
Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.



Plano Diretor Estratégico 2017-2018

Universidade Federal do Rio Grande
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

2016

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS



Universidade Federal do Rio Grande - FURG
Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr

Guilherme Lerch Lunardi
Helena Heidtmann Vaghetti
Juliana de Brito Seixas Neves
Marcia Carla Tavares Duarte
Patrick Matos Freitas
Rodrigo Jacobi Terlan
Rosemary Silva da Silveira
Susi Heliene Lauz Medeiros
Wagner Pinto de Pinto
Wilson Oliveira Júnior

**PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORRÊA JR.**

**VALORIZANDO O PASSADO, AVALIANDO O PRESENTE E CONSTRUINDO O
FUTURO**

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

2017-2018

Ficha Catalográfica

Biblioteca Dr. Fadlo Haidar

Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

© reprodução autorizada pelo autor somente para uso privado de atividades de pesquisa e ensino não sendo autorizada sua reprodução para quaisquer fins lucrativos. Na utilização ou citação de partes do documento é obrigatório mencionar a autoria.

Lunardi, Guilherme Lerch. Vaghetti, Helena Heidtmann. Neves, Juliana de Brito Seixas. Duarte, Marcia Carla Tavares. Freitas, Patrick Matos. Terlan, Rodrigo Jacobi. Silveira, Rosemary Silva da. Medeiros, Susi Heliene Lauz. Pinto, Wagner Pinto de. Oliveira, Wilson Júnior.

Plano Diretor Estratégico do Hospital Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. Valorizando o passado, avaliando o presente e construindo o futuro: orientação de Altair Massaro – São Paulo, 2016.

141p.

Plano Diretor Estratégico (Especialização em Gestão de Hospitais Universitários do SUS) - Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.

1. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 2. Hospitais Universitários. 3. Redes de Atenção à Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Gestão da Clínica. 6. Hospitais de Ensino. 7. Gestão Hospitalar

I. Ministério da Educação. II. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. III Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. IV. Plano Diretor Estratégico do Hospital Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. Valorizando o passado, avaliando o presente e construindo o futuro.

"Dedicamos este trabalho aos usuários do SUS que, diariamente, buscam, neste hospital, o acolhimento e a resolução dos problemas que comprometem a sua saúde e qualidade."

Agradecimentos

A Deus, poder superior do universo, pela força necessária para assumir o desafio e superar os obstáculos no decorrer do curso.

Às nossas famílias pelo incentivo e apoio recebido, por aceitarem nossas ausências com altruísmo.

À Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) por ter como foco a qualificação dos processos de gestão nos hospitais universitários e oportunizar a realização do Curso de Gestão de Hospitais Universitários Federais no Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao grupo de facilitadores do Instituto Sírio Libanês de Ensino e pesquisa (IEP/HSL), em especial ao Dr. Altair Massaro, e às cofacilitadoras Thamyres Corrêa Barbosa e Jaqueline Jensen, pelo acompanhamento constante, por acreditar e incentivar o desenvolvimento das potencialidades do grupo, pelas sugestões oportunas, pelos *feedbacks* e reorientações ao longo da construção deste Plano Diretor Estratégico.

Aos colegas da equipe de Governança, que nos períodos de afastamento para a realização do curso, deram o suporte indispensável ao desenvolvimento dos processos gerenciais no hospital, contribuindo diretamente para o desenvolvimento deste trabalho.

À governança ampliada pela dedicação e contribuições em todo o processo.

A todos os técnicos administrativos em educação, professores e residentes que contribuem diariamente com suas práticas para que o hospital cumpra a sua missão.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para o resultado alcançado.

Resumo

O Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU/FURG) foi criado em 1976 e desde então se configura como um dos principais serviços de assistência na rede de atenção à saúde da cidade do Rio Grande e região. Assim como todos os hospitais universitários do país, conseguiu, com inúmeras dificuldades, manter-se ao longo dos anos como um centro especializado de assistência e de formação de profissionais de saúde. Com a adesão à Ebserh, em 2015, o hospital passou a ter a possibilidade de equacionar alguns de seus problemas crônicos como falta de pessoal, recursos financeiros, tecnológicos e infraestrutura. A qualificação do grupo gestor visa à eficiência para que o HU/FURG possa se tornar efetivamente um centro de assistência, ensino e pesquisa de excelência. Neste processo, está incluída a elaboração do Plano Diretor Estratégico (PDE) para o biênio 2017-2018. A construção do PDE foi possível devido a uma parceria da Ebserh e do Hospital Sírio Libanês (ISL) para a participação de nove integrantes da Governança do hospital no Curso de Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS (GHUF). Assim, o PDE é o resultado da construção conjunta da Governança do HU/FURG, de outros integrantes do grupo gestor do hospital, mais a participação de trabalhadores, representantes da comunidade acadêmica e da Secretaria Municipal de Saúde, com a mediação dos facilitadores do Instituto de Ensino e Pesquisa do Sírio Libanês. O objetivo do PDE é a resolução de forma estratégica dos macroproblemas identificados e priorizados do HU/FURG, promovendo a melhoria da assistência à saúde e da formação de profissionais, bem como fortalecer a gestão participativa, democrática e coesa. A trajetória metodológica percorrida contemplou a utilização de metodologias ativas, visando à problematização de perfis de competências nas áreas de saúde, educação e gestão, e a utilização de ferramentas de gestão como: técnicas de *brainstorming*, identificação de *gaps*, matriz SWOT, Árvore de Problemas e o recurso Plano Estratégico Situacional (PES), os quais possibilitaram a caracterização de fortalezas e fragilidades do hospital. A partir de sucessivas análises, foram elencados sete macroproblemas: 1) Gestão financeira incipiente e restrição na obtenção de recursos financeiros; 2) Precariedade da infraestrutura e deficiência na gestão de equipamentos e materiais hospitalares; 3) Fragilidades na gestão do HU; 4)

Fragilidades na gestão do cuidado; 5) Deficiência no gerenciamento de pessoal; 6) Baixa integração da prática dos profissionais entre ensino, pesquisa e assistência; e 7) Deficiência na rede de atenção à saúde; dos quais apenas os seis primeiros foram considerados no plano de intervenção. A análise dos macroproblemas, a partir da aplicação da metodologia da Árvore Explicativa, identificou 17 nós críticos, sendo propostas 53 ações de intervenção. Estas ações foram desdobradas em atividades, definidas pela aplicação do PES e definição de indicadores de resultados para cada atividade. Acredita-se que a implementação do PDE será decisiva para modificar os processos de gestão, assistência e ensino, além de transformar a cultura da instituição, de forma coerente com os objetivos, missão, visão e valores do HU que se deseja.

Palavras-chave: Planejamento Estratégico. Gestão do cuidado. Hospitais Universitários

Sumário

1. Introdução	12
2. A Microrregião Litoral Lagunar do Rio Grande do Sul	13
2.1 O município do Rio Grande	14
3. O Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.	18
3.1 Adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares	20
3.1.1 Dimensionamento Ebserh.....	21
3.2 Governança	24
3.2.1 Gerência Administrativa	25
3.2.2 Gerência de Atenção à Saúde	27
3.2.3 Gerência de Ensino e Pesquisa.....	30
4. Objeto e Objetivos	33
4.1 Objetivo Geral	33
4.2 Objetivos Específicos.....	33
5. Percorso Metodológico.....	35
5.1 Curso de Especialização em Gestão dos Hospitais Universitários Federais no SUS	35
5.2 Definição do Plano Diretor Estratégico (PDE)	36
5.2.1 Análise Situacional.....	36
5.2.2 Análise da Matriz SWOT.....	38
5.2.3 Modelos de Referência e Aplicação da Lista de Contribuições	40
5.2.4 Definição dos Macroproblemas e Matriz Decisória	43
5.2.5 Definição dos Atores Sociais	46
5.2.6 Construção das Árvores Explicativas.....	46
5.2.7 O Plano de Ação.....	48
5.2.8 Análise de Viabilidade.....	49
5.2.9 Gestão do Plano	50

6. Fundamentação	52
6.1 Perfil do Gestor de uma Instituição de Saúde.....	54
6.2 Competências e Habilidades	55
6.3 Planejamento Estratégico	63
6.4 Macroproblema 1 – "Gestão financeira incipiente e restrição na obtenção de recursos financeiros".....	65
6.5 Macroproblema 2 – "Fragilidades na gestão do cuidado"	71
6.6 Macroproblema 3 – "Deficiência no gerenciamento de pessoal"	80
6.7 Macroproblema 4 – "Fragilidades na gestão do HU"	84
6.8 Macroproblema 5 – "Precariedade da infraestrutura e deficiência na gestão de equipamentos e materiais hospitalares"	87
6.9 Macroproblema 6 – "Baixa integração da prática dos profissionais entre ensino, pesquisa e assistência"	91
7. Proposta de Intervenção	94
7.1 Relação de Ações por nó crítico	94
7.2 Plano de Intervenção Consolidado	101
7.3 Análise Orçamentária	121
7.4 Análise de Viabilidade.....	123
7.5 Gestão do Plano	124
8. Referências	135

Lista de Figuras

Figura 1: Municípios que compõem a Microrregião Litoral Lagunar do Rio Grande do Sul.....	14
Figura 2: Localização geográfica do município de Rio Grande	15
Figura 3: Estrutura Organizacional atual do HU/FURG.....	25
Figura 4: Organograma da Gerência Administrativa	27
Figura 5: Organograma da Gerência de Atenção à Saúde	28
Figura 6: Organograma da Gerência de Ensino e Pesquisa	30
Figura 7: Aderência do HU/FURG por Modelo de Referência.....	41
Figura 8: Aderência do HU/FURG à Lista de GAPS	42
Figura 9: Árvore do Problema do MP1	70
Figura 10: Árvore do Problema do MP2	79
Figura 11: Árvore do Problema do MP3	83
Figura 12: Árvore do Problema do MP4	86
Figura 13: Árvore do Problema do MP5	90
Figura 14: Árvore do Problema do MP6	93

Lista de Quadros

Quadro 1: Composição do quadro de pessoal do HU/FURG	23
Quadro 2: Cargos em Comissão e Funções Gratificadas	23
Quadro 3: Indicadores de Produção Assistencial do HU/FURG -1º Semestre/2016	29
Quadro 4: Quantitativo de exames realizados.....	29
Quadro 5: Quantitativo de consultas ambulatoriais	29
Quadro 6: Macroproblemas Preliminares	37
Quadro 7: Matriz SWOT do HU/FURG.....	39
Quadro 8: Macroproblemas definidos	43
Quadro 9: Priorização dos Macroproblemas	44
Quadro 10: Macroproblemas e suas descrições	45
Quadro 11: Nós críticos do HU/FURG	48
Quadro 12: M1 Gestão financeira incipiente e restrição na obtenção de recursos ...	95
Quadro 13: M2 Fragilidades na gestão do cuidado.....	96
Quadro 14: M3 Deficiência no gerenciamento de pessoal	97
Quadro 15: M4 Fragilidades na gestão do HU	98
Quadro 16: M5 Precariedade da infraestrutura e deficiência na gestão de equipamentos e materiais hospitalares	99
Quadro 17: M6 Baixa integração da prática dos profissionais entre ensino, pesquisa e assistência.....	100
Quadro 18: Plano de Intervenção Consolidado - NC1	102
Quadro 19: Plano de Intervenção Consolidado - NC2	103
Quadro 20: Plano de Intervenção Consolidado - NC3	104
Quadro 21: Plano de Intervenção Consolidado - NC3 (continuação).....	105
Quadro 22: Plano de Intervenção Consolidado - NC4	106
Quadro 23: Plano de Intervenção Consolidado - NC5	107
Quadro 24: Plano de Intervenção Consolidado - NC6	108
Quadro 25: Plano de Intervenção Consolidado - NC7	109
Quadro 26: Plano de Intervenção Consolidado - NC8	110
Quadro 27: Plano de Intervenção Consolidado - NC9	110
Quadro 28: Plano de Intervenção Consolidado - NC10	111

Quadro 29: Plano de Intervenção Consolidado - NC11	112
Quadro 30: Plano de Intervenção Consolidado - NC12	113
Quadro 31: Plano de Intervenção Consolidado - NC12 (continuação).....	114
Quadro 32: Plano de Intervenção Consolidado - NC13	115
Quadro 33: Plano de Intervenção Consolidado - NC14	116
Quadro 34: Plano de Intervenção Consolidado - NC15	117
Quadro 35: Plano de Intervenção Consolidado - NC15 (continuação).....	118
Quadro 36: Plano de Intervenção Consolidado - NC16	119
Quadro 37: Plano de Intervenção Consolidado - NC17	120
Quadro 38: Análise Orçamentária - PDE HU/FURG	122
Quadro 39: Análise de Viabilidade	124
Quadro 40: Gestão do Plano.....	125
Quadro 41: Gestão do Plano (continuação)	126
Quadro 42: Gestão do Plano (continuação)	127
Quadro 43: Monitoramento do plano.....	128
Quadro 44: Monitoramento do plano (continuação)	129
Quadro 45: Monitoramento do plano (continuação)	130
Quadro 46: Monitoramento do plano (continuação)	131
Quadro 47: Gráfico de <i>Gantt</i>	132
Quadro 48: Gráfico de <i>Gantt</i> (continuação).....	133
Quadro 49: Gráfico de <i>Gantt</i> (continuação).....	134

1. Introdução

Durante décadas, os hospitais universitários públicos brasileiros mostraram descompassos, percebidos no seu gerenciamento e nas questões relativas aos trabalhadores da saúde, que vêm influenciando a produção e organização do trabalho, a assistência e o ensino desenvolvidos nestes espaços. Possivelmente, isto decorre da forma peculiar de constituição dos hospitais (ao congregar serviços distintos como nutrição e dietética, manutenção, farmácia, laboratório, lavanderia, almoxarifado, entre outros), da diversidade de seus recursos humanos (enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, bioquímicos, administradores e todas as profissões e categorias funcionais que convivem nos espaços nosocomiais atualmente), e do objeto central de sua existência, que são os usuários atendidos (heterogêneos quanto à idade, classe social, sexo, tipo de tratamento), para citar apenas três de tantas razões que poderiam compor, aqui, esta justificativa.

Assim, os hospitais universitários públicos podem ser observados como organizações com especificidades e contextos ímpares, distintos da pluralidade das organizações em geral e até das próprias organizações hospitalares anteriores à década de 1980, porque, até então, os hospitais nutriam um modelo tecnoassistencial hegemônico de características medicalocêntrica e hospitalocêntrica, que os marcava como centros exclusivos de cura e reabilitação.

O que, hoje, pode-se constatar é a existência de um novo desenho hospitalar que, além do emaranhado tecnológico comum a todas as organizações, oferece outro arcabouço, configurado a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de políticas públicas de saúde, que impacta as questões estruturais, gerenciais, assistenciais e de ensino dos hospitais universitários públicos brasileiros.

Coadunam-se a estes eventos, o projeto de Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira (2004), que lançou diretrizes específicas ao setor para reestruturá-lo, o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde (2004), o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS (2004), a Portaria Interministerial n. 1.006/MEC/MS, de 27 de maio de 2004, que institui o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (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 e a própria Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh (2011), que tem por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública.

O equacionamento destas diretrizes governamentais objetiva, entre outros, implementar novas políticas voltadas à realidade hospitalar, devolvendo à sociedade serviços de saúde mais qualificados. Entretanto, mesmo diante dos avanços propostos pelas legislações expostas, os hospitais universitários públicos ainda vivenciam a experiência das dificuldades de financiamento do SUS, dos múltiplos controles externos exercidos pelo Estado e seus representantes, afóra outros fatores envolvidos na conjuntura sociopolítica e econômica peculiar da administração pública da saúde no Brasil.

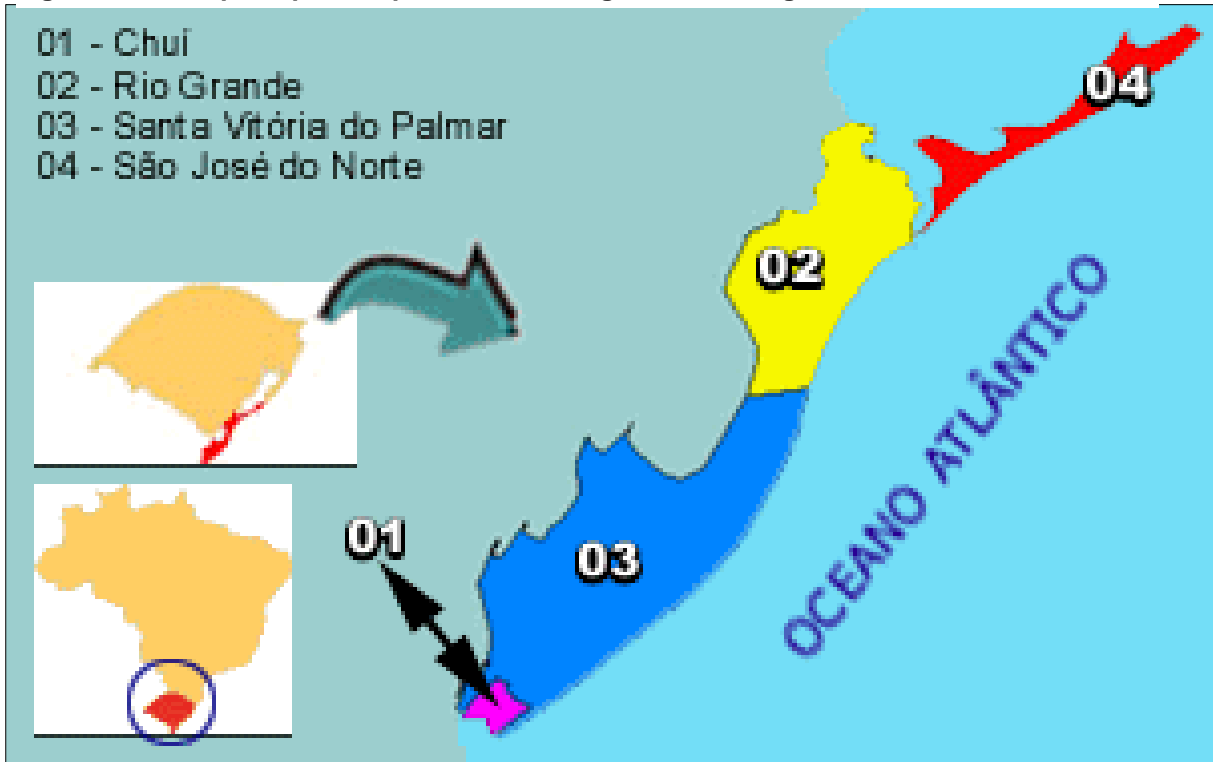
Nesta conjuntura, este documento visa apresentar o Plano Diretor Estratégico (PDE) do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. da Universidade Federal do Rio Grande (HU/FURG), construído em parceria com o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês (IEP/HSL) durante o Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais no Sistema Único de Saúde (SUS), que teve início em fevereiro de 2016 e término em dezembro de 2016.

Acredita-se que o PDE servirá de instrumento à expansão da visão sobre a realidade do HU/FURG em suas variadas dimensões (gestão, atenção à saúde e ensino) e fomentará a crítica em relação às mesmas, criando condições para possíveis intervenções práticas. Da mesma maneira, tem-se a pretensão de que a operacionalização do PDE possa suscitar o favorecimento das questões referentes aos trabalhadores da saúde e à gestão que, com certeza, influenciarão na assistência que é prestada à população e no ensino dos futuros profissionais.

2. A Microrregião Litoral Lagunar do Rio Grande do Sul

A Microrregião do Litoral Lagunar é uma das microrregiões do Estado do Rio Grande do Sul e os municípios que a integram são Chuí/RS, Santa Vitória do Palmar/RS, Rio Grande/RS e São José do Norte/RS. A sua população estimada em 2013, pelo IBGE, foi de 262.659 habitantes, sendo a sua área total 9.379,158 km² (FEE, 2014b).

Figura 1: Municípios que compõem a Microrregião Litoral Lagunar do Rio Grande do Sul.



Fonte: CITYBRAZIL, 2014

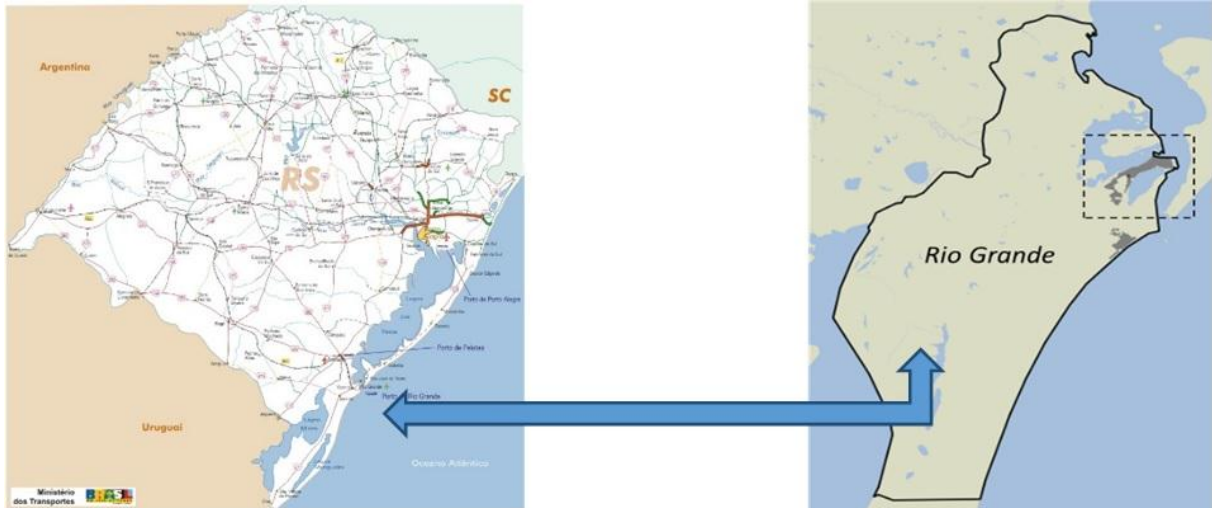
2.1 O município do Rio Grande

Rio Grande era o nome genérico dado às águas que correm desde o estuário do Rio Guaíba até o Oceano Atlântico, através da Lagoa dos Patos. Com as lutas entre espanhóis e portugueses pela posse das terras, em 1737, o local foi escolhido para a construção do Forte de Jesus-Maria-José, tendo sido promovida a vinda de índios catequizados e famílias do Rio de Janeiro e de Laguna. Formou-se, assim, a povoação de Rio Grande de São Pedro. Cessadas as lutas, várias medidas foram tomadas para o reerguimento da antiga Vila que, mais tarde, foi escolhida para Sede Municipal (IBGE, 2016).

A cidade do Rio Grande localiza-se na microrregião do litoral lagunar do Rio Grande do Sul, e se caracteriza por ser a mais antiga da colonização portuguesa no

Rio Grande do Sul. Construiu riqueza ao longo de sua história devido à forte movimentação industrial e nela se encontra o porto de Rio Grande, segundo em movimentação de cargas do Brasil (ROVANI; OLIVEIRA; CASSOL, 2010).

Figura 2: Localização geográfica do município de Rio Grande



Fonte: HU/FURG

O município do Rio Grande/RS possui uma área territorial de 22.709.522 km² e uma população residente, segundo o Censo Demográfico de 2010, de 197.228 pessoas, e com uma população estimada para o ano de 2016 de 208.641 pessoas. Em 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM 2010) atingiu 0,744, ocupando o 667º lugar no ranking nacional (IBGE, 2016).

Hoje, Rio Grande passa por uma reestruturação da atividade industrial-portuária, que se amplia e moderniza, colocando-se como um dos principais portos brasileiros e importante porto do MERCOSUL. Os estaleiros do Polo Naval constituem um foco de desenvolvimento socioeconômico não só para este município, mas também para toda a Zona Sul do Estado, uma vez que estão centrados na produção de navios, plataformas de petróleo e equipamentos *offshore*.

Todo este desenvolvimento encontra uma sociedade com altos índices de fragilidade social estabelecendo um complexo cenário em que coexistem crescimento econômico com baixos índices sociais.

Os indicadores da atenção básica apontam que, até o final do ano de 2014, 96.025 pessoas (48,29% da população) estavam cobertas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 96.600 pessoas (48,58% da população) recebiam a atenção da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2015).

As informações sobre nascidos vivos mostram que nos anos de 2006, 2007 e 2008, o percentual de crianças com baixo peso ao nascer foi de 9,3%, 8,7% e 9,6% respectivamente (BRASIL, 2014b).

Na distribuição percentual das internações por grupo de causas e faixa etárias pela Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde - CID10 (OMS, 2003), no ano de 2009, último dado disponível, as internações por “Doenças do aparelho respiratório” ocupavam a 1ª posição, com 34,5% entre as causas de internações hospitalares em menores de 1 ano de idade. Na segunda posição aparecem como causa “Algumas afecções originadas no período perinatal” com 32,9% (BRASIL, 2014c).

Na faixa etária entre 1 e 4 anos de idade, repetem as “Doenças do aparelho respiratório” na 1ª posição, com 34,8%, e, na segunda posição, “Algumas doenças infecciosas e parasitárias”, com 16,0% dos casos de internação hospitalar. Na faixa etária entre 20 e 49 anos de idade, a “Gravidez, parto e puerpério” é a causa com maior percentual de internações, com 22,1%. Como segunda causa, estão os “transtornos mentais e comportamentais”, com 12,3% (BRASIL, 2014c).

Na população idosa, com 60 anos ou mais, as internações hospitalares por “Doenças do aparelho circulatório” correspondem a 31,4%, enquanto as internações hospitalares por “Doenças do aparelho respiratório” correspondem a 16,1% (BRASIL, 2014c).

Quanto aos dados de mortalidade proporcional (%) por faixa etária, segundo grupo de causas - CID10, no ano de 2008, último dado disponível, entre os menores de 1 ano de idade, o maior percentual está em “Algumas afecções originadas no período perinatal”, com 64,9%. Na faixa etária entre 1 e 4 anos de idade, “Neoplasias (tumores)”, “Causas externas de morbidade e mortalidade” e “Demais causas definidas” correspondem a 33,3%, cada uma delas respectivamente, em relação às causas de óbito nesta faixa etária. A mortalidade infantil, no ano de 2008, foi de 14,8 por 1.000 nascidos-vivos. Na faixa etária entre 20 e 49 anos de idade, “Causas externas de morbidade e mortalidade” constituem a causa com maior percentual, com 24,9%. A segunda causa é a “Neoplasia (tumores),” com 22,7% das causas de mortalidade (BRASIL, 2014d).

Na população idosa, com 60 anos ou mais de idade, “Doenças do aparelho circulatório” correspondem a 33,8%, enquanto as “Neoplasias (tumores)”

correspondem a 27,1% da mortalidade proporcional nesta faixa etária (BRASIL, 2014d).

A cidade possuía, em 2015, 1.686 docentes de ensino fundamental, 584 docentes de ensino médio e 255 docentes de ensino pré-escolar, distribuídos em 97 escolas de ensino fundamental, 22 escolas de ensino médio e 75 escolas de pré-escola (IBGE, 2016). Na cidade, também, está a Universidade Federal do Rio Grande - FURG, criada em 1969, além de outras faculdades privadas.

A FURG caracteriza-se como uma instituição de Ensino Superior voltada ao estudo dos ecossistemas costeiros e oceânicos, visto que a geografia da região onde está inserida contribui para a vocação da Universidade. Possui 58 cursos de graduação presenciais e cinco (05) na modalidade a distância; 71 cursos de pós-graduação, divididos em 13 doutorados, 30 mestrados, oito (08) especializações presenciais, nove (09) especializações a distância, nove (09) residências médicas e duas (02) residências multiprofissionais. Através da educação a distância, a instituição está presente em todas as regiões do Estado. São 21 polos parceiros espalhados pelo Rio Grande do Sul.

O número total de servidores da FURG é de 2.109, sendo 494 atuantes no Hospital Universitário. Atualmente, a FURG conta com mais de 9 mil estudantes matriculados em seus cursos de graduação e 1.511 nos cursos de pós-graduação (FURG, 2016).

A cidade ainda possui intensa atividade comercial e é um grande centro turístico dotado de um movimentado balneário.

3. O Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.

Segundo Meirelles (2016), o Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU/FURG) teve sua origem nas instalações físicas da Associação de Caridade Santa Casa de Rio Grande – ACSCRG, com o início do curso de Medicina, em 1966.

Entretanto, somente em 29 de março de 1976, por meio da Portaria Federal nº 233, o Hospital Escola recebeu a denominação de Hospital de Ensino Prof. Miguel Riet Corrêa Júnior – HE, em homenagem ao primeiro diretor da Faculdade de Medicina do Rio Grande.

Para a mesma autora, a organização e estruturação do Hospital de Ensino concretizou-se nos anos de 1985 e 1986, com a assinatura de um convênio entre a Universidade e a ACSCRG, e a nomeação da primeira Diretoria do hospital. A autonomia do HE representou um marco histórico para os cursos da área de Saúde, para a FURG e para a Cidade do Rio Grande. A partir de 21 de novembro de 1986, o hospital passou a organizar-se em um prédio alugado da ACSCRG, por vinte anos – o Hospital Materno-Infantil Riego Sparvoli, localizado em frente à ACSCRG. Ainda em novembro, no dia 27, foi criada a Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino de Rio Grande – FAHERG, com a finalidade de gerir recursos e possibilitar a contratação de funcionários.

Em 1993, com o apoio do Ministério da Educação, a FURG adquiriu o prédio anteriormente alugado pela ACSCRG, e que estava parcialmente concluído (em torno de 40%). Já em 1995, foi inaugurada a Área Acadêmica junto ao hospital, com salas de aula, secretarias, salas de permanência dos departamentos e sala de computação para os alunos, melhorando-se as condições dos cursos de graduação e pós-graduação de Medicina e Enfermagem. Assim, ficou constituído o Campus da Saúde da FURG, localizado no centro da cidade, com uma área total construída de 19,200,56 m², funcionando concomitantemente o Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. e a Área Acadêmica Prof. Newton Azevedo (MEIRELLES, 2016).

Em 2002, o HU desenvolveu a Iniciativa Hospital Amigo da Criança para oferecer às usuárias todo o apoio ao aleitamento materno preconizado mundialmente, recebendo o Diploma de Hospital Amigo da Criança por ter cumprido os dez passos para o sucesso do aleitamento materno definidos pela Organização Mundial da Saúde – OMS, fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF e Ministério da Saúde.

Em 26 de outubro de 2004, o HU recebeu a primeira certificação dos Ministérios da Saúde e da Educação como “Hospital de Ensino” (MEIRELLES, 2016).

Em 2007, foram concluídas as obras de construção dos novos ambulatórios do hospital, em uma área adquirida para a sua expansão, na Rua General Canabarro, localizada ao lado do prédio do HU/FURG. Em 2010, o hospital passa a viver uma nova realidade, em função do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários – ReHUF, destinado à reestruturação e revitalização dos hospitais das universidades federais, integrados ao SUS, nos termos do art.4º da Lei nº 8,080, de 19 de setembro de 1990. Diversas obras foram desenvolvidas, como a construção do novo almoxarifado, a conclusão da UTI Pediátrica, do Centro Obstétrico e a construção da nova Maternidade (MEIRELLES, 2016). A partir de 14 de março de 2011, o HU passa a atender exclusivamente seus pacientes pelo Sistema Único de Saúde.

O Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. é um Hospital Público Federal, certificado como Hospital de Ensino pelo Ministério da Saúde e da Educação. Suas finalidades centram-se na implementação das políticas de formação de recursos humanos adotadas pela FURG na área de saúde e na prática das políticas de atenção à saúde em nível Nacional, Estadual e Municipal.

O HU/FURG encontra-se inserido nas políticas de saúde do Governo Federal, contratualizado junto ao Ministério da Saúde, 3ª Coordenadoria Regional de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, para o cumprimento de metas qualitativas e quantitativas que atendam às necessidades de assistência em saúde do município e microrregião, com abrangência aos municípios do Chuí, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte. Recebe, ainda, pacientes de Pelotas, Camaquã, Jaguarão, Arroio Grande, Tavares, Turuçu, entre outros (FURG/HU, 2016).

O HU/FURG, adotando uma política de investimentos na melhoria da qualidade dos serviços prestados, solidifica sua condição de hospital regional, assumindo, como finalidade, além da assistência à comunidade, principalmente, à população carente, o ensino e a pesquisa. O hospital direciona os seus esforços administrativos no sentido de obter um trabalho harmônico e integrado entre a área assistencial e de apoio, participando na formação/educação de recursos humanos na área da saúde, sendo, portanto, o que dá sentido à sua existência. Atualmente, a instituição vivencia um momento mais evidente de possibilidades de transformação, uma vez que a sua

equipe de Governança propõe aos seus trabalhadores, como um todo, a possibilidade de construir o hospital a partir de uma gestão compartilhada.

Nesse sentido, pretende trabalhar de forma mais integrada e sistêmica, de modo que, através da contratação de pessoal e investimentos na reestruturação física e tecnológica, consiga atender às necessidades básicas na assistência, na formação de profissionais da área da saúde, bem como, economizar esforços e energia na realização do trabalho para um cuidado seguro, eficaz e eficiente. Vislumbra possibilidades para construir, conjuntamente com os trabalhadores, docentes e discentes, um estado motivacional e de maior prazer na realização do trabalho cotidiano.

Atualmente, o HU/FURG possui 393 servidores FURG, 428 funcionários da Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino do Rio Grande (FAHERG), 103 funcionários terceirizados e 231 empregados Ebserh.

3.1 Adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

A pauta de adesão da FURG à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh vem sendo discutida na Universidade desde sua criação, através da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. No ano de 2012, após Seminário proposto pelo então Reitor à época João Carlos Cousin, com a participação de diretores da Ebserh, foi convocada para o dia 21 de dezembro de 2012 a reunião do Conselho Diretor do Hospital Universitário, a fim de deliberar sobre a adesão da FURG à Ebserh, tendo como resultado a aprovação da sinalização imediata à Ebserh, conforme ata 030 do Conselho Diretor do Hospital Universitário. Na sequência, o Reitor convocou a reunião do Conselho Universitário - CONSUN, realizada, no dia 21 de dezembro de 2012, para deliberar sobre a adesão. Entretanto, por 18 votos a 11 e 6 abstenções, decidiu-se pela continuidade dos debates sobre o processo de adesão, considerando a inexistência de elementos suficientes que garantissem uma decisão segura da Universidade naquele momento, conforme Resolução 018/2012.

Assim, no decorrer de 2013 e 2014, vários eventos foram realizados com o objetivo de atender à orientação do CONSUN e esclarecer a comunidade sobre a política do Governo Federal para os Hospitais Universitários, com a criação da Ebserh. Entendendo que o tema já estava devidamente esclarecido, e considerando que a

situação financeira da Fundação de Apoio ao Hospital Universitário do Rio Grande – FAHERG já vinha apresentando *déficit*, devido às últimas contratações e custos referentes ao aumento de alguns serviços e leitos, e, ainda, que o Ministério da Educação apontava a Ebserh como única alternativa para realizar os concursos públicos necessários ao atendimento do Acórdão do TCU, referente à extinção das fundações de apoio, a Reitora Cleuza Dias encaminhou a Indicação da Adesão da FURG à Ebserh ao Conselho Universitário.

A reunião extraordinária para deliberação sobre o tema foi agendada para o dia 25 de julho de 2014, às 8h, na sala Estuários do Cidec-Sul e foi cancelada devido a manifestações contrárias à adesão à Ebserh. Uma nova reunião foi marcada para o dia 12 de agosto de 2014, quando, ainda, em meio às manifestações, a Presidenta, conforme previsão regimental, colocou a indicação em votação na forma de verificação por contraste, sendo a mesma aprovada por maioria dos conselheiros presentes, embora a confirmação da legitimidade da decisão tomada tivesse se arrastado por mais alguns meses.

Enfim, em 17 de julho de 2015, a FURG efetivou definitivamente a adesão à Ebserh, em nova reunião do Conselho Universitário e em 23 de julho de 2015, a Reitora da FURG, Cleuza Dias, assinou o contrato de adesão à Ebserh.

Em fevereiro de 2016, foi realizado o primeiro concurso pela Ebserh para preenchimento de diversos cargos e especialidades médicas, ofertando um total de 908 vagas, mais um percentual de 10% para o cadastro de reserva de vagas. Em maio de 2016, o concurso foi homologado e até o momento já foram chamados 231 empregados.

3.1.1 Dimensionamento Ebserh

Em 2014, uma comissão formada por profissionais da Ebserh visitou o HU/FURG com a intenção de definir o quantitativo de pessoal necessário ao funcionamento do hospital, considerando o aumento do número de atendimentos e a expansão de novos serviços assistenciais. Essa comissão utilizou métodos e técnicas que levaram em consideração a experiência de profissionais que atuam em estabelecimentos hospitalares, em gestão de pessoas e em atenção à saúde, baseando-se em critérios e parâmetros utilizados no Hospital de Clínicas de Porto

Alegre (HCPA). Essa abordagem permitiu a criação de índices de referência para serem utilizados nos demais hospitais universitários federais.

O estudo utilizou dados de produção do hospital, considerando o número de leitos existentes (em funcionamento, a serem reativados e a serem construídos e reformados) e observado o número de consultas e procedimentos realizados pelo hospital, vislumbrando a possibilidade da sua ampliação. Além desses dados, foram considerados para a formação do quadro de pessoal o quantitativo de servidores do Regime Jurídico Único (RJU) do Ministério da Educação e os cedidos do Ministério da Saúde e demais órgãos, correspondentes apenas aos cargos equivalentes ao plano de cargos, carreiras e salários da Ebserh.

Os dados provenientes da visita técnica foram analisados e consolidados, buscando quantificar os profissionais para o funcionamento ideal e pleno do hospital, respeitando a legislação pertinente e a importância da atuação de cada profissional no âmbito da saúde.

Assim, o produto do trabalho realizado foi submetido ao antigo Departamento de Coordenação e Governança das Empresas Estatais, vinculado ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (DEST-MP), atual Secretaria de Coordenação e Governança das Empresas Estatais do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão – SEST/MP que, após análises de sua competência, autorizou um limite de quadro para o hospital, considerando neste limite os servidores estatutários, as novas vagas autorizadas e as funções gratificadas/ cargos em comissão, mediante o Ofício nº 785/DEST/SE-MP, de 30 de junho de 2015 e Portaria nº 13, de 18 de agosto de 2015, que autoriza o limite máximo do quadro de pessoal próprio da Ebserh a ser lotado no HU/FURG.

O limite de quadro autorizado pela SEST-MP geralmente diverge do quantitativo solicitado pela Ebserh, pois a análise lá realizada é baseada em parâmetros diferentes. Dessa forma, após a autorização do limite de quadro de pessoal, a Ebserh em conjunto com o hospital realizou uma adaptação do planejamento inicial de funcionamento do hospital, com o objetivo de adequá-lo à força de trabalho autorizada, uma vez que houve um corte com relação ao quantitativo inicialmente solicitado.

A partir desta adequação, foi realizado o planejamento do concurso público para a recomposição do quadro de pessoal do hospital. A entrada dos profissionais

deve ser realizada em paralelo à substituição dos profissionais com vínculo precarizado no hospital, considerando os serviços em funcionamento e a abertura dos serviços planejados no dimensionamento.

O Ofício nº 785/DEST/SE-MP limita o quadro de pessoal do HU/FURG em 1.500 (um mil e quinhentos) empregados, conforme observado a seguir:

Quadro 1: Composição do quadro de pessoal HU/FURG

Quadro	Quantidade
Servidores Estatutários	437
Servidores Estatutários excedentes ao dimensionamento	0
Servidores Estatutários - cargos extintos ou não existentes no plano de cargos da Ebserh	20
Novas vagas	1.043
Total	1.500

Fonte: HU/FURG

O referido Ofício discrimina também a quantidade de Cargos em Comissão e Funções Gratificadas, conforme visualizado no Quadro 2.

Quadro 2: Cargos em Comissão e Funções Gratificadas

Cargos em Comissão e Funções Gratificadas		Quantidade
Cargos em Comissão	Superintendente	1
	Gerente	3
	Auditor	1
	Ouvidor	1
Funções Gratificadas	Chefe de Divisão	7
	Chefe de Setor	16
	Chefe de Unidade	46
Total		75

Fonte: HU/FURG

Atualmente, o hospital conta com 910 profissionais, sendo 414 servidores RJUs (23 profissionais se aposentaram ou se exoneraram após a realização do estudo de dimensionamento), 426 funcionários da Fundação de Apoio, 30 servidores da FURG cedidos para a Ebserh, 20 servidores RJU com cargos em extinção, 20 empregados da Ebserh contratados e 210 empregados convocados, para contratação no mês de dezembro de 2016, em chamada do concurso realizado em fevereiro de 2016.

Por fim, cabe destacar que o hospital conta com vários serviços de apoio terceirizados, como: Higienização, Portaria, Vigilância e Recepção, totalizando aproximadamente 120 funcionários.

3.2 Governança

O termo governança significa governar, "sugere atividades governadas por uma autoridade formal", atividades essas, apoiadas em objetivos comuns, ou seja, "processo de ação coletiva que organiza a interação entre os atores, a dinâmica, os processos, as regras formais e informais" (SANTOS *et al.*, 2013, p.1418).

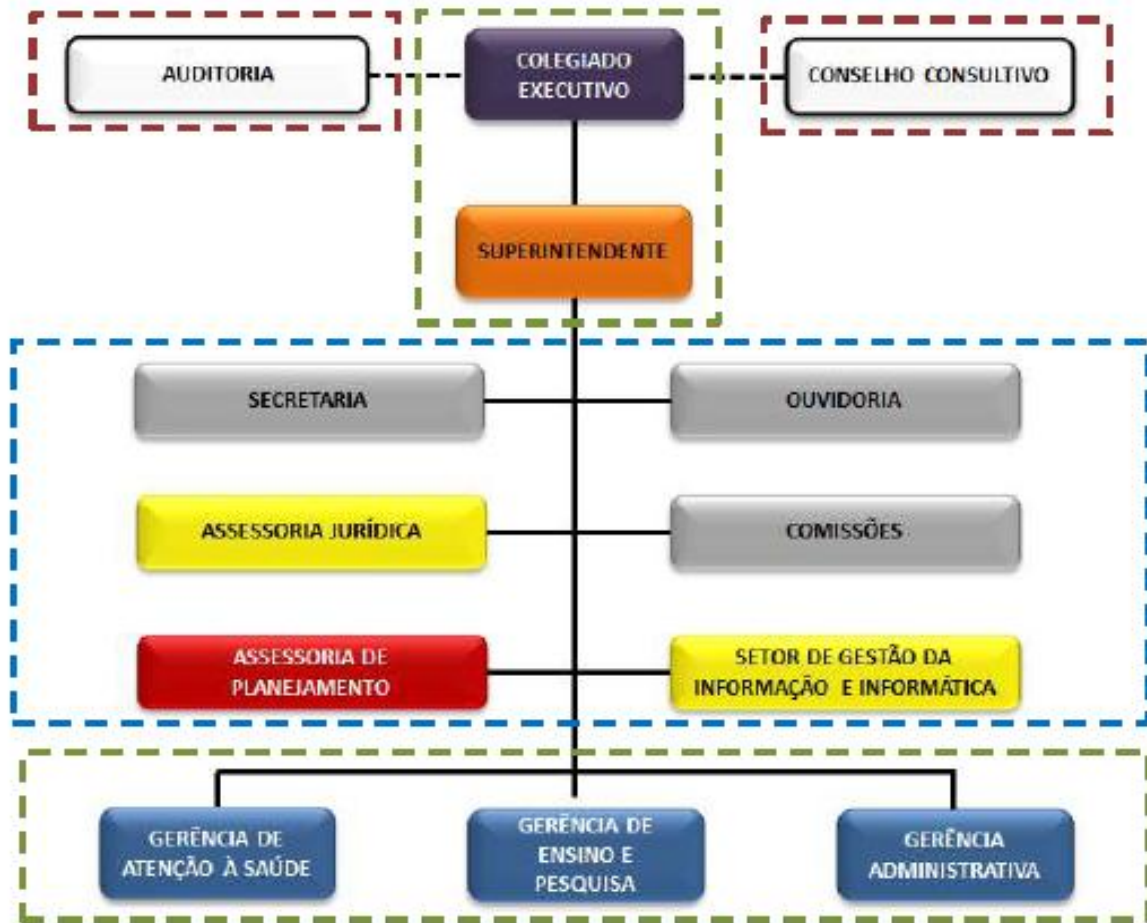
Até julho de 2015, data da adesão e assinatura do contrato firmado entre a Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), a estrutura organizacional do HU apresentava-se bastante simplificada. O diretor do Hospital contava com o apoio de um vice-diretor, um administrador hospitalar e outros três coordenadores: o coordenador médico, responsável pela organização dos serviços e escalas envolvendo os médicos do hospital; o coordenador de enfermagem, responsável pela organização dos serviços e escalas envolvendo os enfermeiros e técnicos de enfermagem do hospital; e o coordenador de infraestrutura, responsável pela organização dos serviços administrativos e assistenciais de áreas que não envolvessem médicos ou enfermeiros, como os setores de Farmácia, Nutrição e Dietética, Laboratório de Análises Clínicas, SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) e serviços complementares (Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia, Educação Física e Assistência Social).

Com a adesão à Ebserh, um novo modelo de governança foi proposto aos hospitais, visando promover o alinhamento entre a estrutura da sede e suas filiais (EBSERH, 2013). Como o hospital possuía, à época do diagnóstico da estrutura realizado pela Ebserh, em torno de 197 leitos ativos, foi classificado como de médio porte, tendo previsto 75 cargos de chefia, distribuídos em um a) Núcleo Operacional, composto por setores e unidades, que corresponde ao bloco no qual acontecem os processos de trabalho finalísticos, que produzem e entregam os resultados finais do serviço; uma b) Linha Intermediária, composta por divisões que estabelecem a integração horizontal (entre os processos finalísticos, e entre estes e os de suporte) e a integração vertical (entre os níveis operacional e de suporte e a cúpula); e uma c) Cúpula, onde se encontram as gerências que, em conjunto com os demais órgãos da estrutura de governança, correspondem às instâncias decisórias e deliberativas do hospital.

A estrutura conta, ainda, com a presença de um Auditor da Ebserh para controle e fiscalização do hospital e uma estrutura de apoio à gestão, composta pelo Setor de Gestão da Informação e Informática, pelo Setor Jurídico, pela Ouvidoria, pela Unidade de Apoio Corporativo e pela Unidade de Planejamento.

O modelo de governança proposto (figura 3) passou, então, a vigorar com uma gestão superior composta por um órgão colegiado executivo (formado pelo Superintendente e os três gerentes), responsável pela administração de todas as atividades do hospital de ensino, pesquisa, administração e assistência, em consonância com as diretrizes da Ebserh e de acordo com as necessidades e orientações da Universidade.

Figura 3: Estrutura Organizacional atual do HU/FURG



Fonte: Manual de Implantação da Ebserh

3.2.1 Gerência Administrativa

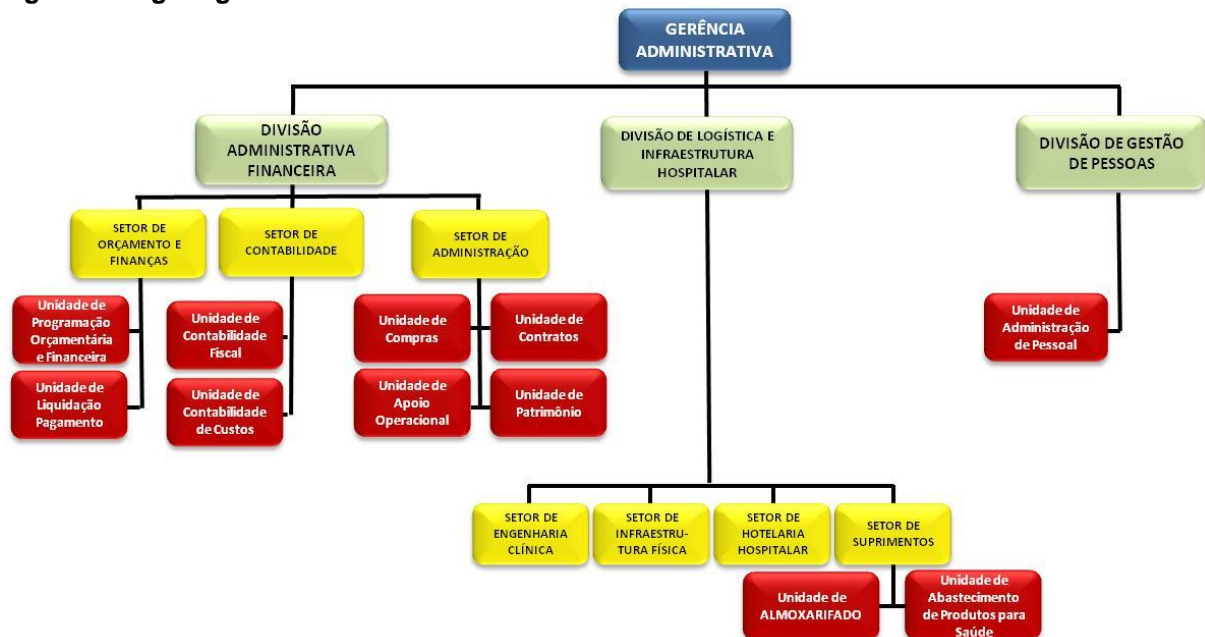
A estrutura administrativa do HU/FURG antes da chegada da Ebserh mostrava-se extremamente dependente da Fundação de Apoio, a qual disponibilizava 55

assistentes administrativos e um contador. Da universidade, apenas um administrador e quatro assistentes estavam lotados no hospital, o que fazia com que praticamente todos os processos administrativos (como compras, licitações, pedidos, processamento de notas, etc.) fossem realizados na universidade. Essa estrutura era apoiada pela Coordenação de Infraestrutura, onde os profissionais da área administrativa se distribuíam nos seguintes serviços: Custos, Financeiro-contábil, Faturamento, Almoxarifado, Patrimônio, Recursos Humanos e Apoio Operacional.

A partir das primeiras nomeações da Ebserh, ocorridas em outubro de 2015, a área administrativa passou a ser reformulada. Uma estrutura (Figura 2) contendo três divisões (Administrativo-Financeira, Logística e Infraestrutura Hospitalar, e Gestão de Pessoas), sete setores (Orçamento e Finanças, Contabilidade, Administração, Engenharia Clínica, Infraestrutura física, Hotelaria Hospitalar e Suprimentos) e dez unidades (Programação Orçamentária e Financeira, Liquidação e Pagamento, Contabilidade Fiscal, Contabilidade de Custos, Compras, Contratos, Apoio Operacional, Patrimônio, Abastecimento de Produtos para Saúde, Almoxarifado e Administração de Pessoal) estava sendo proposta. Inicialmente, foram nomeados o gerente administrativo, o chefe da Divisão de Gestão de Pessoas e a chefe da Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar. Mais a frente, foram nomeados os chefes dos Setores de Infraestrutura Física, Hotelaria Hospitalar e Suprimentos, sendo posteriormente formadas as unidades de Programação Orçamentária e Financeira, Apoio Operacional e Administração de Pessoal.

Essas primeiras alterações já têm modificado alguns processos administrativos, aperfeiçoando e agilizando atividades que antes eram mais demoradas. Da mesma forma, essa estrutura – ainda que em formação – já tem possibilitado a realização de determinadas atividades de forma mais planejada, evitando erros e tornando o trabalho mais simples e eficiente. Cabe destacar que a unidade de Planejamento, vinculada diretamente à Superintendência do hospital, tem exercido um papel fundamental neste período de transição, atuando diretamente em todas as áreas da gerência administrativa.

Figura 4: Organograma da Gerência Administrativa



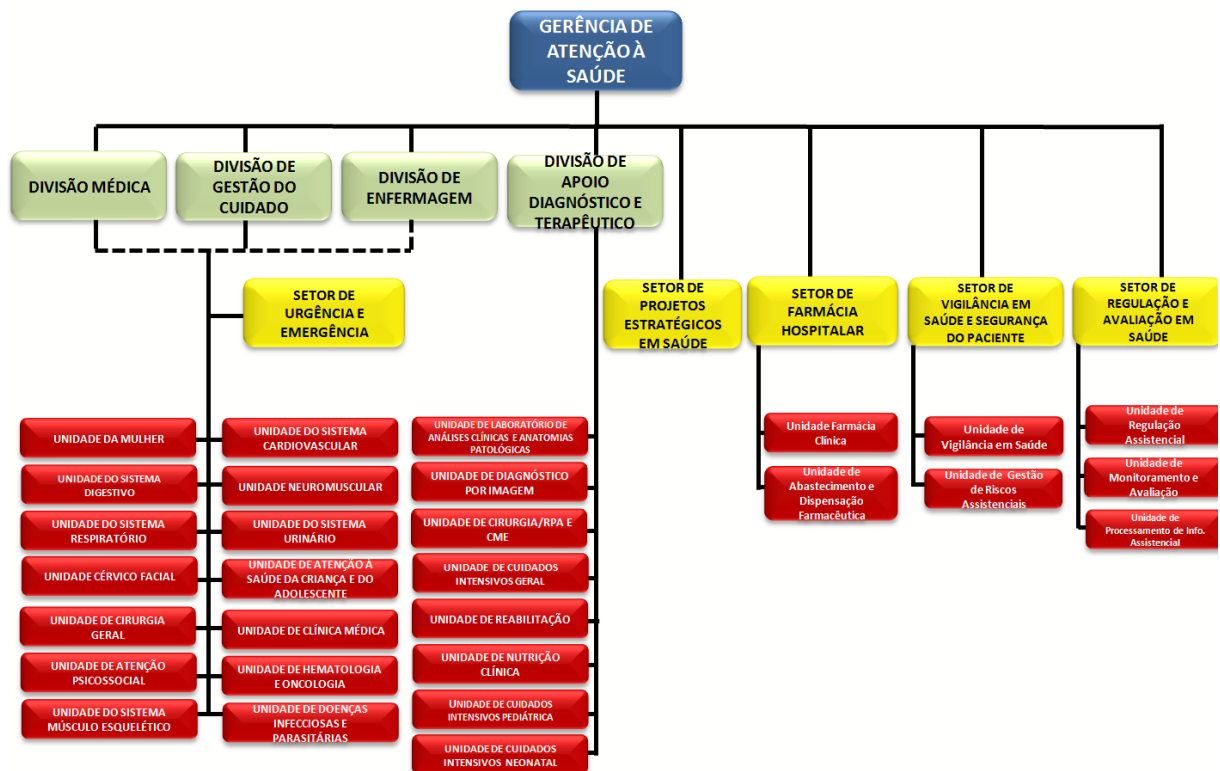
Fonte: Manual de Implantação da EBSEH

3.2.2 Gerência de Atenção à Saúde

Como citado anteriormente, o HU possuía apenas três coordenações, as quais apresentavam um quadro de pessoal insuficiente, o que não possibilitava uma visão gerencial mais aprofundada e fundamentada em indicadores de saúde, inviabilizando a possibilidade de trabalhar mediante evidências reais. Essas coordenações acabavam por resolver apenas situações de urgência, não tendo possibilidade de haver um projeto estratégico para o hospital.

Com o modelo genérico de estrutura organizacional proposto pela Ebserh, a formulação da estrutura levou em conta a necessidade de fortalecimento do núcleo operacional, no qual estão situados os setores e unidades. Na linha intermediária encontram-se as Divisões (Médica, Enfermagem, Gestão do Cuidado, e Apoio Terapêutico e Diagnóstico), órgãos que estabelecem a integração horizontal e a integração vertical, que conectam os níveis operacionais, de suporte e a cúpula. Na cúpula, encontra-se a Gerência de Atenção à Saúde, conforme estabelecido no organograma a seguir.

Figura 5: Organograma da Gerência de Atenção à Saúde



Fonte: Manual de Implantação da Ebserh

O HU/FURG conta com 12 Leitos-Dia e 24 Leitos de UTI, 06 Salas Cirúrgicas de Médio e Grande Porte e 2 salas para pequenas cirurgias; 03 salas de Pré-Parto, Parto e Puerpério; 19 salas para atendimento ambulatorial, além de 24 salas para atendimentos especializados, como: Ala Verde, destinada ao atendimento da pneumologia e gastroenterologia; Ala Rosa, destinada aos pacientes com diagnóstico de HIV/AIDS; e a Ala Azul, para o atendimento do serviço de endocrinologia.

O hospital possui 24 especialidades médicas, como: Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Cirurgia Torácica, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Genética, Ginecologia, Hemoterapia, Infectologia, Medicina Intensiva, Nefrologia, Neurologia, Ortopedia/Traumatologia, Pediatria, Pneumologia, Reumatologia e Urologia. Além disso, possui nove (09) especialidades multiprofissionais, como: Enfermagem, Fisioterapia, Educação Física, Fonoaudiologia, Psicologia, Serviço Social, Farmácia, Nutrição e Bioquímica.

É referência para Traumatologia e Ortopedia, HIV/AIDS e Gestação de Alto Risco. Atende um expressivo número de usuários da cidade do Rio Grande e de

regiões vizinhas, tais como: São José do Norte, Tavares, Mostardas, Santa Vitória do Palmar e outras.

A seguir, são apresentados os principais indicadores assistenciais do HU/FURG.

Quadro 3: Indicadores de Produção Assistencial do HU/FURG - 1º Semestre 2016

Indicador Assistencial	2016
Média de paciente dia	5.398 pacientes por mês
Média de permanência geral	9 dias
Percentual geral de ocupação	89,02%
Coeficiente de Mortalidade	7,9%
Número de cirurgias realizadas	2.442 cirurgias
Número de internações	4.929 pacientes
Número de partos cirúrgicos	408 cesáreas
Número de partos normais	566 partos normais
Número de exames diagnóstico/terapêutico	38.495 exames

Fonte: HU/FURG

No que se refere aos Serviços de Diagnósticos, conta com as Unidades de Laboratório de Análises Clínica/Laboratório de Patologia/Laboratório de Carga Viral; Diagnóstico por Imagem e Serviço de Eletrocardiograma, Eletrocardiografia e Eletroencefalografia, dentre outros. A Unidade de Diagnóstico por Imagem realiza exames de Média e Alta Complexidade, simples e contrastados, como: Raio X, Mamografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética.

Apresenta-se, a seguir, um quadro contendo as quantidades estimadas para a realização dos exames, em 2016:

Quadro 4: Quantitativo de exames realizados

Exames	Quantidade Mensal Estimado	Quantidade Anual Estimado
Ressonância Magnética	62	744
Tomografia computadorizada	638	7656
Raio X	713	8556
Angio tomo/Angio Ressonância	13	156
Mamografia	154	1848

Fonte: HU/FURG

No que se refere ao número de Consultas no Ambulatório Central do HU, em 2016:

Quadro 5: Quantitativo de consultas ambulatoriais

Especialidade	Nº de consultas/semana	Nº de consultas/mês
----------------------	-------------------------------	----------------------------

Reumatologia	22	88
Hematologia	24	96
Oncologia	08	32
Cirurgia Geral	73	292
Neurologia	75	300
Otorrinolaringologia	40	160
Dermatologia	14	56
Angiologia	08	32
Cardiologia	20	80
Urologia	16	64
Neuro/cirurgia	24	96
Cirurgia Plástica	14	56
Gineco/obstetrícia	80	320
Gineco/obstetrícia/mastologia	14	56
Gineco/obstetrícia/infectologia	15	60
Total de Consultas	447	1788

Fonte: HU/FURG

3.2.3 Gerência de Ensino e Pesquisa

A Gerência de Ensino e Pesquisa está diretamente vinculada à Superintendência, tendo como uma de suas atribuições coordenar, de forma articulada com as diversas instâncias da gestão, a implementação de ações em infraestrutura física, tecnológica e de recursos humanos necessárias ao aprimoramento do complexo como campo de prática do ensino, da pesquisa, da extensão e da inovação tecnológica. Visa garantir as condições necessárias para que o HU possa exercer de forma adequada a sua dupla finalidade pública: a atenção à saúde da população e o apoio ao ensino e à pesquisa. A seguir é apresentado o organograma da GEP:

Figura 6: Organograma da Gerência de Ensino e Pesquisa



Fonte: Manual de Implantação da Ebserh

O HU atua como campo de prática para os cursos de graduação e pós-graduação na saúde e áreas afins da FURG, outras universidades e Escolas Técnicas conveniadas. Desta feita, surgiu a necessidade de se regulamentar as atividades ligadas ao ensino, pesquisa e extensão realizadas no âmbito do HU, de modo a atender as principais diretrizes da FURG, no que diz respeito ao seu papel formador junto à sociedade.

A GEP passou a desenvolver as atividades na área do ensino:

- Organizar, dar suporte logístico às atividades acadêmicas dos estagiários;
- Acolher e prestar esclarecimentos e regularização dos estágios;
- Realizar o acolhimento e escuta com os residentes;
- Organizar reuniões com Coordenações de Cursos, estreitando os laços com as unidades acadêmicas;
- Realizar interface com a comunidade acadêmica; e
- Desenvolver cursos de capacitações.

Em relação à pesquisa, hoje, todos os projetos de pesquisa desenvolvidos no HU/FURG devem cumprir os trâmites para aprovação de sua realização, como:

- Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa legalmente reconhecido;
- Aprovação sobre a viabilidade de realização da pesquisa nos setores, dada pela área técnica do hospital;
- Parecer final favorável da Gerência de Ensino e Pesquisa.
- Criação de um banco de dados junto aos técnicos administrativos de ensino superior e docentes na Clínica Médica para futuros estudos, a fim de subsidiar futuros pesquisadores, contribuindo de forma integralizadora para o enriquecimento técnico-científico da comunidade acadêmica.

Tal Gerência interage com os Programas de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem da FURG, bem como as bases de pesquisas dos

cursos de graduação, estabelecendo uma integração entre as áreas de desenvolvimento de projetos de ensino, pesquisa e extensão.

Nas dependências do HU/FURG, atuam 426 graduandos de medicina e 223 de enfermagem, além de 55 residentes médicos (Clínica, Pediatria, Anestesiologia, Traumatologia, Cirurgia, Neonatologia, Ginecologia/Obstetrícia, Medicina da Família e da Comunidade, e Infectologia) e 12 residentes multiprofissionais (Psicologia, Enfermagem e Educação Física). Também é campo de estudo para 5 cursos de pós-graduação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado e Doutorado Nota 5), Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Mestrado e Doutorado Nota 4), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Nota 3), Especialização em Agentes Infecto-Parasitários de Interesse Humano e Especialização em Abordagem Multidisciplinar em Dependência Química, além de dois cursos técnicos (Radiologia e Técnico em Enfermagem)).

Vale salientar que a Unidade de Telessaúde é um dos grandes suportes para a realização da educação permanente e educação continuada, propiciando capacitações por educação a distância. Têm-se buscado facilitadores, quer nas enfermeiras líderes ou em outros profissionais que detenham tais competências, a fim de detectar a partir das evidências as necessidades de conhecimento nos diferentes espaços do HU, para fortalecer a educação permanente. Destaca-se aqui que a GEP é a unidade da Superintendência que busca ser responsável e aglutinadora das iniciativas do conhecimento-científico dentro do HU.

Para finalizar, pode-se dizer que a Gerência de Ensino e Pesquisa caminha para ser o grande laboratório da pesquisa, podendo ter seus cursos *latu sensu* e *strictu sensu*, a partir das suas evidências na assistência ofertada e o que se busca, enquanto hospital formador de profissionais da saúde.

4. Objeto e Objetivos

O objeto deste documento é o Plano Diretor Estratégico do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., que visa o aprimoramento dos processos assistenciais e administrativos atualmente vigentes, por meio de estratégias viáveis e com a participação ativa da governança ampliada, sempre com a colaboração do grupo de profissionais que faz parte do quadro de pessoal do hospital.

4.1 Objetivo Geral

Construir ações para o período 2017/2018, visando à resolução de forma estratégica dos macroproblemas identificados e priorizados do HU/FURG, contribuindo para uma melhor aderência aos modelos de referência recomendados pela Ebserh, promovendo a melhoria da assistência à saúde, da formação de profissionais e fortalecendo a gestão participativa, democrática e coesa.

4.2 Objetivos Específicos

- Viabilizar o equilíbrio financeiro, buscando otimizar o processo de faturamento e ampliando a captação de recursos financeiros junto ao gestor de saúde do SUS;
- Pactuar internamente metas de produção quantitativas e qualitativas que atendam à contratualização vigente e às necessidades de ensino;
- Implementar a cultura de segurança do paciente, visando a redução de eventos adversos;
- Promover Atenção à Saúde centrada no paciente, utilizando equipes multiprofissionais matriciais e de referência, com ênfase na humanização do atendimento;
- Implementar protocolos clínicos centrados no paciente, de forma multiprofissional;

- Desenvolver linhas de cuidado, considerando as necessidades epidemiológicas regionais e as especificidades do HU/FURG;
- Consolidar a inserção do HU/FURG na rede de Atenção à Saúde;
- Proporcionar ações de educação permanente, para melhoria do desempenho dos trabalhadores nas atividades assistenciais e administrativas;
- Fortalecer a política de Gestão de Pessoas, com melhoria nas condições de trabalho e com iniciativas para o processo de motivação dos profissionais e qualidade de vida no trabalho;
- Estabelecer um modelo de gestão compartilhada, participativa e coesa, havendo comunicação efetiva em consonância com outros órgãos e instituições;
- Implantar a gestão dos fluxos e processos assistenciais e administrativos, com aumento do uso de indicadores hospitalares e otimizando a aquisição de produtos e serviços;
- Readequar as instalações físicas, buscando melhorias na infraestrutura;
- Promover ações que integrem o ensino, a pesquisa e a assistência, com participação ativa do corpo técnico e docente.

5. Percurso Metodológico

Em fevereiro de 2016, foi iniciada a construção do Plano Diretor Estratégico (PDE), orientado a partir do novo contexto de gestão dos Hospitais Universitários preconizado pela Ebserh, com execução prevista para o período 2017-2018. O mesmo foi construído de forma participativa e democrática, com a inclusão dos membros da governança ampliada, contando também com a colaboração dos demais profissionais da instituição e da Secretaria Municipal de Saúde. Além do pessoal interno, a interação com os facilitadores do Hospital Sírio-Libanês foi determinante para a conclusão do referido plano. Sua construção será apresentada nos tópicos a seguir, a partir das suas diferentes etapas realizadas.

5.1 Curso de Especialização em Gestão dos Hospitais Universitários Federais no SUS

Como forma de qualificar as equipes gestoras dos hospitais universitários, a Ebserh firmou parceria com o Hospital Sírio Libanês, por meio do Instituto de Ensino e Pesquisa – IEP/HSL, visando à criação pelos próprios HUs de um plano de desenvolvimento estratégico capaz de solucionar questões de gestão, atenção à saúde e ensino em suas instituições.

Em cada hospital foram selecionados nove integrantes, sendo os gerentes de ensino e pesquisa, atenção à saúde e administrativo, além do superintendente, convocados a participar. Os demais cinco membros ficavam a cargo de cada hospital. Mais especificamente no HU/FURG, foram selecionados os chefes da Divisão de Gestão do Cuidado, Divisão Médica, Divisão de Enfermagem, Divisão de Gestão de Pessoas e Unidade de Planejamento, por serem consideradas áreas estratégicas para a construção do produto final do curso, o Plano Diretor Estratégico para o biênio 2017-2018.

O curso foi realizado na cidade de São Paulo-SP, no período de maio a dezembro de 2016, na sede do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês. Contou com a participação de doze hospitais universitários, além de membros da sede da Ebserh e Ministério da Educação/Saúde. Os encontros foram realizados mensalmente, utilizando-se de metodologias ativas para cumprimento das

atividades propostas. Dentre elas, pode-se citar o uso de situações-problema, aprendizagem baseada em times – TBL, filmes e documentários provocativos, diálogos com especialistas e visitas técnicas para benchmarking. Os trabalhos foram executados em grupos compostos por membros da mesma instituição (Grupo Afinidade) e com membros de outras instituições com a mais diversa formação e características pessoais (Grupo Diversidade e Equipe Diversidade).

5.2 Definição do Plano Diretor Estratégico (PDE)

A construção do Plano Diretor Estratégico é o principal produto da ação de reestruturação dos hospitais universitários, objetivada pelo Governo Federal. O Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. integra o grupo de novos hospitais que assinaram contrato com a Ebserh, fazendo parte da FASE 3 desse projeto. Foi iniciado com a visita técnica dos facilitadores do Hospital Sírio Libanês, liderados pelo especialista Altair Massaro. Em sua primeira visita, o especialista demonstrou a importância do referido projeto, apresentando as suas diretrizes estratégicas:

- Viabilizar assistência de excelência, favorecendo a evolução do ambiente de ensino e pesquisa;
- Promover a cultura da relevância dos HUs/SUS e na formação de profissionais para o país;
- Adotar padrões baseados nas melhores práticas, respeitando a autonomia responsável e a vocação dos hospitais universitários;
- Comprometer-se com a transparência das informações e com o aprimoramento da missão pública, com qualidade e eficiência.

5.2.1 Análise situacional

Segundo Matus (1993), a situação é a explicação da realidade, elaborada por uma força social em função da sua ação e da sua luta com outras forças sociais. Ela refere-se ao ator da explicação, seus oponentes e aliados, suas ações, as ações de seus oponentes e aliados, assim como a realidade social construída no processo social.

Como forma de conhecimento da situação atual, na primeira visita dos facilitadores do IEP/HSL, realizada em fevereiro de 2016, foi abordada a temática de gestão havendo a conceitualização e contextualização do HU, levantamento e descrição de problemas vivenciados no cotidiano de trabalho, desafios e expectativas para sua resolução, isto é, o processo de autoconhecimento do HU/FURG.

Por meio de tarjetas, cada participante expressou objetivamente suas expectativas e desafios na gestão de um hospital universitário. As tarjetas foram expostas aleatoriamente e depois agrupadas por semelhança. O grupo da governança ampliada elencou como expectativas: conhecimento, aprendizagem, colaboração, compartilhamento, boas práticas, organização, troca de experiências, melhoria da assistência, fixação de metas, estratégias de comprometimento, criação de banco de dados clínicos, visão macro de um hospital Ebserh, gestão integrada/participativa/efetiva, estruturação do setor de hotelaria e integração das pessoas de diferentes unidades. Naquele momento, foram propostos sete macroproblemas:

Quadro 6: Macroproblemas Preliminares

ID	Macroproblema
A	Ausência de eficiência e eficácia na gestão dos recursos financeiros do HU
B	Área física inadequada
C	Fragilidade no modelo de gestão
D	Desrespeito aos processos assistenciais
E	Baixo comprometimento e motivação pessoal
F	Dificuldades nas relações entre HU e outras instituições
G	Baixa integração entre ensino, pesquisa e assistência

Fonte: HU/FURG

No que se refere aos desafios, foram destacadas a necessidade de sensibilizar e estimular o envolvimento/motivação/comprometimento dos trabalhadores com a instituição, aplicar os conhecimentos para a qualificação da assistência, implementar mudanças, ter uma visão homogênea da instituição, realizar pesquisas com melhor disponibilidade de informação, implantar mestrado profissionalizante, incluir a gestão

ambiental, organizar administrativa e assistencialmente o hospital e obter resultados positivos.

Posteriormente, realizou-se uma oficina que problematizou a forma de fazer e receber críticas, com o objetivo de apresentar e discutir diferentes critérios necessários, dentre os quais: o cuidado, a atenção, a solicitação, a especificidade, a objetividade, a afetividade, a oportunidade, a direção, a confirmação e a compreensão. Ao final, o grupo percebeu a importância de conhecer e aplicar na prática esses critérios para que a crítica possa ser efetiva e impactar no desenvolvimento pessoal e institucional.

5.2.2 Análise da Matriz SWOT

Segundo Ferrel *et al.* (2000), a análise SWOT envolve os ambientes interno e externo da empresa. O modelo trata das forças e fraquezas em dimensões-chave, como: desempenho e recursos financeiros, recursos humanos, instalações e capacidade de produção, participação de mercado, percepções do consumidor sobre a qualidade, preço e disponibilidade do produto, e comunicação organizacional.

No mês de março, durante a segunda visita dos facilitadores, foi realizada a análise da matriz SWOT, sendo identificadas e definidas as fraquezas e forças, ameaças e oportunidades do HU/FURG. Nela, foi possível correlacionar quais forças nos permitem aproveitar melhor as oportunidades e quais ajudam a enfrentar as ameaças, assim como quais fraquezas impedem as oportunidades e quais se fortalecem com as ameaças. Na matriz SWOT também surgiram outras problemáticas que não estavam listadas anteriormente, sendo incluídas posteriormente. A seguir, apresenta-se no quadro 7 o produto da matriz realizada.

Quadro 7: Matriz SWOT do HU/FURG

Ambiente Externo	
Oportunidades	Ameaças
1. Chegada de novos recursos humanos via seleção de concurso Ebserh; 2. Adesão à Ebserh; 3. Ser hospital referência em outras áreas de atendimento, além das que já existem; 4. Incrementar a contratualização com a Secretaria Estadual de Saúde.	1. Falta de autonomia na gestão de recursos financeiros; 2. Falta de recursos financeiros; 3. Aumento da demanda do município (crise municipal de saúde); 4. Interferências judiciais nos processos internos de atendimento.
Ambiente Interno	
Forças	Fraquezas
1. HU/FURG é referência na região em diversas áreas; 2. Governança integrada e coesa; 3. Reconhecimento do nome HU.	1. Dificuldade de manter as escalas ininterruptas; 2. Não atendimento das metas contratualizadas; 3. Fragilidades nos processos assistenciais e administrativos; 4. Falta de profissionais; 5. Falta de manutenção preventiva e reserva técnica de equipamentos; 6. Grandes filas de espera em consultas e cirurgias eletivas; 7. Espaço físico insuficiente; 8. Falta de controle no acesso ao HU.

Fonte: HU/FURG

Dentre as fortalezas definidas pelo grupo, o fato de o hospital possuir uma governança integrada e coesa recebeu grande destaque, sendo este o diferencial para aproveitar o máximo das oportunidades relacionadas e minimizar o efeito das ameaças encontradas. Com relação às oportunidades, a possibilidade de incrementar a contratualização junto à Secretaria Estadual de Saúde e o HU/FURG tornar-se referência em outras áreas de atendimento são aquelas mais viáveis, considerando as forças definidas. Contudo, são necessárias ações estratégicas que minimizem os efeitos negativos das fraquezas encontradas.

No que tange às fraquezas elencadas, salienta-se a fragilidade nos processos assistenciais e administrativos e o espaço físico insuficiente como àquelas que mais impactam negativamente no crescimento da instituição, dificultando o aproveitamento das oportunidades. Além disso, tanto a fragilidade dos processos, como o não

atendimento das metas contratualizadas e a falta de pessoal são as que mais potencializam o efeito das ameaças existentes no ambiente externo. Dentre as ameaças, a falta de recursos financeiros e a judicialização aparecem como as que mais impactam em toda a análise realizada.

5.2.3 Modelos de Referência e Aplicação da Lista de Contribuições

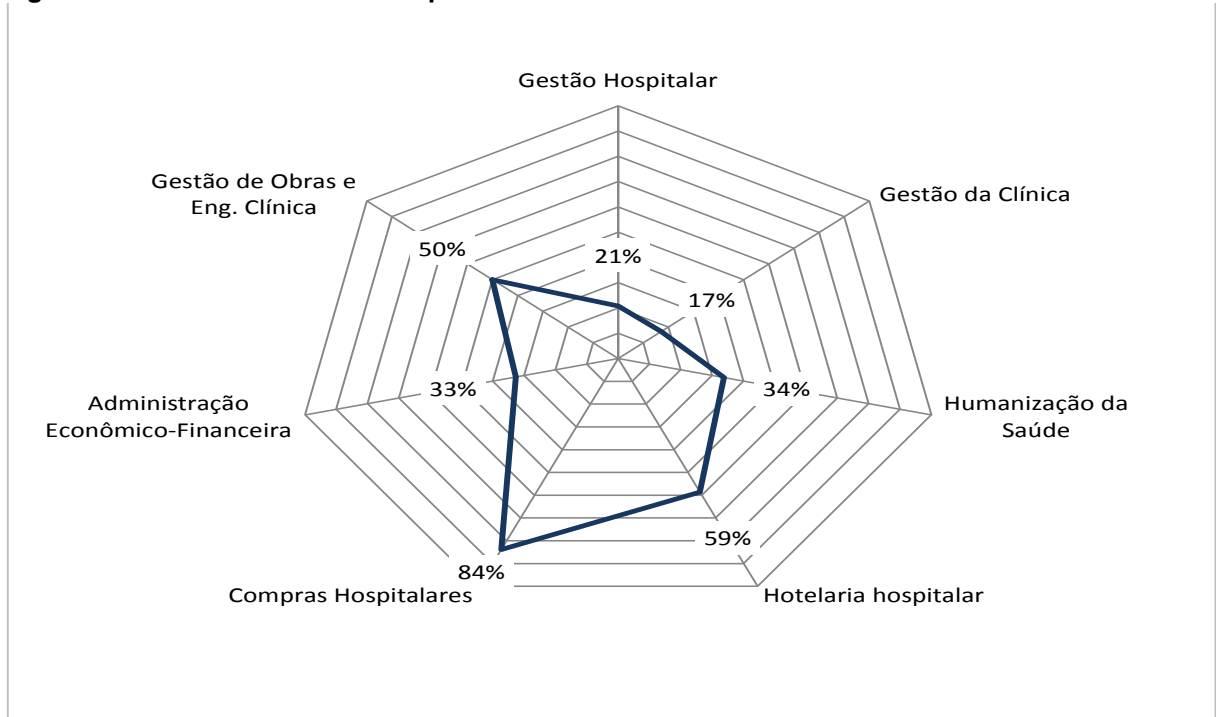
Com a parceria entre o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês e a Ebserh, foram construídos os modelos de referência e ferramentas de análise situacional como a lista de contribuições realizada da seguinte forma:

- **Diagnóstico de Aderência à Lista de Contribuições:** apresenta a visão do diagnóstico situacional do HU/FURG, resultado das entrevistas e observações realizadas em visitas ao hospital, guiadas pelos Modelos de Referência e pela Lista de Contribuições, apresentando uma visão quantitativa da aderência do HU a cada Modelo de Referência. O documento permite identificar as áreas menos desenvolvidas, constituindo uma das bases para avaliação das oportunidades de melhoria; e
- **Diagnóstico de aderência à Lista de Gaps Normativos:** conclui a visão de identificação de oportunidades de melhoria do HU/FURG, por meio da complementação dos resultados anteriores com a análise de aderência do hospital a requisitos normativos e legais (Análise de *Gaps*).

O “Diagnóstico de aderência à Lista de Contribuições” foi realizado ao longo de visitas técnicas onde foi verificada a aderência às boas práticas referentes aos temas de Gestão Hospitalar, Gestão da Clínica, Humanização da Saúde, Administração Econômico-Financeira, Compras Hospitalares, Hotelaria Hospitalar e Gestão de Obras e Engenharia Clínica. Complementarmente, realizou-se, a análise de aderência à Lista de *Gaps* Normativos, identificando os pontos de não conformidade no que se refere à Legislação de Gestão de Pessoas, Legislação de Suprimentos, Legislação Administrativo-Financeira e Legislação de Regulação e do SUS.

O HU/FURG apresentou 42% de aderência global às boas práticas relacionadas na Lista de Contribuições dos Modelos de Referência de Gestão Hospitalar, Gestão da Clínica, Humanização da Saúde, Hotelaria Hospitalar, Compras Hospitalares, Administração Econômico-Financeira e Gestão de Obras e Engenharia Clínica. O nível de aderência consolidado por Modelo é apresentado na figura 7.

Figura 7: Aderência do HU/FURG por Modelo de Referência



Fonte: Facilitadores IEP

De acordo com a figura acima, pode-se concluir que a aderência global do HU/FURG às boas práticas é moderada baixa. O hospital destaca-se positivamente na aderência às boas práticas em relação ao Modelo de Referência de Compras Hospitalares (84%), com a maior aderência diagnosticada. Os modelos de Hotelaria Hospitalar (59%) e Gestão de Obras e Engenharia Clínica (50%) apresentam também uma aderência acima da média global. Em contrapartida, os Modelos que representam o maior percentual de oportunidade de melhoria são: a Humanização da Saúde (34%), a Administração Econômico-Financeira (33%), a Gestão Hospitalar (21%) e a Gestão da Clínica (17%).

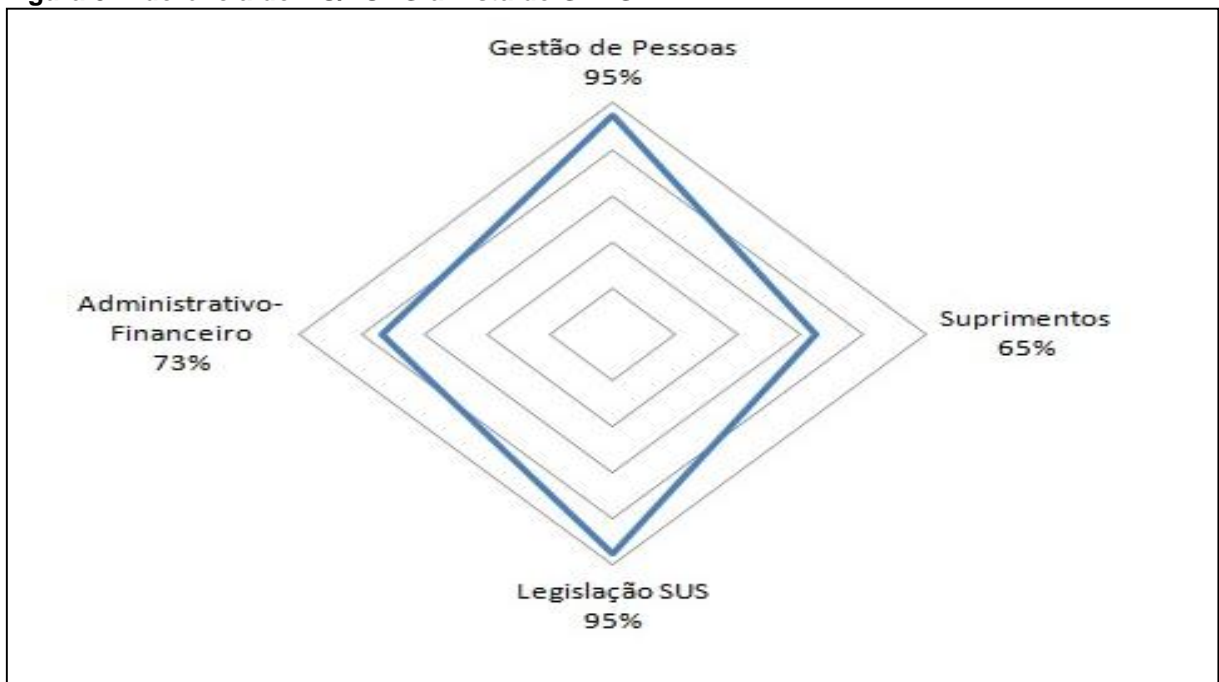
A partir desta análise, percebeu-se uma maior necessidade de atenção a estes últimos pontos, sendo determinante o desenvolvimento de ações para sua melhoria. Áreas como a Gestão do HU, a Governança Clínica e a Gestão Financeira foram

destacadas nas construções que se seguiram, sendo foco de atuação do grupo gestor, priorizadas nas discussões estratégicas.

Os resultados do diagnóstico de aderência às normativas (aderência à lista de *gaps* normativos) foram apresentados ao grupo gestor por meio de uma visão gráfica quantitativa da aderência do HU/FURG. Sobre a aderência à lista de GAPS normativos, o grupo de governança assinalou adesão relativa à Legislação do Sistema Único de Saúde; Legislação Administrativo-financeira; Legislação de Gestão de Pessoas; Legislação de Suprimentos – incluindo as Normativas para Gêneros Alimentícios, Dietas Enterais e Fórmulas Lácteas, e as Normativas para Medicamentos e Materiais Hospitalares.

O HU/FURG apresenta 82% na média de aderência às exigências normativas analisadas. O nível de aderência consolidado por tema é apresentado na figura 8.

Figura 8: Aderência do HU/FURG à Lista de GAPS



Fonte: Facilitadores IEP

Nos temas de Gestão de Pessoas e Legislação SUS, o HU/FURG apresentou uma elevada aderência em relação às normativas analisadas. Ambas acima da aderência global, totalizando 95%. Os temas que apresentam maior oportunidade de melhoria são Suprimentos, com 65%, e Administrativo-Financeiro, com 73%.

5.2.4 Definição dos Macroproblemas e Matriz Decisória

Por meio da análise das problemáticas levantadas, além daquelas oriundas da matriz SWOT e o produto dos modelos de referência e das listas de contribuição, foi possível determinar a pertinência dos macroproblemas anteriormente definidos. Nesta etapa, foi verificada a forma como os mesmos se espelham nos fatores apontados, como Forças e Fraquezas na Matriz SWOT, e o quão alinhados estão com as oportunidades de melhoria identificadas pelos resultados da aplicação das Listas de Contribuições e de GAPs normativos.

Alguns macroproblemas foram reescritos, novas problemáticas foram incluídas e outras realocadas. Todas as descrições foram alteradas, aumentando a abrangência de sua definição. Foram feitas, também, contextualizações dos macroproblemas, onde foi levantado o histórico de sua existência, visando definir suas causas e consequências. Ao final da análise, chegou-se ao total de oito macroproblemas.

Quadro 8: Macroproblemas definidos

ID	Macroproblema
A	Gestão financeira incipiente e restrição na obtenção de recursos financeiros
B	Precariedade da infraestrutura e deficiência na gestão de equipamentos e materiais hospitalares
C	Fragilidades na gestão do HU
D	Fragilidades na gestão do cuidado
E	Deficiência no gerenciamento de pessoal
F	Deficiência na rede de atenção à saúde
G	Baixa integração da prática dos profissionais entre ensino, pesquisa e assistência
H	Risco epidemiológico e à segurança pessoal

Fonte: HU/FURG

A partir dessa etapa, foi possível a realização da matriz decisória, onde cada macroproblema foi priorizado, conforme questionamento de relevância, urgência, factibilidade e viabilidade. Para cada um dos critérios de avaliação havia a pontuação de baixa (0), significativa (1), alta (2) e muito alta (3). Cada integrante do grupo de governança ampliada fez sua análise, sendo compiladas as respostas ao final da atividade. Com isso, chegou-se à seguinte matriz decisória:

Quadro 9: Priorização dos Macroproblemas

ID	Macroproblema	
1º	Gestão financeira incipiente e restrição na obtenção de recursos financeiros	10
2º	Precariedade da infraestrutura e deficiência na gestão de equipamentos e materiais hospitalares	10
3º	Fragilidades na gestão do HU	10
4º	Fragilidades na gestão do cuidado	10
5º	Deficiência no gerenciamento de pessoal	7
6º	Deficiência na rede de atenção à saúde	7
7º	Baixa integração da prática dos profissionais entre ensino, pesquisa e assistência	6
8º	Risco epidemiológico e à segurança pessoal	8*

Fonte: HU/FURG

Conforme Kleba, Krause e Vendrucolo (2011), no Planejamento Estratégico Situacional, o valor atribuído aos problemas é critério fundamental e indispensável na seleção dos problemas prioritários à intervenção. Com o período de duração do PDE estimado em dois anos e as limitações técnicas e políticas, é necessário definir quais macroproblemas deveriam ser o foco de atuação do PDE. Os demais seriam incluídos ao longo do período, caso fosse possível.

Após a análise da matriz, definiu-se que o macroproblema "Risco epidemiológico e à segurança pessoal" seria desmembrado e sua problemática incluída em outros macroproblemas. Essa decisão foi tomada em virtude do entendimento de que suas problemáticas se relacionavam com outros já problemas existentes, tornando-se redundante. Além disso, entendeu-se que o macroproblema "Deficiência na rede de atenção à saúde" estava amplo demais, fugindo inclusive do campo de governança do HU. Assim, o grupo decidiu por não utilizá-lo nas análises posteriores, passando a priorizar o macroproblema " Baixa integração da prática dos profissionais entre ensino, pesquisa e assistência", por considerá-lo importantíssimo no que tange à missão do hospital universitário. O quadro a seguir aponta os macroproblemas e suas descrições:

Quadro 10: Macroproblemas e suas descrições

MP1- Gestão financeira incipiente e restrição na obtenção de recursos financeiros	As fontes de financiamento são insuficientes para custeio do HU com repercussão na aplicabilidade dos recursos financeiros. Há demora nos repasses por parte do governo, ocasionando precarização do planejamento orçamentário. Além disso, faltam controles sobre os desperdícios de recursos por meio do consumo consciente de insumos, reduções de RPA's, otimização de contratos de terceirização, dentre outras possibilidades. A falta de um monitoramento ativo das metas contratualizadas, aliada às falhas no preenchimento dos prontuários, contribui para um processo de faturamento ineficiente, impactando nos resultados do HU.
MP2 - Fragilidades na gestão do cuidado	Há deficiência da integralidade da atenção à saúde por meio de equipes de cuidado, com baixa aderência aos dispositivos da gestão da clínica (acolhimento com classificação de risco, equipes de referência e matricial, arranjos horizontais e trabalho transdisciplinar/multidisciplinar, projeto terapêutico singular e prontuário único integrado, linhas de cuidado estruturadas e formalizadas, transferência responsável do cuidado, protocolos clínicos e de gestão do cuidado etc.), interferindo no processo de assistência ao paciente e promovendo elevada média de permanência. A dificuldade de articulação em rede e a ausência de regulação interna no HU contribuem para a baixa capacidade de gestão de vagas e leitos no hospital e a consequente superlotação do Serviço de Pronto Atendimento. Outra questão está ligada ao excesso de filas de espera por consultas e procedimentos, com elevado índice de absenteísmo dos pacientes. Cabe salientar a baixa adesão e abrangência aos programas que visam o desenvolvimento de competências e de educação permanente/continuada dos profissionais. Faz-se necessária a capacitação quanto ao preenchimento de prontuários (além de sua importância no processo), adesão a protocolos clínicos, cuidado humanizado e de qualidade, cumprimento de normas e rotinas, dentre outras possibilidades.
MP3 - Deficiência no gerenciamento de pessoal	Problemas como déficit de pessoal administrativo e assistencial, trabalhadores com necessidades de capacitação em áreas específicas e elevada taxa de absenteísmo dificultam o gerenciamento de pessoal do HU, impactando no ambiente de trabalho e relacionamentos interpessoais.
MP4 - Fragilidades na gestão do HU	Destaca-se no HU a demora na resolução dos problemas, fortalecida pelas falhas na comunicação interna e limitações dos sistemas de informação hospitalar. Assim como há deficiência nos processos de gestão, além da falta de processos de trabalho estabelecidos e papéis bem definidos para as atribuições de gestão e assistência, o que contribui para a falta de integração setorial e o comprometimento e compreensão da finalidade do HU.
M5 - Precariedade da infraestrutura e deficiência na gestão de equipamentos e materiais hospitalares	O espaço físico é insuficiente tanto para atividades administrativas quanto para assistenciais. Não existe um Plano Diretor que oriente as necessidades de alterações e adequações físicas e um planejamento de médio prazo que estabeleça as prioridades de manutenção das instalações. Há carência de planejamento e equipe técnica especializada para avaliação das necessidades de aquisições e manutenções preventivas e corretivas de equipamentos. As limitações de recursos financeiros, que afetam o planejamento de aquisições de materiais, o tempo demandado para um processo licitatório e a falta de controle no consumo responsável de materiais de saúde, por parte dos profissionais da assistência, geram estoques reduzidos, baixa qualidade dos materiais adquiridos e desperdício de material.
MP6 - Baixa integração da prática dos profissionais entre ensino, pesquisa e assistência	Existe a necessidade de uma maior compreensão e envolvimento de alguns profissionais sobre a finalidade do hospital como cenário de prática para o ensino e a pesquisa. Desse modo, a formação e a pesquisa são entendidas como atribuição da universidade e a assistência dos profissionais do hospital que as exercem de forma autônoma, gerando, dessa forma, um modelo de formação dissociado e desarticulado, comprometendo, conseqüentemente, a qualidade do ensino e os processos de cuidado.

Fonte: HU/FURG

5.2.5 Definição dos Atores Sociais

De acordo com Matus (1994b), o ator social deve preencher três critérios:

- Ter base organizativa;
- Ter um projeto definido; e
- Controlar variáveis importantes para a situação.

Para uma melhor compreensão do processo de planejamento, faz-se necessária a identificação de atores que possam contribuir para a resolução, ou não, dos problemas elencados. Um ator social, para se configurar com tal, deve possuir os seguintes quesitos: 1. Capacidade para formular projetos de intervenção na realidade, quer para mudá-la ou reproduzi-la; 2. capacidade de mobilizar recursos e motivar pessoas para levar à frente uma proposta de mudança ou de reprodução do contexto atual; e 3. Apresentar algum grau de organização, ou seja, pessoas que se agrupam em torno de uma proposta ou projeto de organização e que devem estar de acordo e de certa forma mobilizadas para uma atuação coordenada.

O grupo de governança definiu atores de diversos setores e instituições como principais envolvidos. Dentre eles, encontram-se membros da Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino de Rio Grande (FAHERG), da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, da Ebserh, das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, além de chefias formais e informais do hospital.

5.2.6 Construção das Árvores Explicativas

Segundo Migliato (2004), no momento explicativo, busca-se identificar o problema em termos de conteúdo e causas, justificando, assim, os porquês da situação investigada (jogo social). Faz-se isto por meio da apreciação situacional, ou seja, por meio das percepções e pontos de vista de indivíduos envolvidos na situação problemática. O mesmo autor complementa que para definir o conteúdo de um problema, faz-se uso de descritores que expõem os fatos que demonstram a sua existência. O número de descritores deve ser o suficiente para dar precisão ao problema. É necessário destacar, também, que nenhum descritor deve se referir a causas ou consequências de outro descritor.

A capacidade de explicar problemas nos permite compreender em maior ou menor extensão a rede de causas que contribuem para a existência de um problema, e as consequências que o mesmo produz sobre a realidade observável. Assim, após se conhecer a realidade do HU/FURG, tornou-se possível a construção do diagrama de causa-efeito onde são definidos os descritores, determinando suas causas e elencando as suas consequências.

Após a concretização desse diagrama, o desafio encontrava-se na verificação de quais causas seriam essenciais para construir propostas de intervenção. Essas causas são chamadas de nós críticos. A análise das causas que seriam definidas como nós críticos foi realizada verificando se atenderiam a três quesitos:

- a intervenção sobre esta causa tem impacto decisivo sobre os descritores do problema, no sentido de modificá-los positivamente?
- a causa é um centro prático de ação?
- é politicamente oportuno atuar sobre a causa identificada?

Para Rieg (1999), nós críticos são aquelas causas sobre as quais o ator tem condições de atuar com eficácia e que têm influência direta sobre o descritor do problema. A partir da análise supracitada, foram determinados 17 nós críticos a serem incluídos no plano de intervenção.

Quadro 11: Nós críticos do HU/FURG

M1	NC1 - Fontes de financiamento insuficientes para custeio do HU
	NC2 - Prontuários são mal preenchidos e mal faturados
M2	NC3 - Baixa aderência aos dispositivos da gestão da clínica
	NC4 - Ausência de um processo de regulação e avaliação que faça a interlocução entre HU e SMS
	NC5 - Pouca abrangência dos cursos de educação permanente
M3	NC6 - Deficiência no planejamento e dimensionamento de pessoal do HU
	NC7 - Ocorrência de doenças ocupacionais e de absenteísmo elevado
	NC8 - Mecanismos de controle e punição incipientes
	NC9 - Ausência de mecanismos de motivação pessoal
M4	NC10 - Modelo de gestão compartilhada incipiente
	NC11 - Baixa utilização de indicadores hospitalares
	NC12 - Processo de planejamento incipiente
M5	NC13 - Falta de plano diretor
	NC14 - Deficiência na organização e controle do processo de compra, distribuição e utilização de materiais
	NC15 - Ausência de um setor de engenharia clínica para controle de equipamentos
M6	NC16 - Descomprometimento de técnicos administrativos em educação e docentes com ações integradas de ensino e assistência
	NC17 - Ausência de incentivo e estrutura para a realização de pesquisas e inovação tecnológica

Fonte: HU/FURG

5.2.7 O plano de ação

Para Artmann (1993), o momento normativo é o momento de desenhar o plano de intervenção, ou seja, de definir a situação objetivo ou situação futura desejada e as operações/ações concretas que visam resultados, tomando como referência os nós críticos selecionados.

Artmann (1993) complementa que a situação-objetivo é a nova situação a ser atingida (com os problemas modificados positivamente) através do Plano de Ações.

Pode ser desenhada transformando-se os descritores do problema em novos indicadores desejados, os indicadores de resultado. Cada descritor deverá ser transformado em um resultado esperado, como decorrência das prováveis intervenções sobre o problema.

A metodologia utilizada para a construção do plano de ação foi a ferramenta PES simplificado. A proposta dessa ferramenta é a construção do enfrentamento do nó crítico a partir da situação objetivo, ou seja, aquele resultado esperado ao fim de um horizonte determinado, resultando em uma mudança esperada.

Como forma de orientar essa construção, em um primeiro momento, voltou-se à etapa de definição das causas dos nós críticos para, então, verificar se as ações propostas estariam de acordo com essa análise. A partir daí, foi definida para cada ação/atividade uma série de fatores, como: o gerente responsável, a rede de ajuda (colaboradores), os eventuais parceiros ou opositores, os indicadores para monitoramento, o prazo de início e os recursos necessários. A forma como o plano foi finalizado será apresentado mais a frente.

5.2.8 Análise de Viabilidade

Com relação ao momento estratégico, Artmann (1993) cita que neste momento é realizada a análise de viabilidade do plano nas suas várias dimensões: política, econômica, cognitiva e organizativa. Cabe lembrar a importância de uma análise de viabilidade bem feita em situações que o ator não controla todos os recursos necessários para a realização do plano.

Rieg (1999) relaciona que no PES, primeiramente, constrói-se uma matriz de motivações, apresentando a posição dos diferentes atores em relação às ações (favorável, desfavorável ou indiferente). Em seguida, é analisada a afinidade entre os atores (relações de amizade e inimizade), verificando dessa forma quais apoios ou rejeições são independentes do conteúdo das ações propostas.

Com o fechamento do plano de ação para os 17 nós críticos, fez-se necessário o momento estratégico do projeto, que é a análise de viabilidade. Como os diferentes atores envolvidos no processo podem ter interesses diversos, isso se reflete na concretização dos planos de ação. Com isso, percebe-se um certo grau de imprevisibilidade, devendo ser considerado nas análises estratégicas.

Comparando com o espaço dos macroproblemas, foram descartados aqueles atores que não faziam parte do mesmo e incluídos outros que poderiam influenciar na efetividade da ação. Após essa análise, iniciou-se a definição da motivação dos atores de acordo com seu valor e interesse. Valor significa a importância que determinado agente aplica sobre a ação, podendo ser alto, médio ou baixo. Interesse é sua intenção na resolução da ação, podendo ser positiva, neutra ou negativa.

Consideram-se ações viáveis aquelas de consenso, onde todos os atores sociais envolvidos atuam de modo positivo, ou então aqueles que não apoiam são indiferentes ou possuem baixo peso de reação. Já ações conflitivas apresentam rejeição de algum ator na sua resolução, com grande ou médio afeto à ação. Assim, para essas ações são necessárias análises minuciosas, buscando identificar quais recursos (políticos, econômicos, técnicos ou organizacionais) o grupo possui e quais o ator possui, para então definir estratégias de viabilidade. A análise dos atores, bem como as estratégias de resolução das ações conflitivas, serão detalhadas mais adiante.

5.2.9 Gestão do Plano

Artmann (1993) salienta que elaborado o plano (flexível e adaptável à conjuntura), feita a análise de viabilidade, chega-se ao momento da ação, da implementação do plano. Na visão do PES, planejamento e gestão são inseparáveis, pois o plano não é o desenho no papel, mas um compromisso de ação que visa resultados, impacto nos problemas selecionados, que se traduzem em novas situações mais favoráveis do que a situação inicial.

Realizar a gestão do PDE é um dos momentos fundamentais do processo de planejamento. Ter um plano de ação bem consolidado, com recursos disponíveis, não é suficiente. É necessário construir um sistema de gestão que realize o monitoramento da execução das ações, coordenando o processo, promovendo a comunicação entre os facilitadores e corrigindo os desvios, caso ocorram. Assim, torna-se possível que o plano de ação seja efetivamente implementado.

Para viabilizar a gestão do plano de ação, o HU/FURG fez uso de planilhas em que as ações foram organizadas de acordo com sua viabilidade, impacto, comando e precedência; foi desenvolvida uma matriz de indicadores de resultado e

monitoramento; planilha orçamentária com os custos das ações que envolvem recursos financeiros; definição do cronograma de monitoramento das ações, por meio de gráfico de *Gantt*, dentre outras ferramentas para consolidar a gestão do plano. As mesmas serão apresentadas nos capítulos seguintes. O uso de *softwares* para auxiliar no monitoramento do plano e comunicação entre os responsáveis está em estudo pelo grupo de governança e será definido até o início do PDE.

6. Fundamentação

A saúde pública no Brasil tem passado por muitas transformações na busca pela qualidade. O contexto de organização e mobilização social na luta por mudanças na gestão de recursos e serviços em saúde teve início nas décadas de 1970 e 1980, resultando no reconhecimento da saúde como direito de cidadania. Este envolvimento compreende aspectos sociais, políticos e econômicos, mobilizando gestores, trabalhadores e usuários na busca pela consolidação de direitos no setor saúde (MENDES, 2011).

O envolvimento de diversos segmentos da sociedade culminou na solidificação de uma reforma no modelo sanitário brasileiro, reconhecendo a saúde como um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL, 1988), alicerçando a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado em preceitos como a universalização do atendimento à saúde, a descentralização de ações e a equidade no acesso aos serviços (BRASIL, 1990a), enfocando o atendimento integral à saúde da população.

A regulamentação do SUS ocorreu com a Lei Orgânica nº 8080/90, definindo as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde. A Lei Orgânica nº 8142/90 surgiu na mesma época e dispõe sobre a participação comunitária e o controle social, chamando a atenção para a importância da participação da sociedade através de seus representantes na discussão, definição, planejamento, execução e acompanhamento das políticas de saúde governamentais, fazendo com que o gerenciamento das questões relativas à saúde, seja público e coletivo.

Os hospitais universitários sempre foram percebidos como ambientes de excelência para a formação de profissionais na área da saúde. Contudo, os HUs, como uma unidade hospitalar, têm como obrigação o atendimento das metas em saúde. Machado e Kuchenbecker (2007) citam que parcela substantiva da população brasileira ainda não possui, por exemplo, acesso à assistência básica. Nessa perspectiva, frequentemente cabe aos HU o desempenho de atribuições que fogem da sua vocação mais primordial de prover assistência especializada em um contexto de formação de profissionais de saúde.

Dessa forma, a inserção dos HUs no modelo de atenção à saúde é uma realidade que precisa ser aprofundada. Mendes (2010) define os modelos de atenção à saúde como sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção

à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Atualmente, várias iniciativas foram realizadas de forma a inserir os HUs no contexto do modelo de assistência proposto, como os programas de regionalização da assistência de urgência e emergência, terapia intensiva, humanização, FIDEPS, INTEGRASUS, acreditação hospitalar, entre outras. Destaca-se, também, a certificação e a contratualização dos hospitais de ensino, que anteriormente não era realizada.

Outra questão que deve ser considerada é a necessidade de readequação dos processos de ensino no país. Em quase sua totalidade, o campo prático de ensino é realizado em hospitais. Com isso, a desospitalização, em oposição ao modelo "hospitalocêntrico", seria o caminho para ampliar os atendimentos nas outras áreas da rede de atenção à saúde.

Assim, os HU's vêm sendo cobrados a ofertar soluções a questões que, em alguns casos, ultrapassam sua capacidade e vocação. Como foi citado por Machado e Kuchenbecker (2007, p. xx),

A integração entre o ensino e a assistência no contexto do SUS é estreitamente relacionada à capacidade dos serviços e modalidades assistenciais em responder às demandas de saúde das populações. Para que seja possível caracterizar o papel dos HU no contexto do ensino, é necessário compreendê-lo na perspectiva da organização dos serviços e sistemas e sua capacidade de resposta às necessidades da população. Trata-se de reconhecer as especificidades dos HU sem que, no entanto, os mesmos sejam isentados de suas responsabilidades em relação aos sistemas de saúde. Essa questão, por sua vez, nos remete ao compromisso inalienável de parte dos HU em, no exercício de sua missão, contribuir para a qualificação da oferta de serviços e aperfeiçoamento do próprio funcionamento do SUS enquanto sistema.

Toda mudança, seja ela promovida internamente ou definida por órgãos superiores, acarreta em grandes conflitos e resistências. Para tanto, faz-se necessário um grupo de gestão que consiga mitigar essas questões e criar um ambiente de trabalho harmonioso e que possibilite o crescimento pessoal. Um dos maiores desafios é, justamente, o desenvolvimento de competências para o grupo de gestão desses hospitais.

6.1 Perfil do Gestor de uma Instituição de Saúde

A complexidade da saúde e a exigência de uma abordagem intersetorial é um dos grandes desafios dos gestores dos hospitais públicos nos dias de hoje, pois não basta ser médico, ser bem intencionado, é necessário ser um profissional que possua perfil para exercer a gestão. O gestor precisa saber as questões operacionais de uma instituição de saúde, ter noções de administração, de mobilização e gerenciamento de recursos, bem como a compreensão de pessoas e logísticas, ampliando sua noção de sociedade, sem perder de vista a eficiência da assistência (BURITI, 2013).

O termo gestor pode ser compreendido como um olhar superior, de quem realiza supervisão, contemplando uma ideia de visão abrangente, com a compreensão do todo. Isto pressupõe uma visão experiente, embasada no conhecimento técnico e especializado no intuito de alcançar resultados satisfatórios na atuação de outros indivíduos sob sua responsabilidade profissional (HOFFMANN; KOIFMAN, 2013).

Para ser um bom gestor, é necessário um constante crescimento profissional, aprimorar conhecimentos, desenvolver atitudes e habilidades diversificadas, tais como: a habilidade de comunicação, criatividade, resolução de problemas, a capacidade de motivar a equipe, de estabelecer o diálogo, de saber escutar, ser afetivo, envolvido e comprometido com o trabalho. Isso requer um "perfil transformador", com potencialidades para transformar a organização de saúde em instituição profissional, a partir de uma "cultura própria", com foco nas necessidades dos usuários e também dos trabalhadores, de modo, a atingir "a eficiência e a qualidade da assistência" (LUNA, 2012).

É preciso, ainda, ter espírito empreendedor, visualizar possibilidades, aprimorando conhecimentos, competências, habilidades e desenvolvendo atitudes capazes de transformar seu potencial em resultados eficazes para todos (LUNA, 2012). É evidente que um profissional não recebe o devido preparo para assumir tamanho compromisso e responsabilidade como gestor de um hospital público, necessitando de conhecimentos teóricos e técnicos, de habilidades e de competências para exercer suas funções gerenciais.

Estudiosos da Administração contemporânea destacam que é necessário que os gestores tenham "perfil para assumir posições de gerência, reunindo

características como saber determinar prioridades, conhecer suas competências e saber explorá-las, desenvolver suas habilidades, descobrir como atingir resultados, aperfeiçoar-se na gestão de pessoas", motivando os trabalhadores na busca de novos conhecimentos. Outro aspecto destacado é o fato de um gestor estar preparado para a "ocorrência de situações não previsíveis", o que exige a associação de "recursos para a resolução de situações inusitadas"; a necessidade de estabelecer a comunicação interna nas organizações, bem como a elaboração de "estratégias de excelência" para dar conta das demandas da população. Nessa concepção, um gestor necessita valorizar o caráter humano em detrimento do aspecto técnico, levando em conta a integração do profissional com o hospital (MANENTI *et al.*, 2012).

Manenti *et al.* (2012, p. 730) destacaram que a complexidade do processo de trabalho gerencial requer um gestor com o perfil de cumprir metas, reduzir custos, exigir "manutenção e melhoria da qualidade da assistência". É necessário, também, "direcionar o processo de trabalho; atingir e manter o equilíbrio nas relações de trabalho; garantir o bom funcionamento das unidades, promover a difusão da filosofia institucional; garantir as condições para a implementação da qualidade da assistência; garantir resultados positivos; promover a educação permanente e a qualificação profissional" (MANENTI *et al.*, 2012, p. 730).

Nesse sentido, para que os hospitais públicos sejam bem sucedidos, devem focar no perfil do gestor, para que agreguem visão empreendedora, valores, motivação e capacitação de pessoas, de modo a integrar metas, objetivos e ações com resultados efetivos (AMARAL, 2011).

6.2 Competências e Habilidades

O conceito de competência se aproxima do conceito de saber tácito, ou seja, de conhecimentos e práticas laborais vividas ao longo de trajetórias que se diferenciam a partir das diferentes oportunidades e subjetividades dos trabalhadores. Estes saberes não se ensinam e não são passíveis de explicação, da mesma forma que não são sistematizados e não identificam suas possíveis relações com o conhecimento teórico.

Na educação, a noção de competência é introduzida na reforma educacional por volta dos anos 90, a partir da Lei nº 9.394/96 (Lei das Diretrizes e Bases da

Educação Nacional), que incide tanto na educação básica, quanto na educação profissional (BRASIL, 1996).

A noção de competência pode ser compreendida e utilizada em diferentes ambientes com enfoques e conotações diversificados. Para Perrenoud (1999), é capacidade de agir de modo eficaz frente a uma situação, fundamentada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles.

As competências são reconhecidas quando utilizam, integram e mobilizam conhecimentos na possibilidade de relacionar, interpretar, inferir, criar e identificar, pertinentemente os conhecimentos prévios e os problemas.

Para compreender a complexidade da saúde e percebê-la de modo integrado à sociedade, Buriti (2013) enfatiza sete competências necessárias ao perfil de um gestor:

Visão estratégica: é necessário ter conhecimento, "saber de tudo um pouco", conhecer a realidade em que o gestor está inserido, as possíveis conexões existentes com o seu tempo, "é preciso ser contemporâneo", olhar, questionar o que está bem e o que não está, com a possibilidade de construir uma nova realidade, de obter conhecimento para interpretar o mundo, para observar a realidade que está posta e transformar, através da multiplicação da capacidade de difundir e construir conhecimentos (BURITI, 2013).

Habilidades Analíticas: o que significa compreender "o tempo em que se vive e se analisa, se decompõe e entender as questões para analisá-las", o que requer respeito pelo passado, pela história e a capacidade de enxergar e interpretar o vivido (BURITI, 2013). Requer o desenvolvimento de competências "compatíveis com modelos de gestão histórico-sociais", a partir dos quais é possível negociar, dirigir, produzir, inovar, facilitar, monitorar e coordenar as ações das pessoas (MANENTI *et al.*, 2012).

Capacidade de liderar e inspirar pessoas: Um gestor por si só não consegue obter sucesso, é preciso que ele desenvolva habilidades para gerenciar a área da saúde, a qual é composta por 14 categorias profissionais. É preciso "saber galvanizar a vontade das pessoas para o futuro" (BURITI, 2013). Nessa perspectiva, um líder necessita de "atitude e postura ética, imparcialidade, flexibilidade e liderança" (MANENTI *et al.*, 2012).

A capacidade para gerenciar as pessoas necessita de conhecimentos como saber lidar com sentimentos e com as adversidades, requer a capacidade para construir oportunidades para enfrentar as eventualidades diárias. Necessita integrar as pessoas para a obtenção de resultados efetivos, com pleno comprometimento e com atitudes que produzam diferença para os envolvidos, encorajando as pessoas para a conquista do desenvolvimento coletivo na solução de problemas e a criação de oportunidades, o que requer destreza para gerenciar a equipe de modo a compreenderem as mudanças em curso e reorientarem o sistema de saúde para que a organização se torne uma importante potência de transformação e de inovação (CECÍLIO, 2011).

É necessário o conhecimento técnico sobre áreas específicas e sobre as ferramentas que vai utilizar para exercer a liderança, ou seja, não basta ser ensinado a ser líder, "é preciso querer ser, pois um verdadeiro líder é aquele que consegue fazer com que as pessoas façam aquilo que ele não acha possível" (VECINA NETO, 2016).

Criatividade e comunicação: é necessário que um gestor seja criativo, pense de maneiras diferentes problemas semelhantes, pois em determinados momentos, os problemas serão resolvidos "disruptivamente", ou seja, é preciso capacidade para inovar, para pensar diferente do instituído, com o devido risco que emerge da criatividade. É preciso, então, "saber como comunicar isso" (BURITI, 2013). Uma comunicação eficaz requer responsabilidade ética e social para gerir o enfrentamento dos conflitos, saber liderar e propor planejamentos e ações que visem resultados efetivos (ANDRÉ; CIAMPONE; SANTELLE, 2012).

Gestão de pessoas: para se tornar um bom gestor tem que aprender sobre gestão de pessoas, sobre a capacidade de gerenciar as pessoas e negociar, o que "é cada vez mais difícil, pois elas sabem cada vez mais e quem sabe mais, ouve menos". Isso requer a capacidade para engajar, o que significa a capacidade de fazer com que as pessoas façam o que é necessário de modo comprometido. Essa tarefa nem sempre é fácil e cada vez mais os gestores dependem das pessoas, da sua capacidade para construir, para motivar, é preciso ter conhecimento do trabalho, construir espaços para a educação permanente e mostrar que gosta do que faz (BURITI, 2013). Assim, o perfil de competências de um gestor deve impactar, "de

modo positivo, no direcionamento das atividades de recrutamento, seleção e desenvolvimento de pessoal" (MANENTI *et al.*, 2012).

Deve, também, desenvolver habilidade para capacitar as pessoas e comprometê-las com a otimização de recursos e de ações para garantir o acesso universal, a qualidade e a humanização das ações de saúde, centralizadas nos usuários (SERFF, 2011). Para tanto, é necessário desenvolver competências que levem em consideração "a capacidade e discernimento para trabalhar com pessoas, compreender suas atitudes e motivações e aplicar uma liderança eficaz" (AMARAL, 2011).

Desse modo, desenvolver competências gerenciais constitui-se como primordial na busca de soluções para os problemas evidenciados nos hospitais públicos, o que requer a motivação, o clima favorável e a habilidade de comunicação, organização, planejamento de ações e a capacidade do gestor para agregar as pessoas, negociar com elas e integrá-las nos projetos, metas e objetivos (DECKMAN *et al.*, 2013).

Conhecimento técnico de administração: é preciso obter conhecimento sobre "finanças, epidemiologia, atenção à saúde, tecnologia da informação, conhecer a gestão e as suas microferramentas" (BURITI, 2013). É preciso, ainda, ter capacidade para supervisionar e conduzir as ações dos diferentes trabalhadores, relevando o processo educacional, o que "exige avaliação e diagnóstico constante acerca do perfil desejado, bem como ações para o desenvolvimento das competências" (MANENTI *et al.*, 2012).

Para dar conta desse aspecto, faz-se necessário ampliar a competência dos gestores de hospitais públicos e suas respectivas equipes "nas áreas de planejamento, execução, acompanhamento de ações e serviços e avaliação do impacto obtido a favor da saúde da população" (SERFF, 2011). Assim, os gestores devem apropriar-se de conhecimentos, técnicas, métodos e equipamentos fundamentais para realizar suas atribuições específicas, utilizando-se de suas vivências, instrumentalização para gerir e educação (AMARAL, 2011).

Compromisso social: o grande desafio de um gestor consiste na possibilidade de transformar a sociedade e a saúde, de entender o papel da saúde na sociedade. Para Buriti (2013), o compromisso social é o mais importante, pois de acordo com seu pensamento, "o lucro não move as organizações, ele é a

consequência" e o que deve mover as instituições deve ser o "objetivo da melhoria de vida das pessoas". Isso requer a inclusão social, a igualdade de oportunidades, o desejo de querer transformar o mundo e torná-lo melhor (BURITI, 2013).

Já Manenti *et al.* (2012) fazem uma distinção entre o processo de trabalho assistencial, no qual o enfoque tem por finalidade a atenção integral a partir da "intervenção às necessidades de cuidado" e o "processo de trabalho gerencial", que tem como foco a organização do trabalho e o dimensionamento de pessoal, com o propósito de "implementar condições adequadas de cuidado" e melhorar o desempenho dos trabalhadores. O processo de construção do perfil de competências gerenciais para a área hospitalar deverá ser planejado e pautado para atender as "dimensões técnicas, ético-política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania" (MANENTI *et al.*, 2012)

A dimensão técnica requer conhecimentos e habilidades que congreguem "os saberes administrativos e os assistenciais específicos a cada área de atuação" para atingir objetivos da organização, ou seja, planejamento, coordenação, exercício do controle, compromisso com o ato de avaliar e, também, saberes relacionados à epidemiologia e planejamento em saúde (MANENTI *et al.*, 2012). Diz respeito, também, ao preparo do gestor para "supervisionar e conduzir o trabalho em equipe, relevando o processo educacional", exercendo a liderança, construindo novas possibilidades em suas áreas de atuação e mantendo-se em constante busca por novas competências (MANENTI *et al.*, 2012).

A dimensão política caracteriza-se por meio da articulação do trabalho gerencial de "recursos físicos, materiais, humanos e de informação" ao projeto assistencial que se propõe executar, "o que requer conhecimento e habilidades para desenvolver o trabalho com atitude ético-política" (MANENTI *et al.*, 2012).

A dimensão comunicativa, a partir da qual é possível evidenciar as relações de trabalho da equipe de saúde com o objetivo de alcançar um determinado fim e, sobretudo, à construção de um projeto comum, fundamentado no exercício da cidadania, a partir do qual ocorrem relações dialógicas, o estabelecimento de vínculos entre os trabalhadores e usuários (MANENTI *et al.*, 2012).

Na visão de Hoffmann e Koifman (2013), a construção de competência foca três habilidades necessárias ao gestor: "competência político-gerencial, com ênfase na gestão participativa; competência do cuidado em saúde, com ênfase na

integralidade; e competência educacional, com ênfase nas metodologias ativas de ensino e aprendizagem".

A competência político-gerencial, com ênfase na gestão participativa, enfatiza a "visão compartilhada como um instrumento de gestão", a partir da qual os trabalhadores possuem objetivos pessoais em consonância com os objetivos da organização. Para o alcance dos objetivos organizacionais, os trabalhadores necessitam de objetivos comuns, o que requer sentimento de coletividade, de pertença, escuta, tolerância, espaços para a expressão de ideias e críticas, a horizontalidade das relações, a busca de consensos e o exercício da democracia subsidiados pelo comprometimento (HOFFMANN; KOIFMAN, 2013).

A competência do cuidado em saúde, com ênfase na integralidade, envolve a possibilidade de integração de ações preventivas, curativas e se concretiza inicialmente pela vontade individual e, também, na construção coletiva dos trabalhadores da saúde com a comunidade nos diferentes níveis de complexidade do cuidado. Assim, buscar a equidade e a integralidade do cuidado requer compartilhar ideias, acolher, estabelecer vínculos, formar redes de cuidado, tratar com dignidade, favorecer o diálogo e estar disponível para o cuidar, garantindo o "acesso, a integralidade com resolutividade", norteando a ação de educador/ educandos para o "estabelecimento de relações humanizadas". Nesse sentido, faz-se necessário repensar aspectos importantes do processo de trabalho em saúde, tais como o planejamento de ações e a humanização como eixo transversal do cuidado (HOFFMANN; KOIFMAN, 2013; SILVEIRA, 2015).

Nessa perspectiva, a prestação de cuidados de saúde é, essencialmente, um serviço público. No sentido mais simples e objetivo de ser uma atividade de interesse do público, ou da comunidade, uma vez que em algum momento da vida, as pessoas irão "valer-se de tais cuidados" (AMARAL, 2011). Para exercer a gerência do cuidado com eficácia e habilidade, é necessário ter uma atitude voltada para o cuidado ético, seguro e de qualidade ao ser humano e sua coletividade. Implica na tomada de decisões, no exercício da liderança, no estabelecimento da comunicação, na integração do conhecimento para trabalhar a intersectorialidade, a criatividade e a inovação nos serviços de saúde, exercendo a atribuição de facilitador e motivador, o que requer agir com responsabilidade (DECKMAN *et al.*, 2013).

As metodologias ativas de ensino e aprendizagem requerem um olhar educador por parte do gestor, a partir das quais os trabalhadores sejam motivados a buscarem a superação de suas imperfeições; preparando-se para a crítica, evidenciando alternativas ou possibilidades para dar respostas a seus questionamentos. Freire (1997a, p. 10-11) considera que “a educação é essencialmente um ato de conhecimento e de conscientização”. Para o autor, a educação é um ato construído pelos sujeitos que aprendem e ensinam por meio de suas relações dialógicas. É este conhecimento construído e refletido que leva à consciência crítica, à conscientização e transformação. Nessa visão, a educação é concebida como um ato coletivo, um processo de troca entre as pessoas e não pode ser feita por um sujeito isolado.

Assim, na perspectiva de uma aprendizagem significativa, a educação pode ser entendida como um processo de reflexão do trabalhador sobre sua situação, sobre seu ambiente concreto; quanto mais ele refletir sobre a sua realidade de cuidado, sobre sua situação concreta, mais poderá descobrir-se como sujeito plenamente consciente, comprometido, mais fortalecido a intervir na realidade para mudá-la. Pode constituir-se em instrumento para que o trabalhador construa a sua cultura e a sua história, possibilitando o estabelecimento de relações de reciprocidade, o desenvolvimento de uma postura de questionamento, de atitude crítica, graças a qual desenvolve a competência para escolher e decidir, examinar e criticar os atos diários cumpridos por rotina, tradição e de modo, muitas vezes, não consciente (FREIRE, 2011; SILVEIRA, 2015).

Sob a ótica da aprendizagem significativa, a educação possui um caráter processual, dinâmico, de modo a garantir o aprofundamento dos significados elaborados, requerendo do gestor/educador o exercício contínuo do trabalho reflexivo, da disponibilidade para a pesquisa, para o acompanhamento e avaliação do processo de aprendizado crítico, o que nem sempre pressupõe a ocorrência de situações previsíveis, mas necessita de relações dialógicas, o compartilhar de responsabilidades e comprometermos, a partir dos quais cada trabalhador como parte do coletivo precisa desenvolver novas habilidades, pautando suas ações na "sensibilidade, no comprometimento social, na ética, na qualidade, na eficiência e na resolutividade" dos problemas (HOFFMANN; KOIFMAN, 2013; SILVEIRA, 2000).

A pesquisa é um dos principais pilares que fundamentam a atuação de uma instituição de ensino, pois dela se originam novos conhecimentos e ideias que podem

ser transformados em produtos, processos e tecnologias, bens culturais e práticas inovadoras, os quais podem gerar o desenvolvimento e o bem estar para a sociedade. Desse modo, faz-se relevante que os gestores entendam a pesquisa, a inovação e o desenvolvimento tecnológico como intrínsecos à rotina da instituição, fundamentando programas de ensino e extensão.

Para tanto, deve-se promover a construção de experiências e oportunidades inovadoras de ensino-aprendizagem que possibilitem a capacidade de agir frente às diferentes situações: saber agir resignificando a prática e dando suporte para a transformação da realidade (HOFFMANN; KOIFMAN, 2013).

A conscientização, portanto, dá-se na práxis ação-reflexão-ação, na relação teoria-prática. O refletir e o atuar sobre a ação poderão ajudar a ampliar o conhecimento sobre o vivido, descobrir as dificuldades e os limites do que fazer. A conscientização decorre do ato de pensar junto, de trocar ideias, partindo de situações existenciais, espantando-se perante o conhecimento, dialogando, criticando, sendo criticado, conhecendo-se a si mesmo; implica uma nova compreensão do mundo, mais crítica, mais criativa e mais comprometida, transformando não só o modo de pensar, mas o de agir (FREIRE, 2011; SILVEIRA, 2000).

Na realidade das instituições de saúde, identifica-se que o distanciamento entre a academia e o serviço constitui-se em um dos fatores que contribui para a ineficiência do setor saúde e, que a formação e a educação permanente dos trabalhadores que irão assumir a gestão dos hospitais públicos estão em dissonância com as tendências atuais das necessidades dos serviços de saúde (ANDRÉ; CIAMPONE; SANTELLE, 2013).

Isso requer articulação entre a teoria e as necessidades da realidade concreta da prática, bem como o incentivo e o direcionamento na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores da saúde para atuarem como gestores nos serviços integrados ao SUS, assumindo uma posição de liderança dentro do sistema de saúde. Para tanto, faz-se necessário mudanças nos projetos pedagógicos dos cursos de saúde, que promovam a formação dos futuros trabalhadores de forma a capacitá-los às novas tendências de gerenciamento nas instituições de saúde do SUS (ANDRÉ; CIAMPONE; SANTELLE, 2013).

A questão relacionada ao processo de formação das pessoas representa um componente crítico para o delineamento de novos paradigmas gerenciais dos serviços

de saúde, em especial na área pública. Apesar dessa evidência, a tomada de decisões concretas e eficazes dificilmente são otimizadas, seja por ausência ou timidez das decisões políticas, seja porque as ações comumente realizadas não correspondem à complexidade e ao dinamismo dos problemas vigentes, seja por decorrência da cultura existencialista nos hospitais públicos (AMARAL, 2011).

A partir dessa construção, entende-se que o aprimoramento do perfil de competências dos gestores de hospitais públicos é fator preponderante para a saída da crise (AMARAL, 2011). Portanto, não basta ser indicado para assumir a função como gestor de um hospital público de saúde, nem querer fazer parte do grupo gerencial, é preciso ter formação e competências específicas para essa atuação, o que significa uma abertura de olho quanto à necessidade de formar e buscar estratégias para desenvolver as competências e habilidades dos trabalhadores em consonância com o contexto atual, possibilitando ao gestor executar seu trabalho de modo efetivo e com possibilidade de realização pessoal e profissional.

A partir dessas considerações, entende-se que a hierarquia é necessária, e que o poder de influência de um gestor de um hospital público deve despertar as potencialidades dos demais membros da equipe, disponibilizando espaços para o diálogo e a escuta, para discutir e refletir, em busca do resultado das ações de cuidado, pois essas podem sofrer interferências se não houver uma coesão e espírito de equipe, comprometendo os objetivos e a finalidade do trabalho em saúde.

6.3 Planejamento Estratégico

Mediante o diagnóstico situacional do processo de trabalho, é necessário um planejamento estratégico adequado para o cumprimento de metas que corroborem com os princípios e diretrizes do SUS. Nesse ínterim, é fundamental, também, a participação dos trabalhadores no planejamento das ações, bem como o fortalecimento da gestão local, os quais devem promover e estimular a participação dos usuários no controle social (KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011).

Isso requer abertura e flexibilidade por parte dos gestores, pois esses necessitam compartilhar as necessidades de saúde da população e as decisões sobre as ações a serem implementadas, ou seja, necessitam contar com o apoio dos envolvidos em todas as etapas de planejamento, pois quanto mais envolvidos

estiverem com o processo, maior será o sentimento de pertencimento e a efetividade da ação (KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011).

Na década de 1980, Carlos Matus, um economista Chileno, concebeu o planejamento estratégico como uma proposta metodológica para planejar e governar ações e que para dar certo, seria necessário o engajamento de quem faz a gestão e de quem executa a ação, pois segundo ele, dirigentes que planejam são parte da realidade planejada, coexistindo com outros atores que também planejam nessa mesma realidade, o que requer diálogo e interação (KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011).

O planejamento estratégico situacional permite explorar possibilidades e favorecer a sua aplicabilidade nos diferentes níveis setoriais, sem deixar de situar os problemas em um contexto amplo, mantendo a riqueza da análise de viabilidade e de possibilidades de intervenção na realidade (KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011).

No contexto dos HUs, o planejamento estratégico situacional pode servir como uma possibilidade de ensino-aprendizagem, buscando identificar e intervir nos problemas de saúde com diferentes atores, incluindo gestores, trabalhadores e estudantes. É necessário, ainda, considerar a perspectiva de quem irá realizar a ação, a disponibilidade e acesso aos recursos necessários, bem como a viabilidade política. Isso requer competências de comunicação, interação, liderança, tomadas de decisões e o desenvolvimento de ações comprometidas com uma maior efetividade e eficácia das ações em saúde, possibilitando, assim, a organização do trabalho com base nos princípios do SUS (KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011).

Para tanto, Matus (1993) descreve quatro etapas:

1. Momento explicativo, em que é necessário conhecer, identificar, descrever e explicar os problemas, levando em consideração suas causas, os nós críticos e os possíveis impactos sobre o problema. Esse momento requer informações objetivas como indicadores ou outros dados quantitativos e, também, dados subjetivos, dentre eles, a percepção dos diferentes atores em relação ao problema. É preciso que os gestores estejam disponíveis e comprometidos em conhecer o contexto do serviço sobre o qual se está gerenciando, incluindo a dimensão socioambiental e político-administrativa do território. É preciso, ainda, o exercício do

diálogo com os diferentes atores para que seja possível a tomada de consciência de cada membro envolvido, exercitando a formulação de consensos para a elaboração do plano de ação.

2. Momento normativo, que pressupõe definir objetivos e metas, bem como os resultados a serem alcançados e a elaboração de estratégias e ações para a obtenção de um resultado efetivo. Nessa etapa, é necessário observar possíveis obstáculos e oportunidades, bem como a necessidade de tempo para o cumprimento da ação.

3. Momento estratégico, quando os gestores precisam analisar a viabilidade dos recursos econômicos, administrativos e políticos que possam ser necessários ou encontrarem-se disponíveis. Isso requer o envolvimento dos diferentes atores, bem como uma postura dialógica no planejamento das ações, pois os conflitos emergem nos processos de decisão que envolvem mudanças de concepções e práticas.

4. Momento tático-operacional, etapa que coordena a implementação das propostas, o que inclui a elaboração de cronogramas, recursos, atores responsáveis e participantes na execução das ações. Nesse momento, pode ser possível rever as ações e os recursos, de modo a assegurar a viabilidade do processo e a capacidade gerencial e assistencial de adaptar-se e adequar-se frente a situações imprevistas.

Assim, para que um plano de ação seja efetivo, é necessária a definição clara de atribuições de cada trabalhador, definição de responsabilidades, bem como a utilização de dispositivos que possibilitem determinar os indicadores de saúde, o que requer o diálogo, a interação e a flexibilidade dos diferentes atores.

6.4 Macroproblema 1 – "Gestão financeira incipiente e restrição na obtenção de recursos financeiros"

Como forma de contenção dos gastos em saúde, tanto pelos sistemas públicos quanto pelos privados, passaram a vigorar, a partir dos anos 1990, os sistemas de alocação de recursos (ou "modos de pagamento" a hospitais e prestadores de serviços ambulatoriais) como o principal instrumento do modelo de atenção gerenciada (UGÁ, 2012). Nesse contexto, a lógica convenial vigente foi substituída pela instituição da contratualização, que atua como um instrumento de regulação dos

prestadores de serviços de saúde, cujo sistema de remuneração supera o mero pagamento dos serviços previamente prestados por metas gerenciais e assistenciais (MENDES, 2011).

Nos últimos anos, o Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU/FURG) tem tido no produto da contratualização, firmada junto ao Governo Estadual e recebida por meio do Fundo Nacional de Saúde do Governo Federal, a sua fonte majoritária de aporte de recursos financeiros, recebendo, em 2016, aproximadamente R\$ 1.800.000,00 por mês, o que totaliza R\$ 21.600.000,00 no ano. A contratualização consta de uma parceria entre o governo estadual, os governos municipais e os estabelecimentos hospitalares, públicos e privados, onde o governo estadual, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, faz o repasse de recursos aos estabelecimentos de saúde – entre eles os hospitais – que se obrigam a cumprir metas definidas em contratos de gestão (MENDES, 2011).

Essa proposta, incorporada à normativa do SUS, tem por objetivo transformar os contratos meramente burocráticos em um processo que se baseia na definição de metas quantitativas e qualitativas estabelecidas em função das necessidades de saúde da população e do perfil de oferta dos prestadores. Além disso, são especificadas obrigações e responsabilidades para as partes envolvidas, bem como estabelecidos critérios para o monitoramento e a avaliação do desempenho dos prestadores, como por exemplo, alimentar regularmente os diferentes sistemas de informação em saúde (CNES, SIH/SUS, SAI/SUS) (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; MENDES, 2011).

Este contrato de gestão, segundo Loevinsohn (2008), deve apresentar incentivos positivos, que podem ser fixos, seja pela existência ou a garantia do funcionamento de determinados serviços; e variáveis, quando as metas são atendidas ou superadas. Também pode haver sansões ou glosas quando o serviço prestado não atende aos quantitativos pactuados ou à qualidade esperada, incluindo-se aí o correto preenchimento da documentação comprobatória da prestação dos serviços.

Com relação ao contrato de gestão vigente do HU/FURG, tem-se um valor mensal fixo aproximado de R\$ 1.300.000,00, mais R\$ 300.000,00 em incentivos, R\$ 150.000,00 em recursos do Programa REHUF (Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais) e quase R\$ 300.000,00 em recursos variáveis, atribuídos exclusivamente à produtividade e atendimento de metas do hospital, o que permitiria

ao HU faturar aproximadamente R\$ 2.050.000,00 por mês, chegando a R\$ 24.600.000,00 no ano. Percebe-se que desse total, cerca de R\$ 250.000,00 deixam de ingressar mensalmente no hospital pelo não cumprimento de metas (o que totaliza aproximadamente R\$ 3.000.000,00 por ano).

Para que o contrato de gestão funcione, algumas condições devem ser atendidas, como o diálogo entre os principais atores sociais envolvidos, a definição dos objetivos do contrato, a seleção de indicadores e a definição clara do escopo dos serviços a serem contratados (em termos de quantidade, qualidade, temporalidade e clientela) (MENDES, 2011). A entidade contratada (no caso o HU) deve ter autonomia suficiente para executar o contrato, devendo o mesmo ser elaborado para funcionar dentro de um período de três a cinco anos, permitindo, assim, criar um ambiente de contratualização adequado (LOEVINSOHN, 2008).

O monitoramento desses contratos deve ser feito, conjuntamente, pelas Secretarias Municipais e Estadual de Saúde que, a cada ano, devem analisar os quantitativos pactuados juntamente às necessidades de saúde locais (MENDES, 2011). Nesse sentido, durante o ano de 2016, algumas iniciativas associadas à avaliação e planejamento de um novo contrato foram desenvolvidas pela gestão do HU, o que resultou na proposta de um novo contrato (em análise pela Secretaria Estadual de Saúde), cujo valor mensal se aproxima a R\$ 2.300.000,00.

O primeiro passo foi avaliar os quantitativos de produção efetivamente realizados pelo HU, confrontando-os às metas pré-fixadas no contrato vigente. Concluiu-se que, no geral, cerca de 70% das metas eram atingidas, sendo algumas superadas (mas não compensadas financeiramente), outras apresentaram resultados bem abaixo do pactuado e identificaram-se, ainda, certos procedimentos realizados, mas não cobrados por não estarem contratualizados. De posse dessas informações, o hospital reuniu a Comissão de Acompanhamento de Contrato (CAC) que é formada por profissionais das áreas assistenciais e administrativas com o intuito de avaliar o desempenho do hospital e a sua relação com as metas pré-fixadas, o que permitiu identificar metas sub e superdimensionadas, conforme a estrutura e o potencial do hospital.

A partir dessa avaliação, foi possível propor um novo contrato, mais fidedigno e adaptado ao que efetivamente o HU poderia cumprir. Cabe ressaltar que neste mesmo ano houve uma grande aproximação com a Secretaria Municipal de Saúde, a

qual manteve reuniões frequentes com a governança do HU (muitas vezes semanais), para discutir as necessidades de saúde da população, os principais gargalos em termos de filas e especialidades, e como o hospital poderia se adequar a esta nova conjuntura.

Afora isso, existe também um convênio entre o HU e a Prefeitura Municipal de Rio Grande, que tem como objeto a prestação de serviços de assistência em Serviço de Pronto Atendimento, que proporciona ao hospital uma receita mensal de R\$ 110.000,00 para serem utilizados na compra de medicamentos e manutenção de equipamentos. Extra-orçamentariamente, o hospital conta com o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF, criado pelo decreto 7.082 de 27 de janeiro de 2010 e destinado à reestruturação e revitalização dos hospitais das universidades federais, integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Este valor chegou a quase R\$ 9.000.000,00 em 2016, havendo uma expectativa de chegada de outros R\$ 3.600.000,00, o que garantiriam o fechamento do ano.

Praticamente todo recurso recebido pelo HU é direcionado às despesas de custeio (funcionamento e manutenção do hospital), dificultando o gerenciamento financeiro voltado a outras necessidades hospitalares que se apresentam cotidianamente. Assim, para aquisições de itens de capital como móveis e equipamentos, o recurso utilizado vem prioritariamente da Universidade Federal do Rio Grande, a qual tem dificuldade para atender às várias solicitações do hospital, e também da elaboração de planos de trabalho encaminhados à Ebserh, cujos valores também são inferiores às necessidades do hospital – esta via de acesso permitiu ao hospital comprar cerca de R\$ 600.000,00 em equipamentos, havendo uma expectativa de mais R\$ 400.000,00 até o final do corrente ano.

Constata-se que os repasses orçamentários citados anteriormente são inferiores aos custos de funcionamento do HU, que hoje apresentam um déficit mensal de aproximadamente 43% (o que chega a quase R\$ 1.000.000,00). Mesmo com o recurso extraorçamentário do REHUF, liberado em duas parcelas no ano, o orçamento total do HU ainda é insuficiente para cobrir todas as despesas operacionais – sem contar que necessita sempre de recursos extra-orçamentários para quitar as suas contas.

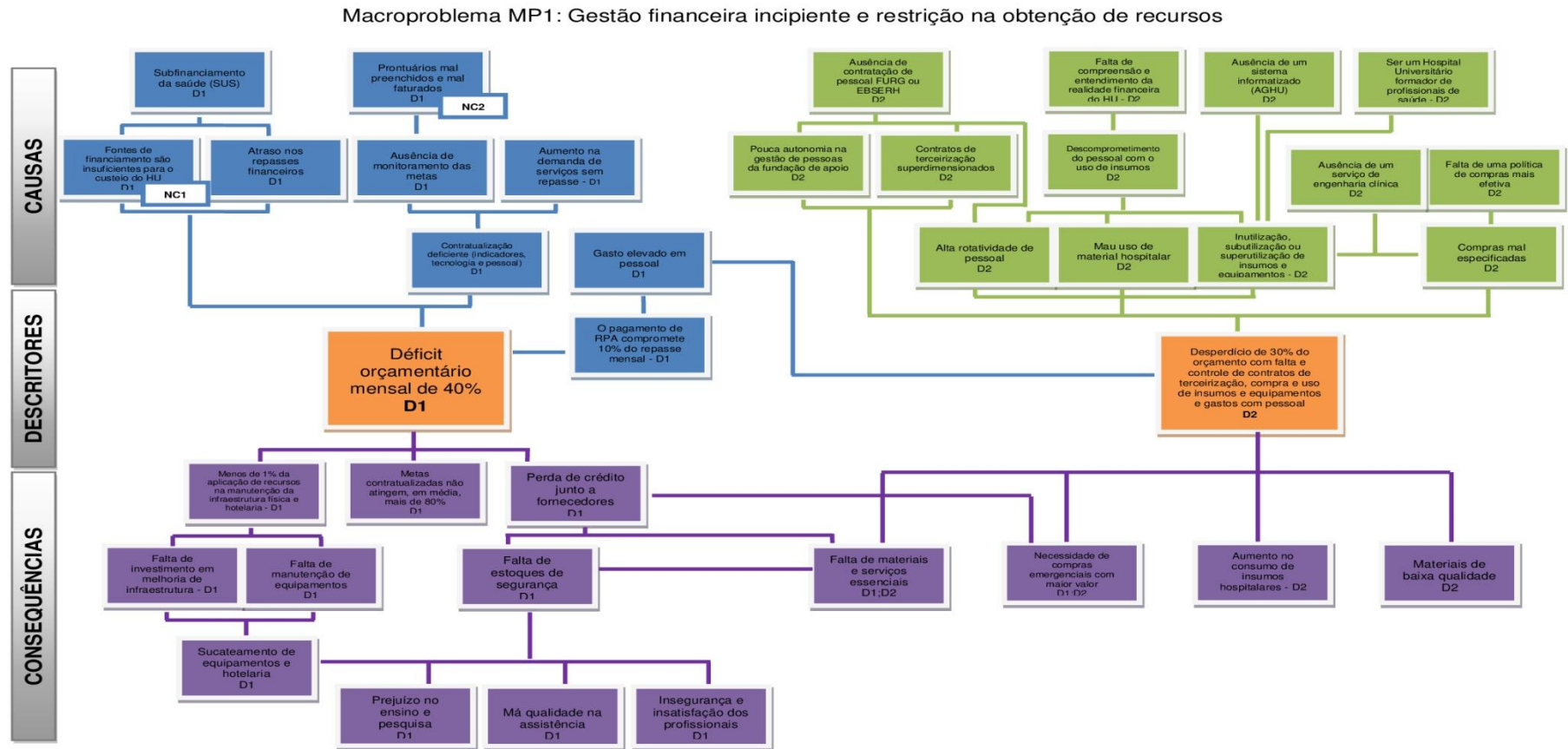
Outro problema que afeta o hospital são os atrasos nos repasses do Governo Federal, referentes à contratualização, que mesmo estando programados para

chegarem no início de cada mês, em certos períodos, são contabilizados somente no final da primeira quinzena ou, até mesmo, no fim do referido mês. Este fato prejudica a realização de um planejamento orçamentário eficiente, pois não há como prever nem quando o recurso estará à disposição nem ao certo qual o valor preciso que será destinado ao HU. Isso implica em atrasos no pagamento de fornecedores principalmente, afetando a credibilidade do hospital em futuras negociações.

A falta de um monitoramento ativo das metas contratualizadas, em cada período, faz com que o valor total a ser recebido seja incerto, não sendo possível sua real projeção – uma vez que o repasse financeiro mensal é referente à produção do hospital realizada três meses antes. Ainda que exista internamente a Comissão de Acompanhamento de Contrato (CAC), não há uma comissão externa (seja na 3ª Coordenadoria Regional de Saúde ou na Secretaria Municipal de Saúde), que faça esse acompanhamento de maneira sistemática e efetiva. Pode-se constatar, também, que alguns serviços realizados pelo HU, por apresentarem uma baixa demanda em relação às necessidades identificadas pela gestão municipal de saúde, não são incluídos na contratualização e, quando o são, mostram-se subdimensionados.

No momento, a folha de pagamento de pessoal da Fundação de Apoio ao Hospital Universitário de Rio Grande – FAHERG consome de 80% a 85% do recurso orçamentário total destinado ao HU, por meio da sua produção. Esta elevada despesa está ligada diretamente a dois fatores: (1) à necessidade histórica de contratação de pessoal pela FAHERG (incluindo os valores destinados a pagamentos de RPA), em virtude do contingenciamento de pessoal, por parte do Governo Federal, durante um grande período, no qual foi gerado um passivo de servidores em cargos administrativos e, principalmente, assistenciais; e (2) aos altos salários de alguns trabalhadores da Fundação de Apoio, que se encontraram vinculados a um Plano de Cargos e Salários bastante oneroso para o hospital. Somam-se aos problemas financeiros da FAHERG, a perda recente do incentivo de desoneração da contribuição previdenciária patronal, o que acarreta um custo de 20% no pagamento do imposto patronal, a ser pago sobre o valor total da folha de pagamento de funcionários da Fundação de Apoio. Esse fato acaba impactando na falta de recursos para aquisição de materiais hospitalares, dentre outras necessidades urgentes do HU, que não podem esperar a realização de processos licitatórios ou o descumprimento de fornecedores quanto aos prazos de entrega estipulados por contrato.

Figura 9: Árvore do Problema do MP1



Fonte: HU/FURG

6.5 Macroproblema 2 – "Fragilidades na gestão do cuidado"

No cenário mundial contemporâneo, são inúmeros os desafios que os sistemas de saúde públicos e também privados têm enfrentado para responder às necessidades de saúde dos usuários. A Gestão da Clínica é produto de um momento histórico e de um contexto social e econômico que definem o modo de organização do cuidado em saúde, permeando as relações entre os trabalhadores da saúde, usuários e seus familiares. A discussão acerca da Gestão da Clínica emergiu e tomou uma dimensão considerável no contexto da organização do cuidado, influenciada por princípios e lógica por meio dos quais as sociedades compreendem o processo saúde-doença (GOMES *et al.*, 2015).

Na área médica, muitas vezes, há uma regulamentação da sua tomada de decisão a partir de uma lógica de normalização das ações associadas tanto à redução de custos, quanto a instituições de normas e protocolos, que os submetem a determinados padrões, exigindo dos trabalhadores maior produtividade e adequação às normas vigentes, nem sempre vinculadas às necessidades dos usuários, o que pode propiciar que as relações humanas tornem-se mais fragilizadas, influenciando no exercício da autonomia dos trabalhadores e, também, dos usuários e familiares (GOMES *et al.*, 2015).

Visando explorar a conceituação de Gestão da Clínica e a compreensão dos sentidos a ela atribuídos, a partir de uma revisão de literatura, Gomes *et al.* (2015) constataram que a maioria dos autores utiliza a expressão governança clínica para focos de discussão que englobam desde intervenções relacionadas a agravos específicos até o planejamento organizacional das ações e serviços de saúde. Ilustra sua busca a partir de um mapa conceitual, no qual a governança clínica é o elemento central e está dividida em sete subáreas (intermediárias), quais sejam: Gestão, Monitoramento Clínico, Educação, Promoção da Qualidade, Responsabilidade, Segurança do Cuidado e Dimensão sistêmica, que articuladas, integram os sentidos associados ao que foi produzido pelos autores. A gestão da clínica é compreendida como constituinte da governança clínica, sem diferença.

A gestão da clínica representa o processo de ação coletiva, através do qual uma organização define prioridades e toma decisões para estruturar a instituição, seja um modo de funcionamento formal ou informal. Na saúde, pode ser considerado

também como a possibilidade de potencializar as boas práticas clínicas dos serviços de saúde, equilibrando recursos disponíveis com a demanda necessária de cuidados aos usuários. O exercício da governança pode conferir aos trabalhadores da saúde autonomia, controle e autoridade numa organização (SANTOS; ERDMANN, 2015).

O propósito da Gestão, como elemento da governança clínica, "é direcionado para a ação da transformação" e obtenção de "resultados (eficácia) através da correção de desempenhos profissionais insuficientes". Dentre os núcleos de sentido, encontram-se a Gestão de pessoas, a Gestão de processos e a gestão de ações, a partir dos quais "a governança clínica é um conjunto de práticas a serem aplicadas a todo sistema de saúde", com foco na qualidade das práticas clínicas.

A promoção da Qualidade engloba as estratégias para atingir a qualidade da prática clínica. Destacam o desenvolvimento de protocolos, a implantação da prescrição, a intervenção, "a melhoria da qualidade assistencial, serviços eficazes e a eficácia do cuidado" para o desenvolvimento de boas práticas clínicas (GOMES *et al.*, 2015).

O monitoramento clínico ou auditoria como componente da governança clínica destaca como núcleos de sentido a "abordagem sistemática para revisar a clínica, a avaliação de procedimentos operacionais e regulação da prática médica", os quais devem ter foco em "serviços e equipes e na atuação clínica de profissionais de saúde". Tem como propósito a identificação de erros numa tentativa de "melhorar padrões de práticas e processos de trabalho", a partir de mudanças nas práticas profissionais, das quais faz parte a educação (GOMES *et al.*, 2015).

A educação é considerada como "elo crucial", "alavanca para a melhoria da qualidade e correção do mau desempenho". Evidencia como núcleos de sentido o "compartilhamento de práticas"; as "mudanças de práticas e de comportamento dos profissionais"; o "desenvolvimento profissional contínuo", através da "telecomunicação, incidente crítico e pesquisa ação" (GOMES *et al.*, 2015). A responsabilidade com o sentido de ser responsável no exercício da clínica; ser responsável pelas pessoas que serão atendidas; aumentar a responsabilidade social da governança clínica e, ainda, a responsabilidade das organizações na melhoria contínua da qualidade de seus serviços. Significa ter compromisso com os usuários, trabalhadores e serviços de saúde, definir de modo claro a missão e visão para a garantia da "excelência do cuidado" (GOMES *et al.*, 2015).

A segurança do cuidado integra como núcleos de sentido o "gerenciamento de riscos e ambiente seguro", a partir "da constatação da magnitude e natureza dos erros relacionados à prática médica e da necessidade de melhorar os padrões relacionados à prática e planejamento em saúde" e, também, o ambiente seguro para os trabalhadores (GOMES *et al.*, 2015).

A dimensão sistêmica como componente da governança clínica integra como núcleos de sentido o "suporte, sustentabilidade e rede de apoio à distância", compreendida como a possibilidade de advogar uma supervisão clínica de apoio aos profissionais para a sustentabilidade clínica e, também, programa a distância que estruture a governança clínica (GOMES *et al.*, 2015).

A governança clínica, portanto, associa-se à promoção contínua da melhoria da qualidade, assegurando elevados padrões de cuidado e criando ambiente voltado à excelência clínica. De acordo com a OMS, engloba a qualidade técnica do desempenho profissional; a eficiência no uso de recursos; a gestão de riscos e satisfação dos pacientes com o serviço prestado. Para tanto, é necessário que as organizações de saúde tenham responsabilidade com a garantia dos elevados padrões de atendimento clínicos a partir de uma dimensão sistêmica (GOMES *et al.*, 2015).

Nessa visão, a governança clínica pode ser compreendida como um conjunto de atividades ou práticas que assegurem o funcionamento efetivo dos serviços, bem como, a garantia do compromisso assumido com os usuários. Apesar dessa concepção, no cenário dinâmico entre a oferta e a demanda de serviços de saúde, percebe-se que algumas ações em saúde são fragmentadas, parecendo não convergir com as necessidades de saúde dos usuários, tais como: a transição demográfica acelerada e a transição epidemiológica singular, com forte predomínio de condições crônicas, o sistema voltado para atender as condições agudas em Unidades de Urgência, a indisponibilidade imediata do exame diagnóstico complementar, a pouca resolutividade às necessidades de saúde da população, a atenção centrada no cuidado médico, as quais fazem com que ocorra uma superlotação nos hospitais públicos (MENDES, 2011).

Assim, são inúmeros os desafios da gestão da clínica diante de um panorama que é presente no contexto de saúde, tais como a superlotação. A superlotação tem sido caracterizada como um fenômeno mundial nos Serviços de Emergências e de

Pronto Atendimento nos hospitais, constituindo-se num problema de saúde pública que reflete nos processos de trabalho. Este impacta não só nas condições de trabalho, mas nos recursos humanos e materiais, e na qualidade da assistência prestada aos usuários nos diferentes níveis de complexidade. Dentre as intervenções que interferem positivamente no principal indicador da superlotação, Bittencourt (2010) destaca o tempo de permanência; evidenciando que o desempenho organizacional contribui para a melhoria do fluxo de saída dos pacientes dos serviços de emergência hospitalar.

No contexto do município do Rio Grande, em que existem apenas dois hospitais para atender a uma população de aproximadamente 200.000 habitantes, verifica-se que o número de leitos disponíveis é insuficiente. Em vista disso, ocorre uma superlotação do Serviço de Pronto Atendimento do HU, onde além da ocupação de todos os leitos disponíveis, há, também, pacientes nos corredores. A taxa de ocupação no ano de 2015 foi de aproximadamente 297% e, em 2016, até o mês de agosto estava em 212%.

Apesar de o município possuir uma Central de Regulação de Consultas que controla a oferta das mesmas pelo HU (quase 100%), há um número elevado de pacientes aguardando-as. O alto índice de absenteísmo às consultas e a falta de profissionais para atender especialidades nos ambulatórios colaboram para esta espera. A escassez de especialistas para realização de ultrassonografia e endoscopia digestiva alta e baixa provoca, igualmente, demanda reprimida.

Destaca-se que o perfil epidemiológico de pacientes com doenças crônicas promove a baixa rotatividade para as altas hospitalares, tendo em vista que o HU é referência para tratamento de HIV/AIDS.

A humanização no HU não segue na íntegra o apregoado na Política Nacional de Humanização e no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (BRASIL, 2004). Ainda que exista um Grupo de Humanização no hospital, as ações para este fim são incipientes.

Cabe salientar que as linhas de cuidado não são estruturadas pela dificuldade de estabelecer o itinerário a ser seguido pelo usuário para atendimento de suas necessidades dentro e fora do hospital. Inexiste uma pactuação entre gestores e entidades para o estabelecimento de fluxos e processos de trabalho que facilitem o acesso do usuário às unidades e serviços de que necessita para atender a seus

problemas. A fragmentação da assistência é consequência da falta de organização das linhas de cuidado.

Para que a integralidade do cuidado aconteça, é necessária a conjunção de um trabalho multidisciplinar e a incorporação de tecnologias de saúde, o que só pode ser obtido em rede. Nessa perspectiva, a incorporação de linhas de cuidado constitui-se num componente fundamental e estas podem ser pensadas de forma plena, através da interligação do HU com os demais serviços de saúde em rede, para que os usuários possam percorrer fluxos definidos e adequados, de modo a obterem a integralidade do cuidado que necessitam (MERHY; CECÍLIO, 2003).

O preenchimento dos prontuários é realizado de acordo com aquilo que cada profissional ou categoria entende como necessário. Há uma padronização institucional, através de um manual que orienta o preenchimento e uso de formulários nos prontuários, mas, muitas vezes, esta não é seguida (FURG, 1997). Os registros, não raro, são incompletos e não colaboram em possíveis processos jurídicos, visto que não descrevem com clareza acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada. Existem protocolos e rotinas no HU, porém estes não produzem as ações sistemáticas e padronizadas esperadas. A falta de comprometimento, a ausência de conhecimento, tanto científico quanto da metodologia a ser utilizada, são fatores que contribuem para o não cumprimento dos protocolos e rotinas existentes e presentes nos diversos setores do hospital.

Mesmo com a obrigatoriedade do cumprimento de normatizações no processo de trabalho, constantes na RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011 (ANVISA), é possível perceber que o descompromisso e a ausência de envolvimento por parte de alguns trabalhadores podem produzir uma dificuldade na definição de ações sistemáticas necessárias para um efetivo cuidado em saúde.

Cabe salientar a baixa adesão e abrangência aos programas que visam ao desenvolvimento de competências e de educação permanente/continuada dos profissionais. Várias questões afetam diretamente, como: a falta de atrativos de cursos, ausência de um programa de desenvolvimento de competências e o contingenciamento de pessoal, que impossibilita a liberação dos mesmos para a realização de cursos.

Silva (2007), consultando diversos autores, refere que os programas educativos podem possuir distintas nomeações como treinamento em serviço, educação no

trabalho, educação em serviço, gestão do conhecimento, educação corporativa, educação continuada, educação em saúde, educação continuada no trabalho, práticas educativas para gestão em saúde, educação permanente, prática educativa em saúde, entre outras.

Da mesma maneira, Silva e Duarte (2015), embasados em Farah (2003), indicam que, na atualidade, coexistem diferentes concepções para essas práticas educativas, como educação em serviço, educação continuada e educação permanente. A educação em serviço foi o primeiro conceito a ser efetivado, nas décadas de 1960 e 1970, sendo identificada como um conjunto de ações educativas que pretendia o aperfeiçoamento do trabalhador para alcançar os objetivos da instituição. A finalidade primeira da educação em serviço era atender os interesses da instituição e visava, principalmente, o aprimoramento de técnicas e habilidades, e as relações humanas no trabalho.

Os referidos autores, ao citarem Ardosso (2012), indicam que a educação continuada se propõe a capacitar os profissionais de saúde inseridos nos serviços (após educação formal). Assim, a educação continuada é um processo organizado e permanente, com uma prática programada, buscando melhorar e atualizar a capacidade do trabalhador, ajudando-o em suas atividades institucionais, complementando a sua formação. Essas capacitações são em geral pontuais e baseadas na organização disciplinar e de especialidades, dificultando a compreensão de realidades complexas e da subjetividade humana.

Já a educação permanente em saúde surgiu nos debates da Organização Pan-Americana de Saúde, na década de 1970 e foi disseminada pela América Latina como o caminho mais pertinente para o desenvolvimento da relação entre o trabalho e a educação. A educação permanente tem em vista o aperfeiçoamento dos sistemas de saúde, considerando a aprendizagem significativa como vital ao envolvimento dos trabalhadores na melhoria da qualidade da atenção (SILVA; DUARTE, 2015 apud LIMA, 2012; ARDOSO, 2012).

Entretanto, para Ceccim (2005, p. 162), a educação permanente pode corresponder à educação em serviço, “quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica, submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar”. Da mesma maneira, a educação permanente pode

corresponder à educação continuada, “quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos”.

A Portaria nº 2787, de 27 de fevereiro de 2014, do Ministério da Saúde, indica que educação permanente em saúde se refere à aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde. Já a Portaria nº 1.328, de 8 de setembro de 2015, também do Ministério da Saúde, aponta que educação continuada são processos pedagógicos formais, cursos ou capacitações previamente estruturadas, tais como: atualização, aperfeiçoamento e pós-graduação, e podem ser de curta, média e longa duração.

Simões *et al.* (2013, p. 643), fundamentados em Freire (1994), Bezerra (2013) e na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, mencionam que “a forma de ensino denominada educação continuada é vista como um processo onde estão inclusas todas as experiências educativas realizadas após a formação profissional inicial do trabalhador, e tem como objetivo complementar a formação básica, atualizar o conhecimento dos profissionais diante de mudanças tecnológicas, permitindo o desenvolvimento profissional dos trabalhadores”. Já a educação permanente é entendida como um aprendizado no cotidiano das organizações, baseado na aprendizagem e na possibilidade de transformação das práticas profissionais, construído por meio das dificuldades enfrentadas no cotidiano, levando em consideração o conhecimento e as experiências prévias do trabalhador.

Para Batista e Gonçalves (2011), é importante não considerar a educação permanente e a educação continuada como antagônicas, mas como processos que conferem especificidades à relação ensino-aprendizagem, a construção de diálogos entre os processos de mudança no mundo do trabalho diante da perspectiva do próprio trabalho ser um princípio educativo.

Silva *et al.* (2013) apontam que mesmo com as alterações sofridas pela Política Nacional de Educação Permanente, desde 2004, o principal foco da educação permanente continua sendo a transformação de práticas reais pautadas nas necessidades da população, possibilitando reflexões e transformações a partir da educação no trabalho. Isto é, para os autores, a educação permanente como uma

estratégia para a transformação profissional ocorre pela articulação entre a teoria e a prática agregada à política institucional onde os trabalhadores estão inseridos.

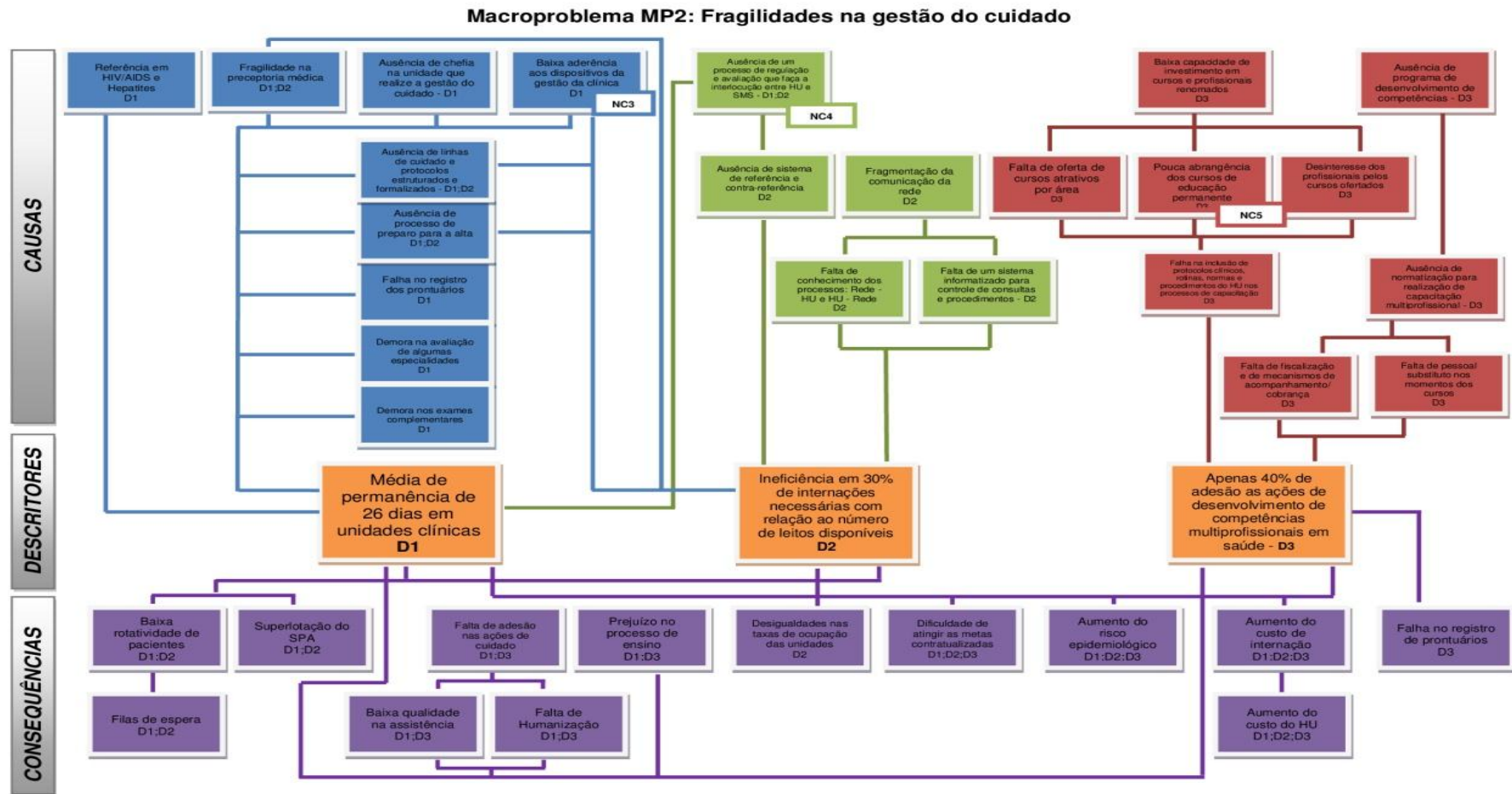
Sarreta e Bertani (2010), também, citam que a educação permanente em saúde difere das propostas de transferência de conhecimentos, que aponta as necessidades cada vez mais exigentes de um perfil de trabalhador polivalente, qualificado ou, ainda, bem treinado. A abrangência do processo de educação transportado para as questões de saúde pode desencadear ações educativas sustentadas nos paradigmas referenciais da promoção humana, sendo uma estratégia para transcender o pensamento tradicional (agente-corpo-hospedeiro), ainda vigente na prática dos serviços de saúde, para promover a reflexão das condições materiais de vida e seus laços fecundos na saúde.

Posto isto, parece ser necessária uma base ética para discutir os conflitos existentes na prática clínica, pois a realização do cuidado em saúde não se reduz ao cumprimento de protocolos e normatizações existentes, tampouco à necessidade de servir como objeto de estudo nos processos de formação dos futuros profissionais de saúde. A preocupação com os aspectos éticos compreende o respeito aos usuários e seus familiares como seres sociais, com compromisso e responsabilidade, o que implica em cuidar como uma atitude e preocupação, com responsabilidade e envolvimento.

Isso requer a aprendizagem direta, através da demonstração do fazer, "do ensino dialético" e, também, a indireta, na qual deve-se levar em consideração as atitudes, os valores e comportamentos advindos da vivência com estudantes, usuários e demais trabalhadores de saúde (NOGUEIRA, 2016). É preciso, ainda, incluir ações coletivas que possam contribuir para a conscientização dos sujeitos envolvidos.

A figura 10 apresenta a árvore do macroproblema MP2.

Figura 10: Árvore do Problema do MP2



Fonte: HU/FURG

6.6 Macroproblema 3 – "Deficiência no gerenciamento de pessoal"

Durante séculos entendia-se que as organizações, fossem elas públicas ou privadas, eram formadas por um conjunto de recursos – materiais – necessários ao alcance de seus objetivos, sendo estes medidos por critérios patrimoniais, financeiros e contábeis. No entanto, no decorrer dos anos, com a chegada da era da informação, seu conceito também evoluiu, passando os indivíduos a formar o ativo mais importante das instituições, dada a sua capacidade de modificar e interagir constantemente na busca dos objetivos daquelas (CHIAVENATO, 2016) .

Nesta senda, ganhou vulto o estudo dentro das Teorias da Administração da Gestão de Pessoas, área responsável pelo estudo do desenvolvimento de competências, capacitação, retenção de talentos, avaliação e desligamento de pessoal.

No quadro dos Hospitais Universitários Federais deve ser destacado que estes foram concebidos, em nosso país, com uma natureza totalmente distinta da de hoje. Inicialmente, os HUs não passavam de extensões das Faculdades e Escolas de Medicina e Enfermagem, sem espaço próprio, utilizando a estrutura de Santas Casas ou instituições congêneres, onde os docentes ministravam suas aulas práticas com os acadêmicos. Não existia quadro próprio de pessoal, senão apenas os professores. A finalidade única dos HUs era o ensino. No entanto, em razão da excelência de profissionais que ali se formavam, cada vez mais os Hospitais Universitários passaram a ganhar relevo em seus contextos locais e regionais, não cabendo mais dentro das paredes das Santas Casas, necessitando de locais mais apropriados ao desenvolvimento do ensino e agora também da assistência.

Neste contexto, o Hospital Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., no final da década de 1980, ganhou projeto de construção de prédio próprio, junto às Faculdades de Medicina e Escola de Enfermagem, formando o que se denominou de Campus da Saúde.

Em que pese a notória importância da construção de mais um hospital na cidade, que cada vez mais se ocupava de abrigar em seus leitos uma parcela maior da população rio-grandina, o crescimento de serviços não foi acompanhado pela formação de um quadro próprio de pessoal concursado, por concepções políticas dos governos do período.

Desta forma, através da Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino da Universidade do Rio Grande (FAHERG), passou a ser provido o quantitativo de pessoal necessário à manutenção do mínimo esperado para o atendimento dos serviços prestados pelo HU, situação que persistiu mesmo com a realização do primeiro concurso realizado no ano de 1994, para algumas especialidades, e que se manteve até os dias atuais.

Tendo em vista o déficit acumulado de pessoal contratado pelo regime da Lei 8.112/90, ao longo dos anos, que não foi resolvido com a edição do REHUF (Decreto nº 7.082/2010), foram autorizadas, pelo Ministério Público Federal, contratações precarizadas para o Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. via Fundação de Apoio. Esta autorização, que ocorreu por meio de um Termo de Compromisso, contemplou a contratação de 185 trabalhadores. Contudo, este número também não foi suficiente para atender à deficiência de profissionais nas áreas assistencial e administrativa, acarretando em dificuldade de manutenção ininterrupta de suas escalas de trabalho.

Já no ano de 2011, foi criada, pelo Governo Federal, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh (Lei nº 12.550/2011), com a finalidade de administrar unidades hospitalares, dando apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão no campo da saúde pública, em razão do entendimento firmado em uma série de Acórdãos pelo Tribunal de Contas da União (TCU), que determinava a extinção de todos os vínculos precários dos HUs, assim como de que o modelo de gestão implementado nos hospitais de ensino não mais atendia às necessidades de pessoal e administrativa dos hospitais vinculados às Universidades Federais.

Neste contexto, em meio a uma grande discussão com toda a comunidade universitária, onde após dimensionamento de pessoal foi constatado que o quantitativo necessário para realização dos serviços que já são oferecidos e aqueles com potencial de serem desenvolvidos não era suficiente, a Universidade Federal do Rio Grande efetuou a adesão à Ebserh.

Haja vista a fragilidade do quantitativo de pessoal na estrutura administrativa do Hospital, não foi possível desenvolver uma política de gestão de pessoas voltada às especificidades do HU, gerando reflexos em inúmeras áreas da Gestão em Recursos Humanos, como no processo de educação permanente incipiente - que não

atende ao planejamento necessário para a qualificação da assistência e desenvolvimento dos profissionais – dentre outros.

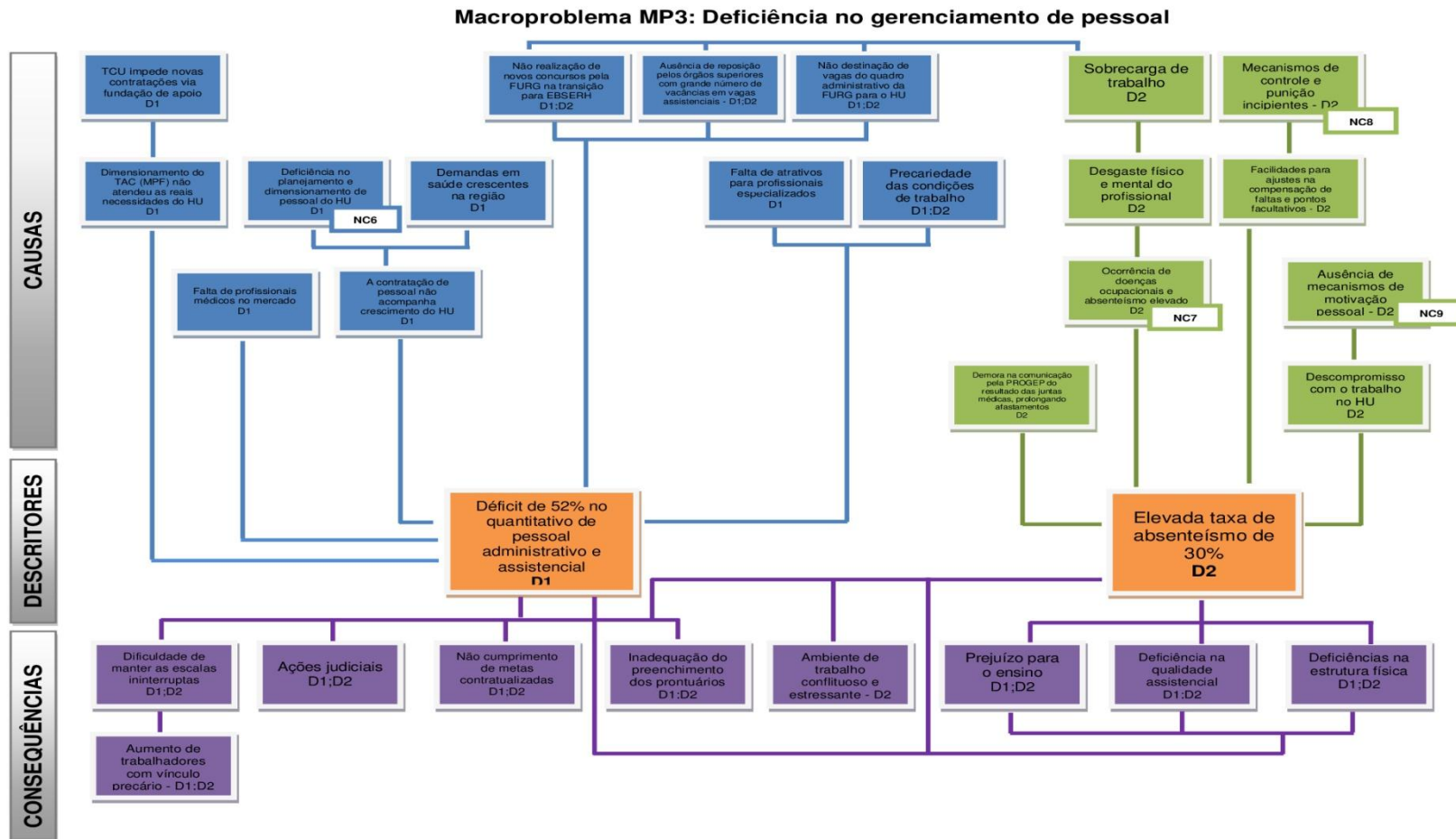
Isto porque as estratégias de aprendizagem utilizadas na educação permanente devem, nesta linha, desenvolver o pensamento crítico e dialógico, o que traz um espaço de participação multidisciplinar e integrativo dos diversos saberes acadêmicos e profissionais que convivem no espaço do hospital (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), na busca do intercâmbio de conhecimento e crescimento profissional e institucional.

Ainda, podem ser citados como aspectos que merecem especial atenção da Administração, a herança da inexistência de uma política de gestão de pessoas voltada para o HU antes da adesão à Ebserh, os persistentes problemas relacionados à aplicação de mecanismos de punição, dada a dificuldade de apuração de fatos que se toma conhecimento pela ausência de uma cultura de documentação muito presente nos hospitais, assim como a inexistência de regimentos e normatizações específicas para os profissionais de saúde, que contam com cargas horárias e formas de cumprimento não previstas na Lei 8.112/90, trazendo dificuldades de interpretação e perpetuação de condutas capazes de gerar sentimento de impunidade dentre os servidores, levando à reiteração de condutas e sentimento de desmotivação, nocivos a um bom ambiente de trabalho (FOUCAULT, 1977) .

Não fossem estes problemas, há de se salientar a grande dificuldade enfrentada pela coexistência de diversos vínculos empregatícios – RJU, Fundação de Apoio, Celetistas Ebserh, prestadores de serviço, terceirizados – em um ambiente efervescente, dinâmico e diferente de qualquer outro contexto, que é um hospital, com a iminência de um desligamento em massa de um grupo de trabalhadores que há duas décadas contribuiu muito para a manutenção da instituição, sendo tarefa da gestão de pessoas que esta transição não cause danos aos processos assistenciais, de ensino e administrativos (RUIZ; PERROCA; JERICÓ, 2016).

Desta forma, a implementação de um sistema de gestão de pessoas que valorize a comunicação horizontal dos trabalhadores entre si e com a gestão, e que consiga diagnosticar as reais necessidades da instituição, como forma de diminuir os grandes impactos gerados pela escassez de pessoal e de recursos financeiros, responsáveis pela sobrecarga de trabalho e conflitos de relacionamento é um desafio a ser vivenciado, e que será enfrentado frontalmente nos próximos dois anos.

Figura 11: Árvore do Problema do MP3



Fonte: HU/FURG

6.7 Macroproblema 4 – "Fragilidades na gestão do HU"

O HU mantém relações dependentes e interdependentes, econômicas e estruturais, com diversos órgãos e entidades (FURG, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Ebserh, 3ª CRS). Este fato provoca falta de autonomia da gestão, pois inúmeras decisões são tomadas após discussão com esses órgãos, limitando o poder de resposta aos problemas latentes. A falta de definição da Missão do HU reforça a ausência de autonomia da gestão. Em 2014, foi finalizado o Plano de Desenvolvimento do Hospital Universitário - PDHU, no qual foi definida a Missão e Visão do HU, dentre uma série de objetivos e estratégias pensadas para o hospital. Contudo, o mesmo ainda aguarda aprovação do Conselho Universitário da FURG, o que impossibilitou a sua ampla divulgação.

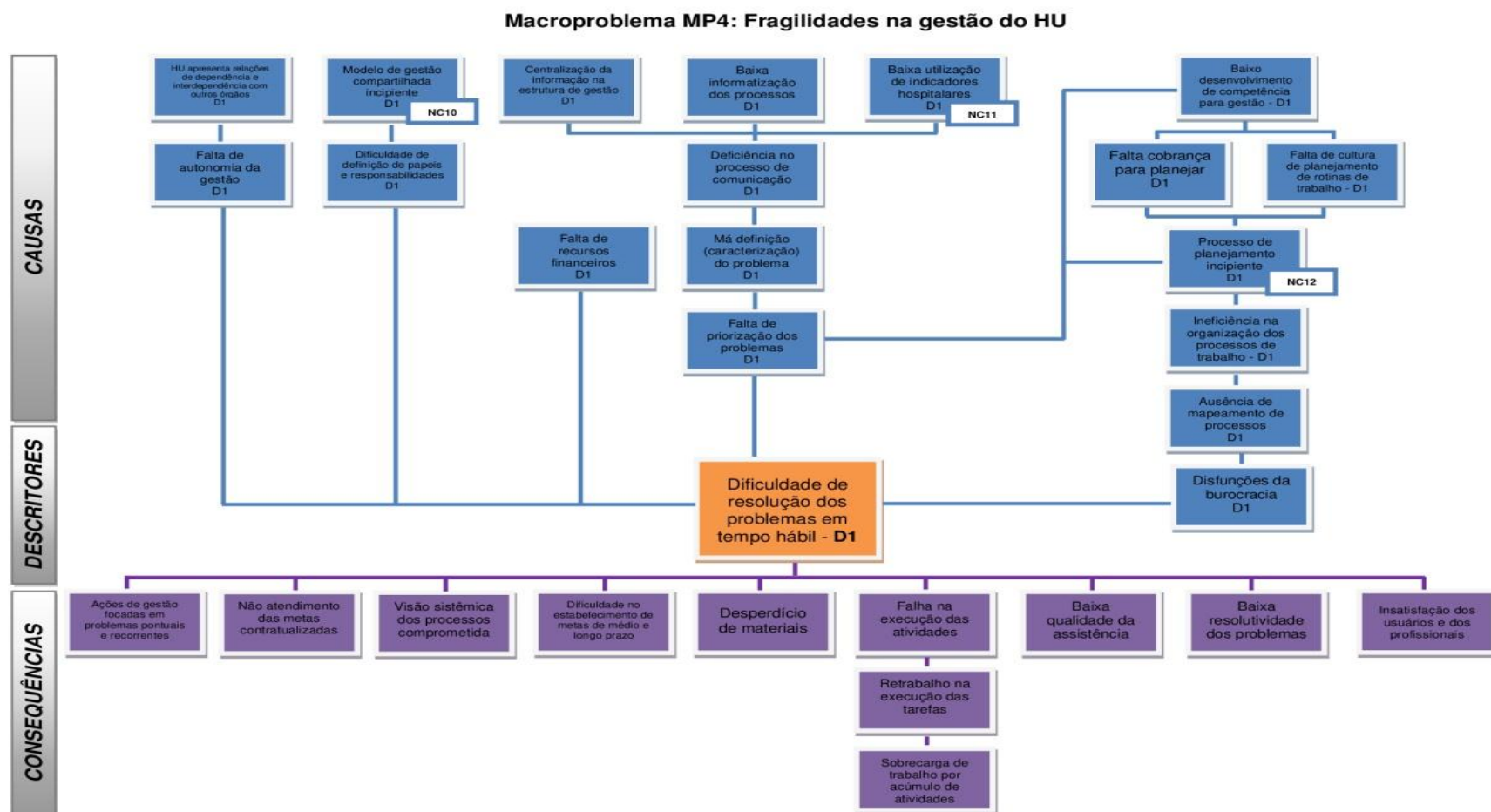
A redução de cargos de direção, a partir da configuração de um novo organograma, definido em 2008, limitou a gestão do HU a poucas pessoas. Este fato contribuiu para a morosidade na resolução de problemas, pois com a estrutura hierárquica verticalizada, cada gestor tornou-se responsável por uma estrutura extensa, com pouco tempo para discussão de assuntos do HU. O número reduzido de chefias oficiais conduziu à existência de responsáveis informais em certos setores, promovendo a perda da legitimidade dessas chefias em alguns casos e, em outros, à ausência de comprometimento com o cargo. Existem pessoas despreocupadas com os bens públicos, agindo de maneira irresponsável na utilização e conservação de materiais permanentes e de consumo. O desperdício de alimentação, água e energia, municiados por trabalhadores em geral, usuários, visitas, acompanhantes e prestadores de serviço, também se configura como o mau uso do público.

Inúmeros profissionais não possuem o hábito de acessar os sites do HU e da FURG, prejudicando a comunicação *online*. A baixa qualidade da rede de dados no HU e a falta de atrativos do site tornam a comunicação ainda mais deficiente. A utilização de painéis nas dependências do hospital também não promove a comunicação, muito em virtude da falta de cultura dos profissionais em acompanhar este meio de difusão da informação. A ausência de profissionais da área de comunicação exclusivos do HU contribui, da mesma forma, com o agravamento desse problema.

Contudo, os problemas de comunicação não estão somente vinculados aos canais de comunicação, mas também à qualidade da mesma. Por vezes, ocorre a centralização da informação na estrutura de gestão, não havendo a disseminação da mesma de maneira correta - somente parte da informação chega até a ponta. Além disso, as más definições ou caracterizações das dificuldades potencializam os problemas de comunicação. A cultura do uso de indicadores como forma de embasar as situações ainda é incipiente. Possuir o melhor *software* para transmissão de dados ou uma banda de internet ótima não será suficiente para aprimorar a comunicação se os sujeitos das ações não estiverem comprometidos com o processo. O exposto colabora para a baixa integração entre os setores, isolando-os e individualizando suas decisões.

Há falta de um mapeamento dos processos de trabalho que vise, principalmente, à otimização dos processos, à redução das divergências nas rotinas de trabalho, ao retrabalho e ao erro cometido por desconhecimento de como fazer. Juran (1992) considera que, para evitar a complexidade dos processos, é necessário mostrá-los através de um diagrama de macroprocessos, de forma geral, com escopo multifuncional. Esse diagrama a ser utilizado é um fluxograma. Segundo Oliveira (1998), fluxograma é a representação gráfica que apresenta a sequência de um trabalho de forma analítica, caracterizando as operações, os responsáveis e/ou unidades organizacionais envolvidas nos processos. Para Hammer e Champy (1994), é fundamental documentar todos os itens levantados, pois após a identificação e mapeamento dos processos, será necessário definir critérios para a escolha daqueles que deverão ser melhorados. A deficiência na análise dos procedimentos leva, muitas vezes, ao excesso de burocracia interna, pois cada atividade de um processo é desempenhada sem a visão do todo.

Figura 12: Árvore do Problema do MP4



Fonte: HU/FURG

6.8 Macroproblema 5 – "Precariedade da infraestrutura e deficiência na gestão de equipamentos e materiais hospitalares"

Em sua concepção, a área onde atualmente se encontra o Hospital Universitário foi projetada pela Santa Casa de Rio Grande como uma Maternidade. Ao ser adquirido pela Universidade Federal do Rio Grande, o prédio foi transformado em Hospital Geral, necessitando, assim, de readaptações. Pela falta de um Plano Diretor, aliado aos recursos financeiros insuficientes, o planejamento físico acabou sendo prejudicado, resultando em constantes readequações da infraestrutura para comportar os serviços oferecidos e em dificuldades para ampliação e implantação de outros.

As urgências e as imposições legais apresentaram-se como os principais balizadores para a realização de obras e reformas. Nesse sentido, a falta de um plano que privilegie uma visão global dos espaços físicos perante as necessidades do hospital prejudica a melhoria da ambiência hospitalar, seja pela não inclusão de locais de convivência e pela desorganização da estrutura física na qual se encontra o hospital. Outra questão que impõe obstáculos à potencialização da área física do HU está ligada ao local onde o hospital está inserido. Em virtude do solo arenoso, não é possível ampliar o prédio para além dos seus quatro andares e, pelas edificações existentes em seu entorno, também seria impossível a sua expansão horizontal, sem que algum destes prédios vizinhos seja adquirido e, posteriormente, reformado para ser incorporado ao HU, estando hoje limitado ao seu espaço já existente.

Ainda sobre a estrutura física do hospital, devido a uma série de licitações frustradas em que várias construtoras locais não tiveram interesse em realizar as obras destinadas à execução do Plano de Prevenção e Controle a Incêndios (PPCI) do hospital, as futuras reformas previstas necessitam passar por uma nova análise dos projetos de engenharia a serem desenvolvidos (seja a atualização dos seus orçamentos, seja a verificação do atendimento à legislação vigente). Este fato demandará esforços em termos de tempo e recursos (humanos e financeiros) para que possa adequar a sua estrutura física às necessidades do hospital.

Já em relação à administração de materiais, identifica-se o mau uso do material hospitalar por parte dos profissionais que os subutilizam, superutilizam ou os inutilizam, seja por desconhecimento do uso correto, má qualidade dos materiais

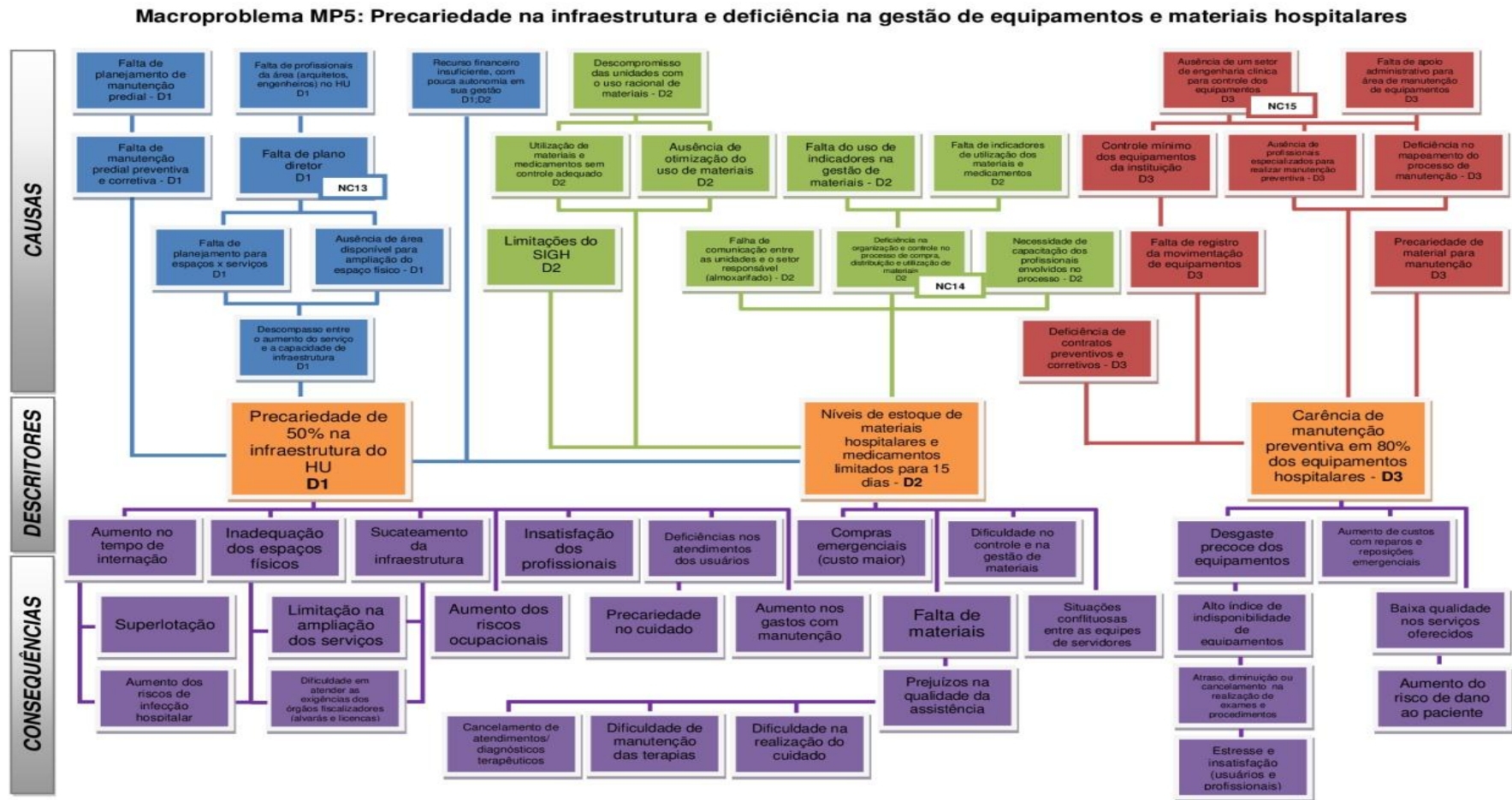
adquiridos, descomprometimento ou até mesmo pela necessidade de adaptações pela falta dos materiais hospitalares corretos no momento do seu uso. Existe, também, o desperdício de material em situações em que estes são disponibilizados livremente para uso dos acompanhantes dos pacientes, no atendimento dos mesmos (luvas, gazes, soluções). A carência de recursos financeiros afeta o planejamento das aquisições de materiais, o que conseqüentemente compromete a manutenção dos estoques mínimos para atender às demandas do HU (via de regra os estoques não estão disponíveis para mais do que 15 a 30 dias, o que ocasiona a falta de parte deles ou a necessidade de aquisição via Fundação de Apoio, a preços de mercado).

Essa situação financeira precária também atinge o planejamento das compras de equipamentos, bem como da possibilidade de se trabalhar com a manutenção preventiva dos mesmos e da própria infraestrutura física. Kardec e Ribeiro (2002) atribuem à manutenção a tarefa de garantir a disponibilidade da função dos equipamentos e instalações de modo a atender a um processo (de produção ou de serviço) com confiabilidade, segurança, preservação do meio ambiente e custos adequados. Os autores apontam três técnicas de manutenção como as mais utilizadas: a Manutenção Corretiva (Planejada e Não Planejada), que é aquela realizada após a ocorrência de uma falha ou quebra; a Manutenção Preventiva, considerada a que tem o papel mais importante dentre os tipos de manutenção, pois envolve atividades de planejamento prévio e a execução de tarefas periódicas, sendo realizada de forma sistemática; e a Manutenção Preditiva, que busca garantir qualidade de serviço, com base na aplicação sistemática de técnicas de análise, como o ultrassom, a análise de vibrações, a termografia e a análise de óleos lubrificantes.

A manutenção ainda apresenta como outro problema a ausência de profissionais técnicos na instituição que melhor avaliem as necessidades de aquisições e manutenção de equipamentos, restringindo boa parte das suas manutenções à manutenção corretiva – que além de causar uma série de paradas não planejadas, prejudicam o andamento das atividades, geram inconvenientes e muita insatisfação por parte das pessoas, fora os elevados valores envolvidos nos consertos. Em 2015, o HU/FURG gastou cerca de R\$ 300.000,00 na manutenção corretiva de equipamentos como tomografia, endoscópios, raio-x, Schiller, capelas, ar-condicionados e elevadores.

Destaca-se, ainda, o impedimento na utilização de alguns equipamentos destinados ao HU provenientes de Editais dos Ministérios da Educação e da Saúde, por falta de pessoal capacitado para o uso dos mesmos ou de espaço físico ideal para sua alocação.

Figura 13: Árvore do Problema do MP5



Fonte: HU/FURG

6.9 Macroproblema 6 – "Baixa integração da prática dos profissionais entre ensino, pesquisa e assistência"

A formação dos profissionais de saúde requer a indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão, além da articulação efetiva com os serviços de saúde utilizados como cenário das práticas.

No entanto, essa articulação configura-se como um contínuo desafio para os gestores, profissionais de saúde, professores e estudantes. O cotidiano e as diferentes concepções de educação nestes espaços permeiam o trabalho, o ensino, a aprendizagem, às vezes potencializando, e em outras fragilizando a atenção em saúde, o processo educativo e as relações entre os diferentes atores.

Nesta perspectiva, Ceccim e Feuerwerker (2004) compreendem que a formação dos profissionais de saúde extrapola a educação para além do domínio técnico científico da profissão e se estende pelos aspectos estruturantes de relações e práticas de interesse ou relevância social que contribuam a uma melhor qualidade de saúde da população.

A formação tecnoprofissional, a produção de conhecimento e a prestação de serviços pelas instituições formadoras somente têm sentido quando apresentam relevância social. Na área da saúde, o ensino e a pesquisa só serão relevantes se cumprirem o seu papel social e as demandas do SUS. É nesta interface que serviço e academia devem envidar esforços e integrar-se para qualificar os processos assistenciais e, conseqüentemente, desenvolverem um ensino de qualidade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

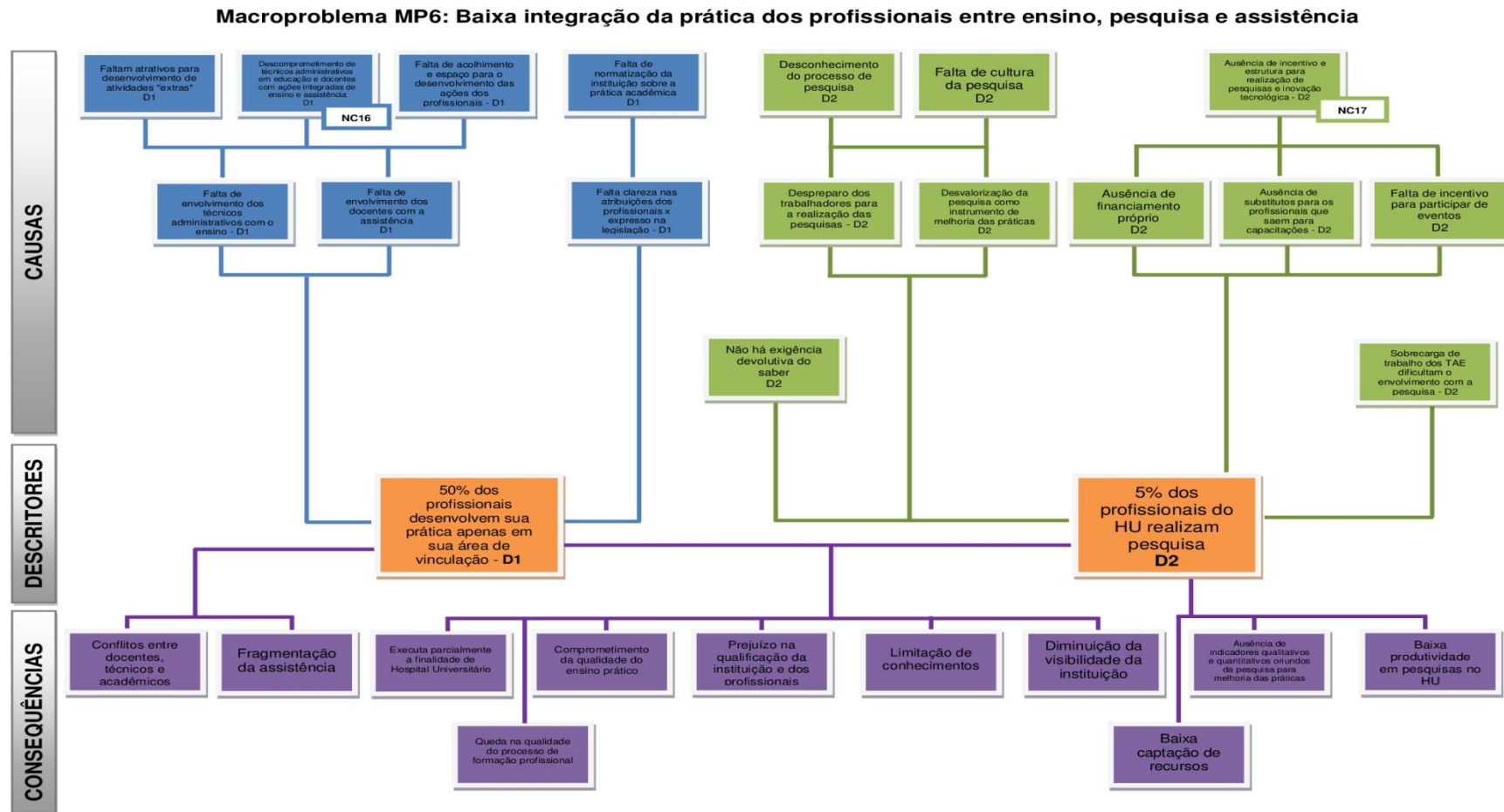
No contexto destas reflexões, existem enormes desafios a serem analisados, pois, como aponta Oliveira (2003), vivemos transformações na academia e nos serviços de saúde decorrentes de mudanças sociais, vinculadas à estrutura demográfica e epidemiológica da população, que tem impacto nas necessidades e demandas de saúde, visto que os serviços respondem mais rapidamente a este cenário, pois a pressão da sociedade se faz sentir imediatamente no espaço das práticas. No que se refere aos entraves da academia, há a dificuldade de encontrar docentes para este novo enfoque de ensino e aprendizagem, o que muitas vezes é acrescido pela resistência dos próprios alunos em participar dos processos de mudança.

Ainda para Oliveira (2003), os obstáculos relacionados ao serviço podem estar associados à resistência dos profissionais, pois estes entendem que a formação não faz parte de suas atribuições e, além disso, acreditam que não são remunerados para ensinar. Somam-se, ainda, problemas de estrutura física das unidades; resistência de uma parcela da população à presença do estudante no serviço; temor dos profissionais dos serviços de que suas fragilidades sejam percebidas.

Na mesma linha de análise, Cavalheiro e Guimarães (2011) corroboram que os principais desafios na integração ensino e serviço incluem a necessidade da universidade compreender que os serviços produzem conhecimento e de que a parceria com essa qualifica a produção; a importância de ampliar o debate sobre os princípios, diretrizes e bases legais do SUS, envolvendo diretores de cursos, gestores dos serviços, docentes, discentes e profissionais da equipe de saúde. Para isso, é indispensável propiciar espaços de discussão e troca de experiência, a fim de qualificar a implementação das mudanças curriculares, a participação do serviço, de modo sistemático, no processo de implantação, deliberação e acompanhamento dos projetos desenvolvidos nas unidades de saúde, como reformas, compra de material e atividades, dimensionar o número de estudantes dentro dos serviços e manter uma articulação contínua para gerenciar as necessidades do serviço e do ensino. Para além disso, é necessário buscar alternativas para os períodos de recesso escolar, quando os estudantes se afastam dos serviços, de forma a gerenciar a demanda criada pelas atividades acadêmicas.

Há que se procurar estratégias na integração ensino e serviço visando à construção do novo, no investir no estabelecimento de relações profissionais dialógicas de ambos os lados, considerando que não há uma academia que simplesmente se utiliza dos serviços como local de estágio e campo de pesquisa, nem um serviço que se utiliza dos discentes como mera mão de obra, pois a missão de um hospital universitário prima pela formação dos profissionais de saúde e pela prestação de uma assistência qualificada e humanizada.

Figura 14: Árvore do Problema do MP6



Fonte: HU/FURG


7. Proposta de Intervenção

Neste capítulo será apresentado o plano de ação do HU/FURG para o biênio 2017/2018. Foram construídas ações para seis macroproblemas do total de sete definidos pelo grupo de Governança Ampliada do HU. Ao longo do período previsto para a execução do plano de ação poderão surgir outros macroproblemas não identificados anteriormente, podendo ser modelados durante a execução do plano.

7.1 Relação de Ações por nó crítico


O grupo de Governança Ampliada do HU/FURG, em consonância com os demais membros da instituição, constituiu o Plano de Intervenção que foi formado por seis (06) macroproblemas, 17 nós críticos e 53 ações. Para uma melhor visualização, serão apresentados, a seguir, os quadros com o conjunto de ações de cada nó crítico vinculado ao seu macroproblema e ao resultado esperado. Na próxima seção, cada ação será detalhada, apresentando as atividades que as compõem.

Quadro 12: M1 Gestão financeira incipiente e restrição na obtenção de recursos

 Nós Críticos e Ações	Resultado Esperado
NC1 D1 M1 Fontes de financiamento insuficientes para custeio do HU	
Ação 1: Qualificar o processo de contratualização externa	Possuir conhecimento abrangente sobre o processo de contratualização interna e externa, elaborando contrato pactuado de acordo com as necessidades em saúde da microrregião e especificidades do HU, havendo um planejamento orçamentário efetivo, considerando as diferentes variáveis e cenários, além de manter um bom relacionamento com empresas e associações, visando doações.
Ação 2: Criar e implementar o processo de contratualização interna	
Ação 3: Estimular a filantropia das empresas e associações com o HU	
Ação 4: Realizar planejamento orçamentário anual	
NC2 D1 M1 Prontuários mal preenchidos e mal faturados	
Ação 1: Padronizar e uniformizar os documentos do prontuário	Prontuários padronizados na lógica do prontuário único integrado, com um Setor de Faturamento estruturado e consolidado, havendo o monitoramento dos prontuários sistematizados, apontando e corrigindo as incoerências, caso ocorram, e profissionais capacitados e conscientizados sobre a importância do preenchimento correto dos prontuários.
Ação 2: Capacitar os trabalhadores da saúde para o preenchimento do prontuário	
Ação 3: Estruturar o "Serviço" de Faturamento	
Ação 4: Monitorar o preenchimento dos prontuários	


Fonte: HU/FURG

Quadro 13: M2 Fragilidades na gestão do cuidado

 Nós Críticos e Ações	Resultado Esperado
NC3 D1 M2 Baixa aderência aos dispositivos da gestão da clínica	
Ação 1: Sensibilizar os trabalhadores sobre a temática da Gestão da Clínica que se objetiva	Mudança da cultura assistencial, com adesão aos dispositivos da gestão da clínica e reorganização das equipes, visando à qualificação do cuidado.
Ação 2: Aprimorar o acolhimento e classificação de risco do paciente	
Ação 3: Implementar equipe multidisciplinar na Clínica Médica	
Ação 4: Instituir o kanban na Clínica Médica	
Ação 5: Construir linhas de cuidado de condições clínicas na saúde do adulto no HU	
Ação 6: Instituir protocolos clínicos centrados no paciente na Clínica Médica	
Ação 7: Implementar o processo de vigilância em saúde e segurança do paciente	
NC4 D2 M2 Ausência de um processo de regulação e avaliação que faça a interlocução entre HU e SMS	
Ação 1: Estruturar o Núcleo Interno de Regulação	Otimizar a ocupação hospitalar e a sistematização dos fluxos, a partir de uma regulação interna organizada, com foco nas necessidades dos usuários, e melhor integração do HU na rede de saúde.
Ação 2: Organizar o processo de transferência do cuidado	
Ação 3: Promover a otimização de vagas ambulatoriais ofertadas	
NC5 D3 M2 Pouca abrangência dos cursos de educação permanente	
Ação 1: Institucionalizar a educação permanente	Existência de ações de educação permanente para melhoria do desempenho dos trabalhadores nas suas atividades.
Ação 2: Desenvolver ações de educação permanente	
Ação 3: Avaliar o processo de educação permanente	


Fonte: HU/FURG

Quadro 14: M3 Deficiência no gerenciamento de pessoal

 Nós Críticos e Ações	Resultado Esperado
NC6 D1 M3 Deficiência no planejamento e dimensionamento de pessoal do HU	
Ação 1: Mapear a necessidade de pessoal	Dimensionamento de pessoal efetivo, realizado de acordo com as especificidades do HU, com plano de priorização de vagas consolidado, visando à redução da sobrecarga de trabalho e custos com pessoal, além da melhora contínua da assistência.
Ação 2: Planejar o desligamento dos trabalhadores da Fundação de Apoio	
NC7 D2 M3 Ocorrência de doenças ocupacionais e de absenteísmo elevado	
Ação 1: Mapear os atestados médicos, como causa de afastamentos, dos profissionais	Redução da taxa de absenteísmo em todas as áreas, com melhoria nas condições de trabalho e com iniciativas para promoção da saúde e prevenção de doenças relacionadas ao trabalho.
Ação 2: Propor ações para redução das taxas de absenteísmo	
NC8 D2 M3 Mecanismos de controle e punição incipientes	
Ação 1: Criar e divulgar Regulamento Interno	Existência de Regulamento Interno eficiente, efetivo e eficaz com redução do sentimento de impunidade.
NC9 D2 M3 Ausência de mecanismos de motivação pessoal	
Ação 1: Desenvolver pesquisas periódicas de satisfação do trabalhador	Existência de programa de qualidade de vida no trabalho, contribuindo para o processo de motivação dos profissionais.
Ação 2: Desenvolver programa de qualidade de vida no trabalho	


Fonte: HU/FURG

Quadro 15: M4 Fragilidades na gestão do HU

 Nós Críticos e Ações	Resultado Esperado
NC10 D1 M4 Modelo de gestão compartilhada incipiente	
Ação 1: Preencher os cargos de chefia	Modelo de gestão compartilhada, participativa e coesa consolidado, com participação de todos os níveis nas decisões, havendo comunicação efetiva em todo o HU e com consonância na relação com outros órgãos e instituições.
Ação 2: Instituir o Colegiado de Gestão das Unidades	
Ação 3: Melhorar a comunicação das gerências com as unidades	
Ação 4: Estreitar as relações do HU X FURG e HU X FAHERG	
NC11 D1 M4 Baixa utilização de indicadores hospitalares	
Ação 1: Selecionar os indicadores necessários para gestão	Existência de grupo de indicadores viáveis para a gestão por resultados, com sistema AGHU implantado e ativo.
Ação 2: Implantar sala de situação para consolidar e distribuir os indicadores	
Ação 3: Implantar o AGHU	
NC12 D1 M4 Processo de planejamento incipiente	
Ação 1: Capacitar os gestores para o processo de planejamento	Execução de planejamento de médio e longo prazo e de plano operacional das unidades, com conhecimento dos processos de trabalho.
Ação 2: Mapear os processos de trabalho	
Ação 3: Elaborar planejamento de médio e longo prazo	
Ação 4: Elaborar plano operacional das unidades do HU	


Fonte: HU/FURG

Quadro 16: M5 Precariedade da infraestrutura e deficiência na gestão de equipamentos e materiais hospitalares

 Nós Críticos e Ações	Resultado Esperado
NC13 D1 M5 Falta de Plano Diretor	
Ação 1: Desenvolver o Plano Diretor	Existência de um Plano Diretor atualizado e de acordo com as normas, regulamentos e necessidades do HU.
NC14 D2 M5 Deficiência na organização e controle no processo de compra, distribuição e utilização de materiais	
Ação 1: Estruturar o Setor de Administração	Existência de um processo de compras, distribuição e utilização de materiais eficiente, eficaz e efetivo, reduzindo os desperdícios e ampliando o estoque de segurança para 60 dias.
Ação 2: Organizar os processos de compra, distribuição e uso de materiais	
Ação 3: Capacitação dos profissionais	
Ação 4: Avaliar os processos de compra, distribuição e uso de materiais	
NC15 D3 M5 Ausência de um setor de engenharia clínica para controle de equipamentos	
Ação 1: Estruturar o Setor de Engenharia Clínica	Existência de Setor de Engenharia Clínica consolidado, com conhecimento sobre os equipamentos existentes no HU e suas movimentações, além de processo de manutenção preventiva efetivo e havendo manutenções corretivas em tempo hábil com planos de contingência.
Ação 2: Organizar o processo de controle de equipamentos	
Ação 3: Organizar o processo de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos	

Fonte: HU/FURG

Quadro 17: M6 Baixa integração da prática dos profissionais entre ensino, pesquisa e assistência


 Nós Críticos e Ações	Resultado Esperado
NC16 D1 M6 Descomprometimento de técnicos administrativos em educação e docentes com ações integradas de ensino e assistência	
Ação 1: Analisar junto ao corpo técnico e docente os motivos do descomprometimento	Corpo técnico qualificado, atuando nas atividades práticas do ensino de graduação e pós-graduação e corpo docente inserido nos processos assistenciais.
Ação 2: Capacitar o corpo técnico em formação pedagógica	
Ação 3: Propor ações integradas de inclusão do corpo técnico e docente com o ensino e a assistência	
Ação 4: Avaliar os impactos das ações no trabalho	
NC17 D2 M6 Ausência de incentivo e estrutura para realização de pesquisas e inovação tecnológica	
Ação 1: Difundir o processo de pesquisa científica no HU	Melhorar os indicadores quantitativos e qualitativos da pesquisa no HU e seu reflexo na assistência.
Ação 2: Criar grupos de pesquisa e consultoria no HU	

Fonte: HU/FURG

7.2 Plano de Intervenção Consolidado


Dando continuidade à demonstração do plano de intervenção, a seguir, é apresentado o detalhamento de cada ação com suas atividades, bem como os seus responsáveis, rede de ajuda, indicadores de qualidade e prazos estimados para implementação. Para cada nó crítico é exposto, também, seu macroproblema e o espaço do problema.

Quadro 18: Plano de Intervenção Consolidado - NC1

 NC1 D1 M1					
Macroproblema	Gestão financeira incipiente e restrição na obtenção de recursos				
Espaço do Problema	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr; Universidade Federal do Rio Grande; Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino de Rio Grande				
Nó Crítico	Fontes de financiamento insuficientes para custeio do HU				
Resultado Esperado	Ações/Atividades	Responsáveis	Rede de Ajuda	Indicadores de Qualidade	Prazos
Possuir conhecimento abrangente sobre o processo de contratualização interna e externa, elaborando contrato pactuado de acordo com as necessidades em saúde da microregião e especificidades do HU, havendo um planejamento orçamentário efetivo e considerando as diferentes variáveis e cenários, além de manter um bom relacionamento com empresas e associações, visando doações.	Ação 1: Qualificar o processo de contratualização externa (Responsável: Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde)				
	Consolidar o Setor de Regulação e Avaliação em saúde	Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde	Setor de Faturamento FAHERG; Divisão de Gestão de Pessoas; Divisão Médica; Gerente Administrativo; Divisão de Enfermagem	Valor do novo contrato / valor contrato vigente = % de aumento do valor pactuado	Mar/17 a Ago/17
	Reativar a Comissão de Acompanhamento de Contratos				
	Solicitar acompanhamento do Setor de Regulação Assistencial e contratualização Hospitalar, da Ebserh, para capacitação sobre contratualização				
	Realizar a capacitação dos envolvidos no processo				
	Monitorar, mensalmente, as metas do contrato vigente	Chefe da Unidade de Planejamento	metas realizadas / meta total = % efetividade das metas		
	Repactuar as metas de acordo com a capacidade instalada do HU	Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde			
	Construir novo contrato, otimizando o plano operativo				
	Ação 2: Criar e implementar o processo de contratualização interna (Responsável: Presidente da Comissão de Acompanhamento de Contrato)				
	Realizar reuniões junto às unidades para definição de metas internas	Comissão de Acompanhamento de Contrato		metas realizadas / meta total = % efetividade das metas	Fev/17 a Dez/17
	Definir incentivos para cumprimento de metas				
	Criar contrato interno				
	Tornar pública a contratualização interna				
	Criar indicadores de monitoramento				
	Avaliar as metas contratualizadas				
	Ação 3: Estimular a filantropia das empresas e associações com o HU (Responsável: Chefe do Setor de Projetos Estratégicos)				
	Envolver o grupo de Humanização no processo	Chefe do Setor de Projetos Estratégicos	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde; Divisão de Gestão do Cuidado; Gerência Administrativa; Unidade de Planejamento; Chefias das unidades; Grupo de Humanização; Amigas do HU	Σ do valor recebido no período / Σ do valor recebido no período anterior = % taxa de crescimento das doações	Fev/17 a Dez/18
	Fortalecer a relação com as Amigas do HU				
	Estimular o relacionamento com empresas e instituições para doações				
	Divulgar as ações filantrópicas e necessidades				
	Ação 4: Realizar planejamento orçamentário anual (Responsável: Gerente Administrativo)				
	Consolidar o Setor de Orçamento e Finanças	Gerente Administrativo	Unidade de Programação Orçamentária e Financeira; Unidade de Planejamento, Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar; Setor de Suprimentos; Setor de Infraestrutura Física; PROPLAD (FURG)	Planejamento orçamentário efetivo	Dez/16 a Abr/17
	Mapear os custos fixos e variáveis do HU				
	Montar cenários econômicos para diferentes períodos				
Efetuar a proposta orçamentária anual					
Realizar revisões trimestrais da proposta					
Propor linhas de ação para possíveis desvios					


Fonte: HU/FURG

Quadro 19: Plano de Intervenção Consolidado - NC2

 NC2 D1 M1					
Macroproblema	Gestão financeira incipiente e restrição na obtenção de recursos				
Espaço do Problema	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr; Universidade Federal do Rio Grande; Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino de Rio Grande				
Nó Crítico	Prontuários mal preenchidos e mal faturados				
Resultado Esperado	Ações/Atividades	Responsáveis	Rede de Ajuda	Indicadores de Qualidade	Prazos
Prontuários padronizados na lógica do prontuário único integrado, com um Setor de faturamento estruturado e consolidado, havendo o monitoramento dos prontuários sistematizados, apontando e corrigindo as incoerências caso ocorram e profissionais capacitados e conscientizados sobre a importância do preenchimento correto dos prontuários.	Ação 1: Padronizar e uniformizar os documentos do prontuário (Responsável: Gerente de Atenção à Saúde)				
	Analisar os documentos existentes nos prontuários (Comissão de Prontuários)	Gerente de Atenção à Saúde	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde; Comissão de Prontuários; Comissão de Documentação Médica e Estatística; Setor de Gestão da Informação e Informática	-	Jan/17 a Dez/18
	Padronizar os documentos para os prontuários (Comissão de documentação médica e estatística) na lógica do prontuário único integrado				
	Reestruturar o Manual de Preenchimento de Prontuário				
	Ação 2: Capacitar os trabalhadores da saúde para o preenchimento do prontuário (Responsável: Gerente de Atenção à Saúde)				
	Criar plano de capacitação dos profissionais de saúde, considerando as diferentes necessidades para cada profissional	Comissão de Acompanhamento de Contrato	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde; Comissão de Prontuários; Comissão de Documentação Médica e Estatística; Setor de Gestão da Informação e Informática; Divisão de Gestão de Pessoas	metas realizadas / meta total = % efetividade das metas	Mar/17 a Dez/18
	Realizar encontros para problematização da importância do registro adequado dos prontuários, numa tentativa de conscientizar os trabalhadores da saúde				
	Realizar a capacitação dos profissionais de saúde sobre o preenchimento do prontuário				
	Ação 3: Estruturar o "Serviço" de Faturamento (Responsável: Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde)				
	Definir as atividades dos profissionais atuantes no serviço de faturamento	Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde	Divisão de Gestão de Pessoas; Setor de Faturamento FAHERG	Setor 100% estruturado	Mar/17 a Dez/17
	Dimensionar o quantitativo de pessoal necessário para realização das atividades				
	Selecionar o pessoal necessário considerando a presença do profissional médico para otimizar o controle no preenchimento dos prontuários, auditor interno e pessoal administrativo para verificação dos prontuários				
	Capacitar os profissionais do faturamento quanto a importância de analisar e avaliar o preenchimento dos prontuários no que se refere ao procedimento e diagnóstico, com código correspondente				
	Ação 4: Monitorar o preenchimento dos prontuários (Responsável: Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde)				
	Instruir as secretárias das unidades para a verificação diária do registro nos prontuários	Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde	Serviço de Faturamento; Divisão de Gestão do Cuidado	Σ de prontuários com incoerências encontradas / Σ de prontuários analisados = % de prontuários com incoerências encontradas	Ago/17 a Ago/18
	Criar indicadores de monitoramento dos prontuários	Chefe da Unidade de Planejamento			
Implementar os indicadores de avaliação					
Supervisionar se o preenchimento do prontuário está adequado	Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde				


Fonte: HU/FURG

Quadro 20: Plano de Intervenção Consolidado - NC3

 NC3 D1 M2					
Macroproblema	Fragilidades na gestão do cuidado				
Espaço do Problema	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr, Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino de Rio Grande				
Nó Crítico	Prontuários mal preenchidos e mal faturados				
Resultado Esperado	Ações/Atividades	Responsáveis	Rede de Ajuda	Indicadores de Qualidade	Prazos
Mudança da cultura assistencial, com adesão aos dispositivos da gestão da clínica e reorganização das equipes, visando à qualificação do cuidado.	Ação 1: Sensibilizar os trabalhadores sobre a temática da Gestão da Clínica que se objetiva (Responsável: Gerente de Atenção à Saúde)				
	Realizar reuniões nas unidades sobre a temática proposta	Gerente de Atenção à Saúde	Divisões, Setores e Unidades da Gerência de Atenção à Saúde	-	Mar/17 a Ago/17
	Problematicar com os trabalhadores os dispositivos da gestão da clínica no seu cotidiano				
	Envolver os residentes e docentes nas discussões realizadas				
	Ação 2: Aprimorar o acolhimento e classificação de risco do paciente (Responsável: Gerente de Atenção à Saúde)				
	Reestabelecer o processo de classificação de risco em conformidade com o gestor local em saúde, utilizando a classificação do Ministério da Saúde	Gerente de Atenção à Saúde	Setor de Urgência e Emergência; Divisão de Gestão do Cuidado; Divisão Médica; Divisão de Enfermagem; Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar; Divisão de Gestão de Pessoas	ACCR Realizada	Jan/17 a Jul/17
	Potencializar estratégias de acolhimento do usuário				
	Avaliar a ambiência do serviço de pronto atendimento				
	Realizar as alterações possíveis para adequação da ambiência				
	Definir os fluxos internos do setor de Urgência e Emergência				
	Criar regimento do Setor de Urgência e Emergência				
	Criar programa de capacitação periódica e permanente dos profissionais envolvidos				
	Capacitar os profissionais envolvidos no processo de acolhimento e classificação de risco				
	Implementar o fluxo de entrada em consonância com a pactuação com o gestor local				
	Monitorar e avaliar o processo de acolhimento e classificação de risco do paciente				
	Ação 3: Implementar equipe multidisciplinar na Clínica Médica (Responsável: Gerente de Atenção à Saúde)				
	Instituir equipes de referência e equipe matricial	Gerente de Atenção à Saúde	Divisões, Setores e Unidades da Gerência de Atenção à Saúde	Equipes instituídas	Mar/17 a Dez/18
	Definir as atribuições dos profissionais				
	Instituir o round multiprofissional				
	Estabelecer critérios para o cuidado, considerando a singularidade do paciente (Plano Terapêutico Singular)				
Ação 4: Instituir o kanban na Clínica Médica (Responsável: Gerente de Atenção à Saúde)					
Realizar reuniões com os profissionais, docentes e discentes da clínica médica para problematização e capacitação do Kanban	Gerente de Atenção à Saúde	Divisões, Setores e Unidades da Gerência de Atenção à Saúde; Unidade de Planejamento	Kan Ban implantado na Clínica Médica	Abr/17 a Dez/18	
Definir os níveis de permanência por cores					
Estudar com as equipes multidisciplinares as patologias prioritárias					
Definir ferramenta para gestão do kanban					
Criar indicadores para monitoramento (saídos no vermelho e causas prioritárias)					
Avaliar os processos					


Fonte: HU/FURG

Quadro 21: Plano de Intervenção Consolidado - NC3 (continuação)

 NC3 D1 M2					
Macroproblema	Fragilidades na gestão do cuidado				
Espaço do Problema	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr, Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino de Rio Grande				
Nó Crítico	Prontuários mal preenchidos e mal faturados				
Resultado Esperado	Ações/Atividades	Responsáveis	Rede de Ajuda	Indicadores de Qualidade	Prazos
Mudança da cultura assistencial, com adesão aos dispositivos da gestão da clínica e reorganização das equipes, visando à qualificação do cuidado.	Ação 5: Construir linhas de cuidado de condições clínicas na saúde do adulto no HU (Responsável: Gerente de Atenção à Saúde)				
	Criar comissão para elaboração das linhas de cuidado	Gerente de Atenção à Saúde	Divisões, Setores e Unidades da Gerência de Atenção à Saúde; Divisão de Gestão de Pessoas; Secretaria Municipal de Saúde	Linhas de cuidado formalizada e estruturada	Abr/17 a Dez/18
	Mapear o processo assistencial				
	Construir as linhas de cuidado considerando as necessidades epidemiológicas regionais e as especificidades do HU				
	Capacitar os profissionais envolvidos no processo para implementação das linhas de cuidado, considerando o cuidado centrado no paciente				
	Instituir as linhas de cuidado				
	Avaliar a adesão às linhas de cuidado				
	Ação 6: Instituir protocolos clínicos centrados no paciente na Clínica Médica (Responsável: Gerente de Atenção à Saúde)				
	Selecionar e adequar os protocolos clínicos para as condições prioritárias junto às equipes de referência e matricial	Gerente de Atenção à Saúde	Divisões, Setores e Unidades da Gerência de Atenção à Saúde	nº de protocolos implantados	Mar/17 a Dez/18
	Capacitar os profissionais sobre o uso correto do protocolo centrado no paciente				
	Implementar os protocolos clínicos				
	Avaliar a adesão aos protocolos clínicos				
	Ação 7: Implementar o processo de vigilância em saúde e segurança do paciente (Responsável: Chefe do Setor de Vigilância em saúde e Segurança do Paciente)				
	Estruturar o Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente	Chefe do Setor de Vigilância em saúde e Segurança do Paciente	Núcleo de Segurança do Paciente; Divisão de Gestão de Pessoas; Unidade de Planejamento; Unidade de Riscos Assistenciais; Setor de Gestão da Informação e Informática; Chefias das Unidades	Núcleo de Segurança do paciente com protocolos instituídos	Jan/17 a Jul/17
	Instalar o sistema informatizado para notificação de infecção hospitalar e de eventos adversos				
	Problematizar os resultados encontrados nos protocolos junto aos colegiados de gestão nas unidades				
	Estruturar o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)				
	Estruturar os protocolos de segurança do paciente, em consonância com o normatizado pelo Ministério da Saúde				
Capacitar os profissionais envolvidos sobre o processo, desenvolvendo a cultura de segurança do paciente					
Implementar o Protocolo de Segurança do Paciente					
Avaliar os indicadores de segurança do paciente					


Fonte: HU/FURG

Quadro 22: Plano de Intervenção Consolidado - NC4

 NC4 D2 M2					
Macroproblema	Fragilidades na gestão do cuidado				
Espaço do Problema	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr				
Nó Crítico	Ausência de um processo de regulação e avaliação que faça a interlocução entre HU e SMS				
Resultado Esperado	Ações/Atividades	Responsáveis	Rede de Ajuda	Indicadores de Qualidade	Prazos
Otimizar a ocupação hospitalar e a sistematização dos fluxos a partir de uma regulação interna organizada, com foco nas necessidades dos usuários, e melhor integração do HU na rede de saúde.	Ação 1: Estruturar o Núcleo Interno de Regulação (Responsável: Gerente de Atenção à Saúde)				
	Formalizar os fluxos hospitalares de internação	Gerente de Atenção à Saúde	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde; Divisão de Gestão do Cuidado; Chefias das Unidades; Unidade de Planejamento	NIR implementado	Jan/17 a Dez/18
	Desenvolver critérios de acesso às diferentes unidades do HU				
	Desenvolver regulamento do processo de trabalho do NIR				
	Definir equipe do Núcleo				
	Definir estrutura de trabalho do Núcleo (local, equipamentos...)				
	Definir indicadores de desempenho do núcleo				
	Avaliar os indicadores				
	Ação 2: Organizar o processo de transferência do cuidado (Responsável: Gerente de Atenção à Saúde)				
	Identificar as necessidades de transferência do cuidado desde a internação	Gerente de Atenção à Saúde	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde; Divisão de Gestão do Cuidado; Chefias das Unidades; Setor de Projetos Estratégicos; Secretaria Municipal de Saúde	-	Fev/17 a Dez/18
	Implementar projeto "Familiar Participante"				
	Criar Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) hospitalar para desenvolver ações de desospitalização para atenção domiciliar				
	Definir o papel do NIR e das equipes de referência para estreitar a comunicação com a rede de atenção à saúde para continuidade do cuidado				
	Ampliar os ambulatórios de egressos para a Clínica Médica				
	Ação 3: Promover a otimização de vagas ambulatoriais ofertadas (Responsável: Gerente de Atenção à Saúde)				
Realizar a interlocução com o gestor local para otimizar o consumo das vagas ambulatoriais ofertadas	Gerente de Atenção à Saúde	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde; Secretaria Municipal de Saúde; Núcleo Interno de Regulação	Σ das vagas ocupadas / Σ das vagas ofertadas = % de ocupação de vagas ambulatoriais	Jan/17 a Mar/17	
Promover a informação às Unidades Básicas de Saúde tradicionais e de saúde da família sobre as vagas ambulatoriais ofertadas					


Fonte: HU/FURG

Quadro 23: Plano de Intervenção Consolidado - NC5

 NC5 D3 M2					
Macroproblema	Fragilidades na gestão do cuidado				
Espaço do Problema	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr, Universidade Federal do Rio Grande, Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino de Rio Grande				
Nó Crítico	Pouca abrangência dos cursos de educação permanente				
Resultado Esperado	Ações/Atividades	Responsáveis	Rede de Ajuda	Indicadores de Qualidade	Prazos
Existência de ações de educação permanente para melhoria do desempenho dos trabalhadores nas atividades.	Ação 1: Institucionalizar a educação permanente (Responsável: Gerente de Ensino e Pesquisa)				
	Criar Núcleo de Educação Permanente	Gerente de Ensino e Pesquisa	Divisão de Gestão de Pessoas, Setor de Gestão de Ensino, PROGEP FURG, Gerência de Atenção à Saúde	Política institucionalizada	Jan/17 a Ago/17
	Levantar as necessidades de aprendizagem a partir da problematização da vivência prática				
	Identificar possíveis facilitadores para os cursos dentre os profissionais do quadro				
	Documentar e divulgar a política institucional de educação permanente				
	Ação 2: Desenvolver ações de educação permanente (Responsável: Gerente de Ensino e Pesquisa)				
	Definição das ações educacionais a partir da problematização da vivência prática	Gerente de Ensino e Pesquisa	Núcleo de Educação Permanente, Setor de Gestão do Ensino, Unidade de Telesaúde, Gerência de Atenção à Saúde, Divisão de Gestão de Pessoas, docentes e técnicos da FURG	nº de ações educacionais realizadas no período	Mar/17 a Dez/18
	Adoção de metodologia ativa nas ações educacionais				
	Desenvolver as ações educacionais				
	Ação 3: Avaliar o processo de educação permanente (Responsável: Gerente de Ensino e Pesquisa)				
	Desenvolver critérios de avaliação de desempenho	Gerente de Ensino e Pesquisa	Núcleo de Educação Permanente, Setor de Gestão do Ensino, Divisão de Gestão de Pessoas	nº de avaliações realizadas	Mar/17 a Dez/18
	Realizar a avaliação formativa de desempenho				
	Realizar a avaliação somativa de desempenho				
Realizar a auto-avaliação do participante, do facilitador e da ação educacional					


Fonte: HU/FURG

Quadro 24: Plano de Intervenção Consolidado - NC6

 NC6 D1 M3					
Macroproblema	Deficiência no gerenciamento de pessoal				
Espaço do Problema	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr, Universidade Federal do Rio Grande				
Nó Crítico	Deficiência no planejamento e dimensionamento de pessoal do HU				
Resultado Esperado	Ações/Atividades	Responsáveis	Rede de Ajuda	Indicadores de Qualidade	Prazos
Dimensionamento de pessoal efetivo, realizado de acordo com as especificidades do HU, com plano de priorização de vagas consolidado, visando a redução da sobrecarga de trabalho e custos com pessoal, além da melhora contínua da assistência.	Ação 1: Mapear a necessidade de pessoal (Responsável: Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas)				
	Realizar levantamento do quantitativo de pessoas lotadas por unidade	Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas	Gerentes, Chefes de Divisão, Setor e Unidade, Chefias Informais e Grupo das Enfermeiras Líderes	Plano elaborado	Dez/16 a Mar/17
	Definir a necessidade de pessoal por profissão segundo critérios pactuados				
	Comparar quantitativo existente com a necessidade para os processos estruturados				
	Analisar o dimensionamento pré-estabelecido pela Ebserh e a situação do concurso vigente				
	Identificar possíveis inconsistências na alocação de pessoal				
	Realizar as correções de alocação, se necessárias				
	Definir mapa de alocação de pessoas				
	Criar plano, priorizando as vagas de acordo com o mapeamento realizado				
	Ação 2: Planejar o desligamento dos trabalhadores da Fundação de Apoio (Responsável: Chefe da Divisão de Pessoas)				
	Instrumentalizar a comissão de transição, formada por membros da FURG, HU e FAHERG, sobre o planejamento dos desligamentos	Chefe da Divisão de Pessoas	Comissão de Transição, Direção da FAHERG, Reitoria FURG, gerentes, chefes de divisão, setores e unidades;	∑ de funcionários desligados / ∑ de funcionários desligados programados = % de desligamento efetivado	Jan/17 a Dez/17
	Mapear o local de exercício dos trabalhadores da Fundação de Apoio				
	Definir as áreas críticas que mais necessitem do trabalho dos funcionários da fundação de apoio				
	Criar cronograma de desligamento sem impactos nos processos assistenciais, de ensino e administrativos				
Estimar o custo dos desligamentos por período					
Realizar os desligamentos conforme cronograma e chamamentos de empregados Ebserh					


Fonte: HU/FURG

Quadro 25: Plano de Intervenção Consolidado - NC7

 NC7 D2 M3					
Macroproblema	Deficiência no gerenciamento de pessoal				
Espaço do Problema	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr; Universidade Federal do Rio Grande; Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino de Rio Grande				
Nó Crítico	Ocorrência de doenças ocupacionais e de absenteísmo elevado				
Resultado Esperado	Ações/Atividades	Responsáveis	Rede de Ajuda	Indicadores de Qualidade	Prazos
Redução da taxa de absenteísmo em todas as áreas, com melhoria nas condições de trabalho e com iniciativas para promoção da saúde e prevenção de doenças relacionadas ao trabalho.	Ação 1: Mapear os atestados médicos, como causa de afastamentos, dos profissionais (Responsável: Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas)				
	Realizar levantamento dos atestados médicos dos profissionais no período de 2015-2016	Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas	Diretor de Atenção à Saúde FURG, Coordenação de Segurança do Trabalho FURG, Engenheiro de Segurança do Trabalho Ebserh, Divisão de Enfermagem, Divisão Médica, Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Σ de atestados relacionados / Σ de atestados existentes = % de atestados mapeados	Jan/17 a Mar/17
	Analisar os motivos dos afastamentos				
	Relacionar o motivo às doenças ocupacionais				
	Criar indicadores sobre as causas de atestados médicos				
	Avaliar os indicadores				
	Ação 2: Propor ações para redução das taxas de absenteísmo (Responsável: Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas)				
	Realizar reuniões junto às equipes de trabalho, avaliando os motivos das faltas	Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas	Divisão de Enfermagem, Divisão Médica, Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Psicóloga Organizacional Ebserh, Engenheiro de Segurança do Trabalho Ebserh	((Taxa de absenteísmo inicial - Taxa de absenteísmo após ações) / Taxa de absenteísmo inicial)*100 = % de redução da taxa de absenteísmo	Abr/17 a Dez/17
	Buscar, junto às equipes, sugestões para melhoria nas condições de trabalho, visando a promoção da saúde do trabalhador				
	Avaliar as sugestões das equipes				
	Elaborar e realizar campanhas para promoção de saúde e prevenção de doenças relacionadas ao trabalho				
	Avaliar o impacto das ações nas taxas de absenteísmo				


Fonte: HU/FURG

Quadro 26: Plano de Intervenção Consolidado - NC8

 NC8 D2 M3					
Macroproblema	Deficiência no gerenciamento de pessoal				
Espaço do Problema	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr, Universidade Federal do Rio Grande				
Nó Crítico	Mecanismos de controle e punição incipientes				
Resultado Esperado	Ações/Atividades	Responsáveis	Rede de Ajuda	Indicadores de Qualidade	Prazos
Existência de Regulamento Interno eficiente, efetivo e eficaz com redução do sentimento de impunidade.	Ação 1: Criar e divulgar Regulamento Interno (Responsável: Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas)				
	Instituir comissão para implantação de Regulamento Interno	Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas	Superintendência, Gerente Administrativo, Advogados Ebserh, Auditor Interno HU, Unidade de Planejamento	Regulamento Interno criado	Abr/17 a Dez/17
	Analisar as normativas existentes				
	Realizar estudo junto às unidades das necessidades de regulamentos				
	Criar regulamentos necessários				
	Definir as punições cabíveis em lei				
	Divulgar amplamente os regulamentos				
	Criar indicadores para monitoramento				
Avaliar os indicadores					


Fonte: HU/FURG

Quadro 27: Plano de Intervenção Consolidado - NC9

 NC9 D2 M3					
Macroproblema	Deficiência no gerenciamento de pessoal				
Espaço do Problema	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr; Universidade Federal do Rio Grande; Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino de Rio Grande				
Nó Crítico	Ausência de mecanismos de motivação pessoal				
Resultado Esperado	Ações/Atividades	Responsáveis	Rede de Ajuda	Indicadores de Qualidade	Prazos
Existência de programa de qualidade de vida no trabalho, contribuindo para o processo de motivação dos profissionais.	Ação 1: Desenvolver pesquisas periódicas de satisfação do trabalhador (Responsável: Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas)				
	Criar instrumento para pesquisa de satisfação	Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas	CPOSS FURG, Unidade de Planejamento, Psicóloga Organizacional Ebserh, Chefias das Divisões, Setores e Unidades, Chefias Informais	Σ de respostas 4 e 5 / Total de avaliações = % de satisfação	Dez/16 a Jun/17
	Criar indicadores de mensuração				
	Instituir reuniões periódicas para discussão da satisfação				
	Realizar as pesquisas de satisfação				
	Divulgar os resultados com feedback para os profissionais				
	Elaborar plano de melhorias para as necessidades identificadas				
	Ação 2: Desenvolver programa de qualidade de vida no trabalho (Responsável: Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas)				
	Realizar discussão junto aos profissionais, focado na qualidade de vida no trabalho	Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas	CPOSS FURG, Grupo de Humanização, Psicóloga Organizacional Ebserh, Gerência de Atenção à Saúde	Σ de respostas 4 e 5 / Total de avaliações = % de satisfação	Mar/17 a Dez/17
	Avaliar as necessidades identificadas				
	Propor ações de melhoria da qualidade de vida com incentivo à cultura, atividades físicas e lazer				
	Avaliar as ações realizadas				


Fonte: HU/FURG

Quadro 28: Plano de Intervenção Consolidado - NC10

 NC10 D1 M4					
Macroproblema	Fragilidades na gestão do HU				
Espaço do Problema	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr; Universidade Federal do Rio Grande; Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino de Rio Grande				
Nó Crítico	Modelo de gestão compartilhada incipiente				
Resultado Esperado	Ações/Atividades	Responsáveis	Rede de Ajuda	Indicadores de Qualidade	Prazos
<p>Modelo de gestão compartilhada, participativa e coesa consolidado, com participação de todos os níveis nas decisões, havendo comunicação efetiva em todo o HU e com consonância na relação com outros órgãos e instituições.</p>	Ação 1: Preencher os cargos de chefia (Responsável: Superintendente)				
	Mapear os perfis de competência necessários para cada chefia de unidade	Superintendente	Gerentes, Chefes de Divisão, Setor e Unidade, Chefias informais	Σ de cargos/funções ocupadas / Σ de cargos/funções existentes = % de chefias ocupadas	Jan/17 a Mai/18
	Realizar reuniões com os profissionais de cada unidade				
	Identificar pessoas com potencialidade para ocupar cargos de chefia				
	Nomear/designar trabalhadores para ocupação dos cargos				
	Ação 2: Instituir o Colegiado de Gestão das Unidades (Responsável: Superintendente)				
	Definir a composição do colegiado das unidades	Superintendente	Superintendente, Chefes de Divisão, Setor e Unidade, Chefias informais	nº de colegiados criados e atuantes	Mar/17 a Mai/18
	Criar regimento dos colegiados				
	Ação 3: Melhorar a comunicação das gerências com as unidades (Responsável: Superintendente)				
	Realizar reuniões periódicas com os profissionais das unidades	Gerentes	Gerentes, Chefes de Divisão, Setor e Unidade, Chefias informais; Unidade de Comunicação	-	Jan/17 a Dez/18
	Buscar junto às unidades, oportunidades de melhoria e resolução de problemas				
	Compartilhar as informações com as unidades				
	Incluir as lideranças internas no processo de tomada de decisão				
	Ação 4: Estreitar as relações do HU x FURG e HU x FAHERG (Responsável Superintendente)				
	Montar comissão com membros das três instituições	Superintendente	Diretor FAHERG, Reitora FURG, membros governança	-	Mar/17 a Dez/17
	Realizar reuniões periódicas				
Compartilhar as informações e tomada de decisão					
Apropriar os membros da governança sobre as demandas da comissão					


Fonte: HU/FURG

Quadro 29: Plano de Intervenção Consolidado - NC11

 NC11 D1 M4					
Macroproblema	Fragilidades na gestão do HU				
Espaço do Problema	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr				
Nó Crítico	Baixa utilização de indicadores hospitalares				
Resultado Esperado	Ações/Atividades	Responsáveis	Rede de Ajuda	Indicadores de Qualidade	Prazos
Existência de grupo de indicadores viáveis para a gestão por resultados, com sistema AGHU implantado e ativo.	Ação 1: Selecionar os indicadores necessários para gestão (Responsável: Chefe da Unidade de Planejamento)				
	Montar comissão para levantamento dos indicadores necessários	Chefe da Unidade de Planejamento	Setor de Gestão da Informação e Informática, Chefes de Divisão, Setores e Unidades, Gerentes	Σ de indicadores selecionados	Fev/17 a Dez/17
	Realizar reuniões com as gerências, divisões, setores e unidades				
	Fazer levantamento dos indicadores solicitados, considerando aqueles oriundos do Ministério da Saúde, Ebserh e outros HUs				
	Classificar os indicadores e verificar sua viabilidade				
	Avaliar a pertinência dos indicadores selecionados				
	Ação 2: Implantar sala de situação para consolidar e distribuir os indicadores (Responsável: Chefe da Unidade de Planejamento)				
	Definir ferramenta para gestão dos indicadores	Chefe da Unidade de Planejamento	Setor de Gestão da Informação e Informática, Superintendente, Divisão de Gestão de Pessoas, Gerência de Ensino e Pesquisa	Σ Pessoal capacitado / Σ Pessoal envolvido = % pessoal capacitado	Jul/17 a Dez/17
	Verificar e localizar as informações para geração dos indicadores				
	Normatizar o uso dos indicadores				
	Capacitar e sensibilizar os usuários para o uso correto da ferramenta e sua importância				
	Tornar pública a ferramenta e os resultados				
	Ação 3: Implantar o AGHU (Responsável: Chefe do Setor de Gestão da Informação e Informática)				
	Definir cronograma de implantação com a sede Ebserh	Chefe do Setor de Gestão da Informação e Informática	Diretoria de Gestão de Tecnologia da Informação da Ebserh, Gerentes, Chefes de Divisão, Setor e Unidades	Σ de módulos implantados / Σ de módulos programados = % de sucesso de implantação do AGHU	Jan/17 a Dez/17
	Criar as comissões obrigatórias (Comissão de Suporte de Implantação do Sistema e Comissão de Núcleo de Implantação do Sistema)				
	Definir os módulos prioritários de implementação				
	Realizar levantamento das necessidades de equipamentos				
	Comprar e instalar os equipamentos				
Avaliar o impacto da substituição do sistema vigente					
Realizar treinamento de cada módulo					
Monitorar e avaliar a implantação de cada módulo					


Fonte: HU/FURG

Quadro 30: Plano de Intervenção Consolidado - NC12

 NC12 D1 M4					
Macroproblema	Fragilidades na gestão do HU				
Espaço do Problema	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr				
Nó Crítico	Processo de planejamento incipiente				
Resultado Esperado	Ações/Atividades	Responsáveis	Rede de Ajuda	Indicadores de Qualidade	Prazos
Execução de planejamento de médio e longo prazo e de plano operacional das unidades, com conhecimento dos processos de trabalho.	Ação 1: Capacitar os gestores para o processo de planejamento (Responsável: Superintendente)				
	Criar plano de capacitação de gestores	Chefe da Divisão de Pessoas	Divisão de Gestão de Pessoas; Especialistas do curso realizado no Sirio Libanês	\sum de gestores capacitados / \sum gestores totais = % de capacitação de gestores	Mar/17 a Jul/18
	Sensibilizar os gestores sobre a importância do planejamento	Superintendente			
	Programar a participação dos gestores na capacitação				
	Realizar o curso de capacitação sobre planejamento	Chefe da Divisão de Pessoas			
	Avaliar os impactos do curso no processo de planejamento	Superintendente			
	Ação 2: Mapear os processos de trabalho (Responsável: Chefe da Unidade de Planejamento)				
	Criar comissão de mapeamento de processos	Chefe da Unidade de Planejamento	Setor de Gestão da Informação e Informática; Núcleo de Ensino e Pesquisa; Chefias das Divisões, Setores e Unidades	\sum de processos mapeados / \sum dos processos totais = % de processos mapeados	Fev/17 a Jun/18
	Identificar todos os processos existentes				
	Realizar o mapeamento dos processos				
	Verificar a viabilidade (análise dos resultados)				
	Otimizar os processos, atribuindo os atores				
	Criar protocolos dos processos mapeados				
	Divulgar os novos processos e fluxos				
	Capacitar os profissionais aos novos processos, como ferramenta de gestão hospitalar				
	Implementar os protocolos				
	Construir indicadores de monitoramento dos protocolos implementados				
	Monitorar o desempenho dos protocolos implementados				
				\sum Total de profissionais capacitados / \sum Total de profissionais envolvidos = % Profissionais Capacitados	
			\sum de protocolos implementados / \sum dos protocolos totais = % de protocolos iniciados		
			\sum de protocolos avaliados / \sum dos protocolos totais = % de protocolos avaliados		


Fonte: HU/FURG

Quadro 31: Plano de Intervenção Consolidado - NC12 (continuação)

 NC12 D1 M4					
Macroproblema	Fragilidades na gestão do HU				
Espaço do Problema	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr				
Nó Crítico	Processo de planejamento incipiente				
Resultado Esperado	Ações/Atividades	Responsáveis	Rede de Ajuda	Indicadores de Qualidade	Prazos
Execução de planejamento de médio e longo prazo e de plano operacional das unidades, com conhecimento dos processos de trabalho.	Ação 3: Elaborar planejamento de médio e longo prazo (Responsável: Superintendente)				
	Implementar comissão para construção do planejamento	Superintendente	Unidade de Planejamento; Governança Ampliada; Discentes; Secretaria Municipal de Saúde; Conselho Municipal de Saúde; Reitoria da FURG; FAMED E EENF da FURG	Planejamento Elaborado	Mar/18 a Dez/18
	Definir a metodologia de trabalho				
	Realizar seminários com a comunidade interna e externa para captar demandas				
	Avaliar as demandas da comunidade				
	Definir o horizonte do planejamento				
	Construir o planejamento de médio e longo prazo, definindo diretrizes				
	Divulgar o planejamento estabelecido				
	Criar indicadores de monitoramento				
	Monitorar o planejamento de longo prazo				
	Revisar o planejamento periodicamente				
	Ação 4: Elaborar plano operacional das unidades do HU (Responsável: Superintendente)				
	Definir a metodologia de trabalho	Chefes de Unidade	Divisão de Gestão do Cuidado; Unidade de Planejamento; Setor de Regulação e Avaliação em Saúde; Divisão de Enfermagem; Divisão Médica	Plano elaborado	Jul/17 a Dez/17
	Realizar seminário com a equipe da unidade				
	Avaliar as demandas da unidade				
	Adequar as diretrizes à contratualização interna				
Monitorar o plano operacional das unidades					


Fonte: HU/FURG

Quadro 32: Plano de Intervenção Consolidado - NC13

 NC13 D1 M5					
Macroproblema	Precariedade da infraestrutura e deficiência na gestão de equipamentos e materiais hospitalares				
Espaço do Problema	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr; Universidade Federal do Rio Grande; Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino de Rio Grande				
Nó Crítico	Falta de Plano Diretor				
Resultado Esperado	Ações/Atividades	Responsáveis	Rede de Ajuda	Indicadores de Qualidade	Prazos
Existência de um Plano Diretor atualizado e de acordo com as normas, regulamentos e necessidades do HU.	Ação 1: Desenvolver o Plano Diretor (Chefe da Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar)				
	Implantar comissão para desenvolvimento do Plano Diretor	Chefe da Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar	Governança Executiva, Setor de Infraestrutura Física, Engenheiro de Segurança do Trabalho, PROINFRA FURG	Plano Diretor pronto	Ago/17 a Dez/18
	Realizar estudo, mapeando as áreas físicas do HU				
	Capacitar os membros sobre as normas e regulamentos dos serviços hospitalares				
	Analisar a viabilidade do espaço físico atual				
	Realizar visitas técnicas a outros hospitais				
	Propor as alterações necessárias				
	Fazer levantamento de obras necessárias				
	Definir a priorização das obras				
	Instituir o Plano Diretor do HU				
	Monitorar a execução do Plano Diretor				
Implantar comissão para desenvolvimento do Plano Diretor					


Fonte: HU/FURG

Quadro 33: Plano de Intervenção Consolidado - NC14

 NC14 D2 M5					
Macroproblema	Precariedade da infraestrutura e deficiência na gestão de equipamentos e materiais hospitalares				
Espaço do Problema	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr; Universidade Federal do Rio Grande; Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino de Rio Grande				
Nó Crítico	Deficiência na organização e controle no processo de compra, distribuição e utilização de materiais				
Resultado Esperado	Ações/Atividades	Responsáveis	Rede de Ajuda	Indicadores de Qualidade	Prazos
Existência de um processo de compras, distribuição e utilização de materiais eficiente, eficaz e efetivo, reduzindo os desperdícios e ampliando o estoque de segurança para 60 dias.	Ação 1: Estruturar o Setor de Administração (Responsável: Gerente Administrativo)				
	Dimensionar o quantitativo de pessoal para as unidades de compras, contratos, patrimônio e apoio operacional	Gerente Administrativo	Chefe do Setor de Administração e Divisão de Gestão de Pessoas	Setor 100% Estruturado	Dez/16 a Jul/17
	Selecionar o pessoal para as unidades de compras, contratos, patrimônio e apoio operacional				
	Ação 2: Organizar os processos de compras, distribuição e uso de materiais (Responsável: Gerente Administrativo)				
	Montar comissão de mapeamento de processos	Gerente Administrativo	Setor de Suprimentos, Setor de Administração, Setor de Gestão da Informação e Informática, Setor de Farmácia	Σ de processos mapeados / Σ dos processos totais = % de processos mapeados	Fev/17 a Jul/17
	Realizar o mapeamento dos processos	Chefe da Unidade de Planejamento			
	Verificar a viabilidade (análise dos resultados)				
	Otimizar os processos atribuindo os atores				
	Criar protocolos de compras, distribuição e uso de materiais				
	Implementar os protocolos				
	Construir indicadores de controle, distribuição e utilização de materiais				
	Ação 3: Capacitação dos profissionais (Responsável: Gerente Administrativo)				
	Identificar as pessoas com perfil para essa ação	Gerente Administrativo	Setor de Gestão da Informação e Informática, Setor de Suprimentos, Setor de Administração, Setor de Farmácia	Σ Total de profissionais capacitados / Σ Total de profissionais envolvidos = % Profissionais Capacitados	Mar/17 a Ago/17
	Formação de uma comissão/grupo				
	Apropriar-se do saber normativo				
	Definir estrutura responsável pela capacitação: educação permanente + divisão de gestão de pessoas				
	Capacitação para os responsáveis do setor e demais trabalhadores				
	Desenvolver ações específicas para os setores				
	Avaliar o processo de capacitação através da análise dos resultados				
	Ação 4: Avaliar os processos de compra, distribuição e uso de materiais (Responsável: Chefe da Unidade de Planejamento)				
Implantar programa informatizado de controle de processos	Chefe da Unidade de Planejamento	Setor de Gestão da Informação e Informática, Setor de Suprimentos, Setor de Administração, Setor de Farmácia	Σ de processos licitatórios concretizados / Σ de processos realizadas = % de sucesso de pregões	Jan/18 a Dez/18	
Utilizar indicadores dos processos			consumo de material / procedimentos vinculados = % de desperdício		
Tornar os indicadores de acesso público			Σ de itens liberados para casa unidade		


Fonte: HU/FURG

Quadro 34: Plano de Intervenção Consolidado - NC15

 NC15 D3 M5					
Macroproblema	Precariedade da infraestrutura e deficiência na gestão de equipamentos e materiais hospitalares				
Espaço do Problema	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr; Universidade Federal do Rio Grande; Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino de Rio Grande				
Nó Crítico	Ausência de um Setor de Engenharia Clínica para controle de equipamentos				
Resultado Esperado	Ações/Atividades	Responsáveis	Rede de Ajuda	Indicadores de Qualidade	Prazos
Existência de Setor de Engenharia Clínica consolidado, com conhecimento sobre os equipamentos existentes no HU e suas movimentações, além de processo de manutenção preventiva efetivo e havendo manutenções corretivas em tempo hábil com planos de contingência.	Ação 1: Estruturar o setor de Engenharia Clínica (Responsável: Gerente Administrativo)				
	Dimensionar o quantitativo de pessoal e suas áreas de atuação para compor o setor	Gerente Administrativo	Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar e Setor de Administração	pessoal contratado	Dez/16 a Dez/18
	Selecionar o pessoal dimensionado			Processo licitatório finalizado	
	Elaborar termo de referência para contratação de empresa terceirizada				
	Realizar o processo licitatório				
	Fiscalizar o contrato e a prestação do serviço				
	Ação 2: Organizar o processo de controle de equipamentos (Responsável: Gerente Administrativo)				
	Inventariar os equipamentos existentes no HU	Gerente Administrativo	Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar, Setor de Administração, Setor de Gestão da Informação e Informática, demais gerências, divisões, setores e unidades	equipamentos mapeados e registrados	Jan/17 a Dez/18
	Definir necessidade e prioridade na aquisição de equipamentos				
	Criar central de equipamentos				
	Regulamentar a movimentação e uso de equipamentos				
	Desenvolver sistema para gestão de equipamentos				
	Inserir as informações no sistema				
	Capacitar os envolvidos para uso do sistema				
	Monitorar os registros de movimentações de equipamentos				
Criar indicadores sobre a movimentação de equipamentos					
Avaliar os indicadores	Σ de indicadores avaliados / Σ de indicadores = % de indicadores avaliados				
Inventariar os equipamentos existentes no HU					


Fonte: HU/FURG

Quadro 35: Plano de Intervenção Consolidado - NC15 (continuação)

 NC15 D3 M5					
Macroproblema	Precariedade da infraestrutura e deficiência na gestão de equipamentos e materiais hospitalares				
Espaço do Problema	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr; Universidade Federal do Rio Grande; Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino de Rio Grande				
Nó Crítico	Ausência de um Setor de Engenharia Clínica para controle de equipamentos				
Resultado Esperado	Ações/Atividades	Responsáveis	Rede de Ajuda	Indicadores de Qualidade	Prazos
Existência de Setor de Engenharia Clínica consolidado, com conhecimento sobre os equipamentos existentes no HU e suas movimentações, além de processo de manutenção preventiva efetivo e havendo manutenções corretivas em tempo hábil com planos de contingência.	Ação 3: Organizar o processo de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos (Responsável: Chefe da Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar)				
	Desenvolver cronograma de manutenção preventiva dos equipamentos pela central de equipamentos	Chefe da Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar	Setor de Infraestrutura Física, Setor de Administração, Setor de Gestão da Informação e Informática, Setor de Engenharia Clínica	equipamentos mapeados e registrados	Mar/17 a Dez/18
	Identificar os equipamentos em manutenção				
	Inserir as informações no sistema de gestão de equipamentos				
	Capacitar os envolvidos sobre o processo de manutenção				
	Desenvolver planos de trabalho (considerando planos de contingência) de manutenções preventivas e corretivas	Gerente Administrativo		processo licitatório finalizado	
	Elaborar termo de referência para contratação de assistência técnica				
	Realizar o processo licitatório				
	Fiscalizar o contrato e a prestação do serviço				
	Criar indicadores das necessidades de manutenção	Chefe da Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar		$\frac{\sum \text{de manutenções realizadas}}{\sum \text{de manutenções planejadas}} = \% \text{ sucesso da manutenção}$	
Avaliar os indicadores					
Desenvolver cronograma de manutenção preventiva dos equipamentos pela central de equipamentos					


Fonte: HU/FURG

Quadro 36: Plano de Intervenção Consolidado - NC16

 NC16 D1 M6					
Macroproblema	Baixa integração da prática dos profissionais entre ensino, pesquisa e assistência				
Espaço do Problema	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr; Universidade Federal do Rio Grande; Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino de Rio Grande				
Nó Crítico	Descomprometimento de técnicos administrativos em educação e docentes com ações integradas de ensino e assistência				
Resultado Esperado	Ações/Atividades	Responsáveis	Rede de Ajuda	Indicadores de Qualidade	Prazos
Corpo técnico qualificado, atuando nas atividades práticas do ensino de graduação e pós-graduação e corpo docente inserido nos processos assistenciais.	Ação 1: Analisar junto ao corpo técnico e docente os motivos do descomprometimento (Responsável: Gerente de Ensino e Pesquisa)				
	Montar comissão para diagnóstico da situação atual	Gerente de Ensino e Pesquisa	Gerentes, Chefes de Divisão, Setor e Unidade, FAMED, EENF, Chefias informais das unidades	Σ de questionários aplicados / Σ de servidores do quadro = % de análise da situação	Mar/17 a Abr/17
	Elaborar instrumento para avaliação				
	Realizar reuniões junto às unidades e grupo de docentes para sensibilização do tema				
	Disponibilizar questionário para consulta				
	Avaliar as respostas				
	Criar relatório de diagnóstico				
	Ação 2: Capacitar o corpo técnico para a formação pedagógica (Responsável: Gerente de Ensino e Pesquisa)				
	Definir o conteúdo do curso	Gerente de Ensino e Pesquisa	Núcleo de Educação Permanente, Setor de Gestão de Ensino, IE FURG, Unidade de Telesaúde	Σ de técnicos assistenciais capacitados / Σ de técnicos assistenciais no quadro = % de sucesso da capacitação	Abr/17 a Dez/17
	Identificar facilitadores				
	Verificar melhor turno e local para realização do curso				
	Definir metodologia				
	Divulgar amplamente o curso				
	Realizar a seleção dos profissionais				
	Aplicar o curso				
	Realizar a auto-avaliação, avaliação do curso e do facilitador				
	Ação 3: Propor ações integradas de inclusão do corpo técnico e docente com o ensino e assistência (Responsável: Gerente de Ensino e Pesquisa)				
	Acolher os discentes nas atividades práticas dos técnicos administrativos em educação	Gerente de Ensino e Pesquisa	Núcleo de Educação Permanente, Setor de Gestão de Ensino, Divisão de Gestão de Pessoas, Gerência de Atenção à Saúde, Setor de Infraestrutura Física, FAMED e EENF FURG	Σ de atividades práticas dos técnicos envolvendo discentes	Mai/17 a Dez/18
	Envolver os técnicos administrativos em educação no acompanhamento e no processo de avaliação discente			Σ de procedimentos realizados por docentes	
	Estimular a presença do docente na atividade assistencial (consultas, procedimentos)				
Envolver os docentes nas atividades de educação permanente dos técnicos administrativos em educação					
Ação 4: Avaliar os impactos das ações no trabalho (Responsável: Gerente de Ensino e Pesquisa)					
Criar questionário de avaliação	Gerente de Ensino e Pesquisa	Núcleo de Educação Permanente, Setor de Gestão de Ensino, Setor de Gestão da Informação e Informática, FAMED e EENF da FURG, Gerência de Atenção à Saúde	Σ de respostas 4 e 5 / Total de avaliações = % aprovação	Dez/17 e Dez/18	
Realizar a avaliação dos técnicos administrativos em educação pelo discente sobre ensino					
Realizar a avaliação dos docentes pelo discente sobre assistência					
Avaliar as respostas					
Criar relatório de diagnóstico					
Propor ações de melhorias, se necessário					

Fonte: HU/FURG

Quadro 37: Plano de Intervenção Consolidado - NC17

 NC17 D2 M6					
Macroproblema	Baixa integração da prática dos profissionais entre ensino, pesquisa e assistência				
Espaço do Problema	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr, Universidade Federal do Rio Grande				
Nó Crítico	Ausência de incentivo e estrutura para realização de pesquisas e inovação tecnológica				
Resultado Esperado	Ações/Atividades	Responsáveis	Rede de Ajuda	Indicadores de Qualidade	Prazos
Melhorar os indicadores quantitativos e qualitativos da pesquisa no HU e seu reflexo na assistência.	Ação 1: Difundir o processo de pesquisa científica no HU (Responsável: Gerente de Ensino e Pesquisa)				
	Mapear os fluxos do processo de pesquisa	Gerente de Ensino e Pesquisa	Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica, PROPESP FURG, Setor de Gestão da Informação e Informática, FAMED e EENF da FURG	-	Jan/17 a Abr/17
	Divulgar os fluxos para conhecimento dos profissionais				
	Ação 2: Criar grupos de pesquisa e consultoria no HU (Responsável: Gerente de Ensino e Pesquisa)				
	Sensibilizar os profissionais do HU para participarem de grupos de pesquisa	Gerente de Ensino e Pesquisa	Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica, PROPESP FURG, FAMED e EENF da FURG, Setor de Projetos Estratégicos e Divisão de Gestão do Cuidado	∑ de grupos de pesquisa criados	Mar/17 a Dez/18
	Definir linhas de pesquisa que impactem na melhoria da qualidade da assistência				
	Formalizar os grupos de pesquisa				
	Mobilizar os pesquisadores para suporte em consultoria				
Difundir os resultados dos estudos científicos	∑ de consultorias realizadas				


Fonte: HU/FURG

7.3 Análise Orçamentária

Para realização da análise orçamentária do PDE do HU/FURG, foram analisadas todas as ações que demandaram recursos necessários ou financeiros. Durante a verificação, diversas ações classificadas como dependentes de recursos financeiros foram reavaliadas, em virtude do período de contingenciamento que se aproxima. Assim, aquelas ações em que se percebeu que a falta de recurso não iria impedir sua realização, ou que haveria a possibilidade de arranjo interno, foram desconsideradas dessa análise.

Sendo assim, na consecução da planilha a seguir, foram considerados todos os custos essenciais, classificados de acordo com sua destinação (custeio ou investimento), detalhando também em qual classificação da despesa ela se encontra. O custo total do PDE ficou em R\$ 8.719.000,00, divididos em 75% despesas de custeio e 25% despesas de capital.

Quadro 38: Análise Orçamentária - PDE HU/FURG

 Análise de Custos do PDE										
Ação	Início	Fim	Duração (meses)	Despesas de Custeio					Despesas de Investimento	Despesa Total
				Despesas de Consumo não Finalísticos		Pessoal	Manutenção e Reforma	Ensino e Pesquisa	Máquinas, Equipamentos e Mobiliário	
				Diárias, Passagens e Locomoção	Materiais/ Serviços de Tecnologia da Informação	Terceirização Direta pelo HU	Reforma	Apoio ao Ensino e Pesquisa	Máquinas, Equipamentos e Mobiliário	
NC3 D1 M2 Baixa aderência aos dispositivos da gestão da clínica										
Ação 2: Aprimorar o acolhimento e classificação de risco do paciente	01/01/17	31/07/17	7	0,00	0,00	0,00	600.000,00	0,00	0,00	600.000,00
Ação 4: Instituir o kanban na Clínica Médica	01/01/17	31/12/18	24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10.000,00	10.000,00
NC11 D1 M4: Baixa utilização de indicadores hospitalares										
Ação 3: Implantar o AGHU (Responsável Chefe do Setor de Gestão da Informação e Informática)	01/01/17	31/12/17	12	60.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	200.000,00	260.000,00
NC13 D1 M5 Falta de Plano Diretor										
Ação 1: Desenvolver o Plano Diretor	01/08/17	31/12/18	17	0,00	0,00	0,00	4.700.000,00	0,00	0,00	4.700.000,00
NC15 D3 M5 Ausência de um Setor de Engenharia Clínica para controle de equipamentos										
Ação 1: Estruturar o setor de Engenharia Clínica	01/12/16	31/12/18	25	0,00	0,00	240.000,00	0,00	0,00	0,00	240.000,00
Ação 2: Organizar o processo de controle de equipamentos	01/01/17	31/12/18	24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.000.000,00	2.000.000,00
Ação 3: Organizar o processo de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos	01/03/17	31/12/18	21	0,00	0,00	714.000,00	0,00	0,00	0,00	714.000,00
NC16 D1 M6 Descomprometimento de técnicos administrativos em educação e docentes com ações integradas de ensino e assistência										
Ação 2: Capacitar o corpo técnico em formação pedagógica	01/04/17	31/12/17	8	0,00	0,00	0,00	0,00	30.000,00	0,00	30.000,00
Ação 3: Propor ações integradas de inclusão do corpo técnico e docente com o ensino e assistência	01/05/17	31/12/18	20	50.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	50.000,00
NC17 D2 M6 Descomprometimento de técnicos administrativos em educação e docentes com ações integradas de ensino e assistência										
Ação 2: Criar grupos de pesquisa e consultoria no HU	01/03/17	31/12/18	21	50.000,00	15.000,00	0,00	0,00	50.000,00	0,00	115.000,00
Total				100.000,00	15.000,00	954.000,00	5.300.000,00	80.000,00	2.210.000,00	8.719.000,00


Fonte: HU/FURG

7.4 Análise de Viabilidade

Durante a análise de viabilidade do PDE, foram reavaliados os atores que poderiam interferir na efetividade do plano. Assim, com base na avaliação da governabilidade, interesse e valor dos atores sociais de cada macroproblema, foram selecionadas aquelas ações onde se projetavam atores opositores. Por conseguinte, dentre o rol de atores contrários à resolução das ações, somente foram objeto de análise aqueles que creditavam valor médio ou alto às ações. A partir daí, foram definidas estratégias para mitigar o interesse negativo dos referidos atores.

Destaca-se a boa viabilidade do PDE do HU/FURG, visto que, das 53 ações que compõem o plano, somente seis demandaram estratégias de viabilidade e, dessas, apenas três apresentam baixa viabilidade, totalizando 89% de ações com alta viabilidade. Além disso, apenas uma das ações depende de agente externo para sua concretização, o que aponta para um PDE com grande governabilidade. Abaixo, segue o quadro com a análise de viabilidade.

Quadro 39: Análise de Viabilidade

 Matriz de Viabilidade			
Ações Conflitivas	Recursos Necessários	Recursos que temos e que não temos	Viabilidade
NC1 D1 M1 Fontes de financiamento insuficientes para custeio do HU			
Ação 1: Qualificar o processo de contratualização externa	Políticos, organizacionais e técnicos	<i>Temos:</i> Organizacionais e Técnicos <i>Ator controla:</i> Político	Baixa
NC2 D1 M1 Prontuários mal preenchidos e mal faturados			
Ação 4: Monitorar o preenchimento dos prontuários	Organizacionais	<i>Temos:</i> Organizacional <i>Ator controla:</i> Organizacional	Média
NC3 D1 M2 Baixa aderência aos dispositivos da gestão da clínica			
Ação 1: Sensibilizar os trabalhadores sobre a temática da Gestão da Clínica que se objetiva	Políticos, organizacionais e técnicos	<i>Temos:</i> Políticos, organizacionais e técnicos <i>Ator controla:</i> Organizacional	Alta
NC7 D2 M3 Ocorrência de doenças ocupacionais e de absenteísmo elevado			
Ação 1: Mapear os atestados médicos, como causa de afastamentos, dos profissionais	Organizacionais	<i>Temos:</i> Organizacional <i>Ator controla:</i> Organizacional	Baixa
NC8 D2 M3 Mecanismos de controle e punição incipientes			
Ação 1: Criar e divulgar Regulamento Interno	Políticos, organizacionais e técnicos	<i>Temos:</i> Organizacionais e técnicos <i>Ator controla:</i> Organizacional e Político	Baixa
NC12 D1 M4 Processo de planejamento incipiente			
Ação 2: Mapear os processos de trabalho	Políticos, organizacionais e técnicos	<i>Temos:</i> Políticos, organizacionais e técnicos <i>Ator controla:</i> Organizacional	Média

Fonte: HU/FURG


7.5 Gestão do Plano

Realizar a gestão e o monitoramento do plano é essencial para a efetividade de sua realização. Para dar suporte ao controle da execução das ações, foram

desenvolvidas planilhas com informações relevantes sobre cada uma delas. Além das planilhas elaboradas, serão utilizados *softwares* de apoio ao planejamento como *Trello*, *MS Project* e *Gplanes*. A escolha de qual melhor ferramenta ainda se encontra em análise. Paralelamente, serão desenvolvidos sistemas de suporte internos.


Dentre as planilhas elaboradas, a seguir, é apresentada a ferramenta de gestão do plano, com as informações de viabilidade das ações, seu impacto, como é formado o comando e a precedência para sua realização.

Quadro 40: Gestão do Plano

 Gestão do Plano				
Ações	Viabilidade	Impacto	Comando	Precedência
NC1 D1 M1: Fontes de financiamento insuficientes para custeio do HU				
Ação 1: Qualificar o processo de contratualização externa (Responsável Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde)	Baixa	Alto	Atores internos articulados com atores externos	
Ação 2: Criar e implementar o processo de contratualização interna (Responsável Presidente da Comissão de Acompanhamento de Contrato)	Alta	Médio	Comissões Temporárias Internas	Ação 1
Ação 3: Estimular a filantropia das empresas e associações com o HU (Responsável Chefe do Setor de Projetos Estratégicos)	Alta	Baixo	Gerentes e atores internos	
Ação 4: Realizar planejamento orçamentário anual (Responsável Gerente Administrativo)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	
NC2 D1 M1: Prontuários mal preenchidos e mal faturados				
Ação 1: Padronizar e uniformizar os documentos do prontuário (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)	Alta	Alto	Comissões Temporárias Internas	
Ação 2: Capacitar os trabalhadores da saúde para o preenchimento do prontuário (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	Ação 1
Ação 3: Estruturar o "Serviço" de Faturamento (Responsável Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde)	Alta	Médio	Gerentes e atores internos	
Ação 4: Monitorar o preenchimento dos prontuários (Responsável Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde)	Média	Alto	Gerentes e atores internos	Ação 2
NC3 D1 M2: Baixa aderência aos dispositivos da gestão da clínica				
Ação 1: Sensibilizar os trabalhadores sobre a temática da Gestão da Clínica que se objetiva (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	
Ação 2: Aprimorar o acolhimento e classificação de risco do paciente (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	
Ação 3: Implementar equipe multidisciplinar na Clínica Médica (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	Ação 1
Ação 4: Instituir o kanban na Clínica Médica (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	Ação 1
Ação 5: Construir linhas de cuidado de condições clínicas na saúde do adulto no HU (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	Ação 6
Ação 6: Instituir protocolos clínicos centrados no paciente na Clínica Médica (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	Ação 3
Ação 7: Implementar o processo de vigilância em saúde e segurança do paciente (Responsável Chefe do Setor de Vigilância em saúde e Segurança do Paciente)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	


Fonte: HU/FURG

Quadro 41: Gestão do Plano (continuação)

 Gestão do Plano				
Ações	Viabilidade	Impacto	Comando	Precedência
NC4 D2 M2: Ausência de um processo de regulação e avaliação que faça a interlocução entre HU e SMS				
Ação 1: Estruturar o Núcleo Interno de Regulação (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	
Ação 2: Organizar o processo de transferência do cuidado (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	Ação 1
Ação 3: Promover a otimização de vagas ambulatoriais ofertadas (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)	Alta	Baixo	Atores internos articulados com atores externos	
NC5 D3 M2: Pouca abrangência dos cursos de educação permanente				
Ação 1: Institucionalizar a educação permanente (Responsável Gerente de Ensino e Pesquisa)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	
Ação 2: Desenvolver ações de educação permanente (Responsável Gerente de Ensino e Pesquisa)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	Ação 1
Ação 3: Avaliar o processo de educação permanente (Responsável Gerente de Ensino e Pesquisa)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	Ação 2
NC6 D1 M3: Deficiência no planejamento e dimensionamento de pessoal do HU				
Ação 1: Mapear a necessidade de pessoal (Responsável Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	
Ação 2: Planejar o desligamento dos trabalhadores da Fundação de Apoio (Responsável Chefe da Divisão de Pessoas)	Alta	Alto	Comissões Temporárias Internas	
NC7 D2 M3: Ocorrência de doenças ocupacionais e de absenteísmo elevado				
Ação 1: Mapear os atestados médicos, como causa de afastamentos, dos profissionais (Responsável Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas)	Baixa	Alto	Gerentes e atores internos	
Ação 2: Propor ações para redução das taxas de absenteísmo (Responsável Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	Ação 1
NC8 D2 M3: Mecanismos de controle e punição incipientes				
Ação 1: Criar e divulgar Regulamento Interno (Responsável Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas)	Baixa	Alto	Comissões Temporárias Internas	
NC9 D2 M3: Ausência de mecanismos de motivação pessoal				
Ação 1: Desenvolver pesquisas periódicas de satisfação do trabalhador (Responsável Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	
Ação 2: Desenvolver programa de qualidade de vida no trabalho (Responsável Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	Ação 1
NC10 D1 M4: Modelo de gestão compartilhada incipiente				
Ação 1: Preencher os cargos de chefia (Responsável Superintendente)	Alta	Médio	Gerentes e atores internos	
Ação 2: Instituir o Colegiado de Gestão das Unidades (Responsável Superintendente)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	Ação 1
Ação 3: Melhorar a comunicação das gerências com as unidades (Responsável Superintendente)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	
Ação 4: Estreitar as relações do HU x FURG e HU x FAHERG (Responsável Superintendente)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	
NC11 D1 M4: Baixa utilização de indicadores hospitalares				
Ação 1: Selecionar os indicadores necessários para gestão (Responsável Chefe da Unidade de Planejamento)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	
Ação 2: Implantar sala de situação para consolidar e distribuir os indicadores (Responsável Chefe da Unidade de Planejamento)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	Ação 1
Ação 3: Implantar o AGHU (Responsável Chefe do Setor de Gestão da Informação e Informática)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	

Fonte: HU/FURG

Quadro 42: Gestão do Plano (continuação)


 Gestão do Plano				
Ações	Viabilidade	Impacto	Comando	Precedência
NC12 D1 M3: Processo de planejamento incipiente				
Ação 1: Capacitar os gestores para o processo de planejamento (Responsável Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	
Ação 2: Mapear os processos de trabalho (Responsável Chefe da Unidade de Planejamento)	Média	Alto	Gerentes e atores internos	
Ação 3: Elaborar planejamento de médio e longo prazo (Responsável Superintendente)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	Ação 1
Ação 4: Elaborar plano operacional das unidades do HU (Responsável Superintendente)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	Ação 1
NC13 D1 M5: Falta de Plano Diretor				
Ação 1: Desenvolver o Plano Diretor (Chefe do Setor de Infraestrutura Física)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	
NC14 D2 M5: Deficiência na organização e controle no processo de compra, distribuição e utilização de materiais				
Ação 1: Estruturar o Setor de Administração (Responsável Gerente Administrativo)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	
Ação 2: Organizar os processos de compra, distribuição e uso de materiais (Responsável Gerente Administrativo)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	Ação 1
Ação 3: Capacitação dos profissionais (Responsável Gerente Administrativo)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	Ação 2
Ação 4: Avaliar os processos de compra, distribuição e uso de materiais (Responsável Chefe da Unidade de Planejamento)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	Ação 3
NC15 D3 M5: Ausência de um setor de engenharia clínica para controle de equipamentos				
Ação 1: Estruturar o setor de Engenharia Clínica (Responsável Gerente Administrativo)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	
Ação 2: Organizar o processo de controle de equipamentos (Responsável Gerente Administrativo)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	Ação 1
Ação 3: Organizar o processo de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos (Responsável Chefe da Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	Ação 1
NC16 D1 M6: Descomprometimento de técnicos administrativos em educação e docentes com ações integradas de ensino e assistência				
Ação 1: Analisar junto ao corpo técnico e docente os motivos do descomprometimento (Responsável Gerente de Ensino e Pesquisa)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	
Ação 2: Capacitar o corpo técnico sobre formação pedagógica (Responsável Gerente de Ensino e Pesquisa)	Alta	Médio	Gerentes e atores internos	Ação 1
Ação 3: Propor ações integradas de inclusão do corpo técnico e docente com o ensino e assistência (Responsável Gerente de Ensino e Pesquisa)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	Ação 2
Ação 4: Avaliar os impactos das ações no trabalho (Responsável Gerente de Ensino e Pesquisa)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	Ação 3
NC17 D2 M6: Ausência de incentivo e estrutura para realização de pesquisas e inovação tecnológica				
Ação 1: Difundir o processo de pesquisa científica no HU (Responsável Gerente de Ensino e Pesquisa)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	
Ação 2: Criar grupos de pesquisa e consultoria no HU (Responsável Gerente de Ensino e Pesquisa)	Alta	Alto	Gerentes e atores internos	Ação 1

Fonte: HU/FURG

Ressalta-se que a implantação e execução do plano será acompanhada por toda a Governança Ampliada, que é o grupo composto por todos os ocupantes de cargos de chefia. Além disso, toda a equipe de apoio das unidades, sejam elas da assistência, administração ou ensino e pesquisa, serão "fiscais" de todo o processo, contribuindo, assim, para consolidação do modelo de gestão participativo, democrático e coeso que se busca.


Para auxiliar no monitoramento das ações, a metodologia PES sugere o uso de uma planilha destacando os nós críticos e suas ações, apresentando sua situação (concluída - C; em andamento - EA; ou não concluída - NC), resultados (síntese dos resultados alcançados para as ações concluídas), dificuldades (síntese dos obstáculos, caso ocorram, para implementação do plano) e novas ações e/ou ajustes, que são as ações que se fizerem necessárias para corrigir possíveis desvios. A seguir, é apresentado o modelo da planilha.

Quadro 43: Monitoramento do plano

 Monitoramento do Plano				
Ações	Situação	Resultados	Dificuldades	Novas Ações e/ou Ajustes
NC1 D1 M1: Fontes de financiamento insuficientes para custeio do HU				
Ação 1: Qualificar o processo de contratualização externa (Responsável Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde)				
Ação 2: Criar e implementar o processo de contratualização interna (Responsável Presidente da Comissão de Acompanhamento de Contrato)				
Ação 3: Estimular a filantropia das empresas e associações com o HU (Responsável Chefe do Setor de Projetos Estratégicos)				
Ação 4: Realizar planejamento orçamentário anual (Responsável Gerente Administrativo)				
NC2 D1 M1: Prontuários mal preenchidos e mal faturados				
Ação 1: Padronizar e uniformizar os documentos do prontuário (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)				
Ação 2: Capacitar os trabalhadores da saúde para o preenchimento do prontuário (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)				
Ação 3: Estruturar o "Serviço" de Faturamento (Responsável Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde)				
Ação 4: Monitorar o preenchimento dos prontuários (Responsável Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde)				


Fonte: HU/FURG

Quadro 44: Monitoramento do plano (continuação)

 Monitoramento do Plano				
Ações	Situação	Resultados	Dificuldades	Novas Ações e/ou Ajustes
NC3 D1 M2: Baixa aderência aos dispositivos da gestão da clínica				
Ação 1: Sensibilizar os trabalhadores sobre a temática da Gestão da Clínica que se objetiva (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)				
Ação 2: Aprimorar o acolhimento e classificação de risco do paciente (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)				
Ação 3: Implementar equipe multidisciplinar na Clínica Médica (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)				
Ação 4: Instituir o kanban na Clínica Médica (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)				
Ação 5: Construir linhas de cuidado de condições clínicas na saúde do adulto no HU (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)				
Ação 6: Instituir protocolos clínicos centrados no paciente na Clínica Médica (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)				
Ação 7: Implementar o processo de vigilância em saúde e segurança do paciente (Responsável Chefe do Setor de Vigilância em saúde e Segurança do Paciente)				
NC4 D2 M2: Ausência de um processo de regulação e avaliação que faça a interlocução entre HU e SMS				
Ação 1: Estruturar o Núcleo Interno de Regulação (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)				
Ação 2: Organizar o processo de transferência do cuidado (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)				
Ação 3: Promover a otimização de vagas ambulatoriais ofertadas (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)				
NC5 D3 M2: Pouca abrangência dos cursos de educação permanente				
Ação 1: Institucionalizar a educação permanente (Responsável Gerente de Ensino e Pesquisa)				
Ação 2: Desenvolver ações de educação permanente (Responsável Gerente de Ensino e Pesquisa)				
Ação 3: Avaliar o processo de educação permanente (Responsável Gerente de Ensino e Pesquisa)				
NC6 D1 M3: Deficiência no planejamento e dimensionamento de pessoal do HU				
Ação 1: Mapear a necessidade de pessoal (Responsável Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas)				
Ação 2: Planejar o desligamento dos trabalhadores da Fundação de Apoio (Responsável Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas)				
NC7 D2 M3: Ocorrência de doenças ocupacionais e de absenteísmo elevado				
Ação 1: Mapear os atestados médicos, como causa de afastamentos, dos profissionais (Responsável Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas)				
Ação 2: Propor ações para redução das taxas de absenteísmo (Responsável Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas)				
NC8 D2 M3: Mecanismos de controle e punição incipientes				
Ação 1: Criar e divulgar Regulamento Interno (Responsável Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas)				


Fonte: HU/FURG

Quadro 45: Monitoramento do plano (continuação)

 Monitoramento do Plano				
Ações	Situação	Resultados	Dificuldades	Novas Ações e/ou Ajustes
NC9 D2 M3: Ausência de mecanismos de motivação pessoal				
Ação 1: Desenvolver pesquisas periódicas de satisfação do trabalhador (Responsável Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas)				
Ação 2: Desenvolver programa de qualidade de vida no trabalho (Responsável Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas)				
NC10 D1 M4: Modelo de gestão compartilhada incipiente				
Ação 1: Preencher os cargos de chefia (Responsável Superintendente)				
Ação 2: Instituir o Colegiado de Gestão das Unidades (Responsável Superintendente)				
Ação 3: Melhorar a comunicação das gerências com as unidades (Responsável Superintendente)				
Ação 4: Estreitar as relações do HU X FURG e HU X FAHERG (Responsável Superintendente)				
NC11 D1 M4: Baixa utilização de indicadores hospitalares				
Ação 1: Selecionar os indicadores necessários para gestão (Responsável Chefe da Unidade de Planejamento)				
Ação 2: Implantar sala de situação para consolidar e distribuir os indicadores (Responsável Chefe da Unidade de Planejamento)				
Ação 3: Implantar o AGHU (Responsável Chefe do Setor de Gestão da Informação e Informática)				
NC12 D1 M3: Processo de planejamento incipiente				
Ação 1: Capacitar os gestores para o processo de planejamento (Responsável Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas)				
Ação 2: Mapear os processos de trabalho (Responsável Chefe da Unidade de Planejamento)				
Ação 3: Elaborar planejamento de médio e longo prazo (Responsável Superintendente)				
Ação 4: Elaborar plano operacional das unidades do HU (Responsável Superintendente)				
NC13 D1 M5: Falta de Plano Diretor				
Ação 1: Desenvolver o Plano Diretor (Chefe do Setor de Infraestrutura Física)				
NC14 D2 M5: Deficiência na organização e controle no processo de compra, distribuição e utilização de materiais				
Ação 1: Estruturar o setor de administração (Responsável Gerente Administrativo)				
Ação 2: Organizar os processos de compras, distribuição e uso de materiais (Responsável Gerente Administrativo)				
Ação 3: Capacitação dos profissionais (Responsável Gerente Administrativo)				
Ação 4: Avaliar os processos de compras, distribuição e uso de materiais (Responsável Chefe da Unidade de Planejamento)				
NC15 D3 M5: Ausência de um setor de engenharia clínica para controle de equipamentos				
Ação 1: Estruturar o setor de Engenharia Clínica (Responsável Gerente Administrativo)				
Ação 2: Organizar o processo de controle de equipamentos (Responsável Gerente Administrativo)				
Ação 3: Organizar o processo de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos (Responsável Chefe da Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar)				

Fonte: HU/FURG

Quadro 46: Monitoramento do plano (continuação)

 Monitoramento do Plano				
Ações	Situação	Resultados	Dificuldades	Novas Ações e/ou Ajustes
NC16 D1 M6: Descomprometimento de técnicos administrativos em educação e docentes com ações integradas de ensino e assistência				
Ação 1: Analisar junto ao corpo técnico e docente os motivos do descomprometimento (Responsável Gerente de Ensino e Pesquisa)				
Ação 2: Capacitar o corpo técnico sobre formação pedagógica (Responsável Gerente de Ensino e Pesquisa)				
Ação 3: Propor ações integradas de inclusão do corpo técnico e docente com o ensino e assistência (Responsável Gerente de Ensino e Pesquisa)				
Ação 4: Avaliar os impactos das ações no trabalho (Responsável Gerente de Ensino e Pesquisa)				
NC17 D2 M6: Ausência de incentivo e estrutura para realização de pesquisas e inovação tecnológica				
Ação 1: Difundir o processo de pesquisa científica no HU (Responsável Gerente de Ensino e Pesquisa)				
Ação 2: Criar grupos de pesquisa e consultoria no HU (Responsável Gerente de Ensino e Pesquisa)				

Fonte: HU/FURG

Por fim, salienta-se que as ações previstas neste PDE serão implantadas entre janeiro de 2017 e dezembro de 2018 (salvo algumas exceções, onde o seu início ocorrerá ainda em dezembro de 2016). A seguir, apresenta-se o gráfico de *Gantt*, o qual permite uma melhor visualização da distribuição das ações ao longo do período.

Quadro 47: Gráfico de Gantt

NC	Ações	Início	Término	12/16	01/17	02/17	03/17	04/17	05/17	06/17	07/17	08/17	09/17	10/17	11/17	12/17	01/18	02/18	03/18	04/18	05/18	06/18	07/18	08/18	09/18	10/18	11/18	12/18	
NC1	Ação 1: Qualificar o processo de contratualização externa (Responsável Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde)	01/03/17	31/08/17																										
	Ação 2: Criar e implementar o processo de contratualização interna (Responsável Presidente da Comissão de Acompanhamento de Contrato)	01/02/17	31/12/17																										
	Ação 3: Estimular a filantropia das empresas e associações com o HU (Responsável Chefe do Setor de Projetos Estratégicos)	01/01/17	31/12/18																										
	Ação 4: Realizar planejamento orçamentário anual (Responsável Gerente Administrativo)	01/12/16	30/04/17																										
NC2	Ação 1: Padronizar e uniformizar os documentos do prontuário (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)	01/01/17	31/12/18																										
	Ação 2: Capacitar os trabalhadores da saúde para o preenchimento do prontuário (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)	01/03/17	31/12/18																										
	Ação 3: Estruturar o "Serviço" de Faturamento (Responsável Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde)	01/03/17	31/12/17																										
	Ação 4: Monitorar o preenchimento dos prontuários (Responsável Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde)	01/08/17	31/08/18																										
NC3	Ação 1: Sensibilizar os trabalhadores sobre a temática da Gestão da Clínica que se objetiva (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)	01/03/17	31/08/17																										
	Ação 2: Aprimorar o acolhimento e classificação de risco do paciente (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)	01/01/17	31/07/17																										
	Ação 3: Implementar equipe multidisciplinar na Clínica Médica (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)	01/03/17	31/12/18																										
	Ação 4: Instituir o kanban na Clínica Médica (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)	01/04/17	31/12/18																										
	Ação 5: Construir linhas de cuidado de condições clínicas na saúde do adulto no HU (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)	01/04/17	31/12/18																										
	Ação 6: Instituir protocolos clínicos centrados no paciente na Clínica Médica (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)	01/03/17	31/12/18																										
	Ação 7: Implementar o processo de vigilância em saúde e segurança do paciente (Responsável Chefe do Setor de Vigilância em saúde e Segurança do Paciente)	01/01/17	31/07/17																										
NC4	Ação 1: Estruturar o Núcleo Interno de Regulação (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)	01/01/17	31/12/18																										
	Ação 2: Organizar o processo de transferência do cuidado (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)	01/02/17	31/12/18																										
	Ação 3: Promover a otimização de vagas ambulatoriais ofertadas (Responsável Gerente de Atenção à Saúde)	01/01/17	31/03/17																										

Fonte: HU/FURG

Quadro 48: Gráfico de Gantt (continuação)

NC	Ações	Início	Término	12/16	01/17	02/17	03/17	04/17	05/17	06/17	07/17	08/17	09/17	10/17	11/17	12/17	01/18	02/18	03/18	04/18	05/18	06/18	07/18	08/18	09/18	10/18	11/18	12/18	
NC5	Ação 1: Institucionalizar a educação permanente (Responsável Gerente de Ensino e Pesquisa)	01/01/17	31/08/17																										
	Ação 2: Desenvolver ações de educação permanente (Responsável Gerente de Ensino e Pesquisa)	01/03/17	31/12/18																										
	Ação 3: Avaliar o processo de educação permanente (Responsável Gerente de Ensino e Pesquisa)	01/03/17	31/12/18																										
NC6	Ação 1: Mapear a necessidade de pessoal (Responsável Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas)	01/12/16	31/03/17																										
	Ação 2: Planejar o desligamento dos trabalhadores da Fundação de Apoio (Responsável Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas)	01/01/17	31/12/17																										
NC7	Ação 1: Mapear os atestados médicos, como causa de afastamentos, dos profissionais (Responsável Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas)	01/01/17	31/03/17																										
	Ação 2: Propor ações para redução das taxas de absenteísmo (Responsável Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas)	01/04/17	31/12/17																										
NC8	Ação 1: Criar e divulgar Regulamento Interno (Responsável Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas)	01/04/17	31/12/17																										
NC9	Ação 1: Desenvolver pesquisas periódicas de satisfação do trabalhador (Responsável Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas)	01/12/16	30/06/17																										
	Ação 2: Desenvolver programa de qualidade de vida no trabalho (Responsável Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas)	01/03/17	31/12/17																										
NC10	Ação 1: Preencher os cargos de chefia (Responsável Superintendente)	01/01/17	31/05/18																										
	Ação 2: Instituir o Colegiado de Gestão das Unidades (Responsável Superintendente)	01/03/17	31/05/18																										
	Ação 3: Melhorar a comunicação das gerências com as unidades (Responsável Superintendente)	01/01/17	31/12/18																										
	Ação 4: Estreitar as relações do HU X FURG e HU X FAHERG (Responsável Superintendente)	01/03/17	31/12/17																										
NC11	Ação 1: Selecionar os indicadores necessários para gestão (Responsável Chefe da Unidade de Planejamento)	01/02/17	31/12/17																										
	Ação 2: Implantar sala de situação para consolidar e distribuir os indicadores (Responsável Chefe da Unidade de Planejamento)	01/07/17	31/12/17																										
	Ação 3: Implantar o AGHU (Responsável Chefe do Setor de Gestão da Informação e Informática)	01/02/17	31/12/18																										
NC12	Ação 1: Capacitar os gestores para o processo de planejamento (Responsável Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas)	01/03/17	31/07/18																										
	Ação 2: Mapear os processos de trabalho (Responsável Chefe da Unidade de Planejamento)	01/02/17	30/06/18																										
	Ação 3: Elaborar planejamento de médio e longo prazo (Responsável Superintendente)	01/03/18	31/12/18																										
	Ação 4: Elaborar plano operacional das unidades do HU (Responsável Superintendente)	01/07/17	31/12/17																										

Fonte: HU/FURG

Quadro 49: Gráfico de Gantt (continuação)

NC	Ações	Início	Término	12/16	01/17	02/17	03/17	04/17	05/17	06/17	07/17	08/17	09/17	10/17	11/17	12/17	01/18	02/18	03/18	04/18	05/18	06/18	07/18	08/18	09/18	10/18	11/18	12/18
NC13	Ação 1: Desenvolver o Plano Diretor (Chefe do Setor de Infraestrutura Física)	01/08/17	31/12/18																									
NC14	Ação 1: Estruturar o setor de administração (Responsável Gerente Administrativo)	01/12/16	31/07/17																									
	Ação 2: Organizar os processos de compras, distribuição e uso de materiais (Responsável Gerente Administrativo)	01/02/17	31/07/17																									
	Ação 3: Capacitação dos profissionais (Responsável Gerente Administrativo)	01/03/17	31/08/17																									
	Ação 4: Avaliar os processos de compras, distribuição e uso de materiais (Responsável Chefe da Unidade de Planejamento)	01/01/18	31/12/18																									
NC15	Ação 1: Estruturar o setor de Engenharia Clínica (Responsável Gerente Administrativo)	01/12/16	31/12/18																									
	Ação 2: Organizar o processo de controle de equipamentos (Responsável Chefe da Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar)	01/01/17	31/12/18																									
	Ação 3: Organizar o processo de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos (Responsável Chefe da Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar)	01/03/17	31/12/18																									
NC16	Ação 1: Analisar junto ao corpo técnico e docente os motivos do descomprometimento (Responsável Gerente de Ensino e Pesquisa)	01/03/17	30/04/17																									
	Ação 2: Capacitar o corpo técnico sobre formação pedagógica (Responsável Gerente de Ensino e Pesquisa)	01/04/17	31/12/17																									
	Ação 3: Propor ações integradas de inclusão do corpo técnico e docente com o ensino e assistência (Responsável Gerente de Ensino e Pesquisa)	01/05/17	31/12/17																									
	Ação 4: Avaliar os impactos das ações no trabalho (Responsável Gerente de Ensino e Pesquisa)	01/12/17	31/12/18																									
NC17	Ação 1: Difundir o processo de pesquisa científica no HU (Responsável Gerente de Ensino e Pesquisa)	01/01/17	01/04/17																									
	Ação 2: Criar grupos de pesquisa e consultoria no HU (Responsável Gerente de Ensino e Pesquisa)	01/03/17	31/12/18																									

Fonte: HU/FURG

8. Referências

AMARAL, A.C.P.do. O perfil do gestor hospitalar na grande Cuiabá - MT. **UNICIÊNCIAS**. v.15, n.1, p. 269-283, 2011.

ANDRÉ, A.M; CIAMPONE, M.H.T; SANTELLE, O. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n.1, p. 158-163. Fev. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100020&lng=en&nrm=iso Acesso em: 26 Nov. 2016.

ARTMANN, E. O Planejamento estratégico situacional: à trilogia, matusiana e uma proposta para o nível local de saúde: uma abordagem comunicativa. 1993. 228f. **Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz**. Rio de Janeiro. 2011.

BATISTA, K.B.C; GONÇALVES, O.S.J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p. 884-899, Dez 2011.

BITTENCOURT, R.J. **A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixo desempenho organizacional**. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2005.

_____. **Lei nº 8080, 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 República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 19 set.1990.

_____. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 20 Dez. 1996.

_____. **Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 15 Dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010**. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Diário Oficial, Brasília, DF, Jan. 2010.

_____.Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Relatório Final da Oficina Humaniza SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

_____. **Portaria Interministerial nº 1.006, de 27 de maio de 2004.** Institui o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Portaria nº 1.328, DE 8 de setembro de 2015.** Aprova os critérios gerais para a participação dos servidores em ação de educação do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. **Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014.** Institui diretrizes para a implementação da política de educação permanente em saúde, no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. **Portaria nº 1.702, de 17 de agosto de 2004.** Cria o Programa de reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma do sistema da atenção hospitalar brasileiro.** Brasília, 164f, 2004.

_____. **Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rs.htm>>. Acessado em: 06/02/2014.

_____. **Sistema de Informação de Mortalidade – SIM.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rs.htm>>. Acessado em: 06/02/2014.

_____. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rs.htm>>. Acessado em: 06/02/2014.

_____. **Sistema Nacional de Regulação (SISREG). Departamento de Informática do SUS (DATASUS).** Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?acao=11&id=30430>. Acessado em: 16/04/2015.

BURITI, M.C. **7 competências do administrador hospitalar**, por Gonzalo Vecina. Disponível em: <http://saudebusiness.com/noticias/7-competencias-do-administrador-hospitalar-por-gonzalo-vecina/>. 5 de novembro de 2013. Acesso em: 06 jun 2016.

CAVALHEIRO, M.T.P; GUIMARÃES, A.L. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço. **Caderno FNEPAS.** v.1, p.19-27, Dez. 2011.

CECILIO, L.C.O. Sobre as dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface: comunicação, saúde e educação**, Botucatu, São Paulo, v.15, n.37, p.589-599, abr/jun. 2011.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: comunicação, saúde e educação**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis : revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 7ª ed. Editora Elsevier, 2004.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, Coleção Progestores, 2007.

DECKMAN, L.R. et al. Competência gerencial na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v.4, n.2, p. 2261-2272, 2013.

FEE. Fundação de Economia e Estatística. **Série histórica**. Disponível em:<<http://www.fee.rs.gov.br/indicadores/populacao/estimativas-populacionais/serie-historica/>>. Acesso em: 14 mai 2014.

FOUCAULT, M. **Discipline and Punish: the birth of the prison**. Washington post, book world. Vintage Books, 1977.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 34ª Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

GOMES, R. A polissemia da governança clínica: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.8, p.2431-2439, 2015.

HAMMER, M; CHAMPY, J. **Reengenharia: revolucionando a empresa em função dos clientes, da concorrência e das grandes mudanças da gerência**. 29ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

HOFFMANN, L.M.A; KOIFMAN, L. O olhar supervisivo na perspectiva da ativação de processos de mudança. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.573-587, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. Rio Grande. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=431560&idtema=16&search=rio-grande-do-sul|rio-grande|sintese-das-informacoes>>. Acessado em: 20/10/2016.

JURAN, J.M. **A qualidade desde o projeto: os novos passos para o planejamento da qualidade em produtos e serviço**. 2ª ed. São Paulo: Pioneira, 1992.

KARDEC, A; RIBEIRO, H. **Gestão Estratégica e Manutenção Autônoma**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002.

KLEBA, M.E; KRAUSER, I.M; VENDRUSCOLO, C. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. **Texto & contexto enfermagem**, Florianópolis , v.20, n.1, p.184-193, Mar. 2011.

LOEVINSOHN, B. **Performance-based contracting for health services in developing countries: a toolkit**. Washington, World Bank Institute, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/management/resources/finances/CoverSection1.pdf>.

LUNA, E. Qual o perfil do novo administrador hospitalar? **HMDoctors**. Disponível em: <http://www.hmdoctors.com/2012/o-novo-administrador-hospitalar/> Acesso em: 08 jun 2016.

MACHADO, S.P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.871-877, Jul/Aug2007.

MANENTI, S.A. et al. O processo de construção do perfil de competências gerenciais para enfermeiros coordenadores de área hospitalar. **Rev. Esc. Enfermagem USP** (Universidade de São Paulo), v.46, n.3, p.727-733, 2012.

MATUS, C. **Guia de Análisis Teórico**. Curso de Governo e Planificação. Caracas: Fundación Altadir, 1994.

_____. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993.

MEIRELLES, A. B. **História do Curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande**. Rio Grande: Editora da FURG, 2016.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde: health care networks, **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2010.

_____. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2ª ed. Brasília – DF. 549f, 2011.

_____. As redes de atenção à saúde. Representação Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2ª ed. Brasília – DF. 549f, 2011.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: Unicamp, 2003.

MIGLIATO, A.L.T. Planejamento estratégico situacional aplicado à pequena empresa: estudo comparativo de casos em empresas do setor de serviços (hoteleiro) da região de Brotas. 2004. 223 f. **Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo**, São Carlos, 2004.

OLIVEIRA, D.P.R.de. **Sistemas, Organizações & Métodos**: uma abordagem gerencial. 10ª ed. São Paulo: Atlas, 1998.

OLIVEIRA, M.S.de. O papel dos profissionais de saúde na formação acadêmica. **Olho Mágico**, vol.10, n.2, p.37-39, 2003.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10ª revisão. 9ª ed. rev. São Paulo-SP: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.96 p.

RIEG, D.L. Planejamento estratégico: uso das metodologias "mapeamento cognitivo e planejamento estratégico situacional" em uma situação concreta. 1999. 130 f. **Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de São Carlos - UFSCar, São Carlos, 1999.**

ROVANI, F.F.M; OLIVEIRA, L.C.B.de; CASSOL, R. Caracterização das microrregiões do rio grande do sul a partir de técnicas quantitativas e da cartografia temática. **Revista Discente Expressões Geográficas**, Florianópolis, n.6, p.41-54. Jun. 2010. Disponível em: <http://www.geograficas.cfh.ufsc.br/arquivo/ed06/ed06_art02.pdf>. Acesso em: 15 mai 2014.

RUIZ, P.B.O; PERROCA, M.G; JERICÓ, M.C. Custo da rotatividade da equipe de enfermagem em hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.50, n.1, p.104-111, 2016.

SANTOS, J.L.G.dos. et al. Governança em enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.6, p.1417-1425, 2013.

SANTOS, J.L.G.dos; ERDMANN, A.L. Governança da prática profissional do enfermeiro no ambiente hospitalar: pesquisa de métodos mistos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.6, p.1024-1032. Nov/Dez. 2015.

SARRETA, F.; BERTANI, I.F. Perspectivas da Educação Permanente em saúde. **Revista Ibero-americana de estudos em educação**. v.4 n, 3, 2009. 10 telas. Disponível em: <http://seer.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/2765/2501> Acesso em: 25 nov 2016.

SANTUCCI, L. et al. Programa gestores do SUS: o desafio de desenvolver gestores em São Paulo. **Núcleo de Educação, Escola Municipal de Saúde, Secretaria Municipal da Saúde**, São Paulo, 2011.

SILVA, C.T. et al. Educação permanente em saúde: percepção de profissionais de uma residência multiprofissional. **Rev. Enfermagem UFSM (Universidade Federal de Santa Maria)**, Santa Maria, v.3, p.627-635, 2013.

SILVA, D.S.J.R.da; DUARTE, L.R. Educação permanente em saúde. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, v.17, n.2, p.104 - 105, 2015.

SILVA, L.A.A.da. Perspectivas de transcender na educação no trabalho: tendências da enfermagem latino-americana. 2007. p. 230. **Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina**, Florianópolis, 2007.

SILVEIRA, R. S. ; LUNARDI, Valéria Lerch ; LUNARDI FILHO, W. D. ; AVILA, L. I. ; ENDERLE, C. F. ; TOMASCHEWKI-BARLEM, J.G. . Diversidades e complexidades no cuidado de enfermagem e saúde: compromisso, negação e ética.. In: SOUZA, Francisca Georgina; BACKES, Dirce Stein. (Org.). **Cuidado em Enfermagem e Saúde: diversidades e complexidades**. 1ed.Florianópolis: Papa-livros, 2015, v. 1, p. 11-35.

SILVEIRA, R.S. da. A expressão do caminhar construído junto à equipe de enfermagem de uma unidade cirúrgica sobre o cotidiano do trabalho, com vistas a uma consciência crítica. Abr. 2000.134 f. **Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação, Universidade Federal de Santa Catarina**, Florianópolis, Abr. 2000.

SIMÕES, T.R. et al. Educação Continuada: concepção de enfermeiros em hospital filantrópico de alta complexidade. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.642–647, Dez. 2013.

UGÁ, M. A. D. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde – a experiência internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.12, p. 3437-3445, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - **Manual de Orientações para preenchimento de prontuário médico do paciente do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior**. Rio Grande: FURG; 1997.

VECINA NETO, Gonzalo. **As competências do gestor na saúde nos dias de hoje**. São Paulo, Instituto de Ensino e Pesquisa-Hospital Sírio Libanês, 2016. (Comunicação oral).