Alda Luiza Gonçalves da Silva Klippel
Aparecida das Graças Carvalho Gomes
Bianca Silva Oliveira Munaldi
Carmen Ozores Fernandes
Flávia Brener
Gustavo Peixoto Soares Miguel
Ilson Iglésias Gomes
Jean Carlo Nunes dos Santos
Joanna D'Arc Victória Barros De Jaheger
Lauro Monteiro Vasconcelos Filho
Laila Maria Duarte Borges Viana
Leia Damasceno de Aguiar Brotto
Lucinete de Oliveira Souza
Luiz Alberto Sobral Vieira Junior
Maria Zilma Rios
Maroun Simão Padilha
Priscila Santos Pugliesi
Reynaldo Dietze
Rita Elizabeth Checon de Freitas Silva
Rogério Luiz Scapini

Plano Diretor Estratégico
Hospitais Universitários Federais

Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

2014

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Alda Luiza Gonçalves da Silva Klippel
Aparecida das Graças Carvalho Gomes
Bianca Silva Oliveira Munaldi
Carmen Ozores Fernandes
Flávia Brener
Gustavo Peixoto Soares Miguel
Ilson Iglésias Gomes
Jean Carlo Nunes dos Santos
Joanna D'Arc da Victória Barros De Jaheger
Laila Maria Duarte Borges
Lauro Monteiro Vasconcelos Filho
Leia Damasceno de Aguiar Brotto
Lucinete de Oliveira Souza
Luiz Alberto Sobral Vieira Junior
Maria Zilma Rios
Maroun Simão Padilha
Priscilla Santos Pugliese
Reynaldo Dietze
Rita Elizabeth Checon de Freitas Silva
Rogério Luiz Scapini

Plano Diretor Estratégico
Hospitais Universitários Federais

Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

2014

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e pela Sua imensa graça que nos permitiu chegar até este momento.

À Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, que oportunizou a janela que nos permitiu vislumbrarmos um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética presentes, para que algo de valor fosse produzido.

Aos nossos familiares, pelo incentivo, paciência, carinho, força e compreensão durante nossa ausência.

Ao nosso facilitador e orientador, Gilson Caleman, pela confiança, pelo exemplo que desde o início de nosso trabalho foram determinantes para sua construção e por contribuir para tornar real um sonho acalentado de há muito. Nossa gratidão.

Aos nossos co-orientadores, consultores da Everis Health, Edson Renel Costa, Igor Baccin Martins, Livia Bianco e Raphael Saueia Bueno, pelo suporte durante todo o tempo que lhes coube, pelas suas correções e incentivos.

Ao Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês, seu corpo docente, direção e administração, por nos proporcionar, além do ensino técnico, uma convivência harmoniosa, trocas de conhecimento e experiências que foram tão importantes na elaboração do PDE e que contribuiu para um novo olhar profissional e institucional.

À comunidade hospitalar do HUCAM/EBSERH, pelo incentivo, apoio e amizade que foram tão importantes no desenvolvimento deste PDE. Nosso respeito.

De onde vem a palavra oportunidade?
Vem do nome de um vento. Os romanos tinham o hábito na Antiguidade
de dar nome aos ventos. Um vento que eles apreciavam imensamente,
que levava o navio ao porto era chamado de: ***ob portus - o vento oportuno*** .

O que é oportunidade?
É quando você pega o vento favorável, aquele que leva ao porto.
O que é o porto? O porto- assim como a porta - é segurança,
é entrada e saída, é aquilo que o impede de ficar estanque
na coisa mais perigosa que existe, que é ser prisioneiro do mesmo.
Mário Sergio Cortella, 2013

RESUMO

O Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) iniciou-se com a incorporação do antigo sanatório Getúlio Vargas, há cerca de 50 anos. Apesar de ser o maior hospital público do Espírito Santo e principal campo de estágio dos cursos do Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal do Espírito Santo – o HUCAM vem passando ao longo dos anos por um processo de sucateamento, com grandes prejuízos à assistência, ao ensino e pesquisa. Em meio á este cenário caótico, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) surge como possibilidade de transformação e reestruturação dos hospitais universitários, com um novo modelo de gestão. Uma oportunidade de elaborar um plano de ação para os próximos dois anos de gestão do HUCAM, para tratar de forma estratégica e sistemática seus principais problemas, por meio de mudanças na estrutura organizacional, cultura, comunicação e liderança, adequando-o à sua missão, em busca da melhoria de qualidade da assistência, ensino e pesquisa e recuperação da área física e parque tecnológico. Para tal desafio, foram selecionados nove servidores da UFES, dentre professores e profissionais técnico-administrativos de áreas estratégicas, os quais participaram do “Curso de Especialização em Gestão dos Hospitais Universitários Federais no Sistema Único de Saúde”, que capacitou o grupo nas áreas fundamentais de competência dos hospitais universitários: atenção à saúde, educação e gestão. Com base em metodologias de Planejamento Estratégico Situacional, com a orientação de professores e especialistas, o grupo construiu o Plano Diretor Estratégico (PDE), por meio de oficinas de trabalho, Team Basic Learning (TBL), construção de árvores de problemas, análise de viabilidade das ações e priorização. Como resultado, em conjunto com a equipe de governança do HUCAM, o grupo construiu o presente PDE. Foram identificados os macroproblemas do Hospital e priorizados os três principais: insuficiência de recursos humanos, infraestrutura e insumos para o atendimento aos usuários; pouca qualificação da gestão; e fragilidade das relações do hospital com o Sistema Único de Saúde (SUS), foram construídas as árvores de problemas, o que permitiu identificar 17 nós-críticos, e elaborar um plano de ações e atividades para solucioná-los, com a priorização a partir de análise de viabilidade e a interdependência entre os nós-críticos suas causas e consequências. Para complementar a análise, elaborou-se um orçamento para execução das ações e um cronograma de

implantação. O PDE elaborado para os próximos dois anos de administração do HUCAM será apresentado como produto final do curso para avaliação pelos gestores da EBSERH. A execução deste plano é fundamental para a reestruturação do Hospital e reposicioná-lo na liderança em ensino, pesquisa e assistência aos usuários do SUS.

Palavras Chaves: Planejamento Estratégico, Gestão em Saúde, Hospitais Universitários, Sistema Único de Saúde.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Demonstrativo de despesas do HUCAM para os anos de 2013 e 2014.....	22
Tabela 2	Demonstrativo financeiro do HUCAM – 2005 a 2013	34
Tabela 3	Indicadores de produção e assistência do HUCAM	36
Tabela 4	Perfil de morbidade e mortalidade hospitalar do HUCAM pelo caráter de atendimento – 2013	37
Tabela 5	Atores sociais identificados como associados ao Macroproblema 1	72
Tabela 6	Atores sociais identificados como associados ao Macroproblema 2	83
Tabela 7	Atores sociais identificados como associados ao Macroproblema 3	93

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Governança Central do HUCAM/EBSERH	28
Figura 2	Gerência de Atenção a Saúde e suas divisões	30
Figura 3	Gerência de Ensino e Pesquisa	31
Figura 4	Gerência Administrativa	32
Figura 5	Mapa do Espírito Santo por Macrorregiões	50
Figura 6	Aderência do HUCAM aos Modelos de Referência de Gestão	61
Figura 7	Priorização dos Macroproblemas do HUCAM	63
Figura 8	Árvore de Problemas 1 - Insuficiência de Recursos Humanos, Infraestrutura e Insumos para o atendimento aos usuários do SUS	66
Figura 9	Árvore de Problemas 2 - Pouca Qualificação da Gestão	76
Figura 10	Árvore de Problemas 3 - Fragilidade nas Relações do Hospital com o SUS	87

SUMÁRIO

1.	**INTRODUÇÃO**	9
1.1	**Histórico**	9
1.2	**Contexto Interno**	23
1.2.1	Modelo de Gestão	23
1.2.2	Atenção à Saúde	35
1.2.3	Modelo de Atenção Aplicado	42
1.2.4	Ensino, Pesquisa e Extensão	43
1.3	**Contexto Externo**	47
2	**OBJETIVOS**	53
2.1	**Objetivo Geral**	53
2.2	**Objetivos Específicos**	53
3.	**PERCURSO METODOLÓGICO**	54
4.	**FUNDAMENTAÇÃO: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL ATUAL DO HUCAM**	60
4.1	**Priorização dos Macroproblemas**	63
4.1.1	Macroproblema 1: Insuficiência de Recursos Humanos, Infraestrutura e Insumos para o atendimento aos usuários do SUS.....	65
4.1.2	Macroproblema 2: Pouca Qualificação da Gestão	72
4.1.3	Macroproblema 3: Fragilidade nas Relações do Hospital com o SUS ..	83
5	**PLANO DE AÇÃO: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**	94
5.1	**Relação de Ações por Nó Crítico**	94
5.2	**Quadro Consolidado das Ações**	97
5.3	**Análise de Viabilidade** e **Estratégias de Viabilização de Ações**.....	120
5.4	**Gestão do Plano, Metas e Indicadores de Monitoramento**	127
5.5	**Monitoramento do Cronograma**	128
6	**REFERÊNCIAS**	139
	ANEXOS	148

1 – INTRODUÇÃO

1.1 Histórico

O Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) está localizado em Vitória, no Espírito Santo, em posição estratégica, principalmente pelo fato de ser alcançado por duas avenidas (Marechal Campos e Maruípe), que facilitam o acesso da sua clientela, sendo referência para Vitória, municípios vizinhos (Serra, Cariacica, Viana, Guarapari, Vila Velha, Fundão) e demais municípios do Estado do Espírito Santo, recebendo, ainda, pacientes do sul da Bahia, leste de Minas Gerais e de regiões mais longínquas, como Rondônia.

O prédio original do HUCAM foi fundado na década de 40 como um sanatório para atender a um problema de saúde específico, a tuberculose. O hospital, na época, denominado Sanatório Getúlio Vargas emergiu como parte da assistência asilar para dar conta das políticas públicas de saúde do Estado vinculada, num primeiro momento, ao Governo Federal e ao Governo do Estado do Espírito Santo. Com o surgimento de novas tendências terapêuticas para o tratamento dos pacientes com tuberculose, onde a internação não mais se fazia necessária, o Sanatório transformou-se em 20 de dezembro de 1967 em Hospital das Clínicas (HC), para servir de campo de estágio ao ser criado o curso de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Em 1976, foi instalado o curso de Enfermagem da UFES que passou a utilizá-lo também como campo de aprendizagem prática para seus estudantes[1].

O aproveitamento do Sanatório Getúlio Vargas como Hospital das Clínicas no início do ano de 1968 introduziu substanciais modificações nas rotinas executadas, bem como a necessidade de se adaptar urgentemente um hospital até então estático, dedicado exclusivamente à tuberculose, numa instituição dinâmica, com características diferentes, qual seja um hospital de ensino. Impunham-se modificações físicas importantes e sob o aspecto funcional, maiores foram as dificuldades em adaptar toda a infraestrutura hospitalar aos novos moldes de trabalho, reavaliando velhas rotinas e introduzindo novas técnicas.

No ano de 1968 o hospital possuía apenas um pequeno espaço denominado triagem, com capacidade para duas salas destinadas ao ambulatório de Clínica Médica, duas salas para o ambulatório de Clínica Cirúrgica, duas salas para o ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia e uma sala para o ambulatório Otorrinolaringológico para atendimento à população pelos alunos do curso de Medicina na prática dos ensinamentos teóricos de sala aula. O número de consultas ambulatoriais nesse ano foi de 2.390[2].

Com a criação de convênios junto ao Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) e Prefeitura Municipal de Vitória aumentou significativamente o número de internações e a procura por atendimentos ambulatoriais, demandando com urgência a ampliação do espaço físico[3]. Em 1975, a partir de um convênio da UFES com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), foi possível a construção de cinco novos ambulatórios, aumentando a oferta dos atendimentos à população. Nesse ano o número de consultas ambulatoriais alcançou a cifra de 10.895[2].

Historicamente, o modelo de Hospital Universitário (HU) foi aquele onde o hospital era usado somente como um campo de treinamento técnico, principalmente das equipes médicas, sem vínculo nenhum com o sistema de saúde, com gestão não profissionalizada e submetida ao mérito acadêmico, significando que os docentes mais graduados eram os mais influentes. Até a década de 80, os hospitais universitários tinham a única missão de serem hospitais-escola, sendo totalmente custeados pelo Ministério da Educação. O foco do atendimento eram pessoas não registradas no INPS. Nessa época, só aqueles que tinham carteira de trabalho assinada eram atendidos pela Previdência[4].

Passados treze anos da transição de sanatório para hospital escola, o então denominado Hospital das Clínicas enfrenta sua primeira grande crise, quando o atendimento médico se deteriorou a tal ponto que nem mesmo os resultados das análises clínicas do laboratório local eram dignos de fé[5].

Ainda em 1980, com a morte de Dr. Cassiano Antônio Moraes, um dos idealizadores da transformação do antigo sanatório em um espaço propício para a formação

médica, a instituição conhecida como Hospital das Clínicas foi denominada “Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes” [6].

Por não dispor de um quadro de pessoal definitivo e ainda em fase de elaboração o HUCAM, nessa época, concentrava sua maior força de trabalho terceirizada em uma proporção de 75% vinculada à Fundação Ceciliano Abel de Almeida e 25% à Universidade Federal do Espírito Santo[7].

O modelo econômico implantado pela ditadura militar entra em crise. Segundo Polignano (2001), a população com baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, passou a conviver com o desemprego e as suas graves consequências sociais, como aumento da marginalidade, das favelas, da mortalidade infantil, etc. O modelo de saúde previdenciário começa a mostrar as suas fraquezas[8]:

- Por ter priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias e os indicadores de saúde (mortalidade infantil, por exemplo);
- Aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médica-hospitalar de complexidade crescente;
- Diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário, reduzindo as suas receitas;
- Desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal;
- O não repasse pela União de recursos do tesouro nacional para o sistema previdenciário tripartite (empregador, empregado e União).

Como consequência desse cenário, a década de 80 foi bastante difícil para todos os hospitais universitários do país, que enfrentaram graves crises financeiras e significativo número de greves de servidores e docentes (seis greves durante a década, praticamente uma por ano).

O Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) era o maior cliente dos hospitais escola e a crise dessas instituições acompanhou o declínio financeiro da Previdência Social que teve seu inicio em 1980. Assim, em agosto de 1984, o então reitor da UFES, Prof. José Antonio Saddi Abi-Zaid, participou de um encontro com outros 28 diretores de HUs e parlamentares da Comissão de Saúde da Câmara para estudar uma forma de destinar aos HUs recursos do FINSOCIAL. Só para o HUCAM seriam necessários Cr$ 610 milhões para terminar o exercício sem diminuir a quantidade e a qualidade dos atendimentos prestados a população[9].

Em 02 de dezembro 1986, o HUCAM tem o seu primeiro Regimento Interno aprovado pelo Magnífico Reitor da UFES, Prof. José Antonio Saadi Abi-Zaid, com estrutura organizacional de um Diretor Superintendente, três diretores (Departamento Médico, Departamento de Apoio Técnico e Assistencial e Departamento de Administração e Finanças), 14 Divisões e 63 Serviços[10].

Em 1990, o Governo edita as Leis 8.080[11] e 8.142[12], conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, para regulamentar o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988[13], na qual o SUS é definido pelo Artigo 198 do seguinte modo:

> As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
>
> I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
> II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
> III. Participação da comunidade.
>
> Parágrafo único - o Sistema Único de Saúde será financiado com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes[13].

Por outro lado, a política neoliberal na década de 90 potencializou a fragilidade dos hospitais universitários, não sendo diferente no HUCAM que em 1992 detinha uma dívida de Cr$ 2.421.344.924,84[14]. A situação era profundamente caótica, sem disponibilidade de recursos para saldar compromissos vencidos com folha de pagamento de funcionários terceirizados e com fornecedores que, na sua maioria,

suspenderam o fornecimento de gêneros alimentícios, medicamentos, material radiológico, além de diversos outros insumos por falta de recebimento de seus créditos, pendentes desde abril de 1991. Somente a partir de 1995 o Hospital consegue estabilizar-se financeiramente, operando suas atividades com relativa tranquilidade por mais cerca de quatro anos.

Porém, o congelamento da tabela SUS, os atendimentos de alta complexidade sem cobertura real dos custos e a inexistência de concursos públicos para preenchimento dos cargos vagos levaram o HUCAM a um novo déficit financeiro, onde gradativamente a contratação de mão de obra terceirizada passou a comprometer até 75% do orçamento mensal dos recursos SUS, ficando o percentual restante para atender toda a demanda de serviços de manutenção e aquisição de bens de consumo para o hospital.

Tentando solucionar problemas pontuais e frequentes, a direção do HUCAM, no quadriênio 2000-2003, entendeu a importância de uma ferramenta fundamental, o planejamento, sem o qual só conseguiria soluções paliativas e de curto prazo. Segundo Drucker (1962),[15] “o planejamento não diz respeito a decisões futuras, mas às implicações futuras de decisões presentes”, e concretizar projetos sem um planejamento amplo e ordenado, de longo prazo, implicaria em processo de sucesso duvidoso. Esta diretoria resolve ,portanto, criar um grupo de trabalho para estudar os cenários e desenvolver um planejamento estratégico (PE) para seu mandato.

No entanto, a demora na conclusão do PE impediu implementar o plano naquela gestão e a nova Direção do quadriênio 2004-2007 desconsiderou esse trabalho, optando por elaborar um PE que se adequasse à nova realidade do HUCAM. Resultado, nenhum plano levado adiante, permanecendo, assim, a impossibilidade de se intervir, de forma efetiva, nas dificuldades de ordem administrativa, financeira e de recursos humanos, com repercussões práticas no dia a dia da instituição, resultando na redução de leitos e gradativa perda da capacidade assistencial, com reflexos inevitáveis no ensino e pesquisa.

As dificuldades vivenciadas no HUCAM refletiam os problemas existentes em âmbito nacional, que vinha se agravando desde a década de 1970, e no início dos anos

2000 começou a comprometer o pleno funcionamento da maioria dos Hospitais de Ensino (HE) no país. Além da questão financeira, outros elementos críticos de caráter estrutural, organizativo e de gestão foram identificados.

Observou-se, então, ser indispensável o desenvolvimento de políticas específicas para o setor que considerassem suas peculiaridades assistenciais, de ensino e de pesquisa, e contemplassem os hospitais de ensino junto aos sistemas de saúde local, com vistas à sua inserção definitiva e adequada ao SUS, respeitando as particularidades desses hospitais, uma parcela importante do gasto total com a saúde, por utilizarem alta tecnologia e desenvolverem ensino e pesquisa, mas que ao mesmo tempo corrigissem discrepâncias, uma vez que seu peso na despesa com saúde é o dobro de sua participação no volume de atendimento, evidenciando uma relação não eficiente entre custos e resultados[16].

Diante desse cenário, o governo instituiu por meio da Portaria Interministerial MS-MEC-MCT-MPOG nº 562, de 12 de maio de 2003[17], a Comissão Interinstitucional dos Hospitais de Ensino, composta por representantes de instituições governamentais e da sociedade civil, a fim de avaliar e diagnosticar a situação desses hospitais no país visando a reorientação e reformulação da política para a saúde quanto à revisão dos critérios e do processo de certificação dos hospitais como HE, bem como a modalidade de financiamento a que fariam jus as instituições certificadas como hospitais de ensino..[18].

Essa Comissão criou as bases para a publicação dos requisitos para a certificação por meio da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000*, de 15 de abril de 2004[19] e para o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.006, de 27 de maio de 2004[20] e Portaria MS nº 1.702, de 17 de agosto de 2004)[21].

Os hospitais de ensino foram estimulados a aderir ao processo de contratualização, uma ferramenta de compromisso entre os hospitais e o gestor do SUS, onde é redefinido seu papel na rede de serviços, sua qualificação e suas ações para o desenvolvimento nas áreas da assistência, da gestão, do ensino, da pesquisa e da avaliação tecnológica em saúde. Estabelece-se, assim, uma nova forma de

remuneração baseada no cumprimento de metas quantitativas e qualitativas definidas e negociadas, nas áreas em questão[22].

A certificação e a contratualização, duas ferramentas de gestão por objetivos, foram criadas para sanear o peso econômico, o maior da crise dos HE, com o objetivo de aperfeiçoar o gerenciamento dessas instituições e a distribuição de recursos proporcionais à produção de cada hospital[23].

Assim sendo, por meio da Portaria nº. 2.091 de 21 de outubro de 2005[24], o HUCAM, certificado como Hospital de Ensino pelo MS/SAS, assumiu permanecer desenvolvendo todos os esforços possíveis para não se afastar dos princípios básicos do SUS, garantindo aos usuários do Sistema um “acesso integral e contínuo a todos os seus serviços”. Nesse contexto, o HUCAM em 2005 elaborou seu primeiro Plano Operativo Anual (POA) com o qual reafirma seu compromisso de manter, de forma integral e contínua, o acesso dos usuários do Sistema a todos os serviços pactuados e contratados junto ao Gestor Estadual do SUS, admitindo que esse compromisso seja balizado pelas metas quantitativas e qualitativas e os indicadores de desempenho estabelecidos no referido Plano Operativo, comprometendo-se, ainda, em permanecer organizando suas ações conforme as normas e orientações contidas na Política Nacional de Humanização do SUS[25].

Nessa lógica de pensamento, o HUCAM procedeu ao levantamento dos dados necessários à elaboração do POA, a partir do qual foram identificados problemas tais como: Procedimentos realizados sem a autorização do gestor por meio de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC); Procedimentos contratados com valor acima da tabela SUS; Procedimentos contratados, realizados e não faturados pelo Hospital por incompatibilidade ou por não emissão de APAC, além dos procedimentos oriundos de demanda judicial com utilização de materiais de alto custo não contemplados pela tabela SUS.

Esse diagnóstico sinalizou a necessidade de mudanças na estrutura organizacional do Hospital, a partir da elaboração de um plano de ação compatível com as possibilidades de se programar e cumprir as exigências definidas pela contratualização. Assim, o HUCAM vem imprimindo esforços para aprimorar seus

processos de trabalho e consolidar o seu papel na prestação de ações e serviços de saúde da rede SUS. O resultado desse movimento apresenta-se configurado nos seguintes aspectos:

a) Aumento gradual do valor do contrato com complementação de recurso financeiro estadual, no pagamento de procedimentos de alto custo, na terapia renal substitutiva, cirurgia cardiovascular e oftalmologia;
b) Implementação de ações de humanização, como visita aberta de 6 horas por visitação, acompanhamento a idoso, crianças, portadores de necessidades especiais e a pacientes com maior dependência de cuidados;
c) Implementação de pesquisa de satisfação de usuários;
d) Ampliação da inserção do hospital na rede SUS, considerando seu perfil assistencial, com o aumento na produção de serviços, com a reabertura do pronto socorro, que se encontrava fechado por um ano e oito meses;
e) Aumento do percentual de consultas e de exames diagnósticos e terapêuticos, bem como de leitos disponibilizados para o complexo regulador;
f) Maior aproximação e integração do gestor SUS com o HUCAM possibilitou o aumento do controle sobre a oferta de serviços e pagamento dos mesmos, bem como melhorou a qualidade da triagem junto à Central de Regulação.

Entretanto, no processo de contratualização o HUCAM enfrenta dificuldades que interferem nas negociações e no alcance das metas pactuadas relativas a:

- Ausência ou insuficiência de informações necessárias à elaboração do plano operativo, ao monitoramento das metas pactuadas e ao adequado processo regulatório;
- Conciliação de interesses do hospital, do ensino, da assistência e do gestor do SUS;
- Deficiência/ausência na informatização;
- Fechamento de leitos por deficiência de profissionais, por falta de equipamentos, por problemas de infraestrutura, impossibilitando a utilização da sua real capacidade instalada e por déficit de leitos de UTI;

- Suspensão de cirurgias de grande porte por falta de leitos de UTI;
- Não pagamento de todos os serviços prestados, porque excederam a meta pactuada ou porque não foram pactuados, mas cabendo ao HUCAM ofertá-lo por sua condição de instituição de ensino;
- Inexistência do setor de custos e à defasagem nos valores da tabela SUS que não possibilita a instituição atingir o equilíbrio econômico-financeiro, dificultando sua eficiência e a utilização racional dos recursos disponíveis.

Em relação à gestão de custos, DALLORA e FORSTER (2008) destacam o conhecimento dos custos como fundamental para a gestão dos hospitais, considerando que essas instituições estão inseridas num contexto de custos elevados, recursos escassos e pressão por qualidade e bons serviços, relacionados ao aumento do grau de consciência de cidadania da população, cada vez mais exigente quanto aos seus direitos. Desta forma, a avaliação econômica em saúde e a utilização de instrumentos de gestão econômica assumem um papel de destaque nessas organizações sem as quais os gestores não poderão conseguir viabilizar a sobrevivência institucional frente ao cenário de crescentes necessidades de saúde da população[26].

Sobre esse aspecto, BARROS (2013) afirma que a certificação e a contratualização trouxeram melhorias organizacionais aos hospitais universitários, mas que não foram suficientes para solucionar os problemas do modelo de gestão, como por exemplo, pouca flexibilidade e agilidade. Além disso, a autonomia desses hospitais vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) não sofreu alteração com essa reforma inicial[23].

Os gestores das instituições hospitalares de ensino, insatisfeitos com a falta de flexibilidade, agilidade e autonomia para exercer suas funções buscaram negociar junto ao Ministério da Educação (MEC) e ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) maior autonomia gerencial na tomada de decisão e na administração de seus recursos. Após várias discussões e negociações políticas, os Hospitais Universitários, por meio da Portaria MPOG nº 04, de 29 de abril de 2008[27], tornaram-se unidades orçamentárias independentes das universidades às quais são

vinculados, havendo, assim, uma redução no controle normativo e uma elevação na responsabilização dos gestores desses hospitais.

Com essa nova formatação e os avanços nas discussões sobre o modelo de gestão dessas instituições, o programa de reestruturação passa a ser chamado de Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), publicado em 27 de janeiro de 2010, por meio do Decreto nº 7.082[28]. O referido instrumento dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais.

Desse modo, novamente a Diretoria do HUCAM mobiliza os seus colaboradores a discutir a necessidade de se organizar a gestão e a adequação da oferta das ações e serviços de saúde prestados à população, a partir das determinações estabelecidas pelo REHUF, cujo objetivo é viabilizar aos Hospitais Universitários condições materiais e institucionais para que possam desempenhar suas funções no âmbito do ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde. Iniciando as discussões a respeito do seu PE, em parceria com a Pró-Reitoria de Planejamento e Desenvolvimento Institucional (Proplan – UFES)[29], com participação de toda comunidade, utilizando um Relatório de 1995, o Planejamento Estratégico de 2004 mapeou as oportunidades e ameaças relacionadas ao ambiente externo e os pontos fortes e fracos inerentes ao ambiente interno da Instituição.

Em Seminário realizado nos dias 27 e 28/05/2010, no Auditório do Conselho Regional de Medicina (CRM-ES), com um grupo de profissionais representantes dos diversos setores do Hospital, Sindicato dos Trabalhadores na UFES (SINTUFES) e professores do Centro de Ciências da Saúde (CCS/ UFES), definiu-se a Missão e Visão Institucional do HUCAM:

> Viabilizar o ensino, pesquisa e extensão por meio de assistência interdisciplinar de excelência ao cidadão, integrando-se às políticas públicas de educação e de saúde e, como visão, ser reconhecido como o melhor hospital do Estado e um dos mais importantes do País na assistência, pesquisa e ensino em saúde[29].

As discussões se centraram, posteriormente, na revisão do Regimento Interno e nenhum plano de ação chegou a ser elaborado e, mais uma vez, o PE não foi implementado.

Por outro lado, com os recursos do REHUF foram iniciadas no HUCAM reformas no Setor de Internação, Setor de Ginecologia e Obstetrícia, Pronto Socorro, na antiga área do Centro Cirúrgico e reforma e ampliação do Serviço de Assistência Farmacêutica. Também foram adquiridos diversos equipamentos, tais como: de videoendoscopia, de imagem (tomografia computadorizada, ultrassom portátil, aparelho de densitometria óssea, aparelhos de radiografia e de ressonância nuclear magnética) e de videocirurgia, além de camas hospitalares.

Esses investimentos, infelizmente, ficaram muito aquém da necessidade do Hospital e da possibilidade apresentada pelo REHUF, pois não se conseguia elaborar e licitar os projetos necessários para o empenho desses recursos, devido à inexistência de pessoal qualificado e à morosidade processual vigente. Apesar de toda necessidade e precariedade na sua infraestrutura, a gestão da época devolvia parte desse recurso no final do ano, por sua ineficiência na finalização dos processos de compra em tempo hábil.

Essa injeção de recurso financeiro iniciou-se em 2011, de forma progressiva, equiparando o financiamento anual do MEC com o do MS. Em 2012, por exemplo, foi disponibilizado pelo MS para o HUCAM o montante de R$ 3.352.256,48 (três milhões, trezentos e cinquenta e dois mil, duzentos e cinquenta e seis reais e quarenta e oito centavos), que não foi totalmente aproveitado. O valor do investimento federal baseava-se na capacidade instalada e na produção do hospital, conforme a alimentação do sistema federal de banco de dados. Nesse contexto, a Instituição sofreu prejuízo, pois os dados eram obtidos manualmente, de forma pontual, improvisada, e na maioria das vezes com informações subnotificadas, o que, também acarretou perda no aporte financeiro e o não aproveitamento da oportunidade externa.

Entretanto, o crescente fechamento de leitos e a diminuição do número de procedimentos realizados, ocasionados pelo déficit de pessoal associado à

necessidade de substituição da mão de obra terceirizada, determinada em acórdãos do Tribunal de Contas da União (TCU), exigiam uma ação definitiva e rápida para o assunto.

Diante da seriedade do caso e da pressão por parte dos diretores de HUs e reitores, o Governo Federal cria, por meio da Lei Nº 12.550 de 15 de dezembro de 2011[30], a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma empresa pública, de interesse público e direito privado, vinculada ao MEC, como alternativa para o desenvolvimento da gestão desses hospitais, objetivando integrar um conjunto de medidas, no sentido de recuperar os hospitais vinculados às universidades federais.
Nesse contexto, o processo de adesão do HUCAM à EBSERH iniciou-se em julho de 2012 com a formação de uma equipe técnica composta por 02 servidores da UFES e 01 servidor do HUCAM, os quais disponibilizaram informações que subsidiaram a EBSERH na elaboração do diagnóstico consolidado e plano de reestruturação do Hospital, no dimensionamento de serviços assistenciais, de ensino e pesquisa do HUCAM, bem como na estruturação inicial do Contrato firmado entre a UFES e a EBSERH.

O esboço do Contrato foi discutido e analisado pela Diretoria do HUCAM, do CCS e pelo Reitor e, após análise e adequações, foi aprovado pelo Conselho Universitário e efetivada a assinatura do Contrato 1008/2013, firmado entre a UFES e a EBSERH em 15 de abril de 2013, cuja finalidade é a oferta à população de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico, no âmbito do SUS, bem como o apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, bem como a formação de profissionais no campo da saúde pública, vedado o atendimento de pacientes de convênios e particulares. Assim, a estrutura organizacional do HUCAM passou a ser constituída de uma Superintendência, três Gerências (Atenção à Saúde, Administrativa e de Ensino e Pesquisa), 07 Divisões, 16 Setores e 46 Unidades[31].

A adesão à EBSERH foi conflituosa, com posicionamentos divergentes nos diversos departamentos e categorias profissionais. O perfil do superintendente a ser indicado pelo reitor foi traçado tecnicamente pelo Conselho Universitário, sendo requerido doutorado e especialização em gestão em saúde. Isso gerou dúvidas e medo de mudança entre as pessoas, principalmenteporque o diretor com mandato vigente,

eleito pela comunidade, mesmo com uma mínima participação nas urnas, não preenchia os critérios do cargo e necessitou ser afastado para que outro diretor nomeado assumisse a nova gestão.

A resistência à mudança é natural, inevitável, porém prejudicial a todos. A mudança mobiliza as emoções do indivíduo e cabe ao gestor entender os sentimentos expressados. A resistência pode ser reduzida à medida que se dá oportunidades de ação aos indivíduos dentro da nova proposta e se cria condições favoráveis ao entendimento de mudança[32].

Mesmo dentro desse contexto de conflitos e dificuldades, o Hospital se coloca numa posição estratégica na rede do SUS, sendo referência em média e alta complexidade, destacando-se pela qualidade da assistência oferecida à população do Espírito Santo e como Centro de Referência para diagnóstico e tratamento de AIDS, Tuberculose Multirresistente, Transplante Renal, Cirurgia Geral e Cardíaca, Maternidade de Alto Risco, Terapia Intensiva Neonatal e de Adulto, Hemodinâmica e outros atendimentos de maior complexidade. Possui, ainda, vários programas e projetos que são referência no país, como o de Atenção à Saúde da Mulher, aos portadores de AIDS, Banco de Leite, aos dependentes químicos e às vítimas de violência sexual, realizando, também, cirurgias bariátricas e de mudança de sexo.

Fundamental para a formação dos profissionais da área de saúde, o HUCAM é campo de prática para os cursos de graduação (Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia), de programas de pós-graduação *stricto sensu*, da Residência Médica e da Residência Multiprofissional do CCS - UFES, configurando-se no principal local de aprendizagem e de pesquisa para esses cursos.

O HUCAM também é espaço de estágio para diversos outros cursos da UFES, tais como: Ciências da Computação, Administração, Educação Física, Ciências Contábeis, Engenharias, Psicologia, o que o torna o maior campo de estágio da Universidade Federal do Espírito Santo.

A Tabela 1 abaixo demonstra a programação de despesa do exercício de 2013 e estimativa de despesa para 2014:

Tabela 1- Demonstrativo de despesas do HUCAM para os anos de 2013 e 2014.

Rubrica	2013	2014
Pessoal e Encargos Sociais	85.827.459,00	89.883.291,00
Outras Despesas Correntes - Custeio	73.290.166,19	58.106.634,12
Investimento - Obras e Reformas	881.721,54	2.620.249,54 *
Investimento - Equipamentos	4.450.101,87	-
Total	R$ 164.449.448,60	R$ 150.610.174,66

Fonte- SIAFI

* Obras de reforma e ampliação do 1° pavimento do Serviço de Nefrologia e construção da UTI com ampliação de 20 leitos, licitadas aguardando a descentralização de crédito orçamentário e financeiro.
Fonte: SIAFI, 2014

Dos R$ 73.290.166,19 (setenta e três milhões, duzentos e noventa mil e cento e sessenta e seis reais e dezenove centavos) descentralizados para manutenção do Hospital, 53,12% (R$ 38.930.879,31) são oriundos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), 36,34% (R$ 26.636.784,37) da EBSERH, 5,74% (R$ 4.204.826,51) do REHUF e 4,80% (R$ 3.517.676,00) do Governo do Estado do Espírito Santo para incentivo da qualidade.

Embora tenha recebido substancial incremento de recursos orçamentário-financeiros, devido ao passivo de pessoal, resultado do déficit histórico não reposto, e do crescimento e expansão das atividades desenvolvidas, este HU continua utilizando recursos próprios para fazer face à despesa, com pagamento de serviços de mão de obra terceirizada (higienização, apoio administrativo, nutrição e atividades finalísticas), necessários ao seu funcionamento, cujo valor total empenhado em 2013 nesta rubrica foi de R$ 31.659.893,70 (trinta e um milhões, seiscentos e cinquenta e nove mil, oitocentos e noventa e três reais e setenta centavos), correspondentes a 81,32% da contratualização - FNS, que poderiam ser direcionados para as atividades fim.

1.2. Contexto interno

1.2.1. Modelo de Gestão

O HUCAM vive um momento de transição no seu modelo de gestão. Um momento de grandes desafios para seus gestores, que durante a construção do PDE e suas ações, promove, conforme a própria política de educação permanente, um espaço de debates na Instituição, onde os saberes, poderes, a cultura e estrutura organizacionais são reavaliadas e convidadas à reconstrução. Da mesma forma que esta potência transformadora leva a grandes avanços, também desencadeia grandes conflitos na instituição. O HUCAM apresenta uma comunicação organizacional não estruturada, com vários interesses corporativos e individuais subliminares, que acabam interferindo no dia a dia do hospital. A mudança do modelo atual, médico-hegemônico, centrado em procedimentos, voltado para atenção aos quadros agudos, organizada por demanda espontânea não regulada, assistência fragmentada e desarticulada exige competências e habilidades dos gestores para sua reorganização.

Ao longo de sua história, o HUCAM foi conduzido por uma gestão hospitalar pouco qualificada, problema este vivenciado também na maioria dos hospitais públicos brasileiros e até mesmo em alguns filantrópicos e particulares, uma vez que até pouco tempo estas instituições adotavam, mas não se enquadravam nos modelos teóricos das organizações clássicas descritas por Monteiro e Etizioni[33, 34] e, também, não se encontravam estudos mais detalhados de suas peculiaridades e modelos de gestão.

A administração das organizações para esses autores refere-se à produção mecanicista, que segue os princípios da autoridade legal e racional de Weber (1949), caracterizado por uma direção centralizada, uma separação entre direção e execução e uma coordenação realizada através de normas e regulamentos, cujo cumprimento é controlado pela hierarquia[35].

Esse modelo não se aplica à gestão dos hospitais por suas enormes diferenças. Henri Mintzberg, em 1982, descreve a estrutura do hospital como uma burocracia

profissional[36]. Trata-se de uma organização muito diferenciada vertical e horizontalmente, em que o poder se situa no centro operacional, parte mais importante da organização. Os serviços de apoio existem apenas para servir o centro operacional. A tecnoestrutura e a hierarquia são embrionárias.
Nesse contexto, já observamos que o próprio saber da gestão hospitalar é bem recente e seu conhecimento normalmente não faz parte dos currículos dos profissionais de saúde, diretores e chefias de setor, que ocupam a governança. A utilização do modelo mecanicista para as organizações hospitalares imputa em erros estratégicos, dificuldades de monitoramento e controle, além de não instrumentalizar e garantir o alcance das metas pela diretoria.

Cecílio publicou, no final do século vinte, vários artigos sobre a gestão nos hospitais públicos brasileiros e enfatizou a importância do processo de mudança dessas instituições para garantir o seu real papel no SUS do Brasil, como polo de educação permanente, formador e provedor de uma assistência de qualidade, bem inserido na rede de atenção aos cidadãos[37].

Esse autor enumera alguns pontos sobre as estruturas hospitalares brasileiras, importantes para a recuperação de sua eficiência:

1- Reposicionamento do hospital na rede do SUS como um ponto de assistência ao cidadão, enfatizando a prioridade da atenção básica, promoção e prevenção de saúde;
2- Implantação da “boa prática”, medicina baseada em evidência, controlada com protocolos clínicos e processos operacionais padrão, ao invés da autonomia do médico e condutas personalizadas;
3- Garantia da integralidade da atenção;
4- Avaliação formal da assistência hospitalar ao invés da excelência individual do prestador de serviço;
5- Medicina tecnológica centrada no paciente e não centrada nos procedimentos;
6- Trabalho multidisciplinar em equipe e não intercorporacional;
7- Ênfase nas atividades assistenciais sem perder o valor do ensino e da pesquisa nas instituições;

8- Ênfase na eficácia/efetividade;
9- Uma organização formal, mas com espaços públicos de discussão transparentes e abertos às diferenças entre os trabalhadores.

Campos aprofundou seus estudos nesses espaços de discussões, sugerindo o método da “Paidéia” para a cogestão de coletivos, que passam a ser organizados para o trabalho em equipe, através da conscientização de cada um do seu papel de gestor. A Paidéia ocorre em todos os níveis da gestão, estratégico, tático e operacional, em forma de colegiados gestores[38].

Este formato de contratualização do trabalho é muito importante para garantir o compromisso de todos, desenvolver o valor da equipe e as corresponsabilidades de cada um, singularidade específica do trabalho em saúde. Como cita Mehry, a assistência em saúde é “um trabalho” vivo[39].

O HUCAM localiza-se no bairro de Santa Cecília, vizinho de vários bairros como Santos Dumont e Bonfim, onde existe alta criminalidade e violência, que repercute na área do hospital, com assaltos e roubos. A vigilância é contratada pela Universidade e é insuficiente para o espaço a guardar.

A rede de informática está ligada ao provedor do Campus principal da UFES há 10 km e sofre interrupção recorrente da internet por anormalidades no cabeamento.

Recentemente, o Hospital foi alvo da mídia pela presença de insetos e roedores em seus aposentos.

A trajetória de construção do Plano Diretor Estratégico 2014-2016 foi um grande motivador de mudanças no modelo de gestão hospitalar do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes.

Com o passar do tempo, houve um empobrecimento da dimensão cuidadora do HUCAM, insatisfação do usuário, ineficiência, ineficácia e baixo impacto assistencial, dificultando, também, o ensino e a pesquisa na Instituição. A própria Residência

Multiprofissional não conseguia compor o número de preceptores necessários para os seus programas.
A inexistência do setor de engenharia clínica ou de infraestrutura dificulta a manutenção predial e de equipamentos, levando a desgastes entre os trabalhadores e ao não acolhimento adequado aos pacientes que convivem com paredes sujas, falta de enxoval, falta de banheiros e pias nas enfermarias, demora na realização dos exames e sensação de descasos às suas demandas.

É impossível ao HUCAM adequar- se às normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) quando se atenta à sua estrutura física. Os setores localizados no prédio antigo, da década de 50 (Maternidade, Clínica Cirúrgica, por exemplo), apresentam corredores e portas estreitas, pouca iluminação e ventilação, sem opção de rampas ou acessos para desocupação em caso de incêndio, onde o fluxo de pacientes em macas ou cadeiras de rodas disputa espaço com o transporte de lixo hospitalar.

Há décadas ocorre investimento de reformas no espaço físico do hospital, mesmo que insuficientes, porém nunca conseguem resolver os problemas definitivamente, pois todo alicerce de paredes, cabeamento elétrico, rede hidráulica, sanitária, telhado foram construídos numa época com poucos recursos de engenharia.

Os problemas de obras são inúmeros e dos mais sérios. As empresas construtoras contratadas por licitação, geralmente pelo menor preço, não apresentam condições de realizar tais obras hospitalares. Algumas vezes, nem possuem engenheiros especializados. Os valores aceitos para realizarem as obras não são suficientes para executá-las, não cobrem nem o custo, entregando os serviços inacabados ou em péssimo padrão, como no caso atual do prédio do Instituto dos Olhos, da Farmácia, do refeitório e da reforma do Centro Cirúrgico, que não estão terminados por inoperância das empresas e precariedade dos contratos de licitação que deixam margem aos erros na execução das obras.

Outro exemplo é a obra de ampliação do Centro de Hemodiálise. A verba do Ministério da Saúde, aprovada em 2008, não foi liberada, inicialmente, por falta de recursos para os projetos complementares e, posteriormente, por precariedade na

licitação de empresas especializadas. Atualmente, máquinas de hemodiálise de última geração estão armazenadas sem uso, devido a não construção do Centro.
A situação posta levou à desativação do Programa de Terapia Renal Substitutiva e ao descredenciamento do HUCAM pelo Ministério da Saúde como Centro de Transplante Renal.

O HUCAM só tem um arquiteto para qualquer adequação física, que apenas elabora a planta baixa, continuando o Hospital impossibilitado de buscar o financiamento por falta de projetos e plantas complementares de engenharia elétrica, hidráulica, rede de gases, refrigeração, dentre outros. Não há um setor de elaboração de projetos.

Hoje, o HUCAM/EBSERH tem na sua governança central o superintendente que com seus três gerentes, Gerências de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativa, formam o Colegiado Executivo que é apoiado pelos seguintes membros: Auditoria, Conselho Consultivo, Secretaria, Comissões, Ouvidoria, Assessoria Jurídica, Assessoria de Comunicação, Unidade de Planejamento, Setor de Gestão da Informação e Informática, conforme ilustra na Figura 1.

HUCAM/UFES: ESTRUTURA GOVERNANÇA

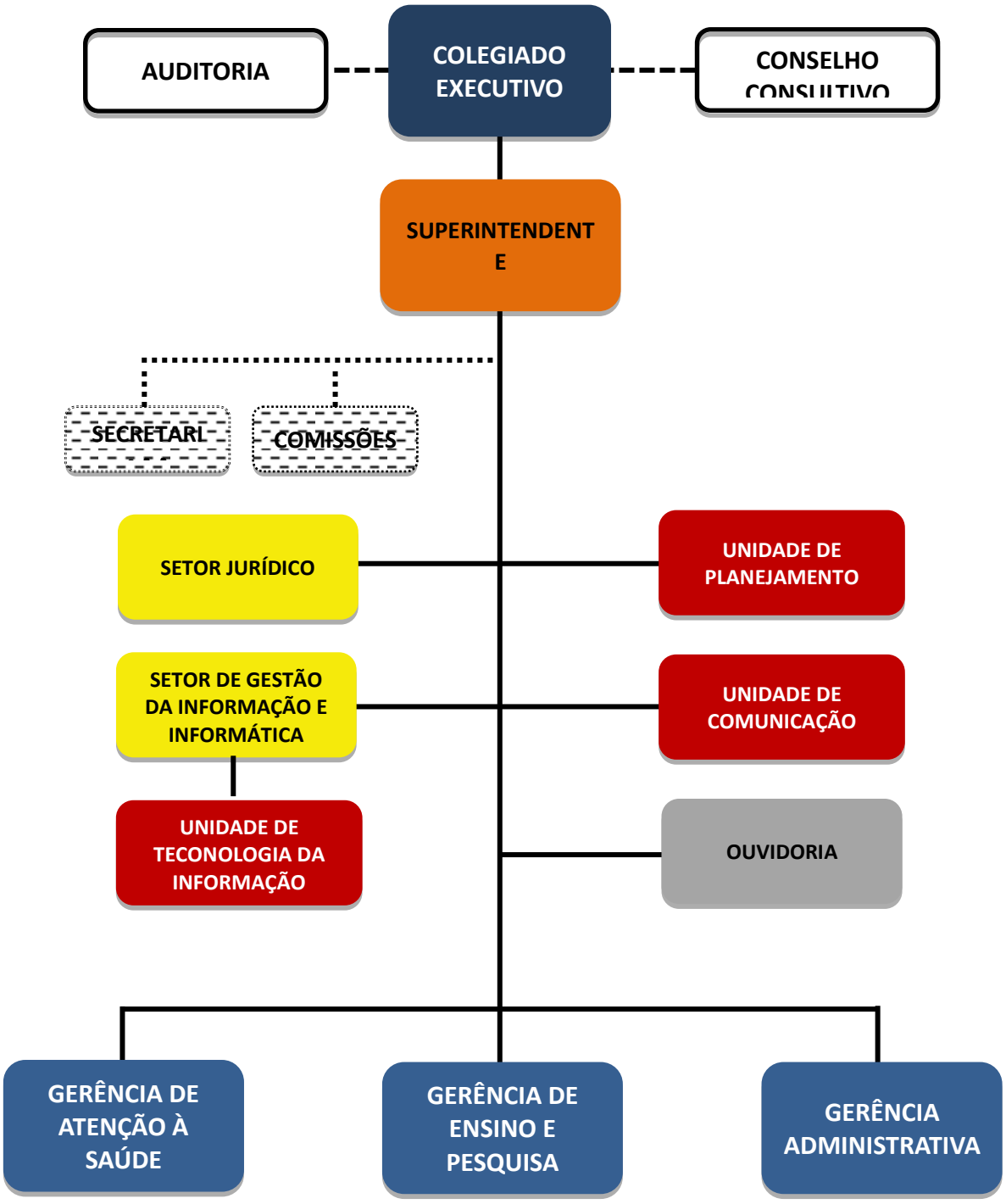


Figura 1: Governança Central do HUCAM/EBSERH
Fonte: UFES. Plano de Reestruturação, 2013

Diferente da estrutura organizacional anterior, a proposta da EBSERH, que passou a vigorar a partir da assinatura do Contrato 1008/2013, fortaleceu o núcleo operacional, que corresponde ao bloco no qual acontecem os processos de trabalho finalísticos, que produzem e entregam resultados finais do serviço. Assim, no núcleo operacional estão situados os Setores e Unidades, órgãos que facilitam a coordenação das atividades-fim e na linha intermediária, as Divisões, que estabelecem a integração horizontal (entre os processos finalísticos) e integração vertical (entre os níveis operacionais), que sofreram algumas adaptações, como o demonstrado nas Figuras 2, 3 e 4 a seguir:

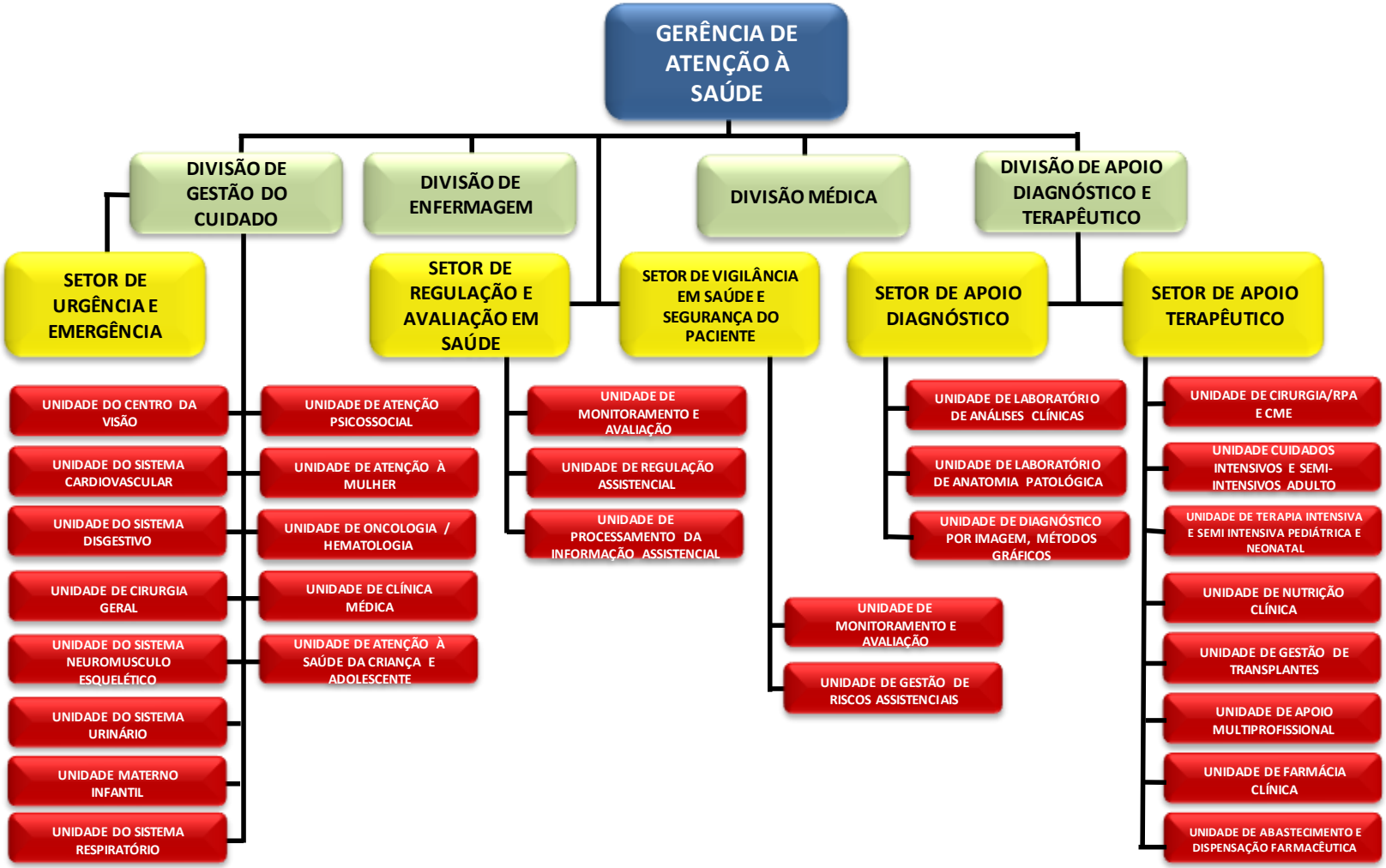


Figura 2: Gerência de Atenção à Saúde e suas Divisões
Fonte: UFES. Plano de Reestruturação, 2013

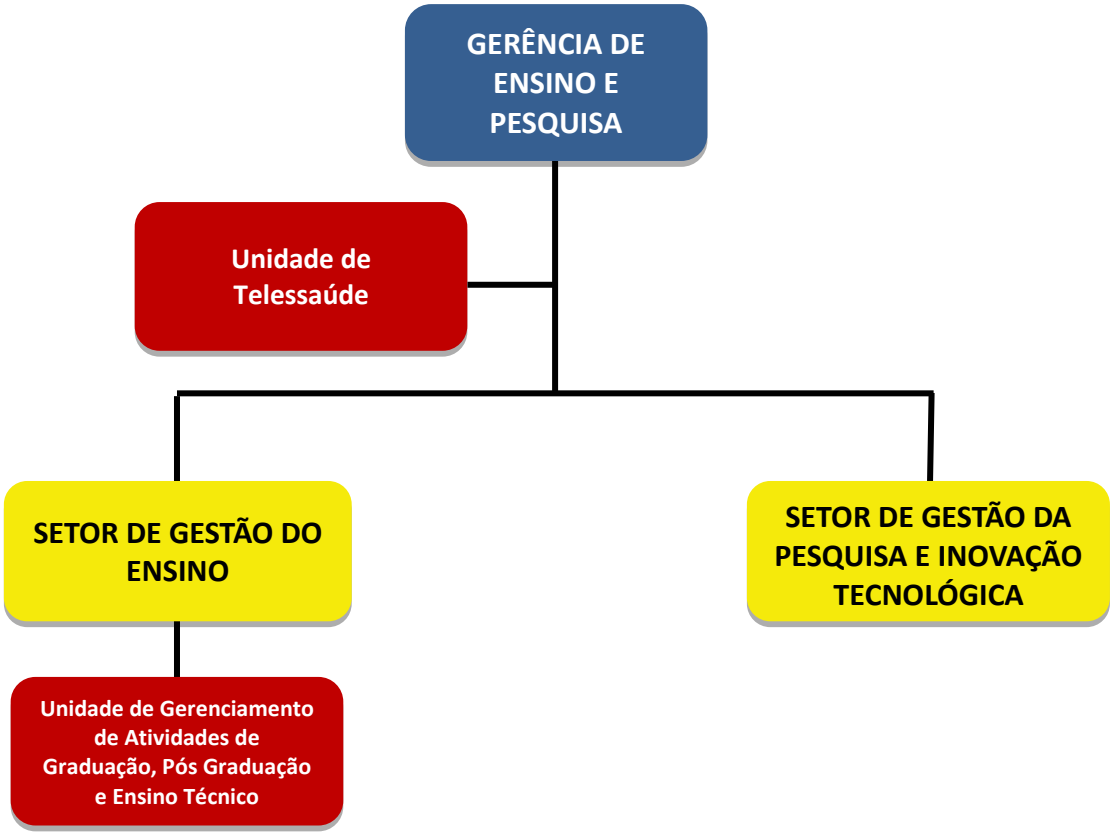


Figura 3: Gerência de Ensino e Pesquisa
Fonte: UFES. Plano de Reestruturação, 2013

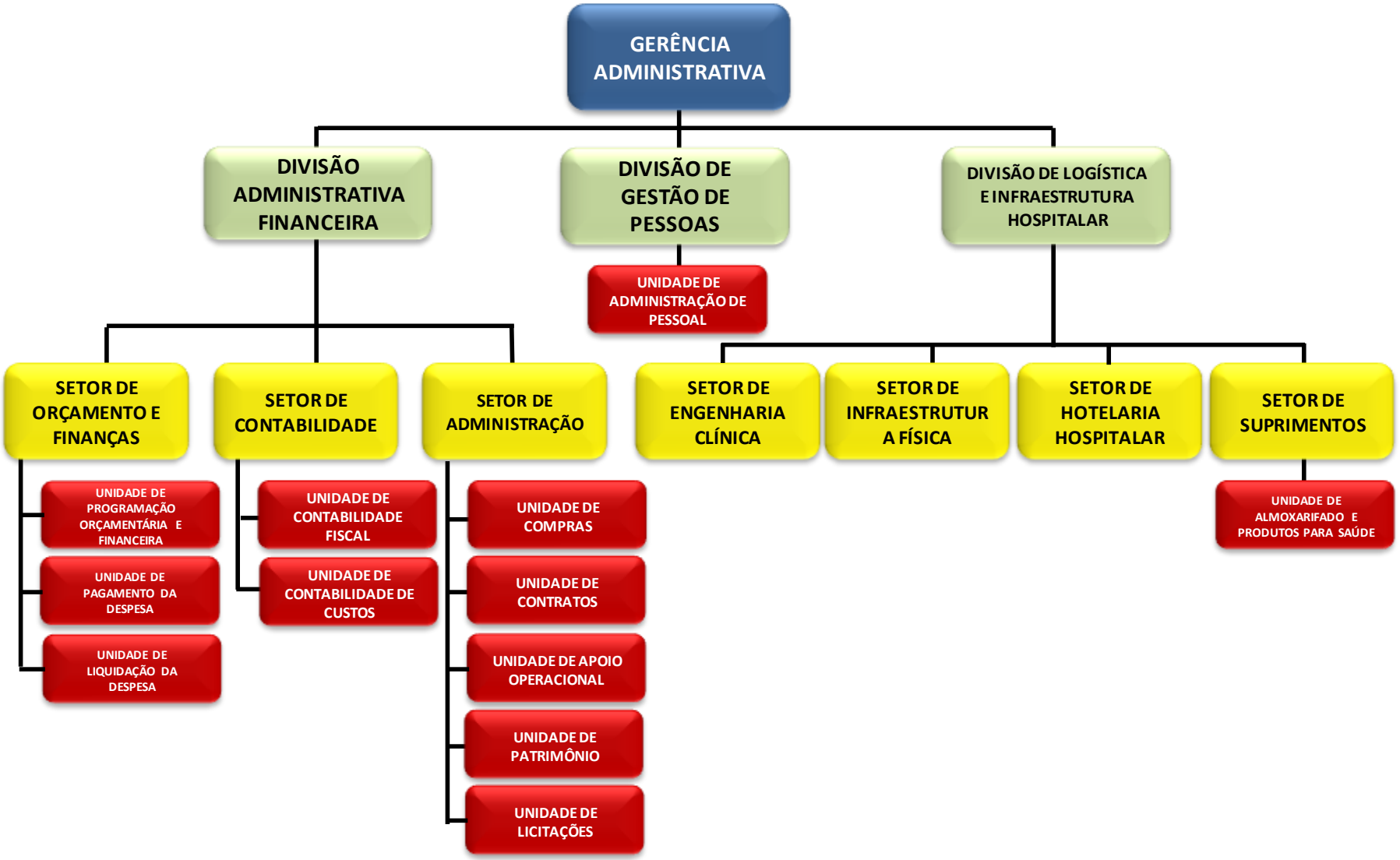


Figura 4: Gerência Administrativa
Fonte: UFES. Plano de Reestruturação, 2013

A equipe de governança do HUCAM, após a assinatura do Contrato, foi substituída pelo Superintendente indicado pelo Reitor, o qual selecionou 09 (nove) participantes entre docentes e servidores técnicos administrativos de diferentes áreas de atuação para participação no Curso de Especialização em Gestão dos Hospitais Universitários Federais no SUS, com carga horária de 346 horas, no período de 19 de agosto de 2013 a 30 de julho de 2014.

A Portaria N.º 3.410 de 30 de dezembro de 2013[40] estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e será um dos alicerces na construção do PDE e ações gerenciais.

O curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS realizado no Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês faz parte do Projeto de Capacitação e Planos Diretores dos Hospitais Universitários Federais, uma parceria entre a EBSERH e o Hospital Sírio-Libanês. Esse projeto destina-se ao desenvolvimento de competências do grupo de governança dos Hospitais Universitários e a construção de um Plano Diretor Estratégico – PDE para cada hospital, considerando as Diretrizes Estratégicas estabelecidas pela EBSERH, visando à qualificação da gestão, atenção e do ensino nos Hospitais Universitários (HUs)[41].

A gestão financeira do HUCAM sempre foi muito difícil e variou no decorrer dos anos, tendo como seus grandes provedores o Ministério da Educação e posteriormente o Ministério da Saúde, com sua regulamentação e normatização progressiva. Nas diretrizes do SUS, os recursos financeiros passaram a ser descentralizados e geridos pela Secretaria de Estado da Saúde, que através da regionalização, regulamenta e monitora a oferta dos serviços executados pelo hospital, inserindo-o como instituição de assistência e ensino importante para a rede de atenção regional, por meio de convênio.

A deficiência de recursos humanos por falta de políticas públicas, concursos e reposição da mão obra levou o hospital universitário a terceirizar sua atividade fim, inicialmente, por meio de recursos repassados pelo Estado e depois pela Prefeitura

Municipal de Vitória, via Fundação de apoio ao Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes ((FAHUCAM), que alocava médicos e enfermeiros para manter aberto e funcionando serviços essenciais, como o Pronto Socorro, Maternidade, Radiologia e Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal.

TABELA 2- Demonstrativo Financeiro do HUCAM 2005 a 2013

ANO	FINANCEIRO RECEBIDO (SUS) R$	DESPESA LIQUIDADA R$	DESPESA COM MÃO-DE-OBRA TERCEIRIZADA R$	%
2005	19.012.754,55	20.450.334,09	3.361.694,22	17,68
2006	20.195.363,97	22.466.769,20	4.749.133,06	23,52
2007	21.699.272,85	26.765.342,18	6.504.888,85	29,98
2008	22.561.376,32	32.829.162,38	5.828.335,18	25,83
2009	22.561.376,32	37.608.712,86	8.825.455,35	39,12
2010	33.892.723,63	35.106.812,00	11.191.951,99	33,02
2011	36.607.486,63	36.607.486,63	12.262.011,32	33,50
2012	39.972.351,22	41.564.081,63	14.125.180,73	35,34
2013	38.745.998,52	39.334.477,29	31.485.678,20	81,26

Fonte: SIAFI, 2014

A partir de março de 2012, a FAHUCAM foi impedida de manter os profissionais terceirizados no Hospital e vários serviços importantes foram fechados. Houve muitos conflitos com o ensino, que passou a não ter local para suas aulas práticas, e com o próprio gestor estadual que de repente necessitou remanejar uma demanda de urgência e gerenciar vários procedimentos e metas anteriormente pactuadas com o HUCAM.

Tal situação fragilizou a relação com o Gestor Estadual do SUS e o Centro de Ciências da Saúde da UFES e motivou uma ação emergencial da diretoria para restabelecer a força de trabalho.

Em 2013, a presidência da EBSERH, juntamente com a direção do HUCAM e a reitoria fizeram um Termo de Ajuste de Conduta (TAC) no Ministério Público Federal (MPF) para, temporariamente, realizar a contratação de mão de obra terceirizada para o Hospital e, por conseguinte, a reabertura dos serviços essenciais. Esse cenário, em contrapartida, elevou sobremaneira as despesas com recursos humanos, passando os gastos com pessoal de 35,34% para 81,26% (Tabela 1) do orçamento planejado, comprometendo a manutenção da infraestrutura e equipamentos e a compra de insumos, materiais e medicamentos. Em setembro de 2013, a gestão filial HUCAM/EBSERH já assumiu o Hospital economicamente inviável.

A efetividade da relação estabelecida entre as partes compreende o monitoramento e avaliação de ações relativas à: **Atenção à Saúde**, na prestação de assistência integral e humanizada de saúde aos usuários do SUS, especificamente de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar; **Aprimoramento da Gestão**, na implementação de atividades de planejamento, coordenação e integração dos processos administrativos e assistenciais desenvolvidos, com vistas ao efetivo cumprimento da missão da Instituição e da melhoria contínua da qualidade da assistência prestada à população; **Aperfeiçoamento dos Profissionais**, na promoção de atividades de educação em serviço, objetivando capacitação e qualificação dos profissionais atuantes na Instituição; **Ensino e Pesquisa**, na realização de atividades de educação permanente e de formação de profissionais de saúde, bem como de pesquisas na área de saúde e no desenvolvimento e avaliação de tecnologias em saúde.

1.2.2. Atenção à Saúde

O HUCAM ocupa uma área aproximada de 31.493,31m² (10.578,00m² de área externa/ área verde) com 20.915,31m² de área construída.

Atualmente, com 287 leitos operacionais, dos quais 32 correspondem a leitos complementares. Com a previsão de abertura de novos leitos planejados, a capacidade instalada chegará a 310 leitos (10 leitos de UTI Pediátrica, 05 leitos de Semi-Intensivo Pediátrico e 08 leitos de UTI Adulto). De acordo com o Relatório de

Estatística de 2013[42], dos 287 leitos operacionais, o HUCAM manteve uma média mensal de 246 ativos, por carência de profissionais e equipamentos.

O número de leitos de Terapia Intensiva está muito aquém do necessário para o funcionamento adequado da linha de urgência cardiovascular e abdome agudo, suporte dos pacientes clínicos graves (cirróticos, imunossuprimidos, com doenças crônicas renais e pulmonares), cirurgias de alta complexidade, cânceres e bariátricas, além da urgência obstétrica, neonatal e pediátrica por ser Maternidade de Alto Risco. Os conflitos pela vaga de UTI acontecem quase diariamente e repercute, também, na falta de cumprimento das metas pactuadas com o gestor estadual. O Centro Cirúrgico apresenta um número de salas insuficientes ao potencial profissional de médicos especialistas, com conflitos permanentes pela ocupação e horário das salas cirúrgicas. Esses problemas esbarram quase rotineiramente com a falta de equipamentos e recursos humanos, desqualificando o leito e levando ao seu fechamento.

A produção assistencial do SUS é de aproximadamente 604.860 procedimentos, compreendendo procedimentos de média, alta complexidade e do Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC).

Tabela 3 - Indicadores de produção e assistencial do HUCAM

Indicador assistencial	**2013**
Média de paciente dia	146,99
Média de leitos dia	246,7
Média de permanência	5,54
Percentual geral de ocupação	59,59%
Coeficiente de mortalidade	2,48%
Índice de parto cirúrgico	58,9%
Índice de Satisfação de usuários	74%
Produção Hospitalar	
Nº de cirurgias realizadas	12.160
Nº de internações	9.667
Nº de consultas ambulatoriais	191.819
Nº de partos cirúrgicos	773
Nº de partos normais	540
Nº exames diagnóstico / terapêutico	681.170

Fonte: HUCAM, 2013

O perfil de morbidade e mortalidade hospitalar do HUCAM pelo caráter de atendimento, em 2013, conforme dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS)[43] para internação eletiva, evidencia que a maioria dos atendimentos é por Doenças do aparelho digestivo (1293) e neoplasias (1057) e os óbitos são por neoplasias (11) e infecções ocasionadas no período perinatal (4). Para os atendimentos em caráter de urgência, a maioria dos atendimentos é por Gravidez, parto e puerpério e Doenças do aparelho digestivo, e os óbitos são por neoplasias (34) e por Doenças Infecciosas e parasitárias (22). (Tabela 4)

Tabela 4 – Perfil de morbidade e mortalidade hospitalar do HUCAM pelo caráter de atendimento, 2013.

Capítulo CID-10	Eletivo		Urgência		Total	
	Atendimento	Óbito	Atendimento	Óbito	Atendimento	Óbito
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	80	3	493	22	573	25
II. Neoplasias (tumores)	1057	11	717	34	1774	45
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	7	0	26	1	33	1
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	141	1	53	0	194	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	218	2	668	8	886	10
VI. Doenças do sistema nervoso	8	0	45	1	53	1
VII. Doenças do olho e anexos	65	0	119	0	184	0
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	32	0	7	0	39	0
X. Doenças do aparelho respiratório	103	0	347	17	450	17
XI. Doenças do aparelho digestivo	1293	3	811	17	2104	20
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	199	0	61	1	260	1
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	4	0	33	0	37	0
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	560	0	409	2	969	2
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	37	0	78	1	115	1
XV. Gravidez parto e puerpério	115	0	1419	0	1534	0
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	57	4	307	11	364	15
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	32	1	14	1	46	2
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	81	0	173	5	254	5
XXI. Contatos com serviços de saúde	82	0	26	0	108	0
Total	**4171**	**25**	**5806**	**121**	**9977**	**146**

Fonte: DATASUS

As instalações das enfermarias do HUCAM, em sua maioria, datam da época de sua construção, algumas da década de quarenta, com estrutura hidráulica, elétrica e sanitária desse período, apresentando inúmeros vazamentos, entupimentos, incapacidade de suportar os equipamentos elétricos. O telhado já sofreu várias manutenções, mas continua com vazamentos, alguns levando a queda dos rebaixamentos de gesso, havendo uma ocorrência de queda sobre um usuário. Os

corredores das enfermarias são estreitos e os banheiros comuns para utilização de mais de 10 leitos, impossíveis de se adequar às portarias da ANVISA.

A subestação elétrica não suporta todos os equipamentos, caindo as fases frequentemente e impossibilitando a instalação da Sala Segura (Data Center) para o sistema de informatização do hospital e colocando em risco a qualidade de atendimento aos pacientes. Os elevadores não têm contrato de manutenção por morosidade processual e falta de recurso orçamentário, dificultando o fluxo de atendimento aos pacientes e gerando constrangimentos diários, repercutindo em decepções e prejudicando a confiança na equipe gestora.

A área de assistência do hospital enfrenta problemas diários pela morosidade dos processos, levando a conflitos, desmotivação e desassistência ao paciente. É rotineira e leva ao descrédito a falta de material, insumo ou equipamento por ineficiência e problemas dos contratos. Esses problemas caminham em todo trâmite processual, com dificuldades na elaboração dos termos de referência para compras, adequações à legislação, erros na pesquisa de preço, confecções dos pregões e contratos com situações não programadas.

A estrutura ambulatorial conta com 129 consultórios, dos quais 52 são médicos, 65 indiferenciados, 04 de enfermagem e 08 não médicos. O Hospital presta serviços ambulatoriais e cirúrgicos nas seguintes especialidades: Angiologia/dor, Angiologia, Clínica Médica, Cardiologia Clínica, Cirurgia Torácica, Dermatologia, Endocrinologia, Endócrino/ crescimento (PED), Gastrenterologia e Gastropediatria, Ginecologia/ Mastologia, Infectologia, Nefrologia e Nefropediatria, Obstetrícia, Oftalmologia, Hematologia/ Oncologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria/Neonatologia, Neurologia, Pediatria, Pneumologia, Urologia, Reumatologia, Saúde Mental, Medicina Física e Reabilitação, Hospital Dia/ AIDS, Cirurgia Geral e Fígado Cirúrgico, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Plástica, Cirurgia Bariátrica, Cirurgia Pediátrica, Neurologia e Neurocirurgia, Cirurgia Cardiovascular, Anestesiologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Bucomaxilofacial e Proctologia.

No Hospital são desenvolvidos diversos programas, como: Programas de Alcoolismo, Tratamento da Obesidade Mórbida, Transtornos de Déficits de Atenção

e Hiperatividade (TDAH), Programa de Prevenção e Assistência Integral ao Paciente Renal (PREVENIR), Hepatologia, Hepatites Virais, Visão Subnormal, Planejamento Familiar, Programa de Apoio às Vítimas de Violência Sexual (PAVIVIS), HIV, Anemia Falciforme, Cefaleias, Esclerose Múltipla, Fibromialgia, Doenças Reumatológicas e Câncer de Pele.

Quanto às instalações cirúrgicas, o Centro Cirúrgico dispõe de 01 sala de espera, 08 salas cirúrgicas, sendo que 02 estão desativadas, no momento, e 12 leitos de recuperação pós-anestésica. O Centro Obstétrico possui 03 salas cirúrgicas, 02 leitos de recuperação pós-anestésica, 01 sala de parto normal, 01 sala de reanimação neonatal e 03 suítes de pré-parto.

A Unidade de Hemodinâmica conta na sua estrutura com 02 salas de procedimentos, 01 consultório, 08 leitos de recuperação e está com previsão de abertura de mais 05 leitos de recuperação.

O Centro de Diálise atende adultos e crianças e dispõe de 11 máquinas para hemodiálise em pacientes com insuficiência renal crônica, 03 leitos para diálise peritoneal e possui 01 sala especial para preparo do sistema Genius, com 03 máquinas para pacientes com insuficiência renal aguda.

O Pronto Socorro (PS), após cerca de um ano e meio fechado, foi reinaugurado em 05 de novembro de 2013 e funcionando com porta aberta e com sistema de triagem pela Classificação de Risco de Manchester. Apesar do número reduzido de leitos, até o momento não foi necessário instalar macas no corredor, devido sua inserção na Rede de Urgência e Emergência (RUE), com planejamento, metas e conhecendo os contextos internos e externos. Atualmente, o PS é referenciado para urgências cardiológicas e urgências cirúrgicas de abdome agudo não traumático. A sua estrutura física é composta por: 02 leitos na sala “vermelha” e 03 leitos na sala “laranja”, todos os 05 regulados pela Central de Regulação de Urgência. A sala “amarela” conta com 04 leitos maca e 08 poltronas reclináveis.

O Quadro 2 apresenta a força de trabalho que conta com 1.796 funcionários, dos quais 740 (40,34%) são terceirizados. De 703 profissionais de enfermagem, 196 são terceirizados, na área médica, de 340, 73 médicos são terceirizados.

VÍNCULO	QUANTITATIVO	PERCENTUAL
MEC	**820**	**45,65%**
MINISTÉRIO DA SAÚDE	**26**	**1,44%**
TERCEIRIZADOS	**740**	**41,20%**
SESA Contrato	**90**	**5,01%**
SESA Estatutário	**62**	**3,45%**
PMV Estatutário	**04**	**0,22%**
SAHUCAM (Voluntariado)	**54**	**3,00%**
TOTAL	**1.796**	**100%**

Quadro 2 – Força de Trabalho – HUCAM/UFES
Fonte: HUCAM, janeiro 2014.

Essa situação evidencia o déficit de profissionais do quadro efetivo (UFES), o que representa hoje um percentual de 46,78% do total da força de trabalho atuante na Instituição. Ainda, compõe o quadro de pessoal do HUCAM profissionais voluntários, profissionais estatutários cedidos do Ministério da Saúde (MS), da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV) e da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) como alternativas utilizadas pela Instituição para suprir a carência de profissionais existentes no quadro próprio. Vale destacar a relação de dependência do HUCAM com outros órgãos para suprir sua carência no quadro de pessoal e garantir o atendimento à população.

Associado a essa carência de profissionais justifica-se o elevado número de adoecimento dos profissionais/ afastamento dos servidores, muitos com mais de 20 anos de trabalho no Hospital, enfrentando crises e dificuldades com estresses cumulativos; trabalho não sistematizado levando a retrabalho em determinados locais e carências em outros; autogerenciamento e liberdade das atribuições dos profissionais de nível superior, sem preocupação com metas e produção, levando, assim, à desorganização e, principalmente, evidenciando-se a falta dos profissionais

nos finais de semana e feriados; constantes necessidades de profissionais para atenderem às novas portarias e políticas do Ministério da Saúde, comissões hospitalares, núcleos regulatórios, dentre outros.

O Governo Federal, em virtude da necessidade imperiosa de ampliação da força de trabalho, instituiu por meio da Lei Nº 11.907, de 02 de fevereiro de 2009[44], o Adicional por Plantão Hospitalar (APH) aos servidores em efetivo exercício nas atividades desempenhadas, em regime de plantão em áreas indispensáveis ao funcionamento ininterrupto dos hospitais universitários vinculados ao Ministério da Educação. Assim, desde outubro de 2009 o MEC disponibiliza acesso ao Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle do MEC (SIMEC), módulo REHUF, para que os HUs realizem o cadastramento de plantões de APH.

Desde então, o HUCAM utiliza-se desse recurso, visando reduzir o déficit de pessoal e garantindo a cobertura das escalas de plantões e o funcionamento das unidades. Entretanto, com essa alternativa o Governo amplia a precarização do trabalho, uma vez que remunera atividades de plantão extra, utilizando o seu próprio quadro funcional, no regime de trabalho e carga horária atual de 40 horas. Além disso, não garante melhoria efetiva na qualidade do serviço prestado e nem melhoria nas condições de vida e de trabalho dos servidores.

O HUCAM está inserido integralmente no SUS local, sendo que todos os leitos (100%) do hospital estão disponíveis para o SUS, porém nem todos são regulados. Também, suas consultas e exames especializados estão disponíveis ao Estado, porém com pequeno número regulado, existindo um controle local de acesso, que dificulta o direito de acessibilidade dos cidadãos.

A falta de gestão da clínica, cujo modelo é fragmentado e isolado, focado nos procedimentos, somada aos inúmeros problemas do modelo de gestão, morosidade dos processos, insuficiência de recursos humanos, insumos e área física impedem ao Hospital de se adequar às novas políticas de segurança do paciente e buscar uma certificação de qualidade hospitalar.

1.2.3. Modelo de Atenção Aplicado

O HUCAM realiza anualmente cerca de 9.667 internações, 12.160 cirurgias, 1.313 partos, 191.819 consultas ambulatoriais e 681.170 exames diagnóstico terapêutico. A taxa de ocupação média é de 59,59% e a de permanência é de 5,54 dias[42].

O gestor local é estadual. Há situações em que não ocorrem contrarreferências, mesmo em procedimentos não contratualizados. As atividades assistenciais do HUCAM possibilitam a formação de profissionais de saúde dos vários cursos de graduação e pós-graduação da UFES, sendo o maior fornecedor de mãos de obras para o Estado. Diante de tal responsabilidade, faz-se necessário o primor da assistência como modelo na vida acadêmica dos alunos, que futuramente irão reproduzi-la no restante do sistema de saúde pública.

Também, por meio da Unidade de Telessaúde o HUCAM vem elaborando, executando e apoiando projetos de desenvolvimento de pesquisas nas áreas de saúde, visando à melhoria da qualidade de vida do ser humano, com a utilização de recursos das tecnologias da informação e das comunicações, principalmente com a utilização do atendimento remoto.

As atividades das comissões, por meio das ações de assessoria aos processos de gestão assistencial e de serviços no HUCAM, proporcionam a adequação das políticas de saúde e colaboram na obtenção de indicadores de qualidade e quantidade.

A Câmara Técnica de Humanização, cujo foco é efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde, por meio de ações que garantam o direito dos usuários aos serviços de saúde em todas as dimensões do cuidado e a Ouvidoria, que busca soluções para as demandas dos usuários e oferece informações gerenciais, visando o aprimoramento da prestação de serviços, bem como contribuir para a formulação da política pública, juntamente com as demais assessorias de apoio, responsabilizam-se por diversos cursos de capacitação e implementação das políticas e diretrizes do Ministério da Saúde.

O HUCAM já foi classificado como Hospital Sentinela, porém como o passar dos anos o envolvimento com esse programa foi se perdendo e com isso as ações que envolviam a satisfação do usuário e a segurança do paciente foram relegadas a segundo plano.

1.2.4 Ensino, Pesquisa e Extensão

O HUCAM é o principal campo de estágio do Centro de Ciências da Saúde – UFES. sendo local de ensino de Graduação para 08 cursos (Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional), Pós-Graduação *Stricto Sensu* com 11 programas (02 de Doutorado e 09 de Mestrado) e Pós-Graduação *Lato Sensu,* inclusive, Residências Médicas e Multiprofissional.

O Curso de Medicina da Escola de Medicina do Espírito Santo foi criado pelo Decreto nº 49.621 de 29 de dezembro de 1960[45], pelo, então, Presidente Juscelino Kubitschek. A Faculdade de Medicina iniciou suas atividades em 1961, com um projeto de construção de um hospital-escola, cuja necessidade já era consenso na época. O "Hospital das Clínicas de Vitória", projetado com 706 leitos e 09 pavimentos, nunca chegou a ser concluído, sendo demolido em 2003, dando espaço a uma praça.

Entre os anos 1961 e 1969, os campos de estágio dos estudantes de Medicina foram a Santa Casa de Misericórdia de Vitória, o Hospital São Pedro, o Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória e a Associação Beneficente Pró-Matre. A partir de 1968 o Sanatório Getúlio Vargas, bem mais modesto do ponto de vista de área física que o projeto original citado acima, recebe o nome de Hospital das Clínicas, tornando-se campo de estágio prático de Medicina já a partir de 1969. Desde sua fundação, o curso de Medicina da UFES já graduou cerca de 4.000 médicos, aproximadamente metade dos médicos em atividade no Espírito Santo[46].

Nesse período, a atividade docente sofreu um processo continuado de desvalorização em diversos aspectos, inclusive, no financeiro. Tenha-se como exemplo que um professor de Medicina de 20 horas recebe um salário inicial que

corresponde a cerca de um terço do salário de um profissional médico não professor. Dessa forma, com baixos salários, baixo prestígio social e acúmulo de funções, diversos professores tem deixado o magistério e migrado para sua ocupação profissional de formação.

Analisando-se os dados da Relação Anual de Informação Social (RAIS) pode-se observar claramente o declínio do interesse pela profissão de professor no Brasil (2003 – 8,1% da mão de obra ocupada; 2007 – 7,5%; 2011 – 6,7%)[47]. Especificamente em Medicina, o professor médico assume nas suas aulas práticas, com atividades assistenciais, responsabilidades que não seriam inerentes à atividade docente, sem respaldo da Instituição na ocorrência de litígios cíveis ou criminais, gerando apreensão e desestímulo. Isso gera ainda mais desinteresse no desempenho da profissão de professor de Medicina.

Além da Medicina, o HUCAM passou a ser também utilizado como campo de prática pelos cursos de Enfermagem e Odontologia criados posteriormente. Mais recentemente, o curso de Farmácia oferecido pela Faculdade de Farmácia e Bioquímica do Espírito Santo (FAFABES) foi absorvido pela UFES e lotado no CCS. Posteriormente, a UFES, por meio do Programa de Apoio aos Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), instituído pelo Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007,[47] criou mais 04 cursos de graduação no Centro de Ciências da Saúde (Fonoaudiologia, Fisioterapia, Nutrição e Terapia Ocupacional) sem o provimento de infraestrutura física e de recursos humanos, necessários para absorver seus alunos no campo de prática, que continuava sendo o antigo Hospital das Clinicas, cuja estrutura, apesar de ter sofrido adequações, era insuficiente para absorver a demanda criada e oferecer um campo de prática de qualidade como pretendido.

Apesar dos diversos cursos de graduação criados, os currículos deles são em geral fragmentados, com pouca flexibilidade, sem a interação necessária com os diversos setores da sociedade, nem com o sistema de saúde (nem público, nem privado). É necessário e premente que tenhamos projetos pedagógicos cientificamente válidos e inseridos no contexto social, com infraestrutura adequada e corpo docente

qualificado e comprometido, com a participação dos atores sociais envolvidos em sua execução.

Atualmente, frequentam o HUCAM cerca de 960 alunos de graduação, sendo metade deles do curso de Medicina e a outra metade dos demais cursos da área da saúde. Na pós-graduação, para a área médica, há 152 vagas para médicos residentes, mas apenas 137 matriculados, devido a dificuldades para preencher vagas em algumas especialidades, como Pediatria. Diversos programas de Residência Médica têm carência de preceptores, sobretudo os programas com treinamento/ capacitação para a execução da preceptoria. Há cerca de 100 alunos em outros programas de pós-graduação que, também, frequentam o HUCAM. Há a possibilidade de expansão de todos os programas de Residência Médica e de pós-graduação com a reestruturação e funcionamento adequado do Hospital.

A Residência Multiprofissional, criada a partir da promulgação da Lei n° 11.129 de 30 de junho de 2005[47], foi construída por professores e técnicos administrativos de vários cursos do Centro de Ciências da Saúde, do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas (CCJE) e do Centro de Ciências Humanas Naturais (CCHN) da Universidade Federal do Espírito Santo. Iniciou suas atividades em 2010, com 12 vagas distribuídas entre os cursos de Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Odontologia, Serviço Social e Farmácia, com ênfase na área Cardiovascular.

Na construção dessa Residência cometeu-se o equívoco de não registrá-la junto à Universidade e, como resultado, os residentes formados, ainda, encontram-se sem certificados. No intuito de corrigir essa falha, não foi oferecida nenhuma vaga em 2013 e, neste momento, estamos fazendo os acertos necessários para registrar a Residência Multiprofissional no CCS e no Conselho de Ensino e Pesquisa (CEPE).

No tocante à pesquisa, o HUCAM desenvolve pesquisas nas áreas de Infectologia (Tuberculose, HIV/ AIDS, Leishmaniose e Dengue), Microbiologia, inclusive, com biblioteca de cepas, Reumatologia, Cirurgia Bariátrica, Oftalmologia, Hepatologia, Pancreatologia, TDAH, Micologia, Biotecnologia e Genética e Políticas de Saúde. A

parte mais relevante das pesquisas é oriunda dos Programas de Pós-Graduação *Strictu Senso.*

Em relação à Extensão, o HUCAM desenvolve os seguintes projetos:

a) Nutrição em Obesidade Materno-Infantil (NOMI);
b) Programa de Controle das Doenças Crônico Degenerativas da Região Bucomaxilofacial;
c) Prevenção de trauma relacionado ao uso de álcool em jovens (Projeto PARTY);
d) Estudo Longitudinal de Saúde de Populações de Origem Germânica no Estado do Espírito Santo (Projeto ELOS);
e) Educação e Saúde Comunitária para Lactente e Pré-escolar da Comunidade de São Pedro;
f) Educação ao Paciente com Artrite Reumatóide;
g) Educação ao Paciente com Artrite Reumatóide em Terapia com Imunobiológicos;
h) Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde do HUCAM;
i) Cuidado Integral a Mulher e à Criança;
j) Projeto AMAMENTA;
k) O Cuidado à Criança Hospitalizada;
l) Projeto CUIDAR: A Enfermagem no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia;
m) Programa de Reabilitação para Mulheres Mastectomizadas (PREMMA);
n) A Enfermagem na Pediatria;
o) Sistematização da Assistência de Enfermagem no Centro de Pesquisa Clínica do HUCAM;
p) Programa de Atenção ao Alcoolista (PAA);
q) Programa de Atenção ao Tabagista (PAT);
r) Laboratório de Avaliação, Condicionamento Físico e Reabilitação no HUCAM com Ênfase em Reumatologia (LACORE);
s) Mãe Adolescente;
t) Programa de Prevenção e Assistência Integral ao Paciente Renal (PREVENIR);
u) Programa de Assistência Dermatológica a Lavradores Pomeranos no Espírito Santo;
v) Programa de Retinopatia Diabética;
w) Programa Multidisciplinar de Atendimento a Pacientes Portadores de AIDS;

x) Programa Educativo de Prevenção da Cegueira e Recuperação Visual;
y) Amigos da Amamentação: Promovendo e Protegendo o Aleitamento Materno;
z) Saúde Mental para Crianças e Adolescentes com Distúrbio Mental Grave.

Apesar de muitos, os projetos são ações fragmentadas, ainda não incluídas em linhas de cuidado, de forma a promover o cuidado integral à saúde e a inserção plena com a rede assistencial e de seguridade social.

1.3. Contexto externo

"*A luta pela construção de um sistema público de saúde no Brasil de acesso universal, com cobertura integral e qualidade, faz parte do sonho e conquista de uma geração que acalentou os valores de equidade e da democracia.*" (Marcus Pestana, 2009)[50]. As profundas transformações do sistema público de saúde no Brasil têm sua história e seus atores e, seguramente, o HUCAM compartilha com sua experiência acumulada na assistência à saúde e com o compromisso social de seus profissionais e professores na transformação dos conhecimentos em instrumentos de melhoria da qualidade de vida das pessoas, marca indelével desta Instituição.

O cenário mundial no início do século XXI é marcado pela transição demográfica e epidemiológica e com o crescimento da desigualdade social e de saúde. O Brasil situa-se entre os países de maior nível de iniquidades, tanto na condição de saúde das populações, quanto ao acesso à atenção à saúde de boa qualidade. Enquanto país em desenvolvimento possui situação epidemiológica singular assinalada pela tripla carga de doenças, que consiste na sobreposição de etapas, onde coexistem doenças infecciosas, carências, aumento da violência e das causas externas, somadas às doenças crônicas[51, 52].

A Organização Mundial da Saúde define os sistemas de serviço de saúde como um conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população para atingir um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa com garantia de proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos, com acolhimento humanizado, provisão de serviços seguros e efetivos e a prestação

de serviços eficientes. Nesse sentido, os sistemas de atenção à saúde devem responder às necessidades, expectativas e demandas das populações[51].

O modelo de regionalização cooperativa, proposta do Prof. Eugênio Vilaça Mendes, foi adotado pelo Estado do Espírito Santo, inicialmente, orientando a regionalização com o primeiro Plano Estadual de Regionalização (PDR), em 2003[52], elaborado conforme o estabelecido na Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2002 – NOAS/SUS 2002, visando constituir sistemas funcionais por meio da integração de pontos de atenção à saúde e a reunião de municípios em microrregiões e em macrorregiões de saúde.

No âmbito do Pacto pela Saúde, a partir de 2006, a regionalização é definida como eixo estruturante e nele a constituição de regiões de saúde, levando em conta as características culturais, socioeconômicas e os aspectos políticos interfederativos, na medida em que o funcionamento do sistema regional é fruto da pactuação entre os gestores do sistema de saúde.

Para a implantação das redes, foram organizadas oficinas de trabalho estruturadas de maneira a possibilitar o encontro de todos os atores envolvidos, o conhecimento da situação em que se encontrava a organização do sistema de saúde no momento da análise e a construção da situação desejada para qual se almeja caminhar[53, 54, 55]. Os conteúdos das oficinas foram distribuídos em quatro módulos de acordo com a sequência: Alinhamento conceitual; Diagnóstico de saúde e capacidade instalada da região; Planejamento para a organização da rede, plano diretor de investimento, custeio e gestão da rede; Monitoramento, avaliação e governança da rede.

O projeto INOVAHOSP, com o objetivo de formatar o Plano Diretor da Atenção Secundária e da Atenção Terciária e Hospitalar, sendo projeto estruturante para os hospitais de ensino, públicos e filantrópicos do Estado do Espírito Santo foi constituído em 2007[56]. O programa para a melhoria da qualidade dos hospitais criou um roteiro para a caminhada rumo a excelência na atenção à saúde dos cidadãos INOVAHOSP.

O programa previa o monitoramento utilizando indicadores incluídos como ferramentas de grande importância de informação, que permitia aos gestores o acompanhamento do processo dos investimentos e os seus resultados. A informação gerada pelo monitoramento é, também, de fundamental importância para garantir a transparência na utilização dos recursos públicos, dos critérios de distribuição e prestação de contas sobre os efeitos do esforço realizado na qualidade do atendimento da rede hospitalar, vinculada ao SUS no Espírito Santo[57]. No entanto, o HUCAM não participou ativamente dessas discussões, perpetuando uma dificuldade de diálogo com o gestor e uma dificuldade de avaliação de cenários.

O HUCAM foi contratualizado pelo Gestor Estadual a partir de 2005, mas os R$ 17 milhões pactuados não representavam o montante dos procedimentos realizados, gerando nova dificuldade financeira. Em 2007, a contratualização do Hospital com a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) sofreu, após negociação bilateral, um grande incremento, com pagamento de complementação com recurso do Tesouro Estadual, passando o contrato para aproximadamente R$ 39 milhões, para uma meta física mensal de 851 internações, 66.567 procedimentos ambulatoriais e 11.652 consultas.

No primeiro trimestre, o HUCAM cumpriu mais de 90% das metas pactuadas. Porém, face ao déficit de recursos humanos o Hospital continuou reduzindo números de leitos ativos, comprometendo, desse modo, o cumprimento das metas estabelecidas no Contrato com a SESA, aumentando o desgaste com o gestor estadual e culminando com um período de quase dois anos sem Contrato assinado.

Em setembro de 2013, após mudança da diretoria, o HUCAM assina com a SESA-ES o Contrato no valor de R$ 58 milhões, aditado em dezembro do mesmo ano, com validade até março de 2015, já com o Pronto Socorro novamente funcionando a partir de 05 de novembro de 2013.

Dentro do novo Plano Diretor de Regionalização do Estado do Espírito Santo, o Estado foi dividido em quatro macrorregiões de saúde, estando o HUCAM situado em Vitória na Região de Saúde Metropolitana[58].

Fonte: SESA

Figura 5 – Mapa do Estado do Espírito Santo por Macrorregiões
Fonte: SESA, 2014

Na atualidade, após a instituição do Decreto 7.508/2011 que regulamentou a Lei nº 8.080/1990, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) constitui-se em instrumento importante na elaboração de análises de situação de saúde, necessárias ao Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP). Esse contrato é o instrumento de gestão participativa e compartilhada entre os três entes federados na definição de suas responsabilidades no SUS. Permite uma organização dotada de

unidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores na organização das Redes de Atenção à Saúde. Tudo pactuado com clareza, levando em conta a organização dos Sistemas de Serviços de Saúde em seus vários níveis de complexidades, todos articulados e coordenados em um conjunto dos diversos pontos de atenção para prestar uma assistência contínua e integral a uma população, definida com suas necessidades de saúde e suas preferências, expressas em situações demográficas e epidemiológicas singulares dentro de seus territórios de saúde.

A Região de Saúde Metropolitana constitui-se a mais populosa das quatro regiões instituídas pelo PDR. De acordo com os dados do Censo 2010 (IBGE/2010), a Região Metropolitana apresentou uma população de 1.935.393 habitantes que corresponde a mais da metade da população do Espírito Santo, com um percentual de 55,06% da população total do Estado. Dos 20 municípios que compõem a Região Metropolitana, Vila Velha, Serra e Vitória concentram o maior número de habitantes[58].

O HUCAM hoje é referência para o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), assim como o abdome agudo na Rede de Urgência e Emergência para a Região Metropolitana, buscando atender à Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010[59], que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde; à Portaria nº 1.600/GM/MS, 8 de julho de 2011[60], que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS; à Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011[61], que organiza o componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS.

É referência, também, para a gestação de alto risco para o município de Vitória. Ambas pactuadas com o Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo (COSEMES), a Coordenação Nacional e Estadual da RUE e da Rede Cegonha (Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede *Cegonha.)*[62].

Devido à variabilidade de serviços ofertados e as especificidades e especialização desses serviços, o seu foco geográfico não está localizado na Região Metropolitana

(PDR/2011). Hoje, se constitui referência para todo o Estado do ES em várias especialidades. De acordo com o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) que norteia as pactuações para a organização dos serviços de saúde dentro das Redes de Atenção à Saúde, o HUCAM é referência única no Estado para inúmeros serviços necessários à população das demais Regiões de Saúde, aonde não há escala para implantação do serviço ou falta recursos, principalmente humanos para organização da oferta local.

Dessa forma, o HUCAM/EBSERH resolve na conquista explícita do diálogo, projetar simultaneamente as situações vivenciais próprias com aquelas do contexto do SUS no Estado do ES. A maneira como desenvolveu sua experiência, até então, é que constitui a contribuição indiscutível e a importância do seu trabalho. Mantém projetado como suporte referencial, consolidando o passado e abre seu leque estendendo-se para a contemporaneidade, adsorvendo a contexto do seu desempenho institucional da assistência e na formação de profissionais de saúde. E em sua longa trajetória e necessidades sentidas, desafia as dificuldades e abraça o diálogo de sua experiência existencial no encontro e na reflexão do agir dos seus sujeitos na prestação de serviços verdadeiramente integrados, responsáveis pelos resultados do paciente e comprometido com a regulação e avaliação dos seus serviços.

2. OBJETIVOS DO PDE

2.1. Objetivo Geral

Elaborar um plano de ação para 2 anos de gestão do HUCAM, que resolva de forma estratégica e sistemática os 3 maiores problemas do Hospital, promovendo uma mudança na estrutura organizacional, cultural, comunicacional e de liderança, de forma a adequá-lo a sua missão, buscando a melhoria de qualidade da assistência, ensino e pesquisa**.**

2.2 – Objetivos Específicos

- **Viabilizar a assistência de excelência, favorecendo a evolução do ambiente de ensino**: promover modelo assistencial focado nos usuários e alunos, ofertando estrutura física, tecnológica e de pessoal, compatibilizando as atividades de assistência e ensino;
- **Promover a cultura de relevância do HUCAM no SUS e na formação de profissionais para o país:** desenvolver linhas de cuidados estratégicos para a rede local de atenção à saúde e atuar como agente de disseminação de conhecimento qualificando as ações de melhoria da gestão e assistência;
- **Adotar padrões baseados nas melhores práticas, respeitando a autonomia responsável e a vocação do HUCAM:** exercer junto à EBSERH um modelo compartilhado de gestão, orientado para o aprimoramento de procedimentos de governança com critérios claros de avaliação, monitoramento e controle;
- **Comprometer-se com a transparência das informações e com o cumprimento da missão pública com qualidade e eficiência:** promover a gestão orçamentária e a otimização dos custos, além de garantir o cumprimento de metas e a disponibilidade de informações confiáveis sobre a atividade do hospital.

3 - PERCURSO METODOLÓGICO

A construção do PDE para o HUCAM, como produto do projeto de capacitação e elaboração dos planos diretores dos Hospitais Universitários Federais, filiados à EBSERH em parceria com Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês, seguiu a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES), proposto por Matus[63].

O contexto administrativo, seus modelos de políticas racionais clássicos simplificam a realidade e se abstraem da confusão de interesses e valores, com o objetivo de neutralizar as emoções e concretizar a decisão proclamada como a mais correta[64]. A consciência e definição de um problema provocam a organização, e, em resposta, inicia-se um processo de escolha caracterizado por uma construção intelectual a partir de uma percepção singular sobre a realidade. A saúde, como fenômeno universal, também é pródiga em seus aspectos administrativos em definir problemas, e em consequência, propor soluções. Sendo assim, a decisão é instada por um problema e o processo decisório é a busca de possibilidades[65].

O rápido desenvolvimento e a inovação na tecnologia médica fazem com que os custos do setor sejam crescentes e desencadeiam uma necessidade de organização das instituições de saúde que possibilitem seu financiamento com os recursos financeiros aportados.

Em 1996, Morgan[65] sugeriu que as organizações, uma vez submetidas a um processo racional de planejamento, organização, direção, coordenação e controle, poderiam funcionar como uma máquina, com a devida articulação entre as suas peças. O planejamento serve para organizar o coletivo e utiliza os conceitos de Matus que define o planejamento como o cálculo que precede e preside a ação, para criar o futuro e não para predizê-lo e defende que a ação melhor planejada ocorre a partir de quem executa[63, 64]. A gestão estratégica e seu planejamento prévio são ferramentas e técnicas utilizadas para escolhas de ações que permitam atingir as metas de forma mais eficaz.

A gestão estratégica só começou a ser utilizada pelos hospitais brasileiros no final da década de 1990 e o Planejamento Estratégico Situacional, segundo diversos autores é o que mais se aplica à área de saúde[64]. O PES é um modelo de planejamento que considera a ação de vários atores que interagem dentro de uma realidade social que os condiciona ativamente, onde o sujeito (ator que planeja) e o objeto (a realidade que deve sofrer intervenção) estão entrelaçados[65].

O Planejamento Estratégico Situacional

> [...] vem sendo crescentemente adaptado e utilizado em áreas como saúde, educação e planejamento urbano, por exemplo. Este enfoque parte do reconhecimento da complexidade, da fragmentação e da incerteza que caracterizam os processos sociais, que se assemelham a um sistema de final aberto e probabilístico, onde os problemas se apresentam, em sua maioria, não estruturados e o poder se encontra compartido, ou seja, nenhum ator detém o controle total das variáveis que estão envolvidas na situação[67].

O diagnóstico situacional sempre é multidimensional e totalizante, referindo-se às múltiplas dimensões da realidade política, econômica, ideológica, cultural, ecológica, etc. Assim, necessita para ser alcançado de uma visão interdisciplinar e multissetorial dinâmica, articulando passado, presente e futuro, através do descobrimento dos processos causais, da expressão atual e da análise das tendências futuras.

O PES prevê quatro momentos para o processamento técnico-político dos problemas: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional.

Momento Explicativo - Substitui o antigo “diagnóstico”, quando é feita a análise do ator que planeja dentro dos limites e potencialidades, ambiente interno e externo, faz a identificação e seleção de problemas estratégicos, monta os fluxos de explicação dos problemas com suas cadeias causais respectivas, faz a seleção das causas fundamentais – chamadas de Nós Críticos - como centros práticos de ação na construção da Árvore de Problemas, a partir de uma Situação-Objetivo definida pelo grupo;

Momento Operacional - É quando são desenhadas as ações ou projetos concretos sobre cada Nó Crítico, também, chamadas Operações do Plano. Nessa etapa são definidas para cada Operação elencada os recursos necessários, os produtos esperados e os resultados previstos, são construídos os cenários possíveis para a execução do Plano, analisada a trajetória do conjunto das operações em cada cenário e, partindo desse pressuposto, tentado diminuir a vulnerabilidade do Plano;

Momento Estratégico - Nesse ponto todos os atores sociais envolvidos no Plano são analisados em seus interesses, motivações e poder, em cada uma das Operações previstas e cenários imaginados. É definida a melhor estratégia possível para cada trajetória traçada, estabelecido um programa direcional para o Plano, e construída a viabilidade estratégica para atingir a Situação-Objetivo.

Momento Tático-Operacional - É o momento de debate sobre as formas organizativas, a cultura organizacional e o *modus operandi* da organização, como forma de garantir a execução do Plano. Reforçam este momento ações como funcionamento da agenda da direção, sistema de prestação de contas, participação dos envolvidos, gerenciamento do cotidiano, sala de situações e análise sistemática da conjuntura[68].

3.1. Ator Social

É um grupo de pessoas, ou até uma única pessoa, que é capaz de transformar uma realidade insatisfatória (problema) em favorável. O ator deve preencher três critérios:

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

O ator pode estar representado pela direção de um sindicato, de um partido político ou de uma associação de moradores, considerando-se vários atores (por exemplo, o presidente do sindicato pode ter uma posição e outro membro importante outra) ou pode ser uma pessoa: o prefeito, o secretário de saúde ou de educação. Sempre é alguém, portanto, não é correto nem útil dizer que a secretaria de saúde ou a

prefeitura são os atores. Nesse caso, o prefeito e o secretário de saúde seriam os atores.

Um problema não pode ser apenas um “mal-estar” ou uma necessidade sentida pela população[63]. Um problema sempre deve suscitar uma ação, pois é uma realidade insatisfatória superável, que pode se transformar em favorável com execuções de ações bem planejadas.

Em oficina de trabalho do grupo afinidade, ampliado com gestores do HUCAM, foram identificados os atores sociais que se relacionam com os macroproblemas e classificados conforme seu valor e interesse diante do cenário que envolve cada macroproblema.

A construção do fluxograma situacional e da “Árvore de Problemas” proporciona a participação de vários representantes da organização, obtendo uma maior consistência dos dados e legitimando o processo de planejamento com a comunidade da instituição. A Árvore de Problemas é um instrumento para o estudo dos problemas descritores, que resumem as grandes dificuldades da instituição, suas causas e consequências. A correlação dos nós críticos, as causas que mais impactam o sucesso da organização, com as oportunidades de resolução dos problemas, levam a elaboração de ações estratégicas que orientarão os encaminhamentos dos gestores.

Os descritores de um problema cumprem quatro funções[67]:

a) Fecha as distintas interpretações sobre o enunciado do problema em um só significado para os atores que o analisam;
b) Estabelece os fatos que devem ser explicados;

c) Verifica o problema de forma que se possa monitorar, a fim de acompanhar a sua evolução;
d) São utilizados como referência para avaliação do impacto do plano sobre o problema.

Os descritores serão suficientes a partir da resposta afirmativa à pergunta: “Eliminadas as cargas negativas expressas pelos descritores, fica eliminado o problema?” Caso contrário, se o problema se mantém, então, os descritores são incompletos ou inadequados, portanto, é necessário revê-los[67]. O passo seguinte é encontrar a causa da causa e assim sucessivamente, até que o grupo de trabalho se sinta satisfeito com a explicação. O outro passo é estabelecer a relação dos descritores com as consequências. É importante ter o cuidado para não confundir causas com descrição e consequências.

Uma vez construída a árvore do problema, passa-se à identificação e seleção de causas chaves sobre as quais o ator deve e pode atuar, ou seja, identifica as causas que serão alvos de intervenção no plano de ação. Verifica-se quais são as causas que apresentam maior número de relações com outras e que sofrendo uma intervenção podem provocar mudanças positivas nas causas com as quais estão relacionadas. Essas causas são chamadas nós críticos do problema e devem cumprir, simultaneamente, três condições e responderem às seguintes perguntas[66]:

1) A intervenção sobre a causa tem impacto decisivo sobre os descritores do problema e no placar do jogo no sentido de modificá-los positivamente?
2) A causa é um centro prático de ação? Ou seja, há possibilidade de intervenção, mesmo que não seja pelos atores que a explicam?
3) É politicamente oportuno atuar sobre a causa identificada (viabilidade política e mudanças favoráveis nos problemas)?

Se as condições são cumpridas simultaneamente, ou seja, as questões são respondidas afirmativamente, a causa deve ser selecionada como nó crítico. A partir dos nós críticos identificados elaboram-se as operações ou demandas de operação, necessárias para a superação dos fatores identificados, ou seja, o que deve ou o que pode ser feito para um determinado período de gestão.

Quando o nó crítico possui governabilidade totalmente ligada ao gestor interno é mais fácil enfrentá-lo, pois este controla os principais recursos dos quais dependem sua solução. Mas, quando um nó crítico, cujo enfrentamento depende da modificação dos descritores do problema e a intervenção direta não está ao alcance do ator-eixo é necessário a busca e construção de soluções criativas que envolvem

a negociação com outros atores. Assim, se a causa tem um alto impacto sobre o problema, se existe oportunidade política de atuação e é possível intervir sobre ela, mesmo que esteja fora do espaço de governabilidade do ator, vale a pena selecioná-la.

4. FUNDAMENTAÇÃO - DIAGNÓSTICO SITUACIONAL ATUAL DO HUCAM

O diagnóstico situacional do HUCAM foi realizado em oficinas ocorridas em São Paulo pelo grupo afinidade e em visitas prévias pelos consultores do Hospital Sírio-Libanês e da EBSERH. Num primeiro momento, procurou-se identificar os MACROPROBLEMAS da Instituição e, num segundo momento, ter uma visão consolidada da situação do HUCAM em relação às boas práticas dos Modelos de Referência de Gestão Hospitalar[69], Gestão da Clínica[70], Humanização da Saúde[71], Hotelaria Hospitalar[72], Compras Hospitalares[73], Prestação de Contas[74] e Gestão de Obras e Engenharia Clínica[75] (mediante a aplicação da Lista de Contribuições), o que permite demonstrar de forma quantitativa e qualitativa as principais oportunidades de melhoria relacionadas aos temas, gerando insumos para a construção do Plano Diretor Estratégico do hospital.

Para consolidação das informações foram realizadas entrevistas presenciais com gestores e funcionários do HUCAM em visitas de campo pelos consultores em outubro e novembro de 2013, complementadas com reuniões de proposição de problemas por parte dos interlocutores, balizadas pelos Modelos de Referência supracitados e pela Lista de Contribuições em sua plena aplicação. Desses instrumentos, o resultado apurado mostrou que o HUCAM apresenta 43% de aderência geral aos modelos de referência de Gestão, conforme apresenta a figura 06, consolidado no 2º Relatório de Progresso de Projeto – Análise Situacional – Aderência à Lista de Contribuições de dezembro de 2013[76].

Para cada um dos sete Modelos de Referência, foram avaliados os critérios de adequação conforme a cadeia de valor e objetivos preconizados pelo modelo, ressaltando que o desenvolvimento geral (dos modelos) é incipiente, principalmente em Prestação de Contas, Gestão Hospitalar e Gestão de Obras e Engenharia Clínica.

Os aspectos que necessitam ser melhorados para garantir maior aderência relacionada às práticas de gestão são: Padronização e controle de processos e análise de indicadores por parte dos gestores, de forma homogênea e sistematizada; Informatização de algumas áreas e processos no HUCAM, com

consequente aprimoramento da cultura de gestão por processos e governança; Alta rotatividade entre os funcionários terceirizados, que interfere na manutenção do conhecimento e evolução dos processos administrativos; Situação financeira deficitária decorrente de fatores diversos, tais como erros nos processos internos, contratualização incompleta e despesas que comprometem o orçamento.

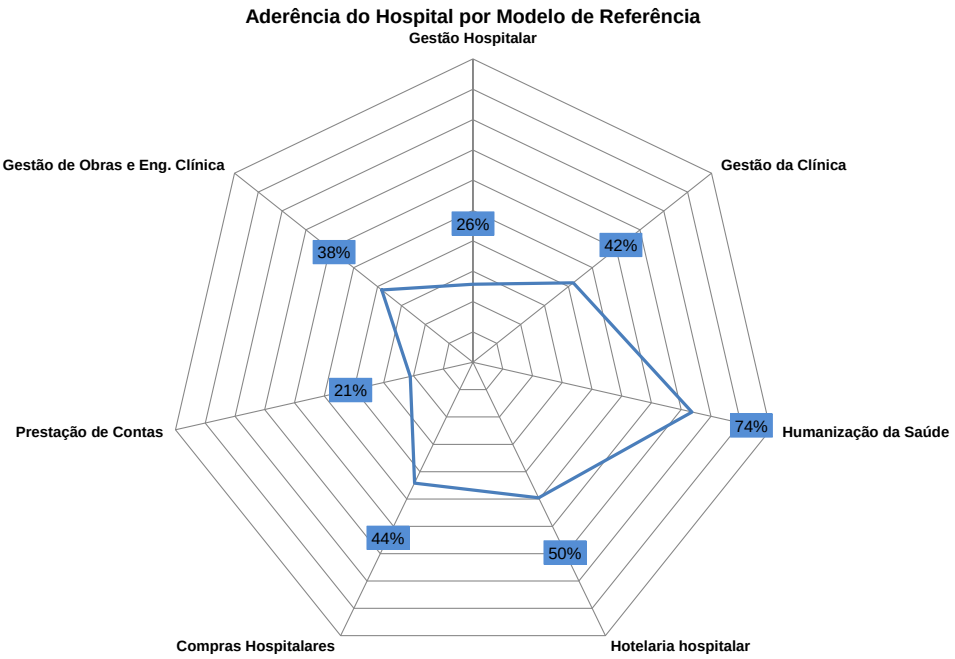


Figura 06: Aderência do HUCAM aos Modelos de Referências de Gestão.
Fonte: EBSERH. Segundo Relatório de Progresso, 2013

No primeiro encontro em agosto em 2013, por meio de uma dinâmica de tempestades de ideia, o Grupo Afinidade 3 – HU-Espírito Santo elencou 25 problemas identificados no Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes, listados abaixo:

i) Pouca qualificação da gestão;
ii) Falta de comando;
iii) Falta de projetos e perspectivas;
iv) Gestão amadora, pouco resolutiva e pouca credibilidade;
v) Despreparo de todos para atividades de gestão;
vi) Modelo de assistência insuficiente para o atendimento ao usuário;
vii) Ausência de sistematização nas ações assistenciais;

viii) Ausência de acolhimento dos novos cursos de graduação;
ix) Inoperância do Núcleo de Educação Permanente;
x) Déficit de pessoal na área de assistência à saúde;
xi) RH quantitativo insuficiente;
xii) Equipes desmotivadas;
xiii) Falta de comprometimento dos colaboradores;
xiv) Descompromisso por parte dos colaboradores;
xv) Falta de capacitação dos servidores;
xvi) Insuficiência de recursos humanos, de infraestrutura e insumos para atendimento aos usuários;
xvii) Manutenção deficiente dos equipamentos médicos hospitalares;
xviii) Infraestrutura sucateada;
xix) Falta de recursos financeiros para manutenção de área física;
xx) Desperdício de materiais;
xxi) Falta de insumos;
xxii) Unidade de emergência que não funciona;
xxiii) Integração ruim entre ensino, assistência e pesquisa;
xxiv) Fragilidade nas relações do hospital com o SUS;
xxv) Dificuldade na regulação dos serviços.

A figura 7 apresenta a relação de problemas levantados e apresentados anteriormente.

Macroproblemas identificados

Macroproblemas priorizados				
Pouca qualificação da gestão		Insuficiência de Recursos humanos, de infraestrutura e insumos para atendimento ao usuário		Fragilidade nas relações do hospital com o SUS
Falta de comando	Pouca qualificação da gestão	Deficit de pessoal na área de assistência à saúde	Falta de insumos	Dificuldade na regulação de serviços
Falta de projetos e perspectivas	Modelo de assistência insuficiente para o atendimento do usuário	RH Qualitativo Insuficiente	Integração ruim entre ensino, assistência e pesquisa	Infraestrutura Sucateada
Gestão amadora • Pouca resolutiva • Pouca credibilidade	Ausência de sistematização nas ações assistenciais	Equipes desmotivadas	Inoperância do núcleo de educação permanente	Manutenção deficiente de equipamentos medicohospitalares
Despreparo de todos para atividades de gestão	Ausência de acolhimento dos novos cursos graduação	Falta de comprometimento dos colaboradores	Desperdício de materiais	Falta de recursos financeiros para manutenção de área física
Falta de planejamento	Comunicação Truncada	Descompromisso de parte dos colaboradores	Falta de capacitação dos servidores	Unidade de emergência que não funciona

Figura 7. Priorização dos Macroproblemas do HUCAM em 2014.
Fonte: HUCAM, 2014.

4.1 - Priorização dos Macroproblemas

Os problemas citados foram agrupados conforme suas similaridades, obtendo cinco principais macroproblemas, que nortearam a construção do Plano Diretor do HUCAM. Em uma oficina para priorização de problemas, considerando o valor político do problema, o interesse dos demais atores sociais e recursos exigidos, governabilidade sobre o problema, impacto regional, exigência de inovação e custo de postergação, estabeleceu-se a seguinte ordem de prioridade:

1°. Insuficiência de RH, infraestrutura e insumos para o atendimento aos usuários do SUS;
2°. Pouca qualificação da gestão;
3°. Fragilidade das relações do Hospital com o SUS;
4°. Integração ruim entre ensino, assistência e pesquisa;
5°. Modelo de assistência insuficiente para o atendimento ao usuário.

Selecionados os problemas, passou-se à descrição dos mesmos por meio de indicadores ou descritores, considerando os DESCRITORES como indicadores que definem os problemas com clareza. Os descritores podem ser quantitativos ou qualitativos e devem ser necessários e suficientes para expressar o problema sem confundi-los com outros ou com suas próprias causas e consequências[67].

Sempre é importante assinalar a fonte de verificação do descritor, ou seja, a procedência da informação. A descrição, quando bem feita, resultará nos indicadores que serão utilizados para avaliar os impactos do plano. Os descritores devem permitir identificar as relações de determinação entre as causas, entre si e entre estas e o problema uma vez organizado o fluxograma situacional (Árvore de Problema)[67].

Os problemas estratégicos estão sempre entrelaçados com outros problemas, podendo-se identificar causas que são comuns a vários problemas que se manifestam, inclusive, em diferentes setores[65]. Os nós críticos (NC) são as causas do problema que serão os pontos de enfrentamento do mesmo e sobre os quais serão elaboradas as propostas de ação. Na seleção dos nós críticos, observam-se três critérios representados pelas seguintes perguntas a serem aplicadas a cada causa do problema:

- A intervenção sobre esta causa trará um impacto representativo sobre os descritores do problema, no sentido de modificá-los positivamente?
- A causa constitui-se num centro prático de ação, ou seja, há possibilidade de intervenção direta e eficaz sobre este nó causal?
- É politicamente oportuno intervir?

Quando todas estas três questões são respondidas afirmativamente, o nó deve ser selecionado como crítico, ou seja, como ponto de enfrentamento sobre as quais serão elaboradas as propostas de ação.

4.1.1. Macroproblema 1: Insuficiência de Recursos Humanos, Infraestrutura e Insumos para o atendimento aos usuários do SUS.

Devido à falta de investimentos em concursos públicos para a reposição de recursos humanos, a extinção de cargos existentes no quadro de pessoal das universidades e a crescente necessidade de expansão dos serviços de saúde no HUCAM tornou-se inevitável a terceirização para contratação de mão de obra qualificada.

Hoje, cerca de 50% do quadro de pessoal é terceirizado, comprometendo em média 80% da receita orçamentária do HUCAM. Com esse percentual da receita comprometido o HUCAM tem dificuldades para investir em infraestrutura física e manter contratos de manutenção corretiva e preventiva de seu parque tecnológico, o que prejudica a qualidade dos serviços prestados ao usúario.

Nos últimos anos, a escassez de recursos humanos trouxe consequências graves também na área de aquisição de bens e serviços, uma vez que as equipes participantes dos processos licitatórios necessitam ser, obrigatóriamente, componentes do RJU. Ocorrendo, assim, atrasos constantes nas tramitações dos processos e por conseguinte a falta de insumos no Hospital.
A figura 08 apresenta a Árvore de Problemas do Macroproblema 01: Insuficiência de RH, Infraestrutura e Insumos para o Atendimento aos Usuários do SUS.

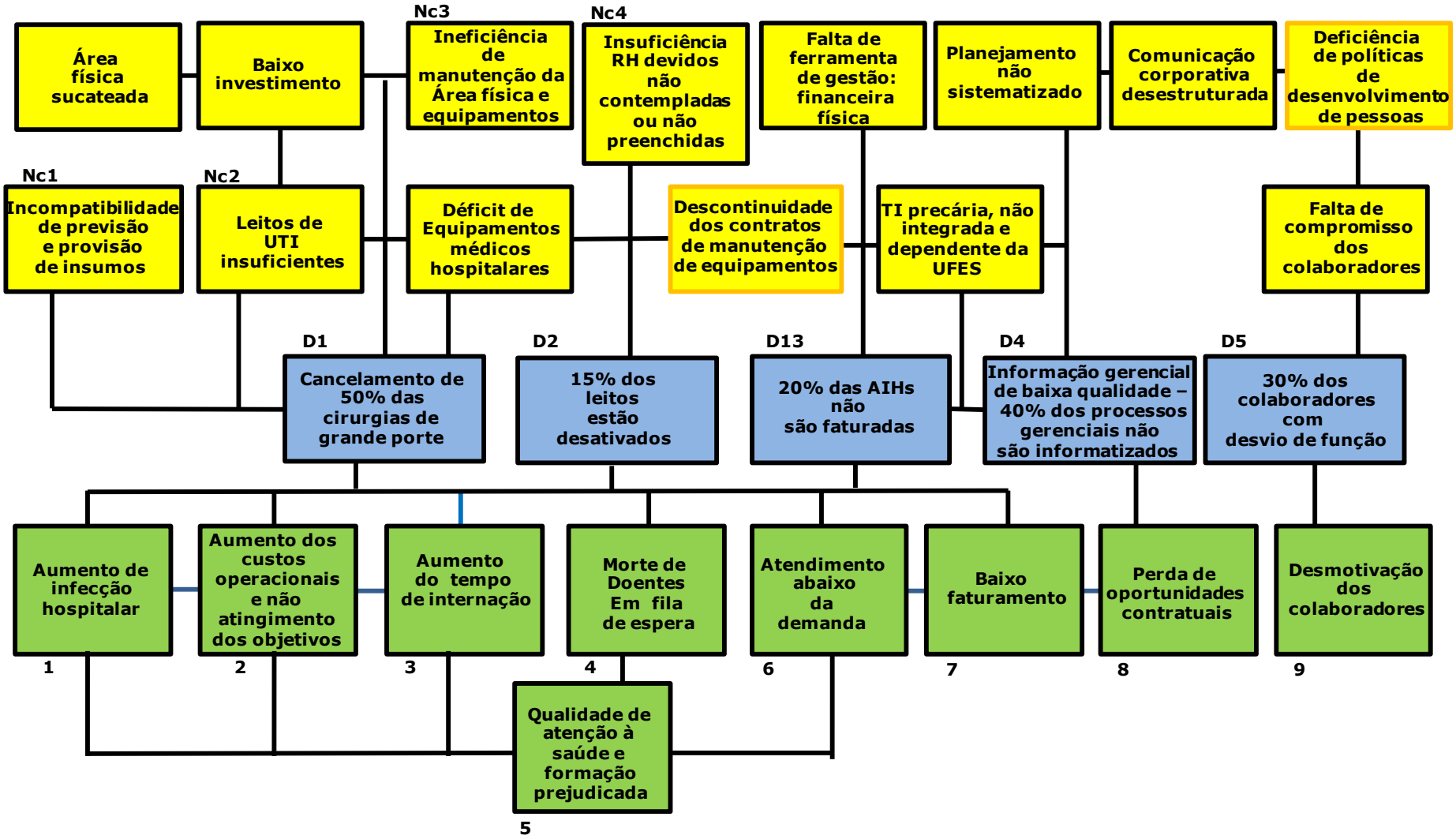


Figura 08. Árvore de Problemas 1 - Insuficiência de RH, infraestrutura e insumos para o atendimento aos usuários do SUS
Fonte: Grupo Afinidade 3 – HUCAM/UFES, 2013.

Descritores:

D1: Suspensão de 50% das cirurgias de grande porte (que precisam UTI);

D2: 15% dos leitos estão desativados;

D3: 20% das AIHs não são faturadas;

D4: Informação gerencial de baixa qualidade – 40% dos processos gerenciais não são informatizados;

D5: 30% dos colaboradores com desvio de função.

Catorze causas com cinco nós críticos:

1 - Área física sucateada;

2 - Baixo investimento;

3 - Incompatibilidade de previsão e provisão de insumos; (NC1)

4 - Leitos de UTI Insuficientes; (NC2)

5 - Ineficiência de manutenção da área física e equipamentos; (NC3)

6 - Déficit de equipamentos médicos hospitalares;

7 - Insuficiência de recursos humanos devido a não contemplação ou o não preenchimento; (NC4)

8 - Descontinuidade dos contratos de manutenção de equipamentos;

9 - Falta de ferramenta de gestão financeira e física;

10 – Tecnologia da Informação (TI) precária, não integrada e dependente da UFES; (NC5)

11 - Planejamento não sistematizado;

12-Comunicação corporativa desestruturada (causa coincidente com Macroproblema 2 e trabalhada como nó crítico lá);

13- Deficiência de políticas de desenvolvimento de pessoas (causa coincidente com Macroproblema 2 e trabalhada como nó crítico lá);

14- Falta de compromissos dos colaboradores.

Tendo nove consequências:

1. Aumento de infecção hospitalar;
2. Aumento dos custos operacionais e objetivos;
3. Aumento do tempo de internação;
4. Morte de doentes em fila;
5. Atendimento abaixo da demanda;

6. Baixo faturamento;
7. Perdas de oportunidades contratuais;
8. Desmotivação dos colaboradores;
9. Qualidade da atenção à saúde e formação prejudicada.

Assim, no cruzamento dos “nós críticos” com as oportunidades, observa-se que a maioria das oportunidades referentes a **gestão hospitalar** são: a revisão e atualização do Planejamento Estratégico, a utilização de indicadores periódicos e acompanhamentos por relatórios gerenciais, a institucionalização de normas e políticas para gerenciamento dos processos, a revisão da contratualização, a revisão do organograma para descrever papéis e responsabilidades, maior informatização dos processos, a integração entre Almoxarifado Central e Farmácia, a padronização de procedimentos e o desenvolvimento de plano estruturado para acreditação para alcançar o ONA Nível I, todos itens se correlacionam com os 04 (quatro) nós críticos, o que demonstra que a otimização da gestão hospitalar é fator imprescindível para a resolução do macroproblema em questão.

Quanto à **Gestão da Clínica** ficou mais evidente a correlação dos nós críticos com as oportunidades de desenvolvimento das linhas de cuidado pactuadas e do desenvolvimento de protocolos para operacionalizar as linhas de serviços e desenvolver protocolos para operacionalizar essa produção, o que facilitará a regulação interna e, consequentemente, colaborará para a resolução do problema. O nó crítico: TI não integrada e dependente da UFES correlacionou-se com todas as oportunidades referentes a gestão da clínica, o que demonstra que a tecnologia da informação aparece como item vital para a melhoria dos fluxos de processos.

Os itens de oportunidades elencados na parte de Humanização da Saúde não apresentaram correlação significativa com os nós críticos do macroproblema apresentado. O nó crítico: TI não integrada e dependente da UFES interfere diretamente na definição de prazos de resposta para chamados que chegam dos usuários à Ouvidoria e no monitoramento dos tempos de espera dos pacientes nos processos de assistência.

Os itens relacionados às oportunidades referentes à **Hotelaria Hospitalar** são: A institucionalização de procedimento para integrar o gerenciamento de leitos e o serviço de higienização; A adoção de acordos de nível de serviço nos contratos com terceiros ou internos dos serviços; A implantação de sistema de informação para registro e acompanhamento dos processos de higienização, Serviço de Nutrição e Dietética (SND) e Processamento de Roupas; A implantação de rotinas formalizadas e institucionalizadas para toda a operação de roupa: coleta, lavagem e distribuição; A revisão da localização da lavanderia, atualmente próxima ao gerador e ao lixo hospitalar, dificultando o fluxo adequado dos enxovais; Um maior controle na utilização de enxoval, evitando extravio e uso incorreto das roupas por usuários e trabalhadores; O desenvolvimento de manuais e procedimentos padrão para o SND; A aquisição de equipamentos para avaliação nutricional; A realização de controle microbiológico das fórmulas lácteas e/ou dietas enterais manipuladas; O desenvolvimento de programa para capacitação dos trabalhadores dos serviços de higienização, processamento de roupas e de produção do SND.

O maior controle de indicadores de geração de resíduos, como parte do programa de gestão ambiental, apresentou acentuada correlação com os nós críticos do macroproblema da árvore 01, evidenciando a insuficiência de infraestrutura e insumos. As instalações físicas precárias, em inconformidade com normas técnicas vigentes, a inexistência de Procedimento Operacional Padrão (POP) , a TI precária e a utilização de equipamentos obsoletos comprometem a qualidade do serviço de hotelaria hospitalar prestado pelo HUCAM ao usuário.

A padronização dos materiais hospitalares; O desenvolvimento de um catálogo de produtos classificados pela curva ABC[77]; A revisão do processo de compras, instituindo planejamento, padronizando documentos formais e criando integração formal e contínua com os técnicos das áreas pertinentes, para correta especificação e construção dos Termos de Referência; A institucionalização de avaliação de Acordos de Nível de Serviço (SLAs) nos serviços prestados e contratos; A revisão do processo de gestão de estoque para haver maior integração entre o empenho orçamentário, as informações sistêmicas e a situação física dos estoques; A melhoria na análise periódica de mercado, incluindo estudos de redução de preços e posicionamento junto a outros compradores; O desenvolvimento de programa para

formação de pregoeiros e a capacitação dos fiscais e gestores de contratos são oportunidades do subitem **Compras Hospitalares**, que se correlacionaram com os nós críticos “incompatibilidade de previsão e provisão de insumos” e “TI não integrada e dependente da UFES”.

Nesse sentido, foi instituída no HUCAM uma Comissão de avaliação, padronização e aquisição de materiais médicos e insumos hospitalares, no intuito de se analisar as necessidades de insumos do hospital com racionalidade, praticidade, possibilitando celeridade aos processos de compras.

Todos os itens relacionados ao subgrupo de oportunidades denominado **Prestação de Compras** relacionaram-se aos nós críticos: “Incompatibilidade de previsão e provisão de insumos” e “TI não integrada e dependente da UFES”. O que demonstra que a elaboração de Planejamento Orçamentário integrado ao Planejamento Estratégico, a difusão de rotinas de acompanhamento das metas e indicadores do Plano Operativo Anual versus a produção de cada área do HU, o desenvolvimento de políticas e procedimentos para desenho de linhas de ação corretivas para os desvios identificados, bem como para os processos administrativo-financeiros, a instituição de modelo de alçadas para aprovação de pagamentos e a implantação de indicadores e metas para ganho de eficiência nos contratos, processos administrativo-financeiros e utilização de recursos pelo HU são oportunidades que, quando implementadas, promoverão geração de dados confiáveis que facilitarão as tomadas de decisões dos gestores do HUCAM e, consequentemente, resultarão em economicidade para a Instituição.

Nas oportunidades referentes ao subitem **Gestão de Obras e Engenharia Clínica** destacou-se a correlação com os nós críticos: “incompatibilidade de previsão e provisão de insumos”, “ineficiência de manutenção área física e equipamentos” e “TI não integrada e dependente da UFES”. O desenvolvimento de acervo técnico, contendo mapa da infraestrutura e inventário do parque tecnológico, a construção do Plano Diretor Físico do HUCAM, a revisão do processo de compras para que a especificação do Projeto Executivo da iniciativa seja realizada por técnicos das diversas áreas pertinentes, o desenvolvimento de planos de contingência, procedimentos e sistemas que garantam a continuidade do atendimento em caso de

situações adversas e de emergência, a criação de uma área de engenharia clínica, o desenvolvimento de Plano de Manutenção corretiva, preventiva e preditiva para todos os itens de infraestrutura e do parque tecnológico, são oportunidades que permitirão maior conhecimento e controle sobre a situação atual e a necessidade de intervenções na área física do hospital.

Do mesmo, a realização do inventário de bens permanentes possibilita identificar a lotação, o responsável pelo bem, o estado físico e a vida útil de cada equipamento, informações essas, que permitirão ao gestor decidir sobre a viabilidade econômica de se manter um contrato de manutenção ou optar pelo desfazimento do bem. A criação de uma área de Engenharia Clínica permite uma melhor avaliação do parque tecnológico, garantindo intervenções seguras com análise de custo benefício.

O Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais que define diretrizes e objetivos para a reestruturação e revitalização dos hospitais universitários federais, integrados ao SUS, constitui concreta oportunidade para resolução dos nós críticos identificados no Macroproblema 01: “Insuficiência de RH, Infraestrutura e Insumos para atendimento aos usuários do SUS”, considerando que o objetivo do programa é criar condições materiais e institucionais para que os hospitais possam desempenhar plenamente suas funções relacionadas ao ensino, pesquisa, extensão e a assistência à saúde da população, contemplando iniciativas de modernização da infraestrutura física e do parque tecnológico.

Outra oportunidade específica, correlacionada ao nó crítico: “TI precária, não integrada e dependente da UFES” é o desenvolvimento do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), que é um projeto do MEC objetivando padronizar práticas assistenciais e administrativas em todos os 46 hospitais universitários de sua rede. A utilização do AGHU permite que os hospitais aprimorem seus processos de atendimento, estendendo aos pacientes de todo o país inúmeras facilidades, como o prontuário eletrônico e os benefícios a ele relacionados. Além disso, com o AGHU, o MEC passa a dispor de indicadores padronizados entre todos os integrantes da rede, o que facilita a implantação de melhorias e a divulgação transparente de dados para o público. O HUCAM possui

dois módulos implantados: Módulos Internação e Ambulatório, com previsão para instalação dos módulos: Suprimentos, Prescrição e Farmácia.

Após a construção da Árvore de Problemas do Macroproblema 01, fez-se um levantamento dos atores sociais que estariam associados ao mesmo com descrição do valor, interesse e nota de cada um deles para o macroproblema em questão. O resultado encontrado é apresentado na tabela 5.

Tabela 5 - Atores sociais identificados como associados ao Macroproblema 1

Identificação dos atores sociais	Valor	Interesse	Nota
Presidente da EBSERH	Alto	Positivo	10
Ministro da Saúde	Alto	Positivo	10
Ministro do Planejamento, Orçamento e Gestão	Alto	Indiferente	10
Ministro da Educação	Alto	Positivo	10
Reitor	Alto	Positivo	10
Diretor do Centro de Ciências da Saúde	Médio	Positivo	8
Secretários de Saúde Estadual e Municipal	Alto	Positivo	10
SINTUFES	Médio	Negativo	6
Chefes de serviço	Alto	Positivo	10
Pró-reitor de Gestão de Pessoas	Alto	Positivo	10
Bancada Federal	Médio	Positivo	10
Fornecedores	Alto	Negativo	10

Fonte: Grupo Afinidade 3 ampliado – HUCAM/UFES, 2013.

4.1.2. Macroproblema 2: Pouca Qualificação da Gestão

Ao longo da sua história, evidenciou-se no HUCAM a escassez de profissionais especializados em Gestão Hospitalar, em razão dos baixos investimentos em capacitação profissional, assumindo a lógica predominante dos demais hospitais universitários federais. Sua gestão acontecia por meio do improviso, sem um conjunto de técnicas essenciais ao aperfeiçoamento da sua eficiência, eficácia e efetividade administrativa e assistencial[78]. Paralelamente, o escasso planejamento da gestão comprometeu as políticas de longo prazo no que tange a administração

financeira, processos de trabalho, gestão da qualidade, sistematização administrativa e ambiente interno institucional.

De acordo com Matos, as instituições de saúde inseridas num ambiente de competitividade crescente assumem contornos empresariais, necessitando uma gestão cada vez mais profissionalizada[79]. A dinâmica hospitalar, segundo Vendemiatti et al.[80], revelou que o processo de inter-relações é produzido por uma complexidade de agentes que negociam a partir de diferentes estágios de poder, de especialização e de identidade organizacional. Assim, o papel de liderança dos gestores é uma importante ferramenta estratégica para direcionar as equipes a atingirem suas metas, não se perdendo nos conflitos subliminares, corporativistas, de poder ou saber.

Nos hospitais universitários, o palco democrático das universidades se replica em todos os níveis, levando a conflitos e dificuldades para sistematização e organização do trabalho assistencial e dos demais setores de apoio. Evidenciando essa dificuldade de comunicação organizacional, bem como os conflitos na sistematização do trabalho, deve-se levar em consideração o enorme volume de documentos que por anos vem se acumulando nas dependências do HUCAM, sem o devido tratamento e acondicionamento (guarda), conforme preconizado pela Lei nº. 8.159 de 8 de janeiro de 1991[81], o que acarreta, a cada nova gestão que se inicia, a descontinuidade e desconhecimento dos trabalhos iniciados na gestão anterior, resultando na necessidade de retrabalho de atividades já estruturadas, e, na maioria das vezes, bem sucedidas.

Em face do exposto, faz-se necessário o conhecimento dos primeiros seis artigos dessa Lei que diz:

> Art. 1º - É dever do Poder Público a gestão documental e a proteção especial a documentos de arquivos, como instrumento de apoio à administração, à cultura, ao desenvolvimento científico e como elementos de prova e informação.
> Art. 2º - Consideram-se arquivos, para os fins desta Lei, os conjuntos de documentos produzidos e recebidos por órgãos públicos, instituições de caráter público e entidades privadas, em decorrência do exercício de atividades específicas, bem como por pessoa física, qualquer que seja o suporte da informação ou a natureza dos documentos.
> Art. 3º - Considera-se gestão de documentos o conjunto de procedimentos e operações técnicas referentes à sua produção, tramitação, uso, avaliação e

> arquivamento em fase corrente e intermediária, visando a sua eliminação ou recolhimento para guarda permanente.
> Art. 4º - Todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular ou de interesse coletivo ou geral, contidas em documentos de arquivos, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado, bem como à inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da honra e da imagem das pessoas.
> Art. 5º - A Administração Pública franqueará a consulta aos documentos públicos na forma desta Lei.
> Art. 6º - Fica resguardado o direito de indenização pelo dano material ou moral decorrente da violação do sigilo, sem prejuízo das ações penal, civil e administrativa.

Não é demais destacar que boa parte dos documentos deve ter sua guarda por anos e que, com o advento da Lei de Informação nº. 12.527, de 18 de novembro de 2011[82], o não atendimento, quando solicitado, de vistas a determinados processos ou documentos poderá ensejar em responsabilidade do gestor.

Ainda, no contexto da gestão hospitalar, a instrumentalização dos gestores com o conhecimento das políticas nacionais de saúde e seus diversos programas, leva o hospital a participar de forma ativa na rede SUS e nas suas diversas linhas de cuidado, fazendo com que a instituição possa cumprir seu papel e efetivamente atingir seus objetivos. Esta micropolítica, também, deverá estar inserida na gestão para garantir a integralidade da atenção ao usuário e permitir articulações de referência e contrarreferência nas linhas de cuidado da rede, bem como o contato direto entre os superintendentes dos hospitais e os gestores do município e do estado[83].

Em 2011, em busca da melhoria dos hospitais universitários federais, o governo criou uma empresa para gerenciá-los, a EBSERH, que se responsabilizaria pelo aporte de recursos humanos e financeiros, de planejamento, monitoramento e avaliação das políticas e ações nessas instituições, consideradas filiais a partir de então[30]. As diretrizes técnicas da estrutura organizacional dos hospitais, sob a gestão da EBSERH, foram publicadas em março de 2013[84]. O HUCAM, por meio do Conselho Universitário da UFES, fez sua adesão formal à gestão da EBSERH em abril de 2013, já tendo iniciado um processo de diagnóstico situacional com o antigo Departamento de Gestão dos Hospitais do MEC, recebendo visitas locais e alimentando com dados o estudo diagnóstico detalhado. A mudança da gestão do

HUCAM ocorreu em setembro de 2013, quando a Reitoria da UFES e a EBSERH empossaram o novo superintendente do Hospital, um professor titulado (doutor), com especialização em Gestão em Saúde (Fundação Getúlio Vargas) e com forte perfil de liderança, comprometido com o projeto institucional de reestruturação gerencial do HUCAM.

Também, buscando o alcance das metas propostas pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, ofereceu-se a oportunidade de um curso de capacitação para a equipe de governança, nos moldes “PBL” - *Problem Based Learning*, estruturado nacionalmente. A equipe do HUCAM integrou um grupo de gestores de 10 hospitais federais, que mensalmente se reuniam e avançavam em conhecimento e práticas, no ambiente de um hospital com certificação de qualidade máxima. Paralelamente ao curso de capacitação, foi contratada uma consultoria internacional para visitar cada unidade desses hospitais, auxiliando na construção do Plano de Desenvolvimento Estratégico, por meio de diversas oficinas, para o aproveitamento das oportunidades, reforçando os pontos fortes e instrumentando a governança na confecção desse produto.

A Árvore de Problemas da “Pouca Qualificação da Gestão” (Figura 9) foi concluída após os desdobramentos das oficinas do Grupo Afinidade com participação ativa de diversos atores da assistência, área administrativa, ensino e pesquisa. Definiu-se como um macroproblema semiestruturado, intermediário e atual. Foram analisadas as causas políticas, administrativas, acadêmicas, culturais, dentre outras, com uma visão interdisciplinar e multissetorial. A explicação situacional da baixa qualificação da gestão foi construída de forma dinâmica, articulando presente, passado e futuro, em que cada participante colocava seu ponto de vista na realidade do problema e permitia o compartilhamento de ideias sob diferentes perspectivas, em um ambiente de equidade entre os participantes. Foi um momento que propiciou o diálogo entre os participantes, permitindo que entendessem o macroproblema e pudessem localizar-se no processo e em sua corresponsabilização.

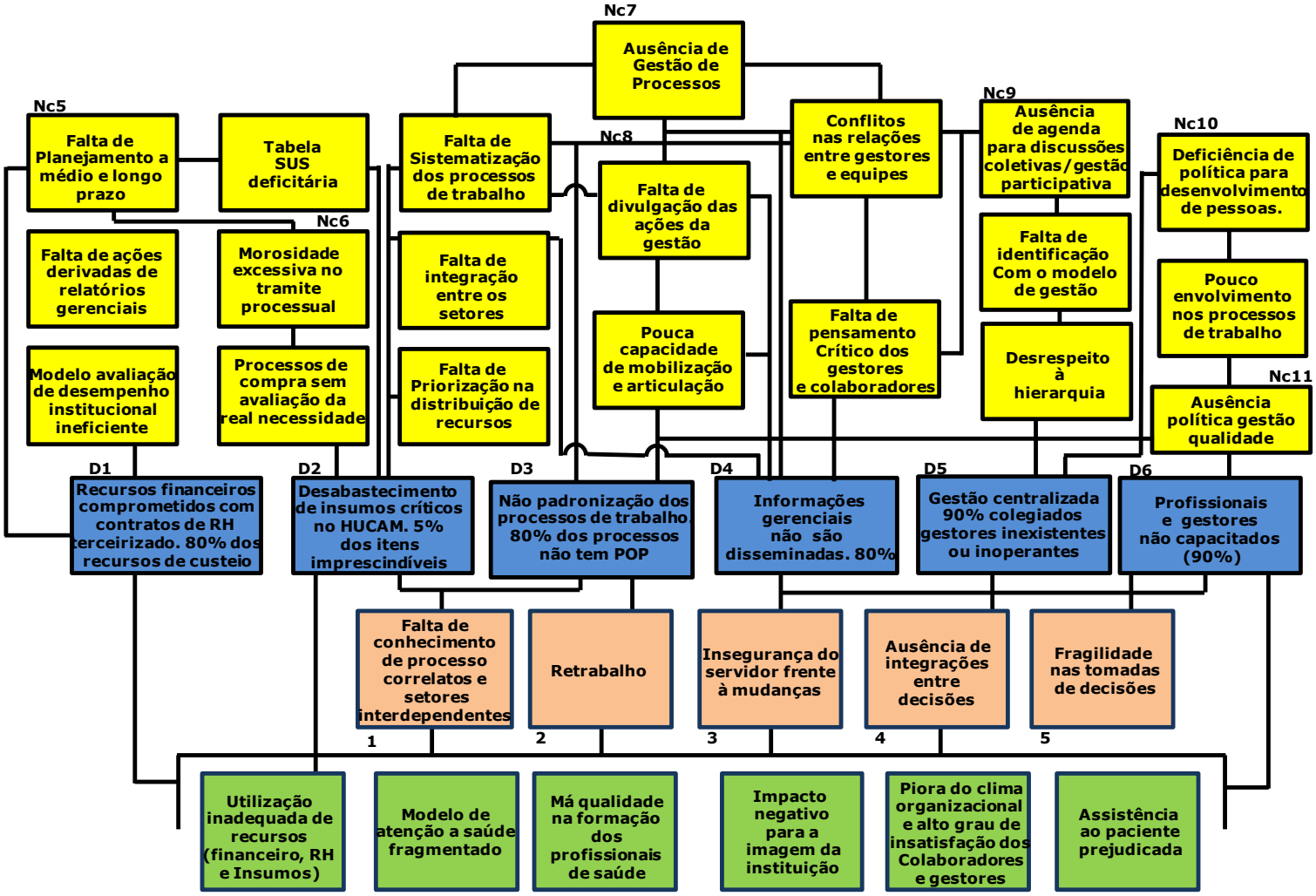


Figura 9. Árvore de Problemas 2 - Pouca Qualificação da Gestão
Fonte: Grupo Afinidade 3 – HUCAM-UFES, 2014

Descritores:

D1: Recursos financeiros comprometidos com contratos de RH terceirizado, 80% dos recursos de custeio;

D2: Desabastecimento de insumo no HUCAM, 5% dos itens imprescindíveis;

D3: Não padronização dos processos de trabalho, 80% dos processos não tem POP;

D4: Informações gerenciais não são disseminadas, 80% delas;

D5: Gestão centralizada, 90% dos colegiados gestores inexistentes ou inoperantes;

D6: Profissionais e gestores não capacitados, 90% deles.

Vinte causas com seis nós críticos:

1- Falta de planejamento a médio e longo prazo; (NC1)
2- Falta de ações derivadas de relatórios gerenciais;
3- Modelo de avaliação de desempenho institucional ineficiente;
4- Tabela SUS deficitária;
5- Morosidade excessiva no trâmite processual; (NC2)
6- Processos de compra sem avaliação da real necessidade;
7- Falta de sistematização dos processos de trabalho;
8- Falta de integração entre os setores;
9- Falta de priorização na distribuição de recursos;
10- Ausência processos regulatórios internos; (NC3)
11- Falta de divulgação das ações da gestão; (NC4)
12- Pouca capacidade de mobilização e articulação;
13- Conflitos nas relações entre gestores e equipes;
14- Falta de pensamento crítico dos gestores e colaboradores;
15- Desrespeito à hierarquia;
16- Ausência de agenda para discussões coletivas - Gestão participativa; (NC5)
17- Deficiência de política para desenvolvimento de pessoas; (NC6)
18- Falta de identificação com o modelo de gestão;
19- Pouco envolvimento nos processos de trabalho;
20- Falta de política para gestão da qualidade.

Tendo onze consequências:

1. Falta de conhecimento de processo correlato e setores interdependentes;

2. Retrabalho;
3. Insegurança do servidor frente a mudanças;
4. Ausência de integração entre decisões;
5. Fragilidade nas tomadas de decisão;
6. Utilização inadequada de recursos (Financeiros, RH e Insumos);
7. Modelo de atenção à saúde fragmentado;
8. Má qualidade na formação dos profissionais de saúde;
9. Impacto negativo para a imagem da instituição;
10. Piora do clima organizacional e alto grau de insatisfação dos colaboradores e gestores;
11. Assistência ao paciente prejudicada.

Os descritores do macroproblema, conforme Figura 9, foram quantificados de forma a facilitar a tomada de decisões. Dessa forma, constituíram importantes indicadores para a avaliação do impacto do Plano. Após o grupo de trabalho ter concluído os descritores, foi construída uma rede de causalidade simplificada, baseada na teoria de produção social, para a compreensão mais profunda do problema[85]. Cabe ressaltar que durante a dinâmica de tempestade de ideias realizada pelo grupo de trabalho não houve, num primeiro momento, a preocupação em se classificar as causas dos problemas quanto à sua hierarquização, poder de determinação e espaço de governabilidade.

As melhorias da **gestão hospitalar** contribuirão para o cumprimento das Políticas Nacionais da Assistência Hospitalar de 2013/2014, com o aprimoramento dos processos assistenciais e gerenciais na atenção hospitalar, mediante um planejamento cooperativo e solidário entre as esferas governamentais, visando à qualificação e resolutividade da atenção. O atual modelo de gestão e atenção hospitalar no SUS será reformulado, estabelecendo as diretrizes para a qualidade da atenção hospitalar e a segurança do paciente, bem como os mecanismos de articulação entre os hospitais e demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), por meio da contratualização e repasse de recursos financeiros. A nova gestão deverá organizar o hospital como um ponto de atenção da RAS, de forma regionalizada, articulada, integrada e regulada. O modelo praticado deverá ser participativo, transparente e democrático, voltando à atenção hospitalar a ser

baseada nos pressupostos da clínica ampliada e gestão da clínica. Há de se garantir a continuidade do cuidado em outros pontos de atenção da RAS, o que inclui:

- Desenvolvimento de linhas de cuidado pactuadas;
- Elaboração de protocolos envolvendo as áreas;
- Reformulação de rotinas multiprofissionais centradas no usuário;
- Desenvolvimento de metodologia para a documentação;
- Atualização de protocolos clínicos e procedimentos operacionais padrões;
- Criação de um núcleo de regulação interna e auditoria clínica assistencial (controle da qualidade de registros assistenciais nos prontuários);
- Criação de um programa de capacitação para trabalhadores recém-admitidos;
- Implantação de um modelo de classificação de risco;
- Revisão no processo de arquivamento e rastreamento de prontuários;
- Avaliação dos relatórios produzidos pelas áreas fins;
- Difusão de um programa para desenvolvimento de todas as especialidades do Hospital Universitário;
- Fortalecimento das iniciativas para implantar estratégias e ferramentas de ensino e aprendizagem.

A qualificação da assistência passa também pelas políticas de humanização e implantação do núcleo de qualidade, com definição de prazos de respostas para a ouvidoria, monitoramento dos tempos de espera e educação permanente da equipe.
A falta de planejamento a curto e médio prazo, a morosidade do trâmite processual, a ausência de processos regulatórios e a ausência de espaços para discussão coletiva poderão ser resolvidos por meio do Planejamento Estratégico, incorporando ações e objetivos pragmáticos, monitorando os resultados e obtendo maior comunicação com os gestores do HUCAM. Será importante a utilização de indicadores periódicos e acompanhamento mediante relatórios gerenciais de todas as áreas, para nortearem a tomada de decisão. A institucionalização de normas e políticas para o gerenciamento dos processos facilitará o dia a dia dos trabalhadores e a comunicação institucional. A proposta desse plano de trabalho é alcançar um nível de controle que possibilite rever a contratualização com o SUS e incluir todos os procedimentos realizados e as metas operacionais executadas.

Paralelamente, com a implantação do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários será possível alcançar um patamar maior de confiabilidade dos dados gerenciais, bem como o aprimoramento da cultura de gestão por processos e governança. Algumas mudanças deverão acontecer para ganhar maior controle dos materiais e medicações (Mat/Med), facilitando o trabalho dos profissionais da assistência, aumentando a segurança do paciente, diminuindo o desperdício e perdas do processo, com o estoque sempre abastecido e de menor custo. A criação de uma farmácia satélite no centro cirúrgico, a presença do farmacêutico 24h para dispensação das drogas psicotrópicas, a integração do almoxarifado com a farmácia central, o treinamento para dispensação e distribuição, o rastreamento das medicações, a formalização da devolução do Mat/Med e a identificação de todos os produtos levarão a uma economia e controle nunca presenciados no Hospital. Todas essas medidas correspondem a algumas das ações necessárias para garantir a acreditação do HUCAM como parte de políticas estruturantes direcionadas ao cumprimento da meta de gestão para a qualidade hospitalar.

As oportunidades na **gestão da clínica** tendem à melhoria e qualificação das atividades hospitalares e impactam em um dos produtos mais importantes da instituição, que é a assistência ao paciente e a sua segurança. Na mesma lógica, o novo modelo, organizado a partir das necessidades dos usuários, interligando-se nas redes do SUS e assistindo aos usuários em linhas de cuidado, com o trabalho de forma horizontalizada e centrado nas equipes multiprofissionais e equipes de referência, deve garantir a atenção às condições agudas, crônicas e crônicas agudizadas, assegurando o acesso regulado a todos os cidadãos.

A institucionalização da regulação de leitos e serviço de higienização, a informatização dos processos de hotelaria, a elaboração de rotinas da lavanderia, o gerenciamento do lixo hospitalar, a melhoria na utilização e controle do enxoval, a implantação de procedimento para a nutrição e dietética, a gestão dos indicadores de risco e a realização do controle microbiológico das fórmulas, são frentes de direcionamento para a melhoria dos descritores. A implantação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) e seus setores gerenciando leitos, consultas e exames, permitirão o estabelecimento de vínculo com o gestor local e inserção nas redes de atenção à saúde, colocando o HUCAM em posição estratégica no SUS e resgatando o respeito

institucional. Adicionalmente, a informatização do Hospital e o NIR produzirão documentos gerenciais essenciais para as próximas pactuações com o Estado e possibilitarão a governança do HUCAM pleitear um aumento substancial no financiamento hospitalar pelo Documento Descritivo da Contratualização.

A infraestrutura predial do HUCAM encontra-se comprometida em razão de grande parte das suas instalações datarem da década de 30. Aliam-se a isso as dificuldades na elaboração de estudos e diagnósticos para adequações físicas e inventários patrimoniais, pela falta de documentação técnica ou elementos para o planejamento de melhorias essenciais na gestão de obras e de engenharia clínica. Nesse contexto, há também a necessidade de regularizar suas dependências nos órgãos competentes, criar um plano diretor físico, classificar os riscos de seus elementos, desenvolver planos de contingência para a continuidade do atendimento em situações adversas, estabelecer uma área de engenharia clínica e um plano de manutenção para a infraestrutura e equipamentos, bem como maior integração dessas áreas com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, com a área de medicina e segurança do trabalho. A instituição de um processo de avaliação, o dimensionamento da engenharia clínica e a educação permanente dos colaboradores serão essenciais para profissionalizar a gestão do parque estrutural e de equipamentos do HUCAM.

Grande parte do desgaste no inter-relacionamento dos profissionais do Hospital ocorre pela inexistência de materiais e equipamentos necessários para o seu trabalho, uma vez que os colaboradores estão diretamente em contato com os usuários que se encontram em um momento de fragilidade e sofrimento, e ressentem-se da carência de uma infraestrutura adequada para um bom atendimento. Esse cenário provoca uma situação de estresse e adoecimento dos servidores e colaboradores da Instituição.

A baixa qualificação dos setores administrativos de compras e prestação de contas corrobora com essa problemática. Contudo, observam-se enormes oportunidades para atuar sobre os descritores deste macroproblema em favor do Hospital. A padronização dos materiais hospitalares do HUCAM, a classificação dos produtos pela curva ABC e XYZ, a revisão dos setores de compras e estoques, formação de

pregoeiros, capacitação dos fiscais e gestores de contrato, a elaboração de um catálogo de produtos padronizado, a avaliação dos serviços prestados e a melhoria da análise periódica do mercado permitirão uma celeridade nos processos e facilitarão o trabalho. Além disso, essas oportunidades produzirão uma economia institucional que permitirá investir na melhoria de seus setores.

A falta de infraestrutura para trabalhar com qualidade, também, passa pela organização do financiamento, com o uso criterioso do orçamento, priorizando as áreas críticas de assistência ao paciente e todos os seus setores de apoio. O acompanhamento das metas e indicadores do POA contratualizado pelo SUS por cada área do HU, a implantação de indicadores e metas para ganho de eficiência nos contratos, a divulgação periódica dos resultados, a instituição dos modelos de alçadas para aprovação de pagamentos e a elaboração de um planejamento orçamentário, aliado ao planejamento estratégico, permitirão uma maior clareza na contabilidade gerencial, facilitando os atos da governança.

Em resumo, a recuperação da qualidade da gestão hospitalar concentra-se no planejamento estratégico, nos resultados de sua implantação e na busca de certificação de qualidade em todos os setores do hospital e em todos os seus processos. Por meio dessas políticas serão fortalecidas as práticas assistenciais e gerenciais estratégicas, o uso racional de recursos, a incorporação de tecnologias em saúde, a qualificação dos processos de trabalho, proporcionando cuidado integral com resolutividade, a atuação em rede, a participação social e a transparência.

Dentro desse novo cenário, o Hospital Universitário, espaço de prática para inúmeros alunos e futuros profissionais da rede de atenção à saúde pública do Brasil, celebrará sua excelência em qualidade, sendo modelo e incentivo para o ensino e a pesquisa no estado do Espírito Santo.

Após a formulação da Árvore de Problemas do Macroproblema 02: Pouca Qualificação da Gestão, foram identificados os atores sociais que podem interferir nas ações para o aprimoramento da qualificação da gestão do HUCAM (Tabela 6).

Tabela 6: Atores Sociais do Macroproblema 2

Análise de Contexto			
Problema priorizado: Pouca qualificação da gestão			
ATOR	VALOR	INTERESSE	NOTA
Diretoria da EBSERH	Alto	Positivo	10
Grupo Gestor HUCAM	Alto	Positivo	10
Secretário Estadual de Saúde	Médio	Positivo	7
Reitor da UFES	Alto	Positivo	9
Ministro da Saúde	Alto	Positivo	8
Ministro da Educação	Alto	Positivo	10
Ministro da Gestão, Planejamento	Alto	Positivo	9
Secretário Municipal de Saúde	Baixo	Positivo	7
Sindicatos	Alto	Negativo	10
Bancada Federal	Médio	Positivo	5

Fonte: Grupo Afinidade 3 ampliado – HUCAM/UFES, 2013.

4.1.3. Macroproblema 3: Fragilidade nas Relações do Hospital com o SUS

Historicamente, principalmente antes de 1992, o modelo de Hospital Universitário foi aquele onde o hospital era usado somente como um campo de treinamento técnico, principalmente das equipes médicas, sem vínculo nenhum com o sistema de saúde, com gestão não profissionalizada e submetida ao mérito acadêmico, significando que os docentes mais graduados eram os mais influentes. Por isso, eram tratados, tanto pelo MS como pelos gestores do SUS como hospitais não estratégicos na rede de atendimento. A partir da implementação da constituição de 1988, com consequente normatização do SUS, que garantia não só o atendimento a todos os brasileiros, mas também as noções de integralidade e equidade do tratamento, começou a haver um movimento de colocar para os HUs o papel de referência de atendimento de casos mais complexos[86].

Em relação ao financiamento, os hospitais universitários federais (HUFs) o tinham garantido desde a sua criação e de forma integral pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), desvinculado da produção de serviços. Dessa forma, o financiamento dos HUFs era definido na lógica de orçamento, sem um sistema

contratual formal ou informal que vinculasse o repasse de recursos ao alcance de metas e ao cumprimento de compromissos com o sistema de saúde, confirmando sua missão primeira de ensino e pesquisa[86].

A Lei Orgânica da Saúde - Lei 8.080 de 1990/MS estabeleceu em seu Art. 45° que

> [...] os serviços dos Hospitais Universitários e de Ensino integram-se ao SUS, mediante convênio, respeitada sua autonomia administrativa em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados[11].

A partir de então, os HUFs passaram, teoricamente, a integrar o SUS. Entretanto, o funcionamento dos HUFs, desde então, atravessa grave crise econômica e financeira, sendo cobrada dos HUFs incorporação tecnológica, estrutura para ensino, pesquisa e extensão, integração com a rede SUS, mas sem que ocorressem as transformações necessárias para o cumprimento de tais tarefas.

Nesse contexto, diversas alternativas de soluções para a crise dos HUFs foram apontadas. Havia segmentos que defendiam a transferência desses para os gestores do SUS; havia os que defendiam a transformação dos hospitais em Organizações Sociais (OS), cuja marca principal é a flexibilização de relações, especialmente relacionadas à gestão de recursos humanos e com o setor privado; e houve os que defenderam a privatização dos HUs, criando estruturas nesses para a prestação de serviços ao sistema suplementar. Esses segmentos da sociedade permanecem, ainda hoje, no cenário de busca de soluções com algumas das alternativas apontadas anos atrás[87].

Com o pressuposto de que a principal qualidade dos médicos deveria ser sua capacidade de resolver problemas de saúde, o que implicaria sua competência para realizar o que se denominou de clínica ampliada (saber e prática, que envolveriam aspectos biológicos, subjetivos e sociais), conclui-se pela inadequação do atual modelo de ensino da pratica clínica, centrado dos HUs. Recomenda-se que as escolas acadêmicas deveriam integrar-se ao SUS, realizando contratos de cogestão, de modo a propiciar maior integração docente-assistencial[87]. O objetivo central seria inventar novos dispositivos institucionais que estimulassem a produção de padrões

de vínculo, responsabilidade e resgate da eficácia e humanização do trabalho em saúde. A contratualização com o gestor do SUS municia a administração do hospital com instrumentos (as metas) que o induzem a caminhar na direção de um aumento de produtividade, de negociação mais efetiva com a academia e de participação de toda a comunidade[11].

Nesse cenário nacional, houve grande diversidade de atuação dos diferentes HUFs na construção das relações institucionais com o SUS. As negociações e formalização dessas parcerias podem ser realizadas com o estado ou diretamente com o município (nos municípios com gestão plena). Existem exemplos bem sucedidos de integração de hospital universitário com a rede SUS, como o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, caso estudado e descrito em dissertação de mestrado em 2006 com a constatação de melhora de desempenho em diversos indicadores[86]. Entretanto, caso como o descrito não parece ser a regra, muito pelo contrário, há uma tendência dos gestores do SUS em considerar a relação com os HUs difícil, devido à morosidade nos processos internos desses hospitais, à baixa governabilidade da direção sobre determinados serviços, à predominância da lógica do ensino sobre a lógica assistencial, dentre outros fatores que limitariam a efetividade do investimento nos HUs. Por outro lado, existe uma clara dificuldade dentro dos HUs em romper com a visão antiga de ensino exclusivo, sem foco na assistência e em entender que o simples fato de atender aos usuários do SUS não significa integração adequada com o mesmo.

O HUCAM, especificamente, atravessa crise grave que tem origem multifatorial e de longa data. Nesses poucos mais de 20 anos da Lei nº 8.080/90, onde os HUs devem ser integrados aos SUS, serviços fundamentais do HUCAM foram fechados e reabertos diversas vezes (como o Pronto Socorro, por exemplo), inúmeras greves ocorreram, sendo praticamente incluídas no calendário anual da Instituição; parte da pactuação do HUCAM com o gestor do SUS foi construída sem condição operacional para sua realização de fato e o não cumprimento do plano operacional agravou a crise de credibilidade do Hospital perante os gestores. Além disso, questões políticas internas e externas têm impactado sistematicamente o desempenho do HUCAM.

A rede SUS do Espírito Santo tem estrutura própria com gestão própria, estrutura própria com gestão por Organização Social (OS), estrutura filantrópica e rede privada conveniada, além do HUCAM. Nesse cenário local, com outras instituições que atendem de forma mais ágil e ininterrupta às demandas de atenção à saúde dos cidadãos capixabas, o HUCAM foi gradualmente perdendo seu papel central na atenção à saúde, tanto em nível ambulatorial, quanto em nível hospitalar no Estado.

Na questão educacional, em paralelo com a proliferação de faculdades de Medicina e de outros cursos da área de ciências da saúde em diversas instituições, a quase hegemonia da Universidade na formação de recursos humanos para a rede assistencial, também, deixou de existir. Além disso, a formação dos alunos focada no HUCAM, nas especialidades médicas, tanto em nível ambulatorial quanto nas unidades de internação, não tem produzido egressos com a formação acadêmica para atender à demanda da rede. Agravando, ainda mais, o descompasso entre as demandas do Sistema Único de Saúde local (prioridade na rede de atenção básica e de urgência / emergência) e a produção de mão de obra do curso de Medicina da UFES, que tem seu internato realizado em sua maior parte nas dependências do HUCAM.

A construção da Árvore de Problemas do Macroproblema 03: Fragilidade nas Relações do HUCAM com o SUS encontrou os descritores, causas e consequências apresentados na figura 10.

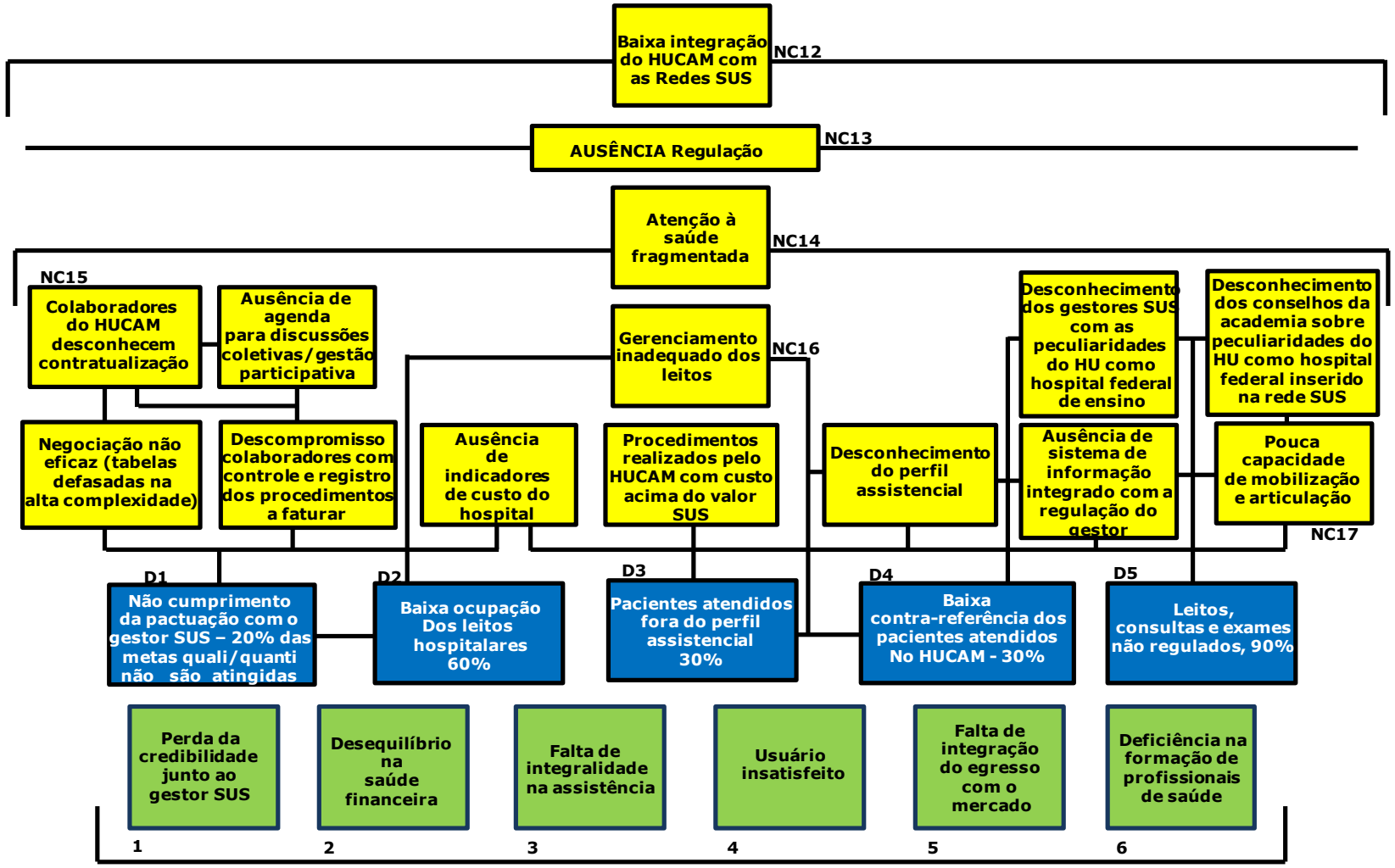


Figura 10. Arvore de Problemas 3 - Fragilidade das relações do Hospital com o SUS
Fonte: Grupo Afinidade 3 ampliado – HUCAM-UFES, 2014.

Descritores:

D1: Não cumprimento da pactuação com o gestor SUS - 20% das metas qualitativas e quantitativas não é atingido;

D2: Baixa ocupação dos leitos hospitalares - 60% de ocupação;

D3: Pacientes atendidos fora do perfil assistencial - 30% dos pacientes;

D4: Baixa referência e contrarreferências dos pacientes atendidos no HUCAM - 30% dos pacientes;

D5: Leitos, consultas e exames não regulados - 90% deles.

Dezesseis causas com seis nós críticos:

1- Baixa integração do HUCAM com as redes SUS; (NC1)
2- Ausência de regulação; (NC2)
3- Atenção à saúde fragmentada; (NC3)
4- Colaboradores do HUCAM desconhecem a contratualização; (NC4)
5- Negociação não eficaz (tabelas defasadas na alta complexidade);
6- Descompromisso dos colaboradores com controle e registro dos procedimentos a faturar;
7- Ausência de agenda para discussões coletivas/ gestão participativa;
8- Ausência de indicadores de custo do Hospital;
9- Gerenciamento inadequado dos leitos; (NC5)
10- Procedimentos realizados pelo HUCAM com custo acima do valor SUS;
11- Regulação externa ineficaz;
12- Desconhecimento do perfil assistencial;
13- Desconhecimento por parte dos gestores SUS das peculiaridades do HUs como Hospital Federal de Ensino;
14- Ausência de sistema de informação integrado com a regulação do gestor;
15- Desconhecimento por parte dos conselhos da academia das peculiaridades do HUCAM inserido na rede SUS;
16- Pouca capacidade de mobilização e articulação. (NC6)

Tendo seis consequências:

1. Perda de credibilidade junto ao gestor SUS;
2. Desequilíbrio na saúde financeira do Hospital;
3. Falta de integralidade na assistência;

4. Usuário insatisfeito;
5. Falta de integração do egresso com o mercado;
6. Deficiência na formação de profissionais de saúde.

No cruzamento dos nós críticos com as oportunidades, observamos grande coincidência entre os cinco nós e as oportunidades relacionadas à **gestão hospitalar**:

- Revisão e atualização do Planejamento Estratégico, incorporando ações e objetivos pragmáticos, monitoramento dos resultados e maior comunicação com os gestores do HUCAM;
- Utilização de indicadores periódicos e acompanhamentos por relatórios gerenciais de todas as áreas para tomadas de decisão;
- Institucionalização de normas e políticas para gerenciamento de processos (p.ex., dispensação de materiais e medicamentos);
- Revisão da contratualização, visando à inclusão de todos os procedimentos realizados e das metas operacionais;
- Estruturação do processo de contrarreferências;
- Revisão do organograma, a fim de descrever papéis e responsabilidades dos colaboradores e institucionalizar a relação entre as áreas administrativas e assistenciais;
- Maior informatização dos processos hospitalares com a implantação do AGHU, acompanhado de aprimoramento da cultura de gestão por processos e governança;
- Desenvolvimento de plano estruturado para acreditação, no caso do HUCAM, a intenção é alcançar o ONA Nível I.

Todas as sete oportunidades supracitadas correlacionaram-se com todos os cinco nós críticos. Tal fato demonstra claramente a relevância das oportunidades relacionadas à gestão hospitalar para a resolução do macroproblema em questão. É facilmente compreendido que, para a construção de uma relação sólida com o gestor do SUS, as ações relacionadas à gestão do próprio hospital devem ser

equacionadas, documentadas, quantificadas e qualificadas, sendo essas ações ligadas diretamente à gestão hospitalar.

No tocante às oportunidades de melhoria relacionadas à **gestão da clínica**, destacaram-se as ligadas à implantação das linhas de cuidado. Pois, estas são o itinerário terapêutico do usuário, promovendo por si só uma necessidade de relação sólida e a construção de uma linha ininterrupta com a capacidade de percorrer toda a rede SUS, conforme a necessidade de cada caso avaliado de forma individual. As oportunidades ligadas às linhas de cuidado apresentaram relação direta com todos os cinco nós críticos da fragilidade na relação com o SUS, ressaltando a relevância dessas oportunidades para a solução do macroproblema estudado:

- Desenvolvimento das linhas de cuidado pactuadas, a saber: atenção à saúde materno-infantil, atenção à saúde da mulher, atenção à saúde da criança, atenção à saúde respiratória, atenção à saúde cardiovascular e atenção à saúde psicossocial;
- Desenvolvimento de protocolos para operacionalizar as linhas de cuidado, envolvendo as áreas e trabalhadores assistenciais nesse processo.

Ainda relacionadas ao universo da gestão da clínica, as duas oportunidades seguintes relacionaram-se a três, dos cinco, nós críticos apontados:

- Reformulação das rotinas multiprofissionais centradas no paciente (p.ex., passagem de plantão, visitas multiprofissionais, desenvolvimento de plano de cuidado individualizado, entre outros);
- Criação de área dedicada à regulação interna para acompanhar o gerenciamento de leitos, desenvolver indicadores de permanência hospitalar e auxiliar nas transferências e busca de vagas.

A criação de regulação interna com gerenciamento eficiente dos leitos é item fundamental para a relação com a rede SUS. Afinal, é impossível ofertar à rede leito hospitalar sem que exista o gerenciamento do mesmo. Assim, não há como conseguir uma transferência de usuário do HU para local mais adequado da rede, se

não existir esse ponto de regulação interna com a capacidade de interagir com a regulação da rede de forma harmônica e eficiente.

Os itens de oportunidades elencados nos subgrupos **humanização da saúde** e **hotelaria hospitalar,** respectivamente, apesar de extremamente relevantes, não foram relacionados diretamente ao macroproblema em questão. A humanização é um dos itens de melhor desempenho do HUCAM, não sendo, portanto, um dos três principais macroproblemas. Enquanto, o item hotelaria está intimamente relacionado a outro macroproblema já abordado e o da falta de estrutura está relacionado à insuficiência de insumos.

Todos os itens relacionados ao subgrupo de oportunidades denominado **compras hospitalares** relacionaram-se ao nó crítico “pouca capacidade de mobilização e articulação”. Entretanto, a melhoria das compras hospitalares tem relação muito mais forte com a questão do déficit de infraestrutura e de insumos abordados de forma efetiva na árvore relacionada ao Macroproblema 1, do que com a questão da fragilidade nas relações com o SUS.

Nas oportunidades do subgrupo **prestação de contas** destacou-se no cruzamento com três nós críticos:

- Difusão de rotina de acompanhamento das metas e indicadores do Plano Operativo Anual versus a produção de cada área do HU. Afinal, o POA é o contrato formal de metas a cumprir, pactuado diretamente com o gestor do SUS. Sua realização efetiva é o principal alicerce para a construção de uma parceria sólida e de confiança entre o SUS e o HUCAM.

Ainda na questão relacionada à prestação de contas, houve cruzamento das oportunidades abaixo com o nó crítico “pouca capacidade de mobilização e articulação”:

- Elaboração de planejamento orçamentário com horizonte superior a um ano e integrado ao Planejamento Estratégico;

- Avaliação e inserção das necessidades de investimento de longo prazo no planejamento orçamentário de longo prazo;
- Implantação de indicadores e metas para ganho de eficiência nos contratos, processos administrativo-financeiros e utilização de recursos pelo HU;
- Padronização do modelo de divulgação periódica de resultados.

No subgrupo **gestão de obras** e **engenharia clínica**, as oportunidades abaixo foram relacionadas a um nó crítico:

- Desenvolvimento de planos de contingência, procedimentos e sistemas que garantam a continuidade do atendimento em caso de situações adversas e de emergência;
- Criação de uma área de engenharia clínica;
- Criação de uma comissão de recebimento e comissionamento dos contratos de insumos e contratos relacionados a iniciativas de obras e engenharia clínica;
- Desenvolvimento de plano de manutenção para todos os itens de infraestrutura e equipamentos médico-hospitalares;
- Estabelecimento de rotinas e procedimentos padronizados para manutenção predial e de equipamentos médico-hospitalares.

Dessa forma, após o cruzamento dos diversos grupos de oportunidades com os cinco nós críticos da Árvore de Problemas relacionados ao Macroproblema 03, denominado Fragilidade nas Relações do Hospital com o SUS, ficou claro que, para construção de relação robusta, sólida e duradoura com o SUS, as pedras angulares estão nas oportunidades ligadas à gestão hospitalar e gestão da clínica, respectivamente, sendo, também, muito importante o subgrupo prestação de contas, especificamente na rotina de acompanhamento das metas, indicadores e produção de cada área do HUCAM.

Também, para a Árvore de Problemas do Macroproblema 03: Fragilidade nas Relações do Hospital com o SUS foram levantados os atores sociais que podem interferir sobre o mesmo, conforme mostra a tabela 7.

TABELA 7. Atores Sociais do Macroproblema 3.

Análise de Contexto			
Problema priorizado: Fragilidade nas relações do hospital com o SUS			
ATOR	VALOR	INTERESSE	NOTA
Diretoria da EBSERH	Alto	Positivo	10
Grupo Gestor HUCAM	Alto	Positivo	10
Secretário Estadual de Saúde	Alto	Positivo	10
Reitor da UFES	Alto	Positivo	7
Ministro da Saúde	Alto	Positivo	10
Ministro da Educação	Alto	Positivo	10
Secretário Municipal de Saúde	Alto	Positivo	9
Bancada Estadual	Médio	Positivo	7
Ministério Público	Médio	Negativo	7

Fonte: Grupo Afinidade e Estendido HUCAM, 2013/2014

A seguir, relacionaremos os descritores, suas causas, suas consequências e os seus respectivos nós:

5 PLANO DE AÇÃO: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

5.1 Relação de Ações por Nó Crítico

Macro Problema	Nó Crítico	Ações relacionadas
Insuficiência de RH, Infraestrutura, Insumos para o atendimento aos usuários do SUS	1. Incompatibilidade de previsão e provisão de insumos	1. Atualizar a relação dos materiais, insumos e medicamentos padronizados do HUCAM; 2. Implantar centro de custo; 3. Reorganizar o recebimento, armazenamento, distribuição e controle de insumos.
	2. Leitos de UTI insuficientes	4. Ampliar e reorganizar os leitos disponíveis no HUCAM passando de 18 leitos para 66 leitos; 5. Ampliar a hemodiálise e transplante renal (de 11 pontos para 24 pontos de hemodiálise, de 3 para 9 pontos de diálise peritoneal e acréscimo de 7 leitos para transplante).
	3. Ineficiência de manutenção da área física e equipamentos	6. Estruturar a gestão da manutenção das áreas físicas e equipamentos do HUCAM; 7. Construir o novo ambulatório do HUCAM.
	4. TI precária, não integrada e dependente da UFES	8. Ampliar a cobertura de TI no HUCAM e integrar políticas e planejamento de sistemas.
Pouca qualificação da Gestão	5. Falta de Planejamento a médio e longo prazo	9. Implantar a Unidade de Planejamento; 10. Informatizar os processos hospitalares com a implantação do AGHU, acompanhada de aprimoramento da cultura de gestão por processos e governança; 11. Elaborar o orçamento com horizonte superior a um ano e articulado com o Planejamento Estratégico; 12. Instituir gestão de documentos.

Macro Problema	Nó Crítico	Ações relacionadas
	6. Morosidade excessiva no trâmite processual	13. Elaborar fluxograma dos processos de contratação de bens e serviços; 14. Capacitar os gerentes e chefes de divisão para melhores práticas na elaboração de termo de referência para contratação de serviços; 15. Adequar a área física da Divisão Administrativa Financeira; 16. Padronizar os instrumentos dos processos de trabalho.
	7. Ausência de gestão de processos e por resultados	17. Elaborar os Procedimentos Operacionais Padrão relativos a cada Unidade de serviço.
	8. Falta de divulgação das ações da gestão	18. Estabelecer uma política de comunicação interna e externa.
	9. Ausência de agenda para discussões coletivas/gestão participativa	19. Instituir os colegiados gestores e o macro colegiado gestor.
	10. Deficiência de política para o desenvolvimento de pessoas	20. Instituir um Programa de Educação Permanente para gestores e colaboradores.
	11. Ausência de política de gestão da qualidade	21. Consolidar a política de segurança do paciente; 22. Instituir o Núcleo de Gestão da Qualidade.
Fragilidade nas relações do HUCAM com o SUS	12. Baixa integração do HUCAM com as Redes SUS	23. Propor à Secretaria Estadual de Saúde um espaço formal de pactuação nas áreas de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão; 24. Desenvolver ações para habilitar o Hospital como centro estadual de referência.
	13. Ausência de Regulação	25. Desenvolver a Unidade de Processamento da Informação Assistencial em Saúde; 26. Disponibilizar ao gestor estadual consultas, exames e leitos para regulação, a partir da pactuação estabelecida; 27. Consolidar o monitoramento e avaliação em saúde.

Macro Problema	Nó Crítico	Ações relacionadas
	14. Atenção à saúde fragmentada	28. Implantar e consolidar o funcionamento pleno das linhas de cuidado.
	15. Colaboradores do HUCAM desconhecem a contratualização	29. Socializar e pactuar a contratualização com os colaboradores do HUCAM, fornecer ferramentas para a execução das metas, acompanhando o indicador individual de cada unidade.
	16. Gerenciamento inadequado dos leitos, consultas e SADT	30. Implantar a regulação assistencial interna de leitos, consultas e SADT.
	17. Pouca capacidade de mobilização e articulação	31. Aumentar o conhecimento dos colaboradores sobre o hospital, quanto à sua estrutura organizacional e o seu papel enquanto HU inserido na rede SUS.

5.2. Quadro Consolidado das Ações

Quadro 1 - Plano de Ações para Enfrentamento do Macroproblema 1 – Nó Crítico 1

HUCAM						
MACROPROBLEMA 1	**Insuficiência de RH, Infraestrutura, Insumos para o atendimento aos usuários do SUS**					
NÓ CRITICO 1	**Incompatibilidade de previsão e provisão de insumos**					
RESULTADO ESPERADO	*AÇÕES /ATIVIDADES*	*RESPONSÁVEIS*	*PARCEIROS/EVENTUAIS OPOSITORES*	*INDICADORES (para a operação)*	*RECURSOS NECESSÁRIOS*	*PRAZOS*
RE1: Redução do cancelamento em 20% das cirurgias de grande porte RE2: Redução do tempo médio de permanencia para 5 dias	***Ação 01: Atualizar a relação dos materiais, insumos e medicamentos padronizados do HUCAM.*** At01.a -Reestruturar comissão permanente de padronização com regimento interno. At01.b -Elaborar lista padronizada atualizada e validada. At01.c -Detalhar a especificação dos insumos, materiais e medicamentos da lista padronizada ouvindo os especialistas, no que couber, e codificar com o código SIASG - CATMAT. At01.d - Imprimir e divulgar as listas padronizadas de insumos, materiais e medicamentos. At01.e - Implantar um banco de controle de qualidade dos insumos, medicamentos e materiais articulado com a rede sentinela. ***Ação 02: Implantar centro de custo*** At02.a - Definir o critério de criação dos centros de custos. At02.b - Instrumentar a gerência local com capacitação, processos padrões e monitoramento do sistema de custo.	**Ação 01:** Rogério Scapini At01.a: Dr. Fernando Bermudes / Jean/ Dávila/ Bernadete Passabom. At01.b: Fernando Bermudes / Jean/ Dávila/ Bernadete Passabom. At01.c: Fernando Bermudes / Jean/ Dávila/ Bernadete Passabom. At01.d: Jean/Maroun/Joanna/Rosilene. At01.e: Fernando Bermudes / Jean/ Dávila/ Bernadete Passabom. **Ação 02:** Rogério Scapini At02.a: Priscila/ Jean/ Dávila/Maroun/ Rosilene.	Parceiros: Chefes de Serviço: Farmácia, Almoxarifado, Compras, Administrativo, Suprimentos e profissionais de saúde. Opositores: Fornecedores e usuários com interesses próprios. Apoio: Léia, Gustavo, Graça e Lauro.	I1: % de itens não padronizados comprados ou em estoque (< 5%). I2: % de compras de emergencia por falha de especificação (0%). I3: % de falta de insumos padronizados maximo de 2%. I4: Indice de satisfação dos usuários quanto a quantidade e qualidade dos produtos (> ou igual a 90%).	**Ação 01** : At01.a: Conhecimento, TI, Tempo, Poder e Econômico. At01.b: Conhecimento, TI, Tempo, Poder e Econômico. At01.c: Conhecimento, TI, Tempo, Poder e Econômico. At01.d: Conhecimento, TI, Economico, Tempo, Poder e Econômico At01.e: Conhecimento, TI, Tempo, Poder e Econômico. **Ação 02:** At02.a: Conhecimento, TI, Tempo, Poder e Econômico.	**Ação 01:** At01.a: 03 meses At01.b: 6 meses At01.c: 6 meses At01.d: 3 meses At01.e: 6 meses **Ação 02:** At02.a: 24 meses At02.b: 24 meses

	Ação 03: Reorganizar o recebimento, armazenamento, distribuição e controle de insumos. At03.a-Estabelecer o funcionamento do almoxarifado e farmácia durante 24h. At03.b-Implantar a individualização da dose. At03.c - Estabelecer critérios para distribuição de outros materiais.	**Ação 03:** Rogério Scapini At03.a: Rogério Scapini/Joanna. At03.b: Dávila At03.c : Rosilene/Maria do Carmo.			**Ação 03:** At03.a: Conhecimento, TI, Tempo, Poder e Econômico At03.b: Conhecimento, TI, Tempo, Poder e Econômico At03.c: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico	**Ação 03:** At03.a: 24 meses At03.b: 12 meses At03.c: 12 meses

Quadro 2 - Plano de Ações para enfrentamento do Macroproblema 1 – Nó critico 2

HUCAM						
MACROPROBLEMA1	**Insuficiência de RH, Infraestrutura, Insumos para o atendimento aos usuários do SUS**					
NÓ CRITICO 2	**Leitos de UTI insuficientes**					
RESULTADO ESPERADO	*OPERAÇÕES/ATIVIDADES*	*RESPONSÁVEIS*	*PARCEIROS/EVENTUAIS OPOSITORES*	*INDICADORES (para a operação)*	*RECURSOS NECESSÁRIOS*	*PRAZOS*
R1: Redução do cancelamento em 20% das cirurgias de grande porte R2: Diminuição do Tempo de Internação. R3: Redução da taxa de Mortalidade da fila de espera R4: Redução da taxa demanda reprimida do ambulatorio da unidade cirurgia R5: Melhorar as negociações contratuais com a SESA R6: Melhoria da satisfação dos profissionais. R7: Melhoria na atenção à saúde, ensino e pesquisa.	***Ação 04: Ampliar e reorganizar os leitos de UTI disponíveis no HUCAM passando de 18 leitos para 66 leitos.*** At04.a: Abrir 20 leitos de UTI adulto (em cima do PS). At04.b: Adequar abertura de 10 leitos de UTI pediátrica . At04.c: Elaborar projeto para abertura de mais 8 leitos de UTI Adulto (de 8 para 16 leitos). At04.d: Elaborar projeto de adequação de area física para 10 leitos de UTI Coronariana. At04.e: Habilitar os leitos junto a SESA. ***Ação 05: Ampliar a hemodiálise e transplante renal (de 11 pontos para 24 pontos de hemodiálise, de 3 para 9 leitos de diálise peritoneal, acréscimo de 7 leitos para transplante)*** At05.a: Elaborar projetos complementares e orçamento para adequação da área física. At05.b: Submeter o projeto de ampliação para aprovação da EBSERH. At05.c - Adequar estrutura a área física	**Ação 04:** Sobral/Graça At04.a:Joanna At04.b:Joanna/Rita At04.c:Joanna/Paula At04.d:Joanna/Sérgio Hatab e Alaor At04.e:Joanna/Rita e Graça **Ação 05:** Rogério Scapini At05.a: Jean/Maroun/Laila At05.b: Luiz Gabeira At05.c: Luiz Gabeira	Parceiros: Chefes de Divisões e Unidades e EBSERH sede	1-Aumentar em 30% os procedimentos de alta complexidade e Cir de grande porte. 2- Aumentar o valor da contratualização com gestor estadual em 50%. 3 - Reduzir em Taxa de suspensão de cirurgia.	**Ação 04:** At04.a: Conhecimento,Tempo, Poder e Econômico At04.b: Conhecimento,Tempo, Poder e Econômico. At04.c: Conhecimento,Tempo, Poder e Econômico. At04.d: Conhecimento,Tempo, Poder e Econômico. At04.e: Conhecimento,Tempo, Poder e Econômico. **Ação 05:** At05.a: Conhecimento,Tempo, Poder e Econômico. At05.b: Conhecimento,Tempo, Poder e Econômico. At05.c: Conhecimento,Tempo, Poder e Econômico.	**Ação 04:** 24 meses At04.a: 12 meses At04.b: 16 meses At04.c: 6 meses At04.d: 12 meses At04.e: 20 meses **Ação 05:** 15 meses At05.a: 3 meses At05.b: 6 meses At05.c: 6 meses

Quadro 3 - Plano de Ações para enfrentamento do Macroproblema 1 – Nó critico 3

HUCAM						
MACROPROBLEMA1	**Insuficiência de RH, Infraestrutura, Insumos para o atendimento aos usuários do SUS**					
NÓ CRITICO 3	**Ineficiência de manutenção da área física e equipamentos**					
RESULTADO ESPERADO	*OPERAÇÕES/ATIVIDADES*	*RESPONSÁVEIS*	*PARCEIROS/EVENTUAIS OPOSITORES*	*INDICADORES (para a operação)*	*RECURSOS NECESSÁRIOS*	*PRAZOS*
Aumentar capacidade de oferta de serviços em 30%. Aumento da satisfação dos clientes Externo de 70 para 85%. Aumento da capacidade operacional/produção para plena (100%). Acervo de equipamentos e mapa de infraestrutura 100% atualizado.	***Ação 06: Estruturar a gestão da manutenção das áreas físicas e equipamentos do HUCAM.*** At06.a : Implantar o setor de Engenharia Clínica. At06.b: Planejar e desenvolver programas de capacitação em função das especificidades dos equipamentos. At06.c: Atualizar acervo de equipamentos e mapa da infraesturutra. At06.d: Estabelecer contrato de manutenção predial preventiva e corretiva. At06.e: Estabelecer contrato de manutenção de parque tecnológico preventiva e corretiva. At06.f: Padronizar instrumentos do processo de compras de equipamentos e serviços médico-hospitalares.	**Ação 06:** Rogério Scapini At06.a: Laila At06.b: : Gustavo - engenheiro At06.c: Gustavo - Engenheiro **Apoio:** Laila At06.d: Gustavo - Engenheiro **Apoio**:Laila At06.e: Gustavo - Engenheiro Apoio: Laila At06.f: Laila	Governança HUCAM, Entidades educacionais afins, EBSERH, SESA, Fornecedores.	Taxa de manutenção preventiva sobre manutenção corretiva. Cálculo de vida útil do parque tecnológico. Percentual de não conformidade na execução dos serviços. 100% dos equipamentos com contrato de manuntenção.	**Ação 06:** At06.a: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico At06.b: Conhecimento, Tempo, Poder. At06.c: Conhecimento, Tempo, Poder. At06.d: Conhecimento, Tempo, Poder, Econômico. At06.e: Conhecimento, Tempo, Poder, Econômico. At06.f: Conhecimento, Tempo, Poder.	**Ação 06:** At06.a: 12 meses At06.b: 12 meses At06.c: 12 meses At06.d: 4 meses At06.e: 4 meses At06.f: 6 meses

	Ação 07: Construção do novo ambulatório do HUCAM. At07.a : Definir Plano Diretor Fisico do HUCAM para escolha do local do novo Ambulatório. At07.b: Dimensionar necessidade de salas de apoio,auditorios, ilhas pedagógicas e consultórios tipo 1 e tipo 2 At07.c: Dimensionar necessidade de novas vagas de estacionamento e contratar empresa para 48 novas vagas. At07.d: Fazer Projeto para novo Ambulatório At07.e: Construir novo Ambulatório.	**Ação: 07** At07.a: Conselho Executivo At07.b: Rogério Scapini At07.c: Rogério Scapini At07.d: Rogério Scapini At07.e: Rogério Scapini			Ação 07: At07.a: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico At07.b: Conhecimento, Tempo, Poder. At07.c: Conhecimento, Tempo, Poder, Econômico. At07.d: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico At07.e: Conhecimento, Tempo, Poder, Econômico.	Ação 07: At07.a: 02 meses At07.b: 1 mês At07.c: 02 meses At07.d: 03 meses At07.e: 19 meses

Quadro 4 - Plano de Ações para enfrentamento do Macroproblema 1 – Nó critico 4

HUCAM						
MACROPROBLEMA 1	**Insuficiência de RH, Infraestrutura, Insumos para o atendimento aos usuários do SUS**					
NÓ CRITICO 4	**TI precária, não integrada e dependente da UFES**					
RESULTADO ESPERADO	*AÇÕES / ATIVIDADES*	*RESPONSÁVEIS*	*PARCEIROS/EVENTUAIS OPOSITORES*	*INDICADORES (para a operação)*	*RECURSOS NECESSÁRIOS*	PRAZOS
Informatização dos processos hospitalares, acompanhada de aprimoramento da cultura de gestão por processos e governança da TI.	***Ação 08: Ampliar a cobertura de TI no Hucam e integrar políticas e planejamento de sistemas*** At08.a: Elaborar o PDTIC no âmbito do HUCAM; At08.b: Implantar e estruturar o setor de TI no HUCAM conforme novo organograma. At08.c: Estruturar a rede lógica do HUCAM. At08.d: Construir uma nova subestação elétrica e modernização da rede elétrica. At08.e: Instalar novo Data Center para o HUCAM. At08.f: Contratar fornecedor de banda larga. At08.g: Adaptar área física para implantação dos sistemas de informação nos locais de trabalho At08.h: Promover envolvimento e capacitação dos colaboradores do HUCAM no novo sistema AGHU (Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários).	**Ação 08:** Elmo At08.a: Elmo (TI) **Apoio:** Maroun e Rogério Scapini At08.b: Elmo (TI) **Apoio:** Maroun e Laila At08.c**:** Jose Denti **Apoio:** Rogério (Manuntenção), Sandro (Ebserh At08.d**:** Elmo (TI), **Apoio:** Marcelo Marinho e Sobral At08.e**:** Elmo At08.f: Elmo At08.g: Elmo At08.h: Elmo	At8.a: EBSERH sede, NPD UFES, WMD (Empresa). At8.b: EBSERH sede, NPD UFES, CERTTUM E EMPRESA LOTE 2. At8.c: EBSERH sede, ESCELSA. A8.d: EBSERH sede e EMPRESA LOTE 2. At8.e: EBSERH sede e NPD UFES. At8.f: EBSERH sede e NPD UFES. At8.g: EBSERH sede, NPD UFES. At8.h: EBSERH sede, NPD UFES.	A1I1: Quantidade de problemas resolvidos/ Quantidade de chamados. A1I2: Tempo de resolução de problemas. A2I1: Pontos de rede / colaboradores A2I2: Pontos de acesso wireless / colaboradores A3I1: Tempo de inatividade dos sistemas por falhas/picos de energia. A4I1: Volume de dados/transações, Frequencia de execução de rotinas de backup.	**Ação 08:** At08.a: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico. At08.b: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico. At08.c: Tempo, Poder e Econômico. At08.d: Tempo, Poder e Econômico. At08.e:Tempo e Econômico. At08.f: Tempo e Econômico.	**Ação 08:** At08.a: 8 meses At08.b: 6 meses At08.c: 12 meses At08.d: 12 meses At08.e: 6 meses At08.f: 8 meses At08.g: 12 meses At08.h: 12 meses

				A5I1: Tempo de inatividade / tempo total A5I2: Velocidade de transmissão/download A6I1: Quantidade de estações de trabalho ativas/ Quantidade de pessoal A7I1: Porcentagem de retrabalho A7I2: Quantidade de erros na entrada de informações nos sistemas.	At08.g: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico. At08.h: Conhecimento, Poder e Econômico.	

Quadro 5 - Plano de Ações para enfrentamento do Macroproblema 2 – Nó critico 5

HUCAM						
MACROPROBLEMA 2	**Pouca qualificação da Gestão**					
NÓ CRITICO 5	**Falta de Planejamento a médio e longo prazo**					
RESULTADO ESPERADO	*AÇÕES /ATIVIDADES*	*RESPONSÁVEIS*	*PARCEIROS/EVENTUAIS OPOSITORES*	*INDICADORES (para a operação)*	*RECURSOS NECESSÁRIOS*	*PRAZOS*
Gestão orçamentária e financeira eficiente Agilidade e maior segurança na tomada de decisões Melhoria da imagem da Instituição Aumento da credibilidade junto aos colaboradores	***Ação 09: Implantar a Unidade de Planejamento.*** At09.a - Estruturar o funcionamento da Unidade ***Ação 10: Informatizar os processos hospitalares com a implantação do AGHU, acompanhada de aprimoramento da cultura de gestão por processos e governança.*** At10.a - Desenvolver metodologia para documentação, desenvolvimento e atualização de Protocolos e de Procedimento Operacional Padrão (POP) At10.b - Elaborar tábua de indicadores de desempenho das áreas gerenciais. ***Ação 11: Elaborar o orçamento com horizonte superior a um ano e articulado com o Planejamento Estratégico.*** At11.a - Definir as necessidades de investimento de longo prazo no planejamento orçamentário de longo prazo. At11.b - Revisar a contratualização para incluir todos os procedimentos realizados e das metas operacionais. At11.c - Difundir as metas e indicadores do Documento Descritivo do processo de contratualização versus a produção de cada área do HU. At11.d - Desenvolver planos de contingência, procedimentos e sistemas que garantam a continuidade do atendimento em caso de situações adversas e de emergência.	**Ação 09:** Sobral At09.a - Lucinete **Ação 10:** Maroun. **Apoio:** DGPTI EBSERH Elmo e Valmir (DAF EBSERH) **Ação 11:** Rogério Scapini At11.a - Colegiado Gestor At11.b - Joanna At11.c - Joanna At11.d - Colegiado Gestor Apoio: Unidade de Planejamento/Fábio/Marcelo e Jean.	PARCEIROS: Ebserh Sede	Execução de 100% do orçamento com eficiência. 100% dos Pops validados e implantados. %de perda e duplicação de documentos (redução de 90% das perdas). % de subarquivos eliminados (100%)	**Ação 09:** Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico. **Açã 10:** At10.a: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico At10.b: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico. **Ação 11:** At11.a: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico. At11.b: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico.	**Ação 09:** 1 mês **Ação 10:** At10.a: 12 meses At10.b: 6 meses **Ação 11:** At11.a: 12 meses At11.b: 6 meses At11.c: 6 meses At11.d: 6 meses

	Ação 12: Instituir gestão de documentos At12.a - Contratar empresa para desenvolver projeto gestão de documentos, com área física etc. At12.b - Elaborar normas e políticas para gerenciamento de documentos conformidade com legislação específica que versa sobre tratamento e acondicionamento (guarda) – Lei nº. 8.159 de 8 de janeiro de 1991. e CONARQ.	**Ação 12:** Zilma At12.a - Jean At12.b - Comissão de documentação e estatística e Comissão de Prontoários Apoio: Júnio, Rosana, Gerente Administrativo, Marismélia.			A11.c: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico. At11.d: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico **Ação 12:** At12.a: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico. At12.b: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico.	**Ação 12:** At12.a: 12 meses At12.b: 6 meses

Quadro 6 - Plano de Ações para enfrentamento do Macroproblema 2 – Nó critico 6

HUCAM						
MACROPROBLEMA 2	**Pouca qualificação da Gestão**					
NÓ CRITICO 6	**Morosidade excessiva no trâmite processual**					
RESULTADO ESPERADO	*AÇÕES/ATIVIDADES*	*RESPONSÁVEIS*	*PARCEIROS/EVENTUAIS OPOSITORES*	*INDICADORES (para a operação)*	*RECURSOS NECESSÁRIOS*	*PRAZOS*
Agilidade no trâmite processual; Otimização dos recursos financeiros; Redução do risco de desabastecimento	***Ação 13: Elaborar fluxograma dos processos de contratação de bens e serviços.*** At13.a - Desenhar as rotinas com determinação de prazos por etapa considerando critérios de prioridade (curva XYZ). At13.b - Identificar gargalos nas operações de contratações de bens e serviços. At13.c - Padronizar os instrumentos para processos licitatórios- edital, termo de referência e contrato. At13.d- Informatizar todo trâmite de compra e criar o processo eletrônico utilizando o MS DATA. ***Ação 14: Capacitar os gerentes e chefes de divisão para as melhores práticas na elaboração de termo de referência para contratação de serviços.*** At14.a - Realizar atividades de orientação sobre normas e procedimentos de compras de serviço. ***Ação 15: Adequar a área física da Divisão Administrativa Financeira.*** At15.a - Construir um espaço para acomodação das equipes de compras, licitação, contratos, orçamento e contabilidade.	**Ação 13:** Jean At13.a - Lia At13.b - Maroun At13.c - Gleisse At13.d - Maroun **Apoio:** Sobral,Rogério Scapini/Maroun / Jean / Glória / Lia / Gleice / Rosilene / Penha / Farmácia de abastecimento **Ação 14:** Jean At14.a - Gleisse **Apoio:** Rosângela **Ação 15:** Maroun At15.a - Jean	**Parceiros:** Superintendente / Gerente Administrativo / Gerente de Atenção à Saúde /Chefes de Unidades **Opositores:** Fornecedores / Colaboradores com interesses particulares	Redução no número médio de dias de tramitação do processo de Compras (de 180 para 90 dias)	**Ação 13:** At13.a: Conhecimento, tempo, poder e Econômico At.13.b: Conhecimento, tempo, poder, econômico. At13.c: Conhecimento, tempo, poder, econômico. At.13.d: Conhecimento, tempo, poder, econômico. **Ação 14:** At14.a: Conhecimento, Tempo, Poder e Economico **Ação 15:** At15.a: Conhecimento, Poder e Econômico	**Ação 13:** At13.a: 4 meses At13.b: 2 meses At13.c: 6 meses At13.d: 6 meses **Ação 14:** At14.a: 2 meses **Ação 15:** At15.a: 12 meses

Padronização dos processos; Informações gerenciadas e disseminadas; redução do retrabalho; conhecimento macro dos fluxos dos processos	***Ação 16. Padronização dos instrumentos dos processos de trabalho*** At.16.a - Construir o mapeamento dos processos de trabalho de cada setor; At.16.b - Construir os Procedimentos Operacionais Padrão relativos a cada setor; At.16.c - Validação dos POPs; At.16.d - Capacitação em serviço; At.16.e - Levantar os riscos inerentes dos processos de trabalho de cada setor;	**Ação 16:** Colegiado gestor de cada linha de cuidado/setor At16.a - Chefes das Unidades At16.b - Chefes das Unidades At16.c - Chefes das Unidades At16.d - Chefes das Unidades At16.e - Chefes das Unidades	**Parceiros:** Superintendente; Gerente Administrativo; Gerente de Atenção à Saúde; Divisão de Gestão do Cuidado; Divisão Administrativa e Financeira; Unidade de Comunicação.	Percentual de processos padronizados/processos mapeados; Percentual de pessoal treinado/sobre total de pessoal por setor;	**Ação 16** At16.a: Conhecimento, tempo, poder e econômico At.16.b: Conhecimento, tempo, poder e econômico At16.c: Conhecimento, tempo, poder e econômico At.16.d: Conhecimento, tempo, poder, econômico At.16.e: Conhecimento, tempo, poder e econômico	**Ação 16**: At16.a: 6 meses At16.b: 6 meses At16.c: 12 meses At16.d: 12 meses At16.e: 6 meses

Quadro 7 - Plano de Ações para enfrentamento do Macroproblema 2 – Nó critico 7

HUCAM						
MACROPROBLEMA 2	**Pouca qualificação da Gestão**					
NÓ CRITICO 7	**Ausência de gestão de processos e por resultados**					
RESULTADO ESPERADO	*AÇÕES/ATIVIDADES*	*RESPONSÁVEIS*	*PARCEIROS/EVENTUAIS OPOSITORES*	*INDICADORES (para a operação)*	*RECURSOS NECESSÁRIOS*	***PRAZOS***
Padronização dos processos; Informações gerenciadas e disseminadas; Redução do retrabalho; Conhecimento macro dos fluxos dos processos	***Ação 17: Elaborar os Procedimentos Operacionais Padrão relativos a cada Unidade de Serviço.*** At17.a - Instruir as chefias para a atualização/ elaboração dos POPs At17.b -Validar os POPs elaborados pelas chefias de cada Unidade At17.c - Capacitar os colaboradores sobre os POPs específicos de cada Unidade de Serviço	**Ação 17:** Graça At17.a - Gerentes At17.b - Colegiado Gestores At17.c - Chefes das Unidades **Apoio:** Colaboradores das Unidades de Serviço	**Parceiros:** Superintendente; Gerente Administrativo; Gerente de Atenção à Saúde; Divisão de Gestão do Cuidado; Divisão Administrativa e Financeira; Unidade de Comunicação.	Percentual de processos padronizados em relação a quantidade de processos mapeados (100% em 2 anos) Percentual de pessoal treinado sobre total de pessoal por Unidade de Serviço	**Ação 17:** At17.a: Conhecimento, tempo, poder e econômico At17.b: Conhecimento, tempo, poder e econômico At17.c: Conhecimento, tempo, poder e econômico	**Ação 17:** At17.a: 6 meses At17.b: 2 meses At17.c: 6 meses

Quadro 8 - Plano de Ações para enfrentamento do Macroproblema 2 – Nó critico 8

HUCAM						
MACROPROBLEMA 2	**Pouca qualificação da Gestão**					
NÓ CRITICO 8	**Falta de divulgação das ações da gestão**					
RESULTADO ESPERADO	*AÇÕES/ATIVIDADES*	*RESPONSÁVEIS*	*PARCEIROS/EVENTUAIS OPOSITORES*	*INDICADORES (para a operação)*	*RECURSOS NECESSÁRIOS*	*PRAZOS*
Diminuição dos conflitos; Melhoria da assistência; Aumento da motivação dos colaboradores; Maior alinhamento das políticas institucionais; Transparência da gestão	***Ação 18: Estabelecer uma política de comunicação interna e externa.*** At18.a - Defnir política de comunicação. At18.b - Implantar política de comunicação. At18.c - Divulgar as informações gerenciais, assistênciasis e administrativas, de forma transparente e contínua utilizando todos os meios de comunicação (tv, rádio, internet, mídia impressa, e outros). At18.d - Criar o Portal HUCAM e atualizar as informações em tempo real. At18.e - Regularizar a tiragem mensal do informativo HUCAM.	**Ação 18:** Sobral At18.a - Colegiado Executivo At18.b - Sobral At18.c - Colegiado Executivo At18.d - Elmo At18.e - Rogério **Apoio:** Colegiado gestor.	**Parceiros:** **C**hefes de divisão, setores e unidades, professores e alunos do CCS, UFES, SESA. **Opositores:** Sintufes (sindicato dos Trabalhadores da UFES).	Índice de reclamação na ouvidoria do cliente interno Índice de satisfação do cliente	**Ação 18:** At18.a: Conhecimento, tempo, poder e econômico At18.b: Conhecimento, tempo, poder e econômico At18.c: Conhecimento, tempo, poder, e econômico. At18.d: Conhecimento, tempo, poder. At18.e: Conhecimento, tempo, poder e econômico	**Ação 18:** 17 meses At18.a: 3 meses At18.b: 9 meses At18.c: 18 meses At18.d: 3 meses At18.e: 3 meses

Quadro 9 - Plano de Ações para enfrentamento do Macroproblema 2 – Nó critico 9

HUCAM						
MACROPROBLEMA 2	**Pouca qualificação da Gestão**					
NÓ CRITICO 9	**Ausência de agenda para discussões coletivas/gestão participativa**					
RESULTADO ESPERADO	*AÇÕES/ATIVIDADES*	*RESPONSÁVEIS*	*PARCEIROS/EVENTUAIS OPOSITORES*	*INDICADORES (para a operação)*	*RECURSOS NECESSÁRIOS*	*PRAZOS*
Criação e operacionalização dos colegiados gestores	***Ação 19: Instituir os colegiados gestores e o macro colegiado gestor.*** At19.a - Normatizar o funcionamento e as competências de cada colegiado gestor por linha de cuidado e administrativo. At19.b - Divulgar as atividades desenvolvidas por cada colegiado gestor . At19.c - Criar um canal de diálogo permanente entre a governança e a comunidade hospitalar.	**Ação 19:** Léia At19.a - Governança Central At19.b - Elmo At19.c - Governança Central **Apoio:** Governança Central, Ouvidoria e Câmara Técnica de Humanização	**Parceiros:** Comunidade hospitalar; academia; residência médica e multiprofissional. **Opositor:** Sintufes (sindicato dos Trabalhadores da UFES).	Percentual de colegiado gestor organizado por Unidades de Serviço/Setor (100% operante).	**Ação 19:** At19.a: Conhecimento, tempo, poder e econômico At19.b: Conhecimento, tempo, poder e econômico At19.c: Conhecimento, tempo, poder e econômico	**Ação 19:** At19.a: 6 meses At19.b: 6 meses At19.c: 12 meses

Quadro 10 - Plano de Ações para enfrentamento do Macroproblema 2 – Nó critico 10

HUCAM						
MACROPROBLEMA 2	**Pouca qualificação da Gestão**					
NÓ CRITICO 10	**Deficiência de política para desenvolvimento de pessoas**					
RESULTADO ESPERADO	*AÇÕES/ATIVIDADES*	*RESPONSÁVEIS*	*PARCEIROS/EVENTUAIS OPOSITORES*	*INDICADORES (para a operação)*	*RECURSOS NECESSÁRIOS*	*PRAZOS*
Maior envolvimento de todos nos processos de trabalho Maior satisfação dos colaboradores e gestores Redução da ocorrência de Eventos Adversos	***Ação 20: Instituir um Programa de Educação Permanente para gestores e colaboradores.*** At20.a - Mapear as competências dos colaboradores e gestores. At20.b - Definir quem serão os facilitadores do Programa a partir das competências chave identificadas. At20.c - Desenvolver as metodologias de capacitação do Programa e avaliação de desempenho institucional e individual. At20.d - Implantação do Programa de Educação Permanente.	**Ação 20:** Governança Central At20.a - Rosangela At20.b - Rosangela At20.c - Rosangela At20.d - Rogério **Apoio:** Governança Central e Chefias.	**Parceiros:** PROGEPAES, Coordenação de desenvolvimento de Pessoas (Ilson), Colaboradores do HUCAM.	% de gestores e colaboradores em Educação Permanente capacitados (100% dos gestores em processo de EP). % de satisfação de gestores e colaboradores capacitados (>80%)	**Ação20:** At20.a: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico. At20.b: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico At20.c: Conhecimento, Tempo, Poder, Econômico. At20.d: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico.	**Ação 20:** At20.a: 6 meses At20.b: 24mês At20.c: 24meses At20.d: 24 meses

Quadro 11 - Plano de Ações para enfrentamento do Macroproblema 2 – Nó critico 11

HUCAM						
MACROPROBLEMA 2	**Pouca qualificação da Gestão**					
NÓ CRITICO 11	**Ausência de política de gestão de qualidade**					
RESULTADO ESPERADO	*AÇÕES/ATIVIDADES*	*RESPONSÁVEIS*	*PARCEIROS/EVENTUAIS OPOSITORES*	*INDICADORES (para a operação)*	*RECURSOS NECESSÁRIOS*	*PRAZOS*
Acreditação do hospital em nível 1 de qualidade	**Ação 21: Consolidar a Política de Segurança do Paciente.** At21.a - Instituir as ações para segurança do paciente estabelecidas na RDC Nº 36/2013. **Ação 22: Instituir o Núcleo de Gestão da Qualidade.** At22.a- Determinar as ações estratégicas em colegiado gestor para acreditação do hospital. At22.b - Contratar uma Empresa Certificadora para acreditação hospitalar. At22.c - Implementar como política de educação permanente a qualidade total junto com os setores e unidades, realizando oficinas e cursos.	**Ação 21:** Joanna At21.a - Colegiado Executivo **Ação 22:** Rogério Scapini At22.a - Colegiado Gestor At22.b - Jean At22.c - Rosangela **Apoio:** Colegiado Gestor.	**Parceiros:** Chefes de divisão, setores e unidades, Colaboradores.	Hospital avaliado e certificado.	**Ação 21:** Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico. **Ação 22:** At22.a: Conhecimento, Tempo, Poder Econômico At22.b: Conhecimento, poder e econômico. A22.c: Conhecimento, Tempo, Poder e econômico.	**Ação 21:** 12 meses **Ação22**: At22.a: 12 meses At22.b: 4 meses At22.c: 8 meses

Quadro 12 - Plano de Ações para enfrentamento do Macroproblema 3 – Nó critico 12

HUCAM						
MACROPROBLEMA 3	**Fragilidade nas relações do HUCAM com o SUS**					
NÓ CRITICO 12	**Baixa integração do HUCAM com as Redes SUS**					
RESULTADO ESPERADO	*AÇÕES/ATIVIDADES*	*RESPONSÁVEIS*	*PARCEIROS/EVENTUAIS OPOSITORES*	*INDICADORES (para a operação)*	*RECURSOS NECESSÁRIOS*	*PRAZOS*
Aumentar em 50% o valor total da contratualização com o Gestor Ser reconhecido como o hospital estratégico de rede SUS estadual Pactuar junto ao gestor o processo de regulação externa de oferta e demanda	***Ação 23: Propor à Secretaria Estadual de Saúde um espaço formal de pactuação nas áreas de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão.*** At23.a - Estabelecer contrato interno de gestão com as Unidades sobre a capacidade de oferta de serviços e ações, antes da negociação com o Gestor. ***Ação 24: Desenvolver ações para habilitar o Hospital como Centro Estadual de referência.*** At24.a - Atender às diretrizes e requisitos estabelecidos pelas portarias vigentes de classificição e credenciamentos de serviços na área de saúde.	**Ação 23:** Sobral. **Apoio :** Grupo Gestor. **Ação 24:** Joanna **Apoio :** Grupo Gestor.	**Parceiros:** SESA e EBSERH. **Opositores:** Sintufes e Rede Privada de Atenção.	Unidades Assistenciais contratualizadas (100%). Número de Centros Habilitados como Centros de Referência (3 em 1 ano).	**Ação 23:** At23.a: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico **Ação 24:** Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico	**Ação 23:** At23.a: 6 meses **Ação 24:** 12 meses At24.a - 12 meses

Quadro 13 - Plano de Ações para enfrentamento do Macroproblema 3 – Nó critico 13

HUCAM						
MACROPROBLEMA 3	**Fragilidade nas relações do HUCAM com o SUS**					
NÓ CRITICO 13	**Ausência de Regulação**					
RESULTADO ESPERADO	*AÇÕES/ATIVIDADES*	*RESPONSÁVEIS*	*PARCEIROS/EVENTUAIS OPOSITORES*	*INDICADORES (para a operação)*	*RECURSOS NECESSÁRIOS*	*PRAZOS*
100% de Controle Gerencial implantado. Maior controle do registro e informação em saúde Melhora do faturamento. Faturamento de 100% do produzido, com envio em no máximo 03 meses Informações em saúde monitoradas e avaliadas por meio de auditoria clínica. Protocolos clínicos instituídos em 100% das Unidades Assistenciais.	***Ação 25: Desenvolver Unidade de Processamento da Informação Assistencial em Saúde.*** At25.a - Gerenciar o Processamento das Informações em Saúde.. At25.b - Reestruturar o SAME. At25.c - Implantar Sistemas de Regulação dos Gestores (AGHU/MV/SISREG). At25.d - Atualizar dados no CNES (profissionais e Instituição) e estabelecer rotinas de atualização. ***Ação 26: Disponibilizar ao gestor estadual consultas, exames, leitos para regulação, a partir da pactuação estabelecida.*** At26.a- Implantar a regulação de leitos 24 horas; consultas e apoio diagnóstico; At26.b - Definir protocolos para referência e contrarreferência. At26.c - Pactuar com o estado e municípios o fluxo da contrarreferência. ***Ação 27: Consolidar o Monitoramento e avaliação em saúde.*** At27.a - Desenvolver a Unidade de Monitoramento e Avaliação em Saúde. At27.b - Implantar a Auditoria Clínica. At27.c - Definir os indicadores de avaliação de desempenho em Sáude do HU. At27.d - Implantar e avaliar os indicadores. At27.e - Implantar protocolos clínicos.	**Ação 25:** Joanna. At25.a - Setor de Regulação At25.b - Joanna At25.c - Sobral At25.d - Setor de Regulação **Apoio:** Setor de Regulação, SESA. **Ação 26:** Joanna. At26.a - Joanna At26.b - Joanna At26.c - Joanna **Apoio:** Conselho Gestor, EBSERH e SESA.	**Parceiros:** Equipe de Governança. **Opositores:** Corpo Clínico, Sintufes, NASTH.	100% das vagas pactuadas para regulação da SESA. 100% de Unidades Assistenciais com perfil assitencial definido. Protocolos pactuados e implantados. Indicadores de Desempenho implantados (100% dos indicadores).	**Ação 25:** At25.a: Conhecimento, Tempo, poder e Econômico At25.b: : Conhecimento, Tempo, poder e Econômico At25.c: Conhecimento, Tempo, poder e Econômico At25.d: Conhecimento, Tempo, poder e Econômico **Ação 26:** At26.a: Conhecimento, Tempo, poder e Econômico At26.b: Conhecimento, Tempo, poder e Econômico At26.c: Conhecimento, Tempo, poder e Econômico	**Ação 25:** At25.a: 6 meses At25.b: 12 meses At25.c: 12 meses At25.d: 6 meses **Ação 26:** At26.a: 12 meses At26.b: 12 meses At26.c: 12 meses **Ação 27:** At27.a: 6 meses At27.b: 12 meses At27.c: 6 meses At27.d: 12 meses At27.e: 12 meses

		Ação 27: Joanna. At27.a - Joanna At27.b - Joanna At27.c - Colegiado Gestor At27.d - Joanna At27.e - Chefes das Unidades Apoio: Conselho Gestor, EBSERH e SESA.			**Ação27:** At27.a: Conhecimento, Tempo, poder e Econômico At27.b: Conhecimento, Tempo, poder e Econômico At27.c: Conhecimento, Tempo, poder e Econômico At27.d: Conhecimento, Tempo, poder e Econômico At27.e: Conhecimento, Tempo, poder e Econômico	

Quadro 14 - Plano de Ações para enfrentamento do Macroproblema 3 – Nó critico 14

HUCAM						
MACROPROBLEMA 3	**Fragilidade nas relações do HUCAM com o SUS**					
NÓ CRITICO 14	**Atenção a saúde fragmentada**					
RESULTADO ESPERADO	*AÇÕES/ATIVIDADES*	*RESPONSÁVEIS*	*PARCEIROS/EVENTUAIS OPOSITORES*	*INDICADORES (para a operação)*	*RECURSOS NECESSÁRIOS*	*PRAZOS*
Implantação de pelo menos uma linha de cuidado em 100% das Unidades Assistenciais	***Ação 28: mplantar e Consolidar o funcionamento pleno das linhas de cuidado*** At28.a - Desenvolver protocolos para operacionalizar as Linhas de Cuidado envolvendo as áreas e trabalhadores assistenciais neste processo. At28.b - Implantar as linhas de cuidado pactuadas, a saber, materno-infantil, da mulher, da criança, respiratório, cardiovascular e psicossocial. At28.c - Reformular as rotinas multiprofissionais centradas no paciente, p.ex., passagem de plantão, visitas multiprofissionais, desenvolvimento de plano de cuidado individualizado, entre outros.	**Ação 28:** Léia. At28.a - Chefes de Unidades At28.b - Joanna At28.c - Colegiado Gestor das Unidades **Apoio:** Gerência de Atenção à Saúde, Chefes das Unidades, Colegiados Gestores	**Parceiros:** Gestor Estadual e Municipal, EBSERH, Corpo Clínico e Docentes. **Opositores:** Colaboradores com interesses prórpios.	100% de Unidades Assistenciais com ao menos uma linha de cuidado. 100% de Unidades Assistenciais com Visita Multiprofissional semanal. Protocolos das 05 doenças mais prevalentes implantados em 100% das unidades.	**Ação 28:** At28.a: Conhecimento, tempo, Poder e Econômico At28.b: Conhecimento, tempo, Poder e Econômico At28.c: Conhecimento, tempo, Poder e Econômico	**Ação 28:** At28.a: 12 meses At28.b: 24 meses At28.c: 12 meses

Quadro 15 - Plano de Ações para enfrentamento do Macroproblema 3 – Nó critico 15

HUCAM						
MACROPROBLEMA 3	**Fragilidade nas relações do HUCAM com o SUS**					
NÓ CRITICO 15	**Colaboradores do HUCAM desconhecem contratualização**					
RESULTADO ESPERADO	*AÇÕES/ATIVIDADES*	*RESPONSÁVEIS*	*PARCEIROS/EVENTUAIS OPOSITORES*	*INDICADORES (para a operação)*	*RECURSOS NECESSÁRIOS*	*PRAZOS*
Cumprimento de 95% das metas contratualizadas.	***Ação 29: Socializar e pactuar a contratualização com os colaboradores do HUCAM, fornecer ferramentas para a execução das metas, acompanhado o indicador individual de cada unidade.*** At29.a: Criação de programa de capacitação de trabalhadores com socialização das metas contratualizadas. At29.b: Revisão da contratualização (o que não foi contemplado na última pactuação - trimestral) para incluir todos os procedimentos realizados e das novas metas operacionais. At29.c: Revisão do organograma, para descrever papéis e responsabilidades dos colaboradores e institucionalizar a relação entre as áreas administrativas e assistenciais. At29.d: Maior informatização dos processos hospitalares com a implantação do AGHU, acompanhada de aprimoramento da cultura de gestão por processos e governança. At29.e: Utilização de indicadores periódicos e acompanhamentos por relatórios gerenciais por todas as áreas para tomadas de decisão; At29.f: Formalizar contrato interno de gestão com as Unidades.	**Ação 29:** Sobral At29.a: Rosângela Luchi At29.b: Joanna/Márcio Martins/Adriana Helmer. At29.c: Rogério/Reynaldo/ Joanna/Rosângela Luchi. At29.d: Rosilene/Elmo A29.e: Chefes de Unidades/GAS. A29.f: Chefes de Unidades/GAS.	At29.a: EBSERH. Estor Estadual At29.c: EBSERH/Conselho Gestor At29.d: EBSERH/T.I./Toda a equipe de governança At29.e:/Toda a equipe de governança, colaboradores.	I1: 90% de colaboradores conhecendo o Instrumento Formal de Contratualização. I2: 95% dos procedimentos contratualizados e realizados I3: 100% do organograma definido. I4: 50% do AGHU instalado e funcionando. I5: 100% das unidades produzindo relatórios gerenciais. I6: 100% das Unidades contratualizadas.	**Ação 29:** At29.a: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico At29.b: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico. At29.c: Conhecimento, Tempo e Poder e Econômico At29.d: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico. At29.e: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico. At29.f :Conhecimento, Tempo, Poder.	**Ação 29**: At29.4: 4 meses At29.b: 6 meses At29.c: 6 meses At29.d: 24 meses At29.e: 24 meses At29.f: 12 meses

Quadro 16 - Plano de Ações para enfrentamento do Macroproblema 3 – Nó critico 16

HUCAM						
MACROPROBLEMA 3	**Fragilidade nas relações do HUCAM com o SUS**					
NÓ CRITICO 16	**Gerenciamento inadequado dos leitos, consultas e SADT**					
RESULTADO ESPERADO	*AÇÕES/ATIVIDADES*	*RESPONSÁVEIS*	*PARCEIROS/EVENTUAIS OPOSITORES*	*INDICADORES (para a operação)*	*RECURSOS NECESSÁRIOS*	*PRAZOS*
100% Pacientes Regulados, 50% de ambulatório com agenda local e 40% dos leitos com agenda local; Taxa de ocupação de 85%; Referência / contrarreferência de 60%.	***Ação 30: Implantar a Regulação Assistencial Interna de Leitos, Consultas e SADT.*** At 30.a - Instituir a Unidade de Regulação Assistencial para Regulação de leitos, consultas e SADT. At 30.b - Definir indicadores periódicos e os monitorar por meio de relatórios gerenciais. At 30.c - Estruturar o processo de referência e contrarreferência. At 30.d - Perfilizar os leitos.	**Ação 30:** Joanna At30.a - Joanna At30.b - Chefes das Unidades At30.c - Chefe do Setor de Regulação At 30.d - Joanna **Apoio:** Conselho Consultivo / Chefes de Unidades / Márcio/Adriana Helmer / Graça / Léia / Sebastiana / Equipe de Governança.	Parceiros: Estado (Complexo Regulador) e Municípios; Opositores: Profissionais de Saúde Desinformados.	I1: Unidade Criada funcionando 100%; I2: Leitos Regulados, Taxa de Ocupação, Tempo de Permanência dentro do pactuado; I3: 60% dos pacientes com contrarreferência definida; I4: 100% dos leitos ativos perfilizados.	**Ação30:** At30.a: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico At30.b: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico At30.c: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico At30.d: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico	**Ação 30:** At30.a: 03 meses At30.b: 15 meses At30.c: 11 meses At30.d: 12 meses

Quadro 17 - Plano de Ações para enfrentamento do Macroproblema 3 – Nó critico 17

HUCAM						
MACROPROBLEMA 3	**Fragilidade nas relações do HUCAM com o SUS**					
NÓ CRITICO 17	**Pouca capacidade de mobilização e articulação**					
RESULTADO ESPERADO	*AÇÕES/ATIVIDADES*	*RESPONSÁVEIS*	*PARCEIROS/EVENTUAIS OPOSITORES*	*INDICADORES (para a operação)*	*RECURSOS NECESSÁRIOS*	*PRAZOS*
Aumento de 50% da oferta dos serviços para a rede SUS. Otimização na oferta de serviços para a Rede SUS.	***Ação 31: Aumentar o conhecimento dos colaboradores sobre o hospital quanto à sua estrutura organizacional e o seu papel enquanto HU inserido na rede SUS.*** At31.a: Promover atividades educativas visando maior aproximação e integração entre os serviços e a academia. At31.b: Implementar canais internos e externos que divulguem os valores da organização e os resultados das atividades desenvolvidas. At31.c: Promover atividades educativas voltadas para capacitação dos colaboradores nas políticas públicas de saúde. At31.d: Instituir política de premiação considerando cumprimento de metas.	**Ação 31:** Sobral/Pedagoga At31.a - Rosangela At31.b - Elmo At31.c - Colegiado Executivo At31.d - Colegiado Executivo **Apoio:** Joanna, Rosangela Luchi, Rogerio, Maroun, Priscila.	**Parceiros:** EBSERH, Assessoria de comunicação, Equipe de governança e Chefes de Unidades **Opositores:** Sindicato e colaboradores com interesses próprios.	Percentual de colaboradores conhecendo a estrutura organizacional e o papel do HU no SUS (90%). Percentual da capacidade operacional de serviço utilizada (95%). Percentual de colaboradores conhecendo as Políticas Públicas de Saúde (90%). Política de premiação implantada (100%).	**Ação 31:** At31.a: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico. At31.b: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico. At31.c: Conhecimento, Tempo, Poder e Econômico. At31.d: Conhecimento, Tempo, Poder.	**Ação 31:** At31.a: 18 meses At31.b: 6 meses At31.c: 18 meses At31.d: 6 meses.

5.3. Análise de Viabilidade e Estratégias de Viabilização de Ações

MATRIZ DE ESTRATEGIAS DE VIABILIDADE PDE HUCAM					
AÇÕES PDE HUCAM	***ATOR / RELEVÂNCIA / ENVOLVIMENTO***	***RECURSOS NECESSÁRIOS***	***RECURSOS NÃO EXISTENTES***	***VIABILIDADE***	***O QUE TEMOS QUE FAZER PARA AUMENTAR A VIABILIDADE***
MP1NC1 - Ação 01: Atualizar a relação dos materiais, insumos e medicamentos padronizados do HUCAM	Chefes de Serviço: A+ Diretorio Academico de Medicina: M+ Corpo Clínico: A+ Presidente da Ebserh: A+ Equipe Tecnica da Ebserh: A+ Presidente da Comissão de Padronização: A+ Residentes: A+ SINTUFES: M- Fornecedores: A-	Conhecimento, Poder, Tempo	Conhecimento, Poder, Tempo	**Alta**	Ampliar a Comissão com representantes da SINTUFES, Estudantes e Residentes Durante a definição da lista padronizada avaliar as características dos contratos e levantar riscos com fornecedores
MP1NC1 - Ação 02: Implantar centro de custo	FIPECAFI: A+ EBSERH sede: A+ DGPTI: A+ HU-UFMA: B+ HC-UFTM: B+ Usuários com interesses próprios/resistência: B-	Poder, Conhecimento e Recursos Econômico	Conhecimento e Recursos Econômico	**Média**	A definição de Centros de Custos e evolução das ações de gestão de despesas e orçamento deve ser diretizada e cobrada pelas áreas de governança e administração do HUCAM A capacitação e envolvimento dos colaboradores diretamente envolvidos na administração dos centros de custos deve ter grande peso durante o PDE.
MP1NC1 - Ação 03: Reorganizar o recebimento, armazenamento, distribuição e controle de insumos.	Unidade de Almoxarifado: A+ Unidade de Abastecimento Farmacêutico: A+ Gerência Administrativa: A+ Gerência e chefias das unidades: M+ Fornecedores: A- DEST/MPOG: A-	Poder, Conhecimento e Recursos Econômico	Recursos Econômico (limitados), Tempo	**Média**	A comunicação passa por instruir os fornecedores e as gerências para uma mudança de cultura no tratamento dos insumos. Uma seleção de fornecedores capacitados para absorver essa mudança se mostra extremamente necessária. Acompanhado ao processo de seleção, o emprego de recursos financeiros no âmbito de infra-estrutura e equipamentos se mostra um fator importante.
MP1NC2 - Ação 04: Ampliar e reorganizar os leitos disponíveis no HUCAM passando de 22 leitos para 72 leitos.	EBSERH: A+ Superintendente: A+ Gerência - Atenção a Saúde: A+ Gerência - Adm.: A+ SESA: A+	Poder, Conhecimento, Recursos Econômico, Recursos Políticos	Recursos Econômico	**Média**	A destinação dos recursos financeiros adequados é importante para viabilizar um projeto de obras e infra-estrutura, dessa forma, garantir o correto emprego desses recursos é um fator importante. Não obstante, para que esse emprego ocorra de forma linear, é necessária a elaboração e orçamento do projeto de ampliação, principalmente quanto às obras e à aquisição de equipamentos. O aumento no número de leitos pode acarretar num aumento no número de colaboradores e o treinamento destes também deve ser levado em consideração na estimativa dos recursos financeiros para que os mesmos sejam aproveitados em sua plenitude.
MP1NC2 - Ação 05: Ampliar a hemodiálise. Dr. Lauro e Jean colocar no texto e fazer orçamento.	EBSERH: A+ Superintendente: A+ Gerência - Atenção a Saúde: A+ Gerência - Adm.: A+ SESA: A+ Colaboradores resistentes à mudança: A-	Poder, Conhecimento, Recursos Econômico e Recursos Políticos	Recursos Econômico e Conhecimento	**Média**	Para essa ação, é fundamental a realização da gestão da mudança. O projeto deve ser conduzido cautelosamente de tak forma que seja possível minimizar a resistência de determinados colaboradores que não estejam de acordo com a mudança na estruturação da hemodiálise. O cuidado na gestão dos recursos financeiros na aquisição de máquinas e melhoria na infra-estrutura também deve ser levado em consideração para garantir a viabilidade do projeto.

MP1NC3 - Ação 06: Estruturar a gestão da manutenção das áreas físicas e equipamentos do HUCAM.	Divisão de Logística e infra-estrutura: A+ Setor de Engenharia Clínica: A+ Ebserh sede (DLIH): A+ UFES/CCS: B+ Gerência - Atenção a Saúde: A+ Gerência - Adm.: A+ Fornecedores: B+ Prestadores de Serviço: B+ Colaboradores incapacitados: A-	Conhecimento, Poder e Recursos Econômico	Conhecimento e Recursos Econômico	**Média**	Para garantir a viabilidade do projeto, são necessários investimentos em capacitação de possíveis colaboradores incapacitados. Não obstante, o investimento em infra-estrutura e em um softwae de gestão para acompanhamento da manutenção das áreas físicas e equipamentos do HUCAM é um fator crítico que deve ser levado em consideração para garantia da alta viabilidade desta ação.
MP1NC3 - Ação 07: Construir o novo Ambulatório do HUCAM.	Diretoria: Executica A+ Divisão de Logística e infra-estrutura: A+ Setor de Engenharia Clínica: A+ Ebserh sede (DLIH): A+ UFES/CCS: B+ Colaboradores voluntários: A+ Bancada Federal: Rose de Freitas	Conhecimento, Poder e Recursos Econômico	Conhecimento e Recursos Econômico	**Média**	Para garantir a viabilidade do projeto, são necessários elaboração de projetos complementares de engenharia, descentralização de recursos financeiros e orçamenttários para execução da obra, RH, equipamentos, e aprovação do projeto nos órgãos competentes.
MP1NC4 - Ação 08: Ampliar a cobertura de TI no HUCAM e integrar políticas e planejamento de sistemas	Setor de gestão de processo e TI: A+ Unidade de TI: A+ Ebserh DGPTI: A+ Gerência - Adm.: A+ UFES: M+ Prestadores de Serviços: A+ RNP (Rede Nacional de Pesquisa): M+ Colaboradores: A+	Recursos Financeiros Conhecimento Poder	Recursos Econômico Conhecimento Poder	**Alta**	A ação possui alta viabilidade, entretanto, para que esta seja garantida, é necessário emprego de recursos visando pessoas, equipamentos e infra-estrutura lógica e física, uma vez qe se trata de um projeto de Tecnologia de Informação. A capacitação tanto do Setor de Gestão de Processos e TI como do usuário final, é importante para que esse ampliação se mostre viável no longo prazo.
MP2NC5 - Ação 09: Implantar a Unidade de Planejamento	Superintendente: A+ UFES/Proplan: A+ Ebserh sede: A+	Conhecimento Poder Recursos Econômico	Conhecimento Poder Recursos Econômico	**Alta**	A negociação com os atores envolvidos para efetividade do plano, além da disponibilidade da equipe de gestão do HUCAM para realizar o planejamento é necessária para manutenção da alta viabilidade desta ação. Não obstante, a adoção de boas práticas de gestão, controle do plano estratégico e a busca por parceiros como a Proplan ou a Secretaria de de Planejamento, serão úteis para garantir o cumprimento desta ação. Se necessário, a aplicação de recursos financeiros em contratação de apoio externo (benchmarks, referências) e capacitações internas, pode aumentar ainda mais a viabilidade desta ação no contexto gerencial do HUCAM.
MP2NC5 - Ação 10: Informatizar os processos hospitalares com a implantação do AGHU, acompanhada de aprimoramento da cultura de gestão por processos e governança	Ebserh DGPTI: A+ Equipe de Implantação do AGHU: A+ Toda equipe de governança: A+ Setor de gestão de processo e TI: A+ Colaboradores: A+ Colaboradores resistentes à mudança: A-	Conhecimento Poder Recursos Econômico Recursos Políticos	Conhecimento Poder Recursos Econômico	**Alta**	Para manutenção da alta viabilidade, é necessário o investimento em infra-estrutura, equipamamentos e na formação e capacitação daqueles colaboradores que terão contato direto com o AGHU. Não obstante, o enfrentamento de colaboradores resistentes é importante para não incorrer em muitos entraves nessa implementação. É necessário o direcionamento para os novos processos do HUCAM.

MP2NC5 - Ação 11: Elaborar o orçamento com horizonte superior a um ano e articulado com o Planejamento Estratégico	Toda equipe de governança: A+ Ebserh DAF: A+ SESA: A+ Setor de Orçamento e Finanças (HUCAM): A+	Poder Conhecimento Recursos Políticos Recursos Econômico	Conhecimento Recursos Políticos Recursos Econômico	**Média**	Para elaboração do Orçamento com horizonte superior a um ano de forma articulada com o Planejamento Estratégico, é necessária a integração entre SIASG, SIAF e AGHU visando a gestão de orçamento, empenho, centro de custos e relatórios de consumo. Além disso, é necessário o emprego de métricas de controle, elaboração de parciais e indicadores orçamentários.
MP2NC5 - Ação 12: Instituir gestão de documentos	Toda a equipe de governança: A+ Ebserh DPGTI: A+ Prestadores de Serviço (empresa que ficará a cargo do projeto de gestão de documentos): A+ UFES: M+ Prontuário médico: A+ Administrativos: A+ Comissão de Prontuários: A+ Comissão de Documentação Médica e Estatística: A+ Setor de gestão de processo e TI: A+ Colaboradores: A-	Recursos Econômico Conhecimento Poder Recursos Políticos	Recursos Econômico Conhecimento	**Média**	Para que a viabilidade seja aumentada, é necessária a contratação de uma empresa especializada em gestão de documentos. Além disso, essa contratação deve vir acompanhada de investimentos em infra-estrutura e criação de um repositório eletrônico. Uma política de comunicação intensiva com as áreas assistenciais do HUCAM focada no tipo de documentação e com alta periodicidade é outra medida que se mostra necessária para o aumento da viabilidade da ação e sua consequente execução. Já nas áreas administrativas, o foco deverá ser nos benefícios das atividades rotineiras associadas à gestão do plano.
MP2NC6 - Ação 13: Elaborar fluxograma dos processos de contratação de bens e serviços	Ebserh sede: A+ Setor Jurídico: A+ Setor de Administração: A- HUCAM DLIH: A- Gerência - Atenção à saúde: A- Gerência - Adm.: A-	Conhecimento Poder Recursos Políticos e Econômico	Recursos Econômico	**Alta**	O HUCAM possui todos os elementos necessários para executar a ação sem maiores impasses. A viabilidade é mantida como alta se não houver nenhuma mudança estrutural profunda no HU.
MP2NC6 - Ação 14: Capacitar os gerentes e chefes de divisão para as melhores práticas na elaboração de termo de referência para contratação de serviços.	Setor de Administração: A+ Ebserh sede: A+ Setor Jurídico: A+ Fiscal do Contrato: A+ DivGP: A+ HUCAM DLIH, Engenharia Clínica, Infra-estrutura: A- Gerência - Atenção à saúde: A- Gerência - Adm.: A-	Conhecimento Poder Recursos Políticos e Econômico	Recursos Econômico	**Alta**	O HUCAM possui todos os elementos necessários para executar a ação sem maiores impasses. A viabilidade é mantida como alta se não houver nenhuma mudança estrutural profunda no HU.
MP2NC6 - Ação 15: Adequar a área física da Divisão Administrativa Financeira	DAF HUCAM: A+ Setor de Infra-estrutura: A+ Colaboradores das áreas envolvidas: A+ Gestores das áreas envolvidas: A+ Prestador de Serviço: M-	Recursos Econômico Poder	Recursos Econômico	**Média**	A adequação da área física da Divisão Administrativa Financeira é uma ação de alta viabilidade que necessita somente da garantia de material para obras, equipamentos, infra-estrutura lógica e elétrica, além do mobiliário para que seja executada.

MP2NC6 - Ação 16: Padronização dos instrumentos dos processos de trabalho	Equipe de governança: A+ Chefia das unidades: A+ Colegiados Gestores: A+ DivGP: A+ Setor de gestão de processo e TI: A+ Ebserh DGPTI: A+ Colaboradores resistentes: A-	Conhecimento Recursos Políticos Poder Recursos Econômico	Conhecimento Recursos Políticos Recursos Econômico	**Média**	O aumento da viabilidade da ação de Padronização dos Instrumentos dos Processos de Trabalho passa pela construção de uma metodogologia comum. Além disso, o papel da governança deve estar bem estabelecido dentro de cada chefia da unidade. Deve existia coordenação das POP's com a gestão de documentos e capacitação para minimizar as resistencias e habilitar novos processos. Um entrave que deve ser trabalhado é justamente a mudança de cultura e conceitual, ou seja, deve ser feita uma gestão de conflitos de modo adequado e cuidadoso.
MP2NC7 - Ação 17: Elaborar os Procedimentos Operacionais Padrão relativos a cada Unidade de Serviço	Equipe de governança: A+ Chefia das unidades: A+ Colegiados Gestores: A+ DivGP: A+ Setor de gestão de processo e TI: A+ Ebserh DGPTI: A+ Gerência - Atenção à Saúde: A+ Câmara Técnica de Humanização: A+ Colaboradores resistentes: A-	Conhecimento Recursos Políticos Poder Recursos Econômico	Conhecimento Recursos Políticos Recursos Econômico	**Média**	O aumento da viabilidade da ação de Padronização dos Instrumentos dos Processos de Trabalho passa pela construção de uma metodogologia comum. Além disso, o papel da governança deve estar bem estabelecido dentro de cada chefia da unidade. Deve existia coordenação das POP's com a gestão de documentos e capacitação para minimizar as resistencias e habilitar novos processos. Um entrave que deve ser trabalhado é justamente a mudança de cultura e conceitual, ou seja, deve ser feita uma gestão de conflitos de modo adequado e cuidadoso.
MP2NC8 - Ação 18 - Estabelecer uma política de comunicação interna e externa	Equipe de governança: A+ Ouvidoria: A+ Colegiados Gestores: A+ Câmara Técnica de Humanização: A+ Ebserh sede: A+ Colaboradores: A+ UFES: A+ SESA: A+ Setor de gestão de processo e TI: A+ SINTUFES: A-	Recursos Econômico Conhecimento Recursos Políticos Poder	Recursos Econômico Conhecimento Recursos Políticos Poder	**Alta**	Para que a alta viabilidade seja mantida para essa ação, é necessário orçamento para fazer sustentação e atualização dos conteúdos a serem comunicados. Cursos de capacitação sobre mídias a aptidões de comunicação, além da adaptação do mesmo discurso para diversos interlocutores também se mostram importantes na execução dessa ação.
MP2NC9 - Ação 19: Instituir os colegiados gestores e o macro colegiado gestor.	Ouvidoria: A+ Câmara Técnica de Humanização: A+ Equipe de governança: A+ Chefes de Unidades: A+ DivGP: A+	Conhecimento	Conhecimento	**Alta**	Nesta ação, o desenvolvimento de ferramentas para desenvolver as competências de resolução de conflitos e administração de problemas, conhecimento das políticas do SUS e do HumanizaSUS e estabelecimento de diretrizes de gestão participativa seriam os principais instrumentos para mitigar riscos associados à execução desta ação, que já possui alta viabilidade e deve mantê-la.
MP2NC10 - Ação 20 - Instituir um Programa de Educação Permanente para gestores e colaboradores	DivGP: A+ Gerência - Adm.: A+ Ebserh DGP/CDP (Coordenação de Desenvolvimento de Pessoal): A+ Prestadores de Serviços (PF/PJ): A+ Instituições Parceiras (Públicas e Privadas): M+ Gestores das unidades de serviço (co-partícipes): B- Colaboradores: B-	Conhecimento Recursos Políticos Recursos Econômico	Conhecimento Recursos Políticos Recursos Econômico	**Média**	A adaptação da comuinicação da grade de educação permanente focando nos resultados e benefícios para cada unidade de serviço e servidor do HUCAM, além do envolvimento dos chefes de unidades de serviço no momento da construção da grade, reporte dos indicadores de satisfação associados à formação, investimento no material de formação, comunicação e busca por parceiros e instituições para ministrar a formação dos colaboradores são intrumentos importantes para que a ação possa ser executada. A resistencia dos gestores das unidades de serviço e de alguns colaboradores deve ser gerenciada para que o risco de não execução da ação seja potencializado,

MP2NC11 - Ação 21: Consolidar a Política de Segurança do Paciente	Gerência - Atenção à Saúde: A+ Unidades Assistenciais: A+ Setor de Hotelaria: A+ Ouvidoria: A+ CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar): A+ CME (Centro de Materiais Esterilizados): A+ DLIH HUCAM: A+ Comissão de Farmaco, Hemo e Tecnovigilância: A+ Ebserh DAS: A+ DivGP: A+	Conhecimento Recursos Políticos Recursos Econômico	Conhecimento Recursos Políticos Recursos Econômico	**Baixa**	A instituição do Núcleo de Segurança do Paciente é uma ação de viabilidade média e que precisa que haja a capacitação para os conteúdos da política nacional de segurança do paciente e para comunicação interinstitucional, além da articulação entre todos os atores envolvidos intra e extra hospitalar.
MP2NC11 - Ação 22: Instituir o Núcleo de Gestão da Qualidade	Equipe de governança: A+ DivGP: A+ Chefes das unidades: A+ Ouvidoria: A+ Ebserh DGPTI: A+ Ebserh DAS: A+ Prestadores de Serviços (órgão certificador/empresas de capacitação/consultoria): M+ Colaboradores: M-	Conhecimento Recursos Políticos Recursos Econômico Poder	Conhecimento Recursos Políticos Recursos Econômico Poder	**Baixa**	A instituição do Núcleo de Gestão da Qualidade é uma ação que apresenta baixa viabilidade, logo, alto risco de não execução da forma adequada. Para aumentar a viabilidade desta ação, é necessária a adoação de boas práticas em gestão da qualidade, treinamento de técnicos em biosegurança, gestão de riscos, criação de políticas e portarias que legitimem o Núcleo, aquisição de softwares de monitoramento. A contratação de empresas parceiras que possam oferecer suporte não é descartada.
MP3NC12 - Ação 23 - Propor à Secretaria Estadual de Saúde um espaço formal de pactuação nas áreas de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão.	SESA A+ Gerencia de Atenção a Saude A+ Gerencia de Ensino e Pesquisa A+ Gerencia Administrativa A+ Ebserh A+ Rede Privada B-	Conhecimento, Poder, Política	Conhecimento, Poder, Política	**Alta**	Ampliar Capacidade de Negociação com a SESA Conhecimento de portarias SUS e legislações em Saúde (redes prioritárias, contratualização, entre outras) Conhecimento sobre os custos de produção interna HUCAM (procedimentos assistenciais)
MP3NC12 -Ação 24: Desenvolver ações para habilitar o Hospital como Centro Estadual de referência.	SESA A+ Gerencia de Atenção a Saude A+ Gerencia de Ensino e Pesquisa A+ Gerencia Administrativa A+ Ebserh A+ Jurídico A+ Chefe das Unidades A+	Poder, Política, Conhecimento	Poder, Política, Conhecimento	**Média**	Ampliar Capacidade de Negociação com a SESA Conhecimento de portarias SUS e legislações em Saúde (redes prioritárias, contratualização, entre outras) Conhecimento sobre os custos de produção interna HUCAM (procedimentos assistenciais) Envolver os chefes de Unidades em todo o processo, com uma política de comunicação direcionada a cada chefe, monitorando a proximidade e envolvimento dos colaboradores Reforçar a importancia das novas funções antes e após a definição da nova pactuação

MP3NC13 - Ação 25: Desenvolver a Unidade de Processamento da Informação Assistencial em Saúde	Setor de Regulação A+ SESA M+ Equipe de Governança A+ Ebserh DPIT A + NASTH M- Corpo Clínico A-	Conhecimento, Poder e Recursos Econômico	Conhecimento, Poder e Recursos Econômico	**Alta**	Apoio da Ebserh e da SESA como complemento de conhecimento para os novos sistemas de informação em saúde Aportação financeira para infra estrutura do SAME, pessoas qualificadas e capacitação dos colaboradores atuais Coordenação com a frente de Gestão Documental para fazer a gestão e controle dos documentos associados a processamento de info em saúde Apresentar o sistema de regulação para o NASTH e reforçar a importancia de trabalharmos com o conceito de Acesso Universal e agendamento dos serviços via SISREG
MP3NC13 - Ação 26: Disponibilizar ao gestor estadual consultas, exames, leitos para regulação, a partir da pactuação estabelecida.	Conselho Gestor A+ Ebserh DAS A+ SESA A+ Gerencia de Atenção a Saúde A+ Chefes de Unidades A-	Conhecimento, Poder e Política	Conhecimento (tecnicas de comunicação direcionada e gestão da mudança)	**Média**	Envolver os chefes de Unidades em todo o processo, com uma política de comunicação direcionada a cada chefe, monitorando a proximidade e envolvimento dos colaboradores Reforçar a importancia das novas funções antes e após a definição da nova pactuação
MP3NC13 - Ação 27: Consolidar o Monitoramento e avaliação em saúde	Ebserh DPIT A+ Ebserh DAS A+ Conselho Gestor A+ SESA A- Gerencia de Atenção a Saúde A+ Chefes de Unidades A-	Política, Conhecimento	Política, Conhecimento	**Média**	Envolver a SESA na definição de protocolos de monitoramento para minimizar atritos. Controlar a adesão das Unidades de Serviço enquanto ao cumprimento e satisfação da pactuação estabelecida (contrato interno de gestão).
MP3NC14 - Ação 28: Implantar e Consolidar o funcionamento pleno das linhas de cuidado	Gestor Estadual A+ Ebserh A+ Gerencia de Atenção a Saúde A+ Chefes das Unidades A+ Colegiados Gestores A+ Corpo Clínico A- Docentes M- Gestor Municipal A- Colaboradores com interesses prórpios A-	Poder Político Conhecimento	Poder Político Conhecimento	**Baixa**	Criar ações de controle e mitigação de resistência do Corpo Clínico e dos docentes principalmente quanto às alterações do modelo de atenção Atenção basica não estruturada não permitindo a implementação das linhas de cuidado na sua integralidade Com os colaboradores desenvolver um trabalho de comunicação e envolvimento para minimizar resistencias e falta de conhecimento no novo modelo de atenção por linhas de cuidado
MP3NC15 - Ação 29: Socializar e pactuar a contratualização com os colaboradores do HUCAM, fornecendo ferramentas para a execução das metas, acompanhando o indicador individual de cada unidade.	Ebserh CDP A+ Conselho Gestor A+ Equipe de Governança A+ Colaboradores A-	Conhecimento, Político	Conhecimento, Político	**Média**	Envolver os chefes de Unidades em todo o processo, com uma política de comunicação direcionada a cada chefe e Unidade de Serviço, monitorando a proximidade e envolvimento dos colaboradores Reforçar a importancia das novas funções antes e após a definição da nova pactuação

MP3NC16 - Ação 30: Implantar a Regulação Assistencial Interna de Leitos, Consultas e SADT.	Gerencia de Atenção à Saude A+ Equipe de Governança A+ Chefias de Unidades A+ Docentes da UFES A-	Política, Poder	Política, Poder	**Média**	Política de engajamento dos docentes da UFES na liderança da implantação da nova regulação assistencial (Participação dos Colegiados, discussões de modo atuante e ativo, ter o cuidado de identificar os docentes de acordo com a área de especialização)
MP3NC17 - Ação 31: Aumentar o conhecimento dos colaboradores sobre o hospital quanto à sua estrutura organizacional e o seu papel enquanto HU inserido na rede SUS.	Ebserh CDP A+ Câmara Técnica de Humanização A+ Assessoria de comunicação A+ Equipe de governança A+ Chefes de Unidades A+ Sindicato A- Colaboradores com interesses próprios A-	Conhecimento, Político, Poder e Recursos Econômico	Conhecimento, Político, Poder e Recursos Econômico	**Média**	Negociar com Ebserh um orçamento específico para repasse aos colaboradores que obtiveram metas atingidas Refinar objetivos e metas junto à Ebserh para reforçar o compromisso com os bonus de metas para os funcionários Contruir uma política de divulgação interna do plano de metas enaltecendo os resultados esperados com ganhos qualitativos e quantitativos para o HUCAM

5.4. Gestão do Plano, Metas e Indicadores de Monitoramento

A temática do Plano Diretor Estratégico traz em tela o uso de ferramentas para corrigir potenciais distorções em tempo adequado para garantir a eficiência e eficácia das suas ações. Trata-se, assim, de componentes de gestão adaptativa para o alcance das suas obrigações formalizadas, haja vista que as estratégias de viabilização dependem, em grande parte, de recursos externos à sua atuação.

O próprio limitador de espaço – tempo, traduzido em *Cronogramas de Monitoramento das Ações do PDE*, depende de um ambiente iterativo entre agentes internos e externos. Assim, tais elementos exógenos revelaram-se como potenciais na definição da ordem de procedência e tempo de maturação das atividades e ações.

Nessa esteira, a Gestão do Plano consistir-se-á nos processamentos e adequações das atividades contratualizadas pelos seus gestores no limite da sua previsão de duração, observando a relevância e procedência.

Como decorrência, é essencial a produção de informações que alimentem e orientem o processo de tomada de decisão em todas as suas instâncias, bem como, possibilitem o acompanhamento sistemático das ações desenvolvidas e os resultados produzidos.

Os descritores dos problemas se constituem, assim, nos indicadores que representam a situação inicial e permitem o monitoramento e a aferição dos resultados alcançados.

Com o desdobramento do Plano em ações e atividades, foi possível a caracterização dos responsáveis, parceiros/eventuais opositores, indicadores e recursos necessários. Trata-se, pois, da ótica formulada no processo de construção conjunta para enfrentamento dos macroproblemas, com definições claras e objetivas, mobilizando vários atores com os quais se entrelaçam na superação da realidade “insatisfatória” por que passa a Instituição.

A despeito dos **responsáveis**, o modelo declara àqueles cuja base organizativa possibilita controlar variáveis importantes para respostas ativas aos problemas

dentro do limite-cronograma realizável. Caracterizados em níveis estratégicos, observa-se o entrelaçamento dos problemas manifestando-se em diferentes setores, o que permitiu, com clareza, a definição de responsáveis em comuns de diferentes setores.

Do lado de fora da fronteira do HUCAM, mas envolvidos no cenário causal, os **parceiros/eventuais opositores** foram estrategicamente definidos como variáveis importantes na intervenção do Plano, pois participam com objetivos cooperativos ou conflitivos sobre os descritores dos problemas.

Seguidamente, identificaram-se os **indicadores** norteadores da avaliação dos resultados e monitoramento do Plano, capazes de propiciar uma mensuração dos esforços empreendidos e metas alcançadas pelos responsáveis e equipes.

O processo de construção atentou-se para uma análise correlacionada das variáveis dos Planos de Ação. Para isso, observa-se a iteração entre responsáveis, parceiros/eventuais opositores e indicadores. São elementos que se integram e possibilitam a atuação enfrentativa dos nós-críticos relacionados com respectivos resultados esperados.

Por fim, buscou-se caracterizar os **recursos necessários** que os atores dispõem para controlar as ações, possibilitando a projeção de cenários onde serão mapeadas as melhores possibilidades de implementação do plano, dada a aderência positiva ou negativa sobre o impacto nos vetores de descrição dos problemas.

5.5. Monitoramento do Cronograma

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

Cronograma de monitoramento das ações do PDE

Ordem de precedenica	Previsão de duração em meses	PDE HUCAM Nós Criticos/Ações/Atividades	2014				2015												2016											
			Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
NC9: Ausência de agenda para discussões coletivas/gestão participativa																														
1	12	***Ação 19: Instituir os colegiados gestores e o macro colegiado gestor.***																												
	6	*At19.a - Normatizar o funcionamento e as competências de cada colegiado gestor por linha de cuidado e administrativo.*																												
	6	*At19.b - Divulgar as atividades desenvolvidas por cada colegiado gestor .*																												
	12	*At19.c - Criar um canal de diálogo permanente entre a governança e a comunidade hospitalar.*																												
NC5: Falta de Planejamento a médio e longo prazo																														
2	1	***Ação 09: Implantar a Unidade de Planejamento.***																												
	1	*At09.a - Estruturar o funcionamento da Unidade*																												
NC12: Baixa integração do HUCAM com as Redes SUS																														
3	6	***Ação 23: Propor à Secretaria Estadual de Saúde um espaço formal de pactuação nas áreas de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão.***																												
	6	*At23.a - Estabelecer contrato interno de gestão com as Unidades sobre a capacidade de oferta de serviços e ações, antes da negociação com o Gestor.*																												
NC16: Gerenciamento inadequado dos leitos, consultas e SADT																														
4	15	***Ação 30: Implantar a Regulação Assistencial Interna de Leitos, Consultas e SADT.***																												
	3	At 30.a - Instituir a Unidade de Regulação Assistencial para Regulação de leitos, consultas e SADT.																												
	15	At 30.b - Definir indicadores periódicos e os monitorar por meio de relatórios gerenciais .																												
	11	At 30.c - Estruturar o processo de referência e contrarreferência																												
	12	*At 30.d - Perfilizar os leitos.*																												

NC13: Ausência de Regulação			
5	**12**	***Ação 26: Disponibilizar ao gestor estadual consultas, exames, leitos para regulação, a partir da pactuação estabelecida.***	
	12	*At26.a- Implantar a regulação de leitos 24 horas; consultas e apoio diagnóstico;*	
	12	*At26.b - Definir protocolos para referência e contrarreferência.*	
	12	*At26.c - Pactuar com o estado e municípios o fluxo da contrarreferência.*	
NC15: Colaboradores do HUCAM desconhecem contratualização			
6	**24**	***Ação 29: Socializar e pactuar a contratualização com os colaboradores do HUCAM, fornecer ferramentas para a execução das metas, acompanhado o indicador individual de cada unidade.***	
	4	*At29.a: Criação de programa de capacitação de trabalhadores com socialização das metas contratualizadas.*	
	6	*At29.b: Revisão da contratualização (o que não foi contemplado na última pactuação - trimestral) para incluir todos os procedimentos realizados e das novas metas operacionais.*	
	6	*At29.c: Revisão do organograma, para descrever papéis e responsabilidades dos colaboradores e institucionalizar a relação entre as áreas administrativas e assistenciais.*	
	24	*At29.d: Maior informatização dos processos hospitalares com a implantação do AGHU, acompanhada de aprimoramento da cultura de gestão por processos e governança.*	
	24	*At29.e: Utilização de indicadores periódicos e acompanhamentos por relatórios gerenciais por todas as áreas para tomadas de decisão;*	
	12	*At29.f: Formalizar contrato interno de gestão com as Unidades.*	
NC12: Baixa integração do HUCAM com as Redes SUS			
7	**12**	***Ação 24: Desenvolver ações para habilitar o Hospital como Centro Estadual de referência.***	
	12	*At24.a - Atender às diretrizes e requisitos estabelecidos pelas portarias vigentes de classificição e credenciamentos de serviços na área de saúde.*	

NC13: Ausência de Regulação			
8	**12**	***Ação 27: Consolidar o Monitoramento e avaliação em saúde.***	
	6	*At27.a - Desenvolver a Unidade de Monitoramento e Avaliação em Saúde.*	
	12	*At27.b - Implantar a Auditoria Clínica.*	
	6	*At27.c - Definir os indicadores de avaliação de desempenho em Sáude do HU.*	
	12	*At27.d - Implantar e avaliar os indicadores.*	
	12	*At27.e - Implantar protocolos clínicos.*	
NC5: Falta de Planejamento a médio e longo prazo			
9	**12**	***Ação 11: Elaborar o orçamento com horizonte superior a um ano e articulado com o Planejamento Estratégico.***	
	12	*At 11.a - Definir as necessidades de investimento de longo prazo no planejamento orçamentário de longo prazo.*	
	6	*At 11.b - Revisar a contratualização para incluir todos os procedimentos realizados e das metas operacionais*	
	6	*At 11.c - Difundir as metas e indicadores do Documento Descritivo do processo de contratualização versus a produção de cada área do HU.*	
	6	*At 11.d - Desenvolver planos de contingência, procedimentos e sistemas que garantam a continuidade do atendimento em caso de situações adversas e de emergência.*	
NC14: Atenção a saúde fragmentada			
10	**24**	***Ação 28: Implantar e Consolidar o funcionamento pleno das linhas de cuidado***	
	12	*At28.a - Desenvolver protocolos para operacionalizar as Linhas de Cuidado envolvendo as áreas e trabalhadores assistenciais neste processo.*	
	24	*At28.b - Implantar as linhas de cuidado pactuadas, a saber, materno-infantil, da mulher, da criança, respiratório, cardiovascular e psicossocial.*	
	12	*At28.c - Reformular as rotinas multiprofissionais centradas no paciente, p.ex., passagem de plantão, visitas multiprofissionais, desenvolvimento de plano de cuidado individualizado, entre outros.*	

NC1: Incompatibilidade de previsão e provisão de insumos			
11	**6**	***Ação 01: Atualizar a relação dos materiais, insumos e medicamentos padronizados do HUCAM.***	
	3	*At1.a -Reestruturar comissão permanente de padronização com regimento interno.*	
	6	*At1.b -Elaborar lista padronizada atualizada e validada.*	
	6	*At1.c -Detalhar a especificação dos insumos, materiais e medicamentos da lista padronizada ouvindo os especialistas, no que couber, e codificar com o código SIASG - CATMAT.*	
	3	*At1.d - Imprimir e divulgar as listas padronizadas de insumos, materiais e medicamentos.*	
	6	*At1.e - Implantar um banco de controle de qualidade dos insumos, medicamentos e materiais articulado com a rede sentinela.*	
NC13: Ausência de Regulação			
12	**12**	***Ação 25: Desenvolver Unidade de Processamento da Informação Assistencial em Saúde.***	
	6	*At25.a - Gerenciar o Processamento das Informações em Saúde..*	
	12	*At25.b - Reestruturar o SAME.*	
	12	*At25.c - Implantar Sistemas de Regulação dos Gestores (AGHU/MV/SISREG).*	
	6	*At25.d - Atualizar dados no CNES (profissionais e Instituição) e estabelecer rotinas de atualização.*	
NC6: Morosidade excessiva no trâmite processual			
13	**6**	***Ação 13: Elaborar fluxograma dos processos de contratação de bens e serviços.***	
	4	*At13.a - Desenhar as rotinas com determinação de prazos por etapa considerando critérios de prioridade (curva XYZ).*	
	2	*At13.b - Identificar gargalos nas operações de contratações de bens e serviços.*	
	6	*At13.c - Padronizar os instrumentos para processos licitatórios- edital, termo de referência e contrato.*	
	6	*At13.d - Informatizar todo trâmite de compra e criar o processo eletrônico utilizando o MS DATA.*	
14	**2**	***Ação 14: Capacitar os gerentes e chefes de divisão para as melhores práticas na elaboração de termo de referência para contratação de serviços.***	
	2	*At14.a- Realizar atividades de orientação sobre normas e procedimentos de compras de serviço.*	

NC8: Falta de divulgação das ações da gestão			
15	**18**	***Ação 18: Estabelecer uma política de comunicação interna e externa.***	
	3	*At18.a - Definir política de comunicação*	
	9	*At18.b - Implantar política de comunicação.*	
	18	*At18.c - Divulgar as informações gerenciais, assistênciasis e administrativas, de forma transparente e contínua utilizando todos os meios de comunicação (tv, rádio, internet, mídia impressa, e outros).*	
	3	*At18.d - Criar o Portal HUCAM e atualizar as informações em tempo real.*	
	3	At18.e - Regularizar a tiragem mensal do informativo HUCAM.	
NC6: Morosidade excessiva no trâmite processual			
16	**12**	***Ação 16: Padronização dos instrumentos dos processos de trabalho da area administrativa***	
	6	*At.16.a - Construir o mapeamento dos processos de trabalho de cada setor*	
	6	*At.16.b - Construir os Procedimentos Operacionais Padrão relativos a cada setor*	
	12	*At.16.c - Validação dos POPs*	
	12	*At.16.d - Capacitação em serviço*	
	6	*At.16.e - Levantar os riscos inerentes dos processos de trabalho de cada setor*	
NC17: Pouca capacidade de mobilização e articulação			
17	**18**	***Ação 31: Aumentar o conhecimento dos colaboradores sobre o hospital quanto à sua estrutura organizacional e o seu papel enquanto HU inserido na rede SUS.***	
	18	*At31.a: Promover atividades educativas visando maior aproximação e integração entre os serviços e a academia.*	
	6	*At31.b: Implementar canais internos e externos que divulguem os valores da organização e os resultados das atividades desenvolvidas.*	
	18	*At31.c: Promover atividades educativas voltadas para capacitação dos colaboradores nas políticas públicas de saúde.*	
	6	*At31.d: Instituir política de premiação considerando cumprimento de metas.*	

NC1: Incompatibilidade de previsão e provisão de insumos			
18	**24**	***Ação 02: Implantar centro de custo***	
	24	*At2.a - Definir o critério de criação dos centros de custos.*	
	24	*At2.b- Instrumentar a gerência local com capacitação, processos padrões e monitoramento do sistema de custo.*	
NC4: TI precária, não integrada e dependente da UFES			
19	**12**	***Ação 08: Ampliar a cobertura de TI no Hucam e integrar políticas e planejamento de sistemas -***	
	8	*At 8.a: Elaborar o PDTIC no âmbito do HUCAM*	
	6	*At 8.b: Implantar o setor de TI no HUCAM conforme novo organograma.*	
	12	*At 8.c: Implantar e estruturar a rede lógica do HUCAM.*	
	12	*At 8.d: Construir uma nova subestação elétrica e modernização da rede*	
	6	*At 8.e: Instalar novo Data Center para o HUCAM.*	
	8	*At 8.f: Contratar fornecedor de banda larga.*	
	12	*At 8.g: Adaptar área física para implantação dos sistemas de informação nos locais de trabalho*	
	12	*At 8.h: Promover envolvimento e capacitação dos colaboradores do HUCAM no novo sistema AGHU (Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários).*	
NC5: Falta de Planejamento a médio e longo prazo			
20	**12**	***Ação 10: Informatizar os processos hospitalares com a implantação do AGHU, acompanhada de aprimoramento da cultura de gestão por processos e governança***	
	12	*At 10.a - Desenvolver metodologia para documentação, desenvolvimento e atualização de Protocolos e de Procedimento Operacional Padrão (POP)*	
	6	*At 10.b - Elaborar tábua de indicadores de desempenho das áreas gerenciais.*	

NC3: Ineficiência de manutenção da área física e equipamentos			
21	**12**	***Ação 06: Estruturar a gestão da manutenção das áreas físicas e equipamentos do HUCAM.***	
	12	*At6.a : Implantar o setor de Engenharia Clínica.*	
	12	*At6.b: Planejar e desenvolver programas de capacitação em função das especificidades dos equipamentos.*	
	4	*At6.c: Atualizar acervo de equipamentos e mapa da infraesturutra.*	
	4	*At6.d: Estabelecer contrato de manutenção predial preventiva e corretiva.*	
	4	*At6.e: Estabelecer contrato de manutenção de parque tecnológico preventiva e corretiva.*	
	6	*At6.f: Padronizar instrumentos do processo de compras de equipamentos e serviços médico-hospitalares.*	
NC10: Deficiência de política para desenvolvimento de pessoas			
22	**24**	***Ação 20: Instituir um Programa de Educação Permanente para gestores e colaboradores.***	
	6	*At20.a - Mapear as competências dos colaboradores e gestores.*	
	24	*At20.b - Definir quem serão os facilitadores do Programa a partir das competências chave identificadas.*	
	24	*At20.c - Desenvolver as metodologias de capacitação do Programa e avaliação de desempenho institucional e individual.*	
	24	*At20.d - Implantação do Programa de Educação Permanente.*	
NC2: Leitos de UTI insuficientes			
23	**24**	***Ação 04: Ampliar e reorganizar os leitos disponíveis no HUCAM passando de 18 leitos para 66 leitos.***	
	13	*At4.a: Abrir 20 leitos de UTI adulto (em cima do PS).*	
	11	*At4.b: Adequar abertura de 10 leitos de UTI pediátrica.*	
	6	*At4.c: Elaborar projeto para abertura de mais 8 leitos de UTI Adulto (de 8 para 16 leitos)*	
	13	At4.d: Elaborar projeto de adequação de area física para 10 leitos de UTI Coronariana.	
	20	At4.e: Habilitar os leitos junto a SESA	

NC1: Incompatibilidade de previsão e provisão de insumos			
24	**24**	***Ação 03: Reorganizar o recebimento, armazenamento, distribuição e controle de insumos.***	
	24	*At3.a-Estabelecer o funcionamento do almoxarifado e farmácia durante 24h.*	
	12	*At3.b-Implantar a individualização da dose.*	
	12	*At3.c- Estabelecer critérios para distribuição de outros materiais.*	
NC5: Falta de Planejamento a médio e longo prazo			
25	**24**	***Ação 12: Instituir gestão de documentos***	
	12	*At 12.a - Contratar empresa para desenvolver projeto gestão de documentos, com área física etc.*	
	6	*At 12.b - Elaborar normas e políticas para gerenciamento de documentos conformidade com legislação específica que versa sobre tratamento e acondicionamento (guarda) – Lei nº. 8.159 de 8 de janeiro de 1991. e CONARQ.*	
NC3: Ineficiência de manutenção da área física e equipamentos			
26	**24**	***Ação 07: Construção do novo ambulatório do HUCAM***	
	2	*At7.a : Definir Plano Diretor Físico do HUCAM para escolha do local do novo Ambulatório*	
	1	*At7.b: Dimensionar necessidade de salas de apoio,auditorios, ilhas pedagógicas e consultórios tipo 1 e tipo 2*	
	2	*At7.c: Dimensionar necessidade de novas vagas de estacionamento e contratar empresa para (48) novas vagas*	
	3	*At7.d: Fazer Projeto para novo Ambulatório*	
	19	*At7.e: Construir novo Ambulatório.*	
NC7: Ausência de gestão de processos / por resultados			
27	**14**	***Ação 17: Elaborar os Procedimentos Operacionais Padrão relativos a cada Unidade de Serviço.***	
	6	*At17.a - Instruir as chefias para a atualização/ elaboração dos POPs*	
	2	*At17.b -Validar os POPs elaborados pelas chefias de cada Unidade*	
	6	*At17.c - Capacitar os colaboradores sobre os POPs específicos de cada Unidade de Serviço*	

NC2: Leitos de UTI insuficientes			
28	**15**	***Ação 05: Ampliar a hemodiálise e transplante renal (de 11 pontos de para 24 pontos de hemodiálise, de 3 para 9 leitos de diálise peritoneal, acréscimo de 7 leitos para transplante)***	
	3	*At5.a: Elaborar projetos complementares e orçamento para adequação da área física.*	
	6	*At5.b: Submeter e aprovar o projeto (EBSERH).*	
	6	*At5.c: Adequar estruturalmente a área física.*	
NC6: Morosidade excessiva no trâmite processual			
29	**12**	***Ação 15: Adequar a área física da Divisão Administrativo-Financeira.***	
	12	*At15.a- Construir um espaço para acomodação das equipes de compras, licitação, contratos, orçamento e contabilidade.*	
NC11: Ausência de política de gestão de qualidade			
30	**12**	***Ação 21: Consolidar a Política de Segurança do Paciente.***	
	12	*At21.a - Instituir as ações para segurança do paciente estabelecidas na RDC Nº 36/2013*	
31	**24**	***Ação 22: Instituir o Núcleo de Gestão da Qualidade.***	
	12	*At22.a- Determinar as ações estratégicas em colegiado gestor para acreditação do hospital.*	
	4	*At22.b - Contratar uma Empresa Certificadora para acreditação hospitalar.*	
	8	*At22.c - Iniciar a implementação como política de educação permanente a qualidade total junto com os setores e unidades, realizando oficinas e cursos.*	

6 CONCLUSÃO

A Construção do Plano Diretor Estratégico permitiu aos gestores do HUCAM fazerem uma releitura da sua história, da sua missão e da sua visão. A análise situacional com identificação de cinco Macroproblemas, que por meio de oficinas de trabalho, Team Basic Learning (TBL), foram priorizados e suas respectivas árvores de problemas construídas, conforme Planejamento Estratégico Situacional, com identificação dos nós críticos, sempre com orientação de professores e consultores em módulos desenvolvidos no Curso do Sírio e replicados no Hospital com o grupo ampliado.

Os modelos de referencias definido pelos especialistas e as oportunidades identificadas a partir destes, permitiram aos gestores do HUCAM traçar, a partir dos seu 17 nós críticos, 31 ações que serão desenvolvidas nos próximos dois anos impulsionando o Hospital a recuperar seu papel de protagonista na formação de profissionais de saúde, na assistência de excelência e na fomentação de pesquisas que irão fortalecer o SUS no estado do Espírito Santo e no país.

Importante frisar que as 31 ações definidas no PDE possuem 107 atividades a serem desenvolvidas, a maioria delas, no entanto, não dependem de recursos econômicos, pois envolvem apenas mudança dos processos de trabalho.

Entretanto a solução do Macroproblema 1 a maior prioridade definida pela comunidade hospitalar, necessitará de recursos econômicos imprescindíveis para aumentar leitos de UTI, readequar área física e permitir adequada manutenção e renovação das áreas assistências e parque tecnológico, que junto com as mudanças nos processos de trabalho e no modelo de gestão, permitirão a mudança do modelo de Atenção com foco no usuário, com implementação da Gestão da Clinica com protocolos clínicos, plano terapêutico multiprofissional individualizado e consequentemente com implementação das linhas de cuidado gerando qualidade e segurança para os pacientes do SUS.

Este é o desejo de todos, que sentem de maneira muito forte o vento da oportunidade soprando e impulsionado este HU, que se constitui o principal laboratório dos cursos do Centro de Ciência da Saúde da UFES.

7 – REFERÊNCIAS

1 - Rios, Maria Zilma. **Sanatório Getúlio Vargas**: medicina e relações sociais no combate da tuberculose no Espírito Santo (1942-1967) [dissertação] – Programa de Pós-Graduação em História Social das Relações Políticas, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

2 – Universidade Federal do Espírito Santo. Faculdade de Medicina. Hospital das Clínicas. **Relatório de janeiro a junho de 1968**.11p.

3 – Universidade Federal do Espírito Santo. Faculdade de Medicina. Hospital das Clínicas. **Relatório Estatístico**, 1975.

4 – Toro, Ivan Felizardo Contrera. O papel dos hospitais universitários no SUS: avanços e retrocessos. **Serviço Social & Saúde Campinas.** v. 4 n. 4 p. 1-156. Maio, 2005.

5 – Coimbra, Ubervalter. Hospital das Clínicas: de mais moderno a decadente. **A TRIBUNA**, 05 out.1980.

6- Universidade Federal do Espírito Santo. Centro Biomédico. Hospital das Clínicas. **Relatório Estatístico de Atividades**. 1979. 40 p.

7 – Universidade Federal do Espírito Santo. Conselho Universitário. **Resolução nº. 12,** de 23 de abril de 1980.

8 - Polignano, M. V. Histórias das Políticas de Saúde no Brasil: Uma Pequena Revisão. **Cadernos do Internato Rural** - Faculdade de Medicina/UFMG, 2001.

9 – Mentoni, Gioconda. Crise financeira ameaça fechar 31 hospitais universitários. **Jornal da Brasil**, Rio de Janeiro, p.16, 26 ago.1984. 1 caderno.

10 – Universidade Federal do Espírito Santo. Conselho Universitário. **Resolução nº 14,** de 22 de dezembro de 1986.

11 – Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial

[da] República Federativa do Brasil, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.

12 – Brasil. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 31 dez. 1990. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.

13 – Brasil. Constituição (1988). Constituição [da] República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

14 – Universidade Federal do Espírito Santo. Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes. Informações Gerenciais. Jan., 1992.54 p.

15 – Druker, P. F. **Prática de administração de empresas**. Rio de Janeiro: Fundo de cultura. 1962.

16 - MEDICI, A.C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, n.47, v.2, p.149-156, 2001.

17 - Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Ministério de Ciência e Tecnologia. Portaria Interministerial MEC/MS/MCT/MPOG nº 562, de 12 de maio de 2003. Constitui a Comissão Interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil, visando reorientar e/ou reformular a política nacional para o setor.

18 – Caldas, BN. **O papel do dirigente hospitalar**: a percepção dos diretores de hospitais universitários vinculados às instituições federais de ensino superior. 1995. 141 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2008.

19 –Brasil. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.000 de 15 de abril de 2004. Dispõe sobre a certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Diário Oficial da União. 2004 16 abr.

20 – Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1006, de 27/05/2004. Diário Oficial da União 2004; 28 maio Disponível em: <http://der2001.saude.gov.br/sas/PORTARIA/Port2004/GM/GM-1702.htm>.

21 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.702 de 17 de agosto de 2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. 2004.

22 - LAMPERT, J.B. at al. Hospitais de ensino: a trama da crise. **Revista brasileira de Educação Médica,** Rio de Janeiro, n.37, v.2, p.155-156, 2013.

23 - BARROS, R. T. Modelos de gestão na administração pública brasileira: reformas vivenciadas pelos hospitais universitários federais. **Revista dos Mestrados Profissionais,** Recife, n.1, v.2, p. 252-280, jan - jun 2013.

24 –Brasil. Ministério da Educação e da Saúde. Portaria Interministerial 2.091 de 21 de outubro de 2005. Certifica 16 unidades hospitalares como hospitais de ensino. 2005.

25 – Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes. **Processo de contratualização do HUCAM** – POA – Plano Operacional Anual. Novembro 2005. 100 p.

26 - DALLORA, M. E. L.; FORTERS, A. C. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino – considerações teóricas. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, n.41, v.2, p.135-142, 2008.

27 - Brasil, Ministério da Educação. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Portaria n. 4, 29 abril 2008. Diário Oficial da União – Seção 1. 2008 maio 12

28- Brasil. Decreto nº 7.082, de 27 de Janeiro de 2010 - Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Diário Oficial da União - Seção 1 – ed. Extra - 27/1/2010, p. 1.

29 - Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes. **Planejamento Estratégico** - Relatório das Atividades de Reestruturação do Regimento Interno do HUCAM. Novembro 2011.

30–Brasil. Lei 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de

1940 - Código Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da União - Seção 1 - 16/12/2011, p. 2.

31- UFES. **Plano de Reestruturação**. Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes. Abril de 2013.48 p.

32 - Hernandes, J.M.S. Caldas, M.P. Resistência à mudança: uma revisão crítica. **Rev. Adm. Empr**., v. 4, n. 2, 31-45. 2001.

33 - Monteiro IP. Hospital, uma organização de profissionais. **Análise Psicológica**, 1999:317-325.

34- Etzioni, A. Análise comparativa das organizações complexas, sobre o poder, o engajamento e seus correlatos apud Monteiro IP. Rio de Janeiro: Zahar Editores. Hospital, uma organização de profissionais. **Análise Psicológica**, 1999, 2: 317-325.

35- Weber, P. Hospital, uma organização de profissionais. **Análise Psicológica**, 1999, 2: 317-325.

36 - Mintzberg, H. Structures et dynamique des organisations. (1982) apud Monteiro IP. Hospital, uma organização de profissionais. **Análise Psicológica**, 1999, 2: 317-325.

37 - Cecílio LCO. Mudar Modelos de Gestão para mudar o Hospital: cadeia de apostas e engenharia de consensos. **Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/UNESCO.** 2000

38 - Campos GWS & Cunha GT. Método Paidéia para Cogestão de coletivos organizados para o trabalho. **ORG & DEMO**, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010.

39 - Merhy E.E. SAÚDE: A Cartografia do Trabalho vivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008, 24(8): 1953-1957.

40 - Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 3.410 de 30 de dezembro de 2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Diário Oficial da União. Seção 1. P. 21. 2013

41 - EBSERH. Projeto de Capacitação e Planos Diretores dos Hospitais Universitários Federais. São Paulo. Julho 2013.37p.

42 - Universidade Federal do Espírito Santo. Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes. **Relatório de Estatística**. 2013. 2013. 35 p.

43 – DATASUS. Informações de saúde (tabnet assistência à saúde - internações hospitalares - internações hospitalares por local de internação - a partir de 2008 seleções: estabelecimento: Hucam).
http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/sxes.def

44 –Brasil. Lei nº 11.907 de 02 de fevereiro de 2009. Adicional de plantão hospitalar.

45 – Brasil. Decreto nº49. 621 de 29 de dezembro de 1960. Concede autorização para funcionamento de curso de Medicina da Escola de Medicina do Estado do Espírito Santo. Diário Oficial da União - Seção 1 – 30 dez. 1960, p. 16.589.

46 - Redins, Carlos Alberto. **Escola de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo**: 50 anos de história, EDUFES, 2011.

47 – Brasil, Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUN Diário Oficial da União. 25 abr. 2007.

48 – Brasil, Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1 jul. 2005.

49 - Relação Anual de Informação Social – RAIS, pode-se observar claramente o declínio do interesse pela profissão de professor no Brasil (2003 – 8,1% da mão de obra ocupada; 2007 – 7,5%; 2011 – 6,7%). Disponível em <portal.mte.gov.br/rais/resultados> Acesso: 09 de junho de 2014.

50 - Pestana, Marcos. Prefácio. In: Mendes, Eugenio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde; Belo Horizonte - ESP-MG, 2009.

51 - Mendes, Eugenio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**; Belo Horizonte - ESP-MG, 2009, 848p.

52- Organización Mundial de La Salud – Informe sobre La salud en el mundo: forjemos el futuro. Genebra, Organización Mundial de La Salud, 2003;

53 - Plano Diretor de Regionalização 2003; Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, Gerência de Planejamento e Desenvolvimento Institucional – GEPDI 2003, ES;

54 - Rocha, R., Jaegher J. **Projeto As Redes de Atenção à Saúde no Espírito Santo**; Elaboração:; Referência Técnica para as Redes de Atenção à Saúde; Secretaria de Estado da Saúde, Gerência de Regulação Assistencial, Núcleo Especial de Normalização; 2007, ES.

55 - Shimazaki, ME; Mafra, A; Jaegher, J. **Oficinas de Urgência e Emergência** da Secretaria de Estado da Saúde – Manual do Participante, Módulos I; II; III; IV e V, Gerência de Regulação Assistencial, Núcleo Especial de Normalização SESA. Elaboração: 2008, ES;

56 - Shimazaki, ME; Rocha, R; Jaegher J. **Oficinas de Rede da Mulher e da Criança** da Secretaria de Estado da Saúde – Manual do Participante, Módulos I; II; III; IV Gerência de Regulação Assistencial - GERA, Núcleo Especial de Normalização, Área Técnica da Saúde da Mulher, Secretaria de Estado da Saúde - SESA. Elaboração: J; 2008, ES;

57- Shimazaki, M, E; Oliveira, M,J; Jaegher J. **Programa de Melhoria da Qualidade dos Hospitais** – Manual do INOVAHOSP; Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo; Elaboração, 2009;

58 -Plano Diretor de Regionalização 2011; Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, Gerência de Planejamento e Desenvolvimento Institucional – GEPDI 2011, ES;

59 – Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

60 – Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600/GM/MS, 8 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS.

61 – Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, que organiza o componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS.

62- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.

63 - Matus, C. Política, **Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA. 1987

64 - Simon, H. Models of Bounded Rationaly. Cambridge.1982.

65 - Morgan, G. **Imagens da organização**. Atlas: S Paulo, 1996.

66 - Uribe Rivera FJ, Artman E. **Planejamento e Gestão em Saúde**: Conceitos, História e Propostas. Ed. Fiocruz, 2012: 6.

67 - Artmann, E. O Planejamento Estratégico Situacional no Nível Local: um instrumento a favor da visão multissetorial. **Cadernos da Oficina Social**: Série Desenvolvimento Local. Rio de Janeiro: Coppe/UFRJ; 2000.

68 - TONI, Jackson de. O que é o planejamento estratégico situacional? **Revista Espaço Acadêmico**. n. 32, jan. 2004.

69 – EBSERH. **Modelos de Referência Calibrados Gestão Hospitalar**. Projeto de Capacitação e Planos Diretores dos Hospitais Universitários Federais. 2013. 80 p.

70 – EBSERH. **Modelos de Referência Calibrados Gestão da Clínica**. Projeto de Capacitação e Planos Diretores dos Hospitais Universitários Federais. 2013. 83 p.

71 – EBSERH. **Modelos de Referência Calibrados Humanização**. Projeto de Capacitação e Planos Diretores dos Hospitais Universitários Federais. 2013. 54 p.

72 – EBSERH. **Modelos de Referência Calibrados Hotelaria Hospitalar**. Projeto de Capacitação e Planos Diretores dos Hospitais Universitários Federais. 2013.64 p.

73 – EBSERH. **Modelos de Referência Calibrados Compras Hospitalares**. Projeto de Capacitação e Planos Diretores dos Hospitais Universitários Federais. 2013. 57 p

74 – EBSERH. **Modelos de Referência Calibrados Prestação de Contas**. Projeto de Capacitação e Planos Diretores dos Hospitais Universitários Federais. 2013. 54 p

75 – EBSERH. **Modelos de Referência Calibrados Gestão de Obras e Engenharia Clinica.** Projeto de Capacitação e Planos Diretores dos Hospitais Universitários Federais. 2013. 57 p

76 – EBSERH. **Segundo Relatório de Progresso - Fase 4 - Análise Situacional – Aderência a Lista de Contribuições**. Projeto de Capacitação e Planos Diretores dos Hospitais Universitários Federais. Dezembro de 2013. 86 p.

77 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência á Saúde. ABC do SUS: Doutrinas e Princípios. Brasília/DF, 1990.

78 - Littike D. **Improvisando a gestão por meio da gestão do improviso**: o processo de trabalho dos gestores de um hospital universitário federal. Tese de dissertação de Mestrado em saúde Coletiva.

79 - Matos AJ. **Gestão de custos hospitalares**. São Paulo: STS; 2001.

80 - Vendemiatti M. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2010, 15 (Supl. I):1301-13143.

81 – Brasil. Lei 8.159 de 08 de janeiro de 1991. Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências.

82 – Brasil. Lei 12.527. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112 de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111 de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências.

83 - Franco T.B. **As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde**, in Pinheiro e Mattos (Orgs.). Gestão em Redes; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

84- Estrutura Organizacional dos Hospitais sob Gestão da EBSERH: Diretrizes Técnicas. http://ebserh.mec.gov.br/

85 - Toro, IFC. O papel dos hospitais universitários no SUS: avanços e retrocessos **Serviço Social e Saúde**. 2005; v. 04, nº 04, 55-60.

86 - CAMPOS, G. W. S. Educação médica, hospitais universitários e o sistema único de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 15, nº 1,187-193, 1999.

87 - Carmo, M. **Hospitais Universitários e integração ao Sistema Único de Saúde** – estudo de caso: Hospital das Clínicas da UFMG – 1996 a 2004. Dissertação (mestrado). Departamento de Medicina Preventiva e Social. Área de concentração: Saúde Pública. Defesa 2006.

ANEXO 1

ESTIMATIVAS DE ORÇAMENTAÇÃO DAS AÇÕES E ATIVIDADES			
AÇÃO / ATIVIDADES	*ELEMENTOS*	*PREMISSAS PARA ESTIMATIVA*	*VALOR*
MP1NC1 - Ação 01: Atualizar a relação dos materiais, insumos e medicamentos padronizados do HUCAM.	*RH , processo de trabalho, espaço físico, TI*	*recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At01.a -Reestruturar comissão permanente de padronização com regimento interno.	*RH , processo de trabalho, espaço físico, TI*	*recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At01.b -Elaborar lista padronizada atualizada e validada	*RH , processo de trabalho, espaço físico, TI*	*recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At01.c -Detalhar a especificação dos insumos, materiais e medicamentos da lista padronizada ouvindo os especialistas, no que couber, e codificar com o código SIASG - CATMAT.	*RH , processo de trabalho, espaço físico, TI*	*recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At01.d - Imprimir e divulgar as listas padronizadas de insumos, materiais e medicamentos.	*RH , processo de trabalho, espaço físico, TI, Papelaria*	*recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At01.e - Implantar um banco de controle de qualidade dos insumos, medicamentos e materiais articulado com a rede sentinela.	*RH , processo de trabalho, espaço físico, TI*	*recursos fixos próprios*	*Não se aplica (EBSERH - sede)*
MP1NC1 - Ação 02: Implantar centro de custo	*RH , processo de trabalho, TI, Consultoria, DIARIAS E PASSAGENS, Capacitação*	*recursos fixos próprios e a Consultoria(EBSERH SEDE), DIARIAS E PASSAGENS(EBSERH SEDE), Capacitação custo incluído no projeto de capacitação do MP2NC10*	*Não se aplica*
At02.a - Definir o critério de criação dos centros de custos.	*RH , processo de trabalho, TI, Consultoria, DIARIAS E PASSAGENS*	*recursos fixos próprios e a Consultoria(EBSERH SEDE), DIARIAS E PASSAGENS(EBSERH SEDE)*	*Não se aplica*
At02.b- Instrumentar a gerência local com capacitação, processos padrões e monitoramento do sistema de custo.	*RH , processo de trabalho, TI, capacitação*	*recursos fixos próprios e a Capacitação custo incluído no projeto de capacitação do MP2NC10*	*Não se aplica*
MP1NC1 - Ação 03: Reorganizar o recebimento, armazenamento, distribuição e controle de insumos.	*RH, processos de trabalho, TI, espaço físico (adequações/reformas), equipamentos, Capacitações.*	*Autorização de novas vagas de funcionários (X Farmacêuticos e Y Técnicos de Farmácia) pelo DEST/MPOG, ampliar o número de terceirizados da área de apoio (almoxarifes e carregadores) e disponibilidade de recursos para viabilizar área física, equipamentos e TI, , Capacitação custo incluído no projeto de capacitação do MP2NC10.*	*R$ 1.610.000,00*
At03.a-Estabelecer o funcionamento do almoxarifado e farmácia durante 24h	*RH, processos de trabalho, TI, espaço físico (adequações/reformas), equipamentos, mobiliários.*	*Autorização de novas vagas de funcionários (11 Farmacêuticos e 16 Técnicos de Farmácia) pelo DEST/MPOG, ampliar o número de terceirizados da área de apoio (almoxarifes e carregadores) e disponibilidade de recursos para viabilizar área física, mobiliários, equipamentos e TI.*	*R$ 1.100.000,00 R$ 640 mil - reforma R$ 460 mil - Mobiliário*
At03.b-Implantar a individualização da dose.	*RH, processos de trabalho, TI, espaço físico (adequações/reformas), equipamentos, Capacitação.*	*Disponibilidade de recursos para viabilizar aquisição de equipamentos, reformas e adequações de espaços físicos, Capacitação custo incluído no projeto de capacitação do MP2NC10.*	*valor do aparelho de unitarização do medicamento sólido: 160.000,00*
At03.c- estabelecer critérios para distribuição de outros materiais.	*RH, processos de trabalho, TI, espaço físico (adequações/reformas), mobiliários*	*Disponibilidade de recursos para viabilizar aquisição de mobiliários, reformas e adequações de espaços físicos, ampliar o número de terceirizados da área de apoio (almoxarifes e carregadores).*	*R$ 350.000*
MP1NC2 - Ação 04: Ampliar e reorganizar os leitos disponíveis no HUCAM passando de 18 leitos para 66 leitos.		*recursos fixos próprios, descentralização de recurso - EBSERH-sede por meio de PT*	*R$ 6.767.353,80*
At04.a: Abrir 20 leitos de UTI adulto (em cima do PS)	*Obra, equipamentos, RH, rede de gases medicinais, rede elétrica.*	*Autorização de novas vagas de funcionários (2 equipes completas de UTI) pelo DEST/MPOG, ampliar o número de terceirizados da área de apoio (auxiliares administrativos) e disponibilidade de recursos.*	*R$ 2.468.832,93 milhões: R$ 1.468.832,93 - obras (PT 674) R$ 1 milhão - equipamentos e mobiliário*
At04.b: Adequar abertura de 10 leitos de UTI pediátrica .	*Reforma/readequação de espaço físico, equipamentos*		*R$ 1.600.000,00: R$ 1,5 milhões - obras R$ 100 mil - Equipamentos*
At04.c: Elaborar projeto para abertura de mais 8 leitos de UTI Adulto (de 8 para 16 leitos).	*RH, equipamentos.*	*Autorização de novas vagas de funcionários (1 equipe completa de UTI) pelo DEST/MPOG, ampliar o número de terceirizados da área de apoio (auxiliares administrativos) e disponibilidade de recursos.*	*Equipamentos: projeto cadastrado no SIMEC (PT 557)com equipamento do PS e da UTI coronariana no valor total de R$ 1.198.520,87*
At04.d: Elaborar projeto de adequação de área física para 10 leitos de UTI Coronariana.	*RH, equipamentos e reformas/readequações de espaço físico.*	*Autorização de novas vagas de funcionários (1 equipe completa de UTI) pelo DEST/MPOG, ampliar o número de terceirizados da área de apoio (auxiliares administrativos) e disponibilidade de recursos.*	*1.500.000 referentes ao equipamentos e mobiliário*
At04.e: Habilitar os leitos junto a SESA.	*RH, processos de trabalho, TI.*	*Recursos fixos próprios.*	*Não se aplica*
MP1NC2 - Ação 05: Ampliar a hemodiálise e transplante renal (de 11 pontos de para 24 pontos de hemodiálise, de 3 para 9 leitos de diálise peritoneal, acréscimo de 7 leitos para transplante).		*recursos fixos próprios, descentralização de recurso - EBSERH-sede por meio de PT*	*R$ 75.000,00*

At05.a: Elaborar projetos complementares e orçamento para adequação da área física.	*RH, Processo de trabalho, Empresa especializada na elaboração de projetos e construção civil.*	*O projeto atual necessita de ser revisado, com elaboração de projetos complementares para valores serem planilhados: necessitará contratação empresa especializada*	*R$ 75.000,00 (Contratação de projetos)*
At05.b: Submeter o projeto de ampliação para aprovação da EBSERH	*RH, Processos de Trabalho, TI*	*DESCENTRALIZAÇÃO DE RECURSO EBSERH*	*Falta de informações*
At05.c: Adequar a estrutura a área física	*RH, Processos de Trabalho, TI*	*DESCENTRALIZAÇÃO DE RECURSO EBSERH*	*Falta de informações*
MP1NC3 - Ação 06: Estruturar a gestão da manutenção das áreas físicas e equipamentos do HUCAM.		*recursos fixos próprios, descentralização de recurso - EBSERH-sede por meio de PT*	*R$ 6.760.000,00*
At06.a : Implantar o Setor de Engenharia Clínica.	*RH (terceirização de serviços técnicos de apoio), processos de trabalho, área física, equipamentos, ferramentas, mobiliários, TI (software de gestão).*	*Internalizar o Setor de Engenharia Clínica no Hospital por meio da adequação de nova área para atual Governança. Disponibilidade do Software pela Sede.*	*R$ 300.000,00*
At06.b: Planejar e desenvolver programas de capacitação em função das especificidades dos equipamentos.	*RH, processos de trabalho, capacitação.*	*capacitação definida em Edital*	*Não se aplica*
At06.c: Atualizar acervo de equipamentos e mapa da infraestrutura.	*RH, processos de trabalho.*	-	*Não se aplica*
At06.d: Estabelecer contrato de manutenção predial preventiva e corretiva.	*RH, processos de trabalho e contratos.*	*Contrato de adequação da área física, sendo, R$ 960.000 para 2014 e R$ 2.000.000 para 2015.*	*R$ 960.000,00 Contrato para 2014)* *R$ 2.000.000,00 (Contrato para 2015)*
At06.e: Estabelecer contrato de manutenção de parque tecnológico preventiva e corretiva.	*RH, processos de trabalho e contratos.*	*Cobertura de 100% dos equipamentos.*	*R$ 3.500.000,00*
At06.f: Padronizar instrumentos do processo de compras de equipamentos e serviços médico-hospitalares.	*RH, processos de trabalho.*	*Otimizar recursos*	*Não se aplica*
MP1NC3 - Ação 07: Construção do novo ambulatório do HUCAM.	*Terceirização de serviços técnicos de apoio, processos de trabalho, área física, equipamentos, ferramentas, mobiliários.*	*recursos fixos próprios, descentralização de recurso - EBSERH-sede por meio de PT*	*R$ 36.000.000,00*
At07.a : Definir Plano Diretor Físico do HUCAM para escolha do local do novo Ambulatório.	*RH, processos de trabalho, capacitação (Projeto de Capacitação e Planos Diretores dos HUs - Sírio/EBSERH)*	*Governança do HUCAM definindo seus Macroproblemas e nós críticos bem como as estratégias para superá-los;* *Suporte técnico de consultores - Sírio Libanês e Everis Health*	*Recursos EBSERH-sede*
At.07.b: Dimensionar necessidade de salas de apoio, auditórios, ilhas pedagógicas e consultórios tipo 1 e tipo 2.	*RH, processos de trabalho.*	*Recursos fixos próprios.*	*Não se aplica*
At.07.c: Dimensionar necessidade de novas vagas de estacionamento e contratar empresa para 48 novas vagas.	*RH, empresa especializada em soluções para estacionamento e garagens.*	*Licitação de empresa especializada para ampliar o nº de vagas de estacionamento considerando a ocupação dos espaços do Hus*	*Estimativa de R$ 1 milhão*
At.07.d: Fazer Projeto para novo Ambulatório.	*Prestação de serviço de empresa especializada para elaboração de projeto básico e executivo (complementares)*	*Processo licitatório*	*Estimativa de R$ 5 milhões*
At.07.e: Construir novo Ambulatório	*Prestação de serviço de empresa especializada em obras hospitalares*	*Vencedora do processo licitatório; Descentralização de recursos EBSERH-sede*	*Estimativa inicial de 30 milhões*
MP1NC4 - Ação 08: Ampliar a cobertura de TI no HUCAM e integrar políticas e planejamento de sistemas.		*recursos fixos próprios, descentralização de recurso - EBSERH-sede por meio de PT*	*R$ 1.626.000,00*
At08.a: Elaborar o PDTIC no âmbito do HUCAM.	*RH, processos*	*Recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At08.b: Implantar e estruturar o setor de TI no HUCAM conforme novo organograma.	*RH, processos de trabalho, equipamentos, capacitação, serviços de terceiros e obra.*	*descentralização de recursos por meio de PT - EBSERH-sede*	*R$ 10.000,00 (Obra)* *R$ 22.000,00 (Capacitação)* *R$ 5.000,00 (Mobiliários)* *R$ 250.000,00 (Sistemas)*
At08.c: Estruturar a rede lógica do HUCAM.	*RH, equipamentos.*	*Execução do projeto pela Ebserh/Sede*	*R$ 1.149.000,00 (380 computadores)*
At08.d: Construir uma nova subestação elétrica e modernização da rede elétrica.	*RH, projeto da Ebserh/Sede*	*Custo Ebserh/Sede*	*Não se aplica*
At08.e: Instalar novo Data Center para o HUCAM.	*RH, projeto da Ebserh/Sede*	*Custo Ebserh/Sede*	*R$ 80.000,00*
At08.f: Contratar fornecedor de banda larga.	*RH, equipamentos, contratos com terceiros (fornecimento da banda larga)*	*Disponibilidade de recursos pela Ebserh/Sede*	*R$ 110.000,00*
At08.g: Adaptar área física para implantação dos sistemas de informação nos locais de trabalho.	*RH, mobiliário, equipamentos, contratos com terceiros (infraestrutura)*	*Resgatar e avaliar o levantamento anterior entre Ebserh/Sede e PU/UFES.*	*Não se aplica*
At08.h: Promover envolvimento e capacitação dos colaboradores do HUCAM no novo sistema AGHU (Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários).	*processos de trabalho, RH, TI*	*Implantação dos módulos do AGHU*	*Não se aplica*
MP2NC5 - Ação 09 - Implantar a Unidade de Planejamento.	*RH, processos de trabalho, equipamentos, mobiliários, estrutura física, TI, capacitação.*	*Capacitação, RH, disponibilidade de TI, equipamentos e mobiliários.*	*R$ 90.000,00*
At09.a - Estruturar o funcionamento da Unidade.	*RH, processos de trabalho, equipamentos, mobiliários, estrutura física, TI, capacitação.*	*Capacitação, RH, disponibilidade de TI, equipamentos e mobiliários.*	*R$ 80.000,00 (Capacitação)* *R$ 10.000,00 (Sistemas)*

MP2NC5 - Ação 10 - Informatizar os processos hospitalares com a implantação do AGHU, acompanhada de aprimoramento da cultura de gestão por processos e governança.		*recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At 10.a - Desenvolver metodologia para documentação, desenvolvimento e atualização de Protocolos e de Procedimento Operacional Padrão (POP).	*processos de trabalho, RH, TI*	*Recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At 10.b - Elaborar tábua de indicadores de desempenho das áreas gerenciais.	*processos de trabalho, RH, TI*	*Recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
MP2NC5 - Ação 11: Elaborar o orçamento com horizonte superior a um ano e articulado com o Planejamento Estratégico.		*recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At 11.a - Definir as necessidades de investimento de longo prazo no planejamento orçamentário de longo prazo.	*processos de trabalho, RH, TI*	*Recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At 11.b - Revisar a contratualização para incluir todos os procedimentos realizados e das metas operacionais.	*processos de trabalho, RH*	*Recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At 11.c - Difundir as metas e indicadores do Documento Descritivo do processo de contratualização versus a produção de cada área do HU.	*processos de trabalho, RH, comunicação interna, capacitação*	*Recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At 11.d - Desenvolver planos de contingência, procedimentos e sistemas que garantam a continuidade do atendimento em caso de situações adversas e de emergência.	*processos de trabalho, RH, comunicação interna, capacitação*	*Recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
MP2NC5 - Ação 12: Instituir gestão de documentos.		*recursos fixos próprios*	*R$ 600.000,00*
At 12.a - Contratar empresa para desenvolver projeto gestão de documentos, com área física etc.	*RH, TI, Contratação com terceiros, Capacitação, equipamentos, mobiliários*	*Área física adequada para guarda e gestão de documentos*	*R$ 600.000,00 (Adequação de área física)*
At 12.b - Elaborar normas e políticas para gerenciamento de documentos conformidade com legislação específica que versa sobre tratamento e acondicionamento (guarda) – Lei nº. 8.159 de 8 de janeiro de 1991. e CONARQ	*RH, processos de trabalho*	*Recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
MP2NC6 - Ação 13 - Elaborar fluxograma dos processos de contratação de bens e serviços.		*recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At13.a - Desenhar as rotinas com determinação de prazos por etapa considerando critérios de prioridade (curva XYZ)	*RH, processos de trabalho, TI*	*Contratualizar rotinas com as chefias das Unidades do Hucam/Ebserh*	*Não se aplica*
At13.b - Identificar gargalos nas operações de contratações de bens e serviços.	*RH, processos de trabalho, TI*	*Recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At13.c - Padronizar os instrumentos para processos licitatórios- edital, termo de referência e contrato.	*RH, processos de trabalho, TI*	*Recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At13.d- Informatizar todo trâmite de compra e criar o processo eletrônico utilizando o MS DATA.	*RH, processos de trabalho, TI*	*Recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
MP2NC6 - Ação 14 - Capacitar os gerentes e chefes de divisão para as melhores práticas na elaboração de termo de referência para contratação de serviços.		*recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
A14.a- Realizar atividades de orientação sobre normas e procedimentos de compras de serviço	*Capacitação, RH, processos de trabalho*	*Recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
MP2NC6 - Ação 15 - Adequar a área física da Divisão Administrativa Financeira		*recursos fixos próprios, descentralização de recurso - EBSERH-sede por meio de PT*	*R$ 335.000,00*
A15.a- Construir um espaço para acomodação das equipes de compras, licitação, contratos, orçamento e contabilidade.	*Obras, mobiliários e equipamentos*	*Disponibilidade de recursos pela Ebserh/Sede*	*Obras: R$ 300.000,00 R$ 15.000,00 (Mobiliários) R$ 20.000,00 (Equipamentos)*
MP2NC6 - Ação 16 - Padronização dos instrumentos dos processos de trabalho.		*recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At.16.a - Construir o mapeamento dos processos de trabalho de cada setor.	*RH, processos de trabalho, TI*	*Recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At.16.b - Construir os Procedimentos Operacionais Padrão relativos a cada setor.	*RH, processos de trabalho, TI*	*Recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At.16.c - Validação dos POPs.	*RH, processos de trabalho, TI*	*Recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At.16.d - Capacitação em serviço.	*RH, Oficinas Internas, TI*	*Recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At.16.e - Levantar os riscos inerentes dos processos de trabalho de cada setor.	*processos de trabalho, RH e TI*	*Recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
MP2NC7 - Ação 17 - Elaborar os Procedimentos Operacionais Padrão relativos a cada Unidade de Serviço.		*recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At17.a - Instruir as chefias para a atualização/ elaboração dos POPs.	*RH, processos de trabalho, capacitação.*	*Recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At17.b -Validar os POPs elaborados pelas chefias de cada Unidade.	*RH, processos de trabalho, capacitação.*	*Recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At17.c - Capacitar os colaboradores sobre os POPs específicos de cada Unidade de Serviço.	*RH, processos de trabalho, capacitação.*	*Recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
MP2NC8 - Ação 18 - Estabelecer uma política de comunicação interna e externa.		*recursos fixos próprios, descentralização de recurso - EBSERH-sede por meio de PT*	*R$ 780.000,00*
At18.a - Definir política de comunicação.	*Consultoria da EBSERH/Sede e UFES. Comunicação escrita, site, redes sociais, mídia tradicional.*	*Recursos fixos próprios / Ebserh/Sede*	*Não se aplica*
At18.b - Implantar política de comunicação	*Mídia impressa e eletrônica*	*RH, processos de trabalho, TI*	*R$ 500.000,00 (Mídias)*

At18.c - Divulgar as informações gerenciais, assistenciais e administrativas, de forma transparente e contínua utilizando todos os meios de comunicação (tv, rádio, internet, mídia impressa, e outros).	*Mídia impressa e eletrônica*	*RH, processos de trabalho, TI*	*R$ 140.000,00 (Mídias)*
At18.d - Criar o Portal HUCAM e atualizar as informações em tempo real.	*RH, TI*	*Parceria com a UFES na implantação do Drupal (Gerenciador de Conteúdos para Web)*	*Não se aplica*
At18.e - Regularizar a tiragem mensal do informativo HUCAM.	*Mídia impressa e eletrônica*	*RH, processos de trabalho, TI*	*R$ 140.000,00 (Mídias)*
MP2NC9 - Ação 19 - Instituir os colegiados gestores e o macro colegiado gestor.		*recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At19.a - Normatizar o funcionamento e as competências de cada colegiado gestor por linha de cuidado e administrativo.	*processos de trabalho, RH, TI*	*recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At19.b - Divulgar as atividades desenvolvidas por cada colegiado gestor .	*Portal Hucam/Ebserh, mídia impressa e eletrônica*	*MP2NC8 - At3*	*Não se aplica*
At19.c - Criar um canal de diálogo permanente entre a governança e a comunidade hospitalar.	*Portal Hucam/Ebserh, mídia impressa e eletrônica*	*MP2NC8 - At3*	*Não se aplica*
MP2NC10 - Ação 20 - Instituir um Programa de Educação Permanente para gestores e colaboradores.		*recursos fixos próprios, descentralização de recurso - EBSERH-sede por meio de PT*	*R$ 1.800.000,00*
At20.a - Mapear as competências dos colaboradores e gestores.	*processos de trabalho, RH, TI*	*recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At20.b - Definir quem serão os facilitadores do Programa a partir das competências chave identificadas.	*RH, TI, processos de trabalho*	*recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At20.c - Desenvolver as metodologias de capacitação do Programa e avaliação de desempenho institucional e individual.	*RH, TI, processos de trabalho*	*recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At20.d - Implantação do Programa de Educação Permanente.	*RH, Consultorias, prestadores de serviços PF e PJ, Instituições parceiras públicas/privadas.*	*recursos próprios e Ebserh/Sede*	*1.800.000,00*
MP2NC11 - Ação 21 - Consolidar a Política de Segurança do Paciente.	*RH, TI, processos de trabalho, comunicação interna e externa*	*recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At21.a - Instituir as ações para segurança do paciente estabelecidas na RDC Nº 36/2013.	*RH, TI, processos de trabalho*	*recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
MP2NC11 - Ação 22 - Instituir o Núcleo de Gestão da Qualidade.	*RH, TI, processos de trabalho, comunicação interna e externa*	*recursos fixos próprios*	*R$ 284.000,00*
At22.a- Determinar as ações estratégicas em colegiado gestor para acreditação do hospital.	*RH, Processos de Trabalho, TI, Consultoria Externa*	*contratação de prestador de serviços (Pessoa física e Jurídica)*	*Não se aplica*
At22.b - Contratar uma Empresa Certificadora para acreditação hospitalar.	*Contratação de Pessoa Jurídica*	*Empresa Contratada*	*R$ 34.000,00*
At22.c - Implementar como política de educação permanente a qualidade total junto com os setores e unidades, realizando oficinas e cursos.	*Contratação de Pessoa Jurídica para capacitação com vistas à acreditação*	*Empresa Contratada*	*250.000,00 qualificação da equipe*
MP3NC12 - Ação 23 - Propor à Secretaria Estadual de Saúde um espaço formal de pactuação nas áreas de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão.	*SESA, HUCAM, Colaboradores Externos, UFES*	*Interesses SESA, HUCAM, UFES*	*Não se aplica*
At23.a - Estabelecer contrato interno de gestão com as Unidades sobre a capacidade de oferta de serviços e ações, antes da negociação com o Gestor.	*Governança, Colaboradores, Capacitação*	*Capacitação (recursos fixo próprios)*	*Não se aplica*
MP3NC12 -Ação 24: Desenvolver ações para habilitar o Hospital como Centro Estadual de referência.	*SESA, HUCAM, Colaboradores Externos, UFES*	*Interesses SESA, HUCAM, UFES*	*Não se aplica*
At24.a - Atender às diretrizes e requisitos estabelecidos pelas portarias vigentes de classificação e credenciamentos de serviços na área de saúde.	*SESA, HUCAM, Colaboradores Externos, UFES.*	*Interesses SESA, HUCAM, UFES.*	*Não se aplica*
MP3NC13 - Ação 25 - Desenvolver Unidade de Processamento da Informação Assistencial em Saúde.		*recursos fixos próprios, descentralização de recurso - EBSERH-sede por meio de PT*	*R$ 2.000.000,00*
At25.a - Desenvolver Unidade de Processamento da Informação Assistencial em Saúde.	*RH, TI, Processos trabalho, Estrutura organizacional*	*Recursos fixo próprios*	*Não se aplica*
At25.b- Reestruturar o SAME.	*RH, TI, Equipamentos, mobiliário, Infraestrutura*	*Digitalização, Restauro de documentos, Armários deslizantes, AGHU, Insumos de papelaria. Descentralização de recursos EBSERH-sede por meio de PT*	*R$ 2.000.000,00*
At25.c - Implantar Sistemas de Regulação dos Gestores (AGHU/MV/SISREG).	*RH, TI, Equipamentos, Capacitação SESA, mobiliário, Infraestrutura, Processo de trabalho*	*Estruturar as áreas de trabalho. Recursos próprios e descentralização de recursos da EBSERH-sede por meio de PT*	*Contemplado na DGTTI*
At25.x - Gerenciar o Processamento das Informações em Saúde.	*RH, TI, Capacitação, Processo de trabalho*	*Recursos fixos Próprios*	*Não se aplica*
At25.d - Atualizar dados no CNES (profissionais e Instituição) e estabelecer rotinas de atualização.	*RH, TI, Capacitação, Processo de trabalho, SESA*	*Recursos fixos Próprios*	*Não se aplica*
MP3NC13 - Ação 26 - Disponibilizar ao gestor estadual consultas, exames, leitos para regulação, a partir da pactuação estabelecida.		*recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At26.a- Implantar a regulação de leitos 24 horas; consultas e apoio diagnóstico;	*RH, TI, Capacitação, Processo de trabalho, SESA*	*Recursos fixos Próprios*	*Não se aplica*
At26.b - Definir protocolos para referência e contrarreferência.	*RH, TI, Capacitação, Processo de trabalho, SESA*	*Recursos fixos Próprios*	*Não se aplica*
At26.c - Pactuar com o estado e municípios o fluxo da contrarreferência.	*RH, TI, Capacitação, Processo de trabalho, SESA*	*Recursos fixos Próprios*	*Não se aplica*

MP3NC13 - Ação 27 - Consolidar o Monitoramento e avaliação em saúde		*recursos fixos próprios*	*Não se aplica*
At27.a - Desenvolver a Unidade de Monitoramento e Avaliação em Saúde.	*RH, TI, Capacitação, Processo de trabalho, SESA*	*Recursos fixos Próprios*	*Não se aplica*
At27.b - Implantar a Auditoria Clínica.	*RH, TI, Capacitação, Processo de trabalho, Colaboradores*	*Recursos fixos Próprios*	*Não se aplica*
At27.c - Definir os indicadores de avaliação de desempenho em Saúde do HU.	*RH, TI, Capacitação, Processo de trabalho, Colaboradores*	*Recursos fixos Próprios*	*Não se aplica*
At27.d - Implantar e avaliar os indicadores.	*RH, TI, Capacitação, Processo de trabalho, Colaboradores*	*Recursos fixos Próprios*	*Não se aplica*
At27.e - Implantar protocolos clínicos.	*RH, TI, Capacitação, Processo de trabalho, Colaboradores*	*Recursos fixos Próprios*	*Não se aplica*
MP3NC14 - Ação 28 - Implantar e Consolidar o funcionamento pleno das linhas de cuidado	*RH, processos de trabalho, OBRAS, capacitação/consultoria/suporte técnico EBSERH SEDE*	*Recursos fixos Próprios, OBRAS, capacitação/consultoria/suporte técnico EBSERH SEDE*	
At28.a - Desenvolver protocolos para operacionalizar as Linhas de Cuidado envolvendo as áreas e trabalhadores assistenciais neste processo.	*RH, processos de trabalho e capacitação/consultoria/suporte técnico EBSERH SEDE*	*Recursos fixos Próprios, capacitação/consultoria/suporte técnico EBSERH SEDE*	*já contemplado em outras ações do PDE*
At28.b - Implantar as linhas de cuidado pactuadas, a saber, materno-infantil, da mulher, da criança, respiratório, cardiovascular e psicossocial.	*RH, processos de trabalho, adequação de área física, capacitação/consultoria/suporte técnico EBSERH SEDE*	*Recursos fixos Próprios, adequação de área física, capacitação/consultoria/suporte técnico EBSERH SEDE*	*Todas os custos para desenvolver as ações necessárias para implantar as Linhas de cuidados foram contempladas no PDE como obras de adequação, ampliação e manutenções predial e dos equipamentos; organização e adequação da logística de suprimentos; ampliação da rede lógica e cobertura de TI; Educação Permanente em Saúde e implementação das políticas de segurança do paciente e de qualidade total.*
At28.c - Reformular as rotinas multiprofissionais centradas no paciente, p.ex., passagem de plantão, visitas multiprofissionais, desenvolvimento de plano de cuidado individualizado, entre outros.	*RH, processos de trabalho e capacitação/consultoria/suporte técnico EBSERH SEDE*	*Recursos fixos Próprios, capacitação/consultoria/suporte técnico EBSERH SEDE*	*já contemplado em outras ações do PDE*
MP3NC15 - Ação 29: Socializar e pactuar a contratualização com os colaboradores do HUCAM, fornecendo ferramentas para a execução das metas, acompanhando o indicador individual de cada unidade.	*RH, processos de trabalho e capacitação/consultoria/suporte técnico EBSERH SEDE/ SESA-ES*	*Recursos fixos Próprios, capacitação/consultoria/suporte técnico EBSERH SEDE/ SESA-ES*	*Não se aplica*
At. 29.a - Criação de programa de capacitação de trabalhadores com socialização das metas contratualizadas.	*RH, processos de trabalho e capacitação/consultoria/suporte técnico EBSERH SEDE*	*Recursos fixos Próprios, capacitação/consultoria/suporte técnico EBSERH SEDE*	*Não se aplica*
At. 29.b - Revisar a contratualização para incluir todos os procedimentos realizados e as metas operacionais.	*RH, processos de trabalho e capacitação/consultoria/suporte técnico EBSERH SEDE/ SESA-ES*	*Recursos fixos Próprios, capacitação/consultoria/suporte técnico EBSERH SEDE/ SESA-ES*	*Não se aplica*
At. 29.c - Revisar o organograma, para descrever papéis e responsabilidades dos colaboradores e institucionalizar a relação entre as áreas administrativas e assistenciais.	*RH, processos de trabalho e capacitação/consultoria/suporte técnico EBSERH SEDE*	*Recursos fixos Próprios, capacitação/consultoria/suporte técnico EBSERH SEDE*	*Não se aplica*
At. 29.d - Ampliar a informatização dos processos hospitalares com a implantação do AGHU, acompanhada de aprimoramento da cultura de gestão por processo e governança			
At. 29.e - Definir indicadores periódicos para acompanhamento dos relatórios gerenciais para tomada de decisão.	*RH, processos de trabalho e capacitação/consultoria/suporte técnico EBSERH SEDE/ SESA-ES*	*Recursos fixos Próprios, capacitação/consultoria/suporte técnico EBSERH SEDE/ SESA-ES*	*Não se aplica*
At. 29.f - Formalizar contrato interno de gestão com as Unidades	*RH, processos de trabalho e capacitação/consultoria/suporte técnico EBSERH SEDE*	*Recursos fixos Próprios, capacitação/consultoria/suporte técnico EBSERH SEDE*	*Não se aplica*
MP3NC16 - Ação 30: Implantar a Regulação Assistencial Interna de Leitos, Consultas e SADT.	*RH, processos de trabalho e capacitação/TI, equipamentos, mobiliário*	*Recursos fixos Próprios, capacitação/equipamentos, mobiliário*	*Não se aplica*
At 30.a - Instituir a Unidade de Regulação Assistencial para Regulação de leitos, consultas e SADT.	*RH, processos de trabalho e capacitação/TI, equipamentos, mobiliário*	*Recursos fixos Próprios, capacitação/equipamentos, mobiliário*	*Não se aplica*
At 30.b - Definir indicadores periódicos e os monitorar por meio de relatórios gerenciais .	*RH, processos de trabalho e capacitação/TI*	*Recursos fixos Próprios*	*Não se aplica*
At 30.d - Perfilizar os leitos.	*RH, processos de trabalho e capacitação/TI*	*Recursos fixos Próprios*	*Não se aplica*

MP3NC17 - Ação 31: Aumentar o conhecimento dos colaboradores sobre o hospital quanto à sua estrutura organizacional e o seu papel enquanto HU inserido na rede SUS.	*RH, processos de trabalho e capacitação/TI*	*Recursos fixos Próprios*	*Não se aplica*
At31.a: Promover atividades educativas visando maior aproximação e integração entre os serviços e a academia.	*RH, processos de trabalho e capacitação/TI*	*Recursos fixos Próprios*	*Não se aplica*
At31.b: Implementar canais internos e externos que divulguem os valores da organização e os resultados das atividades desenvolvidas.	*RH, processos de trabalho e capacitação/TI*	*Recursos fixos Próprios? Parte recursos incluído na ação 1 do MP2NC8*	*Não se aplica*
At31.c: Promover atividades educativas voltadas para capacitação dos colaboradores nas políticas públicas de saúde.	*RH, processos de trabalho e capacitação/TI*	*Recursos fixos Próprios*	*Não se aplica*
At31.d: Instituir política de premiação considerando cumprimento de metas.	*RH, processos de trabalho e capacitação/TI*	*Recursos fixos Próprios*	*Não se aplica*
		Total	**58.377.353,80**

ANEXO 2

UNIVERISDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO – UFES
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MOARES – HUCAM

PROGRAMA DE DESENVOLIMENTO GERENCIAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO DE MOARES - HUCAM

Vitória/ES

Jose Rubens Rebelato
Presidente da EBSERH

Luiz Alberto Sobral Vieira Junior
Superintendente do HUCAM/Filial EBSERH

Jeanne Liliane Marlene Michel

Diretora de Gestão de Pessoas da EBSERH

Rogério Luiz Scapini
Gerente Administrativo – HUCAM/Filial EBSERH

Joanna Barros de Jaegher
Gerente de Atenção à Saúde - HUCAM/Filial EBSERH

Rosangela Maria Luchi
Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas – EBSERH/Filial EBSERH

Elaboração:

Rosangela Maria Luchi

Júlio Cesar da Silva

Contextualização

O Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes – HUCAM, fundado em 20 de novembro de 1967, mais conhecido como Hospital das Clinicas , é referência no ES para o atendimento em várias especialidades. Destaca-se como Centro de referência para diagnóstico e tratamento de AIDS, Tuberculose Multirresistente, Transplante Renal, Cirurgia Geral e Cardíaca, Terapia Intensiva Neonatal e de Adulto e outros atendimentos de maior complexidade. O Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes - HUCAM, por meio de um acordo entre a Universidade Federal do Espírito Santo e o governo do Estado que cedeu a área até então destinada ao Sanatório Getúlio Vargas, permitiu a instalação do Hospital das Clínicas da UFES, um sonho acalentado por professores e estudantes do curso de medicina da Instituição. Ao longo de sua história o HUCAM transformou-se em referencial para o ensino e pesquisa em ciência da Saúde, destacando-se também pela qualidade da assistência oferecida à população do Espírito Santo. Sua abrangência cobre além do ES, regiões circunvizinhas dos estados da Bahia e Minas Gerais, sendo grande o fluxo de pacientes dessas regiões que buscam atendimento no HUCAM.

Ao longo dos últimos anos o hospital vem sofrendo com a falta de apoio político e de recursos levando a sua estrutura física a enfrentar problemas estruturais, de equipamentos e de falta de recursos humanos. A ausência de políticas institucionais aliada a gestões pouco qualificadas levaram os hospitais universitários de modo geral a precariedade no atendimento e problemas de credibilidade de sua gestão junto à comunidade acadêmica e junto aos usuários dos serviços de saúde.

Com a assinatura do contrato entre a Universidade Federal do Espírito Santo e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH , o HUCAM passa a vislumbrar novos tempos onde se pretende resgatar o seu papel de órgão público, espaço de práticas de ensino e pesquisa na área de saúde, prestação de serviços de assistência de qualidade atendendo as demandas existentes que ao longo do tempo foram reprimidas.

O Hospital começa então a vislumbrar a retomada do crescimento, da modernização e do espaço formador para práticas do ensino, da pesquisa científica e do

atendimento ao cidadão menos favorecido, buscando o reconhecimento dos órgãos gestores de saúde e especialmente da sociedade capixaba.

Justificativa

A ausência de políticas de gestão, a fragmentação das atividades, as dificuldades na implementação de programas, projetos e ações são alguns dos desafios enfrentados na gestão hospitalar, desencadeando outros, tanto no nível tático como no operacional e que para vencê-los é fundamental estabelecer diretrizes pautadas no respeito, no compromisso, na ética e na capacidade de articular seus diversos atores. Nesse contexto é que propomos o projeto de "**Capacitação dos Gestores do HUCAM**".

A pouca qualificação dos gestores identificada internamente, pela fragilidade na condução dos processos de trabalho, também está referendada como um dos processos críticos pela equipe que participa do curso no Hospital Sírio Libanês.

O bom desempenho da equipe de gestão do HUCAM passa necessariamente pelo alinhamento dos conhecimentos, da compreensão dos objetivos estratégicos e das metas do hospital, de ter consciência da função gerencial tais como planejamento, organização, coordenação e controle das atividades inerentes a sua função. Tão importante também é o desenvolvimento de novas competências, habilidades e atitudes.

Ao longo dos anos praticamente não houve investimento em capacitação nem dos gestores e nem dos colaboradores. As iniciativas na área, além de insuficientes em quantidade e qualidade, não priorizou a área de gestão.

Outra percepção relevante são os conflitos existentes entre gestores e colaboradores e entre unidades, gerando uma competição interna que dificulta a qualidade e a confiabilidade da comunicação e das informações, a integração e o compartilhamento dos conhecimentos. Esses conflitos também impactam no processo de crescimento, modernização e inovação.

Líderes capacitados, que conhecem e gerenciam suas unidades de forma efetiva gera valor as atividades e produz resultados que confere credibilidade a gestão e

aos processos de trabalho além de gastar bem os recursos públicos, atendendo da melhor maneira possível às demandas da população, promovendo o desenvolvimento do hospital e da qualidade dos serviços de assistência, ensino e pesquisa. Para atingir esses objetivos devemos formular políticas públicas para a área de atuação, implementando essas políticas e gerindo bem os recursos disponibilizados.

Objetivo Geral

O objetivo do Programa de Desenvolvimento Gerencial do HUCAM é construir o Significado de “ser” gestor público produzindo as competências requeridas, de forma a gerar maior valor e resultado e melhor qualidade de vida para a sociedade

Objetivos Específicos

- Construir o significado de ser gestor público na área de saúde
- Gerar valor e resultado para o hospital com qualidade na prestação dos serviços de assistência
- Promover e consolidar as ações gerenciais mediante o desenvolvimento de novos conhecimentos
- Dar foco ao processo comportamental solidificando as atitudes e habilidades necessárias aos gestores para transformarem as competências aprendidas em entregas para a sociedade;

- Definir as competências estratégicas do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes;
- Criar um modelo de desenvolvimento diferenciado para os gestores considerados estratégicos, táticos e operacionais;
- Instituir uma lógica do Desenvolvimento Gerencial continuado com o objetivo de propiciar aos gestores “trilhas” para seu auto desenvolvimento, tendo assim uma nova visão.
- Institucionalizar o processo de avaliação de impacto do que está sendo propiciado enquanto conhecimento e o resultado deste conhecimento na prática do gestor público de saúde

- Capacitar os gestores a realizarem a evolução de uma cultura organizacional com foco em resultados;
- Criar possibilidades e ambiência para o alinhamento dos esforços entre os diversos níveis e funções de gestores visando à obtenção dos objetivos estabelecidos;
- Desenvolver nos gestores condições técnicas para o acompanhamento e avaliação da evolução no desempenho de suas equipes,
- Promover o intercâmbio entre os participantes, visando à troca de experiências;
- Melhorar a capacidade dos executivos de promover as mudanças culturais necessárias, visando produzir mais e melhores entregas para a sociedade;

Conteúdos e desenvolvimento

São os gestores que concentram e dirigem os esforços para o alcance dos objetivos estabelecidos. Precisamos tratar este grupo de líderes de forma especial e diferenciada, promovendo o seu desenvolvimento de maneira sistemática e progressiva, de modo que estejam sempre prontos para enfrentar os desafios existentes na jornada rumo a excelência na Gestão Pública.

Assim, as ações planejados para integrar o **Programa de Desenvolvimento Gerencial**, são: Curso, Seminários, Palestras e Oficinas de Trabalho conforme abaixo descrito:

Curso de Desenvolvimento de Competências Estratégicas integrado pelos seguintes módulos:

- Módulo I - Orientação para Resultados e Visão Sistêmica
- Módulo II – Gestão por Processos
- Módulo III- Liderança e Desenvolvimento de Equipes
- Módulo IV - Gerenciamento da Mudança e de Crise

A carga horária de cada módulo deverá ser executada com 08 horas, sendo um módulo a cada 15 dias ou um por mês, preferencialmente em ambiente físico fora do

ambiente hospitalar. Essa prática permitirá que o gestor fique totalmente voltado para a capacitação, devendo se liberar de todo e qualquer compromisso.

Palestras: as palestras deverão abordar temas atuais da nova gestão pública, específicos de saúde e motivacional.

Temas propostos:

- Os desafios do Gestor Público na área de Saúde
- A Arte de Liderar: buscando motivação para impulsionar resultados

Oficinas: serão realizadas oficinas de trabalho para construção de indicadores e ferramentas para avaliação e monitoramento das atividades. Em 2014 a proposta é realizar 02 oficinas.

Publico Alvo

Deverão participar do Programa de Desenvolvimento Gerencial do HUCAM os Gerentes, Chefes de Divisão, Chefes de Setor e Chefes de Unidade, assessores auditor e ouvidor nomeados dentro da estrutura organizacional do hospital.

Excepcionalmente e a critério do Superintendente poderá ser disponibilizada até 05 vagas para gestores da Universidade Federal do Espírito Santo

Número de Vagas e de turmas

Serão disponibilizadas 70 vagas.

Execução do Programa

Considerando a expertise de âmbito internacional sugerimos a contratação da **Fundação Dom Cabral** que é um centro de desenvolvimento de executivos e organizações que há mais de 30 anos pratica o diálogo e a escuta comprometida , recebendo anualmente mais de 22 mil gestores públicos e privados em seus programas. Centro internacional alinhado com as mais modernas tecnologias de gestão, à FDC mantém alianças e acordos estratégicos com renomadas escolas na Europa, Ásia, Estados Unidos e Américas. Há mais de 05 anos é classificada pelo

jornal Financial Times entre as melhores escolas de negócio do mundo ocupando a 3ª posição no mundo e a 1ª na América Latina. Possui certificações internacionais como EQUIS e AMBA e a participação em associações no exterior também atestam a qualidade e o caráter global dos programas da FDC.

Diferencia-se das escolas tradicionais porque é orientada para formar equipes que vão interagir crítica e estrategicamente dentro das organizações, resultado da conexão entre teoria e prática de efetivas tecnologias de gestão. Mais que trabalhar para uma organização, a Fundação Dom Cabral trabalha **com** as organizações, reunindo aprendizagens e promovendo intercâmbio de experiências para a renovação constante do conhecimento. As soluções educacionais oferecidas pela FDC combinam: **programas abertos, customizados, empresariais, especialização, MBA e mestrado.**

Outra sugestão de instituição com expertise na área de gestão é a Fundação Getúlio Vargas que atua há a mais de 30 anos em programas de capacitação na área pública. Essas opções certamente dependem da existência de recursos financeiros disponíveis.

Estrutura Física e Pedagógica necessária

Para execução do programa é necessário a contratação da seguinte estrutura:

- 01 sala de aula com capacidade para até 70 pessoas, em formato de mesa redonda com 05 pessoas em cada mesa, com toalha, cadeiras confortáveis e ambiente climatizado
- Recursos audiovisuais – notebook com o pacote office instalado e atualizado ,datashow e tela branca para projeção em sala de aula
- 01 microfone de lapela e 02 tipo sorvetão, com caixas acústicas
- 01 sala para a secretaria do curso com mesas em **“U”** , 04 cadeiras, computador com impressora colorida , acesso à internet e linha telefônica
- Serviços de coffee break , sendo 02 por dia, um pela manhã e outro a tarde servindo café com e sem açúcar, 02 tipos de sucos, mini sanduíches, 02 tipos de frutas da estação.
- Café e agua na sala de aula durante as aulas
- 10 flipchart para sala de aula e 02 para o hall de entrada

- Local e mesa para o credenciamento dos participantes próximo ao local da realização do curso
- Banheiros masculino e feminino próximo à sala de aula devendo ser mantidos limpos e em condições de uso.

Para a realização das palestras poderá ser usado o Auditório do Elefante Branco assim como salas de aulas existentes na estrutura do CCS para a execução das oficinas.

Carga horária

A carga horária total do Programa de Desenvolvimento Gerencial é de 32 horas para o curso, 04 horas para as palestras e 16 horas para as oficinas de trabalho

Certificação

A frequência dos participantes é condição obrigatória para recebimento do certificado que deverá ser emitido pela instituição contratada e assinado em conjunto pela EBSERH e Superintendente do HUCAM.

Frequência

A percentual de frequência estabelecido é de no mínimo 80% em cada módulo. Não alcançando o percentual de frequência estabelecido o participante receberá certificado com carga horária proporcional em cada módulo. Se a frequência for igual ou inferior a 50% no total da carga horária do curso o participante receberá declaração de participação. As justificativas, caso sejam necessárias devem ser encaminhadas a secretaria da instituição executora para análise.

Avaliação

Será aplicada avaliação de reação ao término de cada módulo conforme modelo a ser instituído pela instituição executora

Produto

Ao termino do curso os gestores deverão elaborar o Plano de Trabalho de sua unidade considerando os conteúdos de aprendizagem do curso e encaminhar a sua

chefia imediata que consolidará o plano junto com as chefias superiores e respectivas gerencias a que estiverem subordinados.

Campo de Aplicação e Aprendizagem

Os gestores deverão aplicar os conteúdos aprendidos em suas unidades de trabalho devendo disseminá-los junto às equipes de colaboradores.

Resultados Esperados

- Modernização das ferramentas de trabalho com otimização das atividades
- Processos de trabalho bem definidos, claros e compartilhados
- Melhoria das relações interpessoais entre gestores e colaboradores
- Cidadãos satisfeitos com os serviços de assistência
- Gestão hospitalar de qualidade com geração de valor interno e externo
- Maior eficiência e desburocratização dos processos e procedimentos
- Comunicação eficiente dos programas, projetos e ações com as equipes internas e público externo
- Gestores motivados, comprometidos e integrados a gestão do HUCAM contribuindo com o processo de mudança

Elaboração:

Rosangela Maria Luchi – Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas
Júlio Cesar da Silva - Administrador

Anexo 3

PLANO DE CAPACITAÇÃO DOS EMPREGADOS E

E SERVIDORES DO HUCAM- FILIAL EBSERH

Vitória

2013

JOSÉ RUBENS REBELATTO

Presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

DR. LUIZ ALBERTO SOBRAL VIEIRA

Superintendente do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes- HUCAM

JEANNE LILIANE MARLENE MICHEL

Diretora de Gestão de Pessoas - EBSERH

ROGERIO LUIZ SCAPINI

Gerente Administrativo e Financeiro

JOANNA BARROS DE JAEGHER

Gerente de Atenção à Saúde

REYNALDO DIETZ

Gerente de Ensino e Pesquisa

ROSANGELA MARIA LUCHI BERNARDES

Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas

EQUIPE TÉCNICA

Júlio Cesar da Silva

Patrícia Corrêa de Oliveira Saldanha

Tania Mara Cappi Matos

1 APRESENTAÇÃO

O Plano de Capacitação do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes – HUCAM caracteriza-se como instrumento de desenvolvimento dos servidores e empregados e facilitador da discussão do processo de trabalho. Trata-se de uma forma de atender a propósitos estratégicos, onde se possibilitará estruturar as competências científicas, técnicas e atitudinais e necessárias para que os colaboradores desenvolvam, implementem e executem o planejamento das atividades, os processos administrativos e de trabalho.

O Plano está estruturado a partir de um processo de articulação entre a Divisão de Gestão de Pessoas, a Gerencia Administrativa ,o Núcleo de Educação Permanente existente no HUCAM, com base nas orientações normativas da EBSERH, com foco na melhoria da qualidade dos serviços prestados e a entrega de resultados aos cidadãos na área da assistência .

Em linhas gerais o Plano apresenta os resultados esperados e os cursos a serem desenvolvidos, incluindo carga horária, competências, habilidades e o cronograma estabelecido para sua execução.

O gerenciamento do Plano ficará sob a responsabilidade da Divisão de Gestão de Pessoas do HUCAM/Núcleo de Educação Permanente existente com o apoio direto da Gerencia Administrativa e Financeira e da Diretoria de Gestão de Pessoas da EBSERH, assim como de sua equipe de gestores. As capacitações serão realizadas no ambiente do HUCAM e quando necessário em outros locais que deverão ser identificados pela equipe de capacitação e desenvolvimento.

O Plano destina-se aos servidores: Superintendente, Assessores, Gerentes, Chefes de Divisão, Setores e Unidades, Servidores Públicos cedidos ou em Designação Temporária, servidores Estatutários, empregados públicos. Não será permitida a participação de estagiários e membros da comunidade civil.

2 JUSTIFICATIVA

As crescentes demandas da sociedade frente ao poder público têm exigido servidores qualificados e articulação política entre o Governo e o cidadão.

É neste contexto que as ações que integram este Plano buscam identificar e analisar as dificuldades enfrentadas pelos gestores, servidores públicos estatutários e empregados para o desenvolvimento de novos conhecimentos, práticas e posturas na gestão pública.

A estruturação do Plano de Capacitação dos Servidores do Hospital Universitário tem como objetivo fazer emergir, aprimorar e consolidar as competências necessárias para atuação no processo de formulação e implementação das políticas públicas de saúde.Neste sentido, justifica-se a implementação do Plano, que ao desencadear o processo de capacitação desses servidores promove uma aprendizagem onde o retorno se efetive no plano institucional, profissional e pessoal e possibilite a provisão de serviços públicos de excelência, gerando a satisfação dos usuários no atendimento as suas necessidades de saúde.

3 META

Realizar ações de capacitação e desenvolvimento para aproximadamente 1.700(mil e setecentos) servidores,até 31 de dezembro de 2016.

3.1 Objetivo Geral

Aprimorar a gestão pública elevando a satisfação dos cidadãos servidores e empregados públicos em relação aos serviços prestados pelo hospital, produtores da atenção segura e humanizada aos usuários do HUCAM contemplando suas necessidades de saúde.

3.1.1 Objetivos Específicos

- Contribuir com o desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional dos empregados e demais servidores públicos do HUCAM.
- Melhorar a eficiência, eficácia e efetividade dos serviços prestados ao cidadão usuário.
- Desenvolver nos colaboradores as competências, habilidades e atitudes requeridas para melhoria de sua atuação e alcance dos objetivos institucionais por meio dos seguintes eixos estratégicos:

1. Desenvolvimento de pessoas
2. Eficiência e eficácia das compras e dos contratos públicos
3. Orçamentário e Financeiro
4. Governança pública – controle social, transparência e ética
5. Atenção Segura e Cuidado Ampliado
6. Saúde do Trabalhador

4 METODOLOGIA

O Plano está estruturado a partir da articulação da Divisão de Gestão de Pessoas do HUCAM/UFES, EBSERH e outros parceiros, diante das necessidades de capacitação apresentadas.O cronograma das ações será elaborado conforme o portfólio de cursos identificado com o levantamento de necessidades.

As ações de capacitação serão desenvolvidas por docentes credenciados/contratados pelo HUCAM/EBSERH e acompanhadas por uma equipe técnica (coordenador pedagógico e coordenador técnico), realizando as atividades pedagógicas e administrativas de cada ação educativa.

Após conclusão das ações previstas neste Plano será elaborado e encaminhado ao Superintendente do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes - HUCAM, a

PROGEPAES/UFES e a Diretoria de Gestão de Pessoas da EBSERH relatório final com parecer técnico.

4.1 Público-Alvo

Empregados e servidores públicos do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes – HUCAM prioritariamente e quando necessário será permitida a participação de profissionais terceirizados que atuem no hospital.

4.2 Local das capacitações

As capacitações serão realizadas espaço do Hospital Universitário a ser definido posteriormente ou em outros locais, quando necessário, com anuência do Gerente Administrativo e Financeiro e do Superintendente.

4.3 Instituições Parceiras

- Universidade Federal do Espírito Santo.
- Escolas de Governo – quando necessário
- Instituições de Ensino e/ou empresas de prestação de serviços de desenvolvimento profissional e pessoal
- Empresas fornecedoras de equipamentos no HUCAM para treinamento específicos
- Docentes servidores públicos, pessoa física, contratadas para ministração de curso/palestra e outras ações similares obedecida a legislação vigente
- Instituições de referência para visita técnica da equipe de capacitação

DAS RESPONSABILIDADES:

Da EBSERH:

- Aprovar o Plano de Capacitação e disponibilizar os recursos orçamentários e financeiros

Do Superintendente:

- Aprovar o Plano de Capacitação dos Empregados e Servidores do HUCAM junto ao Colegiado Executivo

Da Gerencia Administrativa :

- Sugerir ao Superintendente a aprovação do plano de capacitação em conformidade com diretrizes da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-EBSERH e Colegiado Executivo;

- Garantir os recursos orçamentários e financeiros para execução das atividades, previstas anualmente
- Garantir agilidade nas contratações, quando necessário

Dos Gestores das Unidades:

- Preencher o formulário de identificação de necessidades de capacitação e atualização/desenvolvimento no prazo estabelecido, de acordo com as necessidades;
- Incentivar a participação dos servidores de sua unidade,
- Liberar os colaboradores para participar das ações de capacitação zelando pela aplicação que ampara o aperfeiçoamento e formação das suas unidades, segundo a conveniência, oportunidade e interesse público;
- Encaminhar à área de gestão de pessoas a documentação necessária para participação em ações de capacitação, inclusive aquelas sem ônus;
- Informar à área de gestão de pessoas, os casos de impedimento ou de impossibilidade de participação;
- Assegurar igual oportunidade de capacitação aos colaboradores que integram sua equipe;
- Acompanhar o desenvolvimento dos seus servidores após participação nas ações de capacitação e desenvolvimento com ênfase em aperfeiçoamento e produção de práticas em serviço que contemple uma atenção integral, universal e equânime, bem como avaliar a melhoria das atividades desenvolvidas;

Dos servidores e empregados:

- Participar dos cursos/palestras e demais eventos de capacitação conforme programado;
- Registrar frequência nas aulas;

- Participar ativamente das aulas buscando o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes necessárias à melhoria das atividades profissionais e pessoais;
- Contribuir com o bom ambiente da sala de aula participando dos debates e atividades propostas pelo docente;
- Tratar os demais participantes, docentes e equipe de capacitação de forma respeitosa, educada e polida;
- Realizar sua inscrição desde que esteja autorizado pela chefia imediata;
- Preencher e assinar o formulário de solicitação de participação em evento de capacitação;
- Comprovar sua participação em eventos, mediante o preenchimento e encaminhamento e relatório de participação em evento de capacitação à área de gestão de pessoas, acompanhado da cópia do certificado de conclusão/participação ou documento equivalente, dentro dos prazos estabelecidos;
- Solicitar a área competente, quando necessário, diárias e passagens;
- Colocar-se a disposição para multiplicar o conteúdo desenvolvido;

4.4 Programação da Capacitação[1]

Sugestão de Cursos:

Eixo	CURSOS	PÚBLICO	CARGA HORÁRIA
Desenvolvimento de Pessoas	Comunicação Organizacional	Todos os servidores. Os cursos relacionados a sistema e aplicação da legislação são restritos aos colaboradores que atuam na área.	20
	Qualidade no Atendimento ao Cidadão		20
	Desenvolvimento da autoestima e qualidade de vida no Trabalho		20
	Motivação no Contexto Organizacional		16
	Gestão Criativa na Negociação de Conflitos		20
	Atualização na Aplicação da Lei 8112		12
	SIAPE – atualização no Sistema e novas funcionalidades		16
	Práticas de Gestão de Pessoas com foco na Consolidação das Leis do Trabalho		20
Orçamentário e Financeiro	SIAFI- atualização no Sistema (10)	Servidores e empregados que atuam na área	16
	SIAFI Gerencial		20
	SIASG		16
	Contabilidade de Custos e Contabilidade Fiscal – curso externo – 04 pessoas		20
Eficiência e Eficácia das Compras e dos Contratos Públicos	Licitações Públicas	Servidores que atuam na área de compras, licitações, fiscais de contratos, gestores de contratos responsáveis pela elaboração dos processos de compras de cada unidade	16
	Gerenciamento de Contratos Públicos		20
	Formação de Pregoeiros		20
	Comprasnet		16
	Elaboração de Termo de Referencia		16
	Fiscalização de Contratos Públicos		20
	Sistema de Registro de Preços		08
	Análise de Custos e Formação de Preços		16

	na contratação de serviços e material		
	Organização, Distribuição e Controle de Materiais	Profissionais que atuam na área de Almoxarifado	16
Governança Pública – controle social, transparência e ética	Elaboração de Projetos	Servidores responsáveis pela elaboração de projetos, monitoramento de indicadores, gestores e servidores da área de planejamento	20
	Gestão de Projetos		12
	Elaboração e Monitoramento de Indicadores de Desempenho		20
	Ética na Administração Pública		02
	Ética no Exercício Profissional de Saúde		02
	Controle e Transparência na gestão pública		02
	Planejamento Estratégico		16
	Gerenciamento de Sistema de Serviços de Saúde por Processos		20
Atenção Segura e Cuidado Ampliado	**BLOCO: GESTÃO EM SAÚDE**		
	Cuidado e Atenção Integral em Saúde: foco no trabalho em equipe	Profissionais atuantes na Maternidade, clínica médica, cirúrgica, pediatria, nefrologia, hemodinâmica, na UTI, na UTIN e no Pronto Socorro	60
	ACLS – Advanced Cardiovascular Life Suport	Médicos e Enfermeiros	16
	FCCS – Fundamental CriticalCareSuportt	Médicos, Enfermeiros e Fisioterapeutas na UTI	16
	Atualização em Classificação de Risco	Enfermeiro	16
	Qualificação para Perfusionista (inserção em curso externo)	-	A definir
	Atualização em Ventilação Mecânica	Médicos, enfermeiros e fisioterapeutas	20
	BLS - Basic Life Suportt	Profissionais de saúde atuantes no HUCAM	20

	Pactuação e Elaboração de Protocolos Operacionais e Procedimentos -POPs	Profissionais atuantes na Maternidade, clínica médica, cirúrgica, pediatria ,nefrologia, hemodinâmica, na UTI, na UTIN e no Pronto Socorro	20
	Atualização de Procedimentos em Centro Cirúrgico	Profissionais atuantes no Centro Cirúrgico	60
	Atualização em Instrumentação Cirúrgica	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	20
	Oficina: gestão da clínica	Profissionais atuantes nas clínica	16
	Oficina: protocolo clínico	Profissionais de saúde	16
	Oficina: contrato interno de gestão	Profissionais de saúde	08
	BLOCO: ASSISTÊNCIA EM SAÚDE		
	Técnicas e Procedimentos de Enfermagem	Equipe de Enfermagem	40
	Atualização em Assistência Integral de Terapia Intensiva: foco no paciente com abdome agudo	Médicos e enfermeiros	20
	Capacitação para Enfermeiros: urgência e emergência	Enfermeiros	20
	Atualização no Serviço: prática de emergência para enfermagem	Equipe de Enfermagem	20
	Atualização na Recepção de Usuários e Profissionais de Saúde	Recepcionistas, vigilantes, porteiros	10
	Assistência a Pessoa em Terapia Nutricional – enteral/parenteral	Equipe da Enfermagem e da Nutrição	16
	Atualização para Enfermeiros: foco no cuidado (SAE)	Enfermeiros	60
	Sensibilizando a Enfermagem Implementação da SAE	Equipe de Enfermagem	08
	Oficina de Aprendizagem: doação de órgãos e tecidos para transplante – ação intra- hospitalar	Todos os Profissionais de Saúde do HUCAM	04
	Preceptoria para Residência	Médicos, Enfermeiros, Assistentes Sociais, Fisioterapeutas,	60

		Psicólogos e Nutricionistas	
	BLOCO: CAPACITAÇÃO EM VIGILANCIA EM SAÚDE		
	Noções Básicas de Controle de Infecção Hospitalar	Todos os profissionais	12
	Atualização: Controle de Infecção Hospitalar: antibioticoterapia na **urgência cirúrgica**	Médicos, enfermeiros e farmacêuticos	20
	Atualização: Controle de Infecção Hospitalar: antibioticoterapia **na urgência clínica**	Médicos, enfermeiros e farmacêuticos	20
	Política de Segurança do Paciente	Todos os Profissionais de Saúde o HUCAM	20
	Oficina de Aprendizagem: gerencia de risco na rede sentinela	Todos os Profissionais de Saúde do HUCAM	04
Saúde do Trabalhador	Atualização na NR 32	Todos os Profissionais do HUCAM	16
	Educação Financeira: ajustando sua vida	Todos os Profissionais do HUCAM	08
	Autocuidado: prevenção de acidentes perfurocortantes	Todos os Profissionais do HUCAM	08
	Técnicas de Conservação de Energia e Proteção Articular	Todos os Profissionais do HUCAM	06
	Noções em Segurança do Trabalho	Todos os Profissionais do HUCAM	06
	Brigadas de Incêndio – normas e procedimentos	Todos os Profissionais do HUCAM	04
	A Importância da Proteção Radiológica	Profissionais atuantes na área de Diagnóstico por Imagem, Hemodinâmica e Centro Cirúrgico	08
	Preparando para a Aposentadoria	Todos os Servidores (últimos 05 anos para se aposentar)	08
	CIPA	Equipe do NASTH e integrantes da Comissão	08

	Técnicas de Administração do Stress	Todos os Servidores do HUCAM	08

	Evento	Nº de Participantes	Custo estimado
Congressos/ Seminários/ Simpósios	Congresso Brasileiro de Medicina	10	
	Congresso Nacional de Pregoeiros	03	
	Congresso Brasileiro de Recursos Humanos	03	
	Congresso Nacional de Gestão Pública - Consad	03	
	Congresso Brasileiro de Educação a Distância	02	
	Congresso Brasileiro de Enfermagem	10	
	Congresso de Humanização em Serviços de Saúde	10	

OBS: Todas os eventos de capacitação e desenvolvimento preferencialmente deverão ser programados para atender 03 turnos de trabalho no HUCAM

4.5 Estratégia de divulgação

A divulgação do Plano e seus respectivos cursos será realizada pela Divisão de Gestão de Pessoas, Assessoria de Comunicação e Gestores da unidades do hospital através de informativos com o detalhamento dos conteúdos, metodologia, carga horária e o cronograma de realização.

5-RESULTADOS, IMPACTOS ESPERADOS E MECANISMOS DE VERIFICAÇÃO

RESULTADOS E IMPACTOS	MEIOS DE VERIFICAÇÃO / INDICADORES DE MONITORAMENTO
Cursos ministrados por Eixo de Desenvolvimento	• N° de cursos realizados. • Relatório dos cursos. • Listas de frequências. • Fichas de avaliação dos cursos.
Aplicação de, no mínimo,80% dos conteúdos ministrados na atuação profissional dos servidores	• % de conteúdos aplicados no trabalho • % de servidores que aplicaram os conteúdos no trabalho.
Índice geral de satisfação dos participantes superior a 75%.	• % de satisfação de gestores e servidores capacitados
Índice de satisfação dos participantes em relação à atuação dos docentes superior a 75%.	• % de satisfação dos participantes em relação à atuação dos docentes.

6 AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA

6.1 Avaliação de reação

Será realizada pelos servidores, por meio do instrumento de avaliação de reação aplicado ao final de cada curso – modelo Divisão de Gestão de Pessoas – EBSERH e pelo instrumento de avaliação do curso respondido pelos docentes – modelo EBSERH.

6.2 Avaliação de resultados

A avaliação dos resultados verificará as ações programadas e executadas, observando o número efetivo de cursos realizados e de participantes.

6.3 Avaliação de Impacto no Serviço

A avaliação dos resultados verificará as ações reestruturada do processo de trabalho em questão percebidas pelos gestores e equipe de capacitação por meio de pesquisa anual.

7 CERTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A certificação será efetivada pela unidade responsável pela ação de capacitação, quando realizadas internamente, dentro dos critérios estabelecidos conforme diretrizes da EBSERH e normatização interna do HUCAM. O registro da frequência nos eventos de capacitação oferecidos é requisito básico de comprovação para emissão do certificado.

O abono de faltas em casos de doença será de acordo com a legislação, ou seja, só serão realizados em caso de doença infectocontagiosas.

A frequência exigida para certificação é de 75 %, com exceção dos eventos que forem definidos com 100%.

7.1 Penalidade:

o servidor e empregado público que se inscrever e não participar da ação de capacitação será impedido de se inscrever em novas ações no período de 06 meses. Procedida a inscrição e caso ocorra uma intercorrência que impeça sua participação, deverá apresentar justificativa no prazo de até 24 horas úteis ao início do evento.

8 INSCRIÇÕES NAS AÇÕES DE CAPACITAÇÃO

Para participar dos cursos do Plano de Capacitação dos Empregados e Servidores do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes- HUCAM/UFES - ES será necessário o preenchimento da ficha de inscrição devidamente assinado pela chefia imediata*, conforme modelo –anexo V - disponível no site do HUCAM.*

As inscrições somente serão validadas com a autorização prévia da chefia imediata

ANEXO 4

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES

PROJETO NOVO AMBULATÓRIO

JULHO 2014

PROJETO DE CONSTRUÇÃO DO NOVO PRÉDIO DOS AMBULATÓRIOS

SUMÁRIO EXECUTIVO

1. HISTÓRICO E CONTEXTO DO HOSPITAL

O Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes – HUCAM/EBSERH está localizado em Vitória, no Espírito Santo, em posição estratégica, principalmente pelo fato de ser alcançado por duas avenidas que facilitam o acesso da sua clientela, sendo referência para os Municípios vizinhos (Serra, Cariacica, Viana, Guarapari, Vila Velha, Fundão) e demais municípios do Estado do Espírito Santo, recebendo, ainda, pacientes do sul da Bahia, leste de Minas Gerais e de regiões mais longínquas, como Rondônia.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Estado do ES, o Estado foi dividido em quatro macrorregiões de saúde, estando o Hucam situado em Vitória, sua inserção está na Região de Saúde Metropolitana (Plano Diretor de Regionalização – PDR /2011 da Secretaria Estadual de Saúde do ES - SESA).

Fonte: SESA

O prédio original do HUCAM/EBSERH foi fundado na década de 40 denominado como Sanatório Getúlio Vargas. O Sanatório transformou-se na década de 60 em Hospital das Clínicas (HC), e foi pleiteado pelos alunos para servir de campo de estágio ao ser criado o curso de Medicina da UFES. Em 1980, com a morte de Dr. Cassiano Antônio Moraes, um dos idealizadores da transformação do antigo sanatório em um espaço propício para a formação médica, a instituição foi denominada “Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes”.

2. CAPACIDADE INSTALADA

O HUCAM/EBSERH ocupa uma área aproximada de 31.493,31m², sendo 10.578,00m² de área externa / área verde e 20.915,31m² de área construída. Atualmente com 287 leitos operacionais, dos quais 32 correspondem a leitos complementares. Com a previsão de abertura de novos leitos planejados, a capacidade instalada chegará a 310 leitos (10 leitos de UTI Pediátrica, 05 leitos de Semi-Intensivo Pediátrico e 08 leitos de UTI adulto).

A estrutura ambulatorial conta com 129 consultórios (distribuídos em 06 ambientes físicos chamados de casa), dos quais 52 são consultórios médico, 65 consultórios indiferenciados, 04 consultórios de enfermagem e 08 consultórios não médicos.

O Hospital presta serviços ambulatoriais e cirúrgicos nas seguintes especialidades: angiologia/dor, angiologia, clínica médica, cardiologia clínica, cirurgia torácica, dermatologia, endocrinologia, endócrino crescimento (PED), gastrenterologia e gastropediatria, ginecologia/mastologia, infectologia, nefrologia e nefropediatria, obstetrícia, oftalmologia, hematologia/oncologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria/neonatologia, neurologia, pediatria, pneumologia, urologia, reumatologia, saúde mental, medicina física e reabilitação, hospital dia AIDS, cirurgia geral e fígado cirúrgico, cirurgia cardíaca, cirurgia plástica, cirurgia bariátrica, cirurgia pediátrica, neurologia e neurocirurgia, cirurgia cardiovascular, anestesiologia, cirurgia de cabeça e pescoço e bucomaxilofacial e proctologia.

No Hospital são desenvolvidos os programas de alcoolismo, tratamento da obesidade mórbida, TDAH - transtornos de déficits de atenção e hiperatividade, insuficiência renal terminal, hepatologia, hepatites virais, visão subnormal, planejamento familiar, PAVIVIS (programa de apoio às vítimas de violência sexual), HIV, tuberculose, anemia falciforme, cefaleias, esclerose múltipla, fibromialgia, doenças reumatológicas e câncer de pele.

O Hospital é habilitado como centro de referência em alta complexidade cardiovascular e em atendimento a gestação de alto risco, unidade de assistência em alta complexidade em nefrologia e ao paciente portador de obesidade grave. O HUCAM/EBSERH é referência em cirurgias hepatobiliares e pancreáticas de alta complexidade, bem como cirurgias urológicas no Estado. Realiza cirurgias oncológicas em diversas áreas como: mastologia, ginecologia, cirurgia do aparelho digestivo, urologia e outras. Também está habilitado para realização de atividades de média e alta complexidade tais como: tratamento de AIDS, serviço de hematologia, vídeo cirurgias, transplante de córnea/esclera, busca ativa de tecido ocular humano, busca ativa de órgãos.

3. INDICADORES E PRODUÇÃO HOSPITALAR

O HUCAM/EBSERH realiza anualmente cerca de 10 mil internações, 06 mil cirurgias, 1,5 mil partos, 200 mil consultas ambulatoriais, 15 mil atendimentos de urgência e 250 mil exames laboratoriais de análises clínicas.

4. ENSINO E PESQUISA

O HUCAM/EBSERH conta com cerca de 960 alunos de graduação, sendo metade alunos de medicina e a outra metade dos demais cursos da saúde. Na pós-graduação para a área médica, há 152 vagas para médicos residentes, mas apenas 137 matriculados, devido a dificuldades para preencher vagas em algumas especialidades, como pediatria. Há cerca de 70 alunos em outros programas de pós-graduação. A residência multiprofissional na área da Saúde da Criança e adolescente dispõe de 12 vagas, sendo 04 de enfermagem, 02 de serviço social, 02 de nutrição, 02 de farmácia e 02 de psicologia e, com previsão de ampliação nas áreas de fonoaudiologia e fisioterapia.

Atualmente o hospital constitui-se campo de estágio para os cursos de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES. Além de ser campo de estágio para os cursos de graduação, consiste no principal local de aprendizagem das residências médicas e multiprofissionais, bem como local de pesquisa para os programas de pós-graduação *strictu sensu*.

Em 2013, a UFES aderiu ao programa MAIS MÉDICOS, com aumento dos números de vagas para residência médica e para graduação além de preceptoria para MAIS MEDICOS.

5. PROGRAMA DE REESTRUTURAÇÃO DOS HOSPITAIS DE ENSINO DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO NOS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

O HUCAM/EBSERH participa do processo de reestruturação da rede hospitalar de ensino a partir do lançamento do Programa de Reestruturação dos Hospitais de

Ensino do Ministério da Educação (MEC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Portaria Interministerial do MEC/MS Nº 1.006, em 27 de maio de 2004.

Em 2005 o HUCAM/EBSERH elaborou o 1º Plano Operativo Anual - POA com o qual assume garantir a continuidade do seu compromisso de manter, de forma integral e contínua, o acesso dos usuários do SUS.

Em 21 de outubro de 2005 por meio da Portaria nº. 2.091 de, o HUCAM/EBSERH foi certificado como Hospital de Ensino pelo Ministério da Saúde permanece desenvolvendo todos os esforços possíveis para não se afastar dos princípios básicos do SUS, garantindo aos usuários do Sistema um "acesso integral e contínuo a todos os seus serviços".

O processo de reestruturação do novo Regimento do HUCAM/EBSERH foi deflagrado pela necessidade de organizar a gestão e de adequação da oferta dos serviços de saúde conforme as determinações estabelecidas no Decreto nº 7.082, de 27/01/2010, que institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF.

Com os recursos do REHUF foram realizadas reforma no Setor de Internação, Setor de Ginecologia e Obstetrícia, Pronto Socorro; reforma e ampliação do Serviço de Assistência Farmacêutica e reforma da antiga área do Centro Cirúrgico. Também foram adquiridos diversos equipamentos tais como:

- Aparelho de vídeo endoscopia;
- Equipamentos de imagem (tomografia computadorizada, ultrassom portátil, aparelho de densitometria, aparelhos de radiografia e ressonância nuclear magnética);
- Camas hospitalares;
- Equipamento de vídeo cirurgia;

6. ATUAL INFRAESTRUTURA AMBULATORIAL

O Serviço Ambulatorial do HUCAM/EBSERH funciona em prédios anexos ao hospital. Trata-se de uma construção antiga, construída em 1975 com uma proposta

inicial de duração de 5 anos, onde se estariam construindo um novo prédio, porém as instalações até hoje servem para o atendimento ao usuário.

Com o passar dos anos e a falta de manutenção predial, os anexos ambulatoriais foram apresentando diversos problemas estruturais, tais como:

- Problemas na rede hidráulica;
- Problemas na rede elétrica,
- Problemas na rede hidrossanitária;
- Infiltrações em paredes e tetos com presença de mofo;
- Presença de insetos, como cupins, em grande quantidade;
- Portas e Janelas danificadas;
- Vazamentos de pias e torneiras;
- Instalações sanitárias sem condições de uso;
- Telhado apresentando diversos pontos de vazamentos;
- Bloqueio de salas por total falta de condição de trabalho diminuindo a oferta para o atendimento e ao ensino;
- Vide fotos anexa

Em que pese às pequenas intervenções realizadas em sua infraestrutura para correções de muitos dos problemas citados acima, esta não estão resolvendo o problema estrutural de base tornando-se pouco custo-efetivas e não contribuindo para a adequada atenção à saúde e ao ensino para qual foi idealizada.

7. ADESÃO À EBSERH – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

Em decorrência da crise que os Hospitais Universitários Federais vinham atravessando há mais de uma década, o governo federal cria por meio da Lei Nº 12.550 de 15 de dezembro de 2011, a EBSERH uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, como alternativa para o desenvolvimento da gestão desses hospitais, objetivando integrar um conjunto de medidas no sentido de recuperar os hospitais vinculados às universidades federais.

A UFES após o contrato ser amplamente discutidas e analisadas pela Diretoria do HUCAM, do Centro de Ciências da Saúde - CCS e pelo Reitor e após análise e aprovação do Conselho Universitário foi efetivada a assinatura do Contrato firmado entre a UFES e a EBSERH em 15 de abril de 2013.

8. NOVA INFRAESTRUTURA AMBULATORIAL

Partindo da contextualização feita, o HUCAM/EBSERH pleiteia a construção de um novo prédio ambulatorial, verticalizado, dentro das normas vigentes sanitárias, dos princípios balizadores da Política Nacional de Humanização e estruturado para atender ao Projeto Pedagógico dos Cursos de Graduação onde consta em sua matriz curricular, disciplinas denominadas “estágio curricular obrigatório” que ocorrem nos últimos anos de formação com carga horária mínima de 20% da carga horária total do Curso. O HUCAM/EBSERH é o cenário de prática elencado para o efetivação dessa diretriz curricular acreditando-se que o aprendizado nos ambulatórios do HUCAM/EBSERH seja pleno na formação do aluno de graduação.

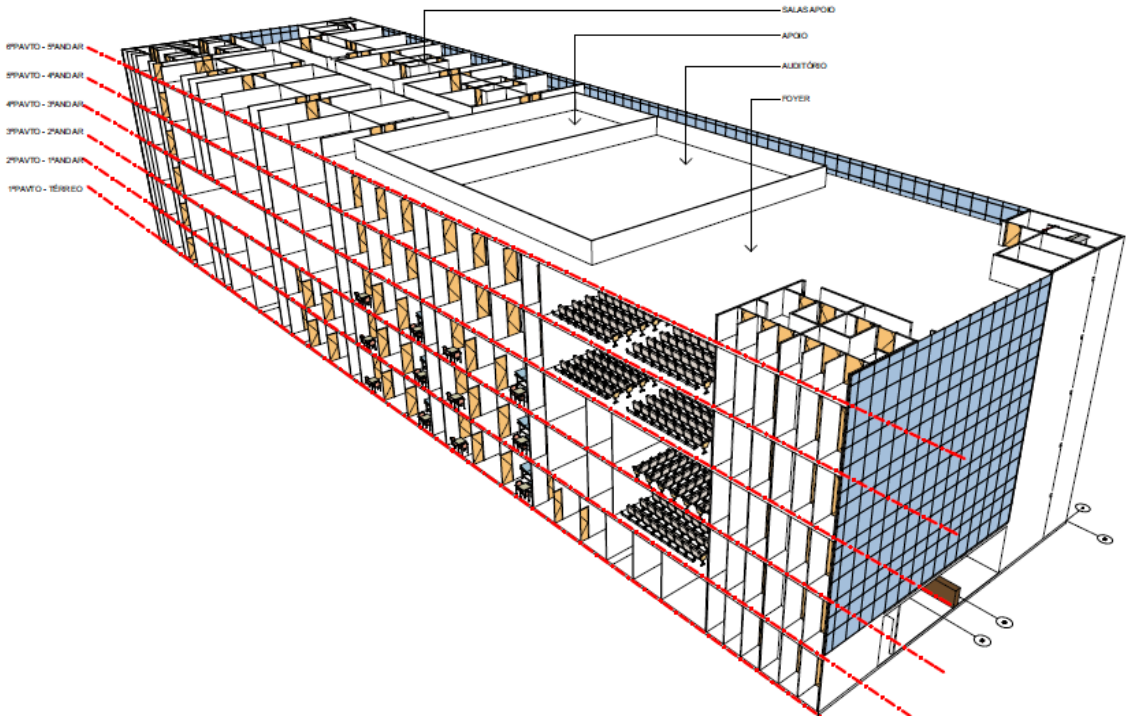
Somente com a construção do novo prédio dos ambulatórios, que está alinhado ao Plano Diretor Estratégico do HUCAM/EBSERH para o biênio 2014-2016, se conseguirá dar o salto de qualidade esperada visto que as condições atuais da atual estrutura pouco contribui para se alcançar a excelência na atenção ao usuário SUS e a adequada formação dos profissionais de saúde sejam eles acadêmicos ou funcionários.

Fato posto, o HUCAM/EBSERH elaborou uma proposta preliminar para a construção de um novo prédio de ambulatórios que contará com:

- 150 salas de consultórios assistenciais;
- 100 salas multifuncionais para sala de apoio administrativo, sala de reunião/aulas, salas de procedimentos, sala de apoio ao ensino, etc.

Estas 250 salas serão divididas em 6 pavimentos com 5 andares sendo que cada andar contara em média com 30 consultórios assistenciais, 20 salas multifuncionais, salas de recepção e sala de espera, banheiro e estrutura de apoio. Totalizando assim 10.800m^2 de área construídas com 1.800m^2 por pavimento.

O custo estimado para o projeto, construção, elevadores e mobiliário é de R$ 35 milhões.



9. DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO AMBIENTE

- Consultórios Assistenciais tipo 1 (7,5 m^2 com dimensões mínimas de 2,2m) – Consultórios Padrão;

- Consultórios Assistenciais tipo 2 (7,5 m^2 com dimensões mínimas de 2,2m) com banheiro privativo (dimensões mínimas de 3m^2) – Consultórios de algumas especialidades médica – ginecologia, proctologia, etc. e de alguns procedimentos – Ultrassonografia, etc.;

- Consultórios Assistenciais tipo 3 (7,5 m^2 com dimensões mínimas de 2,2m) com sistema de exaustão com filtro EPA. - Consultório para doenças infecciosas com manifestações respiratórias – TBC;

- Salas que funcionarão como salas de procedimentos - curativos, biopsias, etc.;

- Salas que funcionarão como salas de inalação/nebulização;

- Sala que funcionará como sala de infusões 10 pontos/poltronas com posto de enfermagem de 6m^2;

- Salas que funcionarão como laboratório de função pulmonar e indução de escarro;

- Salas de esperas setorizadas com nº de assentos proporcional ao nº de consultórios destinando 10% do nº de assentos para portadores de obesidade (largura de até 78 cm). Display de chamada eletrônica para acesso da recepção e dos consultórios;

- Recepções setorizadas proporcionais ao nº de consultórios, estações de trabalho com ponto de rede elétrica e lógica, acionamento do display de chamada, atendimento de pacientes sentados;

- Salas de apoio tipo 1 com dimensões mínimas de 20m^2 - salas de aula, atividades administrativas, arquivos, apoio técnico, etc.;

- Salas de apoio tipo 2 com dimensões mínimas de 20m^2 e que seja reversível para ampliação (40m^2) e criação de espaços maiores (mini anfiteatros, por exemplo);

- Farmácia de dispensação com dimensões mínimas de 10m^2 para dispensação, 6m^2 para armazenamento e 02 salas de 9m^2 cada uma para a atenção farmacêutica, com 02 áreas de dispensação em extremidades oposta para atendimento de populações distintas (Ex: pacientes com HIV/AIDS, pacientes com TBC);

- Sala para coleta de material para laboratório com espaço suficiente para instalação de cadeiras ou poltronas e eventualmente macas (ambiente único com 3,6m^2 ou box de 1,5m^2 sendo que cada box realiza 15 coletas/hora);

- Centro Cirúrgico para pequenas cirurgias. 03 salas cirúrgicas com 20 m^2 com dimensões mínimas de 3,45m, pé direito mínimo de 2,7m cada uma, contendo também área de recepção e preparo do paciente de 4,0 m^2, área de escovação com 02 torneiras por sala, sala de recuperação para 02 macas no mínimo com distância entre as macas e as paredes laterais de 0,8m e na cabeceira de 0,6m e com espaço suficiente para manobra da maca junto ao pé dessas, posto de enfermagem de 6,0 m^2 e bancada para preparo de medicações, sala de utilidades com 4m^2, Vestiário/Sanitário masculino e feminino com entrada externa e saída dentro do centro cirúrgico;

- Copas com dimensões mínimas de 4,5 m^2;

- Salas que funcionarão como expurgos;

- Fraldário;

- Sanitários para os funcionários do sexo masculino, feminino e portadores de necessidades especiais;

- Sanitários para os usuários do sexo masculino, feminino e portadores de necessidades especiais;

- Depósitos de materiais de limpeza – DML;

- Vestiários masculinos e femininos com 0,5m^2 por funcionário/turno, chuveiro (01 para cada 10 funcionários/turno);

- Rouparias com 2,2 m^2;

- Salas de Utilidades com 4m^2;

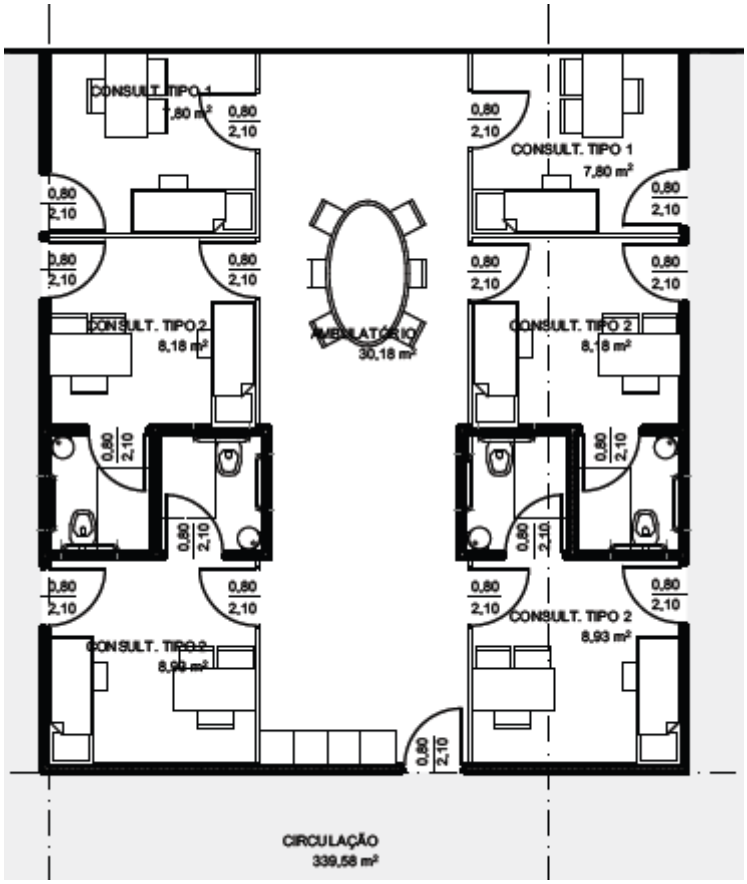
- Brinquedoteca. 1,2m^2 por paciente em condições de exercer atividades recreativas/lazer;

- Anfiteatro no 6º pavimento (5º andar) com capacidade par 150 pessoas mais hall que permitirá a recepção dos participantes e/ou coffee break, 05 salas de apoio tipo 2, sanitários para os usuários do sexo masculino, feminino e para os portadores de necessidades especiais, 01 rouparia, 01 copa.

- Ilhas Docente/Assistencial. O conceito de ilhas de atendimento assistencial voltado para o ensino/aprendizagem possibilita o atendimento do paciente com a privacidade e humanização adequada sem restringir o ensino do residente e/ou acadêmico.

Os consultórios estão dispostos em um formato retangular ou quadrado onde no meio desse conjunto de consultórios há um espaço que será destinado à prática do ensino supervisionado pelos docentes. Cada consultório terá 2 portas, uma externa ao corredor por onde entraram os pacientes procedentes das salas de espera e uma porta interna que dará ao espaço destinado aos alunos e docentes por onde entraram e saíram os médicos e estudantes para as orientações assistenciais.

Cada ilha pode comportar de 6 a 8 consultórios médicos tipo 1 ou tipo 2


CONSULT. TIPO 1
7,80 m²
0,80
2,10
CONSULT. TIPO 1
7,80 m²
CONSULT. TIPO 2
8,18 m²
AMBULATÓRIO
30,18 m²
CONSULT. TIPO 2
8,18 m²
CONSULT. TIPO 2
8,93 m²
CONSULT. TIPO 2
CIRCULAÇÃO
339,58 m²