



Plano Diretor Estratégico

Hospital Universitário de Brasília

2014 - 2016

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.

HUB (2014).

Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários do SUS:
Plano Diretor Estratégico do Hospital Universitário de Brasília.

Ministério da Educação,
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Instituto SírioLibanês de Ensino e
Pesquisa. – São Paulo, 2013-2014.

217 p.

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. Título

Resumo

Fundado em 1972 e cedido pelo Instituto Nacional de Previdência Médica e Assistência Social (INAMPS) à Universidade de Brasília em 1990, o Hospital Universitário de Brasília (HUB) conseguiu, com muito esforço, manter-se ao longo dos anos como um centro especializado de prestação de serviços e de formação de profissionais de saúde. Com a assinatura de contrato com a Ebserh, a instituição passou a ter a possibilidade de resolver algumas de suas condições crônicas de falta de infraestrutura, recursos humanos e tecnológicos. Nove profissionais do HUB e um da Ebserh, com o apoio dos facilitadores do Curso de Gestão dos Hospitais Universitários Federais no SUS, uma parceria da Ebserh e do Hospital Sírio Libanês (HSL), elaboraram um Plano Diretor Estratégico para o período 2014-2016 objetivando tornar o HUB um hospital de excelência na integração entre ensino, pesquisa e assistência. Através da identificação dos problemas críticos que comprometem o funcionamento e a gestão do HUB, foi estabelecido um plano de ação de forma a viabilizar sua inserção na Rede SUS do DF, ser um hospital orientado para a adoção e desenvolvimento de inovações tecnológicas, implementar a cultura de humanização na instituição, definir canais e processos de comunicação e de trabalho, incentivar práticas que promovam qualidade de vida no trabalho, com desenvolvimento de ações que contribuam para a cultura da preservação do meio ambiente e responsabilidade social. Com a participação das chefias do HUB, Grupo Gestor Ampliado, foram priorizados três macroproblemas: gestão de pessoas, contratualização e processos. Em processos foram definidos três focos para intervenção: gestão da clínica, compras e integração ensino-pesquisa-assistência. O uso das ferramentas SWOT, Árvore de Problemas e dos Termos de Referência permitiram o delineamento do plano de ação usando o recurso 5W3H. A análise de viabilidade possibilitou a avaliação da capacidade de rejeição e o estabelecimento de estratégias de resolução desses problemas. Para gerir o plano, imprescindível para a realização do planejado, foram determinados o impacto, comando e precedência de cada atividade. Espera-se que esse Plano Diretor colabore com o processo de mudança em curso e viabilize uma nova cultura institucional, compatível com os objetivos atuais definidos e com a missão, visão e valores do hospital.

Sumário

1. CONTEXTUALIZAÇÃO	11
a. O Hospital Universitário de Brasília.....	15
1.1.1 Histórico Institucional.....	15
b. Estrutura Física e Tecnológica	21
c. Papel do HUB no contexto assistencial local e regional	24
d. Hospital Universitário de Brasília em números.....	25
e. Perfil assistencial detalhado.....	27
f. Adesão à Ebserh.....	52
i. Desafios atuais	53
2. OBJETO E OBJETIVOS	60
a. Objetivo geral:	60
b. Objetivos específicos:.....	60
i. Objetivos primários	60
ii. Objetivos secundários.....	60
3. PERCURSO METODOLÓGICO	61
a. Formação das equipes e das instâncias de discussão e deliberação do plano.....	61
b. Metodologia de trabalho do Grupo Afinidade.....	62
c. Programa de Desenvolvimento de Competências	62
d. Ferramentas utilizadas e seus resultados	63
i. Aderência a Lista de contribuições.....	63
ii. Aderência a Lista de Gaps	65
iii. Brainstorming e identificação de Macroproblemas.....	66
iv. Definição de prioridades no Grupo Gestor Ampliado	66

v. Matriz SWOT	67
vi. Atores Sociais	73
i. Matrizes Decisórias dos macroproblemas priorizados	74
vii. Árvore de Problemas	82
4. Fundamentação.....	91
4.1. Gestão de Pessoas	91
4.2. Contratualização	93
4.3 Processos	100
4.3.1. Gestão da Clínica.....	100
4.3.2. Gestão de Compras.....	108
4.3.3. Integração Ensino-Pesquisa-Assistência	113
5. Proposta de Intervenção	121
a. Quadro consolidado das ações.....	121
i. Relação de atividades por ações	136
b. Análise de viabilidade	168
6. Gestão do Plano, Metas e Indicadores de Monitoramento.....	194
1. Monitoramento do cronograma	194
7. Referências	199
8. Anexos.....	203
1. Quadro das ações desdobradas em atividades	203

Lista de Figuras

Figura 1-1: Mapa das cidades do entorno do Distrito Federal	11
Figura 1-2: Distribuição de atividades econômicas no DF	13
Figura 1-3: Equipamentos de Saúde na RAS.	14
Figura 1-4: Linha do tempo HUB	19
Figura 1-5: Princípios organizacionais do HUB	20
Figura 1-6: Planta baixa do HUB	21
Figura 1-7: Obras planejadas HUB	23
Figura 1-8: Proposta de área de abrangência para o HUB	25
Figura 1-9: Organograma HUB.....	52
Figura 3-10: Aderência do HUB por Modelo de Referência	64
Figura 3-11: - Aderência do HUB por tema da Lista de Aderência às Normativas.....	65
Figura 3-12: Matriz SWOT	68
Figura 3-13: Árvore do macroproblema Gestão de Pessoas	83
Figura 3-14: Árvore do macroproblema Contratualização	84
Figura 3-15: Árvore do macroproblema Gestão da clínica (1)	85
Figura 3-16: Árvore do macroproblema Gestão da clínica (2)	86
Figura 3-17: Árvore do macroproblema Gestão de compras	87
Figura 3-18: Árvore do macroproblema Dificuldade de integração entre ensino e pesquisa (1).....	88
Figura 3-19: Árvore do macroproblema Dificuldade de integração entre ensino e pesquisa (2).....	89
Figura 3-20: Árvore do macroproblema Dificuldade de integração entre ensino e pesquisa (3).....	90
Figura 6-21: Cronograma de monitoramento das ações do PDE	194
Figura 6-22: Cronograma de monitoramento das ações do PDE	195
Figura 6-23: Cronograma de monitoramento das ações do PDE	196
Figura 6-24: Cronograma de monitoramento das ações do PDE	197

]Figura 6-25: Cronograma de monitoramento das ações do PDE.....	198
---	-----

Lista de Tabelas:

Tabela 1: Consultas ambulatoriais e do Centro de Pronto Atendimento no período 2010-2013.....	26
Tabela 2: Leitos operativos no período 2010-2013.....	27
Tabela 3: Total de internações no período 2010-2013.....	27
Tabela 4: Estatísticas de serviços do ano de 2013.....	28
Tabela 5: Consultas ambulatoriais por especialidade.....	29
Tabela 6: Total de pacientes marcados e não atendidos (abstenções).....	32
Tabela 7: Atendimentos do Centro de Pronto Atendimento.....	34
Tabela 8: Atendimentos do Centro de Oncologia Tratamento Quimioterápico.....	36
Tabela 9: Atendimentos ambulatoriais do CACON.....	38
Tabela 10: Procedimentos de Hemodiálise.....	39
Tabela 11: Atendimentos do Centro de Ginecologia e Obstetrícia.....	40
Tabela 12: Resumo da produção de exames complementares.....	42
Tabela 13: Atendimentos do Centro de Medicina Nuclear.....	43
Tabela 14: Atendimentos do Laboratório de Função Pulmonar.....	44
Tabela 15: Exames realizados pelo Centro de Diagnóstico por Imagem.....	45
Tabela 16: Movimento nas unidades de hospitalização.....	46
Tabela 17: Indicadores de internação por centros de internação.....	47
Tabela 18: Internações no ano de 2013.....	48
Tabela 19: Taxa de ocupação no ano de 2013.....	49
Tabela 20: Cirurgias em regime de internação no ano de 2013.....	50
Tabela 21: Internações (AIHs), altas e óbitos no ano de 2013.....	52
Tabela 22: Número de convocados e efetivados por convocação.....	56
Tabela 23: Quadro de ocupação de vagas.....	
Tabela 24: Mapeamento de macroproblemas.....	

Lista de Abreviaturas e Símbolos

ABRAHUE: Associação Brasileira dos Hospitais Universitários e de Ensino

CACON: Centro de Alta Complexidade em Oncologia

CCS: Conselho Comunitário e Social

CDE: Conselho Deliberativo

CLT: Consolidação das Leis do Trabalho

CODEPLAN: Companhia de Planejamento do Distrito Federal

CONSUNI: Conselho Superior Universitário

CPA: Centro de Pronto Atendimento

DATASUS: Departamento de Informática do SUS

DF: Distrito Federal

DAF Ebserh: Diretoria Administrativa e Financeira

DAF UnB: Decanato de Administração

DGP-Ebserh: Diretoria de Gestão de Pessoas Ebserh

DGP-UnB: Decanato de Gestão de Pessoas UnB

DivGP: Divisão de Gestão de Pessoas HUB

DLIH: Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar

EBSERH: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FCE: Campus UnB-Ceilândia

FM: Faculdade de Medicina UnB

FS: Faculdade de Ciências da Saúde UnB

GAB: Superintendente

GAD: Gerência Administrativa HUB

GAS: Gerência de Assistência à Saúde HUB

GDF: Governo do Distrito Federal

GED: Gestão Eletrônica de Documentos

GEP: Gerência de Ensino e Pesquisa

HDA: Hospital Docente Assistencial

HDFPM: Hospital do Distrito Federal Presidente Médici

HSL: Hospital Sírio Libanês

HSU: Hospital dos Servidores da União

HUB: Hospital Universitário de Brasília

HUs: Hospitais Universitários

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

IDSUS: Índice de Desempenho do SUS

INAMPS: Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social

IPASE: Instituto de Pensões e Aposentadorias dos Serviços do Estado

MEC: Ministério da Educação

MS: Ministério da Saúde

NIR: Núcleo Interno de Regulação

ONU: Organização das Nações Unidas

PIB: Produto Interno Bruto

PNHOSP: Política Nacional de Atenção Hospitalar

PNSP: Plano Nacional de Segurança do Paciente

POPs: Procedimentos Operacionais Padrão

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

RAS: Rede de Assistência à Saúde

REHUF: Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

REUNI: Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais

RIDE/DF: Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno e DF

RJU: Regime Jurídico Único

RUE: Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SEAD: Serviço de Estudos e Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas

SEPLAN: Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento

SES/DF: Secretaria de Saúde do Distrito Federal

SICAP: Sistema de Cadastramento Unificado de Prestação de Serviços

SUS: Sistema Único de Saúde

TI: Setor de Gestão de Informática e Informação

UnB: Universidade de Brasília

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

O Hospital Universitário de Brasília (HUB) está localizado na Região Centro-Norte do Plano Diretor de Regionalização do Distrito Federal. O Distrito Federal (DF) é dividido em 31 regiões administrativas, distribuídas em um quadrilátero de 5.789,16 km² com um único município registrado no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Brasília. Sua expansão ocorreu no sentido centro-periferia com segregação socioeconômica associada. Dezenove municípios de Goiás e três de Minas Gerais dependem do serviço de saúde do DF e constituem o chamado Entorno (Figura 1). Tal condição tem reflexo direto nas políticas públicas da região, com acréscimo de uma população de 1.149 milhão de habitantes (IBGE, 2010), o que resultou na Lei Complementar nº 94/1988 que criou a Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno e DF – RIDE/DF.

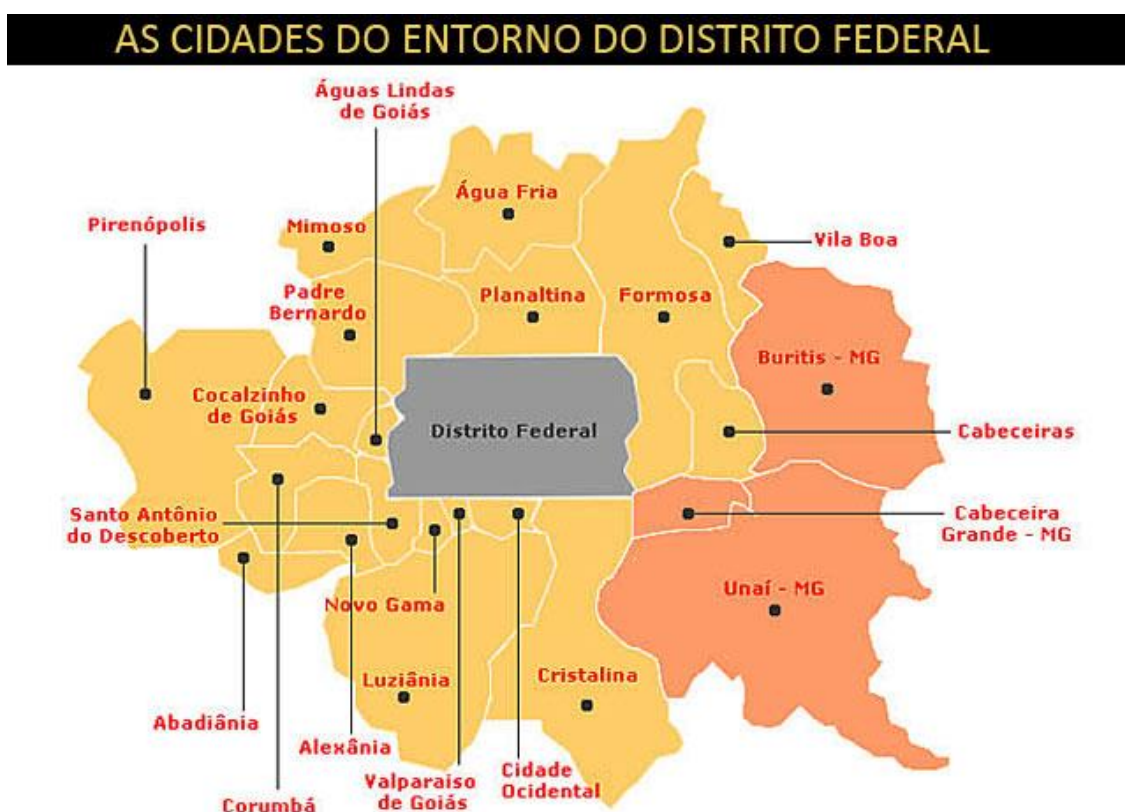


Figura 1-1: Mapa das cidades do entorno do Distrito Federal
Fonte: g1.globo.com

De acordo com dados do IBGE, a população do Distrito Federal em 2010 era de 2.560.160 e a estimativa para 2013 era de 2.789.761 habitantes, sendo a quarta cidade mais populosa do Brasil. Dados do Plano Distrital de Saúde 2012 a 2015 (SES/DF, 2012) evidenciam que, entre os anos de 2000 e 2010 houve um incremento populacional da ordem de 519.014 habitantes, correspondendo a 25,3% de crescimento em 10 anos. A região administrativa da Ceilândia é a mais populosa, seguida de Taguatinga e Brasília. Nesse período, a proporção da população do DF na RIDE/DF permaneceu inalterada, em torno de 69%.

Brasília é classificada como a 16ª cidade mais desigual do mundo e a quarta mais desigual do Brasil (ONU, 2010). Prover saúde a essa população é um grande desafio, apesar de o Distrito Federal possuir a maior renda per capita brasileira – representando mais que o triplo que a média nacional (SES/DF, 2012) e o sétimo mais alto PIB do país e primeiro PIB per capita (DATASUS, 2014; CODEPLAN, 2011).

Em 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do DF foi de 0,844. Apesar da desigualdade, nenhuma região administrativa estava no grupo de baixo desenvolvimento humano e 62,2% das 19 regiões administrativas da época foram consideradas com alto desenvolvimento humano. De acordo com o IBGE (2010) o Distrito Federal tem o mais alto grau de urbanização do país (96,6%), seguido de São Paulo com 95,9%, decorrente do crescimento vegetativo nas áreas urbanas e das migrações com destino urbano.

A pirâmide populacional mostra que as mulheres representam 52,2% da população e houve diminuição da faixa etária entre 0 e 24 anos, devido à queda na taxa de fecundidade. A expectativa de vida ao nascer era, em 2009, de 75,3 anos (DATASUS, 2014). O DF é hoje a terceira unidade da federação com maior percentual de idosos (7,4% em 2010) demandando ações voltadas para o atendimento de doenças crônicas e incapacitantes (SES/DF, 2012). No DF, a taxa de dependência é de 49%. Para 2030 há previsão de que 14,9% da população seja constituída por idosos (IBGE, 2010).

O DF possui uma taxa de analfabetismo menor que 4%, tendo recebido em 2014, o título de "Área Livre de Analfabetismo", concedido pelo Ministério da Educação. Imigrantes do nordeste e sudeste ainda são a maioria da população residente em Brasília (51,4%) e a economia está concentrada no setor terciário, conforme dados da Figura 1.2.

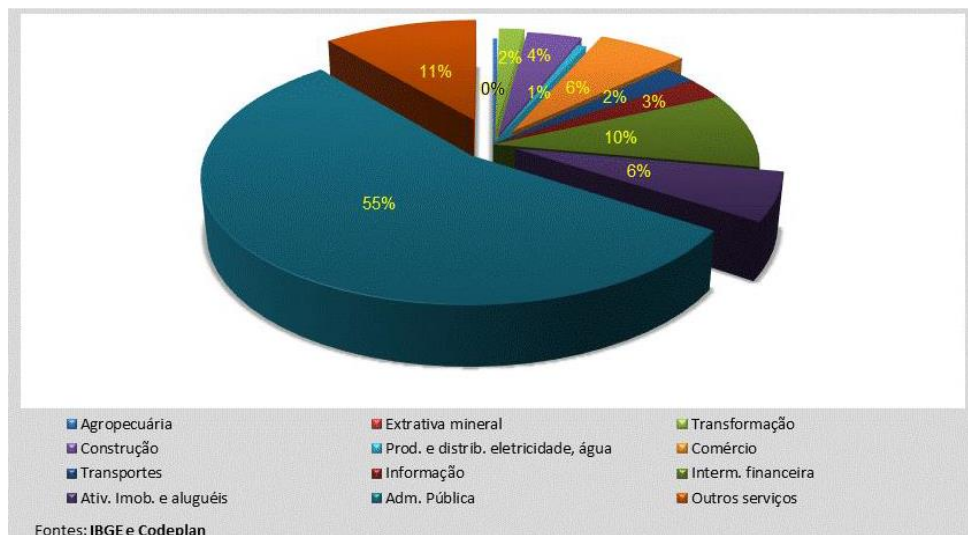


Figura 1-2: Distribuição de atividades econômicas no DF
Fonte: GDF, CODEPLAN, SEPLAN, 2013

Com relação à saúde, de acordo com a Secretaria de Saúde (SES/DF, 2012) no DF ainda há doenças relacionadas ao subdesenvolvimento e más condições de vida, convivendo com um aumento das doenças crônicas e da violência e trauma. Para as doenças infecciosas, há uma boa cobertura vacinal com controle das doenças imunopreveníveis. A dengue ainda se constitui em um problema de saúde pública, assim como a tuberculose, a sífilis congênita, a aids, a hanseníase, a leishmaniose e hantavirose.

Apesar de abaixo da média nacional, há uma tendência de aumento da taxa de mortalidade infantil ligada a um pré-natal e uma assistência ao parto inadequados. Em 2009, as principais causas de mortalidade foram doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas. Nas doenças relacionadas ao aparelho circulatório, destaque é feito para acidentes vasculares encefálicos, infarto agudo do miocárdio e hipertensão arterial sistêmica (SES/DF, 2012).

No Distrito Federal, o governo distrital acumula as funções de estado e município. O sistema de saúde é organizado em regionais de saúde compostas por postos de saúde, centros de saúde e um hospital regional secundário (Figura 1-3). O Hospital de Base de Brasília é o hospital terciário de referência para todas as regionais do DF. O Hospital Universitário de Brasília (HUB) ainda não está oficialmente integrado à essa rede.

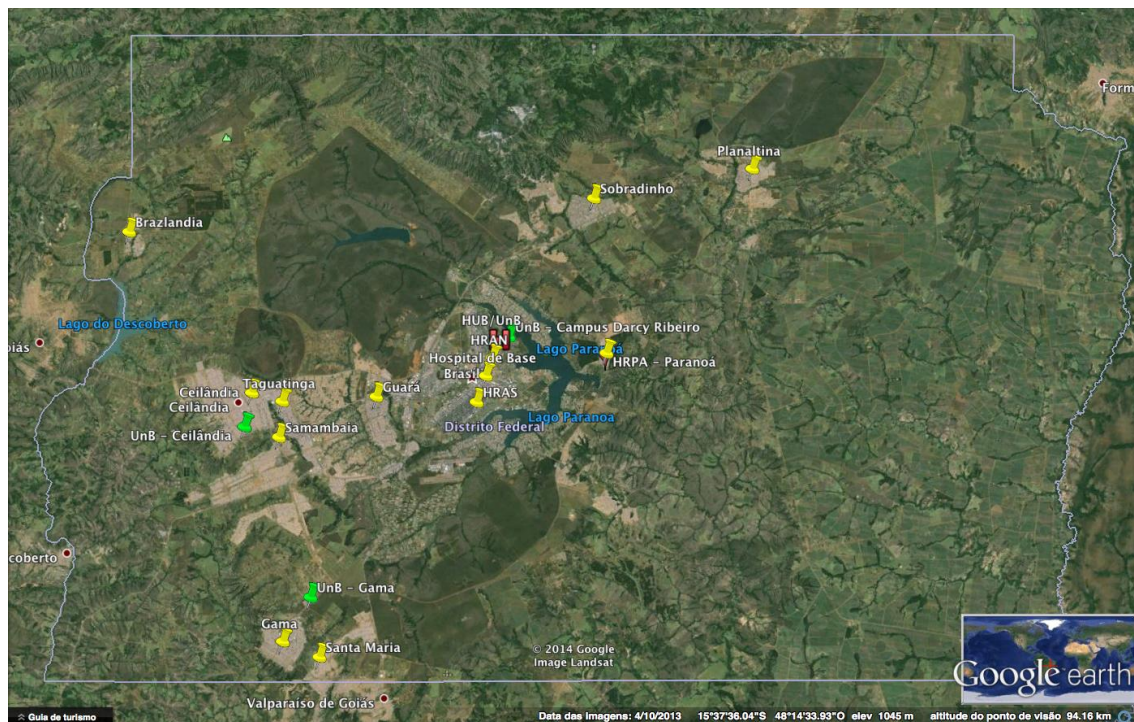


Figura 1-3: Equipamentos de Saúde na RAS.
Fonte: Google Earth

O crescimento da rede de saúde e do número de trabalhadores na área não acompanhou as necessidades de assistência da população do DF. Desde 2000, houve uma diminuição da cobertura dos programas de saúde da família, repercutindo nos casos de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus descompensados e aumento da mortalidade infantil. Na tentativa de minimizar o déficit de pessoal, o GDF tem feito contratos temporários, com salários bastante atrativos.

De acordo com o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) divulgado pelo Ministério da Saúde em 2012 (SES/DF, 2012), que avaliou o acesso e a qualidade dos serviços em todo o Brasil em relação aos diferentes níveis de atenção do SUS (básica, especializada ambulatorial e hospitalar e de urgência e emergência) entre os anos de 2008 e 2010, o DF ficou em 20º lugar entre todos os estados. Numa escala que avalia de 0 a 10 pontos como andam os serviços e as ações realizadas pelo governo na área, o DF obteve nota 5,04.

Como já destacado, a oferta e demanda por serviços de saúde no DF são afetadas, entre outros fatores, por pacientes residentes no entorno. De acordo com Vinhadelli (2010), 11% dos pacientes atendidos nos serviços de emergência no DF não

são residentes do DF e 20% das internações são de pacientes que possuem residência em outro estado.

No Plano Distrital de Saúde 2012 – 2015 (SES/DF, 2012) a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) estabelece as seguintes ações:

- 1) Estruturação do atendimento em atenção primária à saúde, com ênfase no Programa de Saúde da Família;
- 2) Ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade, com foco em duas linhas de cuidado prioritárias: Rede Cegonha e Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE);
- 3) Ampliação da cobertura assistencial em saúde mental;
- 4) Expansão e qualificação da RUE;
- 5) Acesso à assistência farmacêutica;
- 6) Atuação nos fatores desencadeantes, determinantes e condicionantes de doenças e agravos;
- 7) Ampliação da regulação de acesso para consultas especializadas e de leitos gerais;
- 8) Promoção de pesquisa para instrumentalizar a tomada de decisão dos gestores da SES/DF;
- 9) Garantia de atendimento integral e humanizado para a população do DF.

É importante destacar que as ações definidas têm ressonância com aquelas identificadas pelo HUB como necessárias para sua integração à Rede do SUS-DF.

1.1. O Hospital Universitário de Brasília

1.1.1 Histórico Institucional

O HUB é uma conquista alcançada com o empenho de toda a comunidade acadêmica da Universidade de Brasília (UnB). Foi inaugurado durante o regime militar no dia 08 de agosto de 1972 como unidade do Instituto de Pensões e Aposentadoria dos Serviços do Estado – IPASE (Decreto Nº 70.178 de 21 de Fevereiro de 1972), recebendo o nome de Hospital do Distrito Federal Presidente Médici – HDFPM. A

instituição dedicou-se, inicialmente, à atenção exclusiva dos servidores públicos federais e ficou conhecido como Hospital dos Servidores da União – HSU.

Em dezembro de 1979, o HDFPM passou a ser considerado hospital escola da Universidade de Brasília, por meio de convênio assinado com o Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). A comunidade desejava ter um hospital para referência especializada que fosse próximo ao Campus Darcy Ribeiro. Até dispor do hospital escola, os professores e estudantes contavam com o Hospital de Sobradinho, primeiro hospital escola sob a responsabilidade da UnB, chamado Unidade Integrada de Saúde porque já associava aspectos da medicina preventiva, da medicina corretiva e da medicina comunitária.

Em 1987, o Hospital foi integrado à rede de serviços do Distrito Federal por meio de novo convênio assinado pela Universidade de Brasília com quatro ministérios, passando a chamar-se Hospital Docente Assistencial (HDA) e sendo reconhecido como o 38º hospital universitário brasileiro. Após um processo conturbado, com manifestações públicas de professores e estudantes que exigiam a cessão definitiva do hospital para que pudesse ser administrado plenamente pela universidade, em 3 de Abril de 1990 o hospital foi cedido pelo INAMPS à UnB, passando a denominar-se Hospital Universitário de Brasília – HUB.

Com a cessão do hospital para a UnB tem início uma fase delicada de transição entre um hospital exclusivamente assistencial para uma unidade hospitalar universitária, que desenvolvesse também o ensino e a pesquisa. O HUB foi um dos primeiros hospitais do Planalto Central a oferecer assistência especializada. Em 1977 foi realizado aqui o primeiro transplante renal do Centro-oeste.

De 1990 até 2004, o HUB sobreviveu a um processo de perda progressiva do quadro de funcionários do antigo INAMPS, sofrendo paralelamente a falta de reposição dos postos de trabalho por aposentadorias ou por abandono relacionado aos baixos salários, vivenciando um financiamento oscilante que dependia das relações estabelecidas frequentemente de maneira informal com o gestor local do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir de 2005, o HUB passou a ser administrado e financiado dentro das diretrizes da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de Abril de 2004, por meio de Termo de Compromisso assinado com o gestor local do SUS, definindo o teto

financeiro para o desenvolvimento das suas atividades. Paralelamente, o HUB foi certificado como Hospital de Ensino de acordo com os critérios estabelecidos nessa portaria e até hoje permanece certificado conforme as disposições da Portaria Interministerial MEC/MS nº. 2400 de 2 de Outubro de 2007.

Em 2008 foi aprovado pelo Conselho Superior Universitário – CONSUNI –o regimento do hospital que, após mais de dois anos de debates internos, consagrou a inserção da instituição no Sistema Único de Saúde como uma das suas características essenciais, estabelecendo as atividades de mais dois conselhos, o Conselho Deliberativo – CDE – e o Conselho Comunitário e Social – CCS – primeira tentativa de legitimar a participação da comunidade com possibilidade de ações de controle social. Cabe ressaltar que em 2008 a história do HUB ficou marcada pela decisão do Conselho Deliberativo de destinar 100% da capacidade instalada de internação e de produção de serviços para o SUS, abandonando uma tentativa falida de funcionamento de um serviço de atendimento a particulares usuários de convênios e planos de saúde que foi deletério para a instituição ao permitir à prática de duas “portas” de acesso ao hospital. Em 2008 também foi iniciada a implantação da Política Nacional de Humanização, fortalecendo o alinhamento com as políticas assistenciais prioritárias para o SUS.

Finalmente, em 2009, o HUB iniciou as atividades dirigidas à obtenção da acreditação internacional pela qualidade dentro dos parâmetros estabelecidos pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação em parceria com a *Joint Commission International*. Esse processo foi interrompido em função dos problemas de infraestrutura.

Devido à falta de orçamento e investimento, o HUB agravou sua crise, associando falta de pessoal, refletindo as condições de todos os hospitais universitários. Houve irregularidade da oferta de serviços, acarretando uma maior dificuldade da inserção do HUB na rede de saúde local, com perda de credibilidade.

Após a criação da Associação Brasileira dos Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), ações políticas levaram à Portaria Interministerial MS/MEC no 1006/2004 que criou o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS com o objetivo de prover condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários pudessem desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e de assistência à saúde da população. Em 27 de janeiro de 2010, o Programa Nacional de Reestruturação

dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) por meio do Decreto nº 7.082, definiu diretrizes e objetivos para a reestruturação e revitalização dos hospitais universitários federais, integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS).e, em 2011, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh foi constituída para viabilizar os hospitais universitários federais cuja clientela fosse 100% SUS.

Ao longo dos anos os recursos humanos do HUB foram constituídos por quatro grupos: os terceirizados, os cedidos do Ministério da Saúde ou SES/DF, os servidores da UnB e os prestadores de serviços, maior grupo atual. Esses últimos têm contrato precarizado e não usufruem de direitos trabalhistas o que gera dois problemas principais: grande rotatividade ou até então, manutenção dos contratos por décadas. Problemas como adaptação a procedimentos e normas distintos do órgão de origem e interrupções de cessão provocam a descontinuidade nas atividades exercidas pelos servidores cedidos. Tais situações causam instabilidade nas relações de trabalho, com consequências para a qualidade da assistência.

Em 2011, a Direção do HUB trabalhou na elaboração de um banco de projetos de infraestrutura de forma a mapear as necessidades do hospital, priorizar obras, providenciar licitação e usufruir de recursos do Governo Federal, disponibilizados no final de cada segundo semestre.

Em 2012, o CONSUNI da UnB aprovou a adesão à Ebserh e em 17 de janeiro de 2013, o Reitor da UnB e o Presidente da Ebserh assinaram um contrato que transfere para a segunda a gestão do HUB, com a qualificação da equipe gestora, saneamento financeiro e contratação de pessoal no regime de trabalho regido pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT). Desde que assinou contrato com a estatal, o HUB vem recebendo investimentos para a melhoria do atendimento e das condições de trabalho. Com a abertura de processo seletivo para 1134 vagas distribuídas em cargos de nível médio e superior, a Ebserh viabilizou a possibilidade de ação direta sobre um dos problemas crônicos do HUB, a falta de pessoal.

A Figura 1-4 apresenta alguns fatos marcantes do histórico do hospital e destaques na prestação de serviços à comunidade.

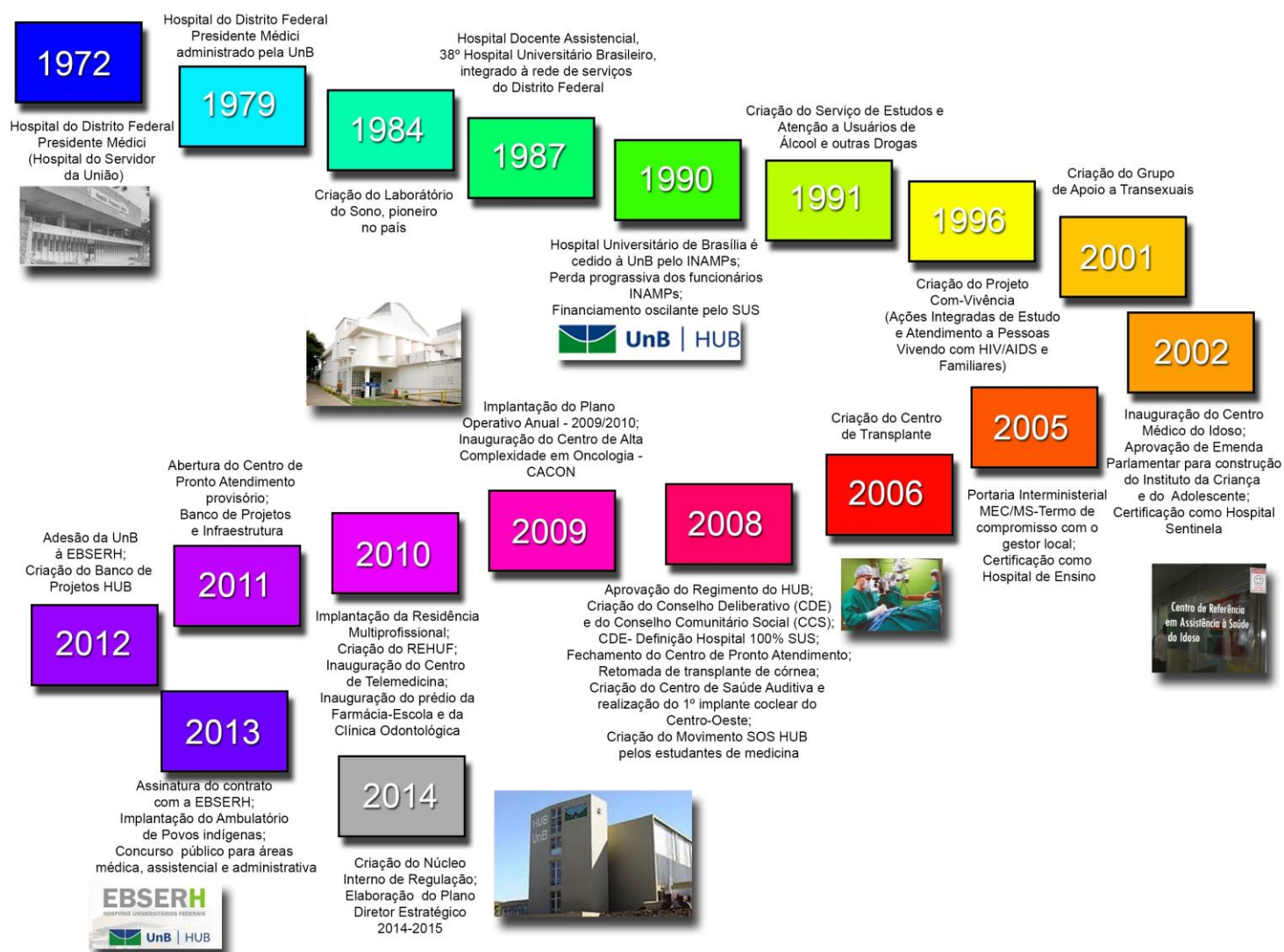


Figura 1-4: Linha do tempo HUB

Todas as ações desenvolvidas no HUB são norteadas pelos princípios organizacionais (Figura 1-5) que refletem o comprometimento de sua comunidade com a atenção à saúde integral e humanizada e com a formação de profissionais.

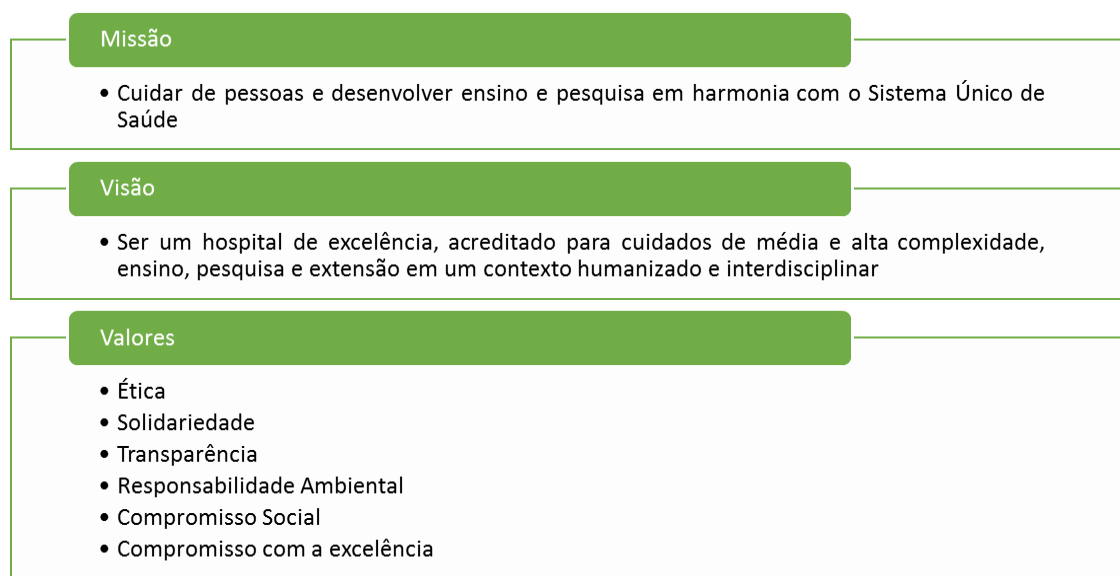


Figura 1-5: Princípios organizacionais do HUB

1.2. Estrutura Física e Tecnológica

O HUB possui uma área de construção de 45.247,50 m², dividida em nove complexos (Figura 1-6):



Figura 1-6: Planta baixa do HUB

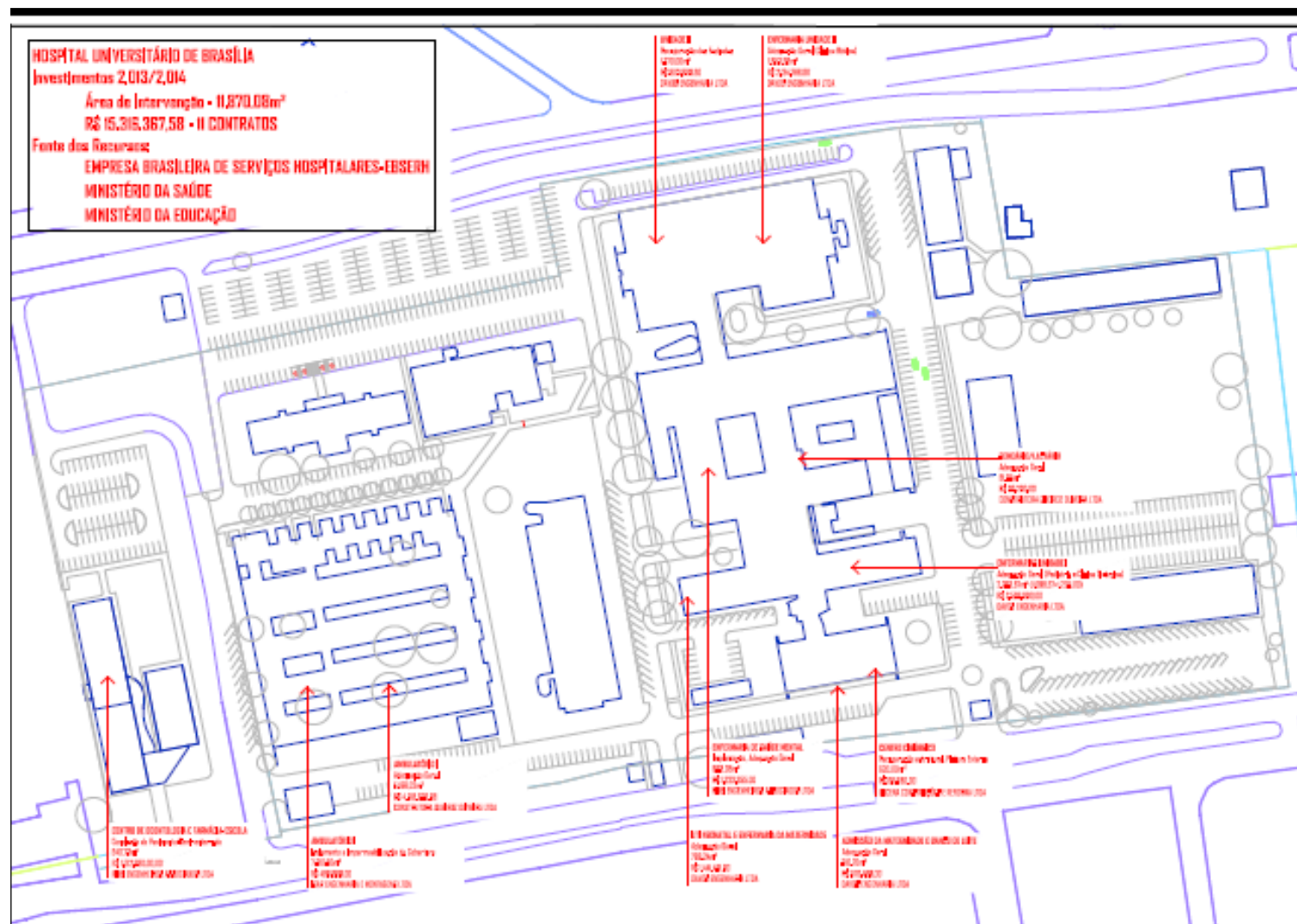
A estrutura física do HUB atende as áreas assistenciais, de ensino, administrativa e de manutenção. Encontra-se distribuída da seguinte forma:

- Unidade 1:** integra a área de Radiologia, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, Centro Cirúrgico Central, Centro Cirúrgico Ambulatorial, Unidade de Internação de Centro de Clínicas Cirúrgicas, Transplante, Banco de Sangue, Banco de Leite, Hemodinâmica, Anatomia Patológica, Pediatria, Maternidade, UTI neonatal e alojamento conjunto, Pronto Socorro da Ginecologia/Obstetrícia, Setor de Vigilância em Saúde, Refeitório, Patologia, Banco de Células, Unidade de Internação do Centro de Clínicas Pediátricas, Laboratório do Sono, Unidade de Nutrição, duas salas de aula, Auditório 1;

2. **Unidade 2:** inclui a Farmácia Hospitalar, Centro de Pronto Atendimento, Hemodiálise, Medicina Nuclear, Endoscopia, Ambulatórios de Especialidades, Unidade de Internação da Clínica Médica e Especialidades, Fisioterapia, Sala de Reabilitação, Ecocardiografia, Eletroencefalografia, cinco salas de aula, Auditório 2;
3. **Unidade 3:** salas para uso da administração, três salas de aula e uma biblioteca setorial da Biblioteca Central da UnB;
4. **Centro de Alta complexidade em Oncologia (CACON):** Ambulatório de Especialidades em Oncologia, quimioterapia e radioterapia;
5. **Ambulatório 1:** espaço destinado a Ambulatórios de Especialidades e duas salas de aula;
6. **Ambulatório 2:** abriga Ambulatórios de Especialidades, Centro de Medicina do Idoso, Serviço de Atenção Médica ao Trabalhador da UnB, Centro de Saúde Auditiva;
7. **Clínica Odontológica/Farmácia Escola:** cenário de prática do curso de Odontologia da UnB, Centro de Especialidades Odontológicas, área de dispensação ambulatorial (Farmácia Escola) do curso de Farmácia da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB;
8. **Engenharia:** inclui engenharias, arquitetura, almoxarifado administrativo, equipamentos para manutenção;
9. **Serviços de apoio:** marcenaria, pintura, patrimônio.

Há previsão de investimentos em reformas em várias áreas do hospital (Figura 1.7), sendo que o Centro de Pronto Atendimento (CPA) e a Unidade de Terapia Intensiva já estão em fase de finalização para entrega à comunidade. Para 2014 há previsão de reforma das fachadas da Unidade 2 e inauguração dos seguintes espaços:

- Unidade de Terapia Intensiva Adulto: a capacidade aumentará de seis para 19 leitos.;
- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: passará de quatro para 10 leitos;
- Unidade de Terapia de Cuidados Intermediários Neonatais, terá oito leitos;
- Maternidade, com 31 leitos;
- Centro de Saúde Mental com 25 leitos;
- Unidade Coronariana, com 10 leitos.



O parque tecnológico do HUB também está em processo de revisão. Entre os equipamentos recebidos pelo hospital nos últimos meses estão os de informática, ventiladores, electroencefalogramas, ecógrafos, ecocardiógrafos portáteis, audiômetro, equipamento de corte de anatomia patológica e focos cirúrgicos. Além disso, há um processo de avaliação dos equipamentos antigos. Tais medidas têm proporcionado uma contínua melhoria das condições de trabalho impactando diretamente na qualidade dos serviços que o HUB oferece à população.

1.3. Papel do HUB no contexto assistencial local e regional

O HUB destaca-se no cenário do Distrito Federal pela assistência multiprofissional e interdisciplinar na área de saúde e tem como expertises atendimentos nas áreas de Urgência e Emergência: Clínica de Adulto, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Oncologia Clínica, Radioterapia, Medicina Nuclear, Pré-Natal de Alto Risco, Acompanhamento e Desenvolvimento Pediátrico, Medicina do Sono, Medicina da Adolescência, Endocrinologia Pediátrica, Ambulatório e Acolhimento Especializado ao Indígena, Atendimento a Crianças com Dificuldade de Aprendizagem, Atendimento ao Idoso, Implante Coclear, Saúde Auditiva, Transplante Renal, Transplante de Córnea, Clínica Odontológica Especializada, Ambulatório de Hipertensão Pulmonar, e Ambulatório de Transexualidade.

O hospital é campo de prática para estudantes dos diferentes *campi* da UnB . Além dos cursos tradicionais da área de saúde como Medicina, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Saúde Coletiva, Odontologia, Fisioterapia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, o HUB recebe estudantes dos cursos de Pedagogia, Administração, Engenharia Clínica, Engenharia de Produção, Arquivologia, entre outros, constituindo-se como um importante cenário para atendimento do tripé universitário ensino, pesquisa e extensão. Desde 2008, atende os estudantes do Campus UnB-Ceilândia (FCE) que tem seis cursos de graduação em saúde e os de Engenharias da UnB-Gama.

Embora o HUB constitua, dentro da rede assistencial do Distrito Federal, um estabelecimento de saúde referencial para as ações de atenção à saúde de média e de alta complexidade, o fluxo de referência e contra-referência necessita de maior aprimoramento, considerando que não há população adscrita a sua área de atenção.

Também ainda não está definida com o gestor local a área de abrangência do hospital. O HUB tem interesse em participar de uma rede de atenção à saúde, tornando-se referência para as áreas de São Sebastião, Paranoá e Itapoã (regiões marcadas em amarelo na Figura 1-8).

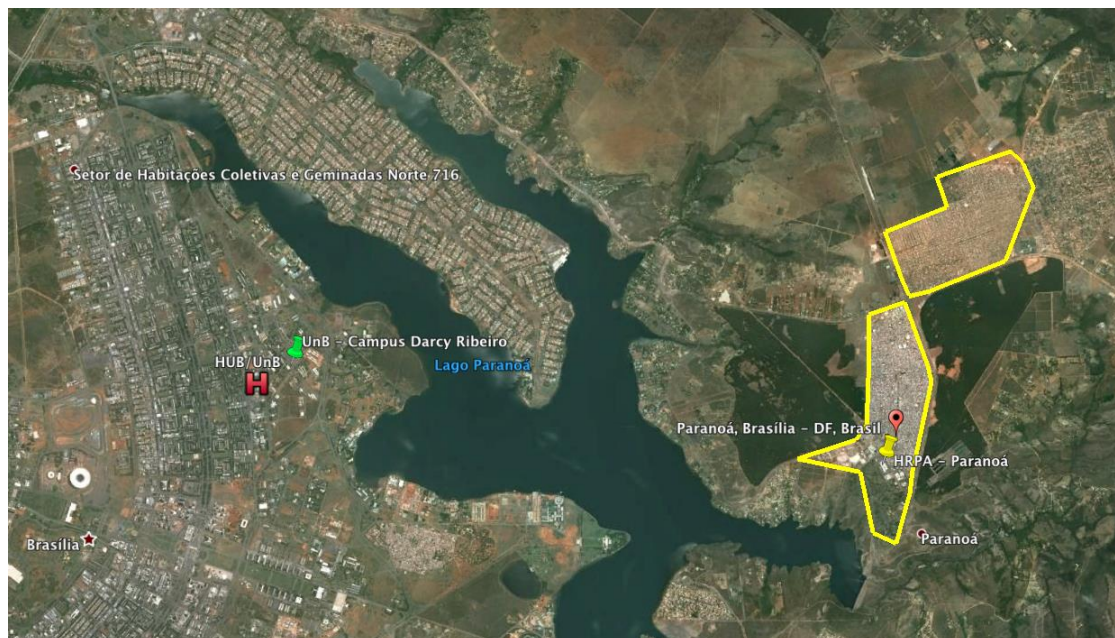


Figura 1-8: Proposta de área de abrangência para o HUB

Fonte: Google earth

1

1.4. Hospital Universitário de Brasília em números

As Tabelas 1, 2 e 3 apresentam os grandes números do HUB no período de 2010 a 2013:

Tabela 1 - Consultas ambulatoriais e do Centro de Pronto Atendimento no período 2010-2013

Consultas	2010	2011	2012	2013
Consultas ambulatoriais	144.453	134.865	138.680	149.511
Consultas Centro de Pronto Atendimento	14.459	18.652	26.959	34.222
TOTAL	158.912	153.517	165.539	183.733

Tabela 2 – Leitos Operativos no período 2010-2013

LEITOS	2010	2011	2012	2013
INTERNAÇÃO GERAL				
Leitos gerais	188	187	182	192
Leitos de UTI	10	10	10	10
Leitos de recuperação	7	7	7	7
Leitos de Hospital-Dia	10	10	10	10
SUBTOTAL	215	214	209	219
UNIDADE DE EMERGÊNCIA				
Leitos gerais	26	20	20	20
SUBTOTAL	26	20	20	20
TOTAL	241	234	229	239

1

Tabela 3 – Total de internações no período 2010-2013

Internações	2010	2011	2012	2013
Total de internações	8.263	8.082	9.315	10.159

1.5. Perfil assistencial detalhado

Nas seguintes tabelas são apresentadas a produção assistencial detalhada do HUB no ano de 2013.

Tabela 4: Estatística de serviços do ano de 2013

PROCEDIMENTOS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	MÉDIA MENSAL
CONSULTAS AMBULATORIAIS	8.302	10.170	11.308	14.659	12.156	14.454	14.335	13.752	15.486	12.226	13.092	9.571	149.511	12.459
CONSULTAS PRONTO ATENDIMENTO	2.414	1817	3.694	3.558	3.635	2.959	3.125	3.579	2.461	2.512	2.530	1.938	34.222	2.852
INTERNAÇÕES (AIH's)	862	906	872	714	1093	1426	1.003	979	611	576	571	546	10.159	847
ODONTOLOGIA (atendimentos)	2.161	2.605	2.107	3.799	2.379	1.687	3.097	2.163	3.560	3.211	1.738	1.630	30.137	2.511
HEMODIÁLISE (TOTAL)	628	627	613	631	644	610	625	636	561	611	627	513	7.326	611
PARTOS	100	96	109	127	129	103	98	103	77	87	77	54	1.160	97
CIRURGIAS	416	438	583	579	517	514	483	532	496	427	384	317	5.686	474
QUIMIOTERAPIA - Nº DE PACIENTES TRATADOS	325	284	291	314	277	244	306	312	360	260			2.973	248
EXAMES COMPLEMENTARES	62.545	65.425	75.076	81.687	87.743	87.915	71.070	69.077	78.501	77.096	64.690	68.768	889.593	74.133

Tabela 5: Consultas Ambulatoriais por especialidade

CENTRO DE CLÍNICA MÉDICA	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	MÉDIA
ALERGOLOGIA	30	10	29	21	0	0	0	0	0	0	0	0	90	8
CARDIOLOGIA	178	181	179	265	299	239	214	316	237	210	180	94	2.592	216
ANESTESIOLOGIA	126	124	155	157	169	155	204	150	114	4	0	0	1.358	113
CLÍNICA MÉDICA	18	19	24	34	49	50	66	48	35	22	21	18	404	34
DERMATOLOGIA	864	817	947	1.154	1.008	1.053	963	1.182	1.095	1.014	592	577	11.266	939
DIP	148	141	153	184	173	153	174	173	171	185	156	108	1.919	160
ENDOCRINOLOGIA	306	347	350	550	482	465	365	496	543	504	556	401	5.365	447
GASTROENTEROLOGIA	408	324	331	488	407	364	323	401	402	472	336	250	4.506	376
GENÉTICA	0	93	126	133	111	113	17	137	81	88	103	79	1.081	90
GERIATRIA / MEDICINA DO IDOSO	31	140	141	169	93	89	100	137	128	119	72	128	1.347	112
NEFROLOGIA	75	62	117	157	144	130	145	152	145	130	102	104	1.463	122
TRANSPLANTE RENAL	35	0	52	87	97	117	126	125	111	97	83	75	1.005	84
NEUROLOGIA	37	125	95	171	154	109	84	81	163	115	111	75	1.320	110
PNEUMOLOGIA	87	229	215	268	229	218	159	238	274	217	245	217	2.596	216
SAÚDE COLETIVA(TISIOLOGIA)	46	35	52	65	59	52	72	62	72	62	50	54	681	57
PSIQUIATRIA	294	244	269	376	323	306	311	361	401	400	390	275	3.950	329
REUMATOLOGIA	411	408	394	508	615	454	505	545	471	517	487	169	5.484	457
ONCOLOGIA CLÍNICA	426	343	334	445	456	699	534	356	393	354	416	438	5.194	433
HEMATOLOGIA	61	61	58	75	33	26	0	0	0	0	0	0	314	26
RADIOTERAPIA E BRAQUITERAPIA	82	60	65	156	44	26	114	100	61	95	53	54	910	76
SUB-TOTAL	3.663	3.763	4.086	5.463	4.945	4.818	4.476	5.060	4.897	4.605	3.953	3.116	52.845	4.404

CENTRO DE CLÍNICAS CIRÚRGICAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	MÉDIA
CIRURGIA GERAL	113	164	246	308	259	306	266	193	235	187	100	18	2.395	200
CIR.VASCULAR	45	98	99	135	104	98	71	111	122	91	85	65	1.124	94
CIR.PLÁSTICA	19	5	33	53	45	48	57	37	62	44	30	16	449	37
NEUROCIRURGIA	90	119	127	108	129	97	119	75	107	102	51	18	1.142	95
OFTALMOLOGIA	205	301	282	306	283	309	375	432	705	631	567	338	4.734	395
ORTOPEDIA	89	92	140	186	162	172	91	211	199	142	153	118	1.755	146
OTORRINOLARINGOLOGIA	344	470	658	711	674	739	616	755	521	843	567	523	7.421	618
SAÚDE AUDITIVA	75	64	116	115	83	151	61	124	93	105	67	79	1.133	94
CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO	134	105	125	158	112	175	268	142	105	150	99	66	1.639	137
PROCTOLOGIA	65	147	140	199	171	170	162	228	137	173	119	99	1.810	151
UROLOGIA	255	275	339	384	277	388	392	419	452	322	388	289	4.180	348
CIR.TORÁCICA	87	94	84	99	85	52	101	108	50	133	94	46	1.033	86
SUB-TOTAL	1.521	1.934	2.389	2.762	2.384	2.705	2.579	2.835	2.788	2.923	2.320	1.675	28.815	2.401

CENTRO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	MÉDIA
CENTRO DE CLÍNICAS PEDIÁTRICAS	655	718	940	1.130	994	1.004	1.092	1.241	1.226	1.100	1.081	793		998
SUB-TOTAL	655	718	940	1.130	994	1.004	1.092	1.241	1.226	1.100	1.081	793	11.974	998

CENTRO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	MÉDIA
CENTRO DE CIRURGIA PEDIÁTRICA	69	83	58	71	87	85	51	47	20	25	39	8	643	
SUB-TOTAL	69	83	58	71	87	85	51	47	20	25	39	8	643	54

GINECO/OBSTETRÍCIA	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	MÉDIA
GINECOLOGIA GERAL	445	436	567	426	571	705	563	714	925	554	369	283	6.558	547
MASTOLOGIA	103	186	222	278	247	277	201	365	364	179	177	99	2.698	225
PRÉ-NATAL	68	363	420	420	445	423	455	484	527	435	381	321	4.742	395
SUB-TOTAL	616	985	1.209	1.124	1.263	1.405	1.219	1.563	1.816	1.168	927	703	13.998	1.167

OUTRAS DIVISÕES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	MÉDIA
FISIOTERAPIA E REABIL. PULMONAR	127	87	85	40	71	67	32	17	100	69	38	44	777	65
FARMÁCIA	295	713	523	1.669	372	2.571	2.860	1.013	2.147	461	2.866	1.637	17.127	1.427
SERVIÇO SOCIAL	279	363	434	479	408	310	332	545	746	568	409	411	5.284	440
TERAPIA OCUPACIONAL	16	27	21	23	51	59	23	10	22	32	20	0	304	25
FONOAUDIOLOGIA	78	140	142	192	123	191	139	144	127	71	120	73	1.540	128
IMPLANTE COCLEAR	10	67	15	62	46	71	23	52	43	44	95	54	582	49
PSICOLOGIA	355	551	722	824	739	729	743	793	888	737	719	689	8.489	707
NUTRIÇÃO	176	241	206	280	223	235	303	171	281	246	226	163	2.751	229
ENFERMAGEM	394	402	407	469	418	289	452	247	385	177	279	205	4.124	344
SUB-TOTAL	1.730	2.591	2.555	4.038	2.451	4.522	4.907	2.992	4.739	2.405	4.772	3.276	40.978	3.415

MEDICINA DO TRABALHO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	MÉDIA
MEDICINA DO TRABALHO	48	96	71	71	32	15	11	14	0	0	0	0	358	
SUB-TOTAL	48	96	71	71	32	15	11	14	0	0	0	0	358	
TOTAL GERAL	8.302	10.170	11.308	14.659	12.156	14.554	14.335	13.752	15.486	12.226	13.092	9.571	149.611	12.468

Tabela 6: Total de pacientes marcados e não atendidos (abstenções)

AMBULATÓRIO - CONSULTAS	JAN	FEV	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
ALERGOLOGIA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
CARDIOLOGIA	10	24	35	37	38	57	51	46	58	88	44	60
ANESTESIOLOGIA	20	23	33	57	33	60	51	54	41	0	0	0
CLÍNICA MÉDICA	3	2	11	3	4	12	8	10	10	10	5	4
DERMATOLOGIA	94	120	136	221	191	202	337	228	218	350	244	157
DIP	14	25	38	41	42	48	54	49	37	53	25	18
ENDOCRINOLOGIA	17	29	39	89	83	79	56	149	92	70	88	55
GASTROENTEROLOGIA	57	55	51	88	76	88	72	98	88	122	118	55
GENÉTICA	0	17	21	34	32	21	5	41	34	23	27	22
GERIATRIA / MEDICINA DO IDOSO	3	11	35	37	25	27	31	29	14	29	0	20
NEFROLOGIA	24	6	46	68	64	67	80	84	76	85	96	80
NEUROLOGIA	0	5	24	26	24	12	22	22	25	33	25	13
PNEUMOLOGIA	3	10	16	39	17	22	19	19	35	39	16	35
SAÚDE COLETIVA(TISIOLOGIA)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	15
PSIQUIATRIA	36	69	83	82	60	65	36	61	57	133	110	59
REUMATOLOGIA	35	45	66	42	63	56	117	85	77	120	86	23
ONCOLOGIA CLÍNICA	77	49	46	79	75	61	75	37	74	55	53	74
HEMATOLOGIA	5	10	13	20	26	0	0	0	0	0	0	0
RADIOTERAPIA E BRAQUITERAPIA	0	2	0	0	0	2	1	0	0	1	0	0
CIRURGIA GERAL	2	5	7	4	3	2	6	7	17	6	27	21
CIR.VASCULAR	15	14	33	24	22	31	13	35	23	28	36	21
CIR.PLÁSTICA	3	19	3	17	7	11	9	10	20	5	7	4
NEUROCIRURGIA	25	24	17	29	30	32	39	26	29	39	38	7
OFTALMOLOGIA	6	5	12	44	24	24	7	8	35	5	21	45
ORTOPEDIA	15	22	29	34	43	34	18	48	35	41	56	15
OTORRINOLARINGOLOGIA	68	127	145	160	122	158	140	203	225	212	177	118
SAÚDE AUDITIVA	5	8	15	9	20	10	2	12	12	11	20	10
CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO	8	25	25	32	31	32	21	31	32	26	26	6

PROCTOLOGIA	22	9	16	18	21	39	32	25	24	30	52	12
AMBULATÓRIO - CONSULTAS	JAN	FEV	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
UROLOGIA	32	31	47	61	34	68	91	51	64	46	121	60
CIR.TORÁCICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PEDIATRIA	60	72	133	267	382	246	241	263	263	260	234	185
CENTRO DE CIRURGIA PEDIÁTRICA	17	17	17	20	14	11	17	43	15	17	8	7
GINECOLOGIA GERAL	60	59	104	92	89	133	135	194	156	261	211	94
MASTOLOGIA	9	20	33	46	46	43	30	62	42	107	86	60
PRÉ-NATAL	68	83	80	58	79	129	81	88	108	209	140	79
FISIOTERAPIA E REABIL. PULMONAR	17	34	26	43	12	34	25	11	14	28	12	10
FARMÁCIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SERVIÇO SOCIAL	62	98	62	74	44	67	131	91	93	114	77	83
TERAPIA OCUPACIONAL	6	9	1	0	0	4	1	1	4	1	2	0
FONOAUDIOLOGIA	10	40	21	31	33	26	22	23	19	22	19	30
IMPLANTE COCLEAR	0	4	6	3	0	10	2	4	7	4	9	9
PSICOLOGIA	261	277	353	449	304	372	367	459	362	477	361	295
NUTRIÇÃO	66	139	126	156	110	157	142	82	125	129	148	76
ENFERMAGEM	39	17	34	24	26	33	107	134	99	177	114	79
MEDICINA DO TRABALHO	1	7	4	10	8	18	2	3	0	0	0	0
TOTAL GERAL	1.275	1.667	2.042	2.669	2.357	2.603	2.696	2.926	2.759	3.466	2.955	2.016
TOTAL DE PACIENTES MARCADOS =	9577	11.837	13.320	17.278	14.513	17.157	16.947	16.678	18.209	15.886	16.047	11.587
CONSULTAS REALIZADAS =	8302	10.170	11.278	14.609	12.156	14.554	14.251	13.752	15.450	12.120	13.092	9.571
% de PACIENTES NÃO ATENDIDOS =	13,31%	14,14%	15,33%	15,44%	16,24%	15,17%	15,90%	17,54%	15,15%	21,81%	18,41%	17,39%

Tabela 7: Atendimentos do Centro de Pronto Atendimento

1º Semestre 2013

CENTROS/SERVIÇOS	JAN	FEV	MAR	ABRIL	MAIO	JUN	TOTAL	MÉDIA
Clínica Médica								
Atendimento Clínico com observação	81	43	118	100	98	69	509	85
Atendimento Médico em urgência	673	725	1.386	1.651	1.029	969	6.433	1.072
Procedimentos/Medicamentos	1.774	956	3.571	3.726	2.667	2.844	15.538	2.590
Clínicas Cirúrgicas								
Atendimento Clínico com observação	9	3	7	6	12	16	53	9
Atendimento Médico em urgência	50	20	102	80	85	70	407	68
Procedimentos/Medicamentos	170	71	243	118	160	129	891	149
Gineco/Obstetrícia								
Atendimento Clínico com observação	32	112	240	101	156	183	824	137
Atendimento Médico em urgência	1.111	572	692	745	1.179	707	5.006	834
Procedimentos/Medicamentos	1.572	678	786	380	1.138	775	5.329	888
Clínica Pediátrica								
Atendimento Clínico com observação	31	18	71	9	122	102	353	59
Atendimento Médico em urgência	427	324	1.078	866	954	843	4.492	749
Procedimentos/Medicamentos	470	340	1.451	695	1.795	1.880	6.631	1.105
TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS	2.414	1.817	3.694	3.558	3.635	2.959	18.077	3.013
Acolhimento (Consulta Enfermagem)	1.028	1.244	1.503	2.374	1.938	1.729		

2º Semestre 2013

CENTROS/SERVIÇOS	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	MÉDIA
Clínica Médica								
Atendimento Clínico com observação	167	426	38	94	45	87	857	143
Atendimento Médico em urgência	1.529	1.182	997	1.160	1.319	802	6.989	1.165
Procedimentos/Medicamentos	2.353	2.186	630	1.485	1.084	573	8.311	1.385
Clínicas Cirúrgicas								
Atendimento Clínico com observação	21	54	0	0	3	4	82	14
Atendimento Médico em urgência	66	45	73	94	91	69	438	73
Procedimentos/Medicamentos	62	108	0	0	41		211	35
Gineco/Obstetrícia								
Atendimento Clínico com observação	165	22	1	1	52	39	280	47
Atendimento Médico em urgência	96	1.063	534	181	208	184	2.266	378
Procedimentos/Medicamentos	347	1.338	385	256	156	410	2.892	482
Clínica Pediátrica								
Atendimento Clínico com observação	66	216	79	20	5	27	413	69
Atendimento Médico em urgência	1.015	571	739	962	807	726	4.820	803
Procedimentos/Medicamentos	1.467	241	150	655	391	361	3.265	544
TOTAL DE CONSULTAS	3.125	3.579	2.461	2.512	2.530	1.938	16.145	
Acolhimento (consulta Enfermagem)	1.696	1.608	1.035	1.245	1.458	962	8.004	

Tabela 8: Atendimentos do Centro de Oncologia Tratamento Quimioterápico

ANO 2013														
MANIPULAÇÕES	JAN	FEV	MAR	ABRIL	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	MÉDIA
UTI	0	0	22	8	49	0	0	0	0	0	2	0	81	7
HEMATOLOGIA / INTERNAÇÃO													0	0
PEDIATRIA	5	1	3	3	2	0	0	0	0	0	0	0	14	1
INTERNAÇÃO DIP	84	0	117	28	28	0	1	0	37	8	0	0	303	25
INTERNAÇÃO - CLÍNICA MÉDICA	103	114	45	94	146	134	164	123	108	133	139	163	1466	122
TRANPLANTE	73	49	2	22	34	74	59	75	56	50	136	144	774	65
CPA	4	0	3	0	3	0	0	4	0	0	0	2	16	1
PESQUISA (CACON)	3	2	374	0	0	0	0	0	0	0	0	0	379	32
AMBULATÓRIO - CACON	379	340		445	360	374	417	386	396	338	361	347	4143	345
TOTAL DE MANIP.DE QUIMIOTERÁPICOS	651	506	566	600	622	582	641	588	597	529	638	656	7.176	598
REUMATOLOGIA (MTX)	142	135	129	126	140	127	76	143	123	160	134	135	1570	131
REUMATOLOGIA - LEITO DIA	28	16	16	18	21	17	16	17	18	19	16	10	212	18
TOTAL DE MANIP. DE REUMATOLOGIA	170	151	145	144	161	144	92	160	141	179	150	145	1.782	149
Outros	1	0	3	1	3	1	12	12	12	1	1	0	47	
HRAN	40	35	24	40	14	16	29	7	12	20	17	19	273	
TOTAL	862	692	738	785	800	743	774	767	762	729	806	820	9.278	747

PACIENTES	JAN	FEV	MAR	ABRIL	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	MÉDIA
UTI	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	2	0	6	1
HEMATOLOGIA / INTERNAÇÃO													0	0
PEDIATRIA	3	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CPA	1	0	1	0	2	0	0	1	0	0	0	2	7	1
INTERNAÇÃO - CLÍNICA MÉDICA	22	22	25	22	28	26	37	26	20	26	24	4	282	24
TRANPLANTE	10	8	6	2	4	5	5	5	5	6	11	13	80	7
INTERNAÇÃO - DIP	2	0			1	0	1	0	2	1	0	0	7	1
PESQUISA CACON	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0
AMBULATÓRIO - CACON	137	122	134	152	128	134	139	140	135	126	137	130	1614	135
REUMATOLOGIA (MTX)	49	40	43	48	37	43	38	40	43	46	49	50	526	44
REUMATOLOGIA - LEITO DIA	25	16	16	18	20	17	16	17	17	20	14	6	202	17
Outros	1	0	3	1	3	1	1	1	0	1	1	0	13	1
HRAN	9	8	10	10	4	4	6	5	6	6	5	12		
TOTAL	260	218	242	257	230	230	243	235	228	232	243	217	2.835	236

Tabela 9: Atendimentos ambulatoriais do CACON

ATENDIMENTOS	JAN	FEV	MAR	ABRIL	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
BRAQUITERAPIA (APLICAÇÕES)	59	46	57	70	42	35	37	47	24	8	47	44	516
BRAQUITERAPIA (PACIENTES CONSULTADOS)	25	11	14	16	13	6	14	5	10	7	7	10	138
BRAQUITERAPIA (PACIENTES TRATADOS)	15	5		20	9	8	18	11	7	2	22	15	132
BRAQUITERAPIA (APLICAÇÕES COM ANESTESISTA)	33	22	23	43	20	19	23	29	12	33		20	277
QUIMIOTERAPIA - Nº PACIENTES TRATADOS	325	284	291	314	277	244	306	312	360	260			2973
QUIMIOTERAPIA -AREDIA	33	34	39	35	24	19	24	15	13	25			261
QUIMIOTERAPIA - QUIMIOTERÁPICOS	300	254	322	346	290	256	323	322	300	248			2961
TELETERAPIA (PACIENTES CONSULTADOS)	48	34	41	33	27	65	52	31	33	40	47	18	469
TELETERAPIA (PACIENTES TRATADOS)	18	13		44	17	62	53	54	41	24	50	32	408
TELETERAPIA (CAMPOS IRRADIADOS)	1599	1018		3718					760	2509	5573	3402	18579
TOTAL	2.455	1.721	787	4.639	719	714	850	826	1.560	3.156	5.746	3.541	26.714

Observações:

Quimioterapia = Número de pacientes atendidos por mês, porém o mesmo paciente pode se repetir.

Teleterapia = campos irradiados - o número representa total de campos de teleterapia no mês

Radioterapia = Teleterapia + Braquiterapia (Braquiterapia apenas um campo e Teleterapia pode ter mais de um campo)

Tabela 10: Procedimentos de Hemodiálise

CENTROS/SERVIÇOS HEMODIÁLISE	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	MÉDIA
CONSULTAS de ENFERMAGEM			15	18	10	17	26						86	10
CONSULTAS de CLÍNICA MÉDICA		38	15	18	10	17	26						124	14
PROCEDIMENTOS														
Hemodiálise/Sessões	568	556	555	568	584	536	589	582	512				5.050	561
DPI - Diálise peritoneal	26	39	30	30	30	38		14	12				219	24
DPAC - Conjunto troca para pac. DPAC	1	1	0	1	1	1		1	1				7	1
SUBTOTAL	27	40	30	31	31	39	0	15	13	0	0	0	226	25
Kit DPAC/CAPD	1	1	0		1	1	1	1	0				6	1
DPA - Conjunto troca para Dialise Peritoneal	16	15	14	16	14	17	17	19	18				146	16
Kit DPA	16	15	14	16	14	17	18	19	18				147	16
SUBTOTAL	33	31	28	32	29	35	36	39	36	0	0	0	299	33
TOTAL	628	627	613	631	644	610	625	636	561	0	0	0	5.575	619
Implante de cateter		1	0			1		7					9	
Manutenção e Acompanhamento domiciliar		16	0		13								29	
Outros procedimentos		9		12	8	7	16						52	
Treinamento	1												1	

Tabela 11: Atendimentos do Centro de Ginecologia e Obstetrícia

1º. SEMESTRE 2013

	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		JUN		TOTAL
	ATENDIMENTOS	PERCENTUAL EM RELAÇÃO AO TOTAL DE PARTO	ATENDIMENTOS	PERCENTUAL EM RELAÇÃO AO TOTAL DE PARTO	ATENDIMENTOS	PERCENTUAL EM RELAÇÃO AO TOTAL DE PARTO	ATENDIMENTOS	PERCENTUAL EM RELAÇÃO AO TOTAL DE PARTO	ATENDIMENTOS	PERCENTUAL EM RELAÇÃO AO TOTAL DE PARTO	ATENDIMENTOS	PERCENTUAL EM RELAÇÃO AO TOTAL DE PARTO	
PARTOS NORMAIS	41	41,00	49	51,04	64	58,72	71	55,91	64	49,61	50	48,54	
PARTOS CESÁREOS	59	59,00	47	48,96	45	41,28	56	44,09	65	50,39	53	51,46	
TOTAL DE PARTOS	100		96		109		127		129		103	100	664
CURETAGENS	3		1		1		4				3		12
EPISIOTOMIA E SUTURA	29		38		14		50		40		26		197
ABORTAMENTO			1		1								2
CERCLAGEM	1		1						2		2		6
AMIU			2		1		3		2		2		10
LAQUEADURA									2				2
TOTAL	33		43		17		57	0	46	0	33		893

1

2º.SEMESTRE 2013

	JUL		AGO		SET		OUT		NOV		DEZ		TOTAL	TOTAL ANUAL
	ATENDIMENTOS	PERCENTUAL EM RELAÇÃO AO TOTAL DE PARTO	ATENDIMENTOS	PERCENTUAL EM RELAÇÃO AO TOTAL DE PARTO	ATENDIMENTOS	PERCENTUAL EM RELAÇÃO AO TOTAL DE PARTO	ATENDIMENTOS	PERCENTUAL EM RELAÇÃO AO TOTAL DE PARTO	ATENDIMENTOS	PERCENTUAL EM RELAÇÃO AO TOTAL DE PARTO	ATENDIMENTOS	PERCENTUAL EM RELAÇÃO AO TOTAL DE PARTO		
Partos Normais	49	50,00	47	45,63	43	55,84	45	51,72	36	46,75	26	48,15	246	
Partos Cesáreos	49	50,00	56	54,37	34	44,16	42	48,28	41	53,25	28	51,85	250	
TOTAL DE PARTOS	98		103		77		87		77		54		496	1.160
Curetagens			5		4		3		2				14	26
Episiotomia e Sutura	31		18		30		30		24		20		153	350
Abortamento	1				1						2		4	6
Cerclagem			3		3		1				1		8	14
AMIU	2		1				1				1		5	15
Laqueadura	1						3						4	
TOTAL	35		27		38		38		26		24		184	1.077

Tabela 12: Resumo da Produção de Exames Complementares

TIPOS DE EXAMES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	MÉDIA
CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGENS	2.259	2.344	3.149	3.222	3.919	3.657	2.572	1.242	1.748	2.021	1.715	1.412	29.260	2.438
CENTRO DE MEDICINA NUCLEAR	168	159	195	241	262	199	166	189	181	155	223	160	2.298	192
ECOCARDIOGRAMA	0	0	0	0	0	0	0	0	2	18	0	22	42	4
ELETRCARDIOGRAMA	582	558	390	628	471	483	418	452	375	334	273	196	5.160	430
ELETRORRINCEFALOGRAMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	42	15	57	5
ENDOSCOPIA ALTA	120	85	162	128	161	60	129	119	120	92	36	150	1.362	114
ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAIXA	7	12	24	12	60	15	49	42	27	48	44	40	380	32
BRONCOSCOPIA, GASOMETRIA	62	426	6	337	519	567	399	274	80	559	95	2	3.326	277
LABORATÓRIO ANATOMIA PATOLÓGICA	764	790	934	591	1.038	1.241	1.022	857	1.374	922	926	968	11.427	952
LABORATÓRIO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA	1.772	1.195	1.251	1.840	2.265	1.733	1.413	1.242	1.492	1.083	993	543	16.822	.402
LABORATÓRIO DE REUMATOLOGIA	31	22	17	45	39	88	51	79	32	0	37	28	469	39
LABORATÓRIO PATOLOGIA CLÍNICA	56.437	59.647	68.650	74.211	78.635	79.534	64.544	64.281	72.764	71.663	59.993	65.025	815.384	67.949
LABORATÓRIO DE FUNÇÃO PULMONAR	285	187	216	354	279	253	214	205	221	110	212	137	2.673	223
URODINÂMICA	58	0	82	78	95	85	93	95	85	91	101	70	933	78
TOTAL	62.545	65.425	75.076	81.687	87.743	87.915	71.070	69.077	78.501	77.096	64.690	68.768	889.593	74.133

Tabela 13: Atendimentos do Centro de Medicina Nuclear

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	MÉDIA
CONSULTAS ENDOCRINOLOGIA														
CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR PERFUSÃO		3		6	12	8	4	7	5			7	52	4
CINTILOGRAFIA DE PULMÃO		1	1	1	1					9	7	3	23	2
CINTILOGRAFIA RENAL	13	12	19	22	15	17	9	16	15	16	7	13	174	15
CINTILOGRAFIA GLANDULAS SALIVARES	1	3	1		1	1	2		8		1	1	19	2
CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDE	3	2	3	3	10	7	3	4	4	5	7	6	57	5
CINTILOGRAFIA ÓSSEA C/ SEM FLUXO SANG	30	47	43	84	85	95	57	56	48	52	75	66	738	62
CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO	38	29	19	34	40	19	38	37	30	19	39	20	362	30
CISTERNOCINTILOGRAFIA		1											1	0
CINTILOGRAFIA P ESTUDO TRANS GASTRICO			1	1					1				3	0
CINTILOGRAFIA DO CORAÇÃO	2	2									1	1	6	1
CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE C/S CAPTAÇÃO		1		3	1		1						6	1
CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES				1	1								2	0
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE DIVERTICULITE														
INTESTINO				4	1		1						6	1
CINTILOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES					1		5	12					18	2
CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL		1		4	1	1			1		1		9	1
CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO		1		6	17	7			9		20		60	5
CINTILOGRAFIA DIRETA					1								1	0
LINFOCINTILOGRAFIA	1	1	1	1	2	1		2	1	1	1	2	14	1
CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMOR.DIGESTIVA				1									1	0
CINTILOGRAFIA P/PESQUISA DE REFLUXO GASTRICO	2				1			1					4	0
CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO ÓSSEO C/ GALIO 67	1		1			1	2						5	0
CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DE														
PERFUSÃO	36	29	83	33	39	19	32	38	29	22	36	22	418	35
DETERMINAÇÃO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR	21	14	12	16	11	10	5	8	13	9	15	8	142	12
IMUNO CINTILOGRAFIA	1												1	0
ESTUDO RENAL DINÂMICO	19	12	11	21	11	13	5	8	12	10	13	7	142	12
CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO COM GALIO 67					8		1		5	12		4	30	3
OUTROS					3		1						4	0
TOTAL DE PROCEDIMENTOS	168	159	195	241	262	199	166	189	181	155	223	160	2298	192

Tabela 14: Atendimentos do Laboratório de Função Pulmonar

TIPOS DE EXAMES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	MÉDIA
PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR (ESPIROMETRIA)	46	46	40	74	76	77	65	66	83	94	81	50	798	67
GASOMETRIA	167	0	22	98	84	65	67	68	37	5	4	0	617	51
PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA	72	141	154	182	119	111	82	71	101	11	127	87	1258	105
TOTAL DE PROCEDIMENTOS	285	187	216	354	279	253	214	205	221	110	212	137	2673	223

Tabela 15: Exames realizados pelo Centro de Diagnóstico por Imagem

TIPOS DE EXAMES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	MÉD
LITOTRIPSIA (NÚMERO DE PACIENTES)	1	17	13	5	0	0	20	11	20	24	10	0	121	
SUBTOTAL DE LITOTRIPSIA	1	17	13	5	0	0	20	11	20	24	10	0	121	10
RADIOLOGIA - PACIENTES EXTERNOS	1.002	1.036	1.303	1.224	1.731	1.605	1.581	0	75	578	683	499	11.317	
RADIOLOGIA - PACIENTES INTERNOS	479	440	480	478	672	511	436	319	294	295	120	123	4.647	
SUBTOTAL DE EXAMES DE RADIOLOGIA	1.481	1.476	1.783	1.702	2.403	2.116	2.017	319	369	873	803	622	15.964	1.33
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - PACIENTES EXTERNOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - PACIENTES INTERNOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SUBTOTAL DE EXAMES DE RESSONÂNCIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOMOGRAFIA COMPUT - PACIENTES EXTERNOS	219	111	564	504	484	510	0	61	612	554	236	220	4.075	
TOMOGRAFIA COMPUT - PACIENTES INTERNOS	139	114	244	246	199	257	0	20	186	169	59	153	1.786	
SUBTOTAL DE EXAMES DE TOMOGRAFIA	358	225	808	750	683	767	0	81	798	723	295	373	5.861	488
ECOGRAFIA - PACIENTES EXTERNOS	90	146	228	260	260	189	129	250	250	235	193	98	2.328	
ECOGRAFIA - PACIENTES INTERNOS	20	19	35	32	45	49	58	19	27	28	33	24	389	
SUBTOTAL DE EXAMES DE ECOGRAFIA	110	165	263	292	305	238	187	269	277	263	226	122	2.717	226
SUBTOTAL DE ECOGRAFIA OBSTÉTRICA	114	315	153	343	177	299	150	303	95	72	347	285	2.653	221
SUBTOTAL MAMOGRAFIA	195	146	129	130	351	237	198	259	189	66	34	10	1.944	162
TOTAL	2.259	2.344	3.149	3.222	3.919	3.657	2.572	1.242	1.748	2.021	1.715	1.412	29.260	2.43

Obs.: Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada - Pacientes externos cobrados em APAC e internos cobrados dentro da AIH
JAN, FEV - TOMOGRAFIA E RESSONÂNCIA EM MANUTENÇÃO

Tabela 16: Movimento nas unidades de hospitalização

UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO	INTERNA DOS	TRANSFERI DOS	TOTAL DE ENTRA DAS	ALT AS	TRANSFERÊN CIAS		ÓBITOS		TOTA L DE ÓBIT OS	TOTA L SAÍD OS	LEITOS OPERACIO NAIS	LEITOS BLOQUEA DOS	LEIT OS- DIAS ATIV OS DO MÊS	PACIENT ES-DIAS DO MÊS
					EXTER NA	HU B	(-)24hs	(+) 24 hs.						
CLÍNICA MÉDICA	0	135	135	125	0	17	0	12	12	154	48	15	1.488	824
ONCOLOGIA CLÍNICA	31	2	33	35	0	1	0	0	0	36	6		186	74
CLÍNICA MÉDICA-CPA	177	20	197	53	4	133	1	2	3	193	12		372	307
CLÍNICA PEDIÁTRICA	23	9	32	18	0	15	0	0	0	33	16	1	496	111
CLÍNICA PEDIÁTRICA-CPA	34	0	34	32	0	4	0	0	0	36	8		248	43
CIRURGIA PEDIÁTRICA	40	0	40	40	0	0	0	0	0	40	16	6	496	82
CLÍNICAS CIRÚRGICAS	160	13	173	174	0	3	0	0	0	177	54		1.674	969
CENTRO DE GINECO/OBSTETRÍCIA	10	56	66	83	0	0	0	0	0	83	28	7	868	392
UNIDADE DE TRANSPLANTE	21	8	29	26	0	4	0	0	0	30	14	43	434	257
MATERNIDADE - EMERGÊNCIA	22	2	24	26	0	0	0	0	0	26	4		124	9
PRÉ - PARTO	60	0	60	3	1	59	0	0	0	63	6		186	64
SUB-TOTAL	578	245	823	615	5	236	1	14	15	871	212	72	6.572	3.132
UTI NEONATAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	31	0
UNIDADE INTERMEDIÁRIA NEONATAL	3	0	3	0	0	4	0	0	0	4	4		124	5
UTI ADULTO	12	0	12	8	0	0	0	3	3	11	4	2	124	102
SUB-TOTAL	15	0	15	8	0	4	0	3	3	15	9	5	279	107
TOTAL	593	245	838	623	5	4	1	17	18	886	221	77	6.851	3.239

Tabela 17: Indicadores de internação por centros de internação

ÍNDICES				
CENTROS	TAXA DE OCUPAÇÃO	MÉDIA DE PERMANÊNCIA	ÍNDICE ROTATIVO	TAXA DE MORTALIDADE
Clínica Médica	55,38	5,35	3,21	7,79
Oncologia Clínica (Quimioterapia)	39,78	2,06	6,00	0,00
Clínica Médica - CPA	82,53	1,59	16,08	1,55
Clínica Pediátrica	22,38	3,36	2,06	0,00
Clínica Pediátrica- CPA	17,34	1,19	4,50	0,00
Cirurgia Pediátrica	16,53	2,05	2,50	0,00
Clínicas Cirúrgicas	57,89	5,47	3,28	0,00
C.de Gineco/Obstetria	45,16	4,72	2,96	0,00
Unidade de Transplante	59,22	8,57	2,14	0,00
Maternidade - Emergência	7,26	0,35	6,50	0,00
Pré-Parto	34,41	1,02	10,50	0,00
UTI Neonatal	0,00			
Médio Risco Neonatal	4,03	1,25	1,00	0,00
UTI Adulto	82,26	9,27	2,75	27,27
TOTAL	47,28	3,66	4,01	2,03

OBS: Taxa de Ocupação: $= (\text{Total pacientes-dia do mês} \times 100) / (\text{Total de leitos do mês})$.

Média Pacientes Dias: $= (\text{Total pacientes-dia do mês}) / (\text{Total de dias do mês})$.

Média de Permanência: $= (\text{Total de pacientes-dia do mês}) / (\text{Total de saídos})$.

Índice Rotativo: $= (\text{Total de saídos}) / (\text{Número de Leitos})$.

Taxa de Mortalidade: $= (\text{Total de óbitos} \times 100) / (\text{Total de saídos})$.

Tabela 18: Internações no ano de 2013

UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	MÉDIA
CLÍNICA MÉDICA	158	115	128	139	150	137	158	110	99	121	127	135	1.577	131
ONOCOLOGIA CLÍNICA	17	18	23	20	26	19	23	23	24	21	28	33	275	23
CLÍNICA MÉDICA - CPA	197	155	162	187	190	195	161	180	154	172	194	197	2.144	179
CLÍNICA PEDIÁTRICA	24	32	28	38	28	28	23	23	23	22	21	32	322	27
CLÍNICA PEDIÁTRICA-CPA	32	33	57	43	66	42	47	32	47	64	52	34	549	46
CIRURGIA PEDIÁTRICA	37	54	52	49	47	49	50	47	41	46	46	40	558	47
CLÍNICAS CIRÚRGICAS	254	294	369	316	292	325	309	288	240	233	193	173	3.286	274
CENTRO DE GINECO/OBSTETRÍCIA	139	136	138	163	156	132	113	124	115	106	92	66	1.480	123
UNIDADE DE TRANSPLANTE	12	15	23	25	21	24	18	20	19	12	22	29	240	20
EMERGENCIA														
MATERNIDADE		24	34	50	42	34	41	38	36	46	32	24	401	33
PRÉ-PARTO		108	106	132	124	113	97	108	86	85	73	60	1.092	91
SUB-TOTAL	870	984	1.120	1.162	1.142	1.098	1.040	993	884	928	880	823	11.924	994
UTI NEONATAL	10	18	6	9	8	8	2	0	1	0	0	0	62	5
UNIDADE INTERMEDIÁRIA														
NEONATAL	4	4	7	11	7	10	7	11	4	4	3	3	75	6
UTI ADULTO	11	8	17	17	17	16	2	1	0	10	15	12	126	11
SUB-TOTAL	25	30	30	37	32	34	11	12	5	14	18	15	263	22
TOTAL	895	1.014	1.150	1.199	1.174	1.132	1.051	1.005	889	942	898	838	12.187	1.016

Tabela 19: Taxa de ocupação do ano de 2013

CENTROS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	MÉDIA
CLÍNICA MÉDICA	53,25	54,51	72,92	90,63	89,29	89,81	88,32	76,36	78,26	87,98	77,58	55,38	914,29	76,19
ONCOLOGIA CLÍNICA	76,88	70,83	69,89	40,56	52,69	32,78	41,94	69,89	51,67	45,16	50,56	39,78	642,63	53,55
CLÍNICA MÉDICA - CPA	159,95	128,57	152,15	152,50	171,24	137,22	111,56	74,73	112,78	116,67	123,06	82,53	1.522,96	126,91
CLÍNICA PEDIÁTRICA	19,15	36,38	42,14	39,58	32,26	35,83	36,29	28,63	30,63	28,63	26,46	22,38	378,36	31,53
CLÍNICA PEDIÁTRICA- CPA	16,13	14,73	40,22	52,08	41,53	25,00	22,18	16,13	20,00	26,21	21,25	17,34	312,80	26,07
CIRURGIA PEDIÁTRICA	6,81	22,22	28,85	31,56	10,39	14,89	21,33	26,52	36,48	25,81	26,46	16,53	267,85	22,32
CLÍNICAS CIRÚRGICAS	37,28	65,01	64,10	66,85	51,61	63,09	52,57	64,58	67,16	47,25	50,37	57,89	687,76	57,31
C.DE GINECO/OBSTETRICIA	64,31	67,47	74,42	84,05	81,11	82,14	79,95	81,80	71,31	80,88	74,52	45,16	887,12	73,93
UTI NEONATAL	101,61	131,25	76,61	87,50	99,19	73,33	29,84	0,00	13,33	0,00	0,00	0,00	612,66	51,06
MÉDIO RISCO NEONATAL	44,35	37,50	24,19	40,00	50,00	94,17	56,45	61,29	11,67	9,68	5,83	4,03	439,16	36,60
UTI ADULTO	88,71	89,29	78,49	82,78	76,34	93,89	99,35	58,87	0,00	95,16	51,11	82,26	896,25	74,69
UNIDADE DE TRANSPLANTE	33,60	30,95	44,09	58,89	63,44	57,14	41,01	34,10	30,24	35,25	48,33	59,22	536,26	44,69
TOTAL	58,50	53,48	54,86	59,07	58,51	57,09	48,63	42,35	37,40	42,76	39,68	34,46	586,79	48,90
EMERGENCIA MATERNIDADE		26,79	14,52	24,17	57,26	23,33	36,29	37,10	34,17	54,84	25,83	7,26	341,56	28,46
PRÉ-PARTO		80,95	74,73	71,39	90,86	121,67	129,03	134,95	138,89	62,37	68,89	34,41	1.008,14	84,01

Tabela 20: Cirurgias em regime de internação do ano de 2013

SERVIÇOS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	MÉDIA
C.GERAL	87	104	113	104	92	83	84	70	55	65	59	58	974	81,2
CIR.PEDIÁTRICA	15	15	3	12	21	8	1	1	11	4	3		94	7,8
C.PLASTICA	1		1	3	5	1		4	2	6	1	2	26	2,2
C.VASCULAR	3		7	5	3	6	5	8	5	9	4	2	57	4,8
CIR.TORÁCICA	14	14	16	25	16	13	17	8	11	10	4	7	155	12,9
CIR.BUCOMAXILO	2		3	5	1	1	3			1	1	4	21	1,8
PNEUMOLOGIA										1			1	0,1
REUMATOLOGIA									1				1	0,1
GINECOLOGIA	18	28	42	33	27	23	42	41	25	24	15	11	329	27,4
NEUROCIRURGIA	6	6	14	9	4	9	7	8	9	6	4	4	86	7,2
MASTOLOGIA	6	6	9	17	5	14	8	10	4	8	2		89	7,4
OFTALMOLOGIA				2	1	3	1						7	0,6
ORTOPEDIA	2		7	7	4	7	8	7	5	8	6	4	65	5,4
OTORRINOLARINGOLOGIA	30	50	53	47	47	43	48	45	30	42	28	32	495	41,3
COLO-PROCTOLOGIA	5	6	14	15	10	10	7	13	8	7	3	9	107	8,9
UROLOGIA	35	25	44	30	40	33	37	43	24	22	39	51	423	35,3
GASTROENTEROLOGIA	4	4	9	10	5		10		5				47	3,9
DIP								1					1	0,1
GINECOLOGIA ONCOLÓGICA		4		5	1	8	1	2	1	5	3	4	34	2,8
MASTOLOGIA ONCOLÓGICA	9	2	7	2	6	8	7	9	8	7	6	8	79	6,6
CIRURGIA GERAL ONCOLÓGICA	12	8	6	6	16	12	10	12	17	12	13	12	136	11,3
PROCTOLOGIA ONCOLÓGICA	3	2	4		3	1	7	4	2	2	4	2	34	2,8
NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA			2	1	1	1							5	0,4
CIR. PLÁSTICA ONCOLÓGICA			1	1	2	4		2	1	4	1	1	17	1,4
CIHR. TORÁCICA ONCOLÓGICA	1			2		1		3	2	2	4		15	1,3
OTORRINO ONCOLÓGICA		1	3	3	1	3		1	2	2	6	1	23	1,9
UROLOGIA ONCOLÓGICA	2	7	11	9	6	4	5	6	4	6	4	4	68	5,7

TOTAL DE CIR. REALIZADAS	255	282	369	353	317	296	308	298	232	253	210	216	3389	282,4
TOTAL DE CIR. ONCOLÓGICAS	27	24	34	29	36	42	30	39	37	40	41	32	411	34,3
TAXA DE UTILIZAÇÃO DO C. C.	80,45%	79,23%	86,00%	78,45%	74,65%	72,25%	69,30%	62,18%	49,09%	51,13%	40,78%	42,42%	785,93%	65,5%

Tabela 21: Internações (AIHs), altas e óbitos do ano de 2013

INTERNAÇÕES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL GERAL	MÉDIA
CLÍNICA MÉDICA	375	402	362	275	389	546	357	377	279	212	223	283	4.080	340
CLÍNICAS CIRÚRGICAS	243	299	311	164	399	450	328	400	212	239	196	160	3.401	283
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	141	103	112	193	130	293	175	134	93	69	91	46	1.580	132
CLÍNICA PEDIÁTRICA	103	102	87	82	175	137	143	68	27	56	61	57	1.098	92
TOTAL	862	906	872	714	1093	1426	1003	979	611	576	571	546	10.159	846,6

SERVIÇOS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL GERAL	MÉDIA
Altas	632	741	1.151	879	878	825	769	760	657	693	671	623	9.279	773
Óbitos *	19	18	25	24	24	20	23	22	16	18	14	18	241	20

1.6. Adesão à Ebserh

Com a assinatura do convênio entre a Universidade de Brasília e a Ebserh houve uma mudança no organograma do hospital e no modelo de gestão. Considerando o seu número atual de leitos, o HUB é classificado como um hospital de médio porte e seu organograma é apresentado na Figura 1-9:

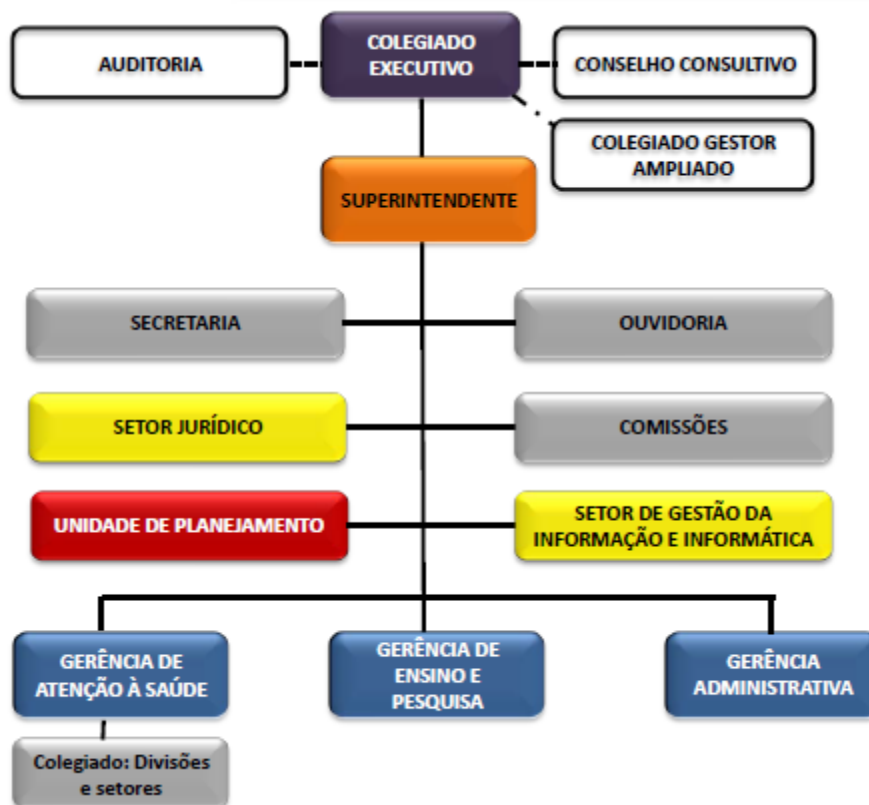


Figura 1-9: Organograma HUB

O organograma atual muda a organização histórica de divisão por departamentos conforme a estrutura da Faculdade de Medicina (FM), trazendo o desafio de integração assistência-ensino-pesquisa. Esta dificuldade se apresenta principalmente no entendimento da nova linha de abordagem à assistência integral do paciente: as linhas de cuidados, onde a diretriz é a atenção inter e multidisciplinar, quebrando a hegemonia do saber centrada no médico e nos procedimentos, e inova com uma abordagem onde os saberes e responsabilidades são compartilhados pelos diversos especialistas envolvidos nos cuidados.

Atualmente o HUB vem enfrentando problemas crônicos que foram agudizados nos últimos anos. Na área administrativa, o grande desafio do HUB é a contratualização com o gestor local. Essa tensa negociação tem como ponto central a dificuldade que o GDF tem de enxergar no HUB um parceiro e um integrante da Rede SUS de Cuidados. Associado com esse desafio, e com repercussão na mudança do modelo assistencial, está a estruturação das linhas de cuidado. As linhas de cuidados buscam a assistência integral do paciente e sua diretriz é a atenção multiprofissional e interdisciplinar.

Neste sentido, o HUB tem construído um processo de integração progressivo na rede local do SUS. Do ponto de vista da Rede Cegonha, o HUB nos últimos meses vem atuando junto à região leste do Distrito Federal estabelecendo um pacto de referência e contra-referência para atendimento de gestantes de alto risco, no pré-natal, internação e assistência ao parto. Essa ação é feita através do estabelecimento de leitos de retaguarda de alto risco, regulação das consultas de alto risco e retaguarda de parto habitual em caso de necessidade. Nessa pactuação, também foi combinada a integração dos estudantes (internos, residentes e alunos de graduação de obstetrícia) nos Postos de Saúde do Paranoá, Itapuã e Hospital Regional do Paranoá para o aprendizado do pré-natal de risco habitual e parto de risco habitual. Em relação à RUE, o HUB é referência em Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia e parto de alto risco. Está em curso a participação nas linhas de cuidado do infarto agudo do miocárdio e do acidente vascular encefálico, com a implantação dos setores de hemodinâmica, cirurgia cardíaca, vascular e neurovascular. Além disto, o HUB estabeleceu leitos de retaguarda de Clínica Médica para suporte à unidade de emergência do Hospital Regional da Asa Norte, pertencente à rede SUS local. Quanto à rede de atenção psicossocial, o HUB é referência para atendimento ambulatorial de pacientes com álcool e drogas através do SEAD e está em fase final a construção de 25 leitos de saúde mental que serão disponibilizados e regulados pela SES/DF.

No processo de implantação das linhas de cuidado estão sendo discutidos os diversos modelos de atenção integral e atenção multiprofissional. Neste aspecto diversas áreas de atenção à saúde dentro do HUB já se encontram neste contexto: Centro de Medicina do Idoso, Ambulatório de Cardiologia, SEAD, atenção ao paciente portador

de HIV/AIDS (Projeto Com-Vivência), Serviço de Atenção Integral ao Indígena, Implante Coclear, dentre outros serviços.

Além disso existe o grave problema com os recursos humanos. Há 20 anos uma solução para suprir provisoriamente o *déficit* de profissionais, tornou permanente a prestação de serviços, conhecida pela comunidade HUB como contrato precarizado ou SICAP, apropriação da sigla referente ao Sistema de Cadastramento Unificado de Prestação de Serviços.

O processo seletivo realizado em outubro de 2013 previa substituição progressiva dos funcionários SICAP através da contratação dos empregados ao longo de 10 meses de forma a permitir a adaptação dos profissionais e os ajustes necessários, sem comprometimento do funcionamento do hospital. Permanecerão no hospital os terceirizados para profissões não contempladas no quadro funcional do serviço público federal. Contudo, mesmo com o resultado do concurso não há mão de obra suficiente. Em algumas especialidades médicas não houve candidatos ou foram em número insuficiente, como na neonatologia e cirurgia cardíaca.

O HUB não conseguiu manter sua escala de neonatologistas em contrato precarizado por causa da falta destes profissionais na cidade. As diversas UTI's neonatais da cidade e de outras da região centro-oeste também estão com dificuldade de fechar escalas ou estão com leitos reduzidos ou fechados.

Também a carga horária e o salário estabelecidos pela Ebserh e pelo Ministério do Planejamento não são compatíveis com a realidade da região que oferece salário superior ao do HUB e carga horária que permite a acumulação de cargos. Isto faz com que a perda de pessoal chegue a 29%, conforme dados da Tabela 22.

Tabela 22: Número de convocados e efetivados por convocação

Convocação	Convocados	Efetivos
1º	250	172
2º	179	109
3º	250	198
4º	121	97
	Total = 813	Total = 583

A Tabela 23 apresenta o quadro de ocupação de vagas por cargo das quatro primeiras convocações do primeiro concurso. Observa-se que a maior perda foi na categoria médica o que definiu o remanejamento de algumas vagas (assinaladas com *) de forma a suprir áreas que foram subdimensionadas.

Tabela 23: Quadro de ocupação de vagas

Cargo	Vagas	Empregados	Vagas Restantes	Desligamentos
Advogado	2	1	1	0
Analista Administrativo- Administração	1	1	0	0
Analista Administrativo- Administração Hospitalar	1	1	0	0
Analista Administrativo- Economia	1	1	0	0
Analista Administrativo - Arquitetura	1	1	0	0
Analista Administrativo - Contabilidade	1	1	0	0
Analista Administrativo - Estatística	1	1	0	0
Analista Administrativo - Jornalismo	1	1	0	0
Analista Administrativo - Relações Públicas	1	0	1	0
Analista De Tecnologia Da Informação - Suporte E Redes	1	1	0	0
Analista De Tecnologia Da Informação - Banco De Dados	1	1	0	0
Analista De Tecnologia Da Informação - Processos	1	0	1	0
Analista De Tecnologia Da Informação - Telecomunicações	1	0	1	0
Analista De Ti - Sistemas Operacionais	1	1	0	0
Assistente Administrativo	112	81	31	4
Assistente Social	5	4	1	0
Biomedico	2	0	2	0
Biologo	2	1	1	0
Cirurgiao Dentista	12	2	10	0
Enfermeiro	147	98	49	7
Enfermeiro Hemodialise	6	3	3	0
Enfermeiro Hemodinamica	4	2	2	0
Enfermeiro Terapia Intensiva	6	5	1	1
Enfermeiro Terapia Intensiva Neonatal	8	2	6	0
Enfermeiro Do Trabalho	1	1	0	0
Engenheiro Clinico	1	1	0	0
Engenheiro Civil	1	1	0	0
Engenheiro De Segurança Do Trabalho	1	1	0	0

Cargo	Vagas	Empregados	Vagas Restantes	Desligamentos
Cargo	Vagas	Empregados	Vagas Restantes	Desligamentos
Engenheiro Elétrico	1	1	0	0
Engenheiro Mecânico	1	1	0	0
Pedagogo	1	0	1	0
Farmacêutico	12	10	2	0
Físico	2	3*	-1	0
Fisioterapeuta	10	8	2	1
Fisioterapeuta Aparelho Respiratorio	1	1	0	0
Fisioterapeuta - Terapia Intensiva Neonatal	4	1	3	0
Fisioterapeuta - Terapia Intensiva	4	4	0	0
Fisioterapeuta - Uroginecologia Funcional	1	1	0	0
Fonoaudiólogo	4	2	2	1
Medico Alergia E Imunologia	1	0	1	0
Medico Alergia E Imunologia Pediatrica	1	0	1	0
Médico - Anestesiologia	22	12	10	0
Medico Angiorradiologia E Cirurgia Endovascular	1	1	0	0
Médico - Cancerologia Cirurgica	1	0	1	0
Médico - Cancerologia Clínica	4	4	0	0
Medico Cardiologia	11	3	8	3
Medico Cardiologia - Ecocardiografia	2	1	1	0
Medico Cardiologia - Eletrofisiologia Clinica E Invasiva	1	1	0	0
Medico Cardiologia - Hemodinamica E Intervencionista	2	2	0	0
Medico Cardiologia - Pediatrica	1	0	1	0
Medico Cirurgia Cardiovascular	4	1	3	0
Medico Cirurgia Cabeça e Pescoço	2	2	0	0
Médico - Cirurgia Do Aparelho Digestivo	3	2	1	0
Medico Cirurgia Geral	8	5	3	0
Medico Cirurgia Pediatrica	3	0	3	0
Medico Cirurgia Plástica	1	0	1	0
Médico - Cirurgia Torácica	2	2	0	0
Medico Cirurgia Vascular	2	0	2	0
Médico - Clínica Médica	24	3	21	1
Médico Coloproctologista	3	3	0	0
Medico Dermatologista	2	2	0	0
Médico - Diagnóstico Por Imagem - Ultrassonografia Geral	3	3	0	0
Médico - Endocrinologia	1	0	1	0

Cargo	Vagas	Empregados	Vagas Restantes	Desligamentos
Médico - Endocrinologia Pediátrica	1	2*	-1	0
Medico Gastroenterologia	3	3	0	0
Medico Gastroenterologia Pediatrica	1	1	0	0
Cargo	Vagas	Empregados	Vagas Restantes	Desligamentos
Medico Genetica Medica	1	0	1	0
Medico Geriatria	2	2	0	0
Médico - Ginecologia e Obstetrícia	14	7	7	2
Médico - Hematologia e Hemoterapia	3	2	1	0
Médico - Hematologia e Hemoterapia Pediatrica	1	0	1	0
Médico - Infectologista	3	1	2	0
Médico - Infectologista Pediatrica	1	1	0	0
Médico - Mastologista	1	1	0	0
Medico Medicina do Adolescente	1	0	1	1
Medico - Medicina do Trabalho	1	1	0	0
Medico Medicina Fisica e Reabilitação	1	0	1	0
Medico Medicina Intensiva	4	0	4	1
Medico Medicina Intensiva Pediatrica	1	0	1	0
Médico - Medicina Nuclear	2	3*	-1	0
Médico - Nefrologia	3	3	0	0
Médico - Nefrologia - Transplante	1	1	0	0
Médico - Nefrologia Pediatrica	1	1	0	0
Médico - Neonatologia	15	1	14	0
Medico - Neurocirurgia	1	1	0	0
Medico - Neurologia	4	1	3	1
Medico - Neurologia Neurofisiologia Clinica	1	0	1	0
Medico - Neurologia Pediatrica	1	0	1	0
Medico Nutrologia	1	0	1	0
Medico Oftalmologia	4	1	3	1
Medico Ortopedia E Traumatologia	1	0	1	0
Médico - Otorrinolaringologia	1	3*	-2	0
Médico - Patologia	3	1	2	0
Médico - Patologia Clinica/ Medicina Laboratorial	1	0	1	0
Médico - Pediatria	16	15	1	0
Médico - Pneumologia	2	1	1	0
Médico - Pneumologia Pediatrica	1	1	0	0
Médico - Psiquiatria	9	5	4	0
Médico - Psiquiatria Da Infância E Adolescência	1	1	0	0
Médico - Radiologia E Diagnóstico Por Imagem	10	7	3	0

Cargo	Vagas	Empregados	Vagas Restantes	Desligamentos
Médico - Radioterapia	4	3	1	2
Médico - Reumatologia	1	1	0	0
Médico - Reumatologia Pediátrica	1	0	1	0
Médico Urologista	1	1	0	0
Médico Urologista - Transplante	1	1	0	0
Cargo	Vagas	Empregados	Vagas Restantes	Desligamentos
Nutricionista	5	5	0	0
Psicólogo - Hospitalar	8	5	3	0
Psicólogo - Neuropsicologia	1	1	0	0
Técnico - Histologia	2	2	0	0
Técnico - Necropsia	4	2	2	0
Técnico em Enfermagem	370	163	207	2
Técnico em Farmácia	9	8	1	0
Técnico em Informática	2	0	2	1
Técnico em Óptica	1	1	0	0
Técnico em Radiologia	14	13	1	0
Técnico em Saúde Bucal	12	6	6	0
Técnico em Segurança Do Trabalho	1	1	0	0
Tecnólogo em Radiologia	1	1	0	0
Tecnólogo em Radiologia -Radioterapia	1	1	0	0
Terapeuta Ocupacional	2	2	0	0
Profissional de Educação Física	1	0	1	0
TOTAL	1027	579	456	29

Nas áreas de ensino e pesquisa, a repercussão dos desafios administrativos e da assistência somam-se às tarefas de integração do docente à nova estrutura organizacional de modo a consolidar seu papel dentro do hospital, de ampliação dos cenários de prática e de criação de infraestrutura para as atividades acadêmicas.

O estabelecimento de práticas de saúde integradas à realidade epidemiológica, numa perspectiva de linhas de cuidado conforme estabelecido pela Ebserh, oficializa a necessidade de revisão do trabalho desenvolvido nos hospitais universitários de forma a contribuir com a rede de saúde de uma forma mais ampla e estruturada.

O trabalho em equipe tem sido apontado como uma estratégia para a consecução desse objetivo. Contudo, a coordenação de atividades de diferentes categorias para

desenvolvimento de objetivos comuns está diretamente relacionada a condições da instituição, da organização do trabalho e dos indivíduos. A formação da identidade profissional implica no reconhecimento de papéis, desempenho de tarefas, familiarização com o Código de Ética da categoria, legislação e outras diretrizes e na difícil empreitada de conciliar princípios norteadores da profissão com a necessidade de contribuir com o grupo.

O papel da universidade na construção do conhecimento pode ser entendido como parte dos esforços que levam a um melhor processo de cuidado. As evidências que geram suporte para a tomada de decisão de profissionais de saúde pode ser advinda da institucionalização de práticas que capacitem seus recursos humanos. A participação dos estudantes e professores de forma a consolidar parcerias pode resultar na formação de profissionais da saúde que atuem de forma colaborativa e resolutiva. A institucionalização de um modelo de ensino que potencialize o desenvolvimento de um profissional ativo, crítico e participe na construção do conhecimento encontra campo profícuo na UnB, de forma especial nesse momento de transição do currículo de alguns cursos, como o de Medicina e Psicologia.

18

É sabido que a formação em saúde tem sido convocada a contribuir para a implantação desse modelo de atenção integral que reflita os princípios e diretrizes do SUS. A ênfase na promoção de saúde e a necessidade de favorecer a adesão a tratamentos, especialmente em casos crônicos, têm indicado a necessidade de uma assistência fundamentada na integração de competências, nem sempre exploradas nos cursos da área de saúde. Hoje a prática profissional do estudante é dependente do foco presente nos estágios, que pode refletir o interesse do professor supervisor, mesmo nas disciplinas obrigatórias; do momento do curso durante o qual acontece, do modelo filosófico vigente que inclui o Projeto político-pedagógico do curso, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação, o Projeto Pedagógico Institucional, a estrutura acadêmica, a relação com órgãos de classe, entre tantos outros componentes.

O HUB faz parte hoje, juntamente com todos os hospitais universitários federais e a Ebserh, da tentativa de viabilizar a construção de uma grande rede de atenção à saúde, levando em conta a real necessidade de seus usuários, respeitando o perfil epidemiológico da população assistida e promovendo um atendimento integrado.

2. OBJETO E OBJETIVOS

Este plano foi desenvolvido para nortear as atividades da equipe do HUB e estabelecer as ações institucionais previstas no novo modelo de gestão, baseadas no diagnóstico situacional realizado.

2.1. Objetivo geral:

Planejar ações para tornar o HUB um hospital de excelência na integração entre ensino, pesquisa e assistência.

2.2. Objetivos específicos:

2.2.1 Objetivos primários

- Ser um hospital inserido na Rede SUS do DF;
- Ser um hospital orientado para a adoção e desenvolvimento de inovações tecnológicas;
- Implementar a cultura de humanização na instituição buscando a eficiência e eficácia na assistência integral ao paciente;
- Definir canais e processos de comunicação e de trabalho para contribuir na qualidade da assistência;
- Incentivar práticas que promovam qualidade de vida no trabalho;
- Desenvolver ações que contribuam para a cultura da preservação do meio ambiente e responsabilidade social.

2.2.2 Objetivos secundários

- Identificar os principais problemas que comprometem o funcionamento e gestão do HUB;
- Estabelecer ações para solução dos problemas críticos prioritários definidos;
- Estabelecer cronograma, custo, responsável técnico e indicadores de acompanhamento de cada ação;
- Estabelecer mecanismos de acompanhamento do PDE.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. Formação das equipes e das instâncias de discussão e deliberação do plano

A Ebserh sede trabalhou na perspectiva de capacitação da equipe gestora, para qualificação da gestão, feita em parceria com o Hospital Sirio Libanês e na avaliação do diagnóstico situacional, feito por uma auditoria externa, a Everis.

O Projeto de Capacitação e Planos Diretores inclui, além do Curso de Capacitação em Gestão dos Hospitais Universitários do SUS para a equipe de governança, apoio e consultoria para construção do Plano Diretor Estratégico direcionado para as reais necessidades dos HUs, bem como avaliação e construção de termos de referência para adequação às boas práticas e qualidade da assistência hospitalar. Foi estruturado em torno dos seguintes temas: Gestão da Clínica, Gestão Hospitalar, Humanização da Saúde, Hotelaria Hospitalar, Compras Hospitalares, Administração Econômico-Financeira e Gestão de Obras e Engenharia Clínica.

18

O Grupo Afinidade foi definido pelo HSL no Curso de Capacitação em Gestão de Hospitais Universitários Federais do SUS como os participantes do HUB e foi constituído pelo superintendente, gerente de atenção à saúde, gerente administrativo, gerente de ensino e pesquisa, chefe da Divisão de Enfermagem, chefe da Divisão Médica, chefe da Divisão Administrativa e Financeira, chefe da Divisão de Gestão de Pessoas e chefe do Setor de Ensino do HUB, bem como uma representante da sede da Ebserh.

O Grupo Gestor Ampliado é constituído por todos os gestores do HUB já nomeados para o organograma da Ebserh. Foram realizadas reuniões semanais com o Grupo Afinidade para elaboração do PDE e com o Grupo Gestor Ampliado para validação desta construção. A participação das chefias foi a forma estabelecida pela Governança para inclusão da comunidade uma vez que a alteração em curso do quadro de pessoal não garantia a definição de quem permaneceria no hospital.

Semanalmente o Grupo Gestor Ampliado passou a se encontrar com a Governança para discutir e ampliar os olhares das resolutivas tomadas no Grupo Afinidade e legitimar as decisões para a construção do planejamento estratégico.

3.2. Metodologia de trabalho do Grupo Afinidade

Além das construções realizadas no HSL, guiadas e apoiadas pelos facilitadores e especialistas da Everis, realizaram-se reuniões no hospital para discussão do PDE entre o Grupo Afinidade e o Grupo Gestor Ampliado. Esse grupo colaborou com a validação de definições como: identificação e priorização dos macroproblemas, e ferramentas para gestão do plano, tendo sido definido o uso do *Redmine*.

3.3. Programa de Desenvolvimento de Competências

No decorrer do curso de Capacitação em Gestão de Hospitais Universitários Federais, com o objetivo de adquirir competências essenciais para elaboração de um PDE factível para o HUB, o Grupo Afinidade participou das oficinas listadas no Quadro 1:

ENCONTRO	TEMAS DAS OFICINAS
I	TERMO DE REFERÊNCIA DO PDE
II	COMO FAZER E RECEBER CRÍTICAS
III	GESTÃO DA CLÍNICA
IV	SWOT
V	ÁRVORE DE PROBLEMAS
VI	FLUXOGRAMA ANALISADOR
VII	PLANO DE AÇÃO
VIII	ANÁLISE DE VIABILIDADE
IX	GESTÃO DO PLANO

Tabela 1: Oficinas do Curso de Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS

O processo ensino- aprendizagem utilizado para apropriação de competências para elaboração do PDE do HUB foram ancorados em teorias interacionistas, metodologia científica, comunidades de aprendizagem e nas estratégias educacionais apropriadas a cada conteúdo, como filmes, histórias, depoimentos, visitas técnicas/diálogo com gestores do HSL, oficinas, seminários e jogos.

O Grupo Afinidade desenvolveu habilidades para construção do PDE na interação com facilitadores, consultores, orientadores, especialistas e outros participantes, utilizando a espiral construtivista do processo ensino-aprendizagem traduzindo a relevância das diferentes etapas educacionais como movimentos articulados e que se retroalimentam.

3.4. Ferramentas utilizadas e seus resultados

O diagnóstico situacional feito pela Everis foi baseado nas várias visitas dos especialistas ao HUB para levantamento de dados e comparação com os modelos de referência e as determinações legais. Com esses resultados o HUB utilizou ferramentas de gestão para delinear seu plano de ação.

3.4.1 Aderência a Lista de contribuições

O HUB apresenta 56% de aderência às boas práticas relacionadas na Lista de Contribuições dos Modelos de Referência de Gestão Hospitalar, Gestão da Clínica, Humanização da Saúde, Hotelaria, Compras Hospitalares, Prestação de Contas e Gestão de Obras e Engenharia Clínica. O nível de aderência consolidado por Modelo é apresentado no gráfico a seguir.

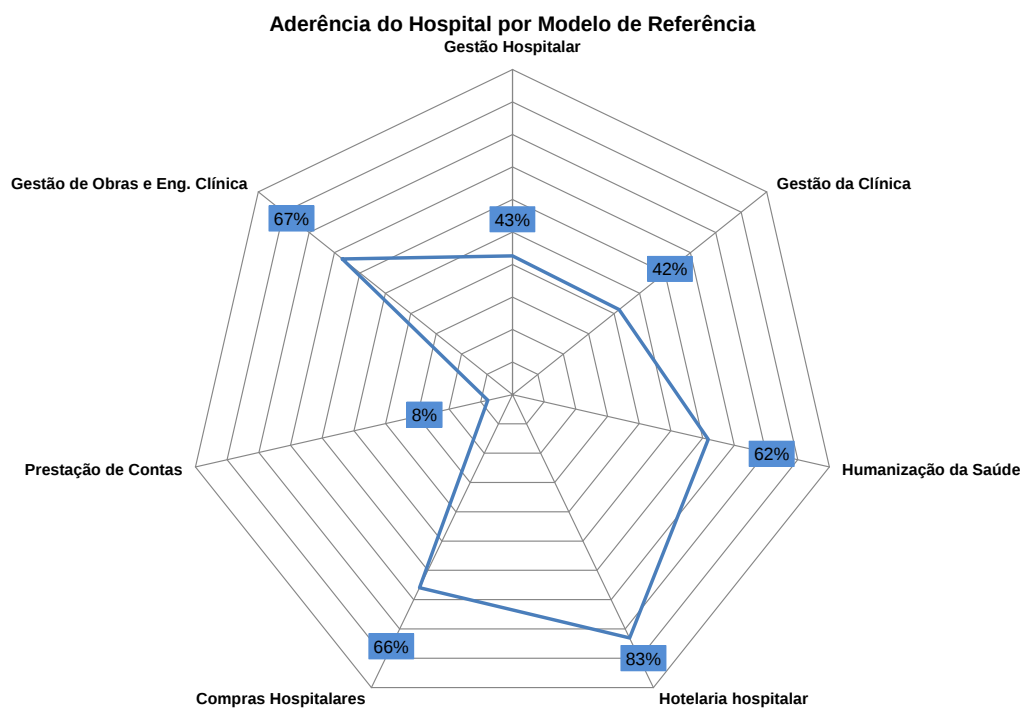


Figura 3-10: Aderência do HUB por Modelo de Referência

3.4.2 Aderência a Lista de Gaps

A partir de planilhas formuladas pela equipe de especialistas que acompanha o trabalho de elaboração do Plano Diretor Estratégico do Hospital, os profissionais do HUB assinalaram a adesão relativa à Legislação de Sistema Único de Saúde, Legislação Administrativo-financeira, Legislação de Suprimentos - Normativas para Gêneros Alimentícios, Dietas Enterais e Fórmulas Lácteas, Legislação de Suprimentos - Normativas para Medicamentos e Materiais Hospitalares e Legislação de Gestão de Pessoas. O HUB apresenta 84% de aderência às exigências normativas referentes à Legislação de Gestão de Pessoas, Legislação de Suprimentos, Legislação Administrativo-Financeira, Legislação e Normas do SUS e Regulação do SUS. O nível de aderência consolidado por tema é apresentado na figura a seguir.

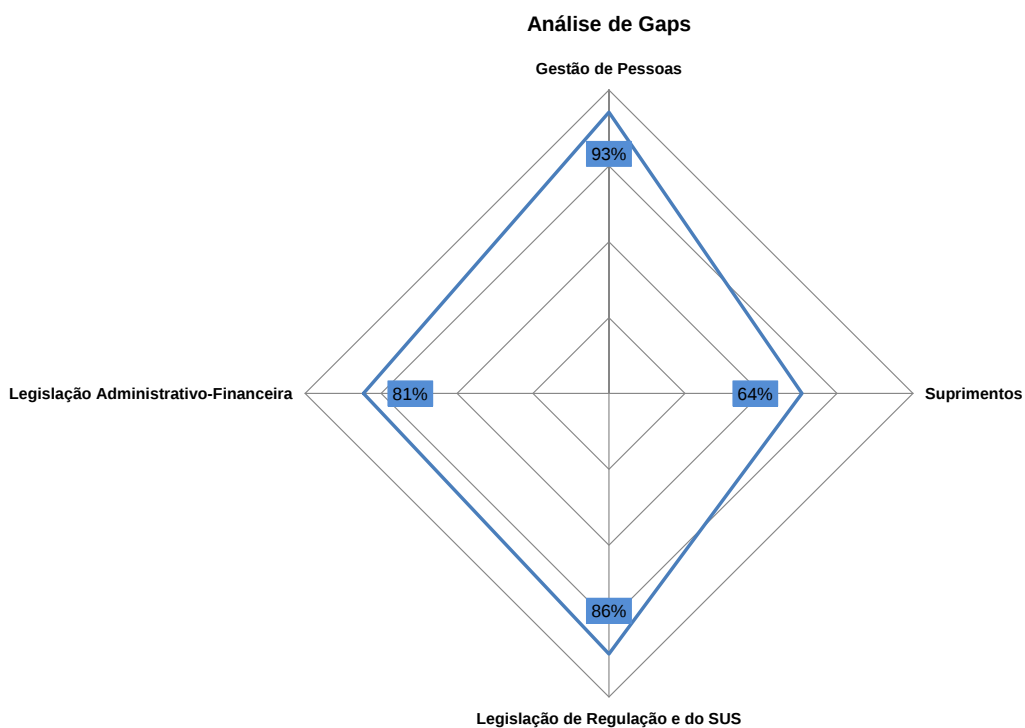


Figura 3-11: - Aderência do HUB por tema da Lista de Aderência às Normativas

3.4.3 Brainstorming e identificação de Macroproblemas

Esta ferramenta foi aplicada no Grupo Afinidade e no Grupo Gestor Ampliado para levantamento dos principais problemas do hospital. Em seguida foi realizada uma aglutinação dos problemas em macroproblemas. Em decorrência foram levantados nove macroproblemas.

	Macroproblema
1	HUB/SES: cumprimento de metas e relacionamento político
2	HUB/UnB: integração e controle da pesquisa
3	Gestão de Pessoas:
4	Estrutura Física
5	Modelo Assistencial
6	Planejamento
7	Papéis e Processos
8	Comunicação
9	Finanças

Tabela 2: Brainstorming de macroproblemas do Grupo Gestor Ampliado

3.4.4 Definição de prioridades no Grupo Gestor Ampliado

Foi aplicada uma nota , individualmente a cada macroproblema, de acordo com a prioridade percebida por cada membro do grupo para a resolução do mesmo e realizada média das notas (considerando 1,0 para o problema de menor prioridade e 10,0 para o macroproblema de maior prioridade). Os três problemas com as médias mais altas foram priorizados para a elaboração do Plano Diretor: Gestão de Pessoas, Contratualização e Processos. Os processos considerados mais críticos foram Gestão da Clínica, Compras e Integração ensino-pesquisa e assistência.

Macroproblemas	Média	Classificação
----------------	-------	---------------

1	Contratualização	9,2	2
2	Relacionamento HUB/UnB	7,9	8
3	Gestão de Pessoas	9,3	1
4	Estrutura Física	8,5	4
5	Gestão de Pesquisa	7,6	9
6	Modelo Assistencial	8,3	6
7	Gestão de Processos	9,0	3
8	Gestão de Equipamentos	8,1	7
9	Comunicação/Informação	8,4	5

Tabela 3 - Mapeamento de macroproblemas

3.4.5 Matriz SWOT

18

SWOT é o acrônimo dos termos ingleses *Strengths* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças). Caracteriza uma ferramenta utilizada para a análise do ambiente ou de cenários, para apoio à tomada de decisão. Diante da predominância de forças e fraquezas, e de oportunidades ou ameaças, pode-se adotar estratégias que busquem o desenvolvimento, o crescimento, a manutenção ou a sobrevivência da organização.

A análise SWOT resulta de grande relevância no processo de formulação da estratégia. Análise das oportunidades e ameaças externas fornece insumos para a tomada de decisão e para avaliar se uma empresa pode aproveitar as oportunidades e evitar as ameaças ao enfrentar um ambiente externo incontrollável. Análise dos pontos fortes e fracos internos é principalmente para avaliar a forma como uma empresa realiza seu trabalho interno, como a gestão, a eficiência do trabalho, pesquisa e desenvolvimento. A avaliação das forças e fraquezas internas também dá a medida de como aproveitar as oportunidades ou enfrentar as ameaças. A análise SWOT é capaz de

ajudar as empresas a avaliarem a sua posição na competição e pode ser usado como uma base para o desenvolvimento de políticas (Chang & Huang, 2006).

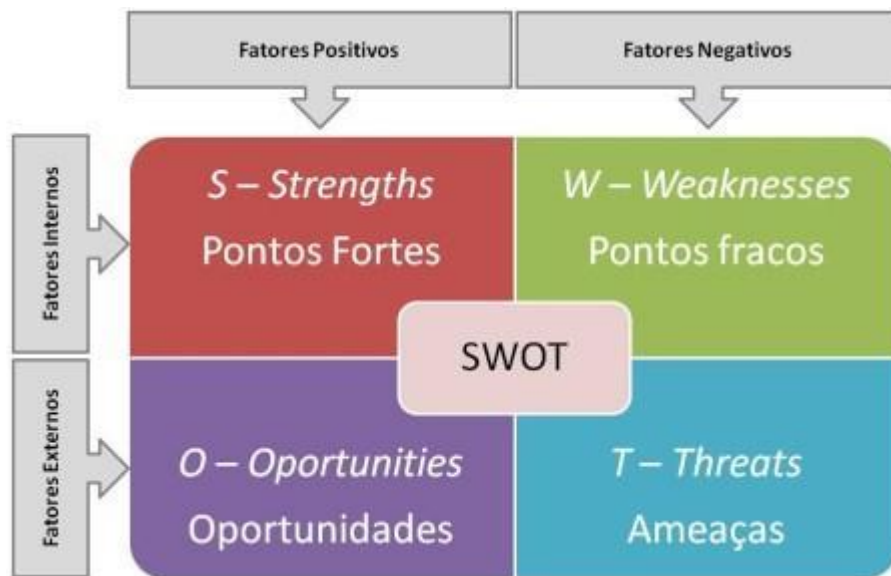


Figura 3-12: Matriz SWOT

Da aplicação da ferramenta SWOT no contexto geral do HUB, foram obtidos os seguintes resultados:

AMBIENTE INTERNO

Forças - Vantagens competitivas internas		
#	Vantagens	Descrição
1	Serviço de excelência	Vários serviços do hospital são referência local e nacional, por exemplo, oncologia, dermatologia, otorrinolaringologia.
2	Residência Médica reconhecida nacionalmente	Programas avaliados como nota A pelas respectivas sociedades como Anestesiologia e Dermatologia
3	Implantação do Núcleo de Regulação Interna	Faz gerenciamento de leitos e já iniciou a fase de regulação de consultas, tem sido elogiado até pelos residentes
4	Ouvidoria	Implantada após o contrato com a Ebserh, tem retroalimentado a gestão, além de aumentar o nível de satisfação do usuário
5	Qualificação da gestão	Uma gestão mais profissional e mais participativa tem melhorado a eficiência das chefias

Quadro 3: Forças HUB

Fraquezas - vulnerabilidades da empresa		
#	Fraquezas	Descrição
1	Transição conflituosa	Dois regimes de trabalho diferentes (CLT e RJU), com remuneração diferente têm levado a conflitos na comunidade interna
2	Infraestrutura precária	Apesar do investimento, o hospital ainda possui uma infraestrutura muito deficiente, que fica mais comprometida com os vários canteiros de obras. Este ambiente inadequado piora o estresse ocupacional e intensifica os conflitos já citados
3	Dissociação ensino/pesquisa/assistência	Os professores se sentem alijados das decisões sobre o novo funcionamento do hospital, intensificando um conflito crônico
4	Falta de processos em áreas estratégicas	Muitas ações seguem fluxos particulares, sem processos institucionais definidos
5	Falta de médicos em áreas estratégicas	O concurso não supriu o total de médicos para as áreas estratégicas, o que dificulta a contratualização e a inserção do HUB na rede

Quadro 4: Fraquezas HUB

AMBIENTE EXTERNO

Oportunidades - forças externas favoráveis		
#	Oportunidades	Descrição
1	Contrato com a Ebserh	Possibilidade de saneamento financeiro, qualificação da gestão e contratação de pessoal
2	Proximidade física com a Ebserh Sede	Possibilidade de negociações mais ágeis
3	Incentivo ministerial para participação dos hospitais universitários na Rede SUS	Tanto o MEC como o MS estão interessados na participação dos hospitais universitários nas redes de atenção à saúde, isto facilita a conversa com o gestor local
4	Mudança no currículo de graduação dos cursos da saúde	A ênfase na atenção primária facilita a discussão e implementação das linhas de cuidado que perpassam os vários níveis de atenção
5	Credibilidade e tradição da Universidade de Brasília	O alcance do nome UnB favorece negociações políticas

Quadro 5: Oportunidades HUB

Ameaças - obstáculos externos		
#	Ameaças	Descrição
1	Dificuldade de contratualização com o gestor local	O gestor enxerga o hospital mais como um prestador de serviço do que como um componente da rede
2	Mercado de trabalho médico aquecido	O salário oferecido pela Ebserh é pouco atrativo para algumas especialidades
3	Pouco apoio administrativo da UnB no período de transição	Retirada de pessoal, pressão para demissão dos SICAPs e falta de apoio logístico ao ensino
4	Outros Hospitais Universitários	Competição pelo financiamento da Ebserh.

Quadro 6: Ameaças HUB

		AMBIENTE INTERNO									
		FORÇAS					FRAQUEZAS				
		Serviço de Excelência	Residência Médica reconhecida nacionalmente	Implantação do Núcleo de Regulação Interna	Ouvidoria	Qualificação da Gestão	Transição conflituosa	Infraestrutura precária	Dissociação ensino-pesquisa-assistência	Falta de processos em áreas estratégicas	Falta de médicos em áreas estratégicas
AMBIENTE EXTERNO	AMEAÇAS	Dificuldade de contratualização com o Gestor local	x		x		x	x		x	x
		Mercado de trabalho médico aquecido	x	x			x	x			x
		Pouco apoio administrativo da UnB no período de transição					x		x		
		Outros hospitais universitários	x	x			x		x	x	x
	OPORTUNIDADES	Contrato com a Ebserh	x	x		x	x	x		x	x
		Proximidade física com a Ebserh Sede	x			x		x			x
		Incentivo ministerial para participação dos HUs na Rede SUS	x	x	x						
		Mudança no currículo de graduação dos cursos da saúde	x	x					x	x	
		Credibilidade e tradição da UnB	x	x					x		

Quadro 7 : Matriz SWOT do HUB – Interação entre fatores

A análise da interação entre os fatores da Matriz SWOT evidencia que as oportunidades decorrentes do contrato com a Ebserh e das mudanças nos currículos de graduação dos cursos da saúde permitem o desenvolvimento da instituição com fortalecimento das áreas de excelência e uma melhoria das fraquezas apontadas. Por outro lado, as ameaças percebidas indicam a relevância do planejamento estratégico com um plano de ação capaz de minimizar o efeito que essas ameaças têm sobre as fraquezas de forma a viabilizar o crescimento.

3.4.6 Atores Sociais

Ator social é o indivíduo, ou grupo de indivíduos, capaz de mudar uma realidade. Para ser considerado um ator social, o indivíduo tem que ter a capacidade e a motivação para mudar a situação, o que pressupõe algum grau de organização. (HSL, 2013). Sua força depende de sua capacidade concreta de mudar a realidade, usando pressão ou negociação (Moura, 2005).

Para se avaliar a força de cada ator social e determinar ações que os envolvam, é necessário definir sua força real no jogo político em questão, definindo seu *valor*, que indica a importância com que o ator considera o problema; e o *interesse*, que diz respeito à vontade do ator em manter o *status quo*, mudá-lo ou se lhe é indiferente. Avaliando valor e interesse, uma nota de 0 a 10 é dada ao ator social para aquela situação, o que mostra a importância deste ator para o problema avaliado e quais atores devem ser prioritariamente envolvidos no plano de ação (HSL, 2013).

A seguir são apresentados os atores sociais de cada um dos macroproblemas do HUB.

3.4.6.1 Matrizes Decisórias dos macroproblemas priorizados

Atores Sociais	Valor	Interesse	Nota (0 a 10)
DGP – EBSEH	Alto	(+) positivo	10
DivGP	Alto	(+) positivo	10
DGP – UnB	Médio	(0) nulo	05
TI	Baixo	(0) nulo	05
Chefias HUB	Alto	(+) positivo	08
GAD	Alto	(+) positivo	08
GAS	Alto	(+) positivo	10
GAB	Alto	(+) positivo	10
Servidores RJU	Alto	(-) negativo	09
Empregados Ebserh	Alto	(+) positivo	05
Professores	Alto	(0) nulo	04

Quadro 8: Macroproblema Gestão de Pessoas

Em relação ao macroproblema Gestão de pessoas, obviamente a Diretoria de Gestão de Pessoas da Ebserh sede (DGP-Ebserh) e a Divisão de Pessoas do HUB (DivGP) são fundamentais. É necessário um bom entendimento entre os dois setores, principalmente envolvendo as mudanças no regime de trabalho e a cessão dos funcionários da UnB, cuja decisão passa pelo Reitor, mas a operacionalização envolve o Decanato de Gestão de Pessoas (DGP UnB). Enquanto a cessão não ocorre, todo o controle do funcionário RJU é feita pelo DGP UnB. Isto interfere diretamente nos problemas identificados na gestão de pessoas.

A Gerência de Atenção à Saúde (GAS) coordena a maior parte de recursos humanos do hospital e precisa estar alinhada com as novas regras. O Setor de Gestão da Informação e Informática (TI) tem um relevante papel na avaliação do cumprimento de carga horária através da instalação e monitoramento do ponto eletrônico.

Atores Sociais	Valor	Interesse	Nota (0 a 10)
SAS/SES	Médio	(+) positivo	06
Gestor do GDF	Médio	(0) nulo/(-) negativo	02
Gestão de Contratos EBSERH	Alto	(+) positivo	10
Ebserh DAS	Alto	(+) positivo	10
Ebserh DIL	Alto	(+) positivo	08
Setor de Apoio Diagnóstico	Alto	(+) positivo	10
GAB	Alto	(+) positivo	10
Reitoria	Alto	(+) positivo	06
Comissões	Médio	(+) positivo	05
Conselho	Alto	(+) positivo	06
Professores/Diretor FM	Alto	(+) positivo	08
Professores/Diretor FS	Alto	(+) positivo	07
Professores/Diretor FCE	Alto	(+) positivo	07
Discentes	Alto	(0) nulo	05
GAS	Alto	(+) positivo	10
Chefias HUB	Alto	(+) positivo	09
Regulação interna	Alto	(+) positivo	10
Regulação externa	Médio	(+) positivo	08
Comissão de Gestão de Contratos SES/DF	Médio	(+) positivo	08
Divisão Médica	Alto	(+) positivo	10
Divisão de Enfermagem	Alto	(+) positivo	10

Quadro 9: Macroproblema Contratualização

Como já discutido anteriormente, a contratualização é crítica para o HUB, tanto para o credenciamento como Hospital de Ensino, como para definição de sua inserção na Rede SUS/DF. Juntamente com esta contratualização, está em discussão o campo de prática das faculdades da área de saúde da UnB, na visão global de uma rede de atendimento da atenção primária até a terciária, no HUB. Os vários atores listados incluem os gestores da SES/DF, do HUB/Ebserh e da UnB, incluindo suas faculdades. Pela importância da contratualização interna, há que se definir o interesse de cada área e trabalhar no esclarecimento e persuasão quando necessário.

Atores Sociais	Valor	Interesse	Nota (0 a 10)
Ebserh -DAS	Alto	(+) positivo	10
Ebserh Gestão de Qualidade	Alto	(+) positivo	10
Ebserh Regulação	Alto	(+) positivo	8
Ebserh Contratos	Alto	(+) positivo	8
GAB	Alto	(+) positivo	10
Setor de Vigilância em Saúde	Alto	(+) positivo	10
Professores	Medio	(0) nulo	06
Tec. assistenciais	Alto	(0) nulo	06
GAS	Alto	(+) positivo	10
Corpo discente	Alto	(+) positivo	6
Chefias do HUB	Alto	(+) positivo	10
Regulação interna	Alto	(+) positivo	7
Regulação externa	Alto	(+) positivo	6
Gestor do SUS	Médio	(+) positivo	7
SAS/SES	Médio	(+) positivo	7
Comissão de Acompanhamento do Contrato	Alto	(+) positivo	8
GAD	Alto	(+) positivo	7
GEP	Alto	(+) positivo	7
Divisão Médica	Alto	(+) positivo	10
Divisão de Enfermagem	Alto	(+) positivo	10
Conselho Profissional de Classe	Alto	(-) negativo	10

Quadro 10: Macroproblema Processos: Gestão da Clínica

Entendendo Gestão da Clínica como a otimização dos recursos de saúde para atender as necessidades da população, é fácil de entender que os gestores envolvidos

(Ebserh, HUB e GDF) têm grande interesse em corrigir os problemas encontrados no HUB. O atendimento adequado diminui os casos de judicialização, o que torna o Ministério Público um ator relevante neste contexto. Além disso, a Gestão da Clínica envolve necessariamente a macro e microrregulação e qualifica o ensino ao envolver as melhores práticas.

Atores Sociais	Valor	Interesse	Nota (0 a 10)
GAB	Alto	(+) positivo	10
GAS	Alto	(+) positivo	10
GAD	Alto	(+) positivo	10
CGU/TCU	Médio	(+)positivo	8
Divisão Administrativa Financeira Ebserh	Alto	(+) positivo	10
Decanato de Administração UnB	Médio	(+)positivo	8
Chefias HUB	Alto	(+)positivo	10
Setor de Orçamento e Finanças	Alto	(+) positivo	9
Setor de Administração	Alto	(+) positivo	9
Unidade de Compras	Alto	(+) positivo	10
Unidade de Contratos	Médio	(+) positivo	8
Unidade de Licitações	Alto	(+) positivo	9
Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar	Alto	(+) positivo	10
Setor de Engenharia Clínica	Médio	(+) positivo	8
Setor de Suprimentos	Alto	(+) positivo	10
Unidade de Almoxarifado	Alto	(+) positivo	9
Divisão Médica	Alto	(+) positivo	10
DivGP	Baixo	neutro	4
Ebserh	Alto	(+) positivo	10
TI	Médio	(+) positiv	8
Farmácia Clínica	Médio	(+) positivo	8

Quadro 11 Macroproblema Processos: Compras

O setor de compras públicas é altamente regulado, com legislação específica sobre prazos e especificações dos pedidos. Além dos setores diretamente envolvidos, os atores sociais das áreas demandantes têm grande importância neste processo. O controle de estoque e previsão de uso baseado em séries históricas são fundamentais para

manutenção do abastecimento. No HUB, esse fluxo de controle de estoque precisa ser ajustado.

Atores Sociais	Valor	Interesse	Nota (0 a 10)
GAB	Alto	(+) positivo	10
GEP	Alto	(+) positivo	10
GAS	Alto	(+) positivo	10
GAD	Médio	(0) neutro	8
CEEx	Alto	(+) positivo	10
Decanato de Pesquisa e Pós-graduação	Alto	(+) positivo	10
Decanato de Graduação	Alto	(+) positivo	10
Departamentos, Faculdades e Institutos	Médio	(0) neutro	8
Comissão de Graduação	Médio	(+) positivo	8
Comissão de Pós-graduação	Médio	(+) positivo	8
COREMU	Alto	(+) positivo	10
COREME	Alto	(+) positivo	10
Diretores de Faculdades	Alto	(+) positivo	10
Professores	Médio	(+) positivo (-) negativo	8 9
Corpo discente	Alto	(+) positivo	10
Pesquisadores	Alto	(+) positivo	7
Chefias do HUB	Médio	(0) neutro	7
Técnicos do HUB	Baixo	(0) neutro	7
DivGP	Baixo	(0) neutro	8
AEP Ebserh	Alto	(+) positivo	10
TI	Baixo	(0) neutro	6

Quadro 13: Macroproblema Processos: Integração ensino-pesquisa-assistência.

A integração entre ensino, pesquisa e assistência ainda é um problema mal resolvido na maioria dos HUs. Os vários atores ligados às faculdades têm perspectivas diferentes daqueles atores ligados à assistência. A integração desse processo precisa de um entendimento do processo pelos diferentes atores e uma negociação com a gestão superior da UnB, no sentido de valorizar este trabalho docente. Os decanos de graduação e pós-graduação reconhecem a importância dessa função e consideram essa uma função docente, mas essa ainda não é uma visão majoritária nas Câmaras superiores. Órgãos da UnB como SAA, DAIA ou mesmo a BCE precisam ser esclarecidos sobre a função do HUB. No ambiente interno, a definição de papéis de docentes e técnicos precisam ser clareadas.

3.4.7 Árvore de Problemas

Segundo Alves e Lima (1991) a árvore de problemas é uma ferramenta utilizada para se achar a explicação do problema, desenhando um fluxograma com as causas do problema. A etapa final consiste na identificação dos nós críticos, causas sobre as quais incidirão as ações do plano de ação.

A confecção da árvore de problemas começa com a determinação dos descritores, que definem o problema para todo o grupo que o analisa e mostra os fatos que devem ser explicados. Os descritores mostram a magnitude ou dimensão do problema. Sempre que possível devem ser representados por indicadores quantitativos. A seguir se constrói uma cadeia causal a partir de cada descritor. Só então, os nós críticos são definidos. O estabelecimento das consequências dos descritores também faz parte da confecção da árvore de problemas, descrevendo os efeitos da manutenção da situação indesejada. É preciso muito cuidado para não confundir causa e consequência, ou o plano de ação pode atuar sobre o ponto errado e não obter o resultado desejado.

Na confecção do PDE, utilizou-se o tipo de fronteira do problema, uma vez que o grupo, ao identificar os nós críticos ou causas chaves, buscou responder às seguintes perguntas: A intervenção sobre esta causa tem impacto sobre os descritores do problema e os modifica positivamente? Há possibilidade de ação sobre esta causa? A ação proposta tem viabilidade política? (Matus, 1996).

3.4.7.1. Construção da Árvore de Problemas:

O Grupo Afinidade, com apoio dos facilitadores e especialistas da Everis, elaborou a árvore de problemas de cada um dos macroproblemas priorizados, seguindo passos acima listados. As Figuras a seguir apresentam cada uma das árvores de problemas. Os descritores estão destacados em azul e os nós críticos são identificados em vermelho.

Macroproblema: Gestão de pessoas

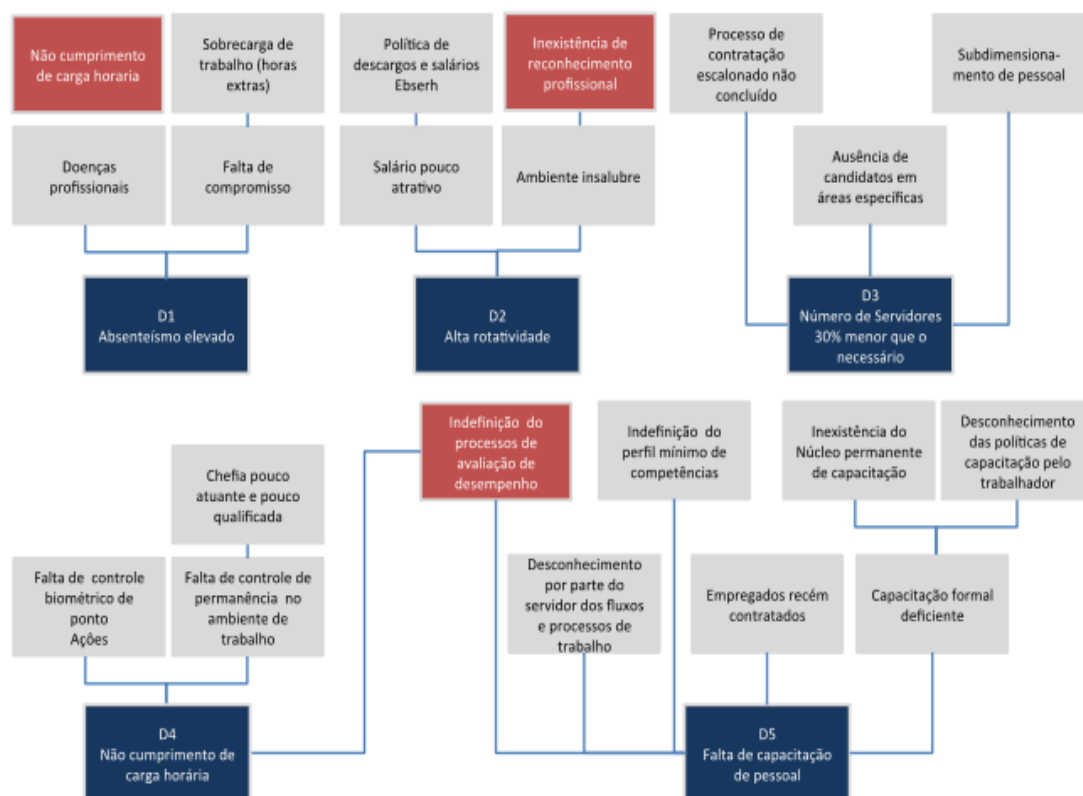


Figura 3-13: Árvore do macroproblema Gestão de Pessoas

18

Nós críticos identificados:

1. Não cumprimento de carga horária;
2. Inexistência de reconhecimento profissional;
3. Indefinição do processo de avaliação de desempenho.

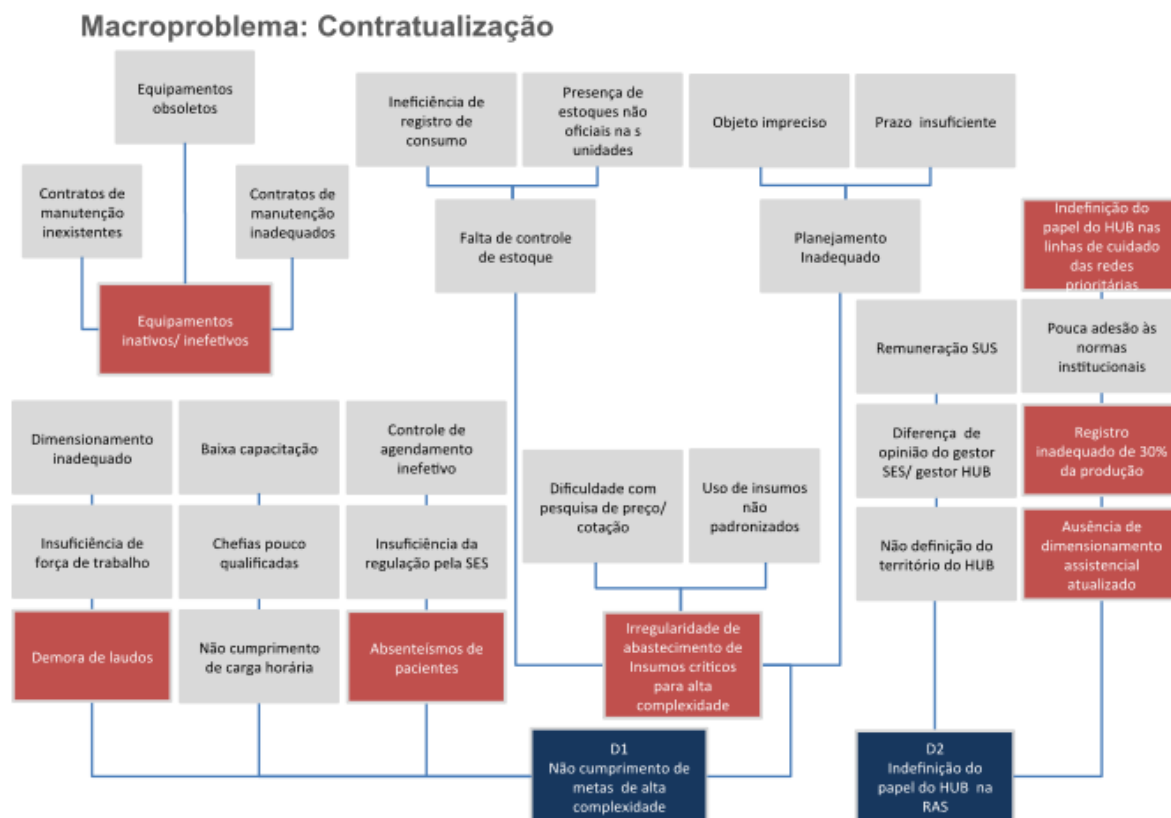


Figura 3-14: Árvore do macroproblema Contratualização

18

Nós críticos identificados:

1. Equipamentos inativos/inefetivos;
2. Demora de laudos;
3. Absenteísmo de pacientes;
4. Irregularidade de abastecimento de insumos críticos para a alta complexidade;
5. Ausência de dimensionamento atualizado da assistência;
6. Registro inadequado de 30% da produção;
7. Identificação do papel do HUB nas Linhas de Cuidado das redes prioritárias:
Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Oncologia, Saúde Mental.

Como já assinalado, a árvore do macroproblema Processos foi dividida em três subitens: Gestão da Clínica, Gestão de Compras e Integração ensino-pesquisa-assistência.

Macroproblema: Gestão da clínica - atendimento pouco qualificado



Figura 3-15: Árvore do macroproblema Gestão da clínica (1)

Macroproblema: Gestão da clínica - atendimento pouco qualificado

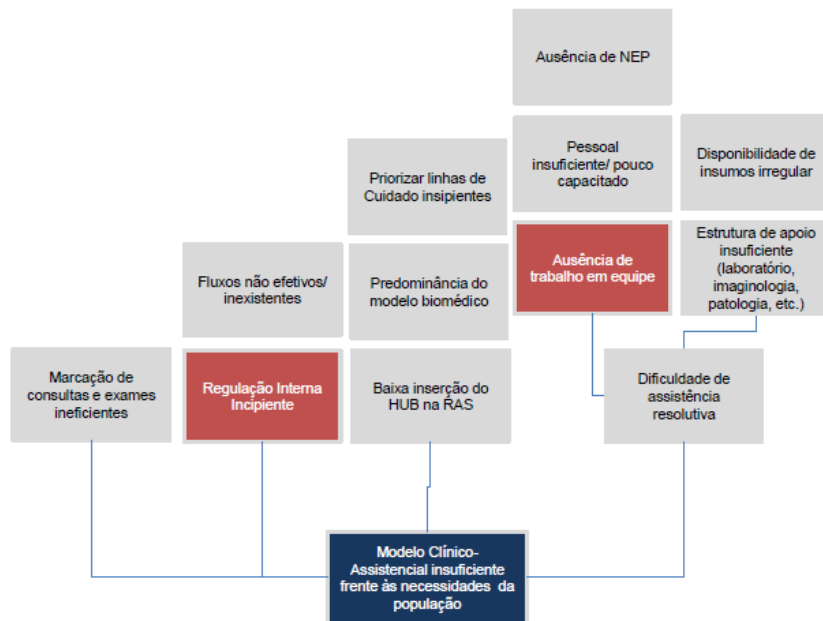


Figura 3-16: Árvore do macroproblema Gestão da clínica (2)

18

Nós críticos identificados:

1. Gestão documental da clínica incipiente;
2. Falta de monitoramento de indicadores de qualidade e segurança;
3. Implantação incipiente dos protocolos de segurança do Ministério da Saúde;
4. Regulação interna incipiente;
5. Ausência de trabalho em equipe multiprofissional.

Macroproblema: Planejamento inadequado dos processo de Compras

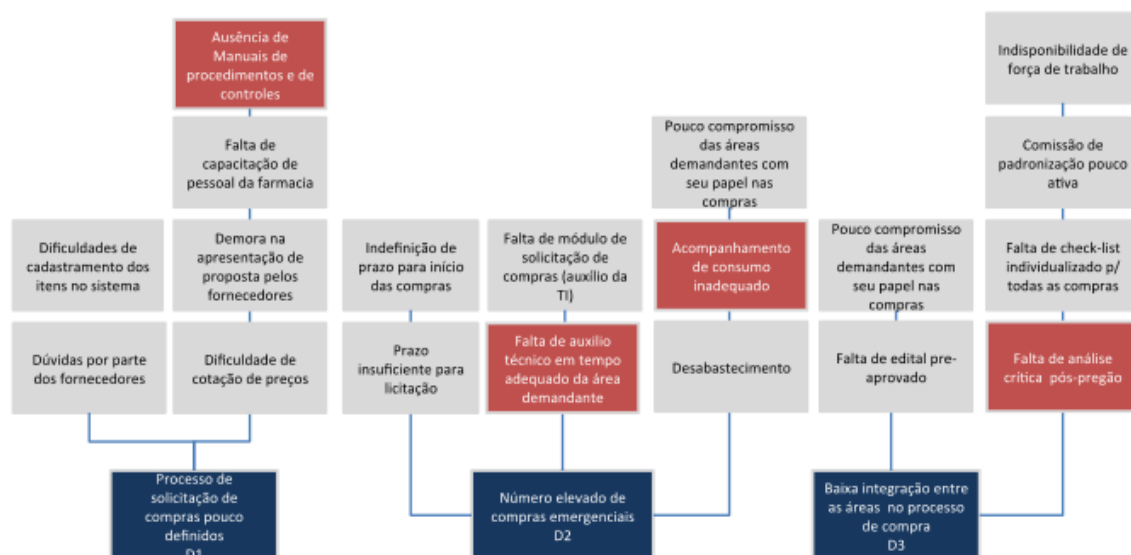


Figura 3-17: Árvore do macroproblema Gestão de compras

18

Nós críticos identificados:

1. Ausência de manuais de procedimentos e de controles;
2. Falta de auxílio técnicos em tempo adequado da área demandante;
3. Acompanhamento inadequado do consumo;
4. Falta de análise crítica pós-pregão

Macroproblema: Dificuldade de Integração entre Ensino, Pesquisa e Assistência



Figura 3-18: Árvore do macroproblema Dificuldade de integração entre ensino e pesquisa (1)

Macroproblema: Dificuldade de Integração entre Ensino, Pesquisa e Assistência

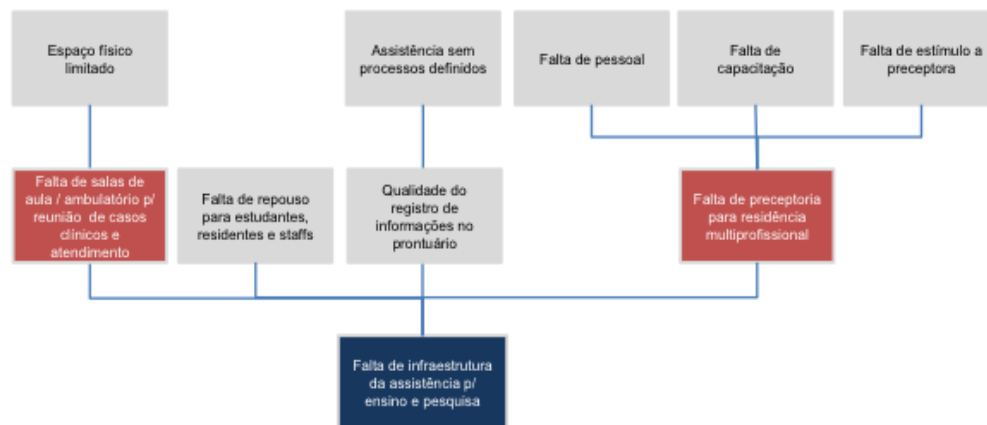


Figura 3-19: Árvore do macroproblema Dificuldade de integração entre ensino e pesquisa (2)

Macroproblema: Dificuldade de Integração entre Ensino, Pesquisa e Assistência

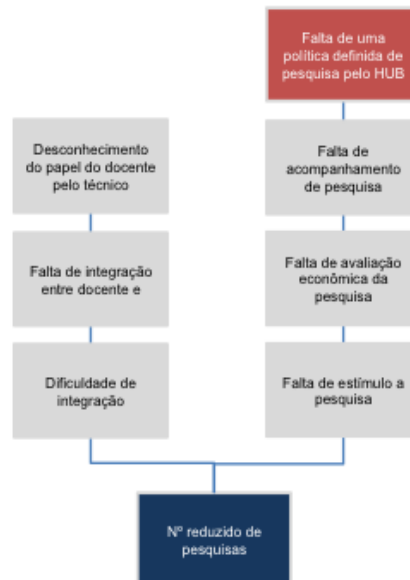


Figura 3-20: Árvore do macroproblema Dificuldade de integração entre ensino e pesquisa (3)

18

Nós críticos identificados:

1. Falta de incentivo ao docente em atividades assistenciais e de pesquisa no HUB;
2. Falha de comunicação entre a gestão superior do HUB e as faculdades;
3. Falta de salas de aula/ambulatório para reunião de casos clínicos e atendimento;
4. Falta de preceptoria para residência multiprofissional;
5. Falta de uma política definida de pesquisa pelo HUB.

4. Fundamentação

A presente seção apresenta os principais conceitos que subsidiaram a elaboração do PDE. Para cada um dos nós críticos identificados foi realizada busca bibliográfica de forma a contextualizar e identificar estratégias efetivas que viabilizem ações para que o HUB seja um hospital de excelência na integração entre ensino, pesquisa e assistência.

4.1. Gestão de Pessoas

A gestão de pessoas refere-se às políticas e práticas necessárias para administrar o trabalho das pessoas e criar todas as condições para aumentar o capital humano, bem como o capital intelectual das pessoas e/ou da organização. Essas políticas e práticas resumem-se em seis processos básicos: agregar, aplicar, recompensar, desenvolver, manter e monitorar pessoas (Chiavenato, 2010).

Sovienski e Stigar (2008) destacam que na estrutura organizacional atual, pessoas são o grande patrimônio da empresa e caracterizam um colaborador com mais autonomia do que em uma linha de produção. Assim, diferente do antigo setor de Recursos Humanos que cuidava de folha de pagamento, a Divisão de Gestão de Pessoas tem a função de trazer para a prática a valorização do capital intelectual da empresa, cuidando de capacitação, envolvimento e desenvolvimento dos empregados. Os autores estabelecem os seguintes princípios norteadores dessa ação: “desenvolvimento responsável e ético de suas atividades; capacidade de atuação baseada nos princípios da gestão empreendedora; capacidade de realização de tarefas que incorporem inovações tecnológicas; capacidade de trabalhar em rede; capacidade de atuar de forma flexível; conhecimento da missão e dos objetivos institucionais das organizações em que atuam; dominar o conteúdo da área de negócio da organização; capacidade de atuar como consultor interno das organizações em que trabalham” (p. 52).

Algo tão complexo em uma instituição reconhecidamente complexa como um hospital tem sua dificuldade ampliada em um hospital universitário, onde estudantes de graduação e pós-graduação necessitam de supervisão. Isso significa que a cultura organizacional destes hospitais tem que incluir a flexibilidade demandada pelo ensino e a disponibilidade para o ensino, sendo que na prática a dedicação do trabalhador é

dependente de sua identificação com a causa. O estresse do trabalhador repercute em seu trabalho e na população. Segundo Nunes et al . (2010, p. 252), “a satisfação com o trabalho é um conjunto de sentimentos favoráveis que os indivíduos apresentam em relação ao mesmo, e quanto maiores forem os fatores de satisfação, maior poderá ser o empenho do profissional em prestar uma assistência qualificada, refletindo um serviço de melhor qualidade.”

O reconhecimento profissional deve fazer parte do projeto de Gestão de Pessoas, onde o controle deixa de ser exercido sobre as pessoas e passa a focar no trabalho a ser feito. Sancinetti et al (2011) ao estudar o absenteísmo de enfermeiros em um hospital de ensino denunciam que há necessidade de revisão dos processos de trabalho, visando favorecer melhores condições de saúde a esses profissionais. Isso porque as causas do absenteísmo podem estar relacionadas c características da instituição com processos de trabalho deficientes através da repetitividade de atividades, condições desfavoráveis do ambiente, precária integração entre os empregados e a organização, entre outros. Para os autores “o aparente desinteresse dos gerentes de enfermagem pode estar relacionado à sua complexidade, envolvendo direção e trabalhadores, condições e organização do trabalho, bem como às políticas institucionais” (p. 1008). Embora essa pesquisa tenha focalizado uma categoria específica, os dados talvez possam ser generalizados para explicar o pouco comprometimento das chefias.

No trabalho de Nunes et.al. (2010), surgiram como fatores de satisfação no trabalho de enfermagem gostar do que se faz, ter remuneração adequada, acesso ao local de trabalho, relação harmoniosa com as pessoas, possibilidade de crescimento e reconhecimento profissional. Por outro lado foram citadas como causa de insatisfação, além da falta das condições acima, atividades insalubres, penosas e difíceis, chefias inadequadas, falta de insumos, falta de flexibilidade na escolha das folgas, muitos destes reconhecidamente problemas institucionais.

Na cultura do HUB, há uma grande resistência à avaliação de desempenho, que se constitui um estressor significativo neste período de mudanças. Tal perspectiva precisa ser trabalhada junto a seus empregados já que tal medida tem benefícios tanto para a instituição quanto para o trabalhador. A explicitação de regras claras de direitos e deveres, deixando evidente para todos as expectativas de seu trabalho e, conseqüentemente, como seu desempenho será avaliado (Sovienski & Stigar, 2008) possibilita mostrar ao profissional como ele está e o projeto, onde deveria estar,

ajudando o trabalhador e a organização a perceber a necessidade de capacitação (Madalena, 2007).

A área de gestão de pessoas é considerada de crucial importância para o HUB. Os problemas na área de gestão de pessoas identificados relacionam-se ao número de profissionais necessários para o adequado funcionamento de todos os serviços; diversidade de vínculos; integração docente assistencial; educação permanente; e motivação e valorização dos profissionais para que possam se comprometer com o projeto de reestruturação do HUB e implementação de um real trabalho em equipe.

Como já descrito, nos últimos 20 anos houve uma grande carência de concursos públicos que pudessem repor a grande massa de funcionários que se aposentaram ao longo do tempo, além de novos funcionários necessários para suprir as necessidades de crescimentos dos serviços, atendimentos especializados e evolução tecnológica. Com a necessidade de cumprir a legislação de que os cargos no serviço público sejam exercidos por funcionários submetidos a concursos públicos os diversos órgãos de controle (CGU, TCU, Ministério Público do Trabalho) têm exigido nos últimos anos o desligamento dos funcionários com contratos precários. Com a realização de dois concursos para suprir a Ebserh viabilizará a contratação de 1462 novos empregados públicos com vínculo CLT (Consolidação das Leis do Trabalho). Desses, 700 vagas serão para substituir os funcionários com contratos precários e haverá inclusão de novos 762 funcionários para o HUB. Além dos aspectos já mencionados relacionados à diversidade de vínculos, o HUB passou a enfrentar o problema da gestão de profissionais com vínculo CLT, fato este inusitado na vida do hospital. Diversos tipos de confrontos entre a classe do Regime Jurídico Único (RJU) e a classe CLT começaram a acontecer, como discussão sobre escalas e locais de atuação, salários, papeis e responsabilidades.

4.2. Contratualização

De acordo com a Portaria nº 3.410 do Ministério da Saúde (Brasil, 2013) que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde, “a contratualização tem como finalidade a formalização da relação entre gestores públicos de saúde e hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento

de compromissos entre as partes que promovam a qualificação da assistência e da gestão hospitalar de acordo com as diretrizes estabelecidas na PNHOSP”.

Lima e Rivera (2012) chamam a atenção para o fato de essa relação ter necessariamente duas partes - a que contrata, que tem o poder de fiscalizar, e a contratada, que assume a responsabilidade de entregar um produto. Idealmente, o hospital contratado deve estar inserido na rede de atenção local, o que nem sempre ocorre.

A contratualização é uma proposta de serviço desde a década de 1990, mas, em 2004, ganhou novo fôlego com o REHUF e a certificação como Hospital de Ensino, dada pelo MEC e MS, que visam qualificar a assistência, o ensino e a pesquisa. No Brasil, assim como na maioria dos países da Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento, os contratos de gestão mais usados são aqueles ditos de resultados, onde a descentralização do dinheiro está vinculada ao cumprimento de metas (Perdicaris, 2012). A alternativa a esta contratualização é o contrato por procedimento, onde o repasse do dinheiro depende de executar determinado número de procedimentos que pode ser pré- ou pós-fixado.

18

Para uma boa contratualização, é fundamental que o hospital conheça seu potencial e o perfil epidemiológico da população atendida, visando pactuar sua capacidade real de atendimento às necessidades da população. Uma superestimativa de sua capacidade vai levar a um não cumprimento de metas e na perda da relação de confiança entre os entes. Um bom gestor, seja municipal ou estadual, também não acordará serviços não necessários à população atendida, ainda que sejam de alta qualidade. Portanto, esta é uma negociação difícil, que se torna mais difícil se o hospital envolvido for um hospital universitário. Na universidade, há um compromisso com a formação de pessoas que necessitam mais do que a prática em um hospital terciário, disponível nos HUs. Assim, idealmente, a contratualização de um hospital universitário deve começar por definição de território, com o ingresso do estudante nas redes de atendimento da atenção primária e seguem em sua complexidade até a unidade hospitalar. Também as demandas de ensino fazem com que o HU necessite ter mais serviços do que aqueles priorizados pelo gestor.

No HUB, a primeira contratualização ocorreu em 2005, sendo um contrato por procedimento, com valores pré e pós-fixados, reajustados e recontratados em junho de

2012. Conforme já explicitado, diferente de outras Unidades da Federação, o DF possui um único gestor distrital, que apresenta uma relação desgastada com o HUB. A SES DF afirma que o HUB não cumpre o que promete, enquanto a mesma alegação é feita no sentido contrário. As metas do contrato de gestão realmente não foram todas cumpridas. A atual equipe de governança identifica as causas como:

1. Superdimensionamento dos serviços de imagem devido a equipamentos ineficazes/inativos, por causa de um parque tecnológico antigo e sucateado que não correspondeu à demanda;
2. Irregularidade de abastecimento de insumos críticos para a alta complexidade Como salienta Infante e Santos (2007), a falta de material e a irregularidade do abastecimento são problemas freqüentes nos serviços de saúde, com conseqüências negativas sobre o desempenho do hospital, seus funcionários e a população. Os autores partem da premissa de que esses problemas decorrem da falta de comunicação entre os serviços assistenciais e os serviços administrativos, que não se sentem parte de uma “cadeia produtiva integrada”. Outros pontos importantes levantados por Hoffmann (2011) incluem a má administração orçamentária, mas também desperdícios, má utilização de insumos e equipamentos, qualificação inadequada dos profissionais da área de abastecimento e ausência de planejamento logístico. No HUB, se identificou a falta de controle de estoque e a falta de sintonia entre o setor de compras, os almoxarifados específicos e as áreas assistenciais, como serão discutidos posteriormente;
3. Registro inadequado de 30% da produção, devido ao problema crônico de falta de pessoal, o que repercute no dimensionamento da assistência e atrasa a emissão de laudos;
4. Absenteísmo do paciente regulado. A SES DF regula alguns leitos, como UTI, e poucas consultas especializadas, por exemplo, oncologia e saúde mental, e exames de alta complexidade, incluindo tomografia computadorizada e ressonância magnética. Um problema identificado no HUB é o absenteísmo de pacientes agendados para exames de imagem, deixando horários descobertos. Ávila & Bocchi (2013) avaliaram a diminuição do absenteísmo de pacientes de cirurgia eletiva no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, que nos últimos cinco anos

variou entre 19 e 26%. Com uma medida simples como telefonar para confirmar a cirurgia, houve uma redução em 30% nos casos de absenteísmo cirúrgico. A criação do Núcleo de Regulação Interna (NIR) no HUB, que estabelece contato diretamente com a Central de Regulação, pretende diminuir o absenteísmo e melhorar o cumprimento de metas.

Finalmente, um problema que resta a ser resolvido é o papel do HUB nas Redes de Saúde do DF. Na concepção do gestor local, o HUB deve atender as demandas encaminhadas de toda a cidade. Na visão da equipe de governança do HUB, compartilhada pelos diretores das Faculdades relacionadas à Saúde da UnB, o hospital deve ter uma região específica de influência, com sistema de referência e contra-referência. No DF, a região pleiteada é a leste que inclui as regiões administrativas do Paranoá, de São Sebastião e Itapoã, conforme Figura 1.8.

A negociação do HUB com o gestor local é muito sensível, onde cada lado terá que se despir de seus preconceitos e reativar a confiança perdida. A Ebserh pode ser um terceiro interessado que veja a relação mais claramente e conduzir a discussão a um consenso.

Em síntese, o caminho de contratualização seguido até o momento pela maioria dos hospitais consiste em uma relação de metas assistenciais baseadas em procedimentos com alguns bônus de cumprimento de metas de ensino. Este modelo tem se mostrado falho não só no aspecto financeiro, mas também na integração docente assistencial na rede. Desta forma, o modelo a ser perseguido pelos hospitais universitários deveria incluir no processo de construção dos serviços a serem contratualizados os seguintes passos:

- a. O financiamento necessário do HU independente da oferta de serviços (para isto a transparência de custos e aportes financeiros deve ocorrer);
- b. Arranjos pactuados para integração do HU (assistência) e dos alunos (ensino) na rede. Estas duas coisas devem estar atreladas na pactuação. Estes arranjos fazem parte do processo de estruturação das linhas de cuidado. Pelo menos os arranjos das redes prioritárias deveriam fazer parte da contratualização e garantir a realização da referência e contra-referência atenção básica-HU;
- c. Levantamento do potencial do HU de oferta de serviços;

- d. Todas as portas reguladas e dimensionadas com o gestor local do SUS levando em consideração dados epidemiológicos (isto garante o planejamento das necessidades internas frente ao potencial de oferta de serviços do HU);
- e. levantamento das necessidades internas destes serviços garantindo o atendimento integral e resolutivo a todo paciente que for encaminhado para ser atendido no HU;
- f. Caracterização das principais linhas de cuidado do HU;
- g. Descrição dos projetos terapêuticos de cada linha de cuidado (pelo menos das doenças mais frequentes do ponto de vista da avaliação epidemiológica da região vinculada ao HU); neste caso saberemos as necessidades de serviços para atender todas as necessidades do paciente para cada projeto terapêutico;
- h. Avaliação da capacidade do HU de ofertar todas as necessidades do projeto terapêutico intra hospitalar;
- i. Definição junto à macroregulação do número de pacientes a serem atendidos em cada projeto terapêutico, dependendo das necessidades acadêmicas, da gestão local do SUS, do gestor regional e nacional do SUS. Dessa forma, como consequência desta grande pactuação ficarão caracterizadas as necessidades internas para resolver os problemas de cada paciente que entrar no HUB;
- j. Definição no Núcleo de Regulação Interna (NIR) da microrregulação: corresponde ao direcionamento de um percentual da produção de serviços para suprir as necessidades internas de atenção integral ao paciente que entrar no hospital, com a gestão de filas dos serviços do HUB;
- k. Reavaliação contínua junto à macroregulação do super e do subdimensionamento dos serviços do HUB para que os mesmos sejam otimizados;
- l. Transparência das diversas fontes de financiamento do hospital;
- m. Transparência na relação com o gestor local do SUS e usuário;

- n. Estabelecimento de mecanismos de controle social;
- o. Envolvimento para obter maior comprometimento dos profissionais com a organização por meio de uma gestão participativa, estabelecimento do planejamento estratégico, e de uma melhor integração da assistência, ensino, pesquisa e educação permanente;
- p. Elaboração do contrato da Contratualização HU gestor SUS baseado nas pactuações da microrregulação e macrorregulação;
- q. Pactuação do contrato levando em consideração todos estes aspectos e com comissão de acompanhamento para identificar mudanças no contrato ao longo do tempo, já que muitos destes processos anteriores são dinâmicos;

O processo de contratualização também deve seguir a Política Nacional de Atenção Hospitalar PT N° 3.390 ,DEZEMBRO DE 2013 e estar de acordo com as diretrizes Ebserh de contratualização (Ebserh, 2014):

- Garantia de acesso aos serviços pactuados e contratados por meio de metas quantitativas e qualitativas;
- Inserção do HUE na rede do SUS, com definição do perfil assistencial e da missão institucional, observando, a hierarquização e o sistema de referência e contra-referência;
- Compromisso em relação aos ajustes necessários no que se refere à oferta e à demanda de serviços, dando preferência às ações de média e alta complexidade;
- redirecionamento das ações de atenção básica ainda realizadas pelo HUE para a rede básica de saúde local/regional;
- organização da atenção orientada pela Política Nacional de Humanização;
- elaboração conjunta de protocolos clínicos, técnico-assistenciais e operacionais;

- elaboração e adoção pelo HUE de protocolos técnicos e operacionais internos, em conjunto com a Instituição de Ensino Superior e/ou com o gestor;
- inserção, no sistema de urgência e emergência loco-regional, a partir da definição no Plano Estadual de Assistência à Urgência;
- manutenção, sob regulação do gestor local do SUS, da totalidade dos serviços contratados, de acordo com as normas operacionais vigentes;
- a abertura e prestação de novos serviços envolverão pactuação prévia com os gestores do SUS;
- constituição de uma rede de cuidados progressivos à saúde, estabelecendo-se relações de cooperação técnica no campo da atenção e da docência, independentemente do nível de complexidade;
- diversificação das tecnologias de cuidado utilizadas pelo hospital de ensino no processo assistencial, incluindo aquelas centradas no usuário e sua família (hospital dia, atenção domiciliar e cirurgia ambulatorial);
- desenvolvimento de atividades de vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância em saúde;
- constituição das comissões de ética em pesquisa, de documentação médica e estatística, de óbitos, além de outras comissões necessárias e obrigatórias ao funcionamento de uma instituição hospitalar;
- mecanismos de relação entre as partes com a definição e pactuação das competências dos gestores e do hospital de ensino com relação ao planejamento, organização, controle, avaliação dos serviços pactuados considerando as especificidades locais do SUS;
- participação do hospital de ensino nas políticas prioritárias do SUS.

A Ebserh (2014) assinala como vantagens da contratualização a programação orçamentária e financeira global, a facilitação dos processos de avaliação, controle, regulação dos serviços ofertados, a adequação dos serviços, conforme a demanda e necessidades do gestor local de saúde, a maior transparência na relação com o gestor local do SUS e a ampliação dos mecanismos de participação e controle social. Sem

dúvida tais condições viabilizarão o atingimento dos resultados que já foram estabelecidos pela empresa: agregar resolutividade à rede existente; garantir ao PSF o acesso a leitos de internação nas clínicas básicas e a procedimentos de baixa complexidade; garantir a continuidade da atenção prestada (AB, MC e AC), inclusive contribuindo na organização de demandas da média e alta complexidade.

4.3 Processos

Para Amendoeira Jr. (2012, p. 148) “a palavra processo - do latim *procedere*-significa caminhar em direção a determinado fim, envolvendo, portanto, a ideia de desenvolvimento temporal”. Ao identificar a necessidade de revisão dos processos em diferentes áreas do HUB, é expresso um compromisso institucional com a mudança.

4.3.1. Gestão da Clínica

Mendes (2002) definiu a gestão da clínica como “um conjunto de instrumentos tecnológicos que permite integrar os diversos pontos de atenção à saúde para conformar uma rede de atenção à saúde, capaz de prestar a atenção no lugar certo, no tempo certo, com o custo certo e a qualidade certa”. Tal perspectiva cria a necessidade de adequar o cuidado de acordo com a demanda real, considerando a dimensão temporal, de custo e de resultados. Em 2005, o autor especifica melhor o termo ao caracterizar a gestão da clínica como a aplicação de tecnologias de microgestão dos serviços de saúde com a finalidade de assegurar padrões clínicos ótimos, de aumentar a eficiência, de diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais, de prestar serviços efetivos e de melhorar a qualidade da atenção à saúde. Isso implica em conhecimento da capacidade interna e das necessidades da população, planejamento e existência de uma política de saúde com necessidades bem definidas (Valente, 2010).

Merhy e Cecílio (2003, p. 197) ressaltam que “pensar a gestão de um hospital é, antes de tudo, tentar estabelecer da forma mais clara possível, quais os mecanismos de coordenação adotados para tocar, da melhor maneira possível, o seu cotidiano.” O Núcleo Interno de Regulação (NIR) aparece na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) como um dos recursos para viabilizar a maximização da capacidade da rede de saúde.

Regulação interna incipiente;

O longo tempo de espera e as filas em serviços hospitalares são exemplos cotidianos da dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde. Tais situações denunciam a necessidade de revisão do modelo atual praticado nas instituições e na última década tem direcionado ações governamentais para constituição de uma rede que seja revertida para benefício da população (Brasil, 2013a, 2013b).

De acordo com a Portaria nº 3.390 do Ministério da Saúde (Brasil, 2013a) o NIR “constitui a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário”.

Para Farias, Gurgel Jr, Costa, Brito e Buarque (2011, p. 1043) “a regulação é uma função pública imprescindível para garantir maior efetividade às ações desenvolvidas pelos sistemas de saúde”. De acordo com Santos e Merhy (2006, p.28, 29) “a regulação pode ser entendida como a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando a sua execução. Essa intervenção pode ser feita por intermédio de mecanismos indutores, normalizadores, regulamentadores ou restritores”.

Através desse setor é possível um melhor atendimento das necessidades de cada paciente e a consideração do perfil assistencial da capacidade instalada da instituição. Isso repercute de forma positiva no trabalho desenvolvido pelos profissionais e viabiliza o atendimento dos pilares organizacionais. É um setor essencial, pois segundo Bittencourt (2010) é responsável pela continuidade do cuidado, pois promove a interface da unidade de saúde com o Complexo Regulador (central de leitos; central de consultas especializadas; central de procedimentos de alta complexidade; central de urgência e emergência) e com a Rede de Atenção Local (coordenações distritais de saúde; centros de saúde; equipes do PSF; hospitais ou clínicas de apoio; equipes de atenção domiciliar).

Assim, a regulação das portas de entrada do hospital, feita pelo gestor do SUS a partir da capacidade hospitalar informada, constitui a *macrorregulação*; enquanto o

NIR, comprometido com a garantia de oferta interna de serviços para atenção integral ao paciente, constitui a *microrregulação*.

No HUB, o NIR foi criado em dezembro de 2013, inicialmente para controle de leitos. Com o uso do Kanban, foi possível notar melhora na média de permanência do hospital que caiu de 5,13 em fevereiro de 2014 para 3,42 em junho de 2014. A taxa de ocupação subiu de 44,71 para 46,05 nos mesmos meses. Esse aumento foi mais expressivo nas áreas clínicas e em algumas como o CPA da clínica pediátrica triplicou. Devido à falta de pessoal houve queda na taxa de ocupação em áreas como a Unidade de Transplante e a de médio Risco Neonatal o que repercutiu na média geral, diminuindo-a. O HUB já está conectado SISREG da Secretaria de Saúde do DF e um projeto para uma central de marcação de exames internos e consultas ambulatoriais está em fase de mapeamento do setor de marcação de consultas.

Gestão documental da clínica incipiente

De acordo com Calderon, Cornelsen, Pavezi, e Lopes (2004) os documentos podem ser caracterizados como um conjunto de informações organizadas e registradas de forma a cumprir uma função social, administrativa, técnica, jurídica, cultural, entre outras. Para tanto precisam ser preservados e estar acessíveis. Os autores pontuam que tradicionalmente pouca atenção é dada a esse ponto nas instituições, havendo necessidade de estabelecimento de uma política de gestão documental/informacional. Tal proposta implica na criação de normas para elaboração de documentos, estabelecimento de fluxos informacionais, investimentos em qualificação de pessoal e em estrutura física. Contudo, eles também sinalizam que a cultura organizacional é uma importante barreira a ser ultrapassada, pois as pessoas tendem a resistir a mudanças.

O prontuário é o documento de excelência das unidades de saúde. A Organização Mundial de Saúde define o prontuário como todo acervo documental padronizado, organizado e conciso referente ao registro dos cuidados prestados ao paciente e também os documentos relacionados a essa assistência. De acordo com a Resolução 1.639/2002, do Conselho Federal de Medicina, os prontuários médicos são de guarda definitiva e não podem ser descartados sem o devido planejamento de como garantir a preservação das informações.

A perspectiva de trabalho em rede, demandada pelo Governo Federal, resultou em um projeto do Ministério da Saúde, com financiamento do Banco Mundial, em parceria com os estados, com a missão de facilitar o desenvolvimento de uma rede de informações eletrônica, atingindo todos os municípios brasileiros, para o SUS. A Rede Nacional de Informações em Saúde é uma rede integrada, na internet, para prover acesso e intercâmbio de informações em Saúde para gestão, planejamento e pesquisa para gestores, agentes e usuários do SUS.

Tal estrutura cumpre o importante papel de disponibilizar informações de forma a possibilitar tomadas de decisão pontuais, independente de região geográfica. Para tanto, carece da colaboração de todos os envolvidos no compromisso de fornecimento dos dados requeridos de forma a garantir sua disseminação e a agilidade na sua recuperação.

Dentro de uma organização complexa como um hospital ter um acervo documental que siga um padrão para o sistema de informação em saúde tem uma importância fundamental, pois permite que se possa armazenar e recuperar as informações relevantes sobre o paciente e seu atendimento como também permite realizações de pesquisas e intercâmbios com outras instituições.

18

Particularmente nos hospitais universitários os indivíduos precisam compreender que além de prestadores de serviços, eles também são produtores de conhecimento. Nesse sentido, o reconhecimento da importância da gestão documental/informacional deve ser assumido pelos gestores e pelos responsáveis pela elaboração dos documentos. Não podemos ignorar que a avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde passa pela garantia aos usuários e profissionais que os procedimentos médicos, assistências de saúde e a segurança da informação estão sendo realizados de maneira responsável. Tal medida certamente viabilizará a avaliação do estado de saúde da população e consequente planejamento e funcionamento dos serviços de saúde.

Lopes (2000), conforme citado por Calderon, Cornelsen, Pavezi, e Lopes (2004), sintetiza a importância da gestão documental em cinco pontos: 1) planejar e desenvolver atividades, considerando o capital informacional prévio; 2) tomar decisões político-administrativas ou pessoais baseadas em dados acumulados; 3) atender às necessidades legais e técnicas; 4) evitar a repetição completa ou parcial de atividades, economizando

recursos materiais e humanos; 5) recuperar a história. Na área da saúde esse último item significa avançar nos protocolos e diretrizes, com melhora no cuidado do paciente.

NO HUB o Grupo de Gestão detectou necessidades de uma melhor estruturação do acervo documental de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), definição e desenho de processos, definição e desenho de fluxos, protocolos clínicos, projetos terapêuticos, além da estruturação da guarda, armazenamento, acesso e distribuição do prontuário do paciente em papel e documentos correlatos. O acervo documental é uma garantia da perpetuação do conhecimento institucional, a despeito da transitoriedade das pessoas na instituição.

Implantação incipiente dos protocolos de segurança do Ministério da Saúde; Falta de monitoramento de indicadores de qualidade e segurança

Para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009), a segurança do paciente corresponde à redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário ao paciente associado ao cuidado de saúde. Desde a liberação em 1999 do Relatório “*To err is human: building a safer health system*” as falhas e acidentes passaram a ser reconhecidas como uma importante ação para as instituições de saúde. No Brasil, o Plano Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde (Brasil, 2013b).

Em uma revisão de literatura realizada por Mendes, Travassos, Martins e Noronha (2009) sobre a ocorrência de eventos adversos nos hospitais, foram identificados nove estudos publicados nos Estados Unidos, Austrália, Nova Zelândia, França, Inglaterra, Dinamarca e Canadá que avaliaram 92.063 prontuários. Em cinco países a porcentagem de eventos evitáveis foi superior a 40%. Ainda que críticas possam ser feitas à metodologia usada nos diferentes estudos, o autor enfatiza o fato de que o cuidado à saúde não deveria ser causa de agravo ao paciente. Cabe ressaltar que o registro existente nem sempre mostra a total visibilidade das ocorrências.

De acordo com Pronovost (2013), a segurança do paciente pode ser comprometida por diferentes fatores: desconhecimento das orientações, ausência de consenso entre os sujeitos e as diretrizes, ambiguidade (não está claro quem deve fazer o quê, onde, quando e como), habilidade (profissionais não conseguem manter o

cuidado por limitação técnica, falta de capacitação permanente, alta rotatividade da equipe assistencial); inércia e comunicação ineficaz.

Segundo a Portaria MS nº 529/2013 (Brasil, 2013b), a cultura de segurança configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização: todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; a segurança é priorizada acima de metas financeiras e operacionais; há encorajamento e recompensa à identificação, à notificação e à resolução dos problemas relacionados à segurança; o aprendizado organizacional é promovido a partir da ocorrência de incidentes e há recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

O *Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety* (2004) estabelece algumas medidas de segurança: adoção de gestão e liderança fundamentadas em evidências, maximização da capacidade da força de trabalho, definição do processo dos locais de trabalho para reduzir erros, criação e sustentação de uma cultura de segurança. O fato de que os erros são cometidos por pessoas fez com que o Comitê enfatizasse a importância dos processos de capacitação para favorecer o desenvolvimento das competências e habilidades necessárias ao cuidado, bem como a consideração da influência dos fatores psicológicos (estresse, tédio, frustração, ansiedade), fisiológicos (sono, fadiga, álcool, drogas), institucionais (gerenciamento, falhas de equipamentos, manutenção) e ambientais (barulho, agitação, calor) na atuação do profissional.

A busca ativa de erros não pode ter um caráter policialesco, visto que, de modo geral, os erros têm uma causa mais institucional do que pessoal. A segurança aumenta quando os erros são relatados e as suas causas são minimizadas. Assim, o principal objetivo não é apenas punir o infrator. A notificação do erro deve ser incorporada à cultura organizacional como meio de aumentar a segurança. No HUB, essa cultura ainda precisa ser criada, pois há um medo de punição entre os trabalhadores do hospital. Há cerca de três meses, o setor de Vigilância em Saúde iniciou um trabalho de levantamento de erros, para estabelecer um parâmetro basal. Neste momento, é crítico o modo de como lidar com esses erros para se estabelecer o compromisso e a confiança necessários para a implantação da cultura de segurança.

Ausência de trabalho em equipe multiprofissional

Para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010) existem evidências suficientes para se afirmar que a educação interprofissional leva à prática colaborativa e que esse tipo de prática aperfeiçoa e fortalece o sistema e os serviços de saúde, assim como melhora os resultados de saúde. Além disso, ela tem sido considerada como capaz de melhorar o acesso, a estruturação e a coordenação da assistência; de diminuir complicações de saúde dos usuários dos serviços públicos, o tempo de permanência, as internações hospitalares, as taxas de erros clínicos; assim como minimizar a tensão e o conflito entre os profissionais. Contudo, estudos demonstram que a formação profissional em saúde fundamenta-se historicamente em uma lógica disciplinar, com foco na assistência e serviços especializados, mas a atenção à saúde exige uma prática colaborativa que integre diferentes habilidades e saberes caracterizando uma abordagem interprofissional (Aguilar-da-Silva, Scapin, & Batista, 2011; Almeida Filho, 2011).

Para McPherson, Headrick e Moss (2001), a abordagem interprofissional possibilita a compreensão da contribuição dos diferentes profissionais para a garantia da atenção humanizada e de qualidade esperada. Os autores enfatizam que o aprendizado sobre trabalho interprofissional é complexo e deve ser caracterizado como um *continuum*, que deve começar na graduação e ser perdurar durante a prática em serviço. Infelizmente, temos falhado na valorização dessa perspectiva e concretização de ações que ofereçam oportunidades para uma prática colaborativa.

D'amour, Ferrada-Videla, Rodriguez e Beaulieu (2005, p. 123) consideram que o processo colaborativo pode ser analisado de acordo com quatro dimensões: a) finalização (metas compartilhadas/visão) relacionada à existência de objetivos comuns e sua apropriação pela equipe, o reconhecimento dos motivos divergentes e múltiplas alianças, bem como da diversidade de definições e expectativas sobre a colaboração; b) interiorização (sentimento de pertença) que se refere à consciência dos profissionais acerca da interdependência de sua atuação e da importância do conhecimento mútuo de valores e de quadros disciplinares em relação à confiança; c) formalização (estruturação do atendimento clínico), que é analisada em termos de regras destinadas à regulação da ação profissional; e d) a governança, que lida com aspectos relativos à liderança, à perícia e à conectividade necessária à atenção e ao cuidado em saúde.

Aguilar-da-Silva, Scapin e Batista (2011) enfatizam que no cotidiano do trabalho em equipe frequentemente existe pouca clareza sobre as atividades que devem ser realizadas. Tal situação demanda um investimento institucional, do próprio grupo e de cada indivíduo para consecução dos objetivos estabelecidos, principalmente se considerarmos a necessidade de reconhecimento do papel do paciente/usuário e sua família na organização do atendimento que lhes é prestado. Assim, a adoção de um modelo que sistematize e privilegie atividades em equipe pode ser um disparador para sua operacionalização.

No HUB, a assistência segue o modelo hegemônico e um esforço importante deve ser feito para quebrar as barreiras de todos os profissionais envolvidos. Essa tarefa será facilitada pelo opção para a implantação de linhas de cuidado e a entrada, no hospital, de professores não médicos.

4.3.2. Gestão de Compras

A assistência à saúde depende diretamente da disponibilidade de insumos para sua concretização. O ambiente hospitalar demanda uma grande variedade de itens de consumos aliados a um mercado pouco competitivo e escassos recursos do setor público, o que torna os estoques extremamente críticos. Essas características exigem uma eficiente e efetiva gestão de compras e de logística. Pontes, Silva, Allevato e Pinto (2008, p. 1) destacam que “ao concentrar recursos humanos altamente capacitados, tecnologia de última geração, processos diversificados e grande variedade de itens de consumo, a instituição hospitalar necessita de uma gestão extremamente eficiente”.

Ausência de manuais de procedimentos e de controle

Os manuais de procedimentos e de controle são de suma importância para facilitar o processo de gestão e uma boa logística hospitalar. Entre os manuais de procedimento podemos destacar o Procedimento Operacional Padrão (POP) e os Manuais de Indicadores de Desempenho como procedimentos de controle. O POP é um documento que estabelece a sequência de ações necessárias para a realização de uma atividade. Seu objetivo é padronizar e minimizar a ocorrência de desvios na correta execução de tarefas fundamentais, garantindo que, a qualquer momento, as ações

tomadas sejam as mesmas, independentemente de quem as realize. Isso minimiza a possibilidade de imperícia, imprudência ou negligência, ou ainda adaptações aleatórias na realização das atividades. É uma ferramenta excelente para o treinamento da força de trabalho, pois sistematiza todas as atividades que devem ser executadas, dentro de um processo. O POP deve ser revisado periodicamente, sempre em busca das melhores práticas e também está relacionado à Gestão da Qualidade (Colenghi, 1997, p.91)

Associado ao conceito do Procedimento Operacional Padrão verifica-se a noção de tarefa crítica, caracterizada pela tarefa que afeta várias unidades, cujos resultados comprometem a organização, sendo parte do processo. Importante, portanto, mencionar os aspectos do mapeamento de processos, a saber: identificar os objetivos, conhecer os produtos e entender o processo (Davenport, 1994).

NO HUB, os Procedimentos Operacionais Padrão da Unidade de Compras e Unidade de Licitação estão em fase de homologação e serão reavaliados para que caminhem em consonância com as ações e atividades desenhadas no PDE HUB/Ebserh.

Além disso, encontram-se em processo de elaboração diversos POPs relacionados à Gestão de Compras, que estão sendo implementados e alinhados entre as unidades de almoxarifados, contratos, licitações e compras, almejando a eficiência e eficácia no gerenciamento de compras da Administração Pública.

Falta de análise crítica pós-pregão

A análise crítica de um pregão consiste na elaboração de um relatório destinado a subsidiar a tomada de decisão gerencial, com a finalidade de obter dados relevantes resultantes de uma análise detalhada do mercado, dos fornecedores e do conjunto de lances e negociações ocorridos durante o certame.

Compartilhar os conhecimentos de uma análise crítica dos pregões entre os colaboradores responsáveis diretamente pelas compras/aquisições do HUB trará grande contribuição para a repetição de novas aquisições dos mesmos insumos, o que geralmente ocorre semestralmente ou anualmente e, ao mesmo tempo, fornecerá subsídios ao hospital sobre as características peculiares do mercado e o comportamento dos licitantes. No geral, trata-se de um ganho de eficiência para as futuras aquisições.

Não há uma regra sobre a forma de apresentação das análises críticas, pois isso dependerá da realidade de cada objeto de compra e dos resultados alcançados no processo licitatório. O mais importante é padronizar as comparações e perguntas a serem respondidas por meio de uma análise crítica e, ainda assim, são necessárias adequações. As informações provenientes de análises críticas devem ter clareza e objetividade. Ainda que não haja uma regra para a efetuação de análises críticas, as principais perguntas que devem ser respondidas são:

- Houve alcance de preço meta?

- Quais são os itens exclusivos ou incluídos em mercados de baixa concorrência e os resultados para esses itens?

- No caso de medicamentos que constam no rol dos produtos em cujos preços serão aplicados o Coeficiente de Adequação de Preços (CAP), o preço obtido confere com aquele legalmente autorizado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos ?

No HUB tem sido alcançada uma porcentagem de aproximadamente 90% de êxito no alcance do preço meta. Na aquisição de medicamentos busca-se referência em pesquisa de preços de mercados, nos pregões do governo federal com ata de registro de preços vigente nos últimos seis meses, sempre com fundamentação nos preços estabelecidos pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamento – Tabela CAMED/ANVISA.

Todavia, a análise crítica pós-pregão ainda não é feita conforme modelo apresentado pela Ebserh Sede. Porém, com a chegada dos novos colaboradores, qualificação do capital intelectual da Instituição e com a reestruturação dos processos nos setores/unidades visualiza-se uma projeção nas metodologias para que esta análise possa ser aplicada em consonância com a Sede.

Acompanhamento inadequado do consumo

Materiais são considerados insumos ou fatores produtivos, de natureza física, com determinada durabilidade, empregados na realização de procedimentos/atividades assistenciais aos pacientes. A escassez de alguns destes, considerados imprescindíveis para assistência é um dos pontos que mais afligem os gestores dos serviços de saúde.

Em um hospital, os gastos com materiais representam aproximadamente de 15 a 25% das despesas correntes (Infante & Santos, 2007). Em um ambulatório, a estimativa varia de acordo com a forma de prestação do serviço. Os medicamentos costumam receber um tratamento diferenciado devido a sua importância estratégica para as ações de saúde.

A administração de recursos materiais tem sido motivo de preocupação nas organizações de saúde, tanto naquelas vinculadas ao setor público, quanto ao setor privado, que fazem parte da rede complementar do SUS. No setor público a aquisição de qualquer material médico ou medicamento é regida pela Lei 8.666/1993, que norteia as licitações.

O objetivo básico da administração de materiais é colocar os recursos necessários ao processo produtivo com qualidade, em quantidades adequadas, no tempo correto e com o menor custo. É necessário ainda lidar com os desperdícios que podem advir de causas estruturais, organizacionais ou individuais. A má administração orçamentária também pode ser um motivo para a falta de materiais, além da má utilização de insumos e equipamentos, a escassa qualificação dos profissionais da área de abastecimento e a pouca atenção ao planejamento logístico.

18

Para a administração de materiais é relevante a atuação do almoxarifado, que tem por funções básicas: a recepção, o armazenamento de materiais, o sistema de localização, a segurança, a preservação e a entrega dos materiais. É importante, ainda definir dois grupos integrados de atividades primordiais à existência de almoxarifados: as atividades de planejamento e, principalmente, as atividades operacionais.

Outros pontos que merecem destaque estão vinculados ao tempo de pedido entre o almoxarifado e a assistência; à previsão de demanda e sazonalidade; à prontidão para lidar com demandas inesperadas, resultantes de situações de epidemia, acidentes e outras; e à comunicação sobre a qualidade dos materiais que chegam para o paciente.

As compras realizadas nos setores de serviço público deverão se efetivar por meio de licitações para que haja uma análise de melhor fornecimento de serviços solicitados. Assim sendo, a empresa que vencer a licitação será a empresa que fornecer as melhores vantagens para a Instituição pública.

Roberto e Lira (2010, p. 88) apontam que “a lentidão nos processos administrativos presenciada nos serviços de saúde no Brasil é um problema crônico,

gerando formalidade nas comunicações, excessiva burocracia, apresentando serviços que não satisfazem os colaboradores externos”. Sendo assim é oportuna a discussão de uma atualização no processo licitatório público, em busca de melhorar o tempo hábil do processo de compra de materiais hospitalares e apresentar novas estratégias para o fortalecimento da qualidade de assistência à saúde.

Compras centralizadas e baseadas exclusivamente em menores preços são exemplos que devem ser evitados, pois é importante que se observe a relação custo/benefício, favorecendo, além do menor preço, a qualidade dos materiais. Isso depende da integração contínua e comunicação aberta entre a área técnica e a área de licitação/compras. Na cadeia de suprimentos hospitalares, é importante verificar se a qualidade ofertada é mantida após as fases de entrega e armazenamento. Uma boa gestão de compras pode apoiar o crescimento e desenvolvimento hospitalar, suprimindo necessidades diárias e seu bom funcionamento (Hoffman, 2011).

Em relação aos problemas na administração de suprimentos, eles estão relacionados à ausência de autonomia na escolha de materiais, falta de manutenção de equipamentos, burocracia no processo de compra, a própria falta de qualidade e ausência de envolvimento dos profissionais na gestão de materiais (Garcia et al., 2011).

18

Infante e Santos (2007) afirmam que o paciente não busca consumir produtos ou procedimentos, ele procura uma solução que provém do consumo. Esse deve ser o valor norteador da cadeia de suprimentos hospitalar.

Em geral, quem está no atendimento ao paciente conhece pouco ou até mesmo desconhece a rotina do setor de compras e todo o aparato legal obrigatório para a aquisição de um insumo pelo serviço público. Com isso, podemos concluir que integração e comunicação entre as diversas áreas internas envolvidas são fatores fundamentais. A presença de grandes estoques de alguns materiais e a escassez de outros, dentro de um hospital, é talvez um dos pontos que mais afligem os profissionais envolvidos com o processo gerencial. A escassez implica muitas vezes na interrupção da assistência, levando a vivência de situações danosas e estressantes para o cliente, família e profissionais.

Um sistema informatizado pode ser bastante benéfico para a gestão de suprimentos em um hospital, otimizando o tempo do funcionário que mantém as

informações atualizadas em tempo real, como a quantidade de materiais no estoque sem ter que realizar essa tarefa manualmente.

Especificamente sobre os níveis de estoque, é importante conhecer a rotatividade de estoque; o custo de armazenagem; o custo de obsolescência; a falta de material; os custos do sistema para a eliminação de retrabalhos em situações de emergência. Informações sobre a demanda média mensal, tempo de ressuprimento, lote de compra, ponto de pedido, estoque máximo, estoque mínimo, estoque de segurança, *Lead Time* e inventário atualizado disponível são vitais para garantir eficiência no processo de abastecimento do hospital.

No HUB urge a necessidade de evolução no gerenciamento da informação. Nota-se a conveniência de uma comunicação mais alinhada em relação a procedimentos de aquisições de insumos, materiais permanentes e serviços entre as unidades demandantes e as unidades de compras, licitações e almoxarifados uma vez que os setores demandantes desconhecem os procedimentos e a regulamentação legal que os processos precisam percorrer para obter os produtos solicitados em tempo hábil com o melhor custo/benéfico, atentando-se sempre para a legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência na administração pública.

4.3.3. Integração Ensino-Pesquisa-Assistência

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

Falta de incentivo ao docente em atividades assistenciais e de pesquisa no HUB/- Falha de comunicação entre a gestão superior do HUB e as faculdades

Ainda que nos últimos anos muitas críticas tenham sido feitas aos processos formativos (Brasil, 1986; 1993; 2002) e o Governo Federal tenha investido em programas como o Pró-Saúde e o PET-Saúde, ainda são escassas as instituições que inovam com currículos orientados para a interface entre a atenção primária, secundária e terciária, com pesquisa básica e clínica embasando as práticas e identificação de

modelos de atuação que representem a almejada transição do modelo biomédico para o biopsicossocial.

Uma vez que os conceitos de saúde, doença e promoção da saúde refletem valores, crenças, conhecimentos, além das práticas aceitas pelo conjunto de cada sociedade (García, 1989) é primordial que a academia assuma o compromisso social de compreensão do atendimento dessa demanda como uma situação de alta complexidade. Vivemos um momento de reavaliação do papel do profissional de saúde e do papel do paciente, onde um modelo paternalista de definição de cuidados deve ser substituído pela decisão compartilhada, com coresponsabilização do paciente por sua saúde (Gelinski, 2011). Tal abordagem implica na aplicação de princípios técnicos e éticos no exercício da atividade profissional que resultem na adoção de estratégias de intervenção mais abrangentes do que aquelas focadas no campo específico da área de atuação individual.

Para Hendelman e Byszewski (2014) tal perspectiva inclui o docente como um exemplo a ser imitado no contexto do ambiente de aprendizagem. Infelizmente a carência de modelos é fato. Em pesquisa realizada pelos autores com estudantes de medicina, 64% dos respondentes relataram que quando expostos a situações clínicas reais envolvendo staffs, identificavam arrogância (55,3%), quebra de confidencialidade (28,3%) e intolerância cultural ou religiosa (26,6%) em suas práticas. Essa condição precisa ser revertida, sob pena de perpetuação da perda do profissionalismo, requisito tão fundamental quanto a competência clínica.

Segundo a OMS (Médici, 2001), no mundo inteiro, o hospital universitário é definido por estar ligado a uma Faculdade de Medicina, dar treinamento universitário na área de saúde, ser reconhecido como um hospital de ensino e dar atendimento de alta complexidade. Ainda são reconhecidos como centro de pesquisa e mobilizam grande proporção de recursos físicos, humanos e financeiros da saúde. Tradicionalmente, funcionam de forma independente da rede assistencial da área de sua atuação. Esse cenário tende a mudar, com a inserção dos hospitais universitários nas redes de atendimento e a introdução de estudantes na área básica e secundária das redes de atenção. No Brasil, há grande interesse do Ministério da Saúde de que os hospitais universitários integrem a Rede SUS e a Ebserh tem envidado esforços nessa direção.

Como salienta Lobo et al. (2010), no Brasil, cada dimensão da atuação dos hospitais universitários está sob a regulação de um ministério diferente, a saber, o ensino é regulado pelo MEC, a assistência, pelo MS e a pesquisa pelo Ministério da Ciência e Tecnologia. Neste contexto, a principal fonte de recursos – SUS – não tem nenhuma ou pouca governabilidade sobre o ensino e a pesquisa. No entanto, não há como dissociar as três ações que constituem o tripé universitário. Apesar disso, a integração dos docentes nas áreas assistenciais ainda é um ponto pouco definido. Em sua dissertação de mestrado, Olschowsky (1996), ressalta o conflito existente entre as enfermeiras docentes e as enfermeiras assistenciais, devido a disputas de poderes e interesses, acentuando as necessidades diferentes de cada grupo. Já Beccaria, Trevizan e Janucci, em 2006, também em um curso de enfermagem, percebem a expectativa do corpo assistencial de que o docente identifique problemas na assistência e forneça educação continuada. Do lado docente, o conhecimento dos pacientes e a conduta ética são os pontos valorizados no enfermeiro assistencial.

No HUB, a transição de um hospital assistencial do INAMPS para um hospital universitário da UnB não ocorreu sem traumas. A entrada dos docentes para trabalhar com um quadro de staffs já bem estruturado foi o ponto de partida para alguns conflitos. Os docentes médicos conseguiram melhor integração e com o passar do tempo foram ocupando seu espaço na área assistencial, inclusive assumindo várias chefias de serviço. Os outros cursos de saúde optaram por não assumir a assistência. Com o tempo, o HUB foi sendo área de prática de vários destes cursos, cujos professores frequentam o hospital durante o tempo de sua disciplina.

Nesse contexto, aconteceu o contrato com a Ebserh para gerir a assistência e a mudança de modelo de saúde, com a implantação das linhas de cuidado. Apesar de estar em consonância com as mudanças curriculares nos cursos de saúde da UnB, as mudanças propostas desestabilizaram o *status quo*, levando os docentes a não se enxergarem nesta nova estrutura. Associado a isto, apesar de, diferente de outras universidades, a UnB reconhecer o trabalho assistencial para pontuação para progressão funcional, esse reconhecimento ainda é pífio, sendo um ano de trabalho assistencial pontuado como 16,7% de uma publicação em periódico A1 (Resolução nº 1 da Câmara de Carreira Docente, 2011). O anseio do HUB, com o apoio dos diretores das faculdades envolvidas, é mudar esta visão da UnB e trazer os docentes para ocupar chefias, qualificar a assistência e assim melhorar o ensino.

Há necessidade de uma articulação entre os docentes e os responsáveis pelas áreas assistenciais para a inclusão do estudante no hospital. Nos hospitais que contrataram com a Ebserh, há uma Gerência de Ensino e Pesquisa que tem como uma de suas funções fazer esta articulação. Portanto, é muito importante que a comunicação entre esta Gerência, as comissões de cursos e os professores seja efetiva para maximizar o aprendizado e a segurança dos pacientes.

Falta de salas de aula/ambulatório para reunião de casos clínicos e atendimento

Bluestone et. al (2013) destacam que técnicas educacionais são consideradas críticas nos desfechos do aprendizado, tendo o ambiente também potencial influência sobre o desfecho final. Estudos de casos, simulações clínicas, treinos de feedback têm sido valorizados como estratégias importantes para o processo de aprendizado, mas o ambiente também deve ser selecionado para dar suporte a uma prática relevante e realística e assim aumentar a eficiência do processo de aprendizagem. Pesquisas mostram que o ambiente influencia tanto sentimentos de competência quanto o desenvolvimento de habilidades específicas como aquelas voltadas para os relacionamentos interpessoais e o conhecimento para cuidar do paciente

Como campo de prática dos cursos de saúde, os hospitais universitários têm de prover as necessidades dos cursos de graduação em saúde. Como já discutido anteriormente, a entrada dos HUs nas redes de saúde desloca o ensino da atenção primária para outros campos, visto que o papel destes HUs na rede seria de hospitais terciários, fornecendo atendimento de “alta complexidade”, hoje caracterizado pelo uso de tecnologia dura. O uso da tecnologia relaciona-se a potencial impacto positivo no processo de trabalho, na educação permanente e na qualidade do processo de cuidado, sendo recurso usado para mediar o processo de tomada de decisão, seja ela individual ou de gestão.

Para desenvolvimento das atividades acadêmicas o HUB dispõe de dois auditórios, 10 salas de aula e uma sala para Telemedicina. Tal estrutura deve atender as demandas dos cursos de graduação e de pós-graduação, incluindo os 36 programas de residência médica e o de residência multiprofissional. As instalações estão distribuídas

no prédio da Unidade I, Unidade II, Ambulatório e Prédio da Administração (Figura 1.5)

Uma análise da estrutura disponível hoje no HUB para as atividades acadêmicas sinaliza a necessidade de adequação do tamanho e número das salas para atender todos os estudantes inscritos nas diferentes disciplinas; ampliação da biblioteca; criação de espaços de simulação; laboratórios e instalações físicas que caracterizem diferentes cenários de práticas, com espaço para o desenvolvimento de habilidades técnicas e interpessoais.

Em estudo realizado por Dias (2011) com 139 estudantes da UnB-Ceilândia foi identificado que ainda que não tenham experiência profissional na área, os estudantes têm demandas para treinamento de habilidades comunicacionais. Aspectos da promoção da saúde e prevenção de doenças já estão incorporados às reflexões desses estudantes com relação à futura atuação profissional. Esse é um fato importante quando consideramos que a comunicação em saúde é uma ferramenta de baixo custo para a prevenção primária e que estudos sobre competência cultural têm focalizado modelos treináveis que levam à reflexão sobre o modo de atuação antes de estar diante de cada usuário de um sistema de saúde.

18

Assunção (2013) realizou o mapeamento de como o tema relação profissional de saúde-paciente estava sendo abordado no Campus Darcy Ribeiro da UnB por meio da resposta de 143 estudantes a um Questionário de Sondagem de Opinião *online* e pela análise do fluxo dos cursos, a partir da listagem de ementas e programas das disciplinas. Os dados mostram que o tema apresenta-se incluído nos currículos dos cursos de saúde, em acordo com as diretrizes curriculares do Governo Federal. No entanto, os estudantes ressaltam a necessidade de ampliar as discussões, aprofundar e sistematizar o tema e, principalmente, abordá-lo de forma mais relacionada com a prática. Um espaço físico compatível com a realização de discussões em pequenos grupos e que comporte o quantitativo que compõe as turmas pode fazer a diferença nesse processo.

Falta de preceptoria para residência multiprofissional

Os programas de residência em saúde são caracterizados pela formação em serviço para profissionais de diferentes áreas. Dallegrave (2008, p. 47) destaca que as palavras “construção inovadora”, “criar novas práticas em saúde”, “transformação das

condições de vida” e “novo projeto para a saúde e sociedade” são frequentemente associadas às residências multiprofissionais. Tal perspectiva traz implicações diretas para essa proposta de formação, particularmente se considerarmos os resultados de estudo conduzido pela autora que evidenciam divisão entre aqueles que falam a favor e contra a proposta. Cabe destacar que a defesa da Residência Multiprofissional é vinculada ao discurso da integralidade, trabalho em equipe e principalmente, ao Sistema Único de Saúde .

A Residência Multiprofissional foi criada em 2005 pela Lei Federal nº 11.129, também chamada Lei da Juventude, sob regime de dedicação exclusiva. Algumas propostas desse modo de formação profissional já aconteciam desde 1970, mas a partir de 2005, ganhou o *status* de programa de pós-graduação *lato sensu*, comparável à residência médica e devendo estar ligada a uma universidade.

Salvador, Medeiros, Cavalcanti e Carvalho (2011) avaliaram a percepção de docentes, preceptores e residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e da Comunidade da Universidade Federal da Paraíba e concluíram que esta prática pode levar à mudança do modelo assistencial centrado no médico, mas há algumas diferenças de entendimento do processo pedagógico entre residentes e preceptores. Disso resulta que a qualificação dos preceptores, escolhidos entre membros da equipe de assistência, é fundamental para que os objetivos propostos sejam alcançados.

O desafio para as instituições que assumiram o compromisso das Residências Multiprofissionais passa pelo “oferecimento de serviços que viabilizem o desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões” (Brasil, 2012). De acordo com Brant (2011) os preceptores têm papel primordial para a mediação entre teoria e prática. Ao analisar as produções de teses e dissertações sobre Residências em Saúde produzidas no Brasil, Dallegrave (2013) identificou que nove estudos apontam para o despreparo de preceptores no exercício dessa função, o que caracteriza a necessidade de ações voltadas tanto para a implementação dos programas quanto para a identificação de pessoas interessadas em sua consolidação.

A valorização da atuação do preceptor pode ser entendida como paralelo ao destaque dado por Gil (2005, p. 497) ao reforçar a importância da estabilidade dos trabalhadores em saúde, pois “pode significar aumentar a possibilidade de acúmulo de

conhecimentos e habilidades que permitam tornar mais consistentes e duradouras as propostas de formação”.

No HUB, a residência multiprofissional existe desde 2010, envolvendo as áreas de enfermagem, assistência social, fisioterapia, farmácia, odontologia, nutrição e psicologia. Há dois programas vinculados à área de atenção ao adulto – oncologia e cardiopulmonar. A inexistência de uma área médica cardiopulmonar (os dois serviços funcionam independentes, mesmo no novo organograma) levou a alguns problemas de construção desta área na residência multiprofissional. Apesar disso, os principais problemas na estruturação das áreas são a ausência de docentes na discussão pedagógica e a falta de preceptores. Como já enfatizado, a falta de pessoal é um problema crítico no HUB. A identificação e qualificação desses profissionais são de suma importância para a manutenção da residência multiprofissional no HUB.

Falta de uma política definida de pesquisa pelo HUB

O papel da universidade na construção do conhecimento pode ser entendido como parte dos esforços que levam a um melhor processo de cuidado. As evidências que geram suporte para a tomada de decisão de profissionais de saúde pode ser advinda tanto de estudos básicos, quanto dos aplicados (Chapman & Sonnemberg, 2000). O desenvolvimento de ensaios clínicos controlados aleatorizados em ambiente acadêmico pode gerar evidências fortes o suficiente para embasar diretrizes clínicas. Para o suporte à tomada de decisão, revisões sistemáticas e/ou metanálises se valem de dados de ensaios clínicos realizados e publicados na literatura.

As instituições de ensino têm papel protagonista na geração de informações, sejam elas oriundas de estudos quantitativos, qualitativos (também considerados contextualizados aos desafios da saúde pública brasileira) ou de outros estudos observacionais, tais como: relatos de caso, série de casos, estudos transversais, caso-controle ou coorte. Os serviços especializados oferecidos pelos HUs são cenários privilegiados para estudos específicos que caracterizem melhor a clientela atendida, diagnóstico e prognóstico bem como recursos terapêuticos mais adequados e estudos de prevalência e incidência.

Também a pesquisa clínica representa uma importante contribuição a ser sistematizada. A ANVISA adota a definição de pesquisa clínica da The European

Agency for the evaluation of medicinal products que é “qualquer investigação em seres humanos, objetivando descobrir ou verificar os efeitos farmacodinâmicos, farmacológicos, clínicos e/ou outros efeitos de produto(s) e/ou identificar reações adversas ao produto(s) em investigação, com o objetivo de averiguar sua segurança e/ou eficácia.” Essa pesquisa incorpora novas tecnologias ou medicamentos e representa um gasto cada vez maior na saúde (Santos & Wienc, 2011). Com a Ebserh há a possibilidade de criação de uma rede de hospitais universitários envolvidos em pesquisa clínica de produtos prioritariamente brasileiros, o que pode diminuir os custos do SUS, viabilizando sua operacionalização.

Atualmente no HUB não há um fluxo estabelecido para controle da pesquisa, nem uma definição institucional sobre o assunto. Isso pode representar uma pequena adesão a editais de financiamento e/ou um financiamento oculto da pesquisa pelo SUS, através da utilização de protocolos clínicos não padronizados. A criação de fluxos viabilizaria apoio e reconhecimentos a essa importante atividade visto que até hoje as pesquisas realizadas na instituição são fruto da persistência e compromisso dos autores com uma prática necessária ao desenvolvimento científico.

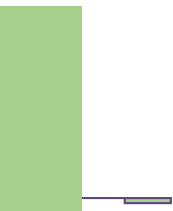
5. Proposta de Intervenção

5.1. Quadro consolidado das ações

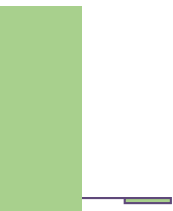
Os quadros abaixo apresentam os nós críticos identificados e priorizados e as ações relacionadas a cada um deles.

Quadr
ol:
Relaçã
o das
ações
referen
tes aos
nós
críticos
1 y 2

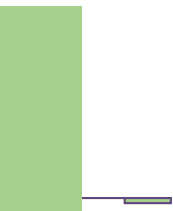
Nó crítico	Ações	Precedência ID	Responsáveis	Recursos necessários
NC1	Ação 1 - Implantação do ponto biométrico	N.A.	DivGP/ Engenharia	A estimativa de custos será incorporada após análise do novo gerente administrativo do HUB
	Ação 2 - Estruturação do mecanismo de gestão dos processos de trabalho das chefias	N.A.	DGP EBSERH/DivGP	Software "Cursos de capacitação"
NC2	Ação 3 - Estabelecimento de política de valorização do profissional	N.A.	DGP EBSERH/DivGP	Passagens e estadia para congressos, participação em cursos
	Ação 4 - Implementação da política de valorização do profissional do HUB	N.A.	DivGP/Comunicação	Material de divulgação
	Ação 5 - Instituir Programa de desenvolvimento profissional	4	DivGP/Superintendência/ /DGP EBSERH	Programas de capacitação Incentivo ao preceptor
Nó crítico	Ações	Precedência ID	Responsáveis	Recursos necessários
NC2	Ação 6 - Instituir programa de qualidade de vida do trabalhador	5	DivGP/SOST	Projeto arquitetônico, mobiliário, Material e equipamentos para medicina preventiva
	Ação 7 - Implementação de pesquisa de satisfação do trabalhador	5	DivGP/SOST	Software



Nó crítico	Ações	Precedência ID	Responsáveis	Recursos necessários
NC3	Ação 8 - Instituição de programa de avaliação de desempenho profissional	N.A.	DivGP/DGP EBSEH	Software
	Ação 9 - Desenvolvimento de uma proposta de política integrada de avaliação de desempenho	8	DivGP/DGP EBSEH	Material de consumo e de divulgação
NC4	Ação 10 - Inventário e adequação das condições de uso dos equipamentos relacionados à assistência no HUB	N.A.	Chefe do Setor de Engenharia Clínica/Engenheiro clínico	Software de gestão de patrimônio Software de gestão de equipamento
	Ação 11 - Revisão dos contratos de manutenção	N.A.	GAD	
	Ação 12 - Distribuição regular de insumos e lotação de profissionais para realização de exames	N.A.	GAS	
NC5	Ação 13 - Determinação de prazos para entrega de laudos	N.A.	Chefe da Unidade de Diagnóstico por Imagem	Softwares, computadores e impressoras, estações de trabalho, equipamentos de back-up, equipamentos de armazenamento
NC6	Ação 14 - Controle da realização de exames e interconsultas em pacientes internados	N.A.	NIR	Estações de trabalho, TVs, wifi
Nó crítico	Ações	Precedência ID	Responsáveis	Recursos necessários
NC6	Quadro 1: Relação das ações referentes aos nós críticos 3, 4, 5 e 6. Ação 15 - Controle de exames e consultas ambulatoriais Hospital Universitário de Brasília SGAN 605 - CEP:70.830-200 - Brasília/DF (61) 3448-5000			Intranet, Instalação do VIGIHOSP, Banners, folders e oficinas itinerantes

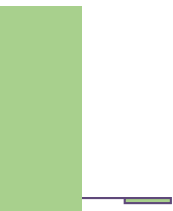


Nó crítico	Ações	Precedência ID	Responsáveis	Recursos necessários
NC7	Ação 16 - Padronização de Insumos Assistenciais para Alta Complexidade	N.A.	Divisão Médica / Comissão de Padronização	Intranet, Instalação do VIGIHOSP, Banners, folders e oficinas itinerantes
NC8	Ação 17 - Realização da pactuação interna	N.A.	Divisão de Gestão do Cuidado, GAS	
	Ação 18 - Reavaliação das metas pactuadas com o Gestor local	N.A.	Superintendência	
	Ação 19 - Ampliação das fontes de financiamento do HUB	N.A.	Superintendência	
NC9	Ação 20 - Sistematização do registro em prontuário	N.A.	Chefe da Div. Médica	
	Ação 21 - Revisão da atuação da Comissão de Prontuário	N.A.	Superintendência	
	Ação 22 - Estabelecer mecanismo de segurança da informação dos dados dos usuários	N.A.	SAME	Reforma física do SAME Intranet, Instalação do VIGIHOSP, Banners, folders e oficinas itinerantes / AGHU Ferramenta de GED, chaves públicas Reforma física / Obra do Ambulatório
Nó crítico	Ações	Precedência ID	Responsáveis	Recursos necessários
NC10	Ação 23 - Inserção do HUB nas linhas de cuidado prioritárias	N.A.	Superintendência	Compra de equipamentos e insumos Reformas de



Nó crítico	Ações	Precedência ID	Responsáveis	Recursos necessários
NC11	Ação 24 - Revisão e criação de Manuais de Procedimentos e de Controle	N.A.	GAD	Equipamentos e software
	Ação 25 - Consolidação dentro da unidade organizacional uma gestão de processos vinculados aos procedimentos padrões operacionais previamente estabelecidos	N.A.	GAD	Capacitação
NC12	Ação 26 - (Re)estabelecimento da estrutura de gestão dos pareceres técnicos	N.A.	Divisão Médica	Capacitação
	Ação 27 - Sensibilização institucional quanto aos processos de compras hospitalares	N.A.	DivGP	N.A.
NC13	Ação 28 - Padronização dos processos de gestão de estoque	N.A.	GAD	Equipamentos e mobiliário de almoxarifado e farmácia Transporte a vácuo Capacitação
	Ação 29 - Padronização dos processos de distribuição e dispensação	N.A.	Chefias e Gerências (Almoxarifado, Farmácia, Atenção a Saúde e Divisão Médica)	Equipamentos e mobiliário de almoxarifado e farmácia Transporte a vácuo
	Ação 30 - Adoção de mecanismos que garantam a rastreabilidade de materiais	N.A.	Chefias e Gerências (Almoxarifado, Centro Cirúrgico e Assistência à Saúde)	Equipamentos de unitarização de doses e leitores de códigos de barras
Nó crítico	Ações	Precedência ID	Responsáveis	Recursos necessários
NC13	Ação 31 - Desenvolvimento e implementação da Farmácia Clínica	N.A.	Chefias e Gerências (Farmácia, Atenção a Saúde e Núcleo de Gestão de	N.A.

Quadro 3: Relação das ações referentes aos nós críticos 11, 12 e 13.



Nó crítico	Ações	Precedência ID	Responsáveis	Recursos necessários
NC14	Ação 32 - Revisão do método de Análise Crítica pós-Pregão	N.A.	GAD	N.A.
NC15	Ação 33 - Padronização dos documentos assistenciais e administrativos	N.A.	Assistente Administrativo Div. Médica	N.A.
	Ação 34 - Implementação do Núcleo de Gestão da Qualidade	N.A.	Chefe do Setor de Vigilância em Saúde/Adm hospitalar	Computadores, Impressora, Estação de trabalho, Cadeiras, Telefone Curso capacitação
	Ação 35 - Implantação de ferramentas de Gestão de Qualidade/ Gestão Eletrônica de Documentos (GED)	34	Núcleo de Gestão de Qualidade, Informática	Ferramenta de GED e digitalização de documentos e prontuários físicos dos pacientes
NC16	Ação 36 - Implementação de indicadores de segurança e qualidade prioritários e de grande impacto	N.A.	Chefe do Setor de Vigilância em Saúde, Adm. hospitalar	Equipamentos, reformas, TAGS RFID de pulseiras, Software de gestão RFID, Antenas RFID, Tags RFID, impressoras de pulseiras, impressoras de etiquetas de risco, equipamentos e insumos de avaliação de lavagem de mãos Capacitação, oficinas
Nó crítico	Ações	Precedência ID	Responsáveis	Recursos necessários
NC17	Ação 37 - Implementação da Política de Segurança do Paciente	N.A.	Chefe do Setor de Vigilância em Saúde	Intranet, Instalação do VIGIHOSP, Banners, folders e oficinas itinerantes Equipamentos e insumos serão definidos de acordo com o cronograma de implementação dos protocolos

Quadro 4: Relação das ações referentes aos nós críticos 14, 15, 16, e 17.

Hospital Universitário de Brasília SGA Nº 605 - CEP: 70830-200 Brasília DF 613418-5005

Nó crítico	Ações	Precedência ID	Responsáveis	Recursos necessários
NC18	Ação 38 - Implementação processos regulatórios intra-hospitalares (NIR)	N.A.	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde/GAS	Salas e equipamentos de monitoramento de gestão de serviços e filas internas
	Ação 39 - Organização e Unificação do SAME	N.A.	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde,GAS,Terezinha,Sandra	Salas, equipamentos, moveis, reformas. Aluguel de containers.
	Ação 40 - Registros das informações nos sistemas Federais e Distrital	N.A.	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, Informática	Cursos de capacitação"
	Ação 41- Contratualização interna e avaliação da produção ambulatorial e hospitalar	N.A.	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, Informática	N.A.
	Ação 42 - Acompanhamento do cumprimento das metas da contratualização com o gestor do SUS	N.A.	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde	N.A.
NC19	Ação 43 - Elaboração de programas de atenção integral ao paciente	N.A.	Chefe da divisão de cuidados	Software
	Ação 44 - Elaboração de plano de cuidado multiprofissional	43	GAS	N.A.

Quadro 5: Relação das ações referentes aos nós críticos 18 e 19.

Nó crítico	Ações	Precedência ID	Responsáveis	Recursos necessários
NC20	Ação 45 - Oficialização dos Programas de Residência em Saúde como disciplinas da UnB	N.A.	Setor de Gestão de Ensino	N.A.
	Ação 46 - Reconhecimento de créditos aos docentes que atuam no HUB	N.A.	Gerencia de Ensino e Pesquisa	Material de divulgação
	Ação 47 - Realização de diagnóstico das condições percebidas para desenvolvimento de atividades no HUB	N.A.	Setor de Gestão de Ensino	Material de divulgação Software
	Ação 48 - Integração entre o corpo docente e assistencial para elaboração dos protocolos clínicos	N.A.	Gerencia de Ensino e Pesquisa	Material de consumo
	Ação 49 - Definição do modelo* de ensino do HUB junto aos docentes	N.A.	Gerencia de Ensino e Pesquisa	Material de divulgação Material de consumo
NC21	Ação 50 - Definição das normas para realização de estágios curriculares e internato	N.A.	Setor de Gestão de Ensino	Confecção de manuais e catálogos
	Ação 51 - Estabelecimento de mecanismo de controle das atividades e dos estudantes dentro do HUB	N.A.	Setor de Gestão de Ensino	Material de divulgação e crachás Leitores de código de barras, software, crachás
	Ação 52 - Estabelecimento de vínculo de trabalho entre a GEP e os Decanatos	N.A.	Gerencia de Ensino e Pesquisa	Material de divulgação

Quadro 6: Relação das ações referentes aos nós críticos 20 e 21.

Nó crítico	Ações	Precedência ID	Responsáveis	Recursos necessários
NC22	Ação 53 - Identificação das necessidades de infraestrutura física para ensino e pesquisa	N.A.	Gerencia de Ensino e Pesquisa	Material de divulgação
	Ação 54 - Criação de condições e espaços de ensino	N.A.	Gerencia de Ensino e Pesquisa	N.A.
NC23	Ação 55 - Estruturação conjunta à COREMU de equipe de preceptores para a Residência Multiprofissional	N.A.	Catia Gerencia de Ensino e Pesquisa	Material de divulgação, armários Data show, computador, tela inteligente, modelos de simulação, mesas, macas, armários, etc. Projetos de arquitetura
NC24	Ação 56 - Reestruturação da pesquisa no HUB	N.A.	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica	Material de consumo e de divulgação
	Ação 57 - Revisão das normas para submissão de projetos de pesquisa	N.A.	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica	Construção de software e pagamento de pessoal Material de divulgação
	Ação 58 - Implantação de análises de viabilidade técnica e financeira de Projetos de Pesquisa	N.A.	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica o	Material de consumo e de divulgação
	Ação 59 - Estímulo à realização de pesquisas no HUB	N.A.	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica	Material de consumo e de divulgação

Quadro 7: Relação das ações referentes aos nós críticos 22, 23 e 24.

Ação	ID	Atividades	Precedência ID	Responsáveis
Ação 1 - Implantação do ponto biométrico	1.a	Disponibilizar os equipamentos nas diversas portas de entrada	1.a	Engenharia
	1.b	Divulgar a implantação dos pontos biométricos e as normas de controle de carga horária	1.b	DivGP
	1.c	Cadastrar as digitais e os dados dos profissionais	1.c	DivGP/TI
	1.d	Treinar a utilização do ponto biométrico	1.d	DivGP
	1.e	Monitorar cumprimento da carga horária	1.e	DivGP/Chefias
	1.f	Estabelecer medidas corretivas dos desvios	1.a	DivGP

5.1.1 Relação de atividades por ações

Após definição das ações para cada nó crítico definido pelo HUB, foi elaborada a proposta de intervenção, de forma participativa e ampliada, para os dezessete nós críticos identificados e priorizados, utilizando uma versão adaptada da ferramenta de construção de planos de ação apresentada durante encontro do Programa de Desenvolvimento de Competências – 5W3H. O Plano de Intervenção completo contempla as ações e desdobramento de atividades, precedência de implementação, responsáveis, prazos, recursos necessários, Indicadores de monitoramento, indicadores de resultados e metas a serem alcançadas.

Nos quadros abaixo foi representada uma versão resumida do Plano de Intervenção.

Quadro 8: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 1.

Ação	ID	Atividades	Precedência ID	Responsáveis
Ação 2 - Estruturação do mecanismo de gestão dos processos de trabalho das chefias	2.a	Relacionar as competências e habilidades necessárias às chefias	N.A.	DGP Ebserh, DivGP, GAS, GEP, GAD, Superintendente
	2.b	Revisar os processos de trabalho e elaborar manual de orientação à atuação das chefias	2.a	DGP Ebserh, DivGP, Chefias
	2.c	Estabelecer mecanismos de avaliação de desempenho das chefias	2.b	DGP Ebserh, DivGP, GAS, GEP, GAD, GAB
	2.d	Identificar as necessidades de desenvolvimento de competências das chefias	2.c	DGP Ebserh/DivGP, Chefias, Divisão Médica, Divisão de Enfermagem
	2.e	Estabelecer programa de capacitação específica em gestão para as chefias do hospital	2.d	DGP Ebserh/DivGP, Conselho Executivo
	2.f	Estabelecer contratos internos de serviços	N.A.	DGP Ebserh/DivGP, GAD, GAS
Ação 3 - Estabelecimento de política de valorização do profissional	3.a	Definir a estratégia de desenvolvimento da política e a composição da Comissão	N.A.	DGP Ebserh/DivGP, Conselho Executivo
	3.b	Difundir a iniciativa aos trabalhadores	3.a	DivGP/Comunicação, Chefias
	3.c	Criar Comissão interna	3.b	DivGP/Superintendente
	3.d	Elaborar regimento interno/normas	3.c	DivGP
	3.e	Criar a política de valorização do HUB	3.d	DGP Ebserh/DivGP, Conselho Executivo
	3.f	Validar os resultados da Comissão com os demais trabalhadores	3.e	DivGP, Chefias
	3.g	Validar os resultados da Comissão com a Ebserh sede	3.f	DGP Ebserh, DivGP

Quadro 9: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 2 e Ação 3.

Ação	ID	Atividades	Precedência ID	Responsáveis
Ação 4 - Implementação da política de valorização do profissional do HUB	4.a	Difundir as políticas validadas	3.g	DivGP/Comunicação, Chefias
	4.b	Definir e implantar o plano de implementação, incluindo priorização, cronograma e mecanismo de controle	4.a	DivGP, Conselho Executivo
	4.c	Monitorar as ações implementadas	4.b	DivGP
	4.d	Difundir os resultados das ações	4.c	DivGP/Comunicação, Chefias
	4.e	Definir mecanismos de ajustes periódicos	N.A.	DivGP, Conselho Executivo
Ação 5 - Instituir Programa de desenvolvimento profissional	5.a	Criar Comissão de Educação Continuada e Permanente	N.A.	DivGP/Conselho Executivo
	5.b	Estabelecer as políticas e mecanismos de captação de necessidades	5.a	DivGP, Chefias, COREME, COREMU
	5.c	Identificar as diferentes ofertas de capacitação e as alternativas de acesso aos trabalhadores (Universidade, ENAP, etc.)	5.b	DivGP
	5.d	Definir a política de preceptoria institucional junto à matriz (incidência na carga horária, resultados nas atividades, benefícios aos preceptores)	N.A.	DivGP/DGP Ebserh, Equipe da GEP, AEP
	5.e	Implementar o programa	5.d	DivGP, Equipe da GEP
	5.f	Monitorar as ações implementadas	5.e	DivGP, Equipe da GEP

Quadro 10: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 4 e Ação 5.

Ação	ID	Atividades	Precedência ID	Responsáveis
Ação 6 - Instituir programa de qualidade de vida do trabalhador	6.a	Compor uma equipe específica para o desenvolvimento do programa	N.A.	DivGP
	6.b	Promover atividades de integração, incluindo espaços de socialização e grupos de apoio psicológico.	6.a.	DivGP/SOST
	6.c	Instituir medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças, incluindo as definições do Programa de Saúde do Trabalhador.	6.a.	DivGP/SOST
	6.d	Monitorar a execução das atividades implementadas	6.c	DivGP/SOST
Ação 7 - Implementação de pesquisa de satisfação do trabalhador	7.a	Definir o instrumento/ferramenta de pesquisa		DivGP/SOST
	7.b	Aplicar a pesquisa	7.a	DivGP/SOST
	7.c	Analisar os resultados obtidos	7.b	DivGP/SOST
	7.d	Definir ações de melhoria	7.c	DivGP/SOST
	7.e	Apresentar relatório de resultados	7.d	DivGP/SOST
Ação 8 - Instituição de programa de avaliação de desempenho profissional	8.a	Definir as funções de competências por categoria profissional	N.A.	DGP Ebserh, DivGP, Chefias
	8.b	Criar e definir critérios de avaliação de desempenho	8.a	DGP Ebserh, DivGP, Chefias
	8.c	Definir periodicidade de aplicação da avaliação de desempenho	N.A.	DGP Ebserh, DivGP
	8.d	Definir ações aos resultados da avaliação de desempenho	8.b, 8.c	DGP Ebserh, DivGP

Quadro 11: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 6, Ação 7 e Ação 8.

Ação	ID	Atividades	Precedência ID	Responsáveis
Ação 9 - Desenvolvimento de uma proposta de política integrada de avaliação de desempenho	9.a	Criar grupo de trabalho interno	N.A.	DiVGP
	9.b	Desenvolver proposta de política integrada com os demais HUFs	N.A.	DiVGP
	9.c	Enviar a proposta de política única de avaliação de desempenho aos demais HUFs para avaliação	8.d	DiVGP
	9.d	Discutir a política em fórum colegiado com a Ebserh	9.b	DivGP/DGP Ebserh
Ação 10 - Inventário e adequação das condições de uso dos equipamentos relacionados à assistência no HUB	10.a	Definir cronograma e instrumento do inventário de equipamentos	N.A.	DILH
	10.b	Realizar visitas com as chefias para discutir planejamento dos equipamentos de sua área de atuação	10.a	DILH
	10.c	Avaliar e estabelecer ações para recuperação e / ou ampliação do parque tecnológico	10.b	DILH/GAS
Ação 11 - Revisão dos contratos de manutenção	11.a	Constituir equipe para definição de modelo de contrato e avaliação dos contratos vigentes de manutenção	N.A.	Chefe da Unidade de Contratos/Chefe Unidade Farmácia Clínica
	11.b	Rever e refazer os contratos que não se adequam às necessidades	11.a	Chefe da Unidade de Contratos/Chefe Unidade Farmácia Clínica
	11.c	Estabelecer um fluxo e elaborar instrumento de acompanhamento do contrato	11.b	Chefe da Unidade de Contratos/Chefe Unidade Farmácia Clínica

Quadro 12: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 9, Ação 10 e Ação 11.

Ação	ID	Atividades	Prece-dência ID	Responsáveis
Ação	ID	Atividades	Prece-dência ID	Responsáveis
Ação 12 - Distribuição regular de insumos e realização de exames e interconsultas em pacientes internados	14.a	Identificar as causas da não realização dos exames e interconsultas	N.A	Compras
	14.b	Estabelecer cronograma de negociação para resolução dos problemas identificados	14.a	Chefe da Div. Médica/Comissão
	12.b	Estabelecer cronograma de reavaliação de necessidades de insumos	12.a	padronização/Farmácia/Almoxarifado/
	14.c	Sistematizar o transporte de pacientes	14.b	Sétor de Regulação e Compras
	14.d	Divulgar o fluxo e divulgar calendário para solicitação de compras	14.c	Aviação em Saúde/ Farmácia / TI / Almoxarifado
	14.e	Monitorar a efetividade das soluções implementadas	14.d	GAS
Ação 15 - Controle de exames e consultas ambulatoriais	15.a	Realizar reuniões com a chefia para a realização de manutenção dos equipamentos de sua área de atuação	N.A	Ebserm matriz / Superintendente /
	15.b	Estabelecer cronograma de reuniões com os setores envolvidos	15.a	Sétor de Regulação e GAS
	15.c	Constituir equipe para definição de modelo de contrato e avaliação dos contratos	15.b	Unidade de Diagnóstico por Imagem /
	15.d	Avaliar a capacidade instalada e dificuldades de cada setor para elaboração e liberação de laudos	15.c	Neurologia / Pneumologia /
	15.e	Implementar ações para agilizar a elaboração e liberação dos laudos	15.d	Sétor de Regulação e Avaliação em Saúde//GAS
	15.f	Estabelecer um fluxo e elaborar instrumento de acompanhamento do contrato	15.e	Gastroenterologia / Patologia / Coloproctologia /
Ação 16 - Padronização de Insumos Assistenciais para Alta Complexidade	16.a	Adaptar a necessidade de laudo obedecendo a critérios de prioridade estabelecido pelos setores envolvidos	16.a	Farmácia / Comissão de Padronização / Chefia da Unidade de Diagnóstico e Terapêutica
	16.b	Monitorar o cumprimento dos prazos de liberação de laudos.	16.b	Chefia da Unidade / Divisão Médica
	16.c	Dimensionar o número de procedimentos	16.c	Superintendencia / Conselho Executivo
	16.d	Priorizar o suprimento dos insumos necessários	16.d	Farmácia / Almoxarifado de Medicamentos / Almoxarifado de Produtos para Saúde
	16.e	Monitorar o fluxo de fornecimento, armazenamento e uso de suprimentos para cumprimento de metas	16.e	

Quadro 13: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 12 e Ação 13.

Quadro 14: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 14, Ação 15 e Ação 16.

Ação	ID	Atividades	Precedência ID	Responsáveis
Ação 17 - Realização da pactuação interna	17.a	Avaliar e definir em todos os setores priorizados as metas quali-quantitativas que serão contratualizadas internamente para cumprir pactuação/metas contratualizadas com o Gestor	N.A	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, Rodrigo, Ricardo, Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica, Chefias das Unidades priorizadas
	17.b	Integrar metas pactuadas a ações de ensino e pesquisa	N.A	GEP
	17.c	Validar as metas propostas com o Conselho Executivo	N.A	Conselho Executivo
	17.d	Formalizar a contratualização interna	N.A	Divisão Médica NIR Chefias de Unidades
	17.e	Monitorar a contratualização estabelecida	N.A	Gestão de Contrato / NIR
Ação 18 - Reavaliação das metas pactuadas com o Gestor local	18.a	Discutir as metas com o gestor local do SUS as recomendações de repactuação de metas	N.A	GAS / GAD / Comissão de Acompanhamento de contratualização
	18.b	Participar da comissão de acompanhamento da contratualização e propor periodicidade de reunião	N.A	SES DF, Ebserh matriz e filial
	18.c	Participar da elaboração do modelo de monitoramento do contrato	N.A	GAS / GAD / Comissão de Acompanhamento de Contratualização

Quadro 15: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 17 e Ação 18.

Ação	ID	Atividades	Precedência ID	Responsáveis
Ação 19 - Ampliação das fontes de financiamento do HUB	19.a	Capacitar equipe para realizar prospecção de Editais e apoiar o atendimento as demandas dos mesmos	N.A	GAS, GAD, Superintendente
	19.b	Divulgar editais junto a equipe assistencial	N.A	
	19.c	Identificar equipes assistenciais que atendam os requisitos de edital específicos	N.A	
	19.d	Incentivar a participação de docentes em editais de financiamento	N.A	
	19.e	Submeter projetos de captação de recursos	N.A	
	19.f	Definir e implantar instrumento de acompanhamento do potencial de submissão, apresentação e execução de projetos	N.A	
Ação 20 - Sistematização do registro em prontuário	20.a	Estabelecer mecanismo de controle de registro de prontuário priorizando a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio	N.A	NIR, Chefe da Div. Médica, Comissão de prontuario, Setor de Gestão de Ensino
	20.b	Padronizar formato e organização do prontuário, com foco na redução de impressos e integração dos registros;	21.a	GAS, Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, Comissão de prontuário
	20.c	Criar indicador de monitoramento de registro	N.A	Comissão de Prontuário
	20.d	Avaliar periodicamente os indicadores e definir ações de ajuste necessários	N.A	NIR, Divisão Médica, Divisão de Enfermagem, Comissão de Prontuário

Quadro 16: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 19 e Ação 20.

Ação	ID	Atividades	Precedência ID	Responsáveis
Ação 21 - Revisão da atuação da Comissão de Prontuário	21.a	Capacitar equipe para realizar prospecção de Editais e apoiar o atendimento as demandas dos mesmos	N.A	Superintendência
	21.b	Divulgar editais junto a equipe assistencial	21.a	Superintendência / Comissão de Prontuário
	21.c	Identificar equipes assistenciais que atendam os requisitos de edital específicos	21.a/21.b	Superintendência / Comissão de Prontuário / Chefias de Unidades / NIR
Ação 22 - Estabelecer mecanismo de segurança da informação dos dados dos usuários	22.a	Elaborar normas de acesso e transporte do prontuário	N.A	SAME / GEP / Divisão Médica / Divisão de Enfermagem
	22.b	Divulgar estas normas para funcionários, professores e alunos.	N.A	Assessoria de Imprensa / GEP / GAS / GAD
	22.c	Estabelecer mecanismo de controle para saída, transporte e devolução do prontuário.	N.A	SAME
	22.d	Garantir acesso e espaço físico adequado para estudo do prontuário com fins de ensino e pesquisa	N.A	SAME / DLIH

Quadro 17: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 21, e Ação 22.

Ação	ID	Atividades	Precedência ID	Responsáveis
Ação 23 - Inserção do HUB nas linhas de cuidado prioritárias	23.a	Identificar as linhas de cuidado prioritárias implantadas no DF	N.A	GAS, Chefe da Div. Médica
	23.b	Identificar a capacidade do HUB para o atendimento das linhas de cuidado prioritárias	23.a	NIR
	23.c	Priorizar a inserção assistencial e acadêmica nas linhas de acordo com a capacidade identificada	23.b	Conselho Executivo
	23.d	Estabelecer mecanismos de negociação com todos os atores envolvidos no processo	23.c	Superintendente, GAS
	23.e	Pactuar com todos os atores envolvidos	N.A	Ebserh matriz e filial, Gestor local, Gestor da Rede, FEPCS, UnB
	23.f	Monitorar as ações pactuadas	23.d	GAS / GEP
Ação 24 - Revisão e criação de Manuais de Procedimentos e de Controle	24.a	Criar uma equipe/comissão para a elaboração e revisão dos documentos de controles e procedimentos	N.A	GAD
	24.b	Elaborar regimento interno/normas de funcionamento da comissão	24.a	Chefe da Unidade de Contratos
	24.c	Estabelecer um cronograma para revisão/elaboração dos manuais, dando prioridade a elaboração dos manuais de procedimentos e controle.	24.b	Chefe da Divisão Administrativa Financeira
	24.d	Divulgar os novos manuais	24.c	GAD
	24.e	Estabelecer periodicidades de revisão	24.d	Chefe da Divisão Administrativa Financeira

Quadro 18: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 23 e Ação 24.

Ação	ID	Atividades	Precedência ID	Responsáveis
Ação 25 - Consolidação dentro da unidade organizacional uma gestão de processos vinculados aos procedimentos padrões operacionais previamente estabelecidos	25.a	Definir os responsáveis pelos processos	N.A	GAD
	25.b	Definir cronograma de implementação	25.a	Setor de Contabilidade
	25.c	Capacitar trabalhadores envolvidos e implementar os processos	25.b	DivGP
	25.d	Estabelecer mecanismos de monitoramento da adesão aos processos estabelecidos	25.c	Setor de Contabilidade
	25.e	P Reavaliar periodicamente os processos, incluindo trabalhar o benchmarking dentro da rede de HUFs	25.c	Chefe da Divisão Administrativa Financeira
	25.f	Nomear os fiscais de contrato para controle dos processos em vigência	25.c	Chefe do Setor de Engenharia Clínica
Ação 26 - (Re) estabelecimento da estrutura de gestão dos pareceres técnicos	26.a	Constituir equipe responsável		GAS/Chefe da Div. Médica
	26.b	Desenvolver e aplicar um plano de capacitação com o objetivo de tornar a equipe qualificada e “facilitadora” nos processos pertinentes à organização	26.a	DivGP, Chefe do Setor Jurídico
	26.c	Definir cadastro de pareceristas por área	26.a	GAS/Chefe da Div. Médica
	26.d	Definir prazos e responsáveis para cada ação do processo organizacional	26.a/26.c	Chefe da Div. Médica/Chefe da Div. Enfermagem/ Farmácia/ Setor de Compras
	26.e	Formalizar as responsabilidades dos pareceristas dentro dos contratos internos de trabalho	26.a	GAS/DivDGP
	26.f	Estabelecer ferramenta de controle diário dos pareceres em andamento	26.d	TI
	26.g	Elaborar relatório para chefias contendo não cumprimento de prazos	26.e	Setor de Compras

Quadro 19: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 25 e Ação 26.

Ação	ID	Atividades	Precedência ID	Responsáveis
Ação 27 - Sensibilização institucional quanto aos processos de compras hospitalares	27.a	Definir conteúdo de capacitação aos trabalhadores ingressantes e de desenvolvimento contínuo	N.A	DivGP/Susana
	27.b	Definir ações de informação do fluxo dos suprimentos hospitalares	N.A	Chefe do Setor de Administração
	27.c	Estabelecer ranking de eficiência da emissão dos pareceres técnicos	N.A	Susana
Ação 28 - Padronização dos processos de gestão de e Ação 28 - Padronização dos processos de gestão de estoque	28.a	Revisar todos os procedimentos e homologar as normas	N.A	Chefe do Setor de Engenharia Clínica
	28.b	Monitorar o uso do módulo do AGHU para controle de estoque	28.a	Chefe do Setor de Hotelaria Hospitalar
	28.c	Capacitar todos os trabalhadores nas novas normas	N.A	DivGP
	28.d	Realizar pesquisa de consumo histórico e gestão dentro da rede de HUFs	28.c	Chefe do Setor de Hotelaria Hospitalar

Quadro 20: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 27 e Ação 28.

Ação	ID	Atividades	Prece-dência ID	Responsáveis
Ação 29 - Padronização dos processos de distribuição e dispensação	29.a	Rever o fluxo de distribuição entre estoques e de dispensação nas enfermarias	N.A	Chefia do Almoxarifado de Produtos para Saúde
	29.b	Definir papéis e responsabilidades	N.A	Chefia do Setor de Farmácia + Chefia do Almoxarifado de Produtos para Saúde, Chefe do Setor Jurídico
	29.c	Revisar os procedimentos e homologar as normas, incluindo ajuste dos fluxos de dispensação para utilização da prescrição eletrônica.	N.A	Gerencia de Assistência + Chefia da Divisão Médica + Chefia do Almoxarifado de Produtos para Saúde
	29.d	Desenvolver indicadores de qualidade dos processos	N.A	Chefia do Almoxarifado de Produtos para Saúde
	29.e	Monitorar os resultados dos indicadores	N.A	Chefia do Setor de Farmácia + Chefia do Almoxarifado de Produtos para Saúde, Chefe do Setor Jurídico
	29.f	Divulgar resultados	N.A	Gerencia de Atenção a Saúde + Assessoria de Comunicação
	29.g	Desenvolver mecanismos de revisão periódica dos procedimentos estabelecidos	N.A	Chefia da Divisão Médica + Chefia do Setor de Farmácia + Chefia do Almoxarifado de Produtos para Saúde, Chefe do Setor Jurídico
Ação 30 - Adoção de mecanismos que garantam a rastreabilidade de materiais	30.a	Estabelecer dispensação de materiais em Kits	N.A	Chefe do Centro Cirúrgico + Chefe do Almoxarifado de Produtos para Saúde
	30.b	Definir e implementar rotinas de conferência dos itens e de registro das informações de transferência entre estoques, com inserção em sistema de informações de saída e entrada nos estoques de origem e destino, respectivamente	N.A	Gerencia de Assistência a Saúde + Chefia do Almoxarifado de Produtos para Saúde + Equipe de Informática

Quadro 21: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 29 e Ação 30.

Ação	ID	Atividades	Precedência ID	Responsáveis
Ação 31 - Desenvolvimento e implementação da Farmácia Clínica	31.a	Constituir equipe para formação da Farmácia Clínica, incluindo membros da GAS	N.A	Chefe da Farmácia Clínica ,GAS
	31.b	Redefinir os papéis dos farmacêuticos clínicos para avaliação técnica das prescrições, dosagens, diluições de medicamentos, avaliação farmacêutica dos pacientes, participação em visitas multi, entre outras	N.A	Chefe da Farmácia Clínica e equipe farmácia
	31.c	Capacitar farmacêuticos	N.A	Professores do Curso de Farmácia UnB
	31.d	Definir indicadores de qualidade	N.A	Chefe da Farmácia Clínica, Núcleo de Gestão de Qualidade
	31.e	Desenvolver metodologia de monitoramento	N.A	Chefe da Farmácia Clínica , Núcleo de Gestão de Qualidade
	31.f	Reavaliar periodicamente os procedimentos	N.A	Chefe da Farmácia Clínica , Núcleo de Gestão de Qualidade
	31.g	Divulgar resultados	N.A	Chefe da Farmácia Clínica

Quadro 22: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 31.

Ação	ID	Atividades	Precedência ID	Responsáveis
Ação 32 - Revisão do método de Análise Crítica pós-Pregão	32.a	Revisar procedimentos e homologar normas	N.A	Chefe do Setor de Administração
	32.b	Padronizar com a EBSEH sede o método de análise pos pregão	32.a	Chefe Divisão Administrativa Financeira
	32.c	Estabelecer indicadores de qualidade	32.b	Divisão Administrativa Financeira
	32.d	Desenvolver método de monitoramento	32.c	
Ação 33 - Padronização dos documentos assistencias e administrativos	33.a	Recuperar, classificar e atualizar documentos da Acreditação	N.A	Assistente Administrativo Div. Médica
	33.b	Rever e reeditar a Norma Zero (padronização dos modelos para desenvolvimento dos POPs)	33.a	GAS, administrador hospitalar, enfermeiro, medico
	33.c	Monitorar a divulgação das cópias controladas e o prazo de homologação dos documentos	33a/33b	Assistente Administrativo Div. Médica, Núcleo de Gestão de Qualidade,

Quadro 23: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 32 e Ação 33.

Ação	ID	Atividades	Precedência ID	Responsáveis
Ação 34 - Implementação do Núcleo de Gestão da Qualidade	34.a	Constituir equipe, definir espaço de trabalho, adequar infraestrutura.	N.A	Adm.hospitalar,GAS, Chefe da Div. Médica, Chefe da Div. Enfermagem, Chefe do Setor de Vigilância em Saúde, GAD
	34.b	Elaborar o regimento interno, incluindo a definição de metodologia e periodicidade de auditoria de qualidade para avaliação de processos.	34.a	Equipe do Núcleo de Gestão de Qualidade
	34.c	Definir os indicadores de implementação, segurança e qualidade.	34.b	DivGP
	34.d	Capacitar a equipe e pessoal de todos os setores	34.c	Núcleo de Gestão de Qualidade, Chefe do Setor de Vigilância em Saúde
	34.e	Revisar anualmente o programa de gestão da qualidade para identificação de fragilidades e desenvolvimento de melhoria	34.d	Núcleo de Gestão de Qualidade e Chefe do Setor de Vigilância em Saúde
Ação 35 - Implantação de ferramentas de Gestão de Qualidade/ Gestão Eletrônica de Documentos (GED)	35.a	Identificar as necessidades funcionais para a ferramenta	N.A	Núcleo de Gestão de Qualidade
	35.b	Identificar as soluções do mercado que deem cobertura aos requerimentos funcionais	35.a	Informática
	35.c	Definir com a GAD a melhor forma de aquisição	35.b	GAD, informática, Núcleo de Gestão de Qualidade
	35.d	Implementar a ferramenta	35.c	Informática
	35.e	Capacitar os trabalhadores em sua utilização	35.d	Informática, DivGP

Quadro 24: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 34 e Ação 35.

Ação	ID	Atividades	Precedência ID	Responsáveis
Ação 36 - Implementação de indicadores de segurança e qualidade prioritários e de grande impacto	36.a	Identificar os indicadores já monitorados nos diferentes serviços	N.A.	Chefe do Setor de Vigilância em Saúde /Gestor de qualidade
	36.b	Definir quais são os indicadores de segurança e qualidade prioritários a serem monitorados.	36.a	GAS, Chefe do Setor de Vigilância em Saúde, Chefe da Div. Médica
	36.c	Elaborar ficha técnica e metodologia de coleta dos indicadores.	36.b	Gestor da qualidade/Administrador hospitalar, Chefe do Setor de Vigilância em Saúde
	36.d	Definir cronograma de início de monitoramento para cada um deles.	N.A.	GAS
	36.e	Providenciar estrutura física, recursos humanos, materiais e equipamentos para a atividade proposta.	N.A.	GAS,GAD
	36.f	Divulgar e treinar os setores que irão seguir/aplicar os indicadores	36.d	Gestor da qualidade, DivGP
	36.g	Avaliar os indicadores e elaborar relatórios	36.e	Gestor da qualidade, Administrador hospitalar
	36.h	Divulgar os resultados	36.f	Núcleo de Gestão de Qualidade, GAS, Comunicação
	36.i	Elaborar planos de ação para melhoria contínua	36.f	Núcleo de Gestão de Qualidade, Chefe do Setor de Vigilância em Saúde, Chefe da Div. Médica, GAS

Quadro 25: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 36.

Ação	ID	Atividades	Precedência ID	Responsáveis
Ação 37 - Implementação da Política de Segurança do Paciente	37.a	Definir as ações de comunicação para sensibilização da comunidade HUB com respeito à Política de Segurança e à notificação de eventos adversos	N.A.	Chefe do Setor de Vigilância em Saúde
	37.b	Atualizar o Plano de Segurança do Paciente	N.A.	
	37.c	Definir os Protocolos de Segurança do Paciente do HUB a partir dos protocolos do MS.	37.b	
	37.d	Identificar necessidades, materiais e humanas para a implantação dos protocolos.	37.c	Chefes das áreas envolvidas
	37.e	Solicitar e providenciar recursos materiais e humanos para a implantação dos protocolos.	37.d	GAD, Chefe do Setor de Vigilância em Saúde, chefias envolvidas
	37.f	Definir e divulgar cronograma de implementação dos seis Protocolos de Segurança	37.e	GAS
	37.g	Implementar sequencialmente os Protocolos de Segurança do Paciente	37.e	Chefe do Setor de Vigilância em Saúde
	37.h	Monitorar os indicadores definidos nos protocolos	37.g	
	37.i	Divulgar resultados.	37.f	GAS, Chefe da Div. Médica, Comunicação
	37.j	Planejar plano de ação de melhorias	N.A.	Núcleo de Gestão de Qualidade, Chefe do Setor de Vigilância em Saúde, GAS, Chefe da Div. Médica, Chefe da Div. Enfermagem

Quadro 26: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 37.

Ação	ID	Atividades	Precedência ID	Responsáveis
Ação 38 - Implementação processos regulatórios intra-hospitalares (NIR)	38.a	Revisar o cronograma de implementação sequencial do NIR	N.A.	Sâmara/Rozania/Izabela
	38.b	Aprimorar as ferramentas de acompanhamento	38.a	Izabela/Rozania/informática
	38.c	Criar metodologia de acesso ao mapa diário das solicitações e agendamentos	N.A.	Luiz Carlos/ELO GROUP/Izabela
	38.d	Ampliar acesso ao mapa de leitos	38.b	Izabela
	38.e	Desenvolver relatório de análise de resultado	38.a /38.b	Izabela
	38.f	Definir metas de acompanhamento e melhoria	38.a/38.b/38.c/38.d	Sâmara/Rozania/Izabela
	38.g	Divulgar relatório	38.d	Izabela
Ação 39 - Organização e Unificação do SAME	39.a	Unificar CDMA, Estatística, faturamento, marcação de consultas e ambulatório sob a mesma gestão.	N.A.	Rozania, Rodrigo, Ricardo, Marcelo, Terezinha, Sandra
	39.b	Formalizar as competências das Unidades do SAME	39.a	Rozania, Rodrigo, Ricardo, Marcelo, Terezinha, Sandra
	39.c	Monitorar o funcionamento do SAME	39.b	Rozania, Rodrigo, Ricardo, Marcelo.

Quadro 27: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 38 e Ação 39.

Ação	ID	Atividades	Precedência ID	Responsáveis
Ação 40 - Registros das informações nos sistemas Federais e Distrital	40.a	Definir os setores responsáveis por cada registro específico	39.a	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde
	40.b	Capacitar equipe para registro das informações nos sistemas específicos	40.a	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, DivGP, GEP
	40.c	Modelagem do processo de registro das informações nos sistemas Federais e Distrital (evitando os retrabalhos)	40.b	Informática/ NIR
	40.d	Capacitação dos atores que irão usar a ferramenta	40.c	DivGP, informática
Ação 41- Contratação interna e avaliação da produção ambulatorial e hospitalar	41.a	Definir capacidade instalada de cada especialidade priorizada	N.A.	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, Rodrigo, Ricardo, Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica
	41.b	Desenvolver e implementar contrato interno de metas assistenciais a serem cumpridas	41.a	GAS, Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, Assessoria de Comunicação
	41.c	Criar indicadores de monitoramento	41.b	GAS, Setor de Regulação e Avaliação em Saúde
	41.d	Estabelecer programa de divulgação transparente dos resultados (interna e externa)	41.c	GAS, Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, Assessoria de Comunicação

Quadro 28: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 40 e Ação 41.

Ação	ID	Atividades	Precedência ID	Responsáveis
Ação 42 - Acompanhamento do cumprimento das metas da contratualização com o gestor do SUS	42.a	Monitorar o cumprimento das metas	N.A	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde
	42.b	Identificar as barreiras de cumprimento e as produções maiores que as metas pactuadas	N.A	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde
	42.c	Planejar estratégia para melhoria da produção identificada como insuficiente	N.A	GAS, Chefe da Div. Médica, Setor de Regulação e Avaliação em Saúde
	42.d	Identificar recomendações para a repactuação com o gestor local	N.A	GAS, Chefe da Div. Médica, Setor de Regulação e Avaliação em Saúde
Ação 43 - Elaboração de programas de atenção integral ao paciente	43.a	Estabelecer critérios multiprofissionais de triagem admissão, internação e alta	N.A.	GAS, Chefe da Div. Gestão de Cuidados, Chefe da Div. Médica, Chefe da Div. Enfermagem, Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, Chefe da Unidade de Pronto Atendimento
	43.b	Redefinir responsabilidade de cada categoria profissional dentro do trabalho desenvolvido pela equipe	43.a	
	43.c	Revisar e reformular as rotinas assistenciais a partir do cuidado assistencial	43.b	
	43.d	Monitorar o cumprimento das rotinas multiprofissionais previstas e definir ações corretivas	N.A.	
	43.e	Promover capacitação de todas as categorias em conjunto à educação continuada e permanente	43.c	Chefe da Div. Médica, Chefe da Div. Enfermagem, Educação Continuada Enfermagem, Chefe da Unidade de Pronto Atendimento

Quadro 29: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 42 e Ação 43.

Ação	ID	Atividades	Precedência ID	Responsáveis
Ação 44 - Elaboração de plano de cuidado multiprofissional	44.a	Estabelecer avaliação inicial multiprofissional para admissão e definição do plano de cuidado com previsão de permanência	N.A.	Chefe da Div. Médica, Chefe da Div. Enfermagem, chefias das linhas de cuidado
	44.b	Definir profissional responsável pelo acompanhamento do caso	44.a	Chefe da Div. Médica, Chefe da Div. Enfermagem, Educação Continuada Enfermagem, Chefe da Unidade de Pronto Atendimento, chefias das linhas de cuidado
	44.c	Realizar treinamento e sensibilização dos profissionais e alunos nesta perspectiva.	44.b	Chefias das linhas de cuidado
	44.d	Realizar monitoramento e avaliação do plano de cuidado	N.A.	Chefe da Div. Médica, Chefe da Div. Enfermagem, chefias das linhas de cuidado
Ação 45 - Oficialização dos Programas de Residência em Saúde como disciplinas da UnB	45.a	Definir cronograma de reuniões individuais com os professores	N.A.	Setor de Gestão de Ensino
	45.b	Descrever os programas de residência no formato de disciplina conjuntamente com os professores, iniciando pelos programas que serão cadastrados em 2014	45.a	Equipe da GEP
	45.c	Solicitar acesso ao sistema da UnB	N.A.	GEP
	45.d	Cadastrar as disciplinas na Secretaria de Assuntos Acadêmicos (SAA)	45.b, 45.c	Equipe da GEP

Quadro 30: Relação das atividades por ações do HUB referente à 44 e Ação 45.

Ação	ID	Atividades	Precedência ID	Responsáveis
Ação 46 - Reconhecimento de créditos aos docentes que atuam no HUB	46.a	Identificar as atividades (assistenciais, pós-graduação e outras) não reconhecidas como atividade docente/ mapeamento do corpo docente no HUB	N.A.	Equipe da GEP
	46.b	Negociar com os departamentos da UnB o reconhecimento dessas atividades	46.a	GEP, Setor de Gestão de Ensino
	46.c	Negociar com os decanatos de graduação e pós-graduação o reconhecimento dessas atividades.	46.b	GEP, Setor de Gestão de Ensino
	46.d	Discutir com a UnB a proposta de aumento do peso da atividade assistencial na progressão funcional do docente	N.A.	GEP, Setor de Gestão de Ensino
Ação 47 - Realização de diagnóstico das condições percebidas para desenvolvimento de atividades no HUB	47.a	Definir o universo da pesquisa	N.A.	Equipe da GEP
	47.b	Elaborar questionário on-line à comunidade acadêmica	47.a	Setor de Gestão de Ensino
	47.c	Validar a pesquisa com o decanato	47.b	GEP e Setor de Gestão de Ensino
	47.d	Aplicar o questionário on-line	47.c	Setor de Gestão de Ensino
	47.e	Analisar os resultados e definir plano de ação	47.d	Equipe da GEP

Quadro 31: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 46 e Ação 47.

Ação	ID	Atividades	Precedência ID	Responsáveis
Ação 48 - Integração entre o corpo docente e assistencial para elaboração dos protocolos clínicos	48.a	Identificar atores favoráveis para implantação de um piloto de grupo de pesquisa e inovação de protocolos clínicos	N.A.	GEP, Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica
	48.b	Articular com a GAS	N.A.	GEP
	48.c	Implantar o piloto	N.A.	GEP, GAS e equipe piloto
	48.d	Divulgar os resultados do piloto de grupo de pesquisa	4.a/4.b	Unidade de Telessaúde
	48.e	Ampliar a abrangência do modelo desenvolvido	4.c	Equipe da GEP
Ação 49 - Definição do modelo* de ensino do HUB junto aos docentes	49.a	Definir os tópicos a serem discutidos para a formulação do modelo	N.A.	GEP, Setor de Gestão de Ensino
	49.b	Divulgar iniciativa para o corpo docente	49.a	Setor de Gestão de Ensino, Unidade de Telessaúde
	49.c	Organizar fóruns de discussão com os docentes	49.b	Equipe da GEP
	49.d	Definir o modelo de ensino	49.c	GEP, Setor de Gestão de Ensino, Unidade de Telessaúde
	49.e	Validar o modelo com a UnB	49.d	GEP, Setor de Gestão de Ensino, Unidade de Telessaúde

Quadro 32: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 48 e Ação 49.

Ação	ID	Atividades	Precedência ID	Responsáveis
Ação 50 - Definição das normas para realização de estágios curriculares e internato	50.a	Definir o fluxo do processo entre as faculdades e a DAIA	N.A.	Setor de Gestão de Ensino
	50.b	Identificar as áreas destino de cada tipologia de estagio (com e sem professor) e catálogo de vagas	N.A.	Chefe da Unidade de Graduação
	50.c	Definir o contrato/convenio padrão de estagio e modelos de edital	N.A.	Setor de Gestão de Ensino
	50.d	Definir canais de divulgação do catálogo de vagas	50a, 50b, 50c	GEP, Setor de Gestão de Ensino
Ação 51 - Estabelecimento de mecanismo de controle das atividades e dos estudantes dentro do HUB	51.a	Recadastrar os estudantes que atuam no HUB de forma a dar visibilidade às demandas	N.A	Setor de Gestão de Ensino
	51.b	Registrar as atividades desenvolvidas pelos estudantes	N.A	Setor de Gestão de Ensino, chefe da Unidade de Graduação e Cursos Técnicos
	51.c	Estabelecer e divulgar cronograma para inserção de atividades de ensino no HUB	N.A	Setor de Gestão de Ensino
	51.d	Estabelecer mecanismos de controle de acesso e areas de praticas	N.A	GEP, GAD
	51.e	Negociar a inclusão de "nada consta" da GEP para formatura do estudante ou emissão de certificado	N.A	GEP

Quadro 33: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 50 e Ação 51.

Ação	ID	Atividades	Prece-dência ID	Responsáveis
Ação 52 - Estabelecimento de vínculo de trabalho entre a GEP e os Decanatos	52.a	Apresentar a equipe e o plano de trabalho da GEP	N.A	Equipe da GEP, Unidade de Graduação e Cursos Técnicos, Unidade de Pós-graduação
	52.b	Solicitar um cronograma de reuniões periódicas	N.A	
	52.c	Discutir o relatório de atividades de ensino e negociar melhorias para as condições de ensino	N.A	
	52.d	Criar mecanismos de divulgação conjunta de atividades e notícias	N.A	
Ação 53 - Identificação das necessidades de infraestrutura física para ensino e pesquisa	53.a	Descrever a infraestrutura física disponível para as atividades de ensino, pesquisa e telessaúde	N.A.	Setor de Gestão de Ensino, Unidade de Telessaúde, Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica
	53.b	Identificar necessidades de infraestrutura física	N.A.	Equipe da GEP
	53.c	Identificar local e propor um projeto de ambiente de convivência para o docente no HUB	53.a	GEP
	53.d	Formalizar essas necessidades junto à Gerência Administrativa (GAD), Superintendência e EBSEH	N.A.	
	53.e	Negociar com a GAD a elaboração de projetos para construção de novas áreas de ensino e pesquisa	53.a/53.b/53.c	

Quadro 34: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 52 e Ação 53.

Ação	ID	Atividades	Precedência ID	Responsáveis
Ação 54 - Criação de condições e espaços de ensino	54.a	Elaborar normas para uso de armários para guarda de pertences dos estudantes	N.A.	GEP
	54.b	Definir locais, instalar armários e divulgar normas de uso.	53.a	Setor de Gestão de Ensino
	54.c	Planejar e equipar os ambientes de ensino	N.A.	Unidade de Telessaúde
	54.d	Negociar a ampliação de acesso da rede wi-fi	N.A.	GEP
	54.e	Rever o projeto arquitetônico da Biblioteca	N.A.	
	54.f	Articular junto com a GAD, o Superintendente e a EBSEH a priorização e a construção da Biblioteca	54.e	
	54.g	Estimar custos para mobiliário, equipamentos e acervo da biblioteca	54.e/54.f	GEP, Equipe BCE
	54.h	Elaborar projeto para criação dos Laboratórios de Simulação	54.b	Unidade de Telessaúde
	54.i	Articular com a GAD, o Superintendente e a EBSEH a construção do Laboratório de Simulação.	54.h	GEP
	54.j	Identificar as atuais áreas de prática	N.A.	Setor de Gestão de Ensino
	54.k	Redistribuir as áreas de prática, principalmente ambulatorios.	54.j	Setor de Gestão de Ensino
	54.l	Definir prioridades de e-saúde para o HUB	N.A.	Equipe GEP e Conselho Executivo
	54.m	Construir Grupo de Trabalho de e-saúde com a Faculdade de Medicina	54.l	Unidade de Telessaúde
	54.n	Participar do Grupo de Trabalho de e-saúde da Assessoria de Ensino e Pesquisa da Ebserh	N.A.	
	54.o	Implementar ações de e-saude definidas pelo Grupo de Trabalho da Ebserh	54.n	

Quadro 35: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 54.

Ação	ID	Atividades	Precedência ID	Responsáveis
Ação 55 - Estruturação conjunta à COREMU de equipe de preceptores para a Residência Multiprofissional	55.a	Rever as normas que regem a preceptoria da Residência Multiprofissional	N.A.	Setor de Gestão de Ensino, Unidade de Pós-graduação , COREMU
	55.b	Identificar as necessidades de preceptoria	N.A.	Unidade de Pós-graduação , COREMU
	55.c	Realizar mapeamento da formação e experiência dos profissionais	N.A.	COREMU, DivGP
	55.d	Identificar necessidades de qualificação	55.a/55.c	GEP, Setor de Gestão de Ensino, COREMU
	55.e	Qualificar preceptores	55.d	COREMU, GEP e Setor de Gestão de Ensino
	55.f	Definir mecanismos de incentivo institucional para preceptoria	N.A.	Equipe GEP
	55.g	Articular com a GAS o treinamento em serviço dos residentes	55.b	GEP
	55.h	Negociar com a UnB e EBSEH mecanismo de incentivo para preceptoria	N.A.	GEP
	55.i	Divulgar a política de incentivo à preceptoria	55.h	Equipe da GEP
	55.j	Rever as normas que regem a preceptoria da Residência Multiprofissional	N.A.	Setor de Gestão de Ensino, Unidade de Pós-graduação , COREMU
	55.k	Identificar as necessidades de preceptoria	N.A.	Unidade de Pós-graduação , COREMU
	55.l	Realizar mapeamento da formação e experiência dos profissionais	N.A.	COREMU, DivGP

Quadro 36: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 55.

Ação	ID	Atividades	Precedência ID	Responsáveis
Ação 56 - Reestruturação da pesquisa no HUB	56.a	Analisar o fluxo existente para Pesquisa Clínica e Pesquisa Acadêmica;	N.A.	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica
	56.b	Identificar as limitações dos fluxos para o gerenciamento e controle dos projetos pelo hospital	56.a	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica
	56.c	Propor e aprovar a criação do Colegiado de Pesquisa ao Conselho Executivo.	N.A.	GEP, Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica
	56.d	Nomear os membros do Colegiado de Pesquisa	56.c	Superintendente
	56.e	Propor e aprovar a criação do Comitê de Pesquisa ao Conselho Executivo.	N.A.	GEP, Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica
	56.f	Nomear membros do Comitê de Pesquisa	56.e	Superintendente
	56.g	Instituir mecanismos de comunicação com as Comissões de Pós-Graduação dos cursos que desenvolvem atividades no HUB	N.A.	GEP, Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica
	56.h	Discutir a criação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos no HUB.	N.A.	Equipe GEP

Quadro 37: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 56.

Ação	ID	Atividades	Precedência ID	Responsáveis
Ação 57 - Revisão das normas para submissão de projetos de pesquisa	57.a	Discutir a proposta para novos fluxos de pesquisa acadêmica (TCC, Dissertações e Teses) e Clínica.	56.b	Marcelo
	57.b	Elaborar e validar junto ao conselho executivo proposta para submissão de projetos de pesquisas, em consonância com as exigências da Plataforma Brasil;	57.a	Cátia, Marcelo
	57.c	Atualizar e criar formulários para submissão de propostas por meio eletrônico;	57.b	Marcelo
	57.d	Implementar plataforma eletrônica para submissão de projetos	57.c	Marcelo, Rafael
	57.e	Estabelecer mecanismos de controle de acesso a dados institucionais, prontuários e ou paciente.	N.A.	Cátia, Marcelo
	57.f	Capacitar a equipe administrativa de GEP sobre o novo fluxo de pesquisa	57.d	Cátia, Marcelo
	57.g	Divulgar as novas normas.	57.d	Equipe GEP
	57.h	Monitorar a implantação dos novos fluxos e realizar ajustes necessários.	56.f/57.d	Marcelo

Quadro 38: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 57.

Ação	ID	Atividades	Precedência ID	Responsáveis
Ação 58 - Implantação de análises de viabilidade técnica e financeira de Projetos de Pesquisa	58.a	Criar normas e definir critérios técnicos de avaliação dos projetos de pesquisa	56.f	Equipe GEP
	58.b	Validar normas junto ao Conselho Executivo	58.a	GEP
	58.c	Compor a equipe da GEP com profissionais qualificados para análise técnica e financeira	N.A.	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica
	58.d	Compor cadastro de pareceristas	N.A.	Equipe GEP
	58.e	Definir mecanismos de ajustes periódicos dos critérios de avaliação	56.f/58.b	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica, Colegiado de Pesquisa
	58.f	Apresentar a proposta aos pesquisadores e docentes	58.b/58.c	Equipe GEP
	58.g	Monitorar as ações implementadas	58.e	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica

Quadro 39: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 58.

Ação	ID	Atividades	Precedência ID	Responsáveis
Ação 59 - Estímulo à realização de pesquisas no HUB	59.a	Capacitar equipe para realizar prospecção de Editais de fomento a pesquisa	N.A.	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica
	59.b	Divulgar editais junto aos pesquisadores e grupos de pesquisa	59.a	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica, Unidade de Telessaúde
	59.c	Identificar pesquisadores e grupos de pesquisa que atendam os requisitos de edital específicos	59.a	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica
	59.d	Capacitar a equipe da GEP para apoiar os profissionais no atendimento aos requisitos dos editais	N.A.	Equipe GEP
	59.e	Incentivar a participação de docentes em editais de fomento à Pesquisa	N.A.	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica, Unidade de Telessaúde
	59.f	Dar visibilidade ao HUB como campo de práticas para desenvolvimento de projetos conjuntos com os programas de pós-graduação e docentes da UnB	56.g	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica, Unidade de Telessaúde
	59.g	Desenvolver ações junto aos órgãos de fomento quando das chamadas públicas para elaboração de editais relacionados à pesquisa acadêmica	N.A.	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica
	59.h	Participar de grupo de trabalho da Assessoria de Ensino e Pesquisa da Ebserh para a criação da Rede de HUF para o desenvolvimento de pesquisa clínica.	N.A.	GEP, Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica

Quadro 40: Relação das atividades por ações do HUB referente à Ação 59.

Não cumprimento de carga horária	Atores relevantes e sua motivação										Capacidade de Rejeição
	DivGP	DGP EBSERH	DGP UnB	GAS	GAB	Servidores RJU	Empregados EBSERH	Professores	TI	Engenharia	
Implantação do ponto biométrico	A (+)	A (+)	A (-)	A(+)	A (+)	A (-)	A (0)	-	A +	A+	Sim
Estruturação do mecanismo de gestão dos processos de trabalho das chefias	A (+)	A (+)	B (0)	A(+)	A (+)	B (-)	B (0)	A (-)	-	-	Sim

5.2. Análise de viabilidade

Análise de Viabilidade do PDE – Gestão de Pessoas

A implantação do ponto biométrico corre o risco de não ter as respostas esperadas pelo interesse negativo de atores que controlam ações críticas para esta operação. Há necessidade de uso de persuasão com divulgação adequada das ações para adesão dos participantes. A atuação das chefias será fundamental para o controle do cumprimento da carga horária. As chefias devem estar bem orientadas sobre seu papel nessa ação.

Inexistência de reconhecimento profissional	Atores relevantes e sua motivação						Capacidade de Rejeição		
	DivGP	DGP EBSERH	DGP UnB	GAS	GAB	Servidores RJU	Empregados Ebserh	Professores	
Estabelecimento de política de valorização profissional	A +	A +	A +	A+	A+	A +	A +	A +	Não
Implementação da política de valorização do profissional do HUB	A +	A +	A +	A+	A+	A +	A +	A +	Não
Instituição de Programa de desenvolvimento profissional	A +	A +	A +	A+	A+	A +	A +	A +	Não
Instituição de Programa de Qualidade de Vida do Trabalhador	A +	A +	A +	A+	A+	A +	A +	A +	Não
Implementação de Pesquisa de satisfação do trabalhador	A +	A +	A +	A+	A+	A +	A +	A +	Não

A valorização profissional e programas de qualidade de vida são componentes importantes da política de gestão de pessoas. Apesar da complexidade das ações e diversidade de atores envolvidos, a capacidade de rejeição é nula, contando com a colaboração potencial existente. Na ação “instituição de Programa de Qualidade de Vida do Trabalhador” visualizamos duas atividades com capacidade de rejeição, uma vez que o ator de valor alto controla um recurso crítico. Neste caso tratamos dos colaboradores da UnB, com potencial altíssimo de contribuição nestas atividades, mas com relação ainda não bem definida e pactuada com a nova configuração adotada pelo HUB. Faz-se necessário investimento em estratégias de pactuação junto à universidade no sentido de obter colaboração, intelectual principalmente, na execução dessas operações.

Indefinição do processo de avaliação de desempenho	Atores relevantes e sua motivação									Capacidade de Rejeição
	DivGP	DGP EBSERH	DGP UnB	GAS	Chefias HUB	GAD	GAB	Servidores RJU	Empregados Ebserh	
Instituição do programa de avaliação de desempenho profissional	A +	A +	A +	A +	M+	A +	A +	A-	A(0)	Sim
Desenvolvimento de uma proposta de política integrada de avaliação de desempenho	A +	A +	A +	A +	M+	A +	A +	A-	A(0)	Sim

A capacidade de rejeição associada ao processo de avaliação de desempenho profissional traduz uma ligação com a ideia de punição. Atualmente esse recurso é utilizado para avaliação da necessidade de capacitação de pessoal. Historicamente o HUB não realiza avaliação de desempenho e sua implantação será motivo de conflitos.

Análise de Viabilidade do PDE – Contratualização

Embora não haja capacidade de rejeição falta ao HUB recursos humanos em número e capacitação adequados e software de gestão de equipamentos que têm um alto custo. Além disso na revisão dos contratos de manutenção há necessidade de interferência da Ebserh Matriz para que os mesmos sejam realizados de maneira mais efetiva para cada hospital.

Equipamentos Inativos/Inefetivos		Inventário e Adequação das Condições de Uso dos Equipamentos Relacionados à Assistência no HUB	Revisão dos Contratos de Manutenção
Atores relevantes e sua motivação	EBSERH DAS	A+	B+
	EBSERH DIL	A+	A+
	Setor de Apoio Diagnóstico	A+	A+
	GAB	A+	A+
	Engenharia Clínica HUB	A+	A+
	Professores	M+	B+
	Técnicos Assistenciais	A+	B+
	GAS	A+	M+
	Corpo Discente	M+	B+
	Setor de Administração	M+	M+
	Regulação Interna	M+	B+
	Regulação Externa	B+	B(0)
	TI	B+	B(0)
	Ministério Público	B+	B(0)
	Gestão Contratos	M+	A+
	GAD	A+	A+
	GEP	M+	M+
Capacidade de Rejeição		NÃO	NÃO

Demora de Laudos	Atores relevantes e sua motivação														Capacidade de Rejeição
	Almoxarifado	EBSERH DAS	GAB	Div. GP	Professores	Téc. Assist	GAS	Corpo Discente	Regulação Interna	TI	Ministério Público	Setor de Compras	GAD	GEP	
Distribuição regular de insumos e lotação de profissionais para realização de exames	A+	M+	A+	M+	B+	A+	A+	B+	A+	M+	B+	A+	A+	M+	Não
Determinação de prazos para entrega de laudos	-	-	A+	-	M+	A-	A+	M-	M+	M+	-	-	-	M+	Sim

Além da regularização do fornecimento de insumos, dependente do Setor de Compras, há necessidade de melhor distribuição dos profissionais alocados nas diversas áreas de exame, provimento de ferramentas de informática para que a gestão desses laudos seja mais adequada e consolidação da definição de competências e avaliação de desempenho dos funcionários.

Absentismo de Pacientes	Atores relevantes e sua motivação													Capacidade de Rejeição
	GAB	GAS	Professores	Tec. Assist	Corpo Discente	Reg. Interna	Reg. Externa	TI	Ministério Público	GEP	Comissão de Contratação	Ebserh Regulação	Divisão de Enfermagem	
Controle da Realização de Exames e Interconsultas em Pacientes Internados	A+	A+	M-	M-	M-	A+	B+	A+	M+	A+	A+	M+	M+	Sim
Controle de Exames e Consultas Ambulatoriais	A+	A+	M-	M-	M-	A+	B+	A+	M+	A+	A+	M+	M+	Sim

O absenteísmo de pacientes gerado pela regulação externa do serviço do hospital (macroregulação) poderá ser minimizado com uma atuação mais incisiva do NIR no aproveitamento dessas vagas para uso interno do hospital. Além disso, a implantação da confirmação da intenção de uso do procedimento 24 a 48 horas antes do mesmo também poderá contribuir para diminuição dessa taxa. É necessário trabalhar junto aos profissionais com resistência ao controle do NIR por meio de persuasão demonstrando a importância da contratação para otimizar os serviços do hospital.

Irregularidade de abastecimento de insumos críticos para alta complexidade		Padronização de insumos assistenciais para alta complexidade	Realização da pactuação interna
Atores relevantes e sua motivação	Ebserh DAS	A+	B+
	Ebserh DIL	M+	-
	GAB	A+	A+
	GAS	A+	A+
	GEP	A+	A+
	GAD	A+	A+
	Setor de Vigilância em Saúde	M+	A+
	Divisão Enfermagem	A+	A+
	Divisão Médica	A+	A+
	Professores	A-	A-
	Técnicos Assistenciais	A-	A-
	Corpo Discente	A(0)	B-
	Chefias HUB	A+	A+
	Compras	A+	-
	Almoxarifado	A+	-
	Suprimentos	A+	-
	Setor de Apoio Diagnóstico	A+	A+
	NIR	A+	A+
Capacidade de Rejeição		Sim	Sim

18

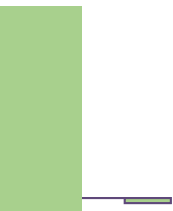
Há necessidade de planejamento de utilização de insumos pela Alta Complexidade por meio da programação do número de procedimentos a ser realizado. Além disso, integrar ações dos usuários dos equipamentos e suas chefias ao almoxarifado e áreas administrativas para controle de estoque e a reposição dos insumos. Problema maior é a padronização de insumos porque os profissionais tendem a ter as suas preferências.

Registro inadequado de 30% da produção		Atores relevantes e sua motivação												Capacidade de Rejeição	
		GAB	GAP	GAP	Esse DAS	Tic Assist	Professor Assist	Professor Disc	Gestor Disc	SEAS Interna	SAME Acompanh	Comissão de Prontuário	Comissão de Prontuário		
assistência		A+	A+	A+	B+	M+	A-	M-	M-	A+	A+	A+	A+		Sim
Sistematização do registro em prontuário	A+	A+	-	A+	A+	-	A-	M-	A+	A+		A+	A+	A+	Sim
Reavaliação das Metas Pactuadas com o Gestor Local		A+	A+	A+	B+	B+	M+	M+	-	B+	B(0)	A+			Não
Revisão da atuação da Comissão de Prontuário															
Ampliação das fontes de financiamento do HUB	A+	M+	A+	M+	-	M+	A-	M+	-	-		-	-	-	Não
Estabelecimento de mecanismos de segurança da informação dos dados dos usuários		A+	A+	A+	-	A+	A-	M-	M-	M+	A+	A+			Sim

A pactuação de metas assistenciais por si só é um grande motivo de conflito interno porque determina metas de produção. Devido a diferença de visão do papel do HUB na rede esse ponto envolverá uma negociação conflituosa entre o Gestor local e o HUB. É imprescindível a atuação junto ao Gestor Local do SUS e sua equipe para a contratação de atenção integral ao paciente e não apenas procedimentos.

18

Esta ação implica em uma negociação conflituosa porque as pessoas tendem a registrar menos do que o efetivamente feito. A solução desse problema é complexa, exige discussão sobre aspectos éticos, jurídicos e da repercussão na contratualização do hospital e consequentemente no seu financiamento.



A instituição vem há mais de dois anos discutindo e definindo estratégias de implantação das linhas de cuidado e sua inserção na rede assistencial da SES. Como já ressaltado, a maior barreira vem das expectativas do GDF sobre o trabalho do HUB.

Identificação do papel do HUB nas linhas de cuidado das redes prioritárias		Inserção do HUB nas linhas de cuidado prioritárias
Atores relevantes e sua motivação	EBSERH DAS	A+
	GAB	A+
	GAS	A+
	GEP	A+
	Professores	A-
	Técnicos Assistenciais	B+
	Corpo Discente	A+
		A-
	Gestor local	A-
	SAS/SES	A-
	Comissão de Acompanhamento do Contrato	A+
		A-
	Setor de Contatualização da Ebserh	A+
	Setor de Regulação da Ebserh	M+
	Gestores das Linhas de Cuidado da SES	B+
	Áreas da F.M.	M-
	Reitoria	B+
	Regulação Interna	A+
	Regulação Externa	A+
Capacidade de Rejeição		Sim

Análise de Viabilidade do PDE – Gestão da Clínica

A padronização de processos, fluxos e procedimentos assistenciais exige uma grande pactuação entre todos os atores envolvidos e a superação da resistência individual e coletiva da percepção de controle que a padronização representa. No HUB a Farmácia Hospitalar necessita de uma revisão de seu funcionamento e isso acarretará um confronto com os farmacêuticos RJU.

Gestão documental da clínica incipiente		Padronização dos documentos assistenciais e administrativos
Atores relevantes e sua motivação	Ebserh DAS	A+
	Ebserh Gestão de Qualidade	A+
	GAB	A+
	GAS	A+
	GAD	A+
	GEP	A+
	Setor de Vigilância em Saúde	A+
	Professores	M+
	Técnicos Assistenciais	A+
	Corpo Discente	M+
	Divisão Enfermagem	A+
	Divisão Médica	A+
	Chefias HUB	A+
	Almoxarifado	-
	Farmácia	A-
	Regulação Interna	A+
	TI	A (0)
	DLIHHUB	M+
Capacidade de Rejeição		Sim

A qualifica
duas MS e há
compreensão dos
profissionais de
sua importância
para diminuição
do número de
erros evitáveis.

Falta de monitoramento de indicadores de qualidade e segurança		Implementação de indicadores de segurança e qualidade prioritários e de grande impacto	Implementação do Núcleo de Gestão da Qualidade	Implantação de ferramentas de Gestão de Qualidade/Gestão Eletrônica de Documentos (GED)			
Atores relevantes e sua motivação	Ebserh DAS	A+	A+	A+			
	Ebserh Gestão de Qualidade	A+	A+	A+			
	GAB	A+	A+	A+			
	GAS	A+	A+	A+			
	GAD	A+	A+	A+			
	GEP	A+	A+	A+			
	Setor de Vigilância em Saúde	A+	A+	A+			
	Professores	M+	M+	M+			
	Técnicos Assistenciais	M+	A+	Implantação incipiente dos protocolos de segurança do MS		Implementação da Política de Segurança do Paciente	
	Corpo Discente	M (0)	M+				
	Divisão Enfermagem	A+	A+				
	Divisão Médica	A+	A+				
	Chefias HUB	A+	A+				
	Almoxarifado	-	-				
	Farmácia	-	A-				
	Regulação Interna	A+	A+				
	TI	A (0)	A (0)				
	DLIHHUB	M+	M+				
	Capacidade de Rejeição		Não	Não			

existência de indicadores a assistência. Segurança e qualidade são diretrizes do

implantação de protocolos de segurança do paciente é uma recomendação do da Saúde que envolve uma série de ações administrativas e assistenciais de

Hospital Universitário de Brasília SGAN 605 - CEP:70.830-200 - Brasília DF (61) 3448-5000

Atores relevantes e sua motivação	Ebserh DAS		A+
	Ebserh Gestão de Qualidade		A+
	GAB		A+
	GAS		A+
	GAD		A+
	GEP		A+
	Setor de Vigilância em Saúde		A+
	Professores		M (0)
	Técnicos Assistenciais		A+
	Corpo Discente		M (0)
	Divisão Enfermagem		A+
	Divisão Médica		A+
	Chefias HUB		A+
Almoxarifado		M+	
Farmácia		A+	
Regulação Interna		A+	
TI		A (0)	
DLIHHUB		M+	
Capacidade de Rejeição		Não	

existência de indicadores a assistência. Segurança e qualidade são diretrizes do

A implantação de protocolos de segurança do paciente é uma recomendação do Ministério da Saúde que envolve uma série de ações administrativas e assistenciais de

padronização de procedimentos. Essa padronização traz conflitos por causa da inércia e devem ser resolvidos por meio de normas internas do hospital, profissionais e indicadores Todos esses em evidências

persuasão dos monitoramento de pré-estabelecidos. aspectos devem levar consideração as científicas dos procedimentos.

Todo envolve atores o NIR é de vital atenção otimização cumprimento interna e

processo de controle conflitos entre os envolvidos, entretanto estabelecimento do importância para a integral ao paciente, interna de serviços e da contratualização externa com o Gestor

Regulação interna incipiente	Implementação dos processos regulatórios intra-hospitalares (NIR)	Organização e Unificação do SAME	Registro das informações nos sistemas federais e distrital	Contratualização interna e avaliação da produção ambulatorial e hospitalar	Acompanhamento do cumprimento das metas da contratualização com o Gestor do SUS
Atores relevantes e sua motivação	Ebserh DAS	A+	A+	A+	A+
	Ebserh Regulação	A+	A+	A+	A+
	Ebserh Contratos	-	-	-	A+
	GAB	A+	A+	A+	A+
	GAS	A+	A+	A+	A+
	GAD	-	-	A+	A+
	GEP	A+	A+	A+	A+
	Setor de Vigilância em Saúde	A+	A+	A+	-
	Professores	M-	M-	M-	A-
	Técnicos Assistenciais	M-	M-	M-	A-
	Corpo Discente	M-	M-	M-	A-
	Divisão Enfermagem	A+	A+	M+	A+
	Divisão Médica	A+	A+	A+	A+
	Chefias HUB	M-	M+	M+	A(0)
	Regulação Interna	A+	A+	A+	A+
	TI	M (0)	M (0)	M (0)	M(0)
	Gestor do SUS	-	-	-	A+
	SAS/SES	-	-	-	A+
	Comissão de Acompanhamento do Contrato	-	-	-	A(0)
	Capacidade de Rejeição	Sim	Sim	Sim	Sim

local do SUS. Isso deve ser resolvido por meio da definição do modelo assistencial sendo que as necessidades do paciente devem ser supridas dentro da linha de cuidado que é de responsabilidade das instituições e dos profissionais envolvidos. Há necessidade de uma pactuação interna por meio de contratos de trabalho entre as diversas chefias e os profissionais de modo a atingir as metas assistenciais e o cumprimento do contrato com o Gestor local do SUS.

É de longa data a dificuldade de interação entre os diversos profissionais de saúde. Há necessidade de integrar os diversos profissionais valorizando a realização de atividades com objetivo comum de atenção integral ao paciente. Nesse sentido precisamos atuar nos diversos ambientes e modelos de atividades assistenciais e no dimensionamento de pessoal compatível com o trabalho em equipe.

Ausência de trabalho em equipe multiprofissional		Elaboração de programas de atenção integral ao paciente	Elaboração de plano de cuidado multiprofissional
Atores relevantes e sua motivação	Ebserh DAS	A+	A+
	Ebserh Gestão de Qualidade	A+	A+
	Ebserh DGP	A-	A-
	GAB	A+	A+
	GAS	A+	A+
	GEP	A+	A+
	Setor de Vigilância em Saúde	A+	A+
	Divisão Enfermagem	A+	A+
	Divisão Médica	A+	A+
	Professores	M-	M-
	Técnicos Assistenciais	M-	M-
	Corpo Discente	M-	M-
	Chefias HUB	A+	A+
	DivGP	A(0)	A(0)
	Conselho Profissional de Classe	M-	M-
	Comissão de Acompanhamento do Contrato	M-	M-
Capacidade de Rejeição		Sim	Sim

Falta de auxílio técnico em tempo adequado da área demandante	Atores relevantes e sua motivação													Capacidade de Rejeição
	GAB		GAD	GAS	/CGU	Representante do Conselho Administrativo	TCU/TCUC	TCU/TCUC	TCU/TCUC	TCU/TCUC	TCU/TCUC	TCU/TCUC	TCU/TCUC	TCU/TCUC
(Revisão e elaboração de manuais e procedimentos e de controle relacionado à ação apresentada corre o risco de não proporcionar os resultados esperados em razão dos interesses negativos dos atores que contribuem para o controle das ações críticas para esta operação. Há necessidade de estratégias voltadas para atores contrários a ação apresentada. O uso de estratégias de negociação e cooperação maximiza a possibilidade de apoio e legitimação para o projeto.	A (+)		A (+)	A (+)	A (+)	M (+)	M (+)	M (+)	M (+)	M (+)	M (+)	M (+)	M (+)	Não
Sensibilização	A (+)		A (+)	M	M	B (+)	B (+)	B (+)	M (+)	M (+)	M (+)	M (+)	M (+)	Sim
Consolidação dos processos de compras e vinculação dos processos de compras para as unidades hospitalares estabelecidas	A (+)		A (+)	M (+)	A (+)	B (0)	B (0)	M (+)	M (+)	M (+)	M (+)	M (+)	M (+)	Não

Análise de Viabilidade do PDE – Gestão de Compras

A revisão e elaboração de manuais e procedimentos e de controle relacionado à ação apresentada corre o risco de não proporcionar os resultados esperados em razão dos interesses negativos dos atores que contribuem para o controle das ações críticas para esta operação. Há necessidade de estratégias voltadas para atores contrários a ação apresentada. O uso de estratégias de negociação e cooperação maximiza a possibilidade de apoio e legitimação para o projeto.

18

Na ação “Sensibilizar a Instituição quanto à importância dos processos de compras” visualizamos uma atividade com capacidade de rejeição, uma vez que o ator de valor alto controla um recurso crítico. Neste caso ressaltamos quanto à importância dos pareceres técnicos qualificados para contribuir com um bom andamento do processo.

Acompanhamento inadequado do consumo	Atores relevantes e sua motivação											Capacidade de Rejeição
	GAB	GAD	GAS	CGU /TC U	Representantes Do Conselho Comunitário	DAF / UNB	DAF EBSERH	Servidores RJU	Empregados Ebserh	Almoxarifados	Chefias HUB	
Padronização dos processos de gestão de estoque	A (+)	A (+)		A (+)	M (+)	B (+)	A (+)	A (+)	A (+)	A (+)	M (+)	Não
Padronização dos processos de distribuição e dispensação	A (+)		A (+)	A (+)	B (+)	B (+)	M (+)	M (+)	M (+)	A (+)	A (+)	Não
Adoção de mecanismos que garantam a rastreabilidade de materiais	A (+)		A (+)	A (+)	B (+)	B (+)	M (+)	M (+)	M (+)	A (+)	M (+)	Não
Desenvolvimento e implementação da Farmácia Clínica	A (+)		A (+)	A (+)	M (+)	B (+)	A (+)	A (+)	A (+)	A (+)	A (+)	Não

Faz-se necessário a prática da negociação cooperativa para resolução das criticidades

Na ação apresentada direcionada à padronização dos processos de gestão de estoques, distribuição e dispensação e rastreabilidade de materiais observa-se a uniformização de processos. Qualificar os colaboradores quanto aos procedimentos a serem adotados agregará maior valor quanto ao monitoramento do módulo do AGHU.

Falta de análise crítica pós-pregão	Atores relevantes e sua motivação											Capacidade de Rejeição
	GAB	GAD	GAS	CGU/TCU	Representantes Do Conselho Comunitário	DAF / UNB	DAF EBSEH	Servidores RJU	Empregados Ebserh	Almoxarifados	Chefias	
Revisão do método de análise crítica pós-pregão	A(+)	A(+)	A(+)	A(+)	M(+)	B(+)	M(+)	M(+)	M(+)	B(0)	B(0)	Não

Na ação apresentada direcionada à revisão do Método de análise crítica pós-pregão, cada vez mais presentes nas Organizações Públicas. Qualificar os colaboradores quanto aos procedimentos a serem adotados agregará maior valor quanto à qualificação nos processos licitatórios.

Integração ensino-pesquisa-assistência

Falta de incentivo ao docente para atividades de ensino e assistência	Atores relevantes e sua motivação											Capacidade de Rejeição
	COREME	CORE MU	Gerência de Ensino e Pesquisa	Professores	Estudantes	Secretaria de Assuntos Acadêmicos	Decanato de Pesquisa e Pós-graduação	Decanato de Graduação	Departamentos Faculdades e Institutos	Técnicos do HUB	Gerência de Assistência à Saúde	
Oficialização dos programas de residência em saúde como disciplinas da UnB	M (+)	A (+)	A (+)	M (+)	A (+)	A (+)	A (+)	–	A (+)	–	B (0)	Não
Reconhecimento de créditos aos docentes que atuam no HUB	A (+)	A (+)	A (+)	A (+)	–	–	A (+)	A (+)	A (+)	–	B (+)	Não
Realização diagnóstica das condições percebidas para realização de atividades no HUB	-	-	A (+)	B (0)	M (+)	–	B (0)	A (+)	M (0)	–	A (+)	Sim
Integração entre o corpo docente e assistencial para elaboração dos protocolos clínicos	M (+)	M (+)	A (+)	A (0)	A (+)	–	–	–	M (0)	M (-)	A (+)	Sim
Definição do modelo de ensino do HUB	-	-	A (+)	A (-)	A (+)	–	A (+)	A (+)	A (+)	–	A (+)	Sim

O mapeamento das condições percebidas para realização de atividades no HUB e a integração entre o corpo docente e assistencial para

elaboração dos protocolos clínicos correm o risco de não ter as respostas esperadas pela omissão dos atores envolvidos. Há necessidade de uso de persuasão com divulgação adequada das ações para adesão dos participantes.

A definição do modelo de ensino do HUB está em consonância com as orientações de atenção à saúde da Ebserh e com as mudanças curriculares dos cursos da área de saúde. Contudo, observa-se resistência por parte de alguns professores para mudança do *status quo*.

Falha de comunicação entre gestão superior do HUB e as faculdades	Atores relevantes e sua motivação									Capacidade de Rejeição
	DAIA	Professores	Diretores de Faculdades	Comissão de Graduação	Chefias HUB	DEG	DPP	DivGP	GEP	
Definição das normas para estágios curriculares e internatos	A(+)	M(+)	A(+)	A(+)	A(+)	A(+)	-	-	A(+)	Não
Estabelecimento de mecanismo de controle das atividades e dos estudantes dentro do HUB	-	M(0)	A(+)	A(+)	A(+)	M(0)	M(0)	A(+)	A(+)	Não
Estabelecimento de vínculo de trabalho entre a Gerência de Ensino e Pesquisa e os Decanatos	-	-	A(+)	-	-	A(+)	A(+)	-	A(+)	Não

Ainda que não haja rejeição a esse nó crítico, não há uma definição sobre o papel da Universidade no HUB gerenciado pela Ebserh. É importante que os vínculos de trabalho sejam mais estreitos para garantir a melhor integração ensino-assistência.

Falta de salas de aula/ambulatórios	Atores relevantes e sua motivação											Capacidade de rejeição
	GEP	GAD	GAS	GAB	TI	Professores	Diretores de Faculdades	BCE	DEG	DPP	AEP Ebserh	
Identificação das necessidades de infraestrutura física para ensino e pesquisa	A(+)	M(+)	A(+)	A(+)	M(0)	A(+)	A(+)	A(0)	A(+)	A(+)	M(+)	Não
Criação de condições e espaços de ensino	A(+)	M(0)	A(+)	A(+)	M(0)	A(+)	A(+)	A(0)	A(+)	A(+)	M(+)	Sim

Ainda que a criação de condições e espaços de ensino seja de interesse dos atores envolvidos, identifica-se a necessidade da avaliação da viabilidade econômica, uma vez que os recursos financeiros dependem da viabilidade política e organizacional. A questão de investimentos para o ensino demanda uma negociação cooperativa entre o HUB, a UnB e a Ebserh. A Assessoria de Ensino e Pesquisa da Ebserh montou um Grupo de Trabalho para avaliar as necessidades de estrutura de ensino para os Hospitais Universitários Federais, o que poderá favorecer a compreensão da relevância de ações conjuntas.

Falta de preceptores para residência multiprofissional	Atores relevantes e sua motivação											Capacidade de rejeição
	COREMU	GEP	GAS	DivGP	Chefias HUB	Professores	Departamentos	Diretores de Faculdades	PJU	DPP	AEP Ebserh	
Estruturação conjunta com a COREMU de equipes de preceptores para a residência multiprofissional	A(+)	A(+)	A(+)	M(-)	M(-)	A (+) (-)	B(-)	B(0)	M(-)	A(+)	A(+)	Sim

Essa ação implica em negociação política para liberação de horas da assistência e esbarra em impedimentos legais sobre desvio de função. Trata-se de negociação conflitiva, envolvendo o interesse do ensino e da assistência, com necessidade de definição de uma política institucional que apoie os programas de residência multiprofissional.

Falta de uma política definida de pesquisa	Atores relevantes e sua motivação											Capacidade de rejeição
	GEP	GAD	GAS	CEx	Chefias HUB	TI	Pesquisadores	Diretores de Faculdades	Comissão de Pós-graduação	DPP	AEP/Ebserh	
Reestruturação da pesquisa no HUB	A(+)	B(0)	A(+)	A(+)	B(+)	B(0)	A(+)	M(0)	A(+)	A(+)	A(+)	Não
Revisão das normas para submissão de projetos de pesquisa	A(+)	B(0)	M(0)	A(+)	-	B(-)	A(+)	M(0)	A(+)	A(+)	A(+)	Sim
Implantação de análises de viabilidade técnica e financeira de projetos de pesquisa	A(+)	B(0)	A(0)	A(+)	-	B(0)	A(+)	M(0)	A(+)	A(+)	A(+)	Não
Estímulo à realização de pesquisa no HUB	A(+)	B(0)	A(+)	A(+)	B(-)	B(0)	A(+)	M(0)	A(+)	A(+)	A(+)	Sim

Nessa ação, é fundamental a discussão com a comunidade interna de pesquisadores e as áreas assistenciais para se estabelecer uma política institucional. Há necessidade do uso da negociação cooperativa e persuasão.

A AEP montou um Grupo de Trabalho para avaliar a criação de uma rede de pesquisa envolvendo os Hospitais Universitários Federais. A execução desse projeto passa pela construção de *softwares* de controle do fluxo da pesquisa. No momento, não temos viabilidade técnica nem a

mão de obra necessária para isso, o que compromete a execução de grande parte dessa ação. Pode ser necessária a terceirização da programação, o que implica na disponibilização de recursos pelo HUB, ou o auxílio da Ebserh sede.

6. Gestão do Plano, Metas e Indicadores de Monitoramento

1. Monitoramento do cronograma

O monitoramento do cronograma é realizado com o as figuras abaixo, indicando os possíveis desvios no planejamento.

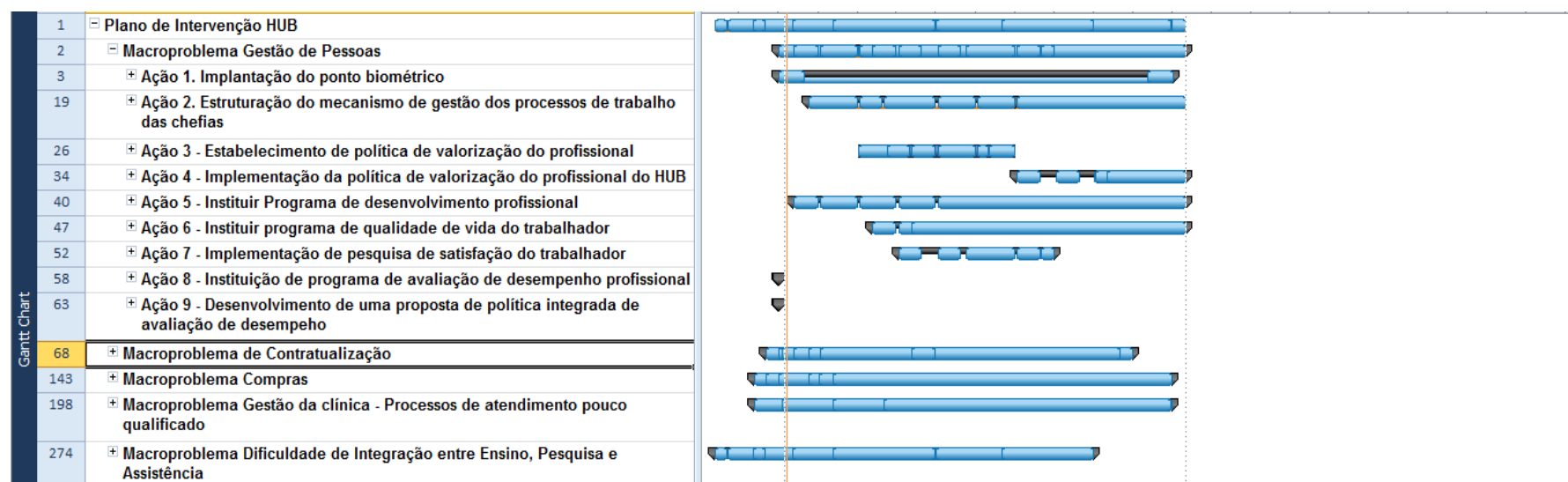


Figura 6-21: Cronograma de monitoramento das ações do PDE

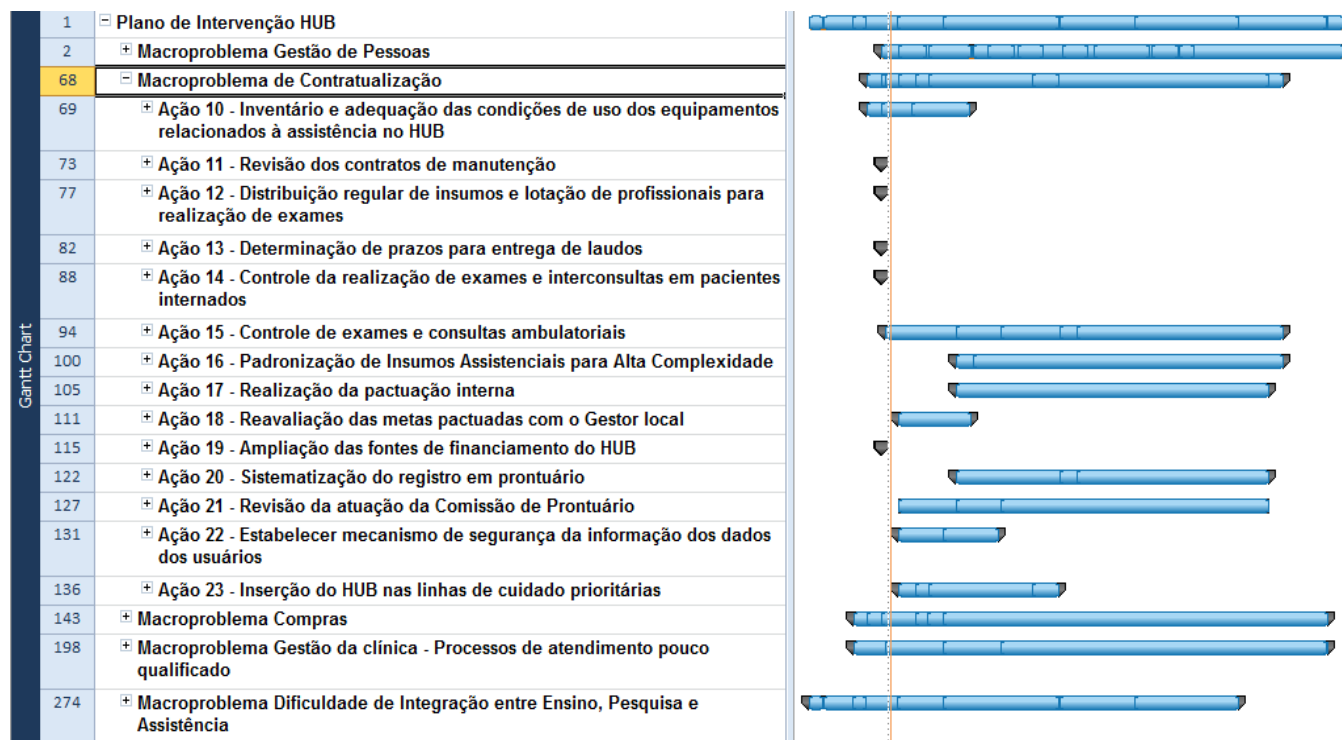


Figura 6-22: Cronograma de monitoramento das ações do PDE

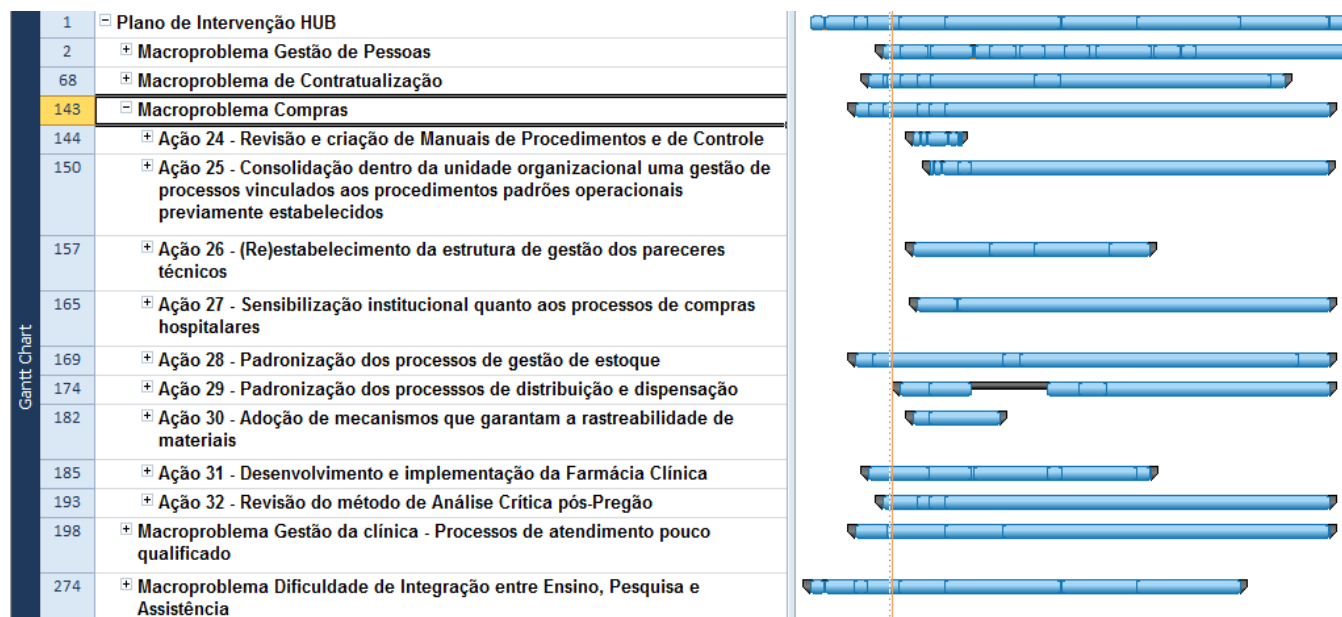


Figura 6-23: Cronograma de monitoramento das ações do PDE

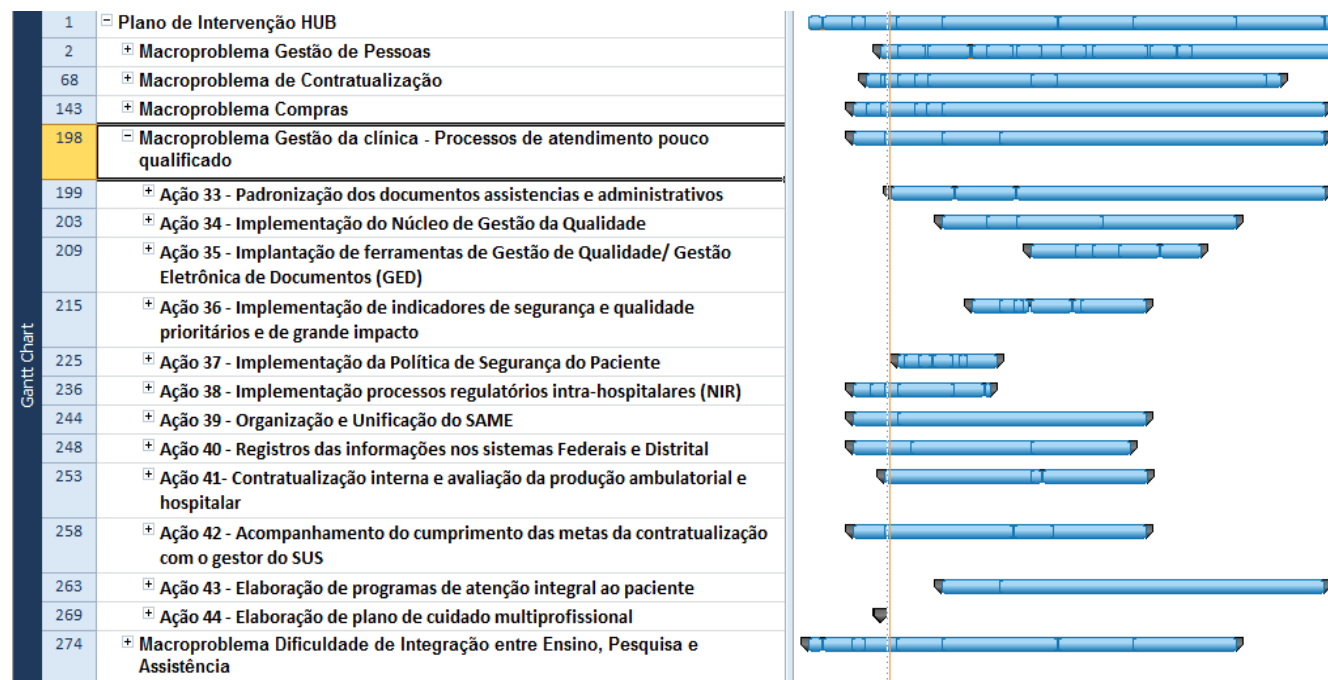


Figura 6-24: Cronograma de monitoramento das ações do PDE

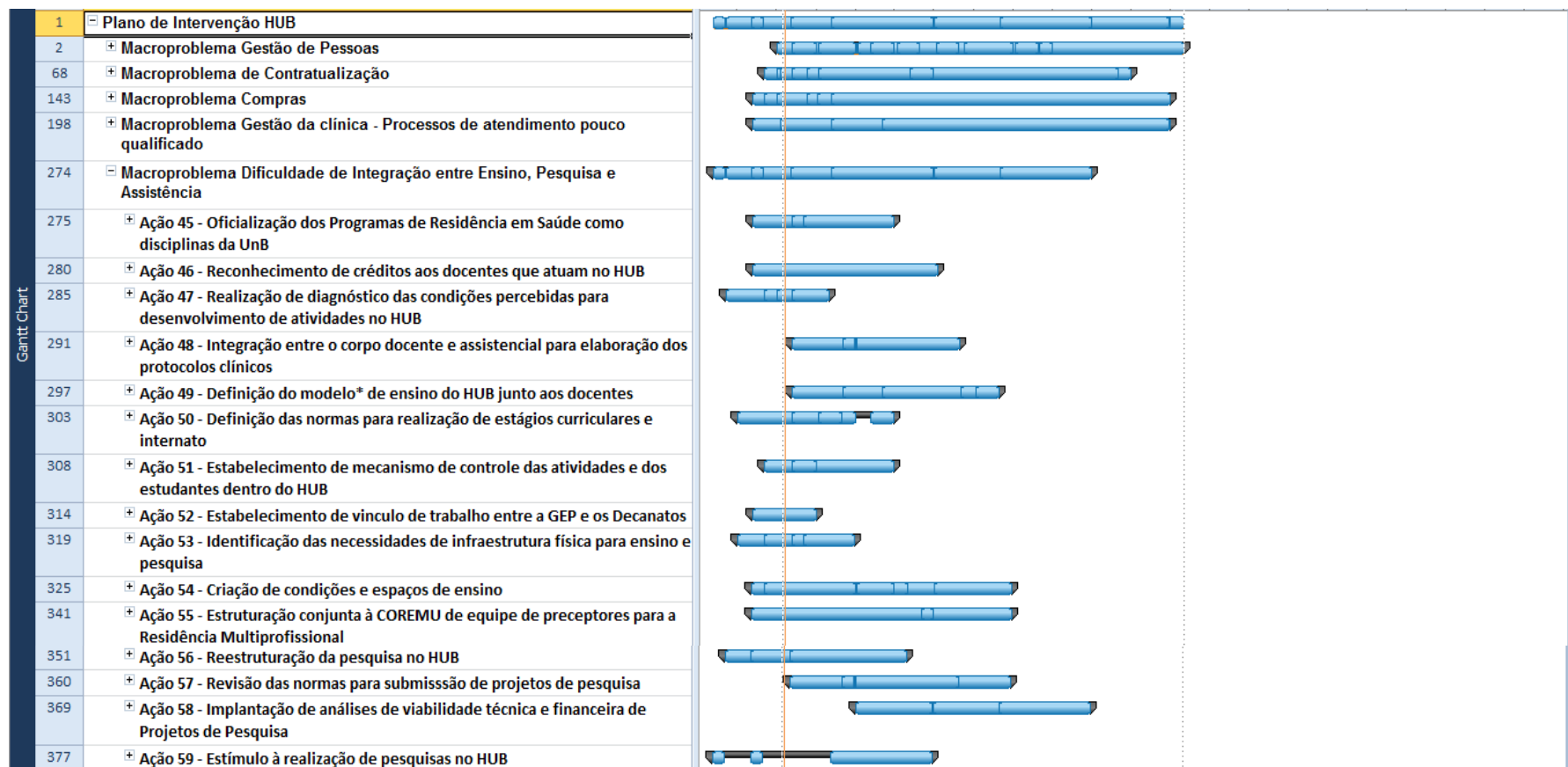


Figura 6-25: Cronograma de monitoramento das ações do PDE

7. Referências

Aguilar-daSilva, R. H., Scapin, L. T., & Batista, N. A. (2011). Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação*, 16 (1), 167-184.

Alves, E. L. G. & Lima, M.A. (1991). Crise e Planejamento Estratégico Situacional. *São Paulo em Perspectiva*, 5(4): 23-27.

Amendoeira Jr. , S. (2012). Manual de direito processual civil, volume 1 : teoria geral do processo e fase de conhecimento em primeiro grau de jurisdição. São Paulo : Saraiva.

Andrade, L.O.M. (2012). Inteligência de Governança para apoio à Tomada de Decisão. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17 (4), 829-832.

Ávila, M. A. G. & Bocchi, S. C. M., (2013). Confirmação de presença de usuário à cirurgia eletiva por telefone como estratégia para reduzir absenteísmo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47,(1),193-197.

Bittencourt, R. (2010). *A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixa efetividade organizacional*. Tese de Doutorado: Escola Nacional de Saúde Pública.

Brasil (2013a). Portaria 142 de 27 de janeiro de 2014, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), de que trata a Portaria 3.410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar. Ministério da Saúde.

Brasil (2013b). Portaria nº 529 de 1 de abril de 2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Ministério da Saúde.

Calderon, W. R., Cornelsen, J. M., Pavezi, N., & Lopes, M. A. (2004). O processo de gestão documental e da informação arquivística no ambiente universitário. *Revista Ciência da Informação*, 33 (3), 97-104.

Cecílio, L. C. O (2000). Mudar modelos de gestão para mudar o hospital: cadeia de apostas e engenharia de consensos. *Revista Espaço para a Saúde*, 1 (2), 04-26.

Cecilio, L.C.O & Merhy, E.E. (2003). A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. IN Pinheiro, Roseni & Mattos, Ruben Araújo (orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco. 197-210.

Chang, H. & Huang, W. C. (2006). Application of a quantification SWOT analytical method. *Mathematical and Computer Modelling*, 43, 158–169.

Chiavenato, I. (2010). *Gestão de Pessoas*. 3a edição. Rio de Janeiro: Elsevier.

Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety (2004), B.O.H.C.S. Executive Summary. Washington DC: National Academies Press.

D'amour, D., Ferrada-Videla, M., Rodriguez, L. S. M., & Beaulieu, M. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 1 , (Supl I) 116 – 131.

Ebserh (2014). *Relatório Técnico da Oficina de Contratualização dos Hospitais Universitários Ebserh*. Brasília.

Farias, S.F., Gurgel Jr., G. D., Costa, A. M., Brito, R. L., & Buarque, R. R. (2011). A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico – hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl.1) 1043 -1053.

Garcia, S. D.; Haddad, M. C. L.; Dellaroza, M. S. G.; Costa, D. B. da; Miranda, J. M. de. (2012). Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65 (2), 339-346.

GDF, CODEPLAN, SEPLAN (2013). Produto Interno Bruto do Distrito Federal 2011.

Hoffmann, D. L. (2011). *Planejamento de compras em uma universidade publica da região norte*. Relatório de Estágio: Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul – Campus Bento Gonçalves.

HSL (2013). TR Atores Sociais – Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS. São Paulo: Hospital Sírio Libanês.

Infante, M & Santos, M A B. (2007). A organização do abastecimento do hospital público a partir da cadeia produtiva: uma abordagem logística para a área de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 945-954.

Kohn, L T, Corrigan, JM & Donaldson, M S (ed.), 1999 *To Err Is Human - Building a Safer Health System - Committee on Quality of Health Care in America*. Inatitute of Medicine. National Academy Press. Washington, D.C.

Lima, S. M. L. & Rivera, F. J. U. (2012). A contratualização nos hospitais de ensino no Sistema Único de Saúde Brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9): 2507 – 2521.

Madalena, B. (2007). *Avaliação de desempenho por competências: um estudo de caso na Irmandade Senhor Jesus dos Passos e Hospital de Caridade*. Trabalho de Conclusão de Estágio: Universidade Federal de Santa Catarina.

Matus, C. (1996). *Política, planejamento e governo*. 2 edição. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

Mcpheerson, K., Headrick, L., Moss, F. (2001). Working and learning together: good quality care depends on it, but how can we achieve it?. *Quality in Health Care*, 10 (Suppl II), 46–53.

Mendes, W., Travassos, C., Martins, M., & Noronha, J. C. (2005). Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(4): 393-406.

Moura, A. (2005). *Fundamentos da Análise Estratégica, segundo PES: ideias de Matus sobre a construção de viabilidade no jogo político e social*. Natal: Strategia Consultores.

Nunes, C. M., Tronchin, D. M. R., Melleiro, M. M., Kurcgant, P. (2010). Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12 (2), 252-257.

Perdicaris, P. R. (2012). *Contratualização de resultados e desempenho no setor público: a experiência do contrato programa nos hospitais da administração direta no Estado de São Paulo*. Tese de Doutorado. Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

Pontes, A. T., Silva, R. F., Allevato, R. C. G. & Pinto, M. A. C. (2008). A utilização de indicadores de desempenho no setor de suprimentos hospitalares: uma revisão de literatura. *Anais do XXVIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção*, 1-9. Rio de Janeiro.

Provonost, P. J. (2013). Enhancing Physicians' Use of Clinical Guidelines. *Journal of American Medical Association*, 310 (23), 2501-2501.

Roberto, W. L. C. & Lira, R. A. (2010). O gestor hospitalar e sua atuação frente ao suprimento de materiais. *Perspectivas on line*, 4 (13), 87-104.

Sancinetti, T. R., Soares, A. V. N., Lima, A. F. C., Santos, N. C., Melleiro, M. M., Fugulin, F. M. T., & Gaidzinski, R. R. (2011). Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 45 (4), 1007-1012.

Santos, F. P & Merhy, E. E. (2006). A regulação pública da saúde no estado. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 10 (19), 25-41.

SES/DF (2012). Plano Distrital de Saúde 2012 a 2015.

Sovienski, F. & Stigar, R. (2008) Recursos Humanos X Gestão de Pessoas. *Revista Científica de Administração*, 10 (10), 51- 61.

Vinhadelli, J. S. (2010). Análise macroeconômica preliminar dos gastos em saúde do Distrito Federal no período de 2006 a 2008. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública: Rio de Janeiro.

WHO (2009). World Alliance for Patient Safety. Final Technical Report for The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety.

WHO (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Geneva: WHO.

8. Anexos

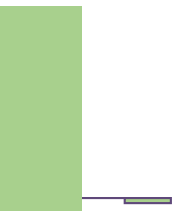
1. Quadro das ações desdobradas em atividades

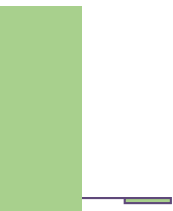
Macroprojeto	Nº crítico	ID	Ações e atividades	Precedência ID	Responsável	Data Início	Data Fim	Recursos financeiros (R\$ mil)	Indicadores de monitoramento	Indicadores de resultado	Resultado esperado / Meta
MP1	NC1	1	Ação 1. Implantação do ponto biométrico		DivGP	jul-14	jan-15	A estimativa de custos será incorporada após análise do novo gerente administrativo do HUB			
MP1	NC1	1.a	Atividade 1.a - Disponibilizar os equipamentos nas diversas portas de entrada		Engenharia	jul-14	jul-14	Equipamento, instalação e manutenção	Percentual de equipamentos instalados	Percentual de controle de frequência	100% das frequências registradas
MP1	NC1	1.b	Atividade 1.b - Divulgar a implantação dos pontos biométricos e as normas de controle de carga horária	1.a	DivGP	jul-14	jul-14				
MP1	NC1	1.c	Atividade 1.c - Cadastrar as digitais e os dados dos profissionais	1.b	DivGP/TI	jul-14	dez-14				
MP1	NC1	1.d	Atividade 1.d - Treinar a utilização do ponto biométrico	1.c	DivGP	jul-14	jan-15				
MP1	NC1	1.e	Atividade 1.e - Monitorar cumprimento da carga horária	1.d	DivGP/Chefias	ago-14	ago-14				
MP1	NC1	1.f	Atividade 1.f - Estabelecer medidas corretivas dos desvios	1.e	DivGP	ago-14	dez-14				
MP1	NC1	2	Ação 2. Estruturação do mecanismo de gestão dos processos de trabalho das chefias		DivGP	set-14	jan-16				
MP1	NC1	2.a	Atividade 2.a - Relacionar as competências e habilidades necessárias às chefias		DGP Ebserh, DivGP, GAS, GEP, GAD, Superintendente	set-14	dez-14		Identificação das competências e habilidades das chefias		
MP1	NC1	2.b	Atividade 2.b - Revisar os processos de trabalho e elaborar manual de orientação à atuação das chefias	2.a	DGP Ebserh, DivGP, Chefias	jan-15	fev-15	Confeção dos Manuais			100% dos contratos internos feitos
MP1	NC1	2.c	Atividade 2.c - Estabelecer mecanismos de avaliação de desempenho das chefias	2.b	DGP Ebserh, DivGP, GAS, GEP, GAD, GAB	mar-15	jun-15	Software	Revisão do processo de trabalho	Manuais elaborados	
MP1	NC1	2.d	Atividade 2.d - Identificar as necessidades de desenvolvimento de competências das chefias	2.c	DGP Ebserh/DivGP, Chefias, Divisão Médica, Divisão de Enfermagem	jul-15	set-15	Cursos de capacitação		% de contratos feitos	100% das chefias capacitadas
MP1	NC1	2.e	Atividade 2.e - Estabelecer programa de capacitação específica em gestão para as chefias do hospital	2.d	DGP Ebserh/DivGP, Conselho Executivo	out-15	dez-15				
MP1	NC1	2.f	Atividade 2.f - Estabelecer contratos internos de serviços		DGP Ebserh/DivGP, GAD, GAS	jan-16	01/01/16				
MP1	NC2	3	Ação 3 - Estabelecimento de política de valorização do profissional		DivGP	jan-15	dez-15				
MP1	NC2	3.a	Atividade 3.a - Definir a estratégia de desenvolvimento da política e a composição da Comissão		DGP Ebserh/DivGP, Conselho Executivo	jan-15	mar-15		Criação da Comissão Interna e elaboração do regimento	Política de valorização criada	Política de criação validada
MP1	NC2	3.b	Atividade 3.b - Divulgar a iniciativa aos trabalhadores	3.a	DivGP/Comunicação, Chefias	mar-15	abr-15	Passagens e estadia para congressos, participação em cursos			
MP1	NC2	3.c	Atividade 3.c - Criar Comissão interna	3.b	DivGP/Superintendente	mai-15	jun-15				
MP1	NC2	3.d	Atividade 3.d - Elaborar regimento interno/normas	3.c	DivGP	jul-15	set-15				
MP1	NC2	3.e	Atividade 3.e - Criar a política de valorização do HUB	3.d	DGP Ebserh/DivGP, Conselho Executivo	jul-15	set-15				
MP1	NC2	3.f	Atividade 3.f - Validar os resultados da Comissão com os demais trabalhadores	3.e	DivGP, Chefias	out-15	out-15				
MP1	NC2	3.g	Atividade 3.g - Validar os resultados da Comissão com a Ebserh sede	3.f	DGP Ebserh, DivGP	nov-15	dez-15				

MP1	NC2	4	Ação 4 - Implementação da política de valorização do profissional do HUB		DivGP	jan-16	mai-16				
MP1	NC2	4.a	Atividade 4.a - Divulgar as políticas validadas	3.g	DivGP/Comunicação, Chefias	jan-16	fev-16				
MP1	NC2	4.b	Atividade 4.b - Definir e instituir o plano de implementação, incluindo priorização, cronograma e mecanismo de controle	4.a	DivGP, Conselho Executivo	mar-16	mai-16				
MP1	NC2	4.c	Atividade 4.c - Monitorar as ações implementadas	4.b	DivGP	jun-16	Contínuo	Material de divulgação	Definição do plano de implementação	Cumprimento do cronograma	Política de valorização do trabalhador implantada
MP1	NC2	4.d	Atividade 4.d - Divulgar os resultados das ações	4.c	DivGP/Comunicação, Chefias	jul-16	Contínuo				
MP1	NC2	4.e	Atividade 4.e - Definir mecanismos de ajustes periódicos		DivGP, Conselho Executivo	ago-16	Contínuo				
MP1	NC2	5	Ação 5 - Instituição de programa de desenvolvimento profissional	4	DivGP	ago-14	jun-15				
MP1	NC2	5.a	Atividade 5.a - Citar Comissão de Educação Continuada e Permanente		DivGP/Conselho Executivo	ago-14	set-14				
MP1	NC2	5.b	Atividade 5.b - Estabelecer as políticas e mecanismos de captação de necessidades	5.a	DivGP, Chefias, COREME, COREMU	out-14	dez-14	Programas de capacitação	Criação da Comissão	% de capacitação realizada	Programa de Preceptoría implantado
MP1	NC2	5.c	Atividade 5.c - Identificar as diferentes ofertas de capacitação e as alternativas de acesso aos trabalhadores (Universidade, ENAP, etc.)	5.b	DivGP	out-14	dez-14	Incentivo ao preceptor		% de preceptores definidos	
MP1	NC2	5.d	Atividade 5.d - Definir a política de preceptoría institucional junto à matriz (incidência na carga horária, resultados nas atividades, benefícios aos preceptores)		DivGP/DGP Ebsen, Equipe da GEP, AEP	jan-15	mar-15				
MP1	NC2	5.e	Atividade 5.e - Implementar o programa	5.d	DivGP, Equipe da GEP	abr-15	jun-15				
MP1	NC2	5.f	Atividade 5.f - Monitorar as ações implementadas	5.e	DivGP, Equipe da GEP	jul-15	Contínuo				
MP1	NC2	6	Ação 6 - Instituir programa de qualidade de vida do trabalhador	5	DivGP	fev-15	mar-15				
MP1	NC2	6.a	Atividade 6.a - Compor uma equipe específica para o desenvolvimento do programa		DivGP	fev-15	mar-15	Projeto arquitetônico, mobiliário,			
MP1	NC2	6.b	Atividade 6.b - Promover atividades de integração, incluindo espaços de socialização e grupos de apoio psicológico	6.a	DivGP/SOST	abr-15	Contínuo	Material e equipamentos para medicina preventiva	Criação da Comissão	% das atividades feitas	Adesão dos trabalhadores
MP1	NC2	6.c	Atividade 6.c - Instituir medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças, incluindo as definições do Programa de Saúde do Trabalhador	6.a	DivGP/SOST	abr-15	Contínuo				
MP1	NC2	6.d	Atividade 6.d - Monitorar a execução das atividades implementadas	6.c	DivGP/SOST	mai-15	Contínuo				
MP1	NC2	7	Ação 7 - Implementação de pesquisa de satisfação do trabalhador	5	DivGP	abr-15	mar-16				
MP1	NC2	7.a	Atividade 7.a - Definir o instrumento/ferramenta de pesquisa		DivGP/SOST	abr-15	mai-15				
MP1	NC2	7.b	Atividade 7.b - Aplicar a pesquisa	7.a	DivGP/SOST	jun-15	ago-15	Software	Instrumento elaborado	Aplicação da pesquisa	Identificação do grau de satisfação do trabalhador
MP1	NC2	7.c	Atividade 7.c - Analisar os resultados obtidos	7.b	DivGP/SOST	set-15	dez-15				
MP1	NC2	7.d	Atividade 7.d - Definir ações de melhoria	7.c	DivGP/SOST	jan-16	fev-16				
MP1	NC2	7.e	Atividade 7.e - Apresentar relatório de resultados	7.d	DivGP/SOST	mar-16	mar-16				

MP1	NC3	8	Ação 8 - Instituição de programa de avaliação de desempenho profissional		DivGP	ago-14	mai-15				
MP1	NC3	8.a	Atividade 8.a - Definir as funções de competências por categoria profissional		DGP Ebserh, DivGP, Chefias	ago-14	dez-14				
MP1	NC3	8.b	Atividade 8.b - Criar e definir critérios de avaliação de desempenho	8.a	DGP Ebserh, DivGP, Chefias	jan-15	mar-15	Software	Criação de instrumento de avaliação de desempenho	Estabelecimento e cumprimento de cronograma de avaliação	100% de profissionais avaliados
MP1	NC3	8.c	Atividade 8.c - Definir periodicidade de aplicação da avaliação de desempenho		DGP Ebserh, DivGP	mar-15	mar-15				
MP1	NC3	8.d	Atividade 8.d - Definir ações aos resultados da avaliação de desempenho	8.b, 8.c	DGP Ebserh, DivGP	mar-15	mai-15				
MP1	NC3	9	Ação 9 - Desenvolvimento de uma proposta de política integrada de avaliação de desempenho	8	DivGP	ago-14	out-15				
MP1	NC3	9.a	Atividade 9.a - Criar grupo de trabalho interno		DVGP	ago-14	dez-14				
MP1	NC3	9.b	Atividade 9.b - Desenvolver proposta de política integrada com os demais HUFs		DVGP	jan-15	abr-15	Material de consumo e de divulgação	Estabelecimento de canais de comunicação entre os HUFs	Definição da proposta de política unificada	Política integrada validada pela Ebserh
MP1	NC3	9.c	Atividade 9.c - Enviar a proposta de política única de avaliação de desempenho aos demais HUFs para avaliação	8.d	DVGP	mai-15	set-15				
MP1	NC3	9.d	Atividade 9.d - Discutir a política em fórum colegiado com a Ebserh	9.b	DVGP/DGP Ebserh	out-15	out-15				
MP2	NC4	10	Ação 10 - Inventário e adequação das condições de uso dos equipamentos relacionados à assistência no HUB		Chefe do Setor de Engenharia Clínica/Engenheiro clínico	jun-14	fev-15				
MP2	NC4	10.a	Atividade 10.a - Definir cronograma e instrumento do inventário de equipamentos		DILH	jun-14	ago-14	Software de gestão de patrimônio			
MP2	NC4	10.b	Atividade 10.b - Realizar visitas com as chefias para discutir planejamento dos equipamentos de sua área de atuação	10.a	DILH	ago-14	nov-14	Software de gestão de equipamentos	Definição de cronograma e instrumento	Número de visitas realizadas	Inventário dos equipamentos e relatório de ações
MP2	NC4	10.c	Atividade 10.c - Avaliar e estabelecer ações para recuperação e / ou ampliação do parque tecnológico	10.b	DILH/GAS	nov-14	fev-15				
MP2	NC4	11	Ação 11 - Revisão dos contratos de manutenção		GAD	set-14	jul-15				
MP2	NC4	11.a	Atividade 11.a Constituir equipe para definição de modelo de contrato e avaliação dos contratos vigentes de manutenção		Chefe da Unidade de Contratos/Chefe Unidade Farmácia Clínica	set-14	dez-14		Equipe constituída	Estabelecimento de fluxo	Atualização dos contratos de manutenção
MP2	NC4	11.b	Atividade 11.b Rever e refazer os contratos que não se adequam às necessidades	11.a	Chefe da Unidade de Contratos/Chefe Unidade Farmácia Clínica	jan-15	abr-15				
MP2	NC4	11.c	Atividade 11.c Estabelecer um fluxo e elaborar instrumento de acompanhamento do contrato	11.b	Chefe da Unidade de Contratos/Chefe Unidade Farmácia Clínica	mai-15	jul-15				

MP2	NC5	12	Ação 12 - Distribuição regular de insumos e lotação de profissionais para realização de exames		GAS	set-14	dez-14				
MP2	NC5	12.a	Atividade 12.a Definir as necessidades de insumos a partir das metas pactuadas		Chefe da Div. Médica/Comissão padronização/Farmácia/Almoxarifado/Compras				Percentual de reuniões com Cheias das clínicas prioritizadas para revisão de metas pactuadas	Percentual de execução de metas pactuadas	Execução de metas pactuadas (70%)
MP2	NC5	12.b	Atividade 12.b Estabelecer cronograma de reavaliação de necessidades de insumos	12.a	Chefe da Div. Médica/Comissão padronização/Farmácia/Almoxarifado/Compras				Percentual de reuniões executadas para estabelecimento de cronograma	Percentual de execução de metas pactuadas	Percentual dos cronogramas realizados
MP2	NC5	12.c	Atividade 12.c Estabelecer e divulgar calendário para solicitação de compras	12.b	GAS / Farmacia / TI / Almoxarifado	set-14	dez-14		Não se aplica	Não se aplica	Divulgação de calendário anual de compras
MP2	NC5	12.d	Atividade 12.d Dimensionar e prover equipe para realização de exame.	12.a	Ebseih matriz / Superintendente / GAS				Percentual de unidades prioritizadas dimensionadas	Percentual de unidades prioritizadas dimensionadas	100% de unidades prioritizadas dimensionadas
MP2	NC5	13	Ação 13 - Determinação de prazos para entrega de laudos		Chefe da Unidade de Diagnóstico por Imagem	jul-14	mar-15				
MP2	NC5	13.a	Atividade 13.a - Estabelecer cronograma de reuniões com os setores envolvidos		Chefe da Unidade de Diagnóstico por Imagem / Unidade Cardiovascular / Neurologia / Pneumologia / Gastroenterologia / Patologia / Coloproctologia /	jul-14	ago-14		Percentual de reuniões executadas para estabelecimento de cronograma	Percentual de execução de metas pactuadas	Estabelecer cronograma de reuniões
MP2	NC5	13.b	Atividade 13.b - Avaliar a capacidade instalada e dificuldades de cada setor para elaboração e liberação de laudos	13.a	Chefe da Unidade de Diagnóstico por Imagem / Unidade Cardiovascular / Neurologia / Pneumologia / Gastroenterologia / Patologia / Coloproctologia /	set-14	dez-14		Percentual de unidades avaliadas	Percentual de áreas avaliadas	100% das unidades envolvidas avaliadas
MP2	NC5	13.c	Atividade 13.c - Implementar ações para agilizar a elaboração e liberação dos laudos	13.b	Chefe da Unidade de Diagnóstico por Imagem / Unidade Cardiovascular / Neurologia / Pneumologia / Gastroenterologia / Patologia / Coloproctologia /	jan-15	mar-15	Softwares, computadores e impressoras, estações de trabalho, equipamentos de back-up, equipamentos de armazenamento	Percentual de Diretrizes (POPs, Normas, Manuais...) elaborados / Adequação de infraestrutura e equipe às normas legais	Percentual de Diretrizes (POPs, Normas, Manuais...) elaborados / Adequação de infraestrutura e equipe às normas legais	100% de adequação de equipe e infraestrutura / 80% de Diretrizes implementadas
MP2	NC5	13.d	Atividade 13.d - Determinar e divulgar o tempo necessário para liberação de cada categoria de laudo, obedecendo a critérios de prioridade estabelecido pelos setores envolvidos	13.c	Chefe da Unidade de Diagnóstico por Imagem/GAS /Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapeutica	jul-14	mar-15		Percentual de Diretrizes (POPs, Normas, Manuais...) elaborados / Adequação de infraestrutura e equipe às normas legais	Percentual de Diretrizes (POPs, Normas, Manuais...) elaborados / Adequação de infraestrutura e equipe às normas legais	100% das unidades do HUB estarem cientes das diretrizes
MP2	NC5	13.e	Atividade 13e - Monitorar o cumprimento dos prazos de liberação de laudos.	13.d	Chefe da Unidade de Diagnóstico por Imagem / Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapeutica	mar-15	mar-15			Taxa mensal de laudos liberados for a do prazo estabelecido em diretrizes	70% dos laudos liberados dentro do prazo estabelecido em diretrizes
MP2	NC6	14	Ação 14 - Controle da realização de exames e interconsultas em pacientes internados		NIR	jul-14	mar-15				
MP2	NC6	14.a	Atividade 14.a - Identificar as causas da não realização dos exames e interconsultas		Sector de Regulação e Avaliação em Saúde/	jul-14	ago-14		Não se aplica	Não se aplica	Identificação de causas de não realização e interconsultas
MP2	NC6	14.b	Atividade 14.b - Estabelecer cronograma de negociação para resolução dos problemas identificados	14.a	Sector de Regulação e Avaliação em Saúde/	jul-14	set-14	T	Percentual de cumprimento do cronograma de reuniões	Percentual de cumprimento do cronograma de reuniões	100% de Cumprimento do cronograma
MP2	NC6	14.c	Atividade 14.c - Sistematizar o transporte de pacientes	14.b	Sector de Regulação e Avaliação em Saúde/	jul-14	dez-14	Estações de trabalho, TVs, wifi	Percentual de Diretrizes (POPs, Normas, Manuais...) elaborados / Adequação de infraestrutura e equipe às normas legais (check list)	Percentual mensal de transporte realizados dentro das diretrizes estabelecidas	70% de transporte realizado conforme diretrizes
MP2	NC6	14.d	Atividade 14.d - Divulgar o fluxo definido	14.c	Sector de Regulação e Avaliação em Saúde/	fev-15	mar-15			Percentual de unidades cientes das diretrizes	100% das unidades cientes das diretrizes
MP2	NC6	14.e	Atividade 14.e - Monitorar a efetividade das soluções implementadas	14.d	Sector de Regulação e Avaliação em Saúde/					Percentual de transportes agendados não realizados	70% de efetivação dos transportes agendados



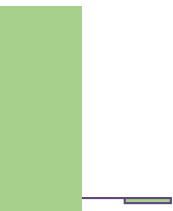


MP3	NC11	25	Ação 25 - Consolidação dentro da unidade organizacional de uma gestão de processos vinculados aos procedimentos padrões operacionais previamente estabelecidos			out-14	dez-14				
MP3	NC11	25.a	Atividade 25.a - Definir os responsáveis pelos processos		GAD	out-14	out-14		* Número de cronogramas implementados por semana. * Número de Atividades (reuniões, memorandos, circulares, etc) para implementar mecanismos de monitoramento * Número por semana de processos elaborados com vinculações aos POPs estabelecidos	* Número de processos com os responsáveis designados. * Número de processos com definição de cronograma. * Número de empregados públicos e/ou servidores que realizaram capacitação. * Número total de Processos elaborados com vinculações aos POPs estabelecidos.	* Consolidação de 100% dos processos elaborados com as respectivas vinculações aos POPs estabelecidos.
MP3	NC11	25.b	Atividade 25.b - Definir cronograma de implementação	25.a	Sector de Contabilidade	out-14	nov-14				
MP3	NC11	25.c	Atividade 25.c - Capacitar trabalhadores envolvidos e implementar os processos	25.b	DivGP	nov-14	dez-14	Capacitação			
MP3	NC11	25.d	Atividade 25.d - Estabelecer mecanismos de monitoramento da adesão aos processos estabelecidos	25.c	Sector de Contabilidade	dez-14	fev-14				
MP3	NC11	25.e	Atividade 25.e - Reavaliar periodicamente os processos, incluindo trabalhar o benchmarking dentro da rede de HUPs	25.c	Chefe da Divisão Administrativa Financeira	dez-14	dez-14	Diárias/passagens			
MP3	NC11	25.f	Atividade 25.f - Nomear os fiscais de contrato para controle dos processos em vigência	25.c	Chefe do Sector de Engenharia Clínica	dez-14	dez-14				
MP3	NC12	26	Ação 26 - (Re)estabelecimento da estrutura de gestão dos pareceres técnicos		Divisão Médica	set-14	dez-15				
MP3	NC12	26.a	Atividade 26.a - Constituir equipe responsável		GAS/Chefe da Div. Médica	set-14	fev-15	NA	Constituição da Comissão	% de execução das atividades definidas	Pareceres técnicos elaborados com qualidade e tempo
MP3	NC12	26.b	Atividade 26.b - Desenvolver e aplicar um plano de capacitação com o objetivo de tornar a equipe qualificada e "facilitadora" nos processos pertinentes à organização	26.a	DivGP, Chefe do Sector Jurídico	fev-15	out-15	Capacitação			
MP3	NC12	26.c	Atividade 26.c - Definir cadastro de pareceristas por área	26.a	GAS/Chefe da Div. Médica	fev-15	abr-15	NA			
MP3	NC12	26.d	Atividade 26.d - Definir prazos e responsáveis para cada ação do processo organizacional	26.a/26.c	Chefe da Div. Médica/Chefe da Div. Enfermagem/ Farmácia/ Sector de Compras	abr-15	mai-15	NA			
MP3	NC12	26.e	Atividade 26.e - Formalizar as responsabilidades dos pareceristas dentro dos contratos internos de trabalho	26.a	GAS/DivGP	fev-15	ago-15	NA			
MP3	NC12	26.e	Atividade 26.f - Estabelecer ferramenta de controle diário dos pareceres em andamento	26.d	TI	mai-15	out-15	Software			
MP3	NC12	26.g	Atividade 26.g - Elaborar relatório para chefias contendo não cumprimento de prazos	26.e	Sector de Compras	out-15	dez-15	NA			
MP3	NC12	27	Ação 27 - Sensibilização institucional quanto aos processos de compras hospitalares			set-14	dez-14				
MP3	NC12	27.a	Atividade 27.a - Definir conteúdo de capacitação aos trabalhadores ingressantes e de desenvolvimento contínuo		DivGP/Susana	nov-14	dez-14	Capacitação	Definição de programa de capacitação	Realização de atividades de capacitação	Fluxo de compras instituído
MP3	NC12	27.b	Atividade 27.b - Definir ações de informação do fluxo dos suprimentos hospitalares		Chefe do Sector de Administração	set-14	nov-14	NA			
MP3	NC12	27.c	Atividade 27.c - Estabelecer ranking de eficiência da emissão dos pareceres técnicos		Susana	set-14	set-14	NA			

MP3	NC13	28	Ação 28 - Padronização dos processos de gestão de estoque			mai-14	abr-15				
MP3	NC13	28.a	Atividade 28.a - Revisar todos os procedimentos e homologar as normas		Chefe do Setor de Engenharia Clínica	mai-14	dez-14	Equipamentos e mobiliário de almoxarifado e farmácia	* Realizar comparativos numerais entre os relatórios de estoque mensais gerados no AGHU. * Elaborar relatório atualizado com os nomes dos trabalhadores capacitados	* Número total de normas elaboradas por processo * Número total de empregados e/ou servidores capacitados * Número consolidado de entradas e saídas de estoque por tempo determinado.	* Extinguir com os estoques não declarados nas clínicas. * Definir 100% das normas de movimentação e controle de estoque
MP3	NC13	28.b	Atividade 28.b - Monitorar o uso do módulo do AGHU para controle de estoque	28.a	Chefe do Setor de Hotelaria Hospitalar	jun-14	dez-14	Transporte a vácuo			
MP3	NC13	28.c	Atividade 28.c - Capacitar todos os trabalhadores nas novas normas		DvGP	mar-15	abr-15	Capacitação			
MP3	NC13	28.d	Atividade 28.d - Realizar pesquisa de consumo histórico e gestão dentro da rede de HJFs	28.c	Chefe do Setor de Hotelaria Hospitalar	abr-15	abr-15				
MP3	NC13	29	Ação 29 - Padronização dos processos de distribuição e dispensação			ago-14	set-15				
MP3	NC13	29.a	Atividade 29.a - Rever o fluxo de distribuição entre estoques e de dispensação nas enfermarias		Chefia do Almoxarifado de Produtos para Saúde	ago-14	out-14	Equipamentos e mobiliário de almoxarifado e farmácia	Definição de normas e procedimentos	Adesão às normas e procedimentos	Processos de distribuição e dispensação padronizados
MP3	NC13	29.b	Atividade 29.b - Definir papéis e responsabilidades		Chefia do Setor de Farmácia + Chefia do Almoxarifado de Produtos para Saúde, Chefe do Setor Jurídico	ago-14	out-14	Transporte a vácuo			
MP3	NC13	29.c	Atividade 29.c - Revisar os procedimentos e homologar as normas, incluindo ajuste dos fluxos de dispensação para utilização da prescrição eletrônica.		Gerencia de Assistência + Chefia da Divisão Médica + Chefia do Almoxarifado de Produtos para Saúde	out-14	dez-14				
MP3	NC13	29.d	Atividade 29.d - Desenvolver indicadores de qualidade dos processos		Chefia do Almoxarifado de Produtos para Saúde						
MP3	NC13	29.e	Atividade 29.e - Monitorar os resultados dos indicadores		Chefia do Setor de Farmácia + Chefia do Almoxarifado de Produtos para Saúde, Chefe do Setor Jurídico	jun-15	jun-15				
MP3	NC13	29.f	Atividade 29.f - Divulgar resultados		Gerencia de Atenção à Saúde + Assessoria de Comunicação	jun-15	jun-15				
MP3	NC13	29.g	Atividade 29.g - Desenvolver mecanismos de revisão periódica dos procedimentos estabelecidos		Chefia da Divisão Médica + Chefia do Setor de Farmácia + Chefia do Almoxarifado de Produtos para Saúde, Chefe do Setor Jurídico	ago-15	set-15				
MP3	NC13	30	Ação 30 - Adoção de mecanismos que garantam a rastreabilidade de materiais			set-14	fev-15				
MP3	NC13	30.a	Atividade 31.a - Estabelecer dispensação de materiais em Kits		Chefe do Centro Cirúrgico + Chefe do Almoxarifado de Produtos para Saúde	set-14	dez-14	Equipamentos de unitização de doses e leitores de códigos de barras	* Percentual de Kits distribuídos por cada clínica durante o período definido pelo gestor	* Número de Kits distribuídos por Setor	Diminuição de perda de material
MP3	NC13	30.b	Atividade 31.b - Definir e implementar rotinas de conferência dos itens e de registro das informações de transferência entre estoques, com inserção em sistema de informações de saída e entrada nos estoques de origem e destino, respectivamente		Gerencia de Assistência à Saúde + Chefia do Almoxarifado de Produtos para Saúde + Equipe de Informática	out-14	fev-15				

MP3	NC13	31	Ação 31 - Desenvolvimento e implementação da Farmácia Clínica			jun-14	dez-15				
MP3	NC13	31.a	Atividade 31.a - Constituir equipe para formação da Farmácia Clínica, incluindo membros da GAS		Chefe da Farmácia Clínica ,GAS	jun-14	dez-15				
MP3	NC13	31.b	Atividade 31.b - Redefinir os papéis dos farmacêuticos clínicos para avaliação técnica das prescrições, dosagens, diluições de medicamentos, avaliação farmacêutica dos pacientes, participação em visitas multi, entre outras		Chefe da Farmácia Clínica e equipe farmácia	jun-14	dez-15				
MP3	NC13	31.c	Atividade 31.c - Capacitar farmacêuticos		Professores do Curso de Farmácia UnB	jun-14		Capacitação dos farmacêuticos	Definição de indicadores de qualidade	Criação da Farmácia Clínica	
MP3	NC13	31.d	Atividade 31.d - Definir indicadores de qualidade		Chefe da Farmácia Clínica, Núcleo de Gestão de Qualidade	jan-15	dez-15				
MP3	NC13	31.e	Atividade 31.e - Desenvolver metodologia de monitoramento		Chefe da Farmácia Clínica , Núcleo de Gestão de Qualidade	jan-15	dez-15				
MP3	NC13	31.f	Atividade 31.f - Reavaliar periodicamente os procedimentos		Chefe da Farmácia Clínica , Núcleo de Gestão de Qualidade	jun-15					
MP3	NC13	31.g	Atividade 31.g - Divulgar resultados		Chefe da Farmácia Clínica	jun-15					
MP3	NC14	32	Ação 32 - Revisão do método de Análise Crítica pós-Pregão			jul-14	nov-14				
MP3	NC14	32.a	Atividade 32.a - Revisar procedimentos e homologar normas		Chefe do Setor de Administração	jul-14	set-14				
MP3	NC14	32.b	Atividade 32.b - Padronizar com a Ebserh sede o método de análise pós pregão	32.a	Chefe Divisão Administrativa Financeira	set-14	out-14	* Número de processos revisados em 10 dias * Número de relatórios desenvolvidos para avaliação de eficiência das compras	* Média de processos realizados a cada 10 dias e/ou porcentagem realizada com sucesso	* Revisão e padronização de 100% dos procedimentos de análise pós pregão	
MP3	NC14	32.c	Atividade 32.c - Estabelecer indicadores de qualidade	32.b	Divisão Administrativa Financeira	out-14	nov-14				
MP3	NC14	32.d	Atividade 32.d - Desenvolver método de monitoramento	32.c		nov-14	nov-14				
MP4	NC15	33	Ação 33 - Padronização dos documentos assistenciais e administrativos		Assistente Administrativo Div. Médica	mai-14	nov-14				
MP4	NC15	33.a	Atividade 33.a - Recuperar, classificar e atualizar documentos da Acreditação		Assistente Administrativo Div. Médica	mai-14	ago-14	Material de consumo			
MP4	NC15	33.b	Atividade 33.b - Rever e reeditar a Norma Zero (padronização dos modelos para desenvolvimento dos POPs)	33.a	GAS, administrador hospitalar, enfermeiro, medico	ago-14	nov-14	Intranet	% de documentos recuperados e atualizados, homologados	100% da produção de resgatada	Acervo documental padronizado e ativo
MP4	NC15	33.c	Atividade 33.c - Monitorar a divulgação das cópias controladas e o prazo de homologação dos documentos	33a/33b	Assistente Administrativo Div. Médica, Núcleo de Gestão de Qualidade,	nov-14	nov-14				

MP4	NC16	34	Ação 34 - Implementação do Núcleo de Gestão da Qualidade		Chefe do Setor de Vigilância em Saúde/Adm hospitalar	nov-14	ago-15				
MP4	NC16	34.a	Atividade 34.a - Constituir equipe,definir espaço de trabalho,adequar infraestrutura		Adm.hospitalar,GAS, Chefe da Div. Médica, Chefe da Div. Enfermagem,Chefe do Setor de Vigilância em Saúde,GAD	nov-14	fev-15	Computadores, impressora, Estação de trabalho, Cadeiras, Telefone			
MP4	NC16	34.b	Atividade 34.b - Elaborar o regimento interno, incluindo a definição de metodologia e periodicidade de auditoria de qualidade para avaliação de processos	34.a	Equipe do Núcleo de Gestão de Qualidade	fev-15	fev-15		Reuniões realizadas, espaço definido, equipamentos adquiridos, regimento interno definido	Equipe capacitada, indicadores definidos	Núcleo de Gestão de Qualidade ativo/ assistência prestada com uniformidade na qualidade
MP4	NC16	34.c	Atividade 34.c - Definir os indicadores de implementação, segurança e qualidade	34.b	DivGP	fev-15	mai-15	Curso capacitação			
MP4	NC16	34.d	Atividade 34.d - Capacitar a equipe e pessoal de todos os setores	34.c	Núcleo de Gestão de Qualidade, Chefe do Setor de Vigilância em Saúde, Rodrigo	mai-15	abr-15				
MP4	NC16	34.e	Atividade 34.e - Revisar anualmente o programa de gestão da qualidade para identificação de fragilidades e desenvolvimento de melhoria	34.d	Núcleo de Gestão de Qualidade e Chefe do Setor de Vigilância em Saúde	abr-15	ago-15				
MP4	NC16	35	Ação 35 - Implantação de ferramentas de Gestão de Qualidade/ Gestão Eletrônica de Documentos (GED)	34.c	Núcleo de Gestão de Qualidade, Informática	mai-15	mar-16				
MP4	NC16	35.a	Atividade 35.a - Identificar as necessidades funcionais para a ferramenta		Núcleo de Gestão de Qualidade	mai-15	ago-15				
MP4	NC16	35.b	Atividade 35.b - Identificar as soluções do mercado que deem cobertura aos requerimentos funcionais	35.a	Informática	ago-15	set-15	Ferramenta de GED e digitalização de documentos e prontuários físicos dos pacientes	Identificação das necessidades para a gestão eletrônica do Núcleo de Gestão de Qualidade e Acervo documental	Aquisição da ferramenta e capacitação da equipe	Agilidade e controle do acervo documental, disponibilização atualizada de informações para tomada de decisões, elaboração de relatórios
MP4	NC16	35.c	Atividade 35.c - Definir com a GAD a melhor forma de aquisição	35.b	GAD, informática, Núcleo de Gestão de Qualidade	set-15	nov-15				
MP4	NC16	35.d	Atividade 35.d - Implementar a ferramenta	35.c	Informática	nov-15	dez-15				
MP4	NC16	35.e	Atividade 35.e - Capacitar os trabalhadores em sua utilização	35.d	Informática, DivGP	dez-15	mar-16	Capacitação			
MP4	NC16	36	Ação 36 - Implementação de indicadores de segurança e qualidade prioritários e de grande impacto		Chefe do Setor de Vigilância em Saúde, Adm. hospitalar	jan-15	dez-16				
MP4	NC16	36.a	Atividade 36.a - Identificar os indicadores já monitorados nos diferentes serviços		Chefe do Setor de Vigilância em Saúde / Gestor de res ^{relatório}	jan-15	mar-15				
MP4	NC16	36.b	Atividade 36.b - Definir quais são os indicadores de segurança e qualidade prioritários a serem monitorados.	36.a	GAS, Chefe do Setor de Vigilância em Saúde, Chefe da Div. Médica	mar-15	abr-15	equipamentos, reformas, TAGS RFID de pulseiras, Software de gestão RFID, Antenas RFID, Tags RFID, impressoras de pulseiras, impressoras de etiquetas de risco, equipamentos e insumos de avaliação de lavagem de mãos			
MP4	NC16	36.c	Atividade 36.c - Elaborar ficha técnica e metodologia de coleta dos indicadores.	36.b	Gestor da qualidade/Administrador hospitalar, Chefe do Setor de Vigilância em Saúde	abr-15	abr-15				
MP4	NC16	36.d	Atividade 36.d - Definir cronograma de início de monitoramento para cada um deles.		GAS	mai-15	mai-15	Capacitação, oficinas	% dos indicadores prioritizados, elaboração da ficha técnica	100% dos indicadores monitorizados	Processos de trabalhos adequados refletido na melhoria da assistência com qualidade e segurança ao paciente
MP4	NC16	36.e	Atividade 36.e - Providenciar estrutura física, recursos humanos, materiais e equipamentos para a atividade proposta.		Adm, GAS, GAD	jan-16	jul-16				
MP4	NC16	36.f	Atividade 36.f - Divulgar e treinar os setores que irão seguir/aplicar os indicadores	36.d	Gestor da qualidade, DivGP	mai-15	jul-15	Intranet			
MP4	NC16	36.g	Atividade 36.g - Avaliar os indicadores e elaborar relatórios	36.e	Gestor da qualidade, Administrador hospitalar	ago-16	dez-16				
MP4	NC16	36.h	Atividade 36.h - Divulgar os resultados	36.f	Núcleo de Gestão de Qualidade, GAS, Comunicação	jul-15	dez-15				
MP4	NC16	36.i	Atividade 36.i- Elaborar planos de ação para melhoria contínua	36.f	Núcleo de Gestão de Qualidade, Chefe do Setor de Vigilância em Saúde, Chefe da Div. Médica, GAS	jul-15	dez-15				



MP4	NC18	40	Ação 40 - Registros das informações nos sistemas Federais e Distrital		Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, Rodrigo	set-14	nov-15		% de setores definidos e capacitados	% de registros realizados	Visibilidade dos atendimentos executados no HUB
MP4	NC18	40.a	Atividade 40.a - Definir os setores responsáveis por cada registro específico	39.a	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde	mai-15	nov-15	Cursos de capacitação			
MP4	NC18	40.b	Atividade 40.b - Capacitar equipe para registro das informações nos sistemas específicos	40.a	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, DivGP, GEP	nov-15	set-14				
MP4	NC18	40.c	Atividade 40.c - Modelagem do processo de registro das informações nos sistemas Federais e Distrital (evitando os retrabalhos)	40.b	Informática/ NIR	set-14	mai-15				
MP4	NC18	40.d	Atividade 40.d - Capacitação dos atores que irão usar a ferramenta	40.c	DivGP, informática	mai-15	nov-15				
MP4	NC18	41	Ação 41- Contratação interna e avaliação da produção ambulatorial e hospitalar		Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, Rodrigo	jul-14	dez-15		% das clínicas avaliadas	100 % das clínicas prioritizadas avaliadas	Definição de contrato realista de pactuação
MP4	NC18	41.a	Atividade 41.a - Definir capacidade instalada de cada especialidade prioritizada		Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, Rodrigo, Ricardo, Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica	jul-14	mai-15	Intranet			
MP4	NC18	41.b	Atividade 41.b - Desenvolver e implementar contrato interno de metas assistenciais a serem cumpridas	41.a	GAS, Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, Assessoria de Comunicação	mai-15	mai-15				
MP4	NC18	41.c	Atividade 41.c - Criar indicadores de monitoramento	41.b	GAS, Setor de Regulação e Avaliação em Saúde	mai-15	mai-15				
MP4	NC18	41.d	Atividade 41.d - Estabelecer programa de divulgação transparente dos resultados (interna e externa)	41.c	GAS, Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, Assessoria de Comunicação	mai-15	dez-15				
MP4	NC18	42	Ação 42 - Acompanhamento do cumprimento das metas da contratação com o gestor do SUS		Setor de Avaliação e Regulação em Saúde	mai-14	dez-15		% do monitoramento	Resolução das barreiras ao cumprimento das metas	100% do cumprimento das metas pactuadas
MP4	NC18	42.a	Atividade 42.a - Monitorar o cumprimento das metas		Setor de Regulação e Avaliação em Saúde	mai-14	dez-15				
MP4	NC18	42.b	Atividade 42.b - Identificar as barreiras de cumprimento e as produções maiores que as metas pactuadas		Setor de Regulação e Avaliação em Saúde	mai-14	dez-15				
MP4	NC18	42.c	Atividade 42.c - Planejar estratégia para melhoria da produção identificada como insuficiente		GAS, Chefe da Div. Médica, Setor de Regulação e Avaliação em Saúde	jul-14	mar-15				
MP4	NC18	42.d	Atividade 42.d - Identificar recomendações para a repactuação com o gestor local		GAS, Chefe da Div. Médica, Setor de Regulação e Avaliação em Saúde						
MP4	NC19	43	Ação 43 - Elaboração de programas de atenção integral ao paciente		Chefe da divisão de cuidados	nov-14	set-15		Estabelecimento de critérios de triagem, admissão, internação e alta	Revisão das rotinas assistenciais	Definição da responsabilidade do HUB nas linhas de cuidado prioritizadas pelo hospital.
MP4	NC19	43.a	Atividade 43.a - Estabelecer critérios multiprofissionais de triagem admissão, internação e alta		GAS, Chefe da Div. Gestão de Cuidados, Chefe da Div. Médica, Chefe da Div. Enfermagem, Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, Chefe da Unidade de Pronto Atendimento	nov-14	mar-15				
MP4	NC19	43.b	Atividade 43.b - Redefinir responsabilidade de cada categoria profissional dentro do trabalho desenvolvido pela equipe	43.a	GAS, Chefe da Div. Gestão de Cuidados, Chefe da Div. Médica, Chefe da Div. Enfermagem, Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, Chefe da Unidade de Pronto Atendimento	mar-15	mar-15				
MP4	NC19	43.c	Atividade 43.c - Revisar e reformular as rotinas assistenciais a partir do cuidado assistencial	43.b	Chefe da Div. Gestão de Cuidados, Chefe da Div. Médica, Chefe da Div. Enfermagem, Educação Continuada Enfermagem, Chefe da Unidade de Pronto Atendimento	mar-15	mar-15	Software			
MP4	NC19	43.d	Atividade 43.d - Monitorar o cumprimento das rotinas multiprofissionais previstas e definir ações corretivas		Chefe da Div. Gestão de Cuidados, Chefe da Div. Médica, Chefe da Div. Enfermagem, Educação Continuada Enfermagem, Chefe da Unidade de Pronto Atendimento	abr-15	abr-15				
MP4	NC19	43.e	Atividade 43.e - Promover capacitação de todas as categorias em conjunto à educação continuada e permanente	43.c	Chefe da Div. Médica, Chefe da Div. Enfermagem, Educação Continuada Enfermagem, Chefe da Unidade de Pronto Atendimento	mar-15	set-15				

MP4	NC19	44	Ação 44 - Elaboração de plano de cuidado multiprofissional	43		mar-15	dez-15		Composicao das equipes, % registro e discussão do plano de cuidado	Adesão dos profissionais	Atendimento das necessidades do paciente
MP4	NC19	44.a	Aktividade 44.a - Estabelecer avaliação inicial multiprofissional para admissão e definição do plano de cuidado com previsão de permanência		Chefe da Div. Médica, Chefe da Div. Enfermagem, chefes das linhas de cuidado	mar-15	set-15				
MP4	NC19	44.c	Aktividade 44.b - Realizar treinamento e sensibilização dos profissionais e alunos nesta perspectiva.	44.a	Chefe da Div. Médica, Chefe da Div. Enfermagem, Educação Continuada Enfermagem, Chefe da Unidade de Pronto Atendimento, chefes das linhas de cuidado	mar-15	set-15				
MP4	NC19	44.d	Aktividade 44.c - Realizar monitoramento e avaliação do plano de cuidado.	44.b	Chefes das linhas de cuidado	out-15	dez-15				
MP5	NC20	45	Ação 45 - Oficialização dos Programas de Residência em Saúde como disciplinas da UnB		Setor de Gestão de Ensino	mai-14	mar-15		% dos programas cadastrados como disciplinas na SAA	Adesão dos professores à proposta	100% dos programas de residência em saúde cadastrados como disciplinas
MP5	NC20	45.a	Aktividade 45.a - Definir cronograma de reuniões individuais com os professores		Setor de Gestão de Ensino	mai-14	ago-14	NA			
MP5	NC20	45.b	Aktividade 45.b - Descrever os programas de residência no formato de disciplina conjuntamente com os professores, iniciando pelos programas que serão cadastrados em 2014	45.a	Equipe da GEP	ago-14	fev-15	NA			
MP5	NC20	45.c	Aktividade 45.c - Solicitar acesso ao sistema da UnB		GEP	set-14	set-14	NA			
MP5	NC20	45.d	Aktividade 45.d - Cadastrar as disciplinas na Secretaria de Assuntos Acadêmicos (SAA)	45.b, 45.c	Equipe da GEP	set-14	mar-15	NA			
MP5	NC20	46	Ação 46 - Reconhecimento de créditos aos docentes que atuam no HUB		GEP	mai-14	jun-15		Atas das reuniões realizadas com os departamentos e decanatos	Inclusão do tema nas discussões dos colegiados superiores da UnB	Apresentação de proposta para mudança nos critérios de progressão funcional dos docentes
MP5	NC20	46.a	Aktividade 46.a - Identificar as atividades (assistenciais, pós-graduação e outras) não reconhecidas como atividade docente/ mapeamento do corpo docente no HUB		Equipe da GEP	ago-14	dez-14	NA			
MP5	NC20	46.b	Aktividade 46.b - Negociar com os departamentos da UnB o reconhecimento dessas atividades	46.a	GEP, Setor de Gestão de Ensino	dez-14	jun-15	NA			
MP5	NC20	46.c	Aktividade 46.c - Negociar com os decanatos de graduação e pós-graduação o reconhecimento dessas atividades	46.b	GEP, Setor de Gestão de Ensino	jun-15	jun-15	NA			
MP5	NC20	46.d	Aktividade 46.d - Discutir com a UnB a proposta de aumento do peso da atividade assistencial na progressão funcional do docente		GEP, Setor de Gestão de Ensino	mai-14	jun-15	Material de divulgação			
MP5	NC20	47	Ação 47 - Realização de diagnóstico das condições percebidas para desenvolvimento de atividades no HUB		Setor de Gestão de Ensino	mar-14	out-14		Disponibilização do questionário para a comunidade acadêmica	Taxa de resposta dos respondentes	Relatório com proposta de ações apoiada na análise dos dados
MP5	NC20	47.a	Aktividade 47.a - Definir o universo da pesquisa		Equipe da GEP	mar-14	mar-14	NA			
MP5	NC20	47.b	Aktividade 47.b - Elaborar questionário on-line à comunidade acadêmica	47.a	Setor de Gestão de Ensino	mar-14	jun-14	Material de divulgação			
MP5	NC20	47.c	Aktividade 47.c - Validar a pesquisa com o decanato	47.b	GEP e Setor de Gestão de Ensino	jun-14	jul-14	NA			
MP5	NC20	47.d	Aktividade 47.d - Aplicar o questionário on-line	47.c	Setor de Gestão de Ensino	jul-14	set-14	NA			
MP5	NC20	47.e	Aktividade 47.e - Analisar os resultados e definir plano de ação	47.d	Equipe da GEP	set-14	out-14	Software			

MP5	NC20	48	Ação 48 - Integração entre o corpo docente e assistencial para elaboração dos protocolos clínicos		GEP	ago-14	dez-15				
MP5	NC20	48.a	Atividade 48.a - Identificar atores favoráveis para implantação de um piloto de grupo de pesquisa e inovação de protocolos clínicos		GEP, Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica	ago-14	dez-14	NA	Delineamento do protocolo de implantação	Projeto Piloto em funcionamento	Revisão dos protocolos clínicos pela equipe docente-assistencial
MP5	NC20	48.b	Atividade 48.b - Articular com a GAS		GEP	ago-14	dez-14	NA			
MP5	NC20	48.c	Atividade 48.c - Implantar o piloto		GEP, GAS e equipe piloto	mar-15	jun-15	Material de consumo			
MP5	NC20	48.d	Atividade 48.d - Divulgar os resultados do piloto de grupo de pesquisa	4.a/4.b	Unidade de Telessaúde	dez-14	ago-15	NA			
MP5	NC20	48.e	Atividade 48.e - Ampliar a abrangência do modelo desenvolvido	4.c	Equipe da GEP	jun-15	dez-15	NA			
MP5	NC20	49	Ação 49 - Definição do modelo* de ensino do HUB junto aos docentes		GEP	ago-14	nov-15				
MP5	NC20	49.a	Atividade 49.a - Definir os tópicos a serem discutidos para a formulação do modelo		GEP, Setor de Gestão de Ensino	ago-14	dez-14	NA	% de professores presentes nos fóruns	Descrição do modelo de ensino	Implantação do modelo de ensino
MP5	NC20	49.b	Atividade 49.b - Divulgar iniciativa para o corpo docente	49.a	Setor de Gestão de Ensino, Unidade de Telessaúde	dez-14	mar-15	Material de divulgação			
MP5	NC20	49.c	Atividade 49.c - Organizar fóruns de discussão com os docentes	49.b	Equipe da GEP	mar-15	set-15	Material de consumo			
MP5	NC20	49.d	Atividade 49.d - Definir o modelo de ensino	49.c	GEP, Setor de Gestão de Ensino, Unidade de Telessaúde	set-15	ou-15	NA			
MP5	NC20	49.e	Atividade 49.e - Validar o modelo com a UnB	49.d	GEP, Setor de Gestão de Ensino, Unidade de Telessaúde	ou-15	nov-15				
MP5	NC21	50	Ação 50 - Definição das normas para realização de estágios curriculares e internato		Setor de Gestão de Ensino	abr-14	mar-15				
MP5	NC21	50.a	Atividade 50.a - Definir o fluxo do processo entre as faculdades e a DAIA		Setor de Gestão de Ensino	abr-14	ago-14	NA	% de áreas cadastradas	Definição de normas de estágios e convênios	Normas e áreas de estágio divulgadas
MP5	NC21	50.b	Atividade 50.b - Identificar as áreas destino de cada tipologia de estágio (com e sem professor) e catálogo de vagas		Chefe da Unidade de Graduação	ago-14	dez-14	NA			
MP5	NC21	50.c	Atividade 50.c - Definir o contrato/convênio padrão de estágio e modelos de edital		Setor de Gestão de Ensino	out-14	nov-14	NA			
MP5	NC21	50.d	Atividade 50.d - Definir canais de divulgação do catálogo de vagas	50a, 50b, 50c	GEP, Setor de Gestão de Ensino	fev-15	mar-15	Confeção de manuais e catálogos			
MP5	NC21	51	Ação 51 - Estabelecimento de mecanismo de controle das atividades e dos estudantes dentro do HUB		Setor de Gestão de Ensino	nov-13	mar-15				
MP5	NC21	51.a	Atividade 51.a - Recadastrar os estudantes que atuam no HUB de forma a dar visibilidade às demandas		Setor de Gestão de Ensino	jun-14	set-14	Material de divulgação e crachás	% de estudantes e de atividades de ensino cadastradas	Fidedignidade dos registros nos sistemas de informação federal de ensino	Controle do acesso da comunidade acadêmica e visibilidade das atividades de ensino desenvolvidas no HUB
MP5	NC21	51.b	Atividade 51.b - Registrar as atividades desenvolvidas pelos estudantes		Setor de Gestão de Ensino, chefe da Unidade de Graduação e Cursos Técnicos	nov-13	nov-14	NA			
MP5	NC21	51.c	Atividade 51.c - Estabelecer e divulgar cronograma para inserção de atividades de ensino no HUB		Setor de Gestão de Ensino	fev-15	fev-15	NA			
MP5	NC21	51.d	Atividade 51.d - Estabelecer mecanismos de controle de acesso e áreas de práticas		GEP, GAD	ago-14	mar-15	Leitores de código de barras, software, crachás			
MP5	NC21	51.e	Atividade 51.e - Negociar a inclusão de "nada consta" da GEP para formatura do estudante ou emissão de certificado		GEP	ago-14	set-14	NA			

MP5	NC21	52	Ação 52 - Estabelecimento de vínculo de trabalho entre a GEP e os Decanatos		GEPI	mai-14	dez-14				
MP5	NC21	52.a	Atividade 52.a - Apresentar a equipe e o plano de trabalho da GEP		Equipe da GEP, Unidade de Graduação e Cursos Técnicos, Unidade de Pós-graduação	mai-14	ago-14	NA	Realização das reuniões	Apoio dos decanatos para as atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas no HUB	Desenvolvimento de propostas integradas UNB/HUB para a melhoria das condições de ensino e pesquisa no HUB
MP5	NC21	52.b	Atividade 52.b - Solicitar um cronograma de reuniões periódicas		Equipe da GEP, Unidade de Graduação e Cursos Técnicos, Unidade de Pós-graduação	mai-14	ago-14	NA			
MP5	NC21	52.c	Atividade 52.c - Discutir o relatório de atividades de ensino e negociar melhorias para as condições de ensino		Equipe da GEP, Unidade de Graduação e Cursos Técnicos, Unidade de Pós-graduação	mai-14	dez-14	NA			
MP5	NC21	52.d	Atividade 52.d - Criar mecanismos de divulgação conjunta de atividades e notícias		Equipe da GEP, Unidade de Graduação e Cursos Técnicos, Unidade de Pós-graduação	mai-14	set-14	Material de divulgação			
MP5	NC22	53	Ação 53 - Identificação das necessidades de infraestrutura física para ensino e pesquisa		GEPI	abr-14	fev-15				
MP5	NC22	53.a	Atividade 53.a - Descrever a infraestrutura física disponível para as atividades de ensino, pesquisa e tele-saúde		Sector de Gestão de Ensino, Unidade de Tele-saúde, Sector de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica	abr-14	jul-14	NA	Relatórios parciais das atividades	Formulação de proposta com as necessidades identificadas	Mapeamento da estrutura necessária de ensino do HUB
MP5	NC22	53.b	Atividade 53.b - Identificar necessidades de infraestrutura física	53.a	Equipe da GEP	jul-14	out-14	NA			
MP5	NC22	53.c	Atividade 53.c - Identificar local e propor um projeto de ambiente de convivência para o docente no HUB		GEPI	jun-14	ago-14	Mobiliário			
MP5	NC22	53.d	Atividade 53.d - Formalizar essas necessidades junto à Gerência Administrativa (GAD), Superintendente e Ebserh	53.a/53.b/53.c	GEPI	ago-14	set-14	NA			
MP5	NC22	53.e	Atividade 53.e - Negociar com a GAD a elaboração de projetos para construção de novas áreas de ensino e pesquisa	53.d	GEPI	set-14	fev-15	NA			
MP5	NC22	54	Ação 54 - Criação de condições e espaços de ensino		GEPI	mai-14	dez-15				
MP5	NC22	54.a	Atividade 54.a - Elaborar normas para uso de armários para guarda de pertences dos estudantes		GEPI	jul-14	jul-14	NA	Aprovação da construção da Biblioteca e do Laboratório de Simulação	Planejamento das obras e aquisição de mobiliário, equipamentos e acervo	Criação e adequação das condições e áreas de ensino
MP5	NC22	54.b	Atividade 54.b - Definir locais, instalar armários e divulgar normas de uso	53.a	Sector de Gestão de Ensino	jul-14	out-14	Material de divulgação, armários			
MP5	NC22	54.c	Atividade 54.c - Planejar e equipar os ambientes de ensino		Unidade de Tele-saúde	jun-14	dez-15	Data show, computador, tela inteligente, modelos de simulação, mesas, macas,			
MP5	NC22	54.d	Atividade 54.d - Negociar a ampliação de acesso da rede wifi		GEPI	ago-14	dez-14	NA			
MP5	NC22	54.e	Atividade 54.e - Rever o projeto arquitetônico da Biblioteca		GEPI	ago-14	fev-15	Projeto de arquitetura			
MP5	NC22	54.f	Atividade 54.f - Articular junto com a GAD, o Superintendente e a Ebserh a priorização e a construção da Biblioteca	54.e	GEPI	fev-15	jul-15	NA			
MP5	NC22	54.g	Atividade 54.g - Estimar custos para mobiliário, equipamentos e acervo da biblioteca	54.e/54.f	GEPI, Equipe BCE	jul-15	dez-15	NA			
MP5	NC22	54.h	Atividade 54.h - Elaborar projeto para criação dos Laboratórios de Simulação	54.b	Unidade de Tele-saúde	out-14	out-14	Projeto de arquitetura			
MP5	NC22	54.i	Atividade 54.i - Articular com a GAD, o Superintendente e a Ebserh a construção do Laboratório de Simulação	54.h	GEPI	out-14	ago-15	NA			
MP5	NC22	54.j	Atividade 54.j - Identificar as atuais áreas de prática		Sector de Gestão de Ensino	mai-14	jan-15	NA			
MP5	NC22	54.k	Atividade 54.k - Redistribuir as áreas de prática, principalmente ambulatórios	54.j	Sector de Gestão de Ensino	jan-15	mar-15	NA			
MP5	NC22	54.l	Atividade 54.l - Definir prioridades de e-saúde para o HUB		Equipe GEPI e Conselho Executivo	jul-14	dez-14	NA			
MP5	NC22	54.m	Atividade 54.m - Construir Grupo de Trabalho de e-saúde com a Faculdade de Medicina	54.i	Unidade de Tele-saúde	jul-14	set-14	NA			
MP5	NC22	54.n	Atividade 54.n - Participar do Grupo de Trabalho de e-saúde da Assessoria de Ensino e Pesquisa da Ebserh		Unidade de Tele-saúde	jun-14	jun-14	NA			
MP5	NC22	54.o	Atividade 54.o - Implementar ações de e-saúde definidas pelo Grupo de Trabalho da Ebserh	54.n	Unidade de Tele-saúde	jun-14	dez-15	NA			

MP5	NC23	55	Ação 55 - Estruturação conjunta à COREMU de equipe de preceptores para a Residência Multiprofissional		GEP	mai-14	dez-15				
MP5	NC23	55.a	Atividade 55.a - Rever as normas que regem a preceptoria da Residência Multiprofissional		Setor de Gestão de Ensino, Unidade de Pós-graduação, COREMU	mai-14	ago-14	NA	% de execução das atividades definidas	Aumento do número e da qualificação dos preceptores	Aumento do número de Programas de Residência Multiprofissional
MP5	NC23	55.b	Atividade 55.b - Identificar as necessidades de preceptoria		Unidade de Pós-graduação, COREMU	mai-14	dez-14	NA			
MP5	NC23	55.c	Atividade 55.c - Realizar mapeamento da formação e experiência dos profissionais		COREMU, DivGP	mai-14	nov-14	NA			
MP5	NC23	55.d	Atividade 55.d - Identificar necessidades de qualificação	55.a/55.c	GEP, Setor de Gestão de Ensino, COREMU	nov-14	nov-14	NA			
MP5	NC23	55.e	Atividade 55.e - Qualificar preceptores	55.d	COREMU, GEP e Setor de Gestão de Ensino	nov-14	dez-15	Cursos de capacitação			
MP5	NC23	55.f	Atividade 55.f - Definir mecanismos de incentivo institucional para preceptoria		Equipe GEP	ago-14	nov-14	NA			
MP5	NC23	55.g	Atividade 55.g - Articular com a GAS o treinamento em serviço dos residentes	55.b	GEP	dez-14	mar-15	NA			
MP5	NC23	55.h	Atividade 55.h - Negociar com a UnB e Ebsers mecanismos de incentivo para preceptoria		GEP	mai-14	jun-15	NA			
MP5	NC23	55.i	Atividade 55.i - Divulgar a política de incentivo à preceptoria	55.h	Equipe da GEP	jun-15	jun-15	Material de divulgação			
MP5	NC24	56	Ação 56 - Reestruturação da pesquisa no HUB		Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica	mar-14	ago-15				
MP5	NC24	56.a	Atividade 56.a - Analisar o fluxo existente para Pesquisa Clínica e Pesquisa Acadêmica;		Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica	mar-14	out-14	NA	% de execução das atividades definidas	Adesão dos profissionais	Gerenciamento dos projetos de pesquisa desenvolvidos no HUB
MP5	NC24	56.b	Atividade 56.b - Identificar as limitações dos fluxos para o gerenciamento e controle dos projetos pelo hospital	56.a	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica	out-14	out-14	NA			
MP5	NC24	56.c	Atividade 56.c - Propor e aprovar a criação do Colegiado de Pesquisa ao Conselho Executivo.		GEP, Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica	ago-14	ago-14	NA			
MP5	NC24	56.d	Atividade 56.d - Nomear os membros do Colegiado de Pesquisa	56.c	Superintendente	ago-14	nov-14	NA			
MP5	NC24	56.e	Atividade 56.e - Propor e aprovar a criação do Comitê de Pesquisa ao Conselho Executivo.		GEP, Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica	nov-14	jan-15	NA			
MP5	NC24	56.f	Atividade 56.f - Nomear membros do Comitê de Pesquisa	56.e	Superintendente	jan-15	abr-15	NA			
MP5	NC24	56.g	Atividade 56.g - Instituir mecanismos de comunicação com as Comissões de Pós-Graduação dos cursos que desenvolvem atividades no HUB		GEP, Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica	mai-14	nov-14	Material de consumo e de divulgação			
MP5	NC24	56.h	Atividade 56.h - Discutir a criação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos no HUB.		Equipe GEP	ago-14	ago-15	NA			

MP5	NC24	57	Ação 57 - Revisão das normas para submissão de projetos de pesquisa		Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica	ago-14	dez-15				
MP5	NC24	57.a	Atividade 57.a - Discutir a proposta para novos fluxos de pesquisa acadêmica (TCC, Dissertações e Teses) e Clínica.	56.b	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica	out-14	dez-14	NA	Criação de normas para acesso a dados institucionais e de fluxo para submissão de propostas de pesquisa	Implantação de plataforma WEB para submissão de projetos de pesquisa	Fidedignidade dos bancos de dados relacionados à pesquisa
MP5	NC24	57.b	Atividade 57.b - Elaborar e validar junto ao conselho executivo proposta para submissão de projetos de pesquisas, em consonância com as exigências da Plataforma Brasil;	57.a	GEP, Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica	dez-14	mar-15	NA			
MP5	NC24	57.c	Atividade 57.c - Atualizar e criar formulários para submissão de propostas por meio eletrônico;	57.b	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica	mar-15	abr-15	NA			
MP5	NC24	57.d	Atividade 57.d - Implementar plataforma eletrônica para submissão de projetos	57.c	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica, Unidade de Telessaúde	abr-15	dez-15	Construção de software e pagamento de pessoal			
MP5	NC24	57.e	Atividade 57.e - Estabelecer mecanismos de controle de acesso a dados institucionais, prontuários e ou paciente.		GEP, Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica	ago-14	dez-14	NA			
MP5	NC24	57.f	Atividade 57.f - Capacitar a equipe administrativa de GEP sobre o novo fluxo de pesquisa	57.d	GEP, Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica	dez-15	jul-15	Material de divulgação			
MP5	NC24	57.g	Atividade 57.g - Divulgar as novas normas.	57.d	Equipe GEP	dez-15	ago-15				
MP5	NC24	57.h	Atividade 57.h - Monitorar a implantação dos novos fluxos e realizar ajustes necessários.	56.f/57.d	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica	jul-15	dez-15	NA			
MP5	NC24	58	Ação 58 - Implantação de análises de viabilidade técnica e financeira de Projetos de Pesquisa		Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica	jan-15	jun-16				
MP5	NC24	58.a	Atividade 58.a - Criar normas e definir critérios técnicos de avaliação dos projetos de pesquisa	56.f	Equipe GEP	abr-15	jun-15	NA	% de pesquisa com análise técnica e financeira	% de pesquisas autosustentáveis	Proteção do paciente e qualificação das pesquisas
MP5	NC24	58.b	Atividade 58.b - Validar normas junto ao Conselho Executivo	58.a	GEP	jun-15	jul-15	NA			
MP5	NC24	58.c	Atividade 58.c - Compor a equipe da GEP com profissionais qualificados para análise técnica e financeira		Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica	jan-15	dez-15	Pessoal			
MP5	NC24	58.d	Atividade 58.d - Compor cadastro de pareceristas		Equipe GEP	jan-15	jun-15	Pagamento de pareceristas (?)			
MP5	NC24	58.e	Atividade 58.e - Definir mecanismos de ajustes periódicos dos critérios de avaliação	56.f/58.b	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica, Colegiado de Pesquisa	jul-15	dez-15	NA			
MP5	NC24	58.f	Atividade 58.f - Apresentar a proposta aos pesquisadores e docentes	58.b/58.c	Equipe GEP	dez-15	dez-15	Material de divulgação			
MP5	NC24	58.g	Atividade 58.g - Monitorar as ações implementadas	58.e	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica	dez-15	jun-16	NA			

MP5	NC24	59	Ação 59 - Estímulo à realização de pesquisas no HUB		Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica	fev-14	jun-15				
MP5	NC24	59.a	Atividade 59.a - Capacitar equipe para realizar prospecção de Editais de fomento a pesquisa		Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica	jan-15	abr-15	Material de divulgação			
MP5	NC24	59.b	Atividade 59.b - Divulgar editais junto aos pesquisadores e grupos de pesquisa	59.a	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica, Unidade de Telessaúde	abr-15	jun-15	Material de consumo			
MP5	NC24	59.c	Atividade 59.c - Identificar pesquisadores e grupos de pesquisa que atendam os requisitos de edital específicos	59.a	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica	abr-15	jun-15	NA			
MP5	NC24	59.d	Atividade 59.d - Capacitar a equipe da GEP para apoiar os profissionais no atendimento aos requisitos dos editais		Equipe GEP	mai-15	jun-15		% de adesão a editais de fomento a pesquisa	Aumento do número de pesquisa	Aumento da produção científica e inovação tecnológica no HUB
MP5	NC24	59.e	Atividade 59.e - Incentivar a participação de docentes em editais de fomento à Pesquisa		Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica, Unidade de Telessaúde	mai-15	jun-15	NA			
MP5	NC24	59.f	Atividade 59.f - Dar visibilidade ao HUB como campo de práticas para desenvolvimento de projetos conjuntos com os programas de pós-graduação e docentes da UnB	56.g	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica, Unidade de Telessaúde	nov-14	jun-15				
MP5	NC24	59.g	Atividade 59.g - Desenvolver ações junto aos órgãos de fomento quando das chamadas públicas para elaboração de editais relacionados à pesquisa acadêmica		Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica	fev-14	fev-14	NA			
MP5	NC24	59.h	Atividade 59.h - Participar de grupo de trabalho da Assessoria de Ensino e Pesquisa da Ibsenr para a criação da Rede de HUF para o desenvolvimento de pesquisa clínica.		GEP, Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica	mai-14	mai-14	NA			

Hospital Universitário de



EBSERH

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Setor Comercial Sul – SCS, Quadra 09, Lote “C”

Edifício Parque Cidade Corporate, Bloco “C”

Brasília – Distrito Federal

CEP 70308-200

<http://Ebserh.mec.gov.br/>