários, desobstruindo entraves burocráticos de acesso aos serviços.

A Linha de Cuidado Integral pode se formar dentro de uma Unidade de Saúde, por exemplo, uma Unidade Básica, Policlínica ou Hospital, ou pode ser referenciada regionalmente. Sua dimensão vai depender de que recursos ela alcança nos fluxos que foram pactuados, e onde estão estes recursos. Se há uma dimensão regional para a rede de saúde, a Linha pode ter o alcance loco regional. Não há um limite predefinido, a realidade de cada local e as pactuações desenvolvidas vão definir sua dimensão.

A assistência integral à saúde permanece como um grande desafio, na medida em que é necessário combinar todas as dimensões da vida para a prevenção de agravos e recuperação da saúde. E neste sentido, podem-se incluir a atenção básica e os diversos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta complexidade.

4.3 Humanização

A Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH) foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde e pactuada na Comissão Inter gestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde (MORI, OLIVEIRA, 2009). A PNH é, portanto, uma política do SUS. Também chamada de HumanizaSUS, a PNH, emerge da convergência de três objetivos centrais: (1) enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à

qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; (2) redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e (3) enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores (BRASIL, 2007).

A humanização se configura como uma aposta ética, estética e política. Ética, pois implica que usuários, gestores e trabalhadores estejam comprometidos com a melhoria do cuidado, estética porque permite um processo criativo e sensível da produção da saúde por sujeitos autônomos e protagonistas de um processo coletivo. Político refere-se à organização social e institucional, onde se espera que haja solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva do processo de gestão (BRASIL, 2006).

O ensino torna-se um aliado nas mudanças que devem ocorrer em dois movimentos distintos: o primeiro, com os profissionais de saúde onde a formação acontece via educação permanente que tem como ponto de partida o cotidiano do trabalho. E, no segundo momento, parte da ruptura do ensino de graduação em saúde pautado em procedimentos técnicos e de evolução dos quadros clínicos para um território onde a “educação em ato” ocorre através de práticas cuidadoras, com inovação e centrada no diálogo com o usuário e equipe, buscando criar os nexos necessários entre saúde, educação e trabalho (PINHEIRO, CECCIM, 2005).

Para a construção de uma nova forma de cuidado com os usuários dos serviços de saúde pautados na humanização, leva-se em consideração que o usuário deva ter uma abordagem integral e humana. Portanto, devem ser respeitados os seus saberes que são ligados à sua cultura e que dão sustentação a sua forma de perceber seu processo de adoecimento (OLIVEIRA, 2002).

Cabe aos profissionais romper com a lógica presente na assistência, marcada pela prática de atender apenas a queixas, passando a traçar possibilidades de efetivo encontro entre trabalhador-usuário e trabalhador-trabalhador, em que as pessoas não sejam vistas como um diagnóstico de doença (CECCIM, MERHY, 2009). Os encontros devem ser marcados pela singularidade e pela subjetividade dos sujeitos envolvidos e à medida que se transformam o cotidiano dos serviços permitem que as práticas pedagógicas se façam presentes nos saberes e fazeres (CECCIM, MERHY, 2009; PINHEIRO, CECCIM, 2005).

No entanto, para implantar a Política de Humanização, um dos desafios é enfrentar as condições de trabalho a que estão submetidos os trabalhadores: desvalorização, precarização e baixo investimento em educação permanente, um

modelo de gestão centralizado e vertical que impossibilita os trabalhadores de se apropriar de seu próprio processo de trabalho (BARROS, MORI, BASTOS, 2006).

Além disso, a formação dos alunos de graduação encontra como obstáculo o pluralismo do termo humanização, sem que se valorize o documento do Ministério da Saúde sobre Política Nacional de Humanização.

Ainda se pode observar que os serviços de saúde se mantêm com a padronização de condutas e o fazer técnico como forma de organização em detrimento ao acolhimento e integralidade do cuidado. Segundo a Política Nacional de Humanização a busca é formar profissionais que na sua atuação articulem ações de eficiência técnica e científica, postura ética, mas que respeite a necessidade e singularidade de cada usuário, sabendo que esta convivência é imprevisível e é geradora de inovação nas práticas de saúde.

4.4 Sistema integrado de gestão

O Sistema Integrado de Gestão – SIG – é atualmente uma ferramenta de grande importância para as empresas. Entre outros objetivos, ele é responsável pela integração dos processos. A implantação do SIG é um projeto longo, que apresenta diversos tipos de problemas. O conhecimento prévio dos possíveis problemas pode ser de fundamental importância para se tomar ações preventivas ou mesmo para se adotar procedimentos mais adequados.

Gestão integrada, nada mais é, que a integração de diversos sistemas de gestão com o objetivo de implementar suas políticas e atingir seus objetivos de forma mais eficaz. Qualquer empresa que queira melhorar seus processos internos e ainda minimizar os riscos, pode adotar a gestão integrada. E os benefícios vão muito além, entre eles é possível destacar: melhoria na qualidade dos produtos e serviços; economia de tempo e custos; fortalecimento da imagem da empresa; satisfação dos clientes, funcionários, fornecedores e investidores; prevenção de falhas, etc.

A implantação de um SIG é um projeto caro e demorado em função da complexidade dos processos e operações da empresa, do seu porte e do escopo de implantação. E, como todo projeto complexo, a implantação de um SIG apresenta vários problemas, sejam eles comportamentais ou sistêmicos. O conhecimento prévio dos problemas mais comuns em uma implantação pode ser de fundamental importância para aqueles que ainda vão passar por tal desafio ou mesmo, em um futuro não distante, para o aumento da abrangência do SIG. Conhecer os possíveis problemas podem

possibilitar ações preventivas e mesmo a adoção de procedimentos de trabalho mais adequados.

Assim, o sistema de gestão tem como fator principal a competitividade por requisitos mercadológicos e exigência de clientes. Esses sistemas possibilitam uma padronização dentro da organização, um repertório comum, em atribuições, competências, responsabilidades e que um novo valor cultural lhe seja incorporado. Um sistema integrado de gestão é formado por um conjunto de dois ou mais sistemas (ALVES, 2003) de gerenciamento, frente às partes interessadas.

A abrangência e aplicação do sistema integrado de gestão visam garantir, pelo menos, a qualidade dos produtos e serviços especificados, o desempenho ambiental requerido e a integridade física das pessoas. O SIG em uma organização passa por um processo de melhoria contínua, mantendo uma correspondência com o aprendizado, adaptação e evolução da organização e as práticas administrativas desta.

A implantação do sistema integrado de gestão (SIG) permite identificar no processo de beneficiamento as não conformidades e, dentro do possível, corrigi-las. Desta forma, facilita fragmentar as dificuldades que caracterizam as organizações, suas relações de trabalho baseadas na realização de tarefas de forma sistemática. Muitos benefícios são advindos com a implantação do SIG, entre eles podemos salientar: redução de custos, desperdícios, acidentes de trabalho, retrabalho, imagem positiva da organização perante a sociedade, aumento da motivação dos colaboradores e aumento da satisfação dos clientes (STEFANO, 2009).

Desse modo, a organização como um todo pode alcançar melhores resultados, maiores índices de eficiência e credibilidade, qualidade no atendimento. Tudo isso com custos menores, elevação da lucratividade e um relacionamento melhor entre clientes internos, externos e fornecedores. Além dessas qualidades, os motivos de uma empresa possuir um sistema integrado de gestão é manter o controle e funcionamento, possuindo informações em tempo hábil, ajudando no crescimento, diminuindo os custos, avaliando o sistema operacional, controlando os setores, com tudo isso, diminuir possíveis erros, falhas e fraudes.

4.5 Gestão hospitalar

Os hospitais são instituições prestadoras de serviço, de grande importância social, que se configuram como sistemas abertos, pois além de sofrerem ação do meio, são influenciados continuamente pelas mudanças que ocorrem em todos os campos sociais. Assim, um modo de entender o hospital é vê-lo como uma organização de

características próprias que o diferenciam de outras organizações ou instituições. Na realidade, o hospital é uma organização humanitária, sendo até certo ponto burocrática e autoritária, com extensa divisão de trabalho especializado, coordenado hierarquicamente, segundo certos princípios e métodos.

O alto grau de profissionalização encontrado nesse universo determina o aparecimento de normas e valores comuns aos membros dos grupos e que são essenciais para a integração organizacional. Entretanto, há necessidade, dentro da organização hospitalar, de uma filosofia integradora que possibilite operacionalizá-la, fazendo conviver assistência, ensino e pesquisa, quando essas atividades estiverem presentes.

Para Drucker (1999), o gerenciamento na área de saúde é mais complexo do que em qualquer outro tipo de organização. Portanto, 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 (ALVES, 1998).

Mas, para atender às demandas do processo assistencial e gerencial, faz-se necessário que se implante um modelo de gestão, a fim de otimizar o processo gerencial hospitalar, que é visto hoje como uma empresa (BURMESTER et al, 2007).

Tais avanços mudaram o ambiente das empresas hospitalares, fazendo surgir a necessidade de um gerenciamento também inovador, sistematizado, que investe na gestão de custos, oferecendo instrumentos para tomada de decisões, pois não basta a modernização através da tecnologia, se não houver planejamento e estratégias, facilitando a tomada de decisão. Assim, o sucesso da competitividade de um hospital ou de qualquer outra empresa depende fundamentalmente da gestão estratégica, que inclui a contabilidade de custos (DIENG et al, 2007).

Assim, ao examinar a realidade de um hospital, Senhoras (2007) afirma que este se constitui em uma das estruturas mais complexas da sociedade moderna, pois possui especificidades incontornáveis do setor, por ter que desempenhar funções cada vez mais complexas ao longo da história, tais como:

Recuperar, manter e incrementar os padrões de saúde de seres humanos. Essas funções demandam um conjunto altamente divergente e complexo de atividades, tais como a realização de atendimentos, exames, diagnósticos e tratamentos, o planejamento e execução de internações, intervenções

cirúrgicas e outros procedimentos (SENHORAS, 2007, p. 45).

Segundo Galvão (2003), o hospital moderno ajusta-se a todo o momento a um novo modelo, tendo como metas, além de tratar e curar doentes, oferecer conforto, espelhando-se nos modelos hoteleiros, preocupado em proporcionar bem-estar aos seus usuários. Assim, deixa-se de lado a visão austera de sua estrutura, buscando criar um clima familiar e de harmonia. Neste novo modelo, para ser eficiente, a organização hospitalar deve possuir como pontos fortes e diferenciais a qualidade dos seus serviços, contribuindo com a melhoria da prestação dos serviços que oferece.

O hospital então, se constitui em um centro de serviços onde são despendidos esforços técnicos, de pesquisa e de gestão, realizados por diferentes tipos de profissionais. Desta forma, a gestão de tais instituições possui papel fundamental, cabendo a esta a disponibilização de recursos materiais, físicos e humanos, distribuindo-os adequadamente, coordenando ações e resultados. Assim, tal gestor deve ter como principal objetivo a melhoria contínua da qualidade, considerando que todos os serviços ali oferecidos são igualmente essenciais, devendo, portanto, coordená-los equilibrada e harmoniosamente, a fim de obter sucesso em seus resultados (MALÁGON-LODOÑO, 2000).

As organizações hospitalares têm buscado seus processos de gestão, aumentando a competitividade, através da eficiência e redução de custos, metas cada vez mais buscadas pelos administradores hospitalares. Vale ressaltar que a redução de custos deve ser feita sem que qualidade dos serviços prestados seja perdida (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

No Brasil, a área hospitalar ainda precisa trilhar um longo caminho em busca da modernização de sua gestão, pois tais organizações ainda se utilizam de métodos contábeis tradicionais e ultrapassados, desconhecendo efetivamente seus custos por não utilizarem qualquer tipo de sistema que oriente e proporcione parâmetros para decisões administrativas, investimentos e controle de atividades (ABBAS, 2001).

Segundo Tognon (2000), as ferramentas administrativas e financeiras são cada vez mais essenciais à gestão hospitalar, que não pode mais abrir mão da capacidade técnica em favor do empirismo. Assim, é comum se tratar de planejamento financeiro, fluxo de caixa e outras ferramentas simples, porém de grande utilidade para a administração do negócio hospitalar, dentre estas a questão dos custos.

Sejam públicos ou privados, é necessário que os hospitais possuam um perfil com postura empreendedora, baseada no entendimento das organizações como conjuntos de elementos que interagem entre si para a realização de um objetivo comum, mantendo inter-relação com o ambiente (CATELLI et al, 2001).

4.6 Regulação e Contratualização

A regulação é uma das funções essenciais do Estado em qualquer estágio de desenvolvimento, responsável, por definição, dentre outras questões, por regras e padrões de contratos necessários ao provimento e à prestação de serviços de alta relevância e qualidade para a sociedade. Do ponto de vista teórico, a regulação de qualquer sistema complexo visa manter suas diversas funções operativas dentro de balizas ou limites predeterminados para garantir que o sistema, no seu todo, atinja seus objetivos essenciais (BUSSE, 2001).

Enquanto que, contratualização é a formalização de relações pactuadas entre gestores e prestadores estabelecendo obrigações recíprocas. Pressupõe a definição de demandas e objetivos, metas qualitativas e quantitativas, obrigações e responsabilidades de cada parte envolvida, bem como a definição de critérios e instrumentos de monitoramento e avaliação de resultados (ALBUQUERQUE, et al., 2015).

Segundo Fiani(2004), o processo de regulação é complexo, dependendo do contexto institucional específico e dos agentes que esse contexto admite como participantes do processo. Com um recorte político-institucional, essa corrente da economia estuda a regulação a partir da atuação de grupos de interesse. Os principais modelos que fundamentam essa vertente apresentam conclusões díspares quanto aos resultados. Observam-se tantos processos de captura, nos casos em que a regulação beneficia a indústria regulada – denominado resultado forte – quanto estudos que apontam que a regulação surgiria como resposta à ação de diversos e complexos grupos de interesse, e não apenas dos produtores – denominado resultado fraco. Nessa abordagem, ideologia, princípios, valores e interesses políticos têm papel importante na análise do processo regulatório.

No campo da saúde, uma das estratégias dessa *modernização da gestão* tem sido a contratualização, enquanto uma das ferramentas do modelo pós-burocrático, o qual parte da premissa de que uma gestão orientada por resultados tem mecanismos de aferição do desempenho, da satisfação do usuário e de controle social, com incentivos vinculados à produtividade e à eficiência. Todas essas condições moldariam os aspectos necessários à responsabilização dos gestores públicos (ARAÚJO, 2010).

Magalhães Júnior (2002) afirma que regulação não é sinônimo de gestão, mas um de seus elementos constituintes e uma importante ferramenta para sua operacionalização, tratando a regulação no SUS de duas maneiras, ambas inter-relacionadas à gestão global do sistema: a macro regulação e a micro regulação. A

primeira significaria uma articulação e prática de mecanismos estratégicos de gestão que podem se estabelecer em bases sociais públicas – como as defendidas no processo da Reforma Sanitária Brasileira – em bases políticas menores, em bases corporativas ou tecnocráticas ou ainda sintonizadas com os interesses privados do mercado; a segunda refere-se a um olhar diretamente para a assistência, com recorte operacional e instrumental.

A atuação de diversos grupos de interesses, envolvendo diretamente a contratualização, produção e o controle do desempenho dos agentes que atuam no sistema, torna a regulação uma área crítica, permeada de conflitos. Todavia, no processo de institucionalização do SUS, a introdução de ações de natureza regulatória vem sendo caracterizada pela edição, no âmbito jurídico-institucional, das chamadas Leis Orgânicas da Saúde (leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990) e dos pactos administrativos, via Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS), que representam instrumentos de regulação para o processo de descentralização. Foram expedidas NOB em 1991, 1992, 1993 e 1996 e também foram elaboradas as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001 e 01/2002). Mais recentemente, estamos sob a vigência do Pacto pela Saúde 2006 (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, pode-se observar nitidamente, que as ações reguladoras já estão presentes nos modelos de *manage-care* usados no gerenciamento do setor privado e nos contratos de gestão para o setor público, com forte rebatimento sobre as organizações que prestam assistência e no exercício das profissões liberais, suscitando a necessidade de novos pactos. Apesar de desafiar o poder das grandes corporações e das burocracias profissionais, estruturalmente tem-se observado que é precisamente a falta desses pactos que tem o potencial de anular medidas de controle e determinar modalidades de cuidados e consumo de serviços (GURGEL, MEDEIROS, 2003).

Um estudo sobre o processo da contratualização em Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil demonstra que, embora seja incipiente a associação entre contratualização e presença de mecanismos de inserção na rede e entre contratualização e estruturas de qualificação, houve nos hospitais estudados um aumento da produção de média complexidade ambulatorial e uma diminuição de procedimentos de atenção básica. Os autores destacam o papel da contratualização no desempenho dos serviços e argumentam que os resultados insatisfatórios são, em parte, determinados pelo repasse de recursos financeiros não condicionados ao desempenho contratado e pela insuficiente prestação de contas (LIMA, RIVERA, 2012).

Nessa direção, tanto a Organização Mundial da Saúde quanto o Ministério da Saúde, argumentam que a contratualização é um instrumento que poderá contribuir para

a reversão da lógica de alocação de recursos centrada nas necessidades dos serviços e para uma mais adequada distribuição desses recursos ao contemplar prioridades assistenciais voltadas para os usuários. Para o Ministério da Saúde, a contratualização se constitui em um instrumento de mediação das relações existentes tanto entre os setores público e privado, quanto das relações que envolvem apenas entes públicos (BRASIL, 2006).

4.7 Integração Ensino e Pesquisa na formação profissional

A temática integração ensino-assistência (IEA) perpassado o diálogo com a administração superior da Universidade, gestores do HULW, profissionais de saúde, docentes e estudantes. Tais diálogos culminam com a proposta de integrar um docente de cada área nos respectivos serviços. Entretanto, seria necessário que esses docentes/profissionais estivessem imersos no serviço, implicando inclusive o seu envolvimento com a gestão do mesmo e com a perspectiva de torná-los um elo facilitador do processo de integração ensino-assistência (IEA).

Isso parece ser o grande desafio nos hospitais universitários que é garantir o ensino e a pesquisa em uma assistência de qualidade. Uma ótima assistência é condição necessária, mas não suficiente para um ótimo ensino. O papel do professor na assistência deve ser reconhecido pela universidade, assim como, o papel do técnico de nível superior no ensino.

No momento, se discutem a necessidade de aproximação do universo acadêmico com a realidade dos serviços de saúde, evidenciando-se a necessidade de maior envolvimento dos docentes com a assistência, com o ensino e com a pesquisa. A lógica aponta o caminho de que a academia e os serviços de saúde não podem andar em paralelo, vivenciando uma dicotomia entre o ensinar e o assistir, acarretando situações de conflito entre os profissionais dos serviços, professores e estudantes.

A IEA não se construiu isoladamente, mas articulada a processos políticos, sociais e econômicos. No Brasil, na década de 1950, já se falava em Integração Docente Assistencial indicando a atuação de professores e alunos nos serviços assistenciais de saúde de universidades (OJEDA, et al, 2004). No entanto, a expressão foi assumida no início da década de 1970, com a recomendação do Ministério do Trabalho e da Previdência Social quanto à articulação da coordenação de assistência médica do Instituto Nacional de Previdência Social com o sistema de formação de recursos humanos. Nesse mesmo período, foram desenvolvidos, na área de Saúde Comunitária, projetos de articulação entre os serviços e as Instituições de ensino, com subsídios da Fundação Kellog.

Em 1981, algumas instituições universitárias aderiram ao Programa de Integração Docente-Assistencial instituído pelo Ministério de Educação e Cultura. Tal proposta exigia mudanças conceituais, estruturais e estratégicas profundas nos currículos dos cursos da área da Saúde e no direcionamento de pesquisas aos interesses da comunidade e dos serviços (BRASIL, 1981).

Assim, buscou-se articular ao processo pedagógico de cada curso com práticas inovadoras para o desenvolvimento dessas competências e habilidades comuns aos profissionais de saúde, que envolvem atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente. As mudanças incentivadas pelas Diretrizes Curriculares acenam, como grande desafio, que a formação dos profissionais tenha a integralidade em saúde como um dos eixos transversais (DILLY e JESUS, 1995).

Nessa perspectiva, entende-se que os cursos de Graduação da área de Saúde têm o desafio de articulação do ensino-pesquisa-extensão com a assistência, favorecendo, dentre outros, a formação de um profissional capaz de refletir sobre a realidade social e que aprenda a aprender, bem como o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, proporcionando a discussão coletiva e as relações interpessoais, além dos princípios de autonomia institucional, de flexibilidade e de IEA (BRASIL, 2001).

Articulando essas ideias, entende-se que a IEA, considerada um desafio a ser conquistado na concretude da prática diária, constitui uma estratégia motivadora para a transformação da realidade dos serviços de saúde. Assim, vincular a pesquisa com o ensino e os serviços de saúde é considerada um princípio pedagógico para o desenvolvimento da capacidade de produzir conhecimento próprio, assegurando uma assistência de qualidade e com rigor científico (FERNANDES et al., 2005). Para esses autores: “Trata-se da construção de um processo de ensino-aprendizagem dialógico e investigativo que viabilize a troca de experiências e a construção / reconstrução / significação de conhecimentos”.

Tradicionalmente, porém, observa-se que formação e pesquisa são missões sob responsabilidade das instituições de ensino superior e técnico, enquanto os cuidados em saúde são atribuições dos organismos responsáveis pela gestão do setor. Importante destacar que cada um desses setores exerce suas atividades com autonomia, predominando um modelo de formação dissociado da prática, gerando um fosso entre o mundo acadêmico e o ‘mundo real’, no qual se materializam as práticas de saúde em suas distintas modalidades (COLET, 2002).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua criação, por meio da Lei nº 8.080, de 1990, traz elementos no sentido de fazer avançar o debate sobre a

intrínseca associação entre as estruturas de formação e as de incorporação dos profissionais no mundo do trabalho, passando a ser ordenador da formação profissional (BRASIL, 1990). Tal marco legal desencadeia, na prática, uma série de iniciativas para mudanças no ensino, de modo a contribuir para que o SUS contemple a integralidade do cuidado e o trabalho Inter profissional.

Assim, uma estratégia privilegiada para melhorar a formação dos profissionais e, conseqüentemente, o sistema de saúde, foi e continua sendo uma educação contextualizada. Segundo Ferreira e Bittar (2008), foi articulando ensino e trabalho que se fundaram as bases de uma concepção educacional crítica, compreendendo que é por meio da educação, aliada a práxis social, que podemos formar um trabalhador consciente das suas potencialidades históricas, qualquer que seja o seu lócus. O significado dessa concepção pedagógica na formação em saúde efetiva-se no estabelecimento de uma ligação orgânica entre a prática e a teoria, articulando o ensino e a pesquisa aos serviços de saúde.

Portanto, integrar ensino e pesquisa, utilizando a face assistencial do sistema de saúde como um recurso pedagógico, evidencia-se como um objetivo aglutinador. A integração ensino, pesquisa e serviços parece ser uma estratégia de formação e de educação permanente. A incorporação da pesquisa à consagrada “integração docente-assistencial” tem potencial não somente para a melhoria da formação e da educação permanente em saúde, mas também para fortalecer a gestão do conhecimento, por sua vez entendida como um processo estratégico e pluridisciplinar, visando alcançar os objetivos da organização graças a uma exploração ótima dos seus conhecimentos (GRAHAM, et al., 2006).

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A partir da construção da árvore explicativa, onde foram analisadas as causas e as consequências de cada descritor, foram definidos os nós críticos: causas que apresentam o maior número de relações com outras causas e que sofrendo uma intervenção podem ter impacto positivo em outras causas. Os nós críticos são causas sobre as quais há possibilidade de intervenção e sobre as quais é oportuno intervir, ou seja, há viabilidade política para intervenção.

A tabela a seguir mostra os nós críticos definidos para cada macroproblema e as ações que serão realizadas para resolvê-los.

5.1 Relação de Ações por Nó Crítico

MP 1: Processos assistenciais não aderentes as boas práticas de gestão da clínica e humanização	
NÓS CRÍTICOS	AÇÕES
NC1-Falta de adesão a políticas de segurança dos pacientes	Desenvolver políticas de segurança do paciente com envolvimento multiprofissional.
NC2-Deficiência na implantação da PNH/Acolhimento	Difundir a PNH/Acolhimento de forma contínua e sistemática em todo hospital.
NC3-Deficiência no gerenciamento de leitos, consultas e SADT	- Implantar recursos de gerenciamento informatizado dos leitos; - Implantar e acompanhar o gerenciamento de leitos por unidades de internação.
NC4-Pouca integração da equipe multiprofissional no atendimento multidisciplinar e integral do paciente	- Promover a atenção multidisciplinar; - Expandir a integração entre os ambulatorios por linhas de cuidado.
NC5-Falta de normatização e planejamento das linhas de cuidado	- Implementar linhas de cuidado integral; - Implantar e implementar a Comissão de Controle de Monitorização da Contratualização.

MP 2: Modelos e práticas de gestão insuficientes para alcançar a missão do HULW	
NÓS CRÍTICOS	AÇÕES
NC6-Baixa qualificação na elaboração e controle do processo	Promover cursos para os gestores serem capazes de elaborar e controlar os processos de trabalho
NC7-Demanda para atendimento maior que a oferta de serviços regulados/contratualizados	- Promover a revisão do modelo de contratualização com o município de João Pessoa-PB; - Estabelecer as potencialidades do atendimento hospitalar e as áreas com maior disponibilidade e vocação.
NC8-Falta de sistema integrado de gestão	- Ampliar a instalação de módulos do AGHU via EBSEH; - Implementar ferramentas de ERP (<i>Enterprise Resource Planning</i>) - Implantar a política de gestão de riscos; - Implantar a política de gestão de processos.
NC9-Deficiência e pouca organização dos processos de trabalho	

MP 3: Baixa integração entre assistência, ensino e pesquisa	
NÓ CRÍTICO	AÇÕES
NC10-Comunicação ineficiente (ausência de ferramentas de comunicação entre assistência, ensino, pesquisa e extensão)	- Melhorar o canal de comunicação envolvendo as atividades de ensino, pesquisa e extensão; - Atualizar perfil de competências e atribuições do preceptor e supervisor de estágio; - Elaborar manual de boas práticas de ensino no HULW; - Propor edital de fomento à pesquisa; - Realizar fóruns – integraHULW.
NC11-Planejamento desarticulado entre o ensino, pesquisa, extensão e assistência	- Normatizar fluxo de processos de trabalho das ações de planejamento do binômio assistência-ensino; - Intensificar articulação entre ensino, pesquisa e assistência, através dos fluxos de trabalho já estabelecidos.

MP4: Infraestrutura física e equipamentos insuficientes para o alcance da missão institucional	
NÓS CRÍTICOS	AÇÕES
NC12-Falta cultura de conservação patrimonial	Elaborar plano de aquisição e incorporações de novas tecnologias.
NC13-Deficiência na aplicação dos investimentos do REHUF em infraestrutura predial e equipamentos	Promover a reestruturação/reforma física, das instalações elétricas-etapas I, II e III e climatização/modernização de elevadores.

5.2 Plano de Intervenção 5W2H

Cada uma das ações desdobra-se em atividades e para cada atividade foi estabelecido um responsável, os indicadores de monitoramento, a meta esperada e o cronograma de execução.

O plano de intervenção segue o modelo 5W2H que é uma ferramenta administrativa que pode ser utilizada em qualquer empresa, a fim de registrar de maneira organizada e planejada como serão efetuadas as

ações, assim como, por quem, quando, onde, por que, como e quanto irá custar para a empresa. Na prática, esse plano de ação não precisa ser complexo, apenas refletir as informações necessárias para que a equipe saiba como e quando agir. Para que o plano de ação reúna todos os dados necessários para nortear o projeto, é necessário que seja utilizada uma ferramenta que defina bem tudo o que deve ser analisado em um processo. E é por isso que o 5W2H é a ferramenta perfeita para quem deseja agilidade no planejamento e o devido alinhamento de expectativas sem gerar dúvidas.

MACROPROBLEMA:		MP1 - Processos assistenciais não aderentes as boas práticas de gestão da clínica e humanização
NÓ CRÍTICO:	NC1 – Falha na adesão a política de segurança dos pacientes	
OBJETIVO ESTRATÉGICO:	Sensibilizar a equipe multiprofissional para aderir a política de segurança do paciente	
RESPONSÁVEL PELO PLANO:	Nadja de Azevedo Correia	
INDICADORES:	a) Indicadores clínicos b) Indicadores de prevenção e controle de infecção c) Indicadores de gineco-obstetrícia d) Indicadores de UTI e) Indicadores de anestesia e cirurgia f) Indicadores de medicamentos	
METAS:	100% das unidades com dispositivos da política de segurança do paciente	
PERÍODO:	2018 - 2020	

5W2H

What - AÇÃO	Ação 1 – Desenvolver políticas de segurança do paciente com envolvimento multiprofissional		
Why – JUSTIFICATIVA	Para atender o protocolo obrigatório do PNSP e para certificação do Hospital como de ensino, Portaria nº 529/2013, RDC Nº 36/2013, Portaria Interministerial Nº 285/2015. Aumentar a segurança do paciente durante a assistência prestada na instituição, com sinalização de riscos assistenciais.		
Where – LOCAL	Todas as unidades de internação		
When – QUANDO	2018	2019	2020
	A1 – A2 – A3	A4	A5
Who – RESPONSÁVEL (IS)	A1-Alecsandro Rocha; A2-Jackeline Gomes; A3-Emmy Karol; A4-Jackeline Gomes; e, A5-Emmy Karol, Márcia Virgínia e Madson Mariz.		
How – ATIVIDADES	A1) Identificando os pacientes internados com pulseiras brancas de identificação; A2) Identificando os Leitos com a Ficha de Identificação; A3) Avaliando o risco e realizando prevenção de lesão por pressão dos pacientes admitidos nas Unidades de Internação; A4) Avaliando o risco e realizando a prevenção de queda dos pacientes admitidos nas Unidades de Internação; A5) Aplicando <i>Check List</i> Cirúrgico em todas as cirurgias realizadas no HULW.		
How much - CUSTO	R\$ 50.000,00		

MACROPROBLEMA:	MP1 - Processos assistenciais não aderentes as boas práticas de gestão da clínica e humanização
NÓ CRÍTICO:	NC2 – Deficiência na implantação da Política Nacional de Humanização/Acolhimento
OBJETIVO ESTRATÉGICO:	Disseminar em todo hospital a Política Nacional de Humanização/Acolhimento
RESPONSÁVEL PELO PLANO:	Emanuella de Sousa Toledo Matias
INDICADORES:	(Número de servidores que participaram dos eventos / Número de eventos realizados) x 100
METAS:	100% dos dispositivos da PNH implantados e monitorados
PERÍODO:	2018 - 2020

5W2H

What - AÇÃO	Ação 2 – Difundir a PNH/Acolhimento de forma contínua e sistemática em todo hospital		
Why – JUSTIFICATIVA	Porque, se não houver a implementação e o envolvimento dos servidores, não haverá humanização		
Where – LOCAL	Ambulatório e unidades de internação		
When – QUANDO	2018	2019	2020
	A1-A2-A3-A4	A1-A3-A4	A1-A3-A4
Who – RESPONSÁVEL(IS)	Grupo de trabalho em humanização		
How – ATIVIDADES	A1) Dando continuidade à implantação dos dispositivos da PNH e realizando rodas de conversas periódicas com a Gestão do HULW; A2) Mobilizando os servidores para a PNH e realizando encontros nos diversos setores do hospital; A3) Avaliando de forma sistemática o desenvolvimento da assistência em termos de acolhimento; fiscalizando e colaborando com o cumprimento de metas; A4) Monitorando dos critérios de avaliação do PNH.		
How much - CUSTO	R\$ 0,00		

MACROPROBLEMA:	MP1 - Processos assistenciais não aderentes as boas práticas de gestão da clínica e humanização
NÓ CRÍTICO:	NC3 – Deficiência no gerenciamento de leitos, consultas e SADT
OBJETIVO ESTRATÉGICO:	Instalar o processo de gestão de leitos, consultas e SADT
RESPONSÁVEL PELO PLANO:	Cleiton Roberto de Oliveira
INDICADORES:	Relatório mensal de paciente-dia; média de permanência e taxa de ocupação
METAS:	100% dos indicadores monitorados
PERÍODO:	2018 - 2020

5W2H

What - AÇÃO	Ação 3 – Implantar recursos de gerenciamento informatizado dos leitos		
Why – JUSTIFICATIVA	Para maior controle das internações reguladas do HULW		
Where – LOCAL	Núcleo de Regulação Interna - NIR		
When – QUANDO	2018	2019	2020
	A1-A2	A3	A3
Who – RESPONSÁVEL(IS)	A1 e A2 – Cleiton; A3 - Mirtes		
How – ATIVIDADES	A1) Elaborando protocolos e regulação da central de leitos; A2) Organizando a central de internação e alta para controle dos leitos; A3) Realizando o monitoramento e avaliação dos dados de internação.		
How much - CUSTO	R\$0,00		

MACROPROBLEMA:	MP1 - Processos assistenciais não aderentes as boas práticas de gestão da clínica e humanização
NÓ CRÍTICO:	NC3 – Deficiência no gerenciamento de leitos, consultas e SADT
OBJETIVO ESTRATÉGICO:	Instalar o processo de gestão de leitos, consultas e SADT
RESPONSÁVEL PELO PLANO:	Cleiton Roberto de Oliveira
INDICADORES:	Taxa de ocupação; Média de permanência; Entrada e Saídas por unidades; (Nº de internações reguladas / Total de internações) x 100
METAS:	100% dos indicadores monitorados
PERÍODO:	2018 - 2020

5W2H

What - AÇÃO	Ação 4 – Implantar e acompanhar o gerenciamento de leitos por unidade de internação		
Why – JUSTIFICATIVA	Para monitorar a taxa de ocupação hospitalar		
Where – LOCAL	Núcleo de Regulação Interna - NIR		
When – QUANDO	2018	2019	2020
	A1 – A2	A3 – A4	A4
Who – RESPONSÁVEL(IS)	A1 – Cleiton; A2- A3 – Equipe do NIR; e, A4 - Mirtes		
How – ATIVIDADES	A1) Agendando reuniões com as chefias das unidades de internação; A2) Treinando as equipes das unidades de internação; A3) Elaborando protocolos quanto a admissão e alta do paciente; A4) Monitorando e avaliando os leitos.		
How much - CUSTO	R\$ 0,00		

MACROPROBLEMA:	MP1 - Processos assistenciais não aderentes as boas práticas de gestão da clínica e humanização
NÓ CRÍTICO:	NC4 – Pouca integração da equipe multiprofissional no atendimento multidisciplinar e integral do paciente
OBJETIVO ESTRATÉGICO:	Promover a integração da equipe multiprofissional no atendimento integral ao paciente
RESPONSÁVEL PELO PLANO:	Ana Flávia Silva Amorim Arruda
INDICADORES:	(Nº de protocolos clínicos existentes / Nº de novos protocolos clínicos) x 100; (Nº de pacientes com PTS / Nº total de pacientes internados) x 100
METAS:	Um novo protocolo multiprofissional por clínica/ano
PERÍODO:	2018 - 2020

5W2H

What - AÇÃO	Ação 5 – Promover a atenção multidisciplinar		
Why – JUSTIFICATIVA	Para qualificar o serviço de saúde prestado na instituição, de forma a promover saúde integral, qualificada e humanizada e também envidando esforços no sentido de racionalizar gastos.		
Where – LOCAL	Nas unidades de internação do HULW e ambulatório		
When – QUANDO	2018	2019	2020
	A1 – A2	A2 – A3	A2- A3
Who RESPONSÁVEL(IS)	– A1 – Chefia da Div. Médica; A2 – Chefias da Div. Cuidado, de Enfermagem, de Apoio Diagnóstico Terapêutico; A3 – Gerência de Atenção à Saúde		
How – ATIVIDADES	A1) Realizando reuniões clínicas com a equipe multiprofissional; A2) Elaborando protocolos de assistência multiprofissional; A3) Supervisionando de forma sistemática das ações de saúde.		
How much - CUSTO	R\$ 0,00		

MACROPROBLEMA:	MP1 - Processos assistenciais não aderentes as boas práticas de gestão da clínica e humanização
NÓ CRÍTICO:	NC4 – Pouca integração da equipe multiprofissional no atendimento multidisciplinar e integral do paciente
OBJETIVO ESTRATÉGICO:	Promover a integração da equipe multiprofissional no atendimento integral ao paciente
RESPONSÁVEL PELO PLANO:	Ana Flávia Silva Amorim Arruda
INDICADORES:	(Nº de consultas / Tipo de consulta) x 100; Nº consultas por especialidades de consultas.
METAS:	70% das consultas ambulatoriais no trajeto das linhas de cuidado
PERÍODO:	2018 a 2020

5W2H

What - AÇÃO	Ação 6 – Expandir a integração entre os ambulatórios por linhas de cuidado		
Why – JUSTIFICATIVA	Para promover a qualificação do atendimento prestado à população, na medida em que se observa a necessidade de uma assistência multiprofissional para o acompanhamento de uma queixa complexa.		
Where – LOCAL	Nas unidades de internação do HULW e ambulatório		
When – QUANDO	2018	2019	2020
	A1	A2	A2
Who – RESPONSÁVEL(S)	A1 – Chefia da Divisão Médica; A2 – Chefia da Divisão de Cuidado e de Enfermagem		
How – ATIVIDADES	A1) Realizando oficinas que possibilitem a discussão dos problemas que necessitam de cuidado multiprofissional, identificando-os e construindo seus trajetos de cuidado; A2) Expandindo, de forma sistemática e contínua, linhas de cuidado no ambulatório.		
How much - CUSTO	R\$ 0,00		

MACROPROBLEMA:	MP1 - Processos assistenciais não aderentes as boas práticas de gestão da clínica e humanização
NÓ CRÍTICO:	NC5 – Falta de normatização e planejamento das linhas de cuidado
OBJETIVO ESTRATÉGICO:	Normatizar e planejar linhas de cuidado no processo assistencial
RESPONSÁVEL PELO PLANO:	Moisés Diogo de Lima
INDICADORES:	(Nº de reuniões de sensibilização / Nº de reuniões planejadas) x 100 (Nº de cursos de capacitação realizados / Nº de cursos programadas) x 100 (Nº de servidores treinados / Nº de servidores) x 100
METAS:	50% das internações no trajeto das linhas de cuidado
PERÍODO:	2018 - 2020

5W2H

What - AÇÃO	Ação 7 – Implementar linhas de cuidado integral nas unidades de internação		
Why – JUSTIFICATIVA	Para possibilitar a uniformização de condutas assistenciais, acesso e seguimento ao atendimento.		
Where – LOCAL	Clínica cirúrgica (cirurgia bariátrica); Circuito Cirúrgico (agendamento de cirurgias eletivas); atenção pediatria, gestante de alto risco, ambulatório de neuro-reabilitação; fissurados.		
When – QUANDO	2018	2019	2020
	A1-A2-A3	A4	A4
Who RESPONSÁVEL(IS)	– Gerência de atenção à saúde, chefias de divisão e unidades		
How – ATIVIDADES	A1) Definindo fluxo de acesso ao hospital para a primeira consulta; A2) Definindo fluxo das consultas subsequentes, inclusive com a equipe multiprofissional, se o caso requer; A3) Definindo as condutas a serem tomadas em cada etapa de atendimento; A4) Instituinto a linha de cuidado do paciente obeso (cirurgia bariátrica) e Circuito Cirúrgico (agendamento de cirurgias eletivas).		
How much - CUSTO	R\$ 0,00		

MACROPROBLEMA:	MP1 - Processos assistenciais não aderentes as boas práticas de gestão da clínica e humanização
NÓ CRÍTICO:	NC5 – Falta de normatização e planejamento das linhas de cuidado
OBJETIVO ESTRATÉGICO:	Normatizar e planejar linhas de cuidado no processo assistencial
RESPONSÁVEL PELO PLANO:	Moisés Diogo de Lima
INDICADORES:	Nº de reuniões registradas em atas da CCMC
METAS:	100% das metas físicas e financeiras monitoradas
PERÍODO:	2018 - 2020

5W2H

What - AÇÃO	Ação 8 - Implantar e implementar a Comissão de Controle de Monitorização da Contratualização		
Why – JUSTIFICATIVA	Trata-se de um instrumento de caráter dinâmico que precisa ser ajustado, nos prazos estabelecidos pelo contrato, de acordo com as demandas orçamentárias de assistência do hospital.		
Where – LOCAL	Unidade de monitoramento e avaliação		
When – QUANDO	2018	2019	2020
	A1	A1	A1
Who RESPONSÁVEL(IS)	– Gerência de atenção à saúde, Gerência administrativa e Comissão		
How – ATIVIDADES	A1. Monitorando a execução das metas físicas e financeiras a serem pactuadas no plano contratual		
How much - CUSTO	R\$ 0,00		

MACROPROBLEMA:	MP2 - Modelos e práticas de gestão insuficientes para alcançar a missão do HULW
NÓ CRÍTICO:	NC6 - Baixa de qualificação na elaboração e controle do processo
OBJETIVO ESTRATÉGICO:	Capacitar gestores para elaborar e controlar os processos
RESPONSÁVEL PELO PLANO:	Alberto Magno de Arruda Palmeira
INDICADORES:	(Nº de cursos / Nº de gestores) x 100
METAS:	100% de planos de capacitação
PERÍODO:	2018 - 2020

5W2H

What - AÇÃO	Ação 9 – Promover cursos para os gestores serem capazes de elaborar e controlar os processos de trabalho		
Why – JUSTIFICATIVA	Porque há necessidade de empoderar os gestores para compreenderem os processos desde a elaboração, riscos e controle.		
Where – LOCAL	Sala de aula do HULW e auditório		
When – QUANDO	2018	2019	2020
	A1-A2-A3-A4-A5	A6	A6
Who – RESPONSÁVEL(IS)	Equipe SECAD		
How – ATIVIDADES	A1. Realizando levantamento da necessidade de capacitação; A2. Elaborando módulos do conteúdo envolvendo gestão de processos; A3. Articulando instrutores para ministração dos módulos; A4. Abrindo inscrição e preparando material didático; A5. Definindo o cronograma anual de capacitação; A6. Executando as capacitações		
How much - CUSTO	R\$ 15.000,00		

MACROPROBLEMA:	MP2 - Modelos e práticas de gestão insuficientes para alcançar a missão do HULW
NÓ CRÍTICO:	NC7 - Demanda para atendimento maior que a oferta de serviços regulados/contratualizados
OBJETIVO ESTRATÉGICO:	Buscar o equilíbrio na relação demanda/oferta de serviços regulados ou contratualizados
RESPONSÁVEL PELO PLANO:	Alberto Magno de Arruda Palmeira
INDICADORES:	(Nº de reuniões realizadas / Nº de reuniões planejadas) x 100
METAS:	95% dos serviços com atendimento regulado
PERÍODO:	2018 - 2020

5W2H

What - AÇÃO	Ação 10 – Promover a revisão do modelo de contratualização com o município de João Pessoa-PB		
Why – JUSTIFICATIVA	Faz-se necessário equilibrar a receita e a despesa do hospital, assim como, incluir serviços não regulados		
Where – LOCAL	HULW e Secretaria Municipal de Saúde		
When – QUANDO	2018	2019	2020
	A1-A2-A3-A4-A5		
Who – RESPONSÁVEL(IS)	A1) Cleiton A2) Cleiton A3) Moisés A4) Moisés A5) Moisés e GAS		
How – ATIVIDADES	A1. Realizando levantamento dos serviços não regulados; A2. Realizando levantamento da série histórica da produção do hospital; A3. Estabelecendo metas de atendimento para os serviços regulados; A4. Estabelecendo metas de redução do atendimento em demanda espontânea; A5. Elaborando relatório dos serviços prestadores e negociar alterações na contratualização do município.		
How much - CUSTO	R\$ 0,00		

MACROPROBLEMA:	MP2 - Modelos e práticas de gestão insuficientes para alcançar a missão do HULW
NÓ CRÍTICO:	NC7 - Demanda para atendimento maior que a oferta de serviços regulados/contratualizados
OBJETIVO ESTRATÉGICO:	Buscar o equilíbrio na relação demanda/oferta de serviços regulados ou contratualizados
RESPONSÁVEL PELO PLANO:	Alberto Magno de Arruda Palmeira
INDICADORES:	(Nº de pacientes atendidos / Nº de pacientes com indicação adequada) x 100
METAS:	90% dos pacientes com indicação compatível a um hospital de média e alta complexidade
PERÍODO:	2018 - 2020

5W2H

What - AÇÃO	Ação 11 – Estabelecer as potencialidades do atendimento hospitalar e as áreas com maior disponibilidade e vocação		
Why – JUSTIFICATIVA	Definir nosso perfil e equilibrar oferta e demanda dos serviços		
Where – LOCAL	HULW		
When – QUANDO	2018	2019	2020
	A1	A2 – A3	
Who – RESPONSÁVEL(IS)	Gerência de Atenção à Saúde		
How – ATIVIDADES	A1. Caracterizando o perfil epidemiológico das unidades de internação e ambulatorial; A2. Elaborando oficinas para discutir o perfil epidemiológico do hospital e ambulatório; A3. Apresentando relatório das potencialidades e nossa tendência vocacional		
How much - CUSTO	R\$ 0,00		

MACROPROBLEMA:	MP2 - Modelos e práticas de gestão insuficientes para alcançar a missão do HULW
NÓ CRÍTICO:	NC8 – Falta de sistema integrado de gestão
OBJETIVO ESTRATÉGICO:	Promover estratégias informatizadas que possibilitem a integração do modelo atual de gestão
RESPONSÁVEL PELO PLANO:	Claudia Batista Melo
INDICADORES:	Quantidade de módulos existentes e implantados; Quantidade de máquinas instaladas com AGHU
METAS:	100% dos módulos do AGHU implantados
PERÍODO:	2018 - 2020

5W2H

What - AÇÃO	Ação 12 – Ampliar a instalação dos módulos do AGHU via EBSEH		
Why – JUSTIFICATIVA	É indispensável integrar algumas áreas do HU com a utilização de outros módulos e disponibilizar informações para auxiliar o processo de tomada de decisão		
Where – LOCAL	Laboratório (exames); Farmácia (prescrição) e Bloco cirúrgico.		
When – QUANDO	2018	2019	2020
	A1-A2	A1-A2	A1-A2
Who – RESPONSÁVEL(IS)	Claudia B. Melo e Sammyr		
How – ATIVIDADES	A1. Seguindo a metodologia de implantação proposto pela EBSEH sede; A2. Aplicando ferramentas para disponibilizar relatórios na base de dados do AGHU.		
How much - CUSTO	R\$ 0,00		

MACROPROBLEMA:	MP2 - Modelos e práticas de gestão insuficientes para alcançar a missão do HULW
NÓ CRÍTICO:	NC8 – Falta de sistema integrado de gestão
OBJETIVO ESTRATÉGICO:	Promover estratégias informatizadas que possibilitem a integração do modelo atual de gestão
RESPONSÁVEL PELO PLANO:	Claudia Batista Melo
INDICADORES:	Indicador de satisfação; Indicador de flexibilidade; Indicador de suporte; Indicador de produtividade
METAS:	100% de ERP implementado na área gerencial
PERÍODO:	2018 - 2020

5W2H

What - AÇÃO	Ação 13 – Implementar ferramentas de ERP (<i>Enterprise Resource Planning</i>)		
Why - JUSTIFICATIVA	É extremamente importante a implantação de sistema de planejamento corporativo que integre dados e processos do HULW		
Where – LOCAL	Superintendência e as três gerências		
When – QUANDO	2018	2019	2020
	A1-A2-A3	A4	A4
Who RESPONSÁVEL(IS)	– Claudia e Lamark		
How – ATIVIDADES	A1. Realizando levantamento das ferramentas de ERP; A2. Propondo a governança do hospital ferramenta de ERP; A3. Realizando estudos comparativos dos principais ERP; A4. Implementando ERP		
How much - CUSTO	R\$ 300.000,00		

MACROPROBLEMA:	MP2 - Modelos e práticas de gestão insuficientes para alcançar a missão do HULW
NÓ CRÍTICO:	NC9 - Deficiência e pouca organização dos processos de trabalho
OBJETIVO ESTRATÉGICO:	Organizar os processos de trabalho
RESPONSÁVEL PELO PLANO:	Egídio Luís Rodrigues dos Santos
INDICADORES:	Indicador para mensuração da probabilidade do risco; Indicador para mensuração do impacto; Indicador para mensuração do Plano de Ação
METAS:	70% da política de gestão de risco implantada
PERÍODO:	2018 - 2020

5W2H

What - AÇÃO	Ação 14 – Implantar a política de gestão de riscos		
Why – JUSTIFICATIVA	Para organizar os processos de forma a reduzir ao mínimo possível o impacto dos riscos		
Where – LOCAL	Em todas as unidades administrativas		
When – QUANDO	2018	2019	2020
	A1-A2-A3-A4	A2-A3-A4	A2-A3-A4
Who – RESPONSÁVEL(IS)	A1-A2) Comitê de gestão de risco; A3) Comissão de planejamento de compras; A4) Chefias das unidades e DivGP		
How – ATIVIDADES	A1. Divulgando a política de gestão de risco institucional; A2. Promovendo cursos de capacitação em gestão de risco para os colaboradores; A3. Incluindo gestão de risco no planejamento de compras; A4. Incluindo planilha de gestão de risco no processo de gestão de desempenho por competências.		
How much - CUSTO	R\$ 0,00		

MACROPROBLEMA:	MP2 - Modelos e práticas de gestão insuficientes para alcançar a missão do HULW
NÓ CRÍTICO:	NC9 - Deficiência e pouca organização dos processos de trabalho
OBJETIVO ESTRATÉGICO:	Organizar os processos de trabalho
RESPONSÁVEL PELO PLANO:	Egídio Luís Rodrigues dos Santos
INDICADORES:	Indicador de eficiência; Indicador de eficácia; Indicador de capacidade; Indicador de produtividade; Indicador de qualidade
METAS:	100% dos indicadores monitorados
PERÍODO:	2018 - 2020

5W2H

What - AÇÃO	Ação 15 – Implantar a política de gestão de processos		
Why – JUSTIFICATIVA	Para efetuar o controle e a atualização dos processos		
Where – LOCAL	Em todas as unidades administrativas		
When – QUANDO	2018	2019	2020
	A1-A2	A3-A4-A5	A3-A4
Who – RESPONSÁVEL(IS)	SGPTI		
How – ATIVIDADES	A1. Elaborando mapa geral de processos; A2. Definindo e utilizando indicadores de desempenho; A3. Analisando oportunidades de melhoria: incrementar, automatizar, simplificar e eliminar; A4. Promovendo cursos de capacitação para sensibilizar os colaboradores a adotar uma nova postura para o fluxo de atividades; A5. Instalando escritório de processos para treinamento, mentoria e consultoria.		
How much - CUSTO	R\$0,00		

MACROPROBLEMA:	MP3 - Baixa integração entre assistência, ensino e pesquisa
NÓ CRÍTICO:	NC10 - Comunicação ineficiente (ausência de ferramentas de comunicação entre assistência, ensino, pesquisa e extensão)
OBJETIVO ESTRATÉGICO:	Desenvolver ferramentas de comunicação que possibilitem a integração da assistência, ensino e pesquisa
RESPONSÁVEL PELO PLANO:	Ângelo Brito Pereira de Melo
INDICADORES:	Nº de reuniões realizadas / Nº de reuniões planejadas) x 100; Nº de divulgações nos canais de comunicação disponíveis; Índice de acesso às informações
METAS:	80% de participação docente e 50% discente
PERÍODO:	2018 - 2020

5W2H

What - AÇÃO	Ação 16 - Melhorar o canal de comunicação envolvendo as atividades de ensino, pesquisa e extensão		
Why – JUSTIFICATIVA	Para contribuir com a integração entre assistência, ensino e pesquisa no HULW		
Where – LOCAL	HULW		
When – QUANDO	2018	2019	2020
	A1-A2-A3	A1-A2-A3	A1-A2-A3
Who RESPONSÁVEL(IS)	– Ângelo e Ismênia		
How – ATIVIDADES	A1. Atualizando a lista de contatos (e-mail e WhatsApp) dos profissionais do HULW e centros afins; A2. Publicando no informe GEP nas mídias digitais; A3. Encaminhando para publicação as ações da GEP nos sites institucionais – EBSERH/UFPB.		
How much - CUSTO	R\$ 0,00		

MACROPROBLEMA:	MP3 - Baixa integração entre assistência, ensino e pesquisa
NÓ CRÍTICO:	NC10 - Comunicação ineficiente (ausência de ferramentas de comunicação entre assistência, ensino, pesquisa e extensão)
OBJETIVO ESTRATÉGICO:	Desenvolver ferramentas de comunicação que possibilitem a integração da assistência, ensino e pesquisa
RESPONSÁVEL PELO PLANO:	Ângelo Brito Pereira de Melo
INDICADORES:	(Nº de perfis atualizados / Nº de preceptores ou supervisores) x 100
METAS:	100% dos perfis atualizados
PERÍODO:	2018 - 2020

5W2H

What - AÇÃO	Ação 17 – Atualizar perfil de competências e atribuições do preceptor e supervisor de estágio		
Why – JUSTIFICATIVA	Para contribuir com a integração entre assistência, ensino e pesquisa no HULW		
Where – LOCAL	HULW		
When – QUANDO	2018	2019	2020
	A1-A2-A3	A1-A2-A3	A1-A2-A3
Who – RESPONSÁVEL(IS)	Ângelo e Solange		
How – ATIVIDADES	A1. Levantando as bases legais de preceptor e supervisor de estágio; A2. Atualizando o perfil de preceptor e supervisor de estágio por meio de oficinas e outras ferramentas; A3. Publicitando as atribuições na comunidade do HULW.		
How much - CUSTO	R\$ 0,00		

MACROPROBLEMA:	MP3 - Baixa integração entre assistência, ensino e pesquisa
NÓ CRÍTICO:	NC10 - Comunicação ineficiente (ausência de ferramentas de comunicação entre assistência, ensino, pesquisa e extensão)
OBJETIVO ESTRATÉGICO:	Desenvolver ferramentas de comunicação que possibilitem a integração da assistência, ensino e pesquisa
RESPONSÁVEL PELO PLANO:	Ângelo Brito Pereira de Melo
INDICADORES:	Nº de reuniões realizadas / Nº de reuniões planejadas) x 100;
METAS:	100% das reuniões realizadas
PERÍODO:	2018

5W2H

What - AÇÃO	Ação 18 – Elaborar manual de boas práticas de ensino no HULW		
Why – JUSTIFICATIVA	Para contribuir com a integração entre assistência, ensino e pesquisa no HULW		
Where – LOCAL	HULW		
When – QUANDO	2018	2019	2020
	A1-A2-A3		
Who – RESPONSÁVEL(IS)	Solange e Eliane		
How – ATIVIDADES	A1. Levantando material sobre as boas práticas de ensino no HULW; A2. Elaborando o manual de boas práticas de ensino no HULW por meio de oficinas com os docentes de centros afins da UFPB; A3. Encaminhando o manual para divulgação.		
How much - CUSTO	R\$ 0,00		

MACROPROBLEMA:	MP3 - Baixa integração entre assistência, ensino e pesquisa
NÓ CRÍTICO:	NC10 - Comunicação ineficiente (ausência de ferramentas de comunicação entre assistência, ensino, pesquisa e extensão)
OBJETIVO ESTRATÉGICO:	Desenvolver ferramentas de comunicação que possibilitem a integração da assistência, ensino e pesquisa
RESPONSÁVEL PELO PLANO:	Ângelo Brito Pereira de Melo
INDICADORES:	Nº de divulgações nos canais de comunicação disponíveis; Índice de acesso as informações
METAS:	100% de divulgação nos canais de comunicação disponíveis
PERÍODO:	2018 - 2020

5W2H

What - AÇÃO	Ação 19 – Propor edital de fomento à pesquisa		
Why – JUSTIFICATIVA	Para contribuir com a integração entre assistência, ensino e pesquisa no HULW		
Where – LOCAL	HULW		
When – QUANDO	2018	2019	2020
	A1-A2-A3	A1-A2-A3	A1-A2-A3
Who – RESPONSÁVEL(IS)	Ângelo e Fábio		
How – ATIVIDADES	A1. Elaborando proposta de fomento à pesquisa; A2. Encaminhando a superintendência para avaliação e aprovação; A3. Divulgando edital.		
How much - CUSTO	R\$ 300.000,00		

MACROPROBLEMA:	MP3 - Baixa integração entre assistência, ensino e pesquisa
NÓ CRÍTICO:	NC10 - Comunicação ineficiente (ausência de ferramentas de comunicação entre assistência, ensino, pesquisa e extensão)
OBJETIVO ESTRATÉGICO:	Desenvolver ferramentas de comunicação que possibilitem a integração da assistência, ensino e pesquisa
RESPONSÁVEL PELO PLANO:	Ângelo Brito Pereira de Melo
INDICADORES:	Nº de Fóruns realizados por ano; Nº de divulgações nos canais de comunicação disponíveis; Índice de acesso às informações
METAS:	100% dos fóruns realizados
PERÍODO:	2018 - 2020

5W2H

What - AÇÃO	Ação 20 – Realizar fóruns integraHULW		
Why – JUSTIFICATIVA	Para contribuir com a integração entre assistência, ensino e pesquisa no HULW		
Where – LOCAL	HULW		
When – QUANDO	2018	2019	2020
	A1-A2-A3-A4	A1-A2-A3-A4	A1-A2-A3-A4
Who – RESPONSÁVEL(S)	Caliandra e Eliane		
How – ATIVIDADES	A1. Planejando as diretrizes para realização do fórum: cronograma, público alvo, linhas de cuidado; A2. Convidando os participantes, conforme as linhas de cuidado pré-estabelecidos; A3. Divulgando a realização dos fóruns; A4. Aplicando questionário de avaliação dos fóruns.		
How much - CUSTO	R\$ 24.000,00		

MACROPROBLEMA:	MP3 - Baixa integração entre assistência, ensino e pesquisa
NÓ CRÍTICO:	NC11 - Planejamento desarticulado entre o ensino, pesquisa, extensão e assistência
OBJETIVO ESTRATÉGICO:	Planejar articulando a relação de ensino, pesquisa, extensão e assistência no âmbito do HULW
RESPONSÁVEL PELO PLANO:	Ângelo Brito Pereira de Melo
INDICADORES:	(Nº de fluxo de processos elaborados / Nº de fluxos planejado) x 100
METAS:	100% dos fluxos elaborados
PERÍODO:	2018

5W2H

What - AÇÃO	Ação 21 – Normalizar fluxo de processos de trabalho das ações de planejamento do binômio assistência-ensino		
Why – JUSTIFICATIVA	Para garantir o planejamento articulado		
Where – LOCAL	Gerência de Ensino e Pesquisa		
When – QUANDO	2018	2019	2020
	A1 – A2		
Who – RESPONSÁVEL(IS)	Ângelo e Ismênia		
How – ATIVIDADES	A1. Elaborando fluxo de processos de trabalho para planejamento adequado da assistência em relação ao ensino, extensão e pesquisa; A2. Apresentando proposta ao colegiado executivo do HULW para apreciação e aprovação.		
How much - CUSTO	R\$ 0,00		

MACROPROBLEMA:	MP3 - Baixa integração entre assistência, ensino e pesquisa
NÓ CRÍTICO:	NC11 - Planejamento desarticulado entre o ensino, pesquisa, extensão e assistência
OBJETIVO ESTRATÉGICO:	Planejar articulando a relação de ensino, pesquisa, extensão e assistência no âmbito do HULW
RESPONSÁVEL PELO PLANO:	Ângelo Brito Pereira de Melo
INDICADORES:	Nº de reuniões de sensibilização realizadas; Nº de reuniões de planejamento realizadas.
METAS:	100% das reuniões realizadas
PERÍODO:	2018 - 2020

5W2H

What - AÇÃO	Ação 22 – Intensificar articulação entre ensino, pesquisa e assistência, através dos fluxos de trabalho estabelecidos		
Why – JUSTIFICATIVA	Para garantir o planejamento articulado		
Where – LOCAL	Gerência de Ensino e Pesquisa		
When – QUANDO	2018	2019	2020
	A1-A2-A3-A4	A1-A2-A3-A4	A1-A2-A3-A4
Who – RESPONSÁVEL(IS)	Caliandra e Eliane		
How – ATIVIDADES	A1. Sensibilizando o CCS e CCM da necessidade de apresentar os planos de trabalho em tempo hábil para planejamento do HULW dos campos de prática; A2. Intensificando a divulgação para toda comunidade do HULW, principalmente, as chefias da obrigatoriedade da liberação de atividades acadêmicas no HULW apenas com um prévio planejamento e autorização da GEP; A3. Convidando os atores para reuniões de planejamento; A4. Promovendo a avaliação semestral das ações desenvolvidas entre ensino, pesquisa e assistência com vistas a melhoria da integração entre estes setores.		
How much - CUSTO	R\$ 0,00		

MACROPROBLEMA:	MP4 - Infraestrutura física e equipamentos insuficientes para o alcance da missão institucional
NÓ CRÍTICO:	NC12 - Falta cultura de conservação patrimonial
OBJETIVO ESTRATÉGICO:	Desenvolver ações educativas de sensibilização para a conservação do patrimônio institucional
RESPONSÁVEL PELO PLANO:	Rosilene Calou de Araújo Silveira
INDICADORES:	Nº de projetos tecnológicos de conservação patrimonial apresentados pela engenharia; Nº de inovações tecnológicas propostas Nº de tecnologias desenvolvidas e aplicadas
METAS:	100% dos planos de conservação patrimonial implementados
PERÍODO:	2018 - 2020

5W2H

What - AÇÃO	Ação 23 - Elaborar plano de conservação, aquisição e incorporação patrimonial e de novas tecnologias		
Why – JUSTIFICATIVA	Otimizar e racionalizar os recursos, promovendo ações educativas com os colaboradores para conservação patrimonial e geração de indicadores de qualidade, a fim de diminuir a paralização dos serviços.		
Where – LOCAL	HULW		
When – QUANDO	2018	2019	2020
	A1-A2-A3	A4-A5	
Who – RESPONSÁVEL(IS)	A1-A2) Rosilene; A3-A4) Viviane; e, A5) Rafael		
How – ATIVIDADES	A1. Instituinto o Comitê de Melhoria e Desempenho; A2. Elaborando um programa de prioridades em termos de conservação do patrimônio; A3. Realizando levantamento dos pontos críticos do acervo patrimonial; A4. Elaborando relatório e encaminhar ao Comitê; A5. Elaborando levantamento da criticidade dos EMH com a construção do plano de contingência.		
How much - CUSTO	R\$ 35.000,00		

MACROPROBLEMA:	MP4 - Infraestrutura física e equipamentos insuficientes para o alcance da missão institucional
NÓ CRÍTICO:	NC13 - Deficiência na aplicação dos investimentos do REHUF em infraestrutura predial e equipamentos
OBJETIVO ESTRATÉGICO:	Aplicar os investimentos do REHUF em infraestrutura predial e equipamentos de apoio a assistência
RESPONSÁVEL PELO PLANO:	Rosilene Calou de Araújo Silveira
INDICADORES:	(Nº de reformas realizadas / Nº de reformas planejadas) x 100
METAS:	100% das reformas planejadas
PERÍODO:	2018 – 2020

5W2H

What - AÇÃO	Ação 24 - Promover a reestruturação/ reforma física, das instalações elétricas-etapas I, II e III e climatização/modernização de elevadores		
Why – JUSTIFICATIVA	Porque há necessidade de se realizar adequações às normas de segurança das instalações, de acordo com ABNT, Anvisa e Bombeiros.		
Where – LOCAL	HULW		
When – QUANDO	2018	2019	2020
	A1 – A2	A2 – A3	
Who – RESPONSÁVEL(S)	A1-Adriana; A2-Yuri e Lélío; A3-Lélío		
How – ATIVIDADES	A1. Elaborando projetos para execução de obras: CME, bloco cirúrgico etapas II e III, cobertura do ambulatório e unidade materno-infantil; A2. Realizando licitação para contratação de manutenção predial e contratação de projetos; A3. Contratando serviços de substituição das barriletes		
How much - CUSTO	R\$ 37.750.000,00		

6 ANÁLISE ORÇAMENTÁRIA

Nós Críticos	Ações	TOTAL por Ação
NC1	A1 – Desenvolver políticas de segurança do paciente com envolvimento multiprofissional	50.000,00
TOTAL DO NÓ CRÍTICO 1		50.000,00
NC2	A2 – Difundir a PNH/Acolhimento de forma contínua e sistemática em todo hospital	0,00
TOTAL DO NÓ CRÍTICO 2		0,00
NC3	A3 – Implantar recursos de gerenciamento informatizado dos leitos	0,00
	A4 – Implantar e acompanhar o gerenciamento de leitos por unidade de internação	0,00
TOTAL DO NÓ CRÍTICO 3		0,00
NC4	A5 – Promover a atenção multidisciplinar	0,00
	A6 – Expandir a integração entre os ambulatorios por linhas de cuidado	0,00
TOTAL DO NÓ CRÍTICO 4		0,00
NC5	A7 – Implementar linhas de cuidado integral	0,00
	A8 – Implantar e implementar a Comissão de Controle de Monitorização da Contratualização	0,00
TOTAL DO NÓ CRÍTICO 5		0,00
NC6	A9 – promover cursos para os gestores serem capazes de elaborar e controlar os processos de trabalho	15.000,00
TOTAL DO NÓ CRÍTICO 6		15.000,00
NC7	A10 – Promover a revisão do modelo de contratualização com o município de João Pessoa-PB	0,00
	A11 – Estabelecer as potencialidades do atendimento hospitalar e as áreas com maior disponibilidade e vocação	0,00

TOTAL DO NÓ CRÍTICO 7		0,00
NC8	A12 – Ampliar a instalação dos módulos do AGHU via EBSEH	0,00
	A13 – Implementar ferramentas de ERP (<i>Enterprise Resource Planning</i>)	300.000,00
TOTAL DO NÓ CRÍTICO 8		300.000,00
NC9	A14 – Implantar a política de gestão de riscos	00,0
	A15 – Implantar a política de gestão de processos	0,00
TOTAL DO NÓ CRÍTICO 9		0,00
NC10	A16 – Melhorar o canal de comunicação envolvendo as atividades de ensino, pesquisa e extensão	0,00
	A17 – Atualizar perfil de competências e atribuições do preceptor e supervisor de estágio	0,00
	A18 – Elaborar manual de boas práticas de ensino no HULW	0,00
	A19 – Propor edital de fomento à pesquisa	300.000,00
	A20 – Realizar fóruns integraHULW	24.000,00
TOTAL DO NÓ CRÍTICO 10		324.000,00
NC11	A21 – Normatizar fluxo de processos de trabalho das ações de planejamento do binômio assistência-ensino	0,00
	A22 – Intensificar articulação entre ensino, pesquisa e assistência, através dos fluxos de trabalho estabelecidos	0,00
TOTAL DO NÓ CRÍTICO 11		0,00
NC12	A23 - Elaborar plano de aquisição e incorporações de novas tecnologias	35.000,00
TOTAL DO NÓ CRÍTICO 12		35.000,00
NC13	A24 - Promover a reestruturação/ reforma física, das instalações elétricas-etapas I, II e III e climatização/modernização de elevadores.	37.750.000,00
TOTAL DO NÓ CRÍTICO 13		37.750.000,00
TOTAL ORÇADO		38.474.000,00

OBSERVAÇÃO: o PDE sem as ações 23 e 24, considerando que para estas ações poderão ser utilizados os recursos do REHUF, está orçado em 689.000,00 (seiscentos e oitenta e nove mil reais). Em geral, das vinte e quatro ações previstas no plano estratégico, apenas sete ações apresentam necessidade de orçamento para sua execução.

7 ANÁLISE DE VIABILIDADE

AÇÕES	INDICADOR	ATOR 1 (Responsável)	ATOR 2	ATOR 3	RECURSOS NECESSÁRIOS		VIABILIDADE
					RECURSOS QUE TEMOS	RECURSOS QUE NÃO TEMOS	
A1 – Desenvolver políticas de segurança do paciente com envolvimento multiprofissional	a) Indicadores clínicos b) Indicadores de prevenção e controle de infecção c) Indicadores de gineco-obstetrícia d) Indicadores de UTI e) Indicadores de anestesia e cirurgia f) Indicadores de medicamentos	Nadja de Azevedo Correia	Alecsandro Rocha; Jackelline Gomes; Emmy Karol	Márcia Virgínia; Madson Mariz	Políticos, técnicos, organizacionais e econômicos		Alta
A2 – Difundir a PNH/Acolhimento de forma contínua e sistemática em todo hospital	(Número de servidores que participaram dos eventos / Número de eventos realizados) x 100	Emanuella de Sousa Toledo Matias	Comissão de Humanização/Acolhimento	Alguns colaboradores	Políticos, técnicos e organizacionais	Econômico	Alta
A3 – Implantar recursos de gerenciamento informatizado dos leitos	Relatório mensal de paciente-dia; média de permanência e taxa de ocupação	Claudia Batista de Melo	Cleiton Roberto de Oliveira	Colaboradores do NIR	Políticos, técnicos e organizacionais	Econômico	Média
A4 – Implantar e acompanhar o gerenciamento de leitos por unidade de internação	Taxa de ocupação; Média de permanência; Entrada e Saídas por unidades; (Nº de internações reguladas / Total de internações) x 100	Cleiton Roberto de Oliveira	Mirtes de Fátima Mariz de Oliveira	Colaboradores do NIR	Políticos, técnicos organizacionais e econômico		Alta

A5 – Promover a atenção multidisciplinar	(Nº de protocolos clínicos existentes / Nº de novos protocolos clínicos) x 100; (Nº de pacientes com PTS / Nº total de pacientes internados) x 100	Ana Flávia Silva Amorim Arruda	Chefes das unidades de internação (aliados)	Alguns colaboradores (opositores ou indiferentes)	Políticos, técnicos organizacionais e econômico		Alta
A6 – Expandir a integração entre os ambulatoriais por linhas de cuidado	(Nº de consultas / Tipo de consulta) x 100; (Nº consultas por especialidades de consultas) x 100	Ana Flávia Silva Amorim Arruda	Colaboradores das unidades ambulatoriais e NIR	Professores e alguns assistentes	Políticos, técnicos organizacionais e econômico		Alta
A7 – Implementar linhas de cuidado integral	(Nº de reuniões de sensibilização / Nº de reuniões planejadas) x 100 (Nº de cursos de capacitação realizados / Nº de cursos programados) x 100 (Nº de servidores treinados / Nº de servidores) x 100	Moisés Diogo de Lima	Chefes das unidades de internação	Alguns colaboradores opositores e indiferentes	Políticos, técnicos organizacionais e econômico		Alta
A8 – Implantar e implementar a Comissão de Controle de Monitorização da Contratualização(CCMC)	Nº de reuniões registradas em atas da CCMC	Moisés Diogo de Lima	Colaboradores do NIR	Secretaria Municipal de Saúde	Políticos, técnicos e organizacionais	Econômico	Alta
A9 – Promover cursos para os gestores serem capazes de elaborar e controlar os processos de trabalho	(Nº de cursos / Nº de gestores) x 100	Alberto Magno de Arruda Palmeira	Equipe do SECAD	Gestores	Políticos, técnicos organizacionais e econômico		Alta
A10 – Promover a revisão do modelo de contratualização com o município de João Pessoa-PB	(Nº de reuniões realizadas / Nº de reuniões planejadas) x 100	Alberto Magno de Arruda Palmeira	Moisés Diogo de Lima	Secretaria Municipal de Saúde	Políticos, técnicos e organizacionais	Econômico	Alta
A11 – Estabelecer as potencialidades do atendimento hospitalar e as áreas com maior disponibilidade e vocação	(Nº de pacientes atendidos / Nº de pacientes com indicação adequada) x 100	Moisés Diogo de Lima	Ana Flávia Silva Amorim Arruda	Colaboradores do NIR	Políticos, técnicos organizacionais e econômico		Alta
A12 – Ampliar a instalação dos módulos do AGHU via EBSERH	Quantidade de módulos existentes e implantados; Quantidade de máquinas instaladas com AGHU	Cláudia Batista Melo	Samyr Santos Delfino	Alguns colaboradores – opositores e indiferentes	Políticos, técnicos e organizacionais	Econômico	Média

A13 – Implementar ferramentas de ERP (<i>Enterprise Resource Planning</i>)	Indicador de satisfação; Indicador de flexibilidade; Indicador de suporte; Indicador de produtividade	Cláudia Batista Melo	Alberto Magno de Arruda Palmeira	Alguns colaboradores – opositores e indiferentes	Políticos, técnicos e organizacionais	Econômico	Média
A14 – Implantar a política de gestão de riscos	Indicador para mensuração da probabilidade do risco; Indicador para mensuração do impacto; Indicador para mensuração do Plano de Ação	Egídio Luís Rodrigues dos Santos	Comitê de gestão de risco	Alguns colaboradores – opositores e indiferentes	Políticos, técnicos organizacionais e econômico		Alta
A15 – Implantar a política de gestão de processos	Indicador de eficiência; Indicador de eficácia; Indicador de capacidade; Indicador de produtividade; Indicador de qualidade	Egídio Luís Rodrigues dos Santos	Cláudia Batista Melo	Alguns colaboradores – opositores e indiferentes	Políticos, técnicos organizacionais e econômico		Alta
A16 - Melhorar o canal de comunicação envolvendo as atividades de ensino, pesquisa e extensão	(Nº de reuniões realizadas / Nº de reuniões planejadas) x 100; Nº de divulgações nos canais de comunicação disponíveis; Índice de acesso as informações	Ângelo e Ismênia	Equipe da Gerência de Ensino e Pesquisa	Docentes e Discentes do CCS e CCM	Políticos, técnicos organizacionais e econômico		Alta
A17 – Atualizar perfil de competências e atribuições do preceptor e supervisor de estágio	(Nº de perfis atualizados / Nº de preceptores ou supervisores) x 100	Ângelo e Solange	Chefia das unidades de internação	Colaboradores aliados, opositores ou indiferentes	Políticos, técnicos organizacionais e econômico		Alta
A18 – Elaborar manual de boas práticas de ensino no HULW	(Nº de reuniões realizadas / Nº de reuniões planejadas) x 100	Solange e Eliane	Equipe da Gerência de Ensino e Pesquisa	Docentes e Discentes do CCS e CCM	Políticos, técnicos organizacionais e econômico		Alta
A19 – Propor edital de fomento à pesquisa	Nº de divulgações nos canais de comunicação disponíveis; Índice de acesso as informações	Ângelo e Fábio	Equipe da Gerência de Ensino e Pesquisa	Docentes e Discentes do CCS e CCM	Políticos, técnicos organizacionais e econômico		Alta
A20 – Realizar fóruns integraHULW	Nº de fóruns realizados por ano;	Caliandra e Eliane	Equipe da Gerência de Ensino e Pesquisa	Docentes e Discentes do CCS e CCM	Políticos, técnicos organizacionais e econômico		Alta

	Nº de divulgações nos canais de comunicação disponíveis; Índice de acesso as informações.						
A21 – Normatizar fluxo de processos de trabalho das ações de planejamento do binômio assistência-ensino	(Nº de fluxo de processos elaborados / Nº de fluxos planejados) x 100	Ângelo e Ismênia	Equipe da Gerência de Ensino e Pesquisa	Docentes e Discentes do CCS e CCM	Políticos, técnicos organizacionais e econômico		Alta
A22 – Intensificar articulação entre ensino, pesquisa e assistência, através dos fluxos de trabalho estabelecidos	Nº de reuniões de sensibilização realizadas; Nº de reuniões de planejamento realizadas.	Caliandra e Eliane	Equipe da Gerência de Ensino e Pesquisa	Docentes e Discentes do CCS e CCM	Políticos, técnicos organizacionais e econômico		Alta
A23 - Elaborar plano de conservação, aquisição e incorporação patrimonial e de novas tecnologias	Nº de projetos tecnológicos apresentados pela engenharia; Nº de inovações propostas pelos funcionários; Valor médio auferido pela inovação; Nº de tecnologias desenvolvidas e aplicadas	Rosilene Calou de Araújo Silveira	Equipe da Engenharia Clínica e do setor de patrimônio	Colaboradores aliados, opositores ou indiferentes	Políticos, técnicos e organizacionais	Econômico	Média
A24 - Promover a reestruturação/ reforma física, das instalações elétricas-etapas I, II e III e climatização/modernização de elevadores	(Nº de reformas realizadas / Nº de reformas planejadas) x 100	Rosilene Calou de Araújo Silveira	Equipe de colaboradores do setor de infraestrutura física	Colaboradores aliados, opositores ou indiferentes	Políticos, técnicos e organizacionais	Econômico	Média

8 GESTÃO DO PLANO, METAS E INDICADORES DE MONITORAMENTO

AÇÃO	ATIVIDADES	INDICADOR	META
A1 – Desenvolver políticas de segurança do paciente com envolvimento multiprofissional	1. Identificando os pacientes internados com pulseiras brancas de identificação; 2. Identificando os leitos com a ficha de identificação; 3. Avaliando o risco e realizando prevenção de lesão por pressão dos pacientes admitidos nas unidades de internação; 4. Avaliando o risco e realizando prevenção de quedas dos pacientes admitidos nas unidades de internação; 5. Aplicando <i>check-list</i> cirúrgico em todas as cirurgias realizadas no HULW.	a) Indicadores clínicos b) Indicadores de prevenção e controle de infecção c) Indicadores de gineco-obstetrícia d) Indicadores de UTI e) Indicadores de anestesia e cirurgia f) Indicadores de medicamentos	100% das unidades com dispositivos da política de segurança do paciente
A2 – Difundir a PNH/Acolhimento de forma contínua e sistemática em todo hospital	1. Dando continuidade à implantação dos dispositivos da PNH e realizando rodas de conversas periódicas com a gestão do HULW; 2. Mobilizando os servidores para a PNH e realizando encontros nos diversos setores do hospital; 3. Avaliando de forma sistemática o desenvolvimento da assistência em termos de acolhimento; 4. Monitorando os critérios de avaliação do PNH.	(Número de servidores que participaram dos eventos / Número de eventos realizados) x 100	100% dos dispositivos da PNH implantados e monitorados
A3 – Implantar recursos de gerenciamento informatizado dos leitos	1. Elaborando protocolos e regulação da central de leitos; 2. Organizando a central de internação e alta para controle de leitos; 3. Realizando o monitoramento e avaliação dos dados de internação.	Relatório mensal de paciente-dia; média de permanência e taxa de ocupação	100% dos indicadores monitorados
A4 – Implantar e acompanhar o gerenciamento de leitos por unidade de internação	1. Agendando reuniões com as chefias das unidades de internação; 2. Treinando as equipes das unidades de internação; 3. Elaborando protocolos quanto a admissão e alta do paciente; 4. Monitorando e avaliando os leitos	Taxa de ocupação; Média de permanência; Entrada e Saídas por unidades; (Nº de internações reguladas / Total de internações) x 100	100% dos indicadores monitorados
A5 – Promover a atenção multidisciplinar	1. Realizando reuniões clínicas com a equipe multiprofissional; 2. Elaborando protocolos de assistência multiprofissional;	(Nº de protocolos clínicos existentes / Nº de novos protocolos clínicos) x 100;	Um novo protocolo multiprofissional por clínica/ano

	3. Supervisionando de forma sistemática das ações de saúde.	(Nº de pacientes com PTS / Nº total de pacientes internados) x 100	
A6 – Expandir a integração entre os ambulatorios por linhas de cuidado	1. Realizando oficinas que possibilitem a discussão dos problemas que necessitam de cuidado multiprofissional, identificando-os e construindo seus trajetos de cuidado; 2. Expandido de forma sistemática e contínua as linhas de cuidado no ambulatório	(Nº de consultas / Tipo de consulta) x 100; Nº consultas por especialidades de consultas	70% das consultas ambulatoriais no trajeto das linhas de cuidado
A7 – Implementar linhas de cuidado integral nas unidades de internação	1. Definindo o fluxo de acesso ao hospital para a primeira consulta; 2. Definindo o fluxo das consultas subsequentes, inclusive com a equipe multiprofissional, se o caso requerer; 3. Definindo as condutas a serem tomadas em cada etapa de atendimento; 4. Instituinto a linha de cuidado do paciente idoso (cirurgia bariátrica) e circuito cirúrgico (agendamento de cirurgias eletivas)	(Nº de reuniões de sensibilização / Nº de reuniões planejadas) x 100 (Nº de cursos de capacitação realizados / Nº de cursos programadas) x 100 (Nº de servidores treinados / Nº de servidores) x 100	50% das internações no trajeto das linhas de cuidado
A8 – Implantar e implementar a Comissão de Controle de Monitorização da Contratualização (CCMC)	1. Monitorando a execução das metas físicas e financeiras a serem pactuadas no plano contratual	Nº de reuniões registradas em atas da CCMC	100% das metas físicas e financeiras monitoradas
A9 – Promover cursos para os gestores serem capazes de elaborar e controlar os processos de trabalho	1. Realizando levantamento da necessidade de capacitação; 2. Elaborando módulos do conteúdo envolvendo gestão de processos; 3. Articulando instrutores para ministração dos módulos; 4. Abrindo inscrição e preparando material didático; 5. Definindo o cronograma anual de capacitação. 6. Executando as capacitações	(Nº de cursos / Nº de gestores) x 100	100% de planos de capacitação
A10 – Promover a revisão do modelo de contratualização com o município de João Pessoa-PB	1. Realizando levantamento dos serviços não regulados; 2. Realizando levantamento da série histórica da produção do hospital; 3. Estabelecendo metas de atendimento para os serviços regulados; 4. Estabelecendo metas de redução do atendimento em demanda espontânea; 5. Elaborando relatório dos serviços prestadores e negociar alterações na contratualização do município.	(Nº de reuniões realizadas / Nº de reuniões planejadas) x 100	95% dos serviços com atendimento regulado
A11 – Estabelecer as potencialidades do atendimento hospitalar e as áreas com maior disponibilidade e vocação	1. Caracterizando o perfil epidemiológico das unidades de internação e ambulatorial; 2. Elaborando oficinas para discutir o perfil epidemiológico do hospital e ambulatório;	(Nº de pacientes atendidos / Nº de pacientes com indicação adequada) x 100	90% dos pacientes com indicação compatível a um hospital de média e alta complexidade

	3. Apresentando relatório das potencialidades e nossa tendência vocacional		
A12 – Ampliar a instalação dos módulos do AGHU via EBSEH	1. Seguindo a metodologia de implantação proposto pela EBSEH sede; 2. Aplicando ferramentas para disponibilizar relatórios na base de dados do AGHU.	Quantidade de módulos existentes e implantados; Quantidade de máquinas instaladas com AGHU	100% dos módulos do AGHU implantados
A13 – Implementar ferramentas de ERP (<i>Enterprise Resource Planning</i>)	1. Realizando levantamento das ferramentas de ERP; 2. Propondo a governança do hospital ferramenta de ERP; 3. Realizando estudos comparativos dos principais ERP; 4. Implementando ERP	Indicador de satisfação; Indicador de flexibilidade; Indicador de suporte; Indicador de produtividade	100% de ERP implementado na área gerencial
A14 – Implantar a política de gestão de riscos	1. Divulgando a política de gestão de risco institucional; 2. Promovendo cursos de capacitação em gestão de risco para os colaboradores; 3. Incluindo gestão de risco no planejamento de compras; 4. Incluindo planilha de gestão de risco no processo de gestão de desempenho por competências.	Indicador para mensuração da probabilidade do risco; Indicador para mensuração do impacto; Indicador para mensuração do Plano de Ação	70% da política de gestão de risco implantada
A15 – Implantar a política de gestão de processos	1. Elaborando mapa geral de processos; 2. Definindo e utilizando indicadores de desempenho; 3. Analisando oportunidades de melhoria: incrementar, automatizar, simplificar e eliminar; 4. Promovendo cursos de capacitação para sensibilizar os colaboradores a adotar uma nova postura para o fluxo de atividades; 5. Instalando escritório de processos para treinamento, mentoria e consultoria.	Indicador de eficiência; Indicador de eficácia; Indicador de capacidade; Indicador de produtividade; Indicador de qualidade	100% dos indicadores monitorados
A16 - Melhorar o canal de comunicação envolvendo as atividades de ensino, pesquisa e extensão	1. Atualizando lista de contatos (e-mail e WhatsApp) dos profissionais do HULW e centros afins 2. Publicando o informe GEP nas mídias digitais 3. Encaminhando para publicação ações da GEP nos sites institucionais – EBSEH/UFPB	(Nº de reuniões realizadas / Nº de reuniões planejadas) x 100; Nº de divulgações nos canais de comunicação disponíveis; Índice de acesso as informações	80% de participação docente e 50% discente
A17 – Atualizar perfil de competências e atribuições do preceptor e supervisor de estágio	1. Levantando as bases legais de preceptor e supervisor de estágio; 2. Atualizando o perfil de preceptor e supervisor de estágio por meio de oficinas e outras ferramentas; 3. Publicitando as atribuições na comunidade do HULW.	(Nº de perfis atualizados / Nº de preceptores ou supervisores) x 100	100% dos perfis atualizados
A18 – Elaborar manual de boas práticas de ensino no HULW	1. Levantando material sobre as boas práticas de ensino no HULW;	(Nº de reuniões realizadas / Nº de reuniões planejadas) x 100	100% das reuniões realizadas

	2. Elaborando manual de boas práticas de ensino no HULW por meio de oficinas com os docentes de centros afins da UFPB; 3. Encaminhando manual para divulgação.		
A19 – Propor edital de fomento à pesquisa	1. Elaborando proposta de fomento à pesquisa; 2. Encaminhando a superintendência para avaliação e aprovação; 3. Divulgando edital.	Nº de divulgações nos canais de comunicação disponíveis; Índice de acesso as informações.	100% de divulgação nos canais de comunicação disponíveis
A20 – Realizar fóruns integraHULW	1. Planejando as diretrizes para realização do fórum: cronograma, público alvo e linhas de cuidado; 2. Convidando os participantes, conforme as linhas de cuidado pré-estabelecidos; 3. Divulgando a realização dos fóruns; 4. Aplicando questionário de avaliação dos fóruns.	Nº de fóruns realizados por ano; Nº de divulgações nos canais de comunicação disponíveis; Índice de acesso as informações.	100% dos fóruns realizados
A21 – Normatizar fluxo de processos de trabalho das ações de planejamento do binômio assistência-ensino.	1. Elaborando fluxos de processos de trabalho para planejamento adequado da assistência em relação ao ensino, extensão e pesquisa; 2. Apresentando proposta ao colegiado executivo do HULW para apreciação e aprovação.	(Nº de fluxos de processos elaborados / Nº de fluxos planejados) x 100	100% dos fluxos elaborados
A22 – Intensificar articulação entre ensino, pesquisa e assistência, através dos fluxos de trabalho estabelecidos	1. Sensibilizando o CCS e CCM da necessidade de apresentar os planos de trabalho em tempo hábil para planejamento do HULW dos campos de prática; 2. Intensificando a divulgação para toda comunidade do HULW, principalmente, as chefias da obrigatoriedade da liberação de atividades acadêmicas no HULW apenas com um prévio planejamento e autorização da GEP; 3. Convidando os atores para reuniões de planejamento; 4. Promovendo a avaliação semestral das ações desenvolvidas entre ensino, pesquisa e assistência com vistas a melhoria da integração entre estes setores.	Nº de reuniões de sensibilização realizadas; Nº de reuniões de planejamento realizadas.	100% das reuniões realizadas
A23 - Elaborar plano de conservação, aquisição e incorporação patrimonial e de novas tecnologias	1. Instituído o Comitê de Melhoria e Desempenho; 2. Elaborando um programa de prioridades em termos de conservação do patrimônio;	Nº de projetos tecnológicos de conservação patrimonial apresentados pela engenharia;	100% dos planos de conservação patrimonial implementados

	3. Realizando levantamento dos pontos críticos do acervo patrimonial; 4. Elaborando relatório e encaminhar ao Comitê; 5. Elaborando levantamento da criticidade dos EMH com a construção do plano de contingência.	Nº de inovações tecnológicas propostas Nº de tecnologias desenvolvidas e aplicadas	
A24 - Promover a reestruturação/reforma física, das instalações elétricas-etapas I, II e III e climatização/modernização de elevadores	1. Elaborando projetos para execução de obras: CME, bloco cirúrgico etapas II e III, cobertura do ambulatório e unidade materno-infantil; 2. Realizando licitação para contratação de manutenção predial e contratação de projetos; 3. Contratando serviços de substituição das barriletes	(Nº de reformas realizadas / Nº de reformas planejadas) x 100	100% das reformas planejadas

9 REFERÊNCIAS

- ABBAS, K. *Gestão de Custos em Organizações Hospitalares*. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.
- ALBUQUERQUE, M.S.V., MORAIS, H.M.M., LIMA, L.P. Contratualização em saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 6, p.1825-34, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700037&script=sci_arttext. Acesso em: 11/10/2015.
- 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.
- ALVES, N. A. Utilização da ferramenta “boas práticas de fabricação (BPF)” na produção de alimentos para cães e gatos. 2003. 95f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Engenharia Agrícola, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003. Disponível em: < <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000304528>>. Acesso em: 08/10/2015.
- ARAÚJO, M.A.D. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v. 27, n.3, p.230-6, 2010.
- BARROS, M.E.B., MORI, M.E., BASTOS, S.S. O desafio da Política Nacional de Humanização nos processos de trabalho: o instrumento “Programa de Formação em saúde e trabalho”. *Cad Saude Pub* v.14, n.1, p.31-48, 2006.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Ensino Superior. Programa de Integração Docente-Assistencial – PIDA. Brasília: MEC-SESU; 1981.
- Brasil. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES 1.133/2001, aprovado em 07/08/2001.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de regulação, avaliação e controle de sistemas. Departamento nacional de auditoria do SUS. Curso básico de regulação, controle e auditoria do SUS. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. Documento Base. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>. Acesso em: 11/10/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BURMESTER, H.; PEREIRA, J. & SCARPI, M.J. *Modelo de Gestão para organizações de saúde*. RAS, São Paulo, v. 9, n. 37, p. 125-32, out./dez., 2007

BUSSE, R. Regulation in health care: a basic introduction. In: Conferência: Regulação econômica, concorrência e serviços de interesse geral; 2001; Lisboa: IPE.

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.849-59, Rio de Janeiro, 2007.

CATELLI, A.; PARISI, C.; SANTOS, E.S. & ALMEIDA, L.B. Um sistema para a gestão econômica de organizações governamentais empreendedoras. *Revista do serviço público da ENAP, Escola Nacional de Administração Pública*, n. 3, p. 83-100, jul./set. 2001.

CECCIM, R.B., MERHY, E.E. Um agir micro político e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface – Comunic Saúde Educ*, v.13(sup1), p.531-42, 2009.

CHERUBIN, N.A. & SANTOS, N.A.A.P. *Administração Hospitalar: Fundamentos*. São Paulo: Loyola, 2002.

COLET, N. R. Enseignement universitaire et interdisciplinarité: un cadre pour analyser, agir et évalue. Bruxelles: Boeck & Larcier, 2002.

DIENG, M.; ARAÚJO, A.O.; DINIZ, J.A.; DINIZ, M.A.A. & SANTOS, D.P. Gestão Estratégica de Custos Aplicada à Atividade Hoteleira: Um Estudo Empírico nos Hotéis de Médio e Grande Porte da Grande Recife. In: 3º Congresso da USP de Iniciação Científica em Contabilidade, 2007. São Paulo: USP, 2007.

DILLY, C.M.L., JESUS, M.C.P. *Processo educativo em Enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional*. São Paulo: Robel; 1995.

DRUCKER, P. *Desafios gerenciais para o século XXI*. São Paulo: Pioneira, 1999.

EBOLI, M. *Educação corporativa no Brasil: mitos e verdades*. São Paulo: Gente, 2004.

FERNANDES, J. D. et al. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 443-449, 2005. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/66.pdf> . Acesso em: 11/10/2015.

FERREIRA JR., A.; BITTAR, M. A educação na perspectiva marxista: uma abordagem baseada em Marx e Gramsci. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 12, n. 26, p. 635-46, 2008.

FIANI, R. Afinal, a quais interesses serve a regulação? *Economia e Sociedade*, v.2, n.23, p.81-105, 2004.

GALVAO, J. *O segmento de Saúde para o desenvolvimento regional no município de Blumenau – SC: a participação do Hospital Santa Isabel*. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional). Blumenau: Universidade Regional de Blumenau, 2003.

GONZÁLES, R. I. C et al. Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.11, n.2, Ribeirão Preto, Mar/Abr. 2003.

GRAHAM, I. D. et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, Cherry Hill, v. 26, n. 1, p. 13-24, 2006.

GURGEL Jr. G.D., MEDEIROS, K.R. Conflito e resistência à mudança no setor saúde: uma análise dos seus determinantes estruturais. In: Ministério da Saúde. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 37-44

HALLIGAN, A., DONALDSON, L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. *British Medical Journal*, 322: 1413-7, 2001.

LIMA, S.M.L., RIVERA, F.J.U. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Cien Saude Colet*, v. 17, n. 9, p.2507-21, 2012.

MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. *Regulação assistencial: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade*. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal; 2002.

MALAGON-LODONO, G. *Introdução*. In: MALAGON-LODONO, G.; MORERA, R.G.; LAVERDE, G.P. *Administração Hospitalar*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

MATUS, C. Adeus, senhor presidente: governantes governados. São Paulo: Editora FUNDAP, 1996.

MENDES, E.V. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, p. 79- 113, 2002.

MORI, M.E., OLIVEIRA, O.V.M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. *Interface Comun Saúde Educ*, v.13(Supl. 1), p.627-40, 2009.

OJEDA, B.S., SANTOS, B.R.L., EIDT, O.R. A integração ensino e assistência na enfermagem: delineando possibilidades para uma prática contextualizada. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.4, n.17, p.432-8, 2004.

OLIVEIRA, F.A. Antropologia nos serviços de saúde. *Interface – Comunic Saúde Educ* v. 6, n. 10, p.63-74, 2002.

PESSOA, L.R. (org.). *Manual do gerente: desafios da média gerência na saúde*. Rio de Janeiro: ENSP, 2011.

PINHEIRO, R., CECCIM, R.B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/IERJ- -CEPESQ-ABRASCO, 2005. p.13-33.

PORTELA, M. C. Diretrizes clínicas como instrumento de melhoria da qualidade da assistência suplementar: o papel da agência nacional de saúde. *Regulação & Saúde: Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde*, 2003 Consulta ao website: <http://www.ans.gov.br> em 25/09/2015.

PORTELA, M. C., MARTINS, M. *Gestão da Clínica Módulo 1 da Unidade de Aprendizagem 5 – Gestão da Qualidade em Saúde do Curso On-line de Gestão em Saúde*, 2007.

SENHORAS, E.M. A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p.45-55, jan.-jun., 2007.

STEFANO, N.M. Abordagem conceitual de Sistema Integrado de Gestão (SIG) na busca pela Melhoria Continua nas organizações. *Maringá Management: Revista de Ciências Empresariais*, v. 6, n.1, p.7-15, jan./jun. 2009

TOGNON, I.V. Uma contribuição ao estudo dos custos hospitalares com o uso do custeio baseado em atividades: um estudo de caso do setor de pediatria do Hospital de Caridade de Carazinho. *Dissertação (Mestrado em Administração)*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

VALENTE, T.W. *Redes Sociais e Saúde: modelos, métodos e aplicações*. Oxford: New York, 2010.